

● 针推医学 ●

引用:蒲红春,李仪. 灵龟八法合六字诀治疗肝郁气滞型抑郁症 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2022, 38(5): 62-64, 108.

灵龟八法合六字诀 治疗肝郁气滞型抑郁症 30 例临床观察

蒲红春, 李 仪

(湖南省中医药研究院附属医院, 湖南 长沙, 410006)

[摘要] 目的:观察灵龟八法合六字诀治疗肝郁气滞型抑郁症的临床疗效。方法:将 60 例肝郁气滞型抑郁症患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组采用灵龟八法合六字诀治疗,配以百会、合谷、太冲、印堂、三阴交、内关、神门,对照组予氟哌酮美利曲辛片治疗,2 组疗程均为 3 周,比较 2 组治疗后的综合疗效及治疗前后焦虑自评量表(SAS)积分、24 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-24 项)积分、中医证候积分。结果:总有效率治疗组为 90.00%(27/30),对照组为 66.67%(20/30),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组 SAS 积分、HAMD-24 项积分、中医证候各项积分及总积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。结论:灵龟八法合六字诀治疗肝郁气滞型抑郁症疗效显著,值得临床推广。

[关键词] 抑郁症;肝郁气滞证;灵龟八法;六字诀

[中图分类号] R277.794, R246.6 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.05.018

抑郁障碍即抑郁症,其主要临床表现为心境低落,可伴有思维迟缓、意识活动减退、认知功能损害等。据报道,20%的中国人患有抑郁症,而得到确诊的 3 千万患者中,进行过专业治疗的患者不超过 11%,且更多的患者无法察觉到所患的精神症状^[1-3]。对于本病的治疗,临床治疗多口服西药,同时可配合物理疗法、心理疗法等,但长期服用西药,毒副作用颇多,预后较差。

六字诀源于南宋,重在调息,能理脏腑、调气血,能使患者生理、心理、情绪得到放松,从而起到抗抑郁、除烦躁等作用^[4]。灵龟八法,即八法神针,法于天地与四时,通过按时辰开相应之穴以针刺之,能激发经气,平衡阴阳,被广泛运用于临床。本研究将灵龟八法与六字诀配合运用治疗肝郁气滞型抑郁症 30 例,疗效颇佳,并与西药氟哌酮美利曲辛片治疗的 30 例作对照观察,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2020 年 5 月至 2021 年 5 月

于湖南省中医药研究院附属医院神经内科住院部与门诊就诊的肝郁气滞型抑郁症患 60 例,采用随机数字表法将其分成治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗组中,男 8 例,女 22 例;年龄 18~60 岁,平均(37.79±10.89)岁;病程 3~30 个月,平均(14.90±5.45)个月。对照组中,男 5 例,女 25 例;年龄 18~60 岁,平均(37.25±11.81)岁;病程 3~30 个月,平均(14.80±6.17)个月。2 组性别、年龄和病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合文献[5]中抑郁症的诊断标准。1) 典型症状:①兴趣或愉快感丧失;②精力降低或疲乏感;③心境低落。2) 常见其他症状:①睡眠障碍;②自我评价和自信降低;③食欲下降;④注意力降低;⑤认为前途暗淡悲观;⑥自罪观念和无价值观(即使在轻度发作中也有);⑦有自伤或自杀的观念或行为。必须具备上述典型症状

1 项,同时具备常见其他症状 ≥ 2 项,持续时间 > 2 周,方可明确诊断。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]拟定肝郁气滞型郁证的辨证标准。精神抑郁,胸胁胀满、情绪不宁,或咽中如有异物梗塞,或频发嗳气,善太息,脘痞,悲伤欲哭,舌苔薄白,脉弦。

1.3 纳入标准 1)符合上述西医诊断与中医辨证标准;2)年龄18~60岁,性别不限;3)焦虑自评量表(SAS)评分 ≤ 70 分、但 ≥ 50 分^[7];4)24项汉密尔顿抑郁量表(HADM-24项)评分为17~35分^[8],属于轻、中度抑郁症者;5)近2周无抗抑郁药物使用史;6)自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)处于妊娠期或哺乳期,或计划妊娠者;2)有酒精、药物依赖史者;3)合并其他脏器严重疾病;4)抑郁障碍由精神性物质、非成瘾性物质所致;5)患有器质性损伤性精神障碍。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用灵龟八法合六字诀治疗。1)取穴。根患者就诊时间,用谢感共教授推算之法,算出日干支序号,查谢氏“灵龟八法简易开穴表”^[9]得出当时所开之穴(取双侧),配以百会、印堂、合谷、太冲、三阴交、内关、神门。2)治疗前准备。针灸治疗前,受试者排空膀胱,穿宽松柔软衣物,调节情绪,放松心情,观看国家体育总局2003版《健身气功六字诀》,并由经过培训合格的工作人员进行干预指导。每次30 min,结束后休息10 min,准备针刺治疗。患者取仰卧位,以能助医师施针为宜。采用华佗牌一次性无菌针具(苏州医疗用品厂有限公司,规格:1寸(0.25mm $\times$ 40 mm)、1.5寸(0.25mm $\times$ 25mm))。3)操作方法。先用1寸针,消毒后针刺灵龟八法所开穴位0.5~0.8寸;再用1.5寸针,针刺合谷、太冲、三阴交1~1.2寸,分别行捻转泻法、捻转补法;后用1寸针直刺内关0.5~0.8寸,向后平刺百会0.5~0.8寸,向下平刺印堂0.5~0.8寸,均行平补平泻法。10 min行1次手法,共留针30 min。每周连续治疗5 d,休息2 d。

