

● 医学护理 ●

引用:钟周,黄艳红,刘文,舒卓,唐冰玉. 针刺联合团体性心理护理对优抚军人慢性疼痛伴发情绪障碍的效果观察[J]. 湖南中医杂志,2021,37(1):88-91.

针刺联合团体性心理护理 对优抚军人慢性疼痛伴发情绪障碍的效果观察

钟 周,黄艳红,刘 文,舒 卓,唐冰玉

(长沙市第九医院/长沙市优抚医院,湖南 长沙,410004)

[摘要] 目的:比较针刺治疗与针刺治疗联合团体性心理护理对优抚军人慢性疼痛伴情绪障碍(抑郁、焦虑)的临床效果差异。方法:选取 102 例慢性疼痛伴情绪障碍的优抚军人进行研究,将 56 例慢性疼痛伴抑郁情绪的患者随机分为针护 1 组(针刺治疗联合团体性心理护理)和针刺 1 组(单用针刺治疗),每组各 28 例;将 46 例慢性疼痛伴焦虑情绪的患者随机分为针护 2 组和针刺 2 组,每组各 23 例;分别于干预前及干预第 1、2 周末采用疼痛数字评分法量表(NRS)、17 项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分来评价各组疼痛症状及抑郁、焦虑情绪方面的临床效果。结果:针刺组干预第 2 周末时 NRS、HAMA、HAMD-17 评分均下降(均 $P < 0.05$),针护组干预第 1、2 周末时 NRS、HAMA、HAMD-17 评分均下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),且针护组干预第 2 周末的 NRS、HAMA、HAMD-17 评分均低于针刺组(均 $P < 0.05$)。结论:针刺联合团体性心理护理干预可显著改善优抚军人慢性疼痛症状并有效缓解疼痛伴发的抑郁、焦虑情绪,对我国优抚军人疗养工作的开展具有临床参考意义。

[关键词] 优抚军人;慢性疼痛;情绪障碍;针刺治疗;团体性心理护理

[中图分类号] R248.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.01.035

优抚军人是指残疾军人、退伍红军、复员军人老战士、带病回乡退伍军人、参战(参核)退役人员等一类人群^[1],其多伴有腰颈椎病、外伤、肌肉劳损等导致的慢性疼痛。据研究报道,慢性疼痛患者存在更高的抑郁、焦虑症发病率(69.8%~92.4%)^[2],且抑郁和焦虑情绪也可使慢性疼痛持续时间延长,或使病情恶化而严重影响患者生活质量^[3]。我国重点优抚对象大约有 858.5 万人^[4-5],但目前对这个特殊群体慢性疼痛及其伴发的情绪障碍的调查与干预研究仍为空白。而美国军方和退伍军人管理局已成功有效地开展了针灸治疗慢性疼痛的研究^[6]。目前我院开展了对优抚军人的专门疗养,在优抚军人慢性疼痛的治疗及精神障碍的康复方面积累了丰富的经验,现将我院对优抚军人慢性疼痛伴情绪障碍的针刺治疗及团体性心理护理干预效果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 我院于 2018 年 1~12 月收治优抚

疗养对象总计 179 例,其中疼痛伴情绪障碍患者 102 例(抑郁 56 例、焦虑 46 例),占 92.96%。优抚军人疼痛时间以 2~5 年为主,为 52 例,占 50.98%;其次为 5~10 年、3 个月至 2 年,分别为 24 例、18 例,占 23.53%、17.65%。疼痛部位以颈肩部为主,为 46 例,占 45.10%;其次为腰部、四肢关节,分别为 30 例、21 例,占 29.41%、20.59%。采用随机数字表法将 56 例慢性疼痛伴抑郁情绪的患者随机分为 2 组,其中针刺 1 组 28 例,年龄 42~93 岁,平均(56.51±13.94)岁;针护 1 组 28 例,年龄 43~88 岁,平均(54.64±15.99)岁。将 46 例慢性疼痛伴焦虑情绪的患者随机分为 2 组,其中针刺 2 组 23 例,年龄 45~79 岁,平均(53.60±16.62)岁;针护 2 组 23 例,年龄 43~82 岁,平均(57.20±13.07)岁。针刺 1 组与针护 1 组及针刺 2 组与针护 2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 1)疼痛符合国际疼痛协会的慢性

