

人迎穴贴敷联合针刺治疗颈动脉斑块的临床观察

柯金菊¹, 魏周科^{1,2}, 李薇¹, 林松俊^{1,2}, 孔繁鑫^{1,2}

(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东深圳 518033)

摘要:【目的】观察通脉消斑膏贴敷人迎穴联合针刺治疗痰瘀互结型颈动脉斑块的临床疗效。【方法】将66例痰瘀互结型颈动脉斑块患者随机分为治疗组和对照组, 每组各33例。治疗组给予通脉消斑膏贴敷人迎穴联合针刺风池、人迎、血海、丰隆、足三里、太冲穴治疗, 对照组给予口服阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片治疗, 疗程为12周。观察2组患者治疗前后中医证候积分、血脂水平及颈动脉内膜中层厚度(IMT)的改善情况, 评价2组患者的中医证候疗效、颈动脉IMT改善疗效和安全性。【结果】(1)研究过程中, 2组各脱落3例, 最终各有30例患者完成试验。(2)中医证候疗效: 治疗12周后, 治疗组的总有效率为86.67%(26/30), 对照组为60.00%(18/30), 组间比较, 治疗组的总体疗效和总有效率均明显优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(3)颈动脉IMT改善疗效: 治疗12周后, 治疗组的总有效率为56.67%(17/30), 对照组为26.67%(8/30), 组间比较, 治疗组颈动脉IMT改善疗效的总有效率明显优于对照组($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的中医证候积分和颈动脉IMT值均较治疗前明显降低($P < 0.01$), 且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组($P < 0.05$), 但2组颈动脉IMT值比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。(5)治疗后, 2组患者的总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均较治疗前下降($P < 0.05$), 高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平均较治疗前升高($P < 0.05$), 但组间比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。(6)治疗过程中, 2组患者的血常规、肝功能、肾功能等安全性指标均无明显异常。【结论】通脉消斑膏贴敷人迎穴联合针刺治疗对痰瘀互结型颈动脉斑块患者具有良好的临床疗效, 能减少颈动脉IMT, 改善血脂水平, 降低中医证候积分。

关键词: 颈动脉斑块; 通脉消斑膏; 穴位贴敷; 针刺疗法; 人迎穴; 风池穴; 血海穴; 颈动脉内膜中层厚度(IMT)

中图分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2640-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.016

Clinical Observation of *Renying*(ST9) Acupoint Application Combined with Acupuncture in Treating Carotid Plaque

KE Jin-Ju¹, GUO Zhou-Ke^{1,2}, LI Wei¹, LIN Song-Jun^{1,2}, KONG Fan-Xin^{1,2}

(1. The Fourth Clinical Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033 Guangdong, China;

2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518033 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe *Renying* (ST9) acupoint application of *Tongmai Xiaoban* Adhesive Plaster combined with acupuncture in treating carotid plaque of phlegm blended with blood stasis type. **Methods** Sixty-six patients with carotid plaque of phlegm blended with blood stasis type were randomly divided into treatment group and control group, 33 cases in each group. The treatment group was treated with *Tongmai Xiaoban* Adhesive Plaster at *Renying* (ST9) acupoint combined with acupuncture treatment at *Fengchi* (GB20), *Renying* (ST9), *Xuehai* (SP10), *Fenglong* (ST40), *Zusanli* (ST36) and *Taichong* (LR3) points, while the control group was treated with oral use of Aspirin Enteric-coated Tablets and Atorvastatin Calcium Tablets. The course of treatment lasted 12 weeks. The improvement of traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, blood lipid level and carotid intima-media thickness (IMT) in the two groups were observed before and after treatment, and the TCM syndrome efficacy, efficacy for improving IMT and clinical safety in the two groups were evaluated. **Results** (1) During

收稿日期: 2021-04-15

作者简介: 柯金菊(1988-), 女, 硕士研究生; E-mail: 706466017@qq.com

通讯作者: 魏周科, 男, 博士, 教授, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: szszy@yaho.com