2.2 对照组 采用氟哌噻吨美利曲辛片治疗。氟哌噻吨美利曲辛片(H. Lundbeck A/S 丹麦灵北制药有限公司,批准文号:注册证号H20130126,规格:0.5 mg:10 mg/片)口服,1片/次,早晚各1次。

2组疗程均为3周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)SAS积分。SAS包含20项评价内容,症状少有,计1分;有时有,计2分;经常有,计3分;持续有,计4分。标准分为20题得分相加之和再 $\times 1.25$ 后取整数。正常:标准分 < 50 分;轻度焦虑:50分 $\leq$ 标准分 < 60 分;中度焦虑:60分 $\leq$ 标准分 ≤ 69 分;重度焦虑:标准分 > 69 分^[7]。2)HAMD-24项积分。HAMD-24项内容包含:早醒、有罪感、精神抑郁、入睡困难、自杀、睡眠不深、迟缓、精神性焦虑、工作和兴趣、激越、胃肠道症状、体质量减轻、性症状、躯体性焦虑、自知力、疑惑、人格解体或现实解体、日夜变化、强迫症状、偏执、能力减退、自卑感、绝望感、入睡困难。每项下有1~4个小项目,分别按1~4分评分,各项相加之和为总评分。无抑郁:总分 < 8 分;轻度抑郁:8分 $\leq$ 总分 ≤ 20 分;中度抑郁:20分 $<$ 总分 ≤ 35 分;重度抑郁: > 35 分。HAMD-24项积分减少率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ ^[8]。3)中医证候积分。中医证候包括精神抑郁、善太息、胸胁闷胀、失眠多梦、易怒喜哭5项。无症状,计0分;偶有、但无多大烦恼,计2分,为轻度;部分时间有、尚能忍受,计4分,为中度;常见、勉强忍受,计6分,为重度;持续忍受、不能忍受,计8分,为极重度。中医证候积分减少率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ ^[6]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[6]中的有关标准拟定。治愈:症状、体征完全消失,HAMD-24项积分减少率 $\geq 75\%$,中医证候积分减少率 $\geq 80\%$;显效:症状、体征基本消失,HAMD-24项积分减少率 $\geq 50\%$ 、但 $< 75\%$,中医证候积分减少率 $\geq 50\%$ 、但 $< 80\%$;有效:症状、体征有所改善,HAMD-24项积分减少率 $\geq 25\%$ 、但 $< 50\%$,中医证候积分减少率 $\geq 30\%$ 、但 $< 50\%$;无效:症状、体征无改善,甚或加重,HAMD-24项积分减少率 $< 25\%$,中医证候积分减少率 $< 30\%$ 。

3.3 统计学方法 采用SPSS 23.0软件进行统计分析,临床数据行正态分布检验,秩和检验用于查验等级数据,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2组自身治疗前后、两个样本治疗前后比较分别用于独立 t 检验、配对 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.00%,高于对照组的66.67%,2组比较,差异有

统计学意义($P<0.05$)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	5(16.67)	15(50.00)	7(23.33)	3(10.00)	27(90.00)
对照组	30	3(10.00)	6(20.00)	11(36.67)	10(33.33)	20(66.67)
χ^2 值						4.812
P 值						0.028

3.4.2 2 组治疗前后 SAS 积分比较 治疗前 2 组 SAS 积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2 组 SAS 积分与治疗前比较均降低,且治疗组降低幅度大于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后 SAS 积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	65.9 $\pm$ 5.27	38.70 $\pm$ 9.21	19.953	<0.01
对照组	30	65.53 $\pm$ 5.48	47.30 $\pm$ 10.42	13.187	<0.01
t 值		0.387	-3.723		
P 值		0.702	0.001		