疼痛诊断标准。疼痛区域至少1处,疼痛持续时间至少3个月,且疼痛数字评分量表(NRS)评分 ≥ 3 分,每天或几乎每天疼痛^[7-8]。2)抑郁。17项汉密尔顿抑郁量表(HAMD-17)评分 ≥ 8 分^[9]。3)焦虑。汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分 ≥ 7 分^[10]。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)未服用止痛药、抗焦虑药、抗抑郁药等治疗。

1.4 排除标准 1)患有脑器质性疾病及严重躯体疾病;2)对针刺有不良反应且不能耐受;3)有针刺禁忌证;4)病程小于3个月,或有急性痛与内脏疼痛;5)既往有明确的精神疾病病史。

2 干预方法

2.1 针刺组 单用针刺治疗。1)肩关节炎主穴。肩髃、肩髃、肩贞、阿是穴等;颈椎病主穴:颈夹脊、天柱、风池、曲池、外关、阿是穴;腰椎病主穴:阿是穴、局部夹脊、大肠俞、委中等;骨关节病主穴:阿是穴、局部经穴等。2)抑郁患者取穴。主穴:内关、神门、太冲、水沟;配穴:肝气郁结配膻中、期门,气郁化火配行间、侠溪,心脾两虚配心俞、足三里,肝肾阴虚配太溪、肝俞,心胆气虚配胆俞、神门,脾肾阳虚配脾俞、关元,疼痛处配阿是穴。3)焦虑患者取穴。主穴为百会、神门、印堂、三阴交;配穴:心脾两虚配心俞、脾俞,肝郁化火配行间、侠溪,心肾不交配太溪、涌泉,痰热内扰配风隆、内庭,脾胃不和配太白、公孙。操作:选用0.30 mm $\times$ 40 mm毫针缓慢刺入,采用导气针法,得气后留针30 min。

2.2 针护组 在针刺组治疗的基础上联合团体性心理护理,具体如下:1)保护自尊。优抚对象是国家的宝藏,民族的功臣,对待优抚对象应态度亲切,语言柔和,保持微笑服务,从而使优抚对象感受到被尊重。2)合理制定方案。根据优抚对象身体情况制定优抚疗养方案,开展有部队特点的优抚疗养活动,把心理护理融入其中,使优抚对象心情愉悦,从而使心理护理达到最佳效果。3)知识宣教。开展健康讲座,宣教疼痛、抑郁、焦虑知识,使优抚对象正视自身问题,树立正确的疾病态度。4)方法指导。指导优抚对象进行预防和减轻疼痛的方法,比如音乐疗法、暗示疗法、心理调节方法;指导正确的睡眠姿势,减轻疼痛感,从而减轻其焦虑与紧张的情绪。5)及时疏导。定期开展心理沟通座谈会,经常与之交谈,讨论其感兴趣的军队话题,倾听优抚对象的诉说,针对问题及时进行心理疏导,帮助优抚对

象建立积极乐观的态度,使其能自行做好心理减压。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)采用NRS评分评定疼痛程度。0分为无痛,1~3分为轻度疼痛,4~6分为中度疼痛,7~10分为重度疼痛。2)采用HAMD-17评分评定抑郁程度。总分 <8 分为无抑郁; ≥ 8 分、但 <17 分为轻度抑郁; ≥ 17 分、但 <24 分为中度抑郁; ≥ 24 分为重度抑郁。3)采用HAMA评分评定焦虑程度。总分 <7 分为无焦虑, ≥ 7 分、但 <14 分为存在焦虑情绪, ≥ 14 分、但 <21 分为轻度焦虑, ≥ 21 分、但 <29 分为中度焦虑, ≥ 29 分为严重焦虑。以上各项评分分别于治疗前及治疗第1、2周末各评定1次,由专业人员详细解释量表的注意事项,并确保患者充分理解了量表内容。

3.2 统计学方法 采用SPSS 20.0软件进行统计分析,计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用 t 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 干预结果

3.3.1 2组慢性疼痛伴抑郁患者干预前后NRS、HAMD-17评分比较 针刺1组干预第2周末较本组干预前NRS评分下降($P<0.05$),HAMD-17评分显著下降($P<0.01$);针护1组干预第1、2周末均较本组干预前NRS、HAMD-17评分下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。且干预第2周末HAMD-17评分较干预第1周末下降($P<0.05$);针护1组与针刺1组比较,干预第2周末NRS、HAMD-17评分差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。(见表1)。

