

针刺结合麦粒灸治疗 心胆气虚型失眠29例临床观察

李秋佳

(广西壮族自治区江滨医院,广西 南宁,530001)

[摘要] 目的:观察针刺结合麦粒灸治疗(心胆气虚型)失眠的临床疗效。方法:将(心胆气虚型)失眠患者60例随机分为2组各30例(治疗组脱落1例)。治疗组采用针刺结合麦粒灸治疗,对照组采用口服阿普唑仑片治疗。2组均治疗14d为1个疗程,共治疗2个疗程。比较2组临床疗效及匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)积分。结果:总有效率治疗组为96.5%,对照组为80.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组PSQI评分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后组间比较,治疗组在睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、日间功能、总分方面明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺结合麦粒灸治疗心胆气虚型失眠能明显改善睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、日间功能,疗效优于口服阿普唑仑片。

[关键词] 失眠;心胆气虚型;针刺疗法;麦粒灸

[中图分类号] R246.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.08.051

失眠是临床常见病症之一。西医治疗本病以苯二氮卓类药物为主,其不良反应及毒副作用明显,包括头晕头痛、中枢呼吸抑制、耐药性、成瘾性等^[1-2]。笔者采用针刺结合麦粒灸治疗心胆气虚型失眠29例,取得较好疗效,并与采用阿普唑仑片治疗的30例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取本院针灸科门诊及住院的心胆气虚型失眠患者60例,按随机数字表法分为治疗组与对照组各30例。治疗组有1例患者因出差原因脱落。治疗组中,男11例,女19例;年龄最小18岁,最大65岁,平均 (45 ± 2.23) 岁。对照组中,男13例,女17例;年龄最小20岁,最大63岁,平均 (46 ± 1.91) 岁。2组性别、年龄比较,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 参照《中国精神障碍分类与诊断标准》^[3]第3版修订本(CCMD-3)中非器质性失眠症的诊断标准拟定。(1)失眠:包括难以入睡、睡眠不深、早醒、多梦,或醒后不易再入睡,醒后感到疲乏、不适感,或白天困倦等;(2)具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念;(3)对睡眠质量、数量的不满引起明显的苦恼或社会功能受损;(4)失眠每周至少发生3次,至少已1个月。

1.2.2 中医诊断与辨证标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[4]中“不寐”的诊断标准及心胆气虚证的辨证标准:(1)有失眠的典型症状:入睡困难,时常觉醒,睡而不稳或醒后不易再睡,晨醒过早,夜难以入睡,白天昏沉欲睡,睡眠 $< 6h$;(2)轻者入寐困难或寐而易醒,醒后不寐,重者彻夜难眠;

的存在,认为针刺对头部穴区的刺激,可以通过头这一容积导体产生一种“场”或“针场”,将生物电效应传送到大脑皮层,与脑神经细胞自发电位变化传递到大脑皮层一样,对大脑皮质有刺激作用。本研究结果证明,头穴透刺联合常规针刺可有效地改善患者认知功能和日常生活能力,临床疗效显著。

参考文献

- [1] O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B, et al. Vascular cognitive impairment [M]. Vascular cognitive impairment: Oxford University Press, 2003: 89-98.
- [2] 中国防治认知功能障碍专家共识专家组. 中国防治认知功能

障碍专家共识[S]. 中华内科杂志, 2006, 45(2): 171-173.

- [3] 田金州, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)[S]. 中国老年学杂志, 2002, 22(5): 329-331.
- [4] 白晶, 李国栋, 戈杰英, 等. 头穴丛刺联合认知训练治疗血管性认知障碍临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2013, 32(10): 819-821.
- [5] 冯晓东, 冯红霞. 头针治疗脑卒中后记忆障碍的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2015, 21(2): 189-191.
- [6] 黄东挺, 卢琰琰, 黄洪, 等. 头针丛刺对阿尔茨海默病认知功能的影响[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(10): 888-889.
- [7] 焦顺发. 头针[M]. 太原: 山西人民出版社, 1982: 234-256.
- [8] 于致顺. 头穴改善偏瘫患者肌力效应的时间动态观察[J]. 针灸临床杂志, 1991, 6(1): 399.

