

· 针灸与经络 ·

三焦调气针法对心脾两虚型脑卒中后失眠患者睡眠及
生活质量改善作用的随机对照研究彭艳霞¹, 卢霞¹, 唐明², 黄凡²

(1. 广州中医药大学, 广东广州 510405; 2. 广东省第二中医院针灸科, 广东广州 510095)

摘要:【目的】观察三焦调气针法治疗心脾两虚型脑卒中后失眠的临床疗效。【方法】将68例心脾两虚型脑卒中后失眠患者随机分为试验组和对照组, 每组各34例。2组患者均给予基础治疗(包括脑卒中二级预防、改善脑循环、营养神经以及配合肢体功能康复训练和基础疾病的治疗等), 在此基础上, 试验组给予三焦调气针法治疗(取穴: 肺俞、心俞、脾俞、肾俞、膻中、中腕、天枢、阴交、气海等), 对照组给予常规针刺治疗(取穴: 百会、上星、神门、三阴交、照海、申脉、内关、公孙等), 疗程为4周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分及Barthel指数(BI)评分的变化情况, 并评价2组患者的中医证候疗效和基于PSQI评分的睡眠改善疗效。【结果】(1)治疗4周后, 试验组的中医证候疗效和睡眠改善疗效的总有效率分别为100.0%(34/34)和88.2%(30/34), 对照组分别为88.2%(30/34)和64.7%(22/34), 组间比较(秩和检验), 试验组的中医证候疗效和睡眠改善疗效均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。(2)治疗后, 2组患者的中医证候积分、PSQI评分均较治疗前明显降低、BI评分均较治疗前明显提高, 差异均有统计学意义($P < 0.01$), 且试验组对中医证候积分和PSQI评分的降低作用及对BI评分的提高作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。【结论】三焦调气针法治疗心脾两虚型脑卒中后失眠疗效确切, 能有效改善患者睡眠质量, 提高患者生活质量, 其疗效优于常规针刺治疗。

关键词: 三焦调气针法; 脑卒中后失眠; 心脾两虚; 睡眠质量; 生活质量; 肺俞; 心俞

中图分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)10-2132-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.10.015

Randomized Controlled Study of Acupuncture for Regulating Triple Energizer Qi on Improvement of Sleep and Quality of Life in Post-stroke Insomnia Patients with Deficiency of Heart and Spleen Type

PENG Yan-Xia¹, LU Xia¹, TANG Ming², HUANG Fan²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405 Guangdong, China; 2. Dept. of Acupuncture, Guangdong Second Traditional Chinese Medicine Hospital, Guangzhou 510095 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical effect of acupuncture for regulating triple energizer qi in treating post-stroke insomnia with deficiency of heart and spleen type. **Methods** Sixty-eight patients of post-stroke insomnia with deficiency of heart and spleen type were randomly divided into trial group and control group, 34 cases in each group. Patients in the two groups were given basic treatment including secondary prevention of stroke, improvement of cerebral circulation, medication of neurotrophic agents, rehabilitation training of limb function and treatment for the basic diseases, etc.. And additionally, the trial group was given acupuncture for regulating triple energizer qi on acupoints of Feishu (BL13), Xinshu (BL15), Pishu (BL20), Shenshu (BL23), Shanzhong (CV17), Zhongwan (CV12), Tianshu (ST25), Yinjiao (CV7), Qihai (BL24), etc., and the control group was given

