

1.3 治疗方法 常规治疗组:入组后每日早晚服用吉非罗齐 300mg,晚餐前服用普拉固 10mg,连续治疗观察 4 周(1 个疗程)。中医治疗组:根据辨证分型结果采取不同治疗方法,具体如下:

1.3.1 痰湿阻遏型 连朴饮组方:厚朴 5g、制半夏 10g、黄连 5g、加茯苓 9g、柴胡 5g、陈皮 8g、细辛 5g。

1.3.2 气滞血瘀型 鳖甲煎丸组方:鳖甲 5g、干姜 5g、黄芩 11g、厚朴 5g、桂枝 10g、射干 9g、葶苈子 10g。

1.3.3 脾肾阳虚型 实脾散组方:厚朴 5g、木瓜 10g、草果 5g、附子 3g、白术 10g、木香 5g。

1.4 观察指标 (1)参照以下标准统计两组治疗总有效率。显效:治疗后临床症状完全或基本消失,TC、TG 恢复正常或下降 $>40\%$;有效:临床症状有所改善,TC、TG 下降 $>20\%$;无效:临床症状未有任何改善甚至加重^[3]。治疗总有效率=[(显效+有效)/总例数] $\times 100\%$ 。(2)参照《中药新药临床指导原则》^[4]统计中医治疗组治疗总有效率。控制:治疗前后积分值下降 $>95\%$;显效:积分值下降 70%~95%;有效:积分值下降 30%~70%;无效:积分值下降 $\leq 30\%$ 。治疗总有效率=[(控制+显效+有效)/总例数] $\times 100\%$ 。

1.5 统计学方法 采用 SPSS (统计产品与服务解决方案软件) 18.0 统计软件包对本文中所涉及的所有数据行分析处理;计数资料用 χ^2 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率对比 中医治疗组治疗总有效率明显高于常规治疗组,组间比较有统计学差异 ($p < 0.05$)。结果见表 1。

表 1 两组患者治疗总有效率对比(n,%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率 (%)
中医治疗组					95.0%(57/60)
常规治疗组	60	41	16	3	78.3%(47/60)
χ^2	60	31	16	13	12.501
P					< 0.05

2.2 中医治疗组各辨证分型治疗总有效率对比 中医治疗组各辨证分型之间治疗总有效率不存在统计学差异 ($p > 0.05$)。结果见表 2。

表 2 两组在治疗效果上的比较(n,%)

辨证分型	例数	控制	显效	有效	无效	总有效率 (%)
痰湿阻遏型	20	8	11	1	0	100.0%(20/20)
气滞血瘀型	24	10	10	3	1	95.8%(23/24)
脾肾阳虚型	16	5	3	7	1	93.8%(15/16)

注:经 χ^2 检验, $p > 0.05$

2.3 两组患者不良反应情况对比 中医治疗组治疗期间有 2 例患者

头痛,不良反应率为 3.3%,常规治疗组治疗期间有 2 例患者头痛,1 例患者出现皮疹,不良反应率为 5.0%,不良反应率组间比较无统计学差异 ($p > 0.05$)。

3 讨论

高脂血症的形成既有先天因素也有后天因素,如先天性脂代谢紊乱、后天脂肪摄入过多等都会诱发高脂血症。中医研究将高脂血症分为三种常见的辨证分型,痰湿阻遏型常见于发病初期或青壮年人群,久治不愈或脂肪肝严重者可为气滞血瘀型,如果合并明显的脑供血障碍多为脾肾阳虚型,无论哪种分型对与淤浊不清有关,因此,中医治疗关键是通腑泻浊^[5-6]。

本次研究中对痰湿阻遏型高脂血症患者采用连朴饮进行治疗,连朴饮具有清热化湿、理气和中的功效,集合了厚朴除痰饮、半夏化痰、黄连清热等诸多药效功能。气滞血瘀型采用鳖甲煎丸进行治疗,鳖甲煎丸是活血化瘀的代表方剂,而气滞血瘀型的形成则与气滞、气血相搏等有关,合用茯苓、白术、厚朴等可以有效治疗气滞血瘀引起的高脂血症。脾肾阳虚型采用实脾散进行治疗,诸药合用可以有效治疗寒湿困阻之下的受损脏腑。结果显示观察组不同辨证分型患者经相应方剂治疗后,不仅治疗总有效率明显高于常规治疗组,而且治疗期间未出现严重不良反应,不同辨证分型的治疗总有效率有所差异,但组间比较不存在统计学差异 ($p > 0.05$),提示中医对各辨证分型下的高脂血症都有不同程度的效果,效果优于常规治疗组。