(收稿日期: 2018-07-17)

(3)常伴有头痛头昏、心悸、健忘、多梦等症;(4)经各系统和实验室检查未发现异常;(5)有反复发作史;(6)虚烦不寐,处事易惊,终日惕惕,胆怯心悸,伴气短自汗、倦怠乏力、舌淡、脉弦细等症。

1.3 纳入标准 (1)符合上述相关诊断标准,生命体征正常,行动方便;(2)年龄18~65岁,性别不限;(3)未曾服用或已停用治疗失眠症药物≥1个月;(4)签署知情同意书并能按计划坚持治疗。

1.4 排除标准 (1)对乙醇或治疗失眠症药物依赖;(2)合并传染性疾病、严重原发性疾病;(3)因心理疾病(采用90项症状清单(SCL-90)^[5]进行心理评价)、躯体疾病、外界因素干扰致失眠;(4)妊娠、哺乳期妇女;(5)晕针及不能耐受针刺治疗。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用针刺结合麦粒灸治疗。(1)刺法:采用苏州华佗牌一次性0.30mm×40mm及0.25mm×25mm毫针。取穴:神门、内关、三阴交、申脉、照海(以上均取双侧),百会、印堂。操作:患者仰卧位,取穴皮肤以碘伏行常规消毒,毫针长度的选择按不同穴位部位而定,穴位直刺10~30mm,行小幅度提插捻转致得气后,采用平补平泻法,留针30min,期间每10min行针1次。(2)灸法:选用河南南阳艾堂馆生产的3年清艾绒。取穴:心俞、胆俞(以上均取双侧),大椎、至阳。每个穴位5壮。操作:患者仰卧位,充分暴露施灸穴位,先在施灸穴位处涂抹适量石蜡油以起黏附及保护皮肤的作用,而后将艾炷放置该处,用线香点燃施灸,当艾炷燃烧至患者感到微有灼痛感,便可更换艾炷继续上述操作,直至5壮灸完。每天1次。

2.2 对照组 采用口服阿普唑仑片治疗。阿普唑仑片(江苏恩华药业生产),每天睡前30min,口服0.4mg。

2组均连续治疗14d为1个疗程,疗程之间间隔2d,共治疗2个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 采用匹兹堡睡眠质量指数量表

表2 2组治疗前后PSQI量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率	睡眠障碍	日间功能	总分
治疗组	29	治疗前	2.03±0.73 ^a	2.25±0.83 ^a	2.17±0.75 ^a	2.20±0.78 ^a	1.79±0.73 ^a	1.82±0.88 ^a	12.44±4.7 ^a
		治疗后	0.97±0.78 ^{bc}	1.26±0.87 ^{bd}	1.05±0.74 ^{bc}	1.09±0.68 ^{bc}	1.03±0.75 ^{bd}	0.78±0.80 ^{bc}	6.18±4.62 ^{bc}
对照组	30	治疗前	2.18±0.55	2.14±0.74	2.27±0.57	2.19±0.80	1.69±0.47	1.98±0.75	12.45±3.88
		治疗后	1.38±0.88 ^b	1.32±0.67 ^b	1.43±0.66 ^b	1.49±0.64 ^b	1.12±0.76 ^b	1.24±0.77 ^b	7.98±4.38 ^b

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

(PSQI)^[6]对患者治疗前后的睡眠情况进行评分。PSQI量表由18个条目共7个成分(即睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍)组成,每成分按0~3分计分,累计各成分得分为PSQI总分,总分范围0~21分,以7分作为临界,<7分者为正常睡眠,>7分者则可判为睡眠障碍,得分越高说明睡眠质量越差。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[7]中失眠的疗效评定标准制定。痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间在6h以上,睡眠深沉,醒后精力充沛;显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3h以上,睡眠深度增加;有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不足3h;无效:治疗后失眠无明显改善或反加重。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS 17.0软件进行分析处理。数据均采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料比较采用 t 检验;计数资料比较采用 χ^2 检验;等级资料比较采用秩和检验,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96.5%,对照组为80.0%,2组比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	29	7	10	11	1	96.5 ^a
对照组	30	3	8	13	6	80.0

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后PSQI量表评分比较 2组治疗前各项评分比较,差异无统计学意义;2组各项评分治疗前后组内比较,差异均有统计学意义;治疗后治疗组在睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、日间功能、总分方面与对照组比较,差异均有统计学意义,在睡眠障碍、入睡时间方面治疗组稍优于对照组,但差异无统计学意义。

4 讨 论

睡眠问题是当代快节奏生活长期困扰着人们的主要问题之一。睡眠不足、睡眠质量降低对患者情绪有严重的负面影响,出现焦虑、抑郁、狂躁或恐惧心理,严重者导致其认知功能障碍,出现注意力不集中,反应迟钝等。目前临床上治疗失眠症应用最多的药物是镇静催眠药和抗焦虑药,如地西泮、艾司唑仑等,虽有一定疗效,但长期服用易产生耐受性、成瘾性及戒断性等毒副作用。