收稿日期: 2021-03-06

作者简介: 彭艳霞(1995-), 女, 硕士研究生; E-mail: 529937510@qq.com

通讯作者: 黄凡(1969-), 男, 主任中医师, 硕士研究生导师; E-mail: hf1654@163.com

基金项目: 广东省中医药局科研课题(编号: 20184003); 广州中医药大学高等教育教学改革项目

conventional acupuncture on the acupoints of *Baihui* (GV20), *Shangxing* (GV23), *Shenmen* (HT7), *Sanyinjiao* (SP6), *Zhaohai* (KI6), *Shenmai* (BL62), *Neiguan* (PC6), *Gongsun* (SP4), etc., the treatment lasting 4 weeks. The changes of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, Pittsburgh sleep quality index (PSQI) scores and Barthel index (BI) scores in the two groups were observed before and after treatment, and the curative effect for TCM syndrome and the sleep improvement based on PSQI scores in the two groups were evaluated after treatment. **Results** (1) After 4 weeks of treatment, the total effective rates of TCM syndrome efficacy and sleep improvement efficacy in the trial group were 100.0% (34/34) and 88.2% (30/34) respectively, and those in the control group were 88.2% (30/34) and 64.7% (22/34) respectively. The intergroup comparison by rank sum test showed that the efficacy for TCM syndrome and efficacy for sleep improvement in the trial group were significantly superior to those in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.01$). (2) After treatment, TCM syndrome scores and PSQI scores in the two groups were significantly decreased and BI scores were significantly increased compared to those before treatment, and the difference being statistically significant ($P < 0.01$). In addition, the trial group had stronger effect on lowering TCM syndrome scores and PSQI scores and on increasing BI scores than the control group, the differences being statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion** Acupuncture for regulating triple energizer *qi* has certain effect for the treatment of post-stroke insomnia patients with deficiency of heart and spleen type. It can effectively improve the quality of sleep and enhancing the quality of life of the patients, and its efficacy is superior to that of the conventional acupuncture treatment.

Keywords: acupuncture for regulating triple energizer *qi*; post-stroke insomnia; deficiency of heart and spleen; sleep quality; quality of life; *Feishu* (BL13); *Xinshu* (BL15)

脑卒中是指包括脑梗死、脑出血、短暂性脑缺血发作和蛛网膜下腔出血等的脑血管疾病,是导致全球残疾和死亡的主要原因之一^[1]。在我国,脑卒中已位居死因的第一位,截至2018年,年龄在65岁及以上的脑卒中发病率已达11.9%;而包括阻塞性睡眠呼吸暂停综合征(OSA)、日间思睡和失眠等睡眠障碍,作为卒中后的常见并发症,其发病率可高达76%~82%^[2]。失眠是一种主要类型的睡眠障碍,有研究^[3]报道失眠在患者中的发生率高达69%,其中脑卒中后失眠的发病率可高达82%。由于脑卒中一直以来都具有极高的发病率、致残率和死亡率的特点,而其继发失眠则更加严重影响患者的生活质量和身心健康,最终阻碍患者的康复进程。因此,脑卒中后失眠的识别和治疗是风险因素改变和卒中二级预防的重要组成部分^[4]。西药治疗失眠,短期疗效明显,但多具有肝肾损害性,且易引起药物依赖性和成瘾性,而针刺治疗失眠具有操作方便、经济易行、安全有效等特点。基于此,本研究主要观察三焦调气针法治疗心脾两虚型脑卒中后失眠的临床疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 收集2020年1月至2020年12月在广东省第二中医院针灸科住院治疗且明确诊断为心脾两虚型脑卒中后失眠的患者,共68例。采用随机数字表将患者随机分为试验组和对照组,每组各34例。

1.2 诊断标准

1.2.1 脑卒中的诊断标准 西医诊断标准:参照中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[5]和《中国脑出血诊治指南(2014)》^[6]中的诊断标准。中医诊断标准:参照国家中医药管理局制定的2012年版《中医病证诊断疗效标准》^[7]中有关中风的诊断标准。

1.2.2 失眠的诊断标准 西医诊断标准:参照中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组2012年颁布的《中国成人失眠诊断与治疗指南》^[8]中失眠的诊断标准。中医诊断标准:参照国家中医药管理局制定的2012年版《中医病证诊断疗效标准》^[7]和《中医内科学》新世纪(第2版)^[9]中不寐的诊断标准。

1.3 纳入标准 ①符合上述脑卒中后失眠的诊断标准；②此次卒中为首次卒中；③病程为15~180 d；④年龄为50~80岁；⑤意识清醒且生命体征较为平稳，可配合完成各量表评估；⑥匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)总评分>7分；⑦近1个月内未服用镇静催眠类药物；⑧自愿参加本研究并已签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①不符合上述纳入标准的患者；②患有心力衰竭、肾脏衰竭或全身炎症反应综合征等各系统严重疾病的患者；③中风次数达2次或以上的患者；④既往有睡眠障碍、抑郁焦虑等精神障碍病史的患者；⑤同时接受其他针刺或者药物治疗，从而影响临床疗效观察的患者。符合以上任意1条者，将被排除在外。