综上所述,中医辨证治疗高脂血症效果显著,安全性高,效果优于常规西医疗法,值得在临床中使用。为进一步推广中医辨证疗法,可以采用现代制药技术将各辨证分型的中药配方制成多种规格的包装,使其更加易于携带和服用。

参考文献:

- [1]谢玲,沈玉杰,余长江,等.高脂血症中医体质辨识与分类研究及中医干预效果评价[J].医学信息,2013,26(6):150-152.
- [2]单体亮,张学新,马淑然,等.中医对高脂血症的认识及辨证研究进展[J].中国医药,2014,9(1):141-144.
- [3]薛霖,徐丹,王玉珏,等.银丹心脑通软胶囊对中医不同分型原发性高脂血症观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(3):314-315.
- [4]章赛月,朱晓岚.中医体质分型与高脂血症患者血脂水平的相关性研究[J].中国中医药科技,2013,20(3):217-232.
- [5]代艳,王益平,李素莲,等.痰湿质高脂血症患者中医体质辨体施护效果分析[J].中国实用护理杂志,2015,31(17):1301-1303.
- [6]朴胜华,郭娟,胡竹平,等.高脂血症住院患者中医证候临床研究[J].中国中西医结合杂志,2012,32(10):1322-1325.

体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠的临床研究

黄宗菊 陈宗华 李悦 黄明江

(重庆市黔江区中医院康复科 重庆 409000)

【摘要】目的:观察体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠的临床疗效。**方法:**60 例符合纳入标准的患者,采用简单随机化的方法分为两组,治疗组和对照组各 30 例。治疗组体针结合头皮针雷火灸交替治疗。对照组体针结合头皮针治疗。**结果:**总有效率治疗组 96.55%,对照组 77.78%,两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:**体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠疗效较好。

【关键词】失眠;雷火灸;体针;头皮针;临床研究

【中图分类号】R256.23 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1673-7202(2015)03-0941-02

近年来,随着生活节奏的不断加快,来自于学习、工作、生活各方面压力不断增大,加之环境污染、食品安全等因素的影响,罹患失眠的人越来越多。近几年来,我们通过观察体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠取得较好疗效,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

60 例均为 2014 年 2 月-2015 年 2 月重庆市黔江区中医院康复科门诊就诊的患者,符合西医诊断标准《中国精神障碍诊断与分类标准》(第三版)(CCMD-3)^[1]中失眠的诊断标准及中医诊断标准《中医病证诊断疗效标准》^[2]中不寐诊断标准拟定。随机分为 2 组,治疗组 30 例,对照组 30 例。

纳入标准:(1)符合上述诊断标准并签订知情同意书;(2)未使用安眠药物或已停药 1 周以上;(3)性别不限,年龄在 18~70 岁之间。

排除标准:(1)年龄小于 18 岁或大于 70 岁者;(2)环境等外在因素所致的暂时性失眠,各种器质性病变所致失眠,精神疾病所致的失

眠,药物引起的失眠者;(3)已接受其它有关治疗,可能影响本研究的效应指标受试者;(4)合并有严重心脑血管、肝、肾和造血系统等疾病,及精神病患者;(5)孕妇及哺乳期妇女;(6)不愿意参与合作或不能合作者。

剔除标准:(1)不配合治疗或自行退出者;(2)有严重不良事件,不能继续治疗者;(3)治疗期间服用治疗性药物,有可能干扰研究结果者。符合上述三条中任意一条者,将从观察病例中剔除。

1.2 治疗方法

(1)睡眠卫生教育

治疗组与对照组均于临床试验开始时接受睡眠卫生教育^[3],培养患者良好的睡眠习惯。

(2)治疗组:

①穴位选取:

雷火灸取穴:百会、四神聪、安眠、涌泉
体针主穴:神门、三阴交、安眠

体针配穴：心肾不交者加心俞、肾俞、太溪；胃不和者加胃俞、脾俞、足三里；肝火上扰者加肝俞、太冲；心虚胆怯者加心俞、胆俞、大陵、丘墟。

头皮针取穴：百会、四神聪

②操作方法：

患者仰卧位，于穴位常规消毒后，使用“东邦”牌一次性无菌针灸针（体针规格为 0.3×50 mm，头皮针规格为 0.3×25 mm），采用无痛进针法，主穴进针后采用提插捻转手法平补平泻，按随症配穴针刺相应穴位，进针后采用提插捻转手法，实证用泻法，虚证用补法；头皮针百会向前平刺，四神聪向百会方向平刺，提插捻转使针感传至头顶部；雷火灸采用温和灸，百会穴以患者自觉热感透至颅内并扩散至整个头顶，灸至感觉消失为止；四神聪、安眠穴、涌泉穴采用温和灸，热感深透。

头皮针与雷火灸采用隔日 1 次，且头皮针与雷火灸交替进行。针刺留针 30 min，每日 1 次，10 次为 1 疗程，疗程间隔 3 d，连续治疗 3 个疗程。

(3) 对照组：

①穴位选取：

体针主穴：神门、三阴交、安眠

体针配穴：心肾不交者加心俞、肾俞、太溪；胃不和者加胃俞、脾俞、足三里；肝火上扰者加肝俞、太冲；心虚胆怯者加心俞、胆俞、大陵、丘墟。

头皮针取穴：百会、四神聪

②操作方法：

患者仰卧位，于穴位常规消毒后，使用“东邦”牌一次性无菌针灸针（体针规格为 0.3×50 mm，头皮针规格为 0.3×25 mm），采用无痛进针法，主穴进针后采用提插捻转手法平补平泻，按随症配穴针刺相应穴位，进针后采用提插捻转手法，实证用泻法，虚证用补法；头皮针百会向前平刺，四神聪向百会方向平刺，提插捻转使针感传至头顶部。

体针结合头皮针治疗，每日 1 次，留针 30 min，10 次为 1 疗程，疗程间隔 3 d，连续治疗 3 个疗程。

1.3 疗效标准

根据 PSQI 减分率制定：

PSQI 减分率=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%

(1)痊愈：PSQI 减分率≥75%；(2)显效：50%≤PSQI 减分率<75%；(3)有效：25%≤PSQI 减分率<50%；(4)无效：PSQI 减分率<25%。

2 结果

2.1 对照组治疗前后 PSQI 量表评分的组内比较见表 1

表 1 对照组治疗前后 PSQI 量表评分的组内比较 (X±S)

Table with 5 columns: 睡眠因子, 治疗前, 治疗后, t, P. Rows include A 睡眠质量, B 入睡时间, C 睡眠时间, D 睡眠效率, E 睡眠障碍, F 催眠药物, G 日间功能, PSQI 总分.

注：P<0.05，对照组治疗前后 PSQI 量表总分及各因子评分均具有显著性差异。说明体针结合头皮针可以改善失眠患者 PSQI 量表的各项因子指数。

2.2 治疗组治疗前后 PSQI 量表评分的组内比较见表 2

表 2 治疗组治疗前后 PSQI 量表评分的组内比较 (X±S)

Table with 5 columns: 睡眠因子, 治疗前, 治疗后, t, P. Rows include A 睡眠质量, B 入睡时间, C 睡眠时间, D 睡眠效率, E 睡眠障碍, F 催眠药物, G 日间功能, PSQI 总分.

注：P<0.05，治疗组治疗前后 PSQI 量表总分及各因子评分均具有显著性差异。说明体针结合头皮针交替治疗可以改善失眠患者 PSQI 量表的各项因子指数。

2.3 两组治疗后 PSQI 量表评分的组间比较见表 3

表 3 两组治疗后 PSQI 量表评分比较 (X±S)

Table with 5 columns: 睡眠因子, 治疗组, 对照组, t, P. Rows include A 睡眠质量, B 入睡时间, C 睡眠时间, D 睡眠效率, E 睡眠障碍, F 催眠药物, G 日间功能, PSQI 总分.