失眠属于中医学“不寐”的范畴,《灵枢·大惑论》记载:“卫气不得入于阴,……阳气满则阳跷盛,不得入于阴则阴气虚,故目不瞑矣”,说明不寐病机是在不同因素的影响下,与脏腑气血失和、阴阳失调、阳不入阴有关。古代诸多医家强调从脏腑论治失眠,并以心胆为失眠的论治中心。《中藏经》指出“胆虚(寒)则恐惧,头眩不能独卧”及“心虚则畏人,目瞑欲眠,精神不倚,魂魄妄乱”;孙思邈《千金要方》论述了心气虚、胆虚寒易生恐惧而致不寐的病机,故心胆气虚为本病的主要证型之一。程国彭《医学心悟》载“心惊然后胆怯,乃一定之理”;周禹载《金匱玉函经二注》“烦惊虽系乎心,未有不因于胆,何者?胆为将军之官,失荣则多畏也。胆气不足则疏泄不及,上为宗气不利,心气失和,心神无主则易生惊惕、恐惧。”说明胆处中焦,居于半表半里,是气机升降之枢,其气以降为顺,又有主升的功能,胆气不足则五脏六腑之气血失疏泄;而心在上,主降,心气虚则心的气血无法上荣于头面、下行全身;心病可及胆,胆病可及心,心胆不足,则虚烦不寐,或少寐多梦,泛恶易惊,胆怯心悸,伴气短自汗、倦怠乏力、情志异常等。

本组以心胆气虚型失眠为观察证型,以温胆调气、宁心安神为法,心胆气机通畅,其出入有节,升降有度,以助阴阳相交而寐安。因此采用针刺结合麦粒灸进行治疗,针刺神门、内关、三阴交、申脉、照海、百会、印堂。心主神明,神安则寐;古人认为心不能受邪,心包代心受邪,因此选用心经原穴神门及心包经络穴内关,主客配穴可输布原气、濡养心神,也可调气通络而散郁结,内关又为八脉交会穴之一,通于阴维脉,有镇静安神之效^[8]。三阴交是足三阴经的交会穴,可调补气血、安神镇静。申脉、照海为八脉交会穴,分别通于阴、阳跷脉,阴、阳跷脉具有司眼睑开合、主司寤寐的作用。百会穴是督脉要穴之一,位于头部巅顶,乃阳气盛极之处,且督脉为阳脉之海,上行入络脑,脑为元神之府,刺百会

穴有调理元神、安神定志之功。百会又是督脉与肝经的交会穴,故针刺百会可调节督脉经气而安神定志,又可调节肝经经气而疏肝理气。印堂穴是位于督脉循行线上的经外奇穴,具疏风安神益智之效。同时选用大椎、至阳、心俞、胆俞穴行麦粒灸治疗。大椎是手足三阳经汇聚于督脉上的穴位,被称为“阳中之阳”。至阳为阳中之阴达于阳中之阳的部位,称为“阴阳交关”。麦粒灸此二穴可扶助阳气,使气血调畅、阴阳相交而目瞑。心俞、胆俞属心胆的背俞穴,“心主血脉、藏神”“胆主骨所生病”,且心胆二者一阳一阴,相对应的十二地支分别为午时、子时,属对冲关系,取之可祛除心胆瘀结,利于交通阴阳而治失眠。灸法疏通经络,调畅气血,温阳补气,通补互用^[8],而麦粒灸属直接灸,与艾条灸相比较有穴位精准的优势^[9]。《灵枢·官能》认为“针所不为,灸之所宜”,故针刺结合麦粒灸治疗本病可直接针对病机,直达病所,使心胆气机通畅、气血调和、阴阳相交而寐安。

结果表明,针刺结合麦粒灸治疗心胆气虚型失眠的临床疗效明显优于口服阿普唑仑。在PSQI量表评分中,2组治疗前后比较,治疗后失眠症状均有一定程度的改善;而在2组治疗后治疗组在睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、日间功能、总分方面明显优于对照组,在睡眠障碍、入睡时间方面治疗组也稍优于对照组,说明针刺结合麦粒灸治疗心胆气虚型失眠有明显优势,可避免长期服用西药治疗造成的不良反应和毒副作用,值得推广应用。

参考文献

- [1] 闫利琴. 艾灸在针刺治疗阴虚体质原发性失眠中的临床疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2016:1-45.
- [2] 翟艳. 失眠的药物治疗[J]. 淮海医药,2016,34(1):126-128.
- [3] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(3版)[S]. 济南:山东科学技术出版社,2001:115-119.
- [4] 中华人民共和国卫生部·中药新药临床研究指导原则(第1辑)[S]. 1993:186-188.
- [5] 金华,吴文源,张明园. 中国正常人SCL-90评定结果的初步分析[J]. 中国神经精神杂志,1986,12(5):260-263.
- [6] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 中国行为医学科学,2001,10(特刊):19121.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:364-366.
- [8] 王耀帅. 古代医家经验对艾灸温通作用研究的启示[J]. 中医杂志,2013,54(9):744-746.
- [9] 徐丽华,符文彬. 精灸配合针刺治疗膝关节骨性关节炎的疗效[J]. 中国老年学杂志,2015,35(11):3057-3059.

(收稿日期:2017-12-13)