1.5 治疗方法

1.5.1 基础治疗 2组患者均给予基础治疗，包括脑卒中二级预防、改善脑循环、营养神经以及配合肢体功能康复训练和基础疾病的治疗等。

1.5.2 试验组 在基础治疗的同时，给予三焦调气针法治疗。取穴：肺俞(双)、心俞(双)、脾俞(双)、肾俞(双)、膻中、中脘、天枢(双)、阴交、气海。操作方法：对穴位皮肤进行常规消毒，选用0.3 mm×25 mm华佗牌不锈钢毫针，其中膻中、中脘穴向下平刺0.2 cm，天枢、阴交、气海穴直刺0.4 cm，肺俞、心俞、脾俞穴均向督脉方向斜行刺入0.3 cm，肾俞穴直刺0.3 cm。手法量化标准参考石学敏教授的“针刺手法量学理论”^[10]。得气后以捻转法为主施以平补平泻手法，捻转的幅度适中(90°~180°之间)，频率约90次/min，每穴行针2 min后出针。疗程：每日治疗1次，每周连续治疗6 d，休息1 d，连续治疗2周为1个疗程，共治疗2个疗程(即4周)。

1.5.3 对照组 在基础治疗的同时，给予治疗失眠的常规针刺治疗。取穴：百会、上星、神门(双)、三阴交(双)、照海(双)、申脉(双)、内关(双)、公孙(双)。操作方法：对穴位皮肤进行常规消毒，选用0.3 mm×25 mm华佗牌不锈钢毫针，其中百会、上星穴向前向下斜刺进针约0.2 cm，神门、内关穴直刺约0.2 cm，三阴交、照海、申脉、公孙穴直刺0.5 cm，上述各穴位均采用平补平泻法，得气后留针30 min。疗程：每日治疗1次，每周连续治疗6 d，休息1 d，连续治疗2周为1个疗程，共治疗2个疗程(即4周)。2组针刺操

作均由同一位医师完成。

1.6 观察指标 在治疗前后，由不参与治疗的医师评定和记录2组患者的以下各项指标。

1.6.1 中医证候评分 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]制定心脾两虚型失眠中医证候积分量表，对失眠、心慌心悸、饮食减少、乏力、健忘、多梦易醒等证候，根据其程度不同进行分级评分。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

1.6.2 睡眠质量评估 采用PSQI评分^[12-13]评估患者的睡眠质量。该量表由自评项目和他评项目组成，其中他评项目分为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物及日间功能障碍等7个板块。总分为0~21分，评分>7分者多患有睡眠障碍，且分数越高提示睡眠障碍越严重。观察2组患者治疗前后PSQI评分的变化情况。

1.6.3 日常生活活动能力评估 采用Barthel指数(Barthel index, BI)评定量表评估患者的日常生活活动能力，具体包括进食、洗澡、修饰、穿衣、控制大便、控制小便、用厕、床椅转移等10项内容，评分值分为2~4个等级。得分100分为自理；61~99分为轻度功能障碍；41~60分为中度功能障碍；21~40分为严重功能障碍；0~20分为极严重功能障碍。得分越高，表示功能越好，依赖性越小。观察2组患者治疗前后BI评分的变化情况。

1.7 疗效判定标准

1.7.1 中医证候疗效 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]，根据治疗前后心脾两虚型失眠中医证候积分的变化情况评价2组患者的中医证候疗效。中医证候积分减分率=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分×100%。疗效评定标准：痊愈：症状、体征基本消失，中医证候积分减分率在76%~100%之间；显效：症状、体征明显改善，中医证候积分减分率在51%~75%之间；有效：症状、体征有改善，中医证候积分减分率在26%~50%之间；无效：症状、体征无改善，甚或加重，中医证候积分减分率在0%~25%之间。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.7.2 睡眠改善疗效 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]，采用PSQI积分减分率进行评