注：治疗后两组在睡眠治疗、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能、PSQI 量表总分方面，均具有显著性差异 (P<0.05)。说明体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠疗效优于体针结合头皮针治疗。

2.4 两组的疗效及总有效率比较见表 4

表 4 两组的疗效及总有效率比较 (例)

Table with 6 columns: 组别, 治愈, 显效, 有效, 无效, 总有效率(%). Rows include 治疗组, 对照组.

注：经秩和检验，z=-3.203，P=0.001，两组的疗效具有显著性差异 (P<0.05)。经 x² 检验，x²=4.506，P=0.034，两组的总有效率具有显著性差异 (P<0.05)。

两组患者治疗后，总有效率、疗效有显著性差异 (P<0.05)。说明体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠疗效优于体针结合头皮针治疗。

3 讨论

雷火灸之命名来源于雷火神针，雷火神针首见于明代李时珍《本草纲目·卷六》附于神火针条下：“主治心腹冷痛，风寒湿痹，附骨阴疽，凡在筋骨隐痛者，针之火气直达病所，甚效。”

赵氏雷火灸是由艾绒与其它多种药物（苍术、砂仁、附子、鸡内金、细辛、蚕沙、白芷等）组成，燃烧时产生的热辐射力很强，与同是明火悬灸的艾条相比，其燃烧时产生的热辐射能量比艾条要大 2 倍以上，它们在同等条件距离时测得的最高温度是：雷火灸最高为 240℃，艾条灸是 90℃，雷火灸的最低温度是 200℃，而艾条灸是 68℃。雷火灸燃烧时产生大量远红外线，组成了一个渗透力较强的红外线网，作用于病灶周围、病灶位和穴位，达到循经感传、通导经线和调节微循环的作用。

本试验中，雷火灸作用于安眠、百会、四神聪、涌泉穴。其中安眠穴、四神聪为治疗失眠症的有效经验穴位[4]。百会穴系督脉与手足三阳经之会穴，具有调诸经、安神健脑、镇静熄风的作用。涌泉穴是足少阴肾经的井穴，乃是经络气血运行的起点，其支脉络于心经，具有交通心肾、调和阴阳的作用。雷火灸火力峻猛，渗透力强，作用迅速，灸百会、四神聪、安眠穴使热力深透，气至病所，且以灸代针、刺激穴位，从而达到温经通络，宁心安神作用[5]。百会、四神聪穴位均位于睡眠中枢在额顶叶区的体表投影，应用雷火灸的强渗透力达到改善头部血液循环，激活睡眠功能，从而达到治疗失眠的功效[6]。雷火灸作用于涌泉穴可达到引火归元、滋阴潜阳、交通心神之功，从而阴平阳秘，其寐则安[7]。

雷火灸与头皮针交替进行治疗，消除了患者对每天针刺头皮的恐惧，患者易接受，依从性好，操作简单易行。体针结合头皮针雷火灸交替治疗失眠临床疗效明显，作用持久，无毒副作用，省时、省力，在中医临床适宜技术中值得推广应用。

参考文献：

[1]王曉慧,孙家华.现代精神医学[M].第1版.北京:人民军医出版社,2002:1146. [2]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,1994:25. [3]赵忠新.临床睡眠障碍诊疗手册[M].第1版.北京:第二军医大学出版社,2006:331-343. [4]杨立峰,朱月芹.电针安眠穴为主治疗失眠40例[J].辽宁中医学院学报,2005,7(6):613. [5]梁云武,王志兴,胡钧,金敬.改良型雀啄灸治疗失眠30例疗效观察[J].现代中医,2012,12(11):57-58. [6]董建萍.头部透穴法治疗失眠症随机对照观察[J].中国针灸.2008,28:159-162. [7]袁广宇.艾灸治疗失眠症80例疗效观察[J].针灸临床杂志,2007,23,10 本项目为市卫计委科研项目 项目编号 ZY20132107