表 4 2 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	精神抑郁	胸胁胀满	易怒喜哭	善太息	失眠多梦	总积分
治疗组	30	治疗前	5.93 $\pm$ 1.53	5.60 $\pm$ 1.77	6.13 $\pm$ 1.48	5.80 $\pm$ 1.32	6.20 $\pm$ 1.11	178.00 $\pm$ 7.35
		治疗后	1.40 $\pm$ 1.59 ^{ab}	1.00 $\pm$ 1.46 ^{ab}	1.47 $\pm$ 1.38 ^{ab}	1.13 $\pm$ 1.14 ^{ab}	1.60 $\pm$ 1.52 ^{ab}	39.60 $\pm$ 7.40 ^{ab}
对照组	30	治疗前	6.00 $\pm$ 1.39	5.40 $\pm$ 1.77	6.07 $\pm$ 1.44	5.73 $\pm$ 1.80	6.07 $\pm$ 1.23	175.60 $\pm$ 8.65
		治疗后	2.40 $\pm$ 1.92	1.87 $\pm$ 1.38	2.27 $\pm$ 1.55	2.33 $\pm$ 1.75	2.53 $\pm$ 1.89	68.40 $\pm$ 7.54

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

4 讨 论

抑郁症归属于中医学“百合病”“郁病”范畴,病位在肝,与心、肺、脾息息相关,治则为疏肝解郁。《素问·玉机真脏论》云:“忧恐悲喜怒,令不得以其次,故令人有大病矣”^[10],多因感受外邪,或情志刺激所致。西医主要采用口服抗抑郁药物治疗,多以单胺类神经递质为靶点,但存在着不良反应多、起效缓慢等问题。本次研究对照组口服氟哌噻吨美利曲辛片治疗,该药由双向抑郁药美利曲辛加氟哌噻吨而成,美利曲辛的镇静作用较阿米替林弱,可阻碍突触前膜对 5-羟色胺、去甲肾上腺素(NA)的第二次摄取,增加神经递质含量,从而抵抗抑郁;而氟哌噻吨可拮抗突出后膜多巴胺(DA),提高 DA 的合成,增加释放,缓解抑郁焦虑;二者合为一体,加强疗效。该药在对抗抑郁的同时,亦可出现不良反应,如便秘、口干、头晕等,长时间服用会对其产生依赖性^[11-12]。

灵龟八法是依据人体气血流注的时间来选

3.4.3 2 组治疗前后 HAMD-24 项积分比较 治疗前 2 组 HAMD-24 项积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后 2 组 HAMD-24 项积分均低于治疗前,且治疗组下降幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后 HAMD-24 项积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t 值	P 值
治疗组	30	27.73 $\pm$ 5.53	15.56 $\pm$ 5.75	14.977	<0.01
对照组	30	26.20 $\pm$ 5.63	18.80 $\pm$ 6.33	12.243	<0.01
t 值		1.078	-2.203		
P 值		0.290	0.036		

3.4.4 2 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前 2 组中医证候各项积分及总积分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组中医证候各项积分及总积分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$ 或 $P<0.05$)。(见表 4)

择开穴时间以治疗疾病,其包含着丰富的理论,如九宫八卦、八脉交会穴、河图洛书等。配穴中百会、印堂宁心安神;内关止痛理气、解郁宽胸,心经原穴神门可畅心气、安心神;太冲是肝经原穴,合谷为大肠经原穴,二者配有“开四关”之意,可平肝镇静安神;三阴交调肝肾脾三经气血,与上诸穴合用,化郁凝神理气。六字诀是我国传统功法,练习者深吸气后,呼气时分别配合念“嘘、呵、呼、咽、吹、嘻”六个字,其中嘘属肝,呵属心,呼属脾,咽属肺,吹属肾,嘻属三焦,吸入自然之清气,排出体内浊气,此时胸、腹腔产生不同气流从而影响人体的五脏六腑,调节气血运行,而至阴平阳秘。有研究发现六字诀比较在意形、声、气、神、韵的运用,注重对患者的心理调节和自我控制,能改善患者焦虑抑郁等不良的心理状态^[13]。而本次研究结果也证明了此点,且配合灵龟八法可使疗效更佳。(下转第 108 页)

疗不失为一种积极的防治措施。

综上所述,本研究显示了恶性亚实性肺结节的危险因素有血管束征、结节最大直径和气虚体质,可针对气虚体质的亚实性肺结节患者进行中医防治。但本研究也存在一定的局限性,一方面,本研究对象均来自于恶性结节可能性大且愿意接受手术切除的患者,存在选择偏倚;另一方面,本研究样本量有限且为回顾性研究,未来有待大样本量、多中心、前瞻性的临床研究进一步证实。