表1 2组慢性疼痛伴抑郁患者干预前后NRS、HAMD-17评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	NRS			HAMD-17		
		干预前	干预第1周末	干预第2周末	干预前	干预第1周末	干预第2周末
针刺1组	28	5.23 $\pm$ 1.09	4.81 $\pm$ 1.01	4.54 $\pm$ 1.03	12.36 $\pm$ 1.87	11.42 $\pm$ 1.67	10.53 $\pm$ 1.71
针护1组	28	5.39 $\pm$ 1.15	4.71 $\pm$ 1.10	3.94 $\pm$ 1.21	12.32 $\pm$ 2.00	10.73 $\pm$ 1.87	9.54 $\pm$ 1.83
t 值		0.56	0.36	2.15	0.07	1.62	2.05
P 值		0.57	0.72	0.03	0.95	0.11	0.04

3.3.2 2组慢性疼痛伴焦虑患者干预前后NRS、HAMA评分比较 针刺2组干预第2周末较本组干预前NRS、HAMA评分显著下降(均 $P<0.01$);针护2组NRS、HAMA评分干预第1、2周末均较本组干预前下降($P<0.05$ 或 $P<0.01$),NRS评分、HAMA评分干预第2周末较本组干预第1周末下降(均 $P<$

0.05); 针护2组与针刺2组比较, 干预第2周末NRS、HAMA评分差异有统计学意义(均 $P<0.05$)。(见表2)

表2 2组慢性疼痛伴焦虑患者干预前后NRS、HAMA评分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	NRS			HAMA		
		干预前	干预第1周末	干预第2周末	干预前	干预第1周末	干预第2周末
针护2组	23	5.39±1.20	4.65±1.17	3.65±0.98	10.04±1.52	9.00±1.38	8.04±1.02
针刺2组	23	5.48±1.24	5.00±1.01	4.4±1.12	10.26±1.71	9.66±1.43	8.91±1.31
t 值		0.2	1.02	2.20	0.45	1.15	2.06
P 值		0.81	0.31	0.03	0.65	0.26	0.04

4 讨 论

慢性疼痛为当今世界主要的健康问题之一^[11], 慢性疼痛患者不仅长期有身体上的不适感, 同时也有着抑郁和焦虑等情绪而抑郁、焦虑症状又可增加躯体疼痛症状, 形成恶性循环^[2]。据报道, 慢性疼痛与抑郁、焦虑之间的联系有: 1) 抑郁是疼痛直接引起的症状; 2) 疼痛-中介因素-抑郁, 疼痛导致相应的功能障碍再引起抑郁与焦虑情绪, 疼痛症状的加重使得活动限制增加, 从而导致抑郁、焦虑更明显; 3) 疼痛致病因素之一为抑郁, 其机制主要有5-羟色胺、皮质醇代谢异常等; 4) 疼痛与抑郁之间可形成恶性循环, 情绪障碍可加重疼痛, 而心理护理对负面情绪能起到改善作用, 从而减轻疼痛症状^[12]。本文统计得出优抚军人的慢性疼痛发病率具有普遍性特点, 占比高达90.5%, 其中大部分伴有情绪(抑郁、焦虑)障碍, 占比为63.0%, 其伴发的情绪障碍显著高于普通人群的流行病学调查, 对此需探讨有效的慢性疼痛临床治疗手段及其伴发的情绪障碍康复方法, 来满足优抚军人这一特殊群体的疾病需求。

慢性疼痛伴抑郁、焦虑情绪具有常见性、易复发性特点, 而长期药物维持治疗又具有成瘾性、耐药性, 毒副作用明显。我国针灸治疗疾病已有三千多年历史, 在缓解慢性疼痛的疗效方面已被世界卫生组织推荐。现代研究已证实针刺(电针)、经皮电刺激等治疗方法具有持久的镇痛作用^[13-14], 其机制主要是通过外周、脊髓及脊髓上中枢层面来产生疗效^[15]。此外循证医学证实针刺在治疗焦虑、抑郁情绪障碍方面有良好效果, 且具备简、便、廉、验的特点^[16-17], 其机制主要与神经内分泌功能、细胞信号转导, 海马神经发生、促炎症细胞因子等有关^[18]。有研究表明, 心理因素在慢性疼痛的发生、发展、持