价。PSQI积分减分率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。疗效评定标准:痊愈:PSQI积分减分率在76%~100%之间;显效:PSQI积分减分率在51%~75%之间;有效:PSQI积分减分率在26%~50%之间;无效:PSQI积分减分率在0%~25%之间。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法 采用SPSS 21.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,满足正态性检验和方差齐性检验要求者用 t 检验(自身治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验),未满足要求者用Wilcoxon秩和检验。计数资料用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验或精确概率法,等级资料组间比较采用Wilcoxon秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 试验组34例患者中,男15例,女19例;年龄50~80岁,平均(62.09 ± 5.13)岁;病程15~180 d,平均(42.21 ± 2.82)d;中风类型:出血性中风20例,缺血性中风14例。对照组34例患者中,男13例,女21例;年龄50~80岁,平均(64.82 ± 6.72)岁;病程15~180 d,平均(41.24 ± 2.28)d;中风类型:出血性中风18例,缺血性中风16例。2组患者的性别、年龄、病程、卒中类型等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后中医证候积分比较 表1结果显示:治疗前,2组患者的中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的中医证候积分均较治疗前明显降低($P < 0.01$),且试验组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组,组间差值比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.3 2组患者治疗前后PSQI评分比较 表2结果显示:治疗前,2组患者PSQI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的PSQI评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$),且试验组对PSQI评分的降低作用明显优于对照组,组间差值比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.4 2组患者治疗前后BI评分比较 表3结果显示:治疗前,2组患者BI评分比较,差异无统计学

表1 2组脑卒中后失眠患者治疗前后中医证候积分比较
Table 1 Comparison of TCM syndrome scores in the two groups of patients with post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
试验组	34	26.26 ± 1.88	10.74 ± 3.86 ^①	15.53 ± 3.96 ^②
对照组	34	26.09 ± 1.87	14.29 ± 3.55 ^①	11.79 ± 3.88

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组比较

表2 2组脑卒中后失眠患者治疗前后PSQI评分比较
Table 2 Comparison of PSQI scores in the two groups of patients with post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
试验组	34	12.97 ± 1.029	5.91 ± 2.63 ^①	7.06 ± 2.88 ^②
对照组	34	13.21 ± 1.149	8.32 ± 3.25 ^①	4.88 ± 3.62

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组比较

表3 2组脑卒中后失眠患者治疗前后BI评分比较
Table 3 Comparison of BI scores in the two groups of patients with post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
试验组	34	34.06 ± 3.67	50.76 ± 8.63 ^①	16.71 ± 9.65 ^②
对照组	34	34.76 ± 2.64	42.06 ± 7.22 ^①	7.29 ± 7.90

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.01$, 与对照组比较

意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的BI评分均较治疗前明显提高($P < 0.01$),且试验组对BI评分的提高作用明显优于对照组,组间差值比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

2.5 2组患者中医证候疗效比较 表4结果显示:治疗4周后,试验组的中医证候疗效总有效率为100.0%(34/34),对照组为88.2%(30/34),组间比较(秩和检验),试验组的中医证候疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($Z = 8.658, P < 0.01$)。

2.6 2组患者睡眠改善疗效比较 表5结果显示:治疗4周后,试验组的睡眠改善疗效总有效率为88.2%(30/34),对照组为64.7%(22/34),组间比较(秩和检验),试验组的睡眠改善疗效明显优于对照组,差异有统计学意义($Z = 7.018, P < 0.01$)。

3 讨论

3.1 选用针刺方法治疗脑卒中后失眠的依据 睡眠是保证机体正常活动不可或缺的一部分,脑卒

表4 2组脑卒中后失眠患者中医证候疗效比较

Table 4 Comparison of TCM syndrome efficacy in the two groups of patients with post-stroke insomnia [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	34	4(11.8)	19(55.9)	11(32.4)	0(0.0)	34(100.0) ^①
对照组	34	0(0.0)	13(38.2)	17(50.0)	4(11.8)	30(88.2)
Z值						8.658
P值						0.003

① $P < 0.01$, 与对照组比较

表5 2组脑卒中后失眠患者睡眠改善疗效比较

Table 5 Comparison of sleep improvement in the two groups of patients with post-stroke insomnia [例(%)]

组别	例数(例)	痊愈	显效	有效	无效	总有效
试验组	34	0(0.0)	14(41.2)	16(47.1)	4(11.8)	30(88.2) ^①
对照组	34	0(0.0)	6(17.6)	16(47.1)	12(35.3)	22(64.7)
Z值						7.018
P值						0.008