参考文献

- [1] 中华医学会呼吸病学分会肺癌学组,中国肺癌防治联盟专家组.肺结节诊治中国专家共识(2018年版)[J].中华结核和呼吸杂志,2018,41(10):763-771.
- [2] 中华中医药学会.中医体质分类与判定(ZYXXH/T157-2009)[J].世界中西医结合杂志,2009,4(4):303-304.
- [3] HENSCHKE C. CT screening for lung cancer: Frequency and significance of part-solid and nonsolid nodules[J]. American Journal of Roentgenology, 2002, 178(5): 1053-1057.
- [4] NG CSH, CHU CM, LO CK, et al. Hybrid operating room dynamic-computed tomography combined image-guided electromagnetic navigation bronchoscopy dye marking and hookwire localization video-assisted thoracic surgery metastasectomy[J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2018, 26(2): 338-340.
- [5] WOOD DE, KAZEROONI EA, BAUM SL, et al. Lung cancer screening, version 3.2018, NCCN clinical practice guidelines in oncology[J]. Journal of the National Comprehensive Cancer Network Jncn, 2018, 16(4): 412-441.
- [6] MACMAHON H, NAIDICH DP, GOO JM, et al. Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: From the Fleischner society 2017[J]. Radiology, 2017, 284(1): 228-243.
- [7] GOULD MK, DONINGTON J, LYNCH WR, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: When is it lung cancer?: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American college of chest physicians evidence-based clinical practice guidelines[J]. Chest, 2013, 143(5 Suppl): e93S-e120S.
- [8] 石新林,徐兴祥,杨慧俐. 148例孤立性肺结节临床资料分析[J]. 国际呼吸杂志, 2019, 39(13): 985-989.
- [9] 刘颖. 肿瘤疾病中医体质学研究的文献分析[J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(4): 139-140.
- [10] 陈世贤,袁立霞,邱钰芹,等. 肺癌与中医体质的关系[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1): 62-63.
- [11] 郑同宝,张征,蔚敏,等. 肺癌中医体质辨证探讨[J]. 新中医, 2005, 37(4): 13-14.
- [12] 陆王娟,周贤梅. 中医体质在肺结节早期诊治中的应用探讨[J]. 陕西中医, 2018, 39(4): 518-520.
- [13] 黄维华,李慧芬,申维玺,等. 肺癌虚证患者的预后分析[J]. 中国中西医结合杂志, 2008, 28(7): 582-582.
- [14] 刘彧杉,张晓梅,姜良铎,等. 益肺活血化痰散结法治疗 187 例肺结节临床观察[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(2): 992-994.

(收稿日期:2021-06-10)

(上接第 64 页)

本研究结果显示,总有效率治疗组为 90.00%,高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$),治疗后治疗组 SAS 积分、HAMD-24 项积分、中医证候各项积分及总积分均低于对照组 ($P < 0.01$ 或 $P < 0.05$),说明灵龟八法配合六字诀临床疗效颇佳,可改善抑郁症患者症状,为临床治疗抑郁症提供了一个新思路。

参考文献

- [1] 田旭升,程伟. 从忧郁症到抑郁症: 社会文化视角下的疾病映像[J]. 医学与哲学, 2014, 35(3): 79-81.
- [2] 陈魁敏,孟宪峰,于千. 抑郁症临床研究及心理治疗[M]. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2015, 7(1): 1-2.
- [3] 龚珍奇,陈红兰. 抗抑郁功能食品研究进展[J]. 食品科学, 2007, 28(8): 532-535.
- [4] 宋丽波,董国菊,杨丽丽,等. 健身气功六字诀对冠心病合并抑郁状态患者的影响[J]. 环球中医药, 2017, 10(8): 969-971.
- [5] ORGANIZATION WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines[M]. Geneva: World Health Organization, 1993: 99-103.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 20.
- [7] 汪向东. 焦虑自评量表[J]. 中国心理卫生杂志, 1993(6): 205-208.
- [8] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 73, 35-39.
- [9] 张沥月. 灵龟八法合辨证取穴针刺治疗气虚血瘀型中风后遗症的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2018.
- [10] 黄帝内经[M]. 田代华, 整理. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 37.
- [11] 王凯丽,闫西鹏,赵颖颖,等. 安神解郁汤联合黛力新治疗女性更年期轻中度抑郁症 40 例[J]. 山东中医杂志, 2017, 36(3): 204-206.
- [12] 胡水勋,林炳茂,邓荣龙,等. 郁舒畅饮联合黛力新治疗肝郁血瘀型脑梗死后抑郁症[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12(3): 313-314.
- [13] 高谨. 六字诀对抑郁症患者抑郁、焦虑情绪的影响[D]. 福州: 福建中医药大学, 2020.

(收稿日期:2021-10-11)