续或加重中有着一定的关键性作用^[19], 疼痛的本质为情绪与感觉的心理体验, 因此心理护理需要考虑个性心理特征与倾向、认知、意志等影响因素, 在提供医疗护理服务时应重视心理问题的护理来促进患者身心健康^[20-21]。心理护理可使患者有客观的自我认识, 并积极地配合治疗, 及时调整心理状态, 增强战胜疾病的信心与乐观心态来缓解抑郁、焦虑情绪^[22]。优抚军人慢性疼痛者大多伴随着抑郁、焦虑情绪等消极情绪, 更需要从心理学方面入手, 提高患者的积极情绪, 缓解疼痛症状。据报道, 心理护理对慢性疼痛伴抑郁、焦虑情绪具有显著改善作用, 且能增强社会积极态度和主观幸福感, 从而减轻疼痛^[23-26]。利用电针联合心理护理干预改善焦虑、抑郁症状已受到关注。故本文探讨针刺联合团体性心理护理对慢性疼痛伴情绪障碍(抑郁、焦虑)的临床效果差异, 可为优抚军人慢性疼痛的临床诊疗提供参考数据, 对优抚疗养工作的开展有参考价值。

本研究显示, 针刺组干预第2周末慢性疼痛伴抑郁、焦虑情绪的NRS、HAMA、HAMD-17评分值下降, 表明针刺治疗可改善优抚军人慢性疼痛伴抑郁、焦虑情绪; 针护组干预第1、2周末慢性疼痛伴抑郁、焦虑情绪NRS、HAMA、HAMD-17评分值均下降且针护组干预第2周末的疼痛、抑郁、焦虑量表评分值显著低于针刺组, 可见采取针刺联合团体性心理护理干预更有利于改善患者的疼痛与抑郁、焦虑情绪, 这可能与中医针灸治疗以整体观论治, 能起到形神并治、身心并调的作用关系密切, 且心理护理对慢性疼痛伴随焦虑、抑郁情绪针刺治疗效果有增强作用。

综上所述, 针对优抚军人这个特殊群体的疾病特点, 通过针刺联合团体性心理护理干预可显著改善其慢性疼痛症状, 并有效缓解疼痛伴发的抑郁、焦虑情绪, 具有积极的参考价值。

参考文献

- [1] 陈欣新. 组建“退役军人事务部”是体制改革的重要举措[J]. 中国经贸导刊, 2018(15): 54-56.
- [2] 杨敏. 慢性疼痛患者疼痛特征及其与抑郁、焦虑情绪的关系[D]. 长沙: 中南大学, 2010.
- [3] 张文祥, 倪家骧. 慢性疼痛患者发生抑郁和焦虑症状的研究[J]. 中国全科医学, 2009, 12(9): 775-777.
- [4] 易海涛. 中部地区重点优抚对象医疗保障问题研究——以江

西省优抚对象为例[D].南昌:南昌大学,2011.

- [5] 孙丽娟.慢性疼痛患者的个性特征及心理健康状况分析[J].健康心理学杂志,2004,12(5):342-343.
- [6] 欧阳晖,樊莹,巩昌镇,等.美国阿片类药物危机与针灸发展的契机[J].中医药导报,2018,24(5):1-9.
- [7] 赵俊,张克生.疼痛治疗学[M].北京:华夏出版社,1994:106-108.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:256-257.
- [9] 覃晓波,梁佳,张琴,等.广泛性焦虑患者汉密顿焦虑量表与心率变异性相关分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2010,31(16):9-10.
- [10] 李文波,许明智,高亚丽.汉密顿抑郁量表6项版本(HAMD-6)的信度及效度研究[J].中国神经精神疾病杂志,2006,32(2):117-120.
- [11] 周江华,邹川,董碧蓉.老年慢性持续性疼痛的管理[J].现代临床医学,2015,41(5):390-392,396.
- [12] 蔡宏澜,段宝霖,王雅,等.慢性疼痛病人伴发焦虑、抑郁和躯体化症状的现状分析[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(10):788-790.
- [13] PLATON B, ANDRELL P, RANER C, et al. High-frequency, high-intensity transcutaneous electrical nerve stimulation as treatment of pain after surgical abortion[J]. pain, 2010, 148(1):114-119.
- [14] KING T, QU C, OKUN A, et al. Contribution of PKM-dependent and independent amplification to components of experimental neuropathic pain[J]. 2012, 153(6):1263-1273.
- [15] 王雪,李文志.电针治疗炎性疼痛作用机制的研究现状[J].针灸临床杂志,2016,32(2):93-95.