① $P < 0.01$, 与对照组比较

中后失眠不但破坏和损害正常心理、生理机能,而且严重阻碍患者的神经功能康复。西药治疗失眠应用广泛,疗效明显,但多具有肝肾损害性,且易引起药物的依赖性和成瘾性;而在心理和物理治疗上,往往需要配备高端的技术设备及相关的专业人才,对于本身需要长期肢体和神经功能康复的患者而言,亦是一笔不菲的支出。中医学认为,中风后不寐的病理因素包括风、痰、火、虚、瘀、郁,病机为营卫不和,阴阳失调。病位在脑,与五脏密切相关。针刺具有调理脏腑、沟通内外表里的作用。目前业内普遍认为,针刺能通过调整脑内去甲肾上腺素、褪黑素、 γ -氨基丁酸和 β -内啡肽的水平来改善失眠。徐世芬等^[14]应用调督安神针刺治疗心脾两虚型失眠患者,结果显示:治疗组的疗效明显优于口服艾司唑仑片的对照组,且治疗组在降低匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、阿森斯失眠量表(AIS)评分和Epworth思睡量表评分方面均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。张霜梅等^[15]的Meta分析结果表明,单纯针灸的疗效明显优于单纯西药治疗,其在降低PQSI评分、改善睡眠质量方面均明显优于单纯西药治疗,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。而且针刺治疗具有操作方便、经济易行、安全有效以及利于建立互信的医患关系等优势。然而,临床上脑卒中后失眠多发但往往容易被忽视,相关的针灸治疗临床研究也较少。因而,探寻多脏腑调理的针刺治疗已成为该病今后

的研究方向之一。

3.2 三焦气化与脑卒中后失眠的关系 三焦主持元气,运行水谷津液,对人体气血津液气化起决定性作用,以维持机体五脏六腑各功能的正常运作。心主血,主神志,脑为元神之府,肺主气,上焦经心、肺将水谷精微昼夜不息地输送到全身,给予脑神必需的物质基础;肾生髓,髓养肝,脑为髓海,由精血化生而成,源自下焦之肝肾,依赖中焦脾胃之水谷精微补养。三焦气化正常方能水谷精微化生气血,充养全身,气血足则髓海充,故三焦气化是脑神功能维持的物质基础。因此,中风后不寐的发病机制可归纳为,中风发病后,元神受损,脏腑功能紊乱,致使气血逆乱,营卫失和,阳不入阴,神客于外,而发为不寐。其病理因素包括虚、瘀、痰、火、郁,病机总属营卫不和,阴阳失调,证型以心脾两虚为主。故可理解为,中风多在内伤积损的基础上感染风火实邪,进而挟痰侵袭经络,引起三焦气化不畅;而从部位及功能上讲,三焦是联系机体脏腑经络、上下内外的通道,三焦失司则水谷精微难以化生或运行气血来灌溉机体,因而出现口眼歪斜、肢体麻木乏力等症状。一旦邪气深入,则三焦作为邪气传变之媒介,风、火、痰、瘀等经其传导进一步导致脏腑阴阳失调,气机逆乱,最终脑髓失养,神不内守而“不得眠”。姜翼^[16]提出三焦是包含脑脊髓膜腔、胸腔和腹腔的内筋膜,为心包主津液,主外筋膜,其华在眼睑,与睡眠

密切相关,二者彼此交接延续,故睡眠同三焦之间的联系亦密不可分。因此,本研究以条达三焦气机为治疗脑卒中后失眠的重要切入点。

3.3 三焦调气针法治疗脑卒中后心脾两虚型失眠的选穴依据 “三焦调气针法”为黄凡教授经30多年临证实践及考古效验所得而创立的。《黄帝内经》曰:“百病生于气”,故黄凡教授认为,治病必先调气,气机通畅则血脉中,津液流通,痰无停滞,继而脏腑安、阴阳平。临床中运用该针法治疗脑卒中后失眠、脑卒中后便秘以及肺炎等病症,疗效显著。

三焦调气针法主要选穴于背部及胸腹部的上中下焦处,故本研究经辨证后选取肺俞、心俞、脾俞、肾俞、膻中、中脘、天枢、阴交、气海等穴施以针刺。肺俞、心俞、脾俞、肾俞皆属足太阳膀胱经,其中心俞、肺俞在部位上与居于胸腔内的脏器位置临近,在功能上,肺主气、主通调水道,心主血、主神志,故针刺肺俞、心俞二穴,可条达气血,宁心安神。脾主运化、主统血,水谷精微奉心化赤为血,为神志生成提供物质基础;而肾藏精,精化气,气生神,故选取脾俞、肾俞二穴,能补养精血,安神定志。加之,膀胱经起于睛明穴(睛明者目也),上行至额头与督脉交于巅顶,入络脑,且督脉分支“从少腹直上,上贯心”,头为精明之府,脑为元神之府,而心主神志,五脏六腑之精气输注于体表之背俞穴,而精气是神志生成的基础,神志安则寐,神不内守则失眠。有报道^[17]指出,五脏背俞穴与神经交感干、交背联系点所在的体表投影有80%的重合率。而薛洋^[18]在一项有关失眠模型大鼠脑组织差异蛋白表达的研究中发现,针刺背俞穴可改变蛋白激酶信号转导通路、5-羟色胺和多巴胺能突触通路,为针刺背俞穴提供了基础实验支持。

天枢穴属足阳明胃经,位于脐旁2寸处,穴居于清气,向上通于胃腑,向下经之浊气通于肠腑,在精、气、血、津、液、神之升清降浊中起枢纽作用,可奏健脾理气之功。随着脑卒中后失眠病程的延长,机体正气损伤,而金元时期针灸名家窦汉卿在《标幽赋》中提出:“虚损天枢而可取”,且卒中后失眠患者由于并发吞咽障碍、肺炎,或因长期卧床,往往饮食失调,消化功能紊乱,正如《黄帝内经》所言:“胃不和则卧不安”,故选用天枢以助脾胃运化而改善失眠。

膻中、中脘、气海、阴交穴属任脉,膻中为气会,心包之募穴,在解剖结构上位于心脏之上,故而可补气安神;中脘为腑会,胃经募穴,居于胃脘部,是营气出入的地方,有调和营卫的作用;杨继洲在《针灸大成》中曰:“气海,阴交……主惊不得卧”,气海位于下焦,是保健要穴,可治疗心脾虚损之疾病,补诸虚不足;阴交,为任脉、足少阴肾经及冲脉交会穴,任脉循腹部上行经心肺而至咽喉及面部,为阴脉之海,失眠多为阴盛阳虚而阳不入阴,肾水充足则可上交心火而利睡眠;冲脉为血海,心脾两虚型失眠患者往往气血亏虚,故针刺上述穴位可补养气血,宁神益智,从而改善失眠症状。

3.4 结果与展望 本研究表明:治疗28d后,试验组的中医证候疗效和睡眠改善疗效均明显优于对照组,且试验组对中医证候积分和PSQI评分的降低作用及对BI评分的提高作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。表明三焦调气针法能更明显地改善患者失眠症状,更有利于提高患者日常生活活动能力。与心脾两虚型失眠的常规针刺相比,该针法更注重脏腑气血之间的整体联系,其作用机理可能是通过条达气机,使营卫气血平衡,阴阳相交,脏腑调和而心神安宁来改善失眠。而且,该针法具有选穴少、不留针、疗效佳的特点,不仅对于长期卧床不便调整或固定较长时间体位的患者尤为适用;同时,还可减少成本,节省医疗资源,值得临床进一步深入研究。

本研究除失眠量表评定外,仅将Barthel指数作为患者康复评定指标,在今后的研究中,还可纳入美国国立卫生院神经功能缺损评分(NIHSS),以评估患者的神经功能缺损情况;可增加对患者治疗中期及治疗1个月后的随访,以观察该针刺法对改善失眠、促进康复进程的长期效果;也可尝试与其他医院合作,形成多中心研究机构,以减少偏倚,从而增强研究结论的科学性和可靠性。

参考文献:

- [1] MOZAFFARIAN D, BENJAMIN EJ, GO AS, et al. Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2015, 131(4): e29-e322.
- [2] 国家统计局. 中国统计年鉴2019[M]. 北京: 中国统计出版社, 2019.
- [3] COSTENTIN J. Treatment of insomnia. Pharmacological approaches