- [16] 程新慧,刘奇,张承舜,等.焦虑症的针灸临床治疗及选穴特点分析[J].时珍国医国药,2015,26(2):431-433.
- [17] 王宁宁,陈俊琦,江晓宇,等.针灸治疗原发性抑郁症取穴规律的文献分析[J].中医杂志,2011,52(24):2132-2134.
- [18] 杨柳笛,吴玉梅.针灸治疗抑郁症的多机制研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2018,18(92):53-57.
- [19] WALKER AK, KAVELAARS A, HEIJNEN CJ, et al. Neuroinflammation and comorbidity of pain and depression[J]. Pharmacological Reviews, 2013, 66(1):80-101.
- [20] 江倩倩,贾泽娟,张昭,等.心理干预改善慢性疼痛的研究进展[J].齐鲁护理杂志,2018,24(15):100-102.
- [21] 武思尹.慢性疼痛与抑郁焦虑关系的研究进展[J].健康周刊,2018(7):252.
- [22] 李秀环.系统心理护理对精神分裂症患者焦虑、抑郁情绪与生活质量的影响[J].护理实践与研究,2017,14(11):123-124.
- [23] CEBOLLA A, LUCIANO JV, DEMARZO MP, et al. Psychometric properties of the spanish version of the mindful attention awareness scale(MAAS) in patients with fibromyalgia[J]. Health Qual Life Outcomes, 2013, 11(1):1-7.
- [24] 殷婷玉.心理护理对焦虑症患者情绪的影响研究[J].医学信息,2017,30(15):139-140.
- [25] 甄艳春.焦虑症患者的心理护理体会[J].心理医生,2017,23(26):178-179.
- [26] 刘星星,许勤伟,李赛兰.心理干预法对抑郁症病人的临床疗效观察[J].安徽医药,2017,21(3):462-464.

(收稿日期:2020-04-16)

(上接第62页)2组患者治疗后HAMD-24评分及BRMS评分均较治疗前降低,且治疗组的降低幅度较对照组更加明显($P<0.05$)。

综上所述,“升阳益胃针法”治疗BD有明显的优势,不仅可以缓解患者的心理障碍,还能降低药物的不良反应,大大提高患者的依从性及临床疗效,而且价格低廉,值得临床推广。但该疗法的作用机制及关键靶点尚不明确,且研究样本量少,评价标准单一,故今后应扩大样本量、丰富评价标准及严谨随机对照序列,进一步探讨该方案对BD的疗效机制。

参考文献

- [1] 张光勇.喹硫平+帕罗西汀结合用于双相情感障碍治疗68例分析[J].国外医药:抗生素分册,2015,36(6):267-269.
- [2] 张金凤.左氧氟沙星联合替硝唑及康妇消炎栓治疗慢性盆腔炎疗效分析[J].中国伤残医学,2014,22(5):102-103.
- [3] MANNING JS. Tools to improve differential diagnosis of bipolar disorder in primary care[J]. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2010, 12(1):17-22.
- [4] SMITH DJ, THAPAR A, SIMPSON S. Bipolar spectrum disorder:

differential diagnosis and treatment[J]. Prim Care, 2007, 34(3):521-523.

- [5] 美国精神医学学会.精神障碍诊断与统计手册[M].北京:北京大学医学出版社,2014:119-135.
- [6] 郑珺珺.喹硫平联合丙戊酸镁缓释片治疗双相情感障碍的临床效果观察[J].中国当代医药,2015,22(23):112-114.
- [7] 张明园.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:122-166.
- [8] ADAM B, LIEBRECHTS T, SAADAT-GILANI K, et al. Validation of the gastrointestinal symptom score for the assessment of symptoms in patients with functional dyspepsia[J]. Aliment Pharmacol Ther, 2005, 22(4):357363.
- [9] 宋博,高新,王兴.喹硫平联合丙戊酸镁治疗双相情感障碍的临床疗效研究[J].当代医学,2018,24(29):9-11.
- [10] 德罗斯曼.罗马IV:功能性胃肠病/肠脑互动异常[M].北京:科学出版社,2016:3,452-455.
- [11] 周丹,顾志坚,朱蕾蕾,等.蒋健教授“郁证脾胃病论”诊疗经验介绍[J].中国医药导报,2018,15(24):129-132.
- [12] 孙静.丙戊酸镁缓释片与碳酸锂缓释片治疗双相情感障碍躁狂发作患者的临床疗效[J].中国药物经济学,2016,11(2):51-53.
- [13] 黄元御.四圣心源[M].孙治熙,校注.北京:中国中医药出版社,2009:7.

(收稿日期:2020-04-28)