- and their limitations [J]. Bull Acad Natl Med, 2011, 195 (7): 1583-1594, 1594-1595.
- [4] HEPBURN M, BOLLU P C, FRENCH B, et al. Sleep medicine: stroke and sleep [J]. Missouri Medicine, 2018, 115 (6): 527-532.
- [5] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018 [J]. 中华神经科杂志, 2018, 51 (9): 666-682.
- [6] 张苏明, 许予明, 朱遂强. 中国脑出血诊治指南 (2014) [J]. 中华神经科杂志, 2015, 48 (6): 435-444.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [8] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南 [J]. 中华神经科杂志, 2012, 45 (7): 534-540.
- [9] 周仲瑛. 中医内科学 [M]. 2 版. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 146-152.
- [10] 卞金玲, 张春红. 石学敏院士针刺手法量学的概念及核心 [J]. 中国针灸, 2003, 23 (5): 38-40.
- [11] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 362.
- [12] 缪鸿石. 康复医学理论与实践 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 437-438.
- [13] 赵忠新. 临床睡眠障碍学 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2003.
- [14] 徐世芬, 庄礼兴, 尹平, 等. 调督安神针刺治疗心脾两虚型失眠的临床疗效评价 [J]. 广州中医药大学学报, 2016, 33 (1): 31-34.
- [15] 张霜梅, 吉晶, 邱朝阳, 等. 单纯针灸对比西药治疗卒中后失眠随机对照试验的 Meta 分析 [J]. 中华中医药学刊, 2019, 37 (12): 2843-2852.
- [16] 姜翼. 从人体胚胎发育看中医睡眠生理与重建 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2019, 6 (9): 1173-1175.
- [17] 吴新贵, 何源浩. 背俞穴的主治作用及其机制 [J]. 中国临床康复, 2006, 10 (43): 170, 182.
- [18] 薛洋. 针刺背俞穴对失眠模型大鼠脑组织差异蛋白表达的研究 [D]. 郑州: 河南中医学院, 2015.

【责任编辑: 陈建宏】

通元针法治疗脾虚痰湿型多囊卵巢综合征临床疗效观察

毛梦雨, 林良才

(广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510405)

摘要:【目的】通过观察通元针法治疗脾虚痰湿型多囊卵巢综合征(PCOS)的临床疗效, 以期针灸治疗PCOS提供新方法, 开拓新思路。【方法】将108例脾虚痰湿型PCOS患者随机分为对照组和治疗组, 每组各54例。对照组给予常规西药治疗, 治疗组在常规西药治疗基础上联合通元针法治疗, 观察2组患者治疗前后高雄激素症状评分(痤疮皮损评分和多毛评分)、肥胖程度[腰臀比(WHR)和体质指数(BMI)]、糖代谢[胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)和胰岛β细胞功能(HOMA-β)]、脂代谢[甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和非高密度脂蛋白胆固醇(nHDL-C)升高率]、心理状态[焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分]的变化情况, 比较2组患者的月经复常率及基础体温(BBT)双向率情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者的痤疮皮损评分和多毛评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者WHR、BMI、HOMA-IR均较治疗前下降, HOMA-β均较治疗前升高, 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 组间比较, 治疗组的WHR、BMI、HOMA-IR低于对照组, HOMA-β高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(3)治疗后, 2组患者的LDL-C、TG、nHDL-C升高率均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且治疗组的LDL-C、TG、nHDL-C升高率均明显低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的SAS、SDS评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组的降低幅度均明显大于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(5)治疗后, 治疗组患者的月经复常率为88.89%(48/54), 明显高于对照组的68.52%(37/54), 差异有统计学意义($P < 0.05$); 而2组患者的BBT双向率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。【结论】在常规西药治疗基础上联合通元针法治疗脾虚痰湿型PCOS患者疗效确切, 其疗效优于单纯常规西药治疗。

收稿日期: 2021-03-08

作者简介: 毛梦雨(1995-), 女, 硕士研究生; E-mail: 20192103442@stu.gzucm.edu.cn

通讯作者: 林良才(1973-), 男, 研究员, 硕士研究生导师; E-mail: 413599694@qq.com