基金项目: 国家自然科学基金青年基金项目(编号: 81804004); 广东省中医药局科研项目(编号: 20211327); 深圳市卫生计生系统科研项目(编号: SZFZ2018013)

the trial, 3 cases in each group fell off, and 30 patients in each group eventually completed the trial. (2) After 12 weeks of treatment, the total effective rate for TCM syndrome efficacy in the treatment group was 86.67%(26/30), and that in the control group was 60.00%(18/30). The intergroup comparison showed that the overall curative effect and total effective rate of the treatment group were significantly superior to those of the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). (3) After 12 weeks of treatment, the total effective rate for carotid IMT improvement in the treatment group was 56.67%(17/30), and that in the control group was 26.67% (8/30). The intergroup comparison showed that the total effective rate in the treatment group was significantly superior to that in the control group ($P < 0.05$). (4) After treatment, TCM syndrome scores and carotid IMT value of the two groups were significantly decreased compared with those before treatment ($P < 0.01$), and the treatment group had stronger effect on decreasing the TCM syndrome scores than the control group ($P < 0.05$), yet the difference in the carotid IMT value between the two groups was no statistical significance ($P > 0.05$). (5) After treatment, the levels of total cholesterol (TC), triglyceride(TG) and low density lipoprotein cholesterol (LDL-C) in the two groups were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the level of high density lipoprotein cholesterol (HDL-C) was increased compared with that before treatment ($P < 0.05$). The intergroup comparison showed that the differences were not statistically significant between the two groups ($P > 0.05$). (6) During the treatment, there were no obvious abnormalities in blood routine, liver function, kidney function and other safety indicators in the two groups. **Conclusion** *Tongmai Xiaoban* Adhesive Plaster applied on *Renying*(ST9) acupoint combined with acupuncture has satisfied curative effect in treating patients of carotid plaque of phlegm blended with blood stasis type. It can reduce carotid IMT, improve blood lipid level and reduce TCM syndrome scores.

Keywords: carotid plaque; *Tongmai Xiaoban* Adhesive Plaster; acupoint application; acupuncture therapy; *Renying*(ST9); *Fengchi*(GB20); *Xuehai*(SP10); carotid intima-media thickness (IMT)

动脉粥样硬化(atherosclerosis, AS)是复杂病因引起的动脉内膜逐渐积聚脂质,局部形成斑块,导致动脉狭窄和闭塞的一种慢性系统性全身性疾病。颈动脉是动脉粥样硬化最常累及的病变部位,颈动脉为大脑供血的主要血管,且位置表浅,可轻易触及,临床使用彩色多普勒超声检查便于检出此处形成的粥样硬化斑块。颈动脉斑块是引起缺血性脑血管病的主要原因,同时也是预测、判断全身动脉粥样硬化病变程度的依据。研究^[1]发现,脑卒中发生风险与颈动脉内膜中层厚度(IMT)成正相关,IMT每增厚0.1 mm,脑卒中风险相应增加13%~18%。因此,防治颈动脉斑块,是预防脑血管疾病,提高国民健康水平的重要一环。颈动脉斑块目前主要采用口服药物治疗,常用他汀类药物调脂稳斑治疗,但他汀类药物具有肝损伤、肌肉毒性、胃肠道不适等副作用^[2]。近年来,中医也在积极开展治疗颈动脉斑块的研究,但多以口服中药制剂为主,而针灸治疗颈动脉斑块方面的研究较少。基于此,本研究采用临床随机对照研究方法,观察通脉消斑膏贴敷人迎穴联

合针刺治疗对颈动脉斑块的影响,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 选取2020年3月至2021年3月在深圳市中医院脑病与心理病科门诊及住院部就诊,符合颈动脉斑块西医诊断,中医辨证为痰瘀互结证的患者,共66例。根据患者就诊先后顺序,应用SPSS 26.0统计软件产生随机数字,按随机数字将患者随机分为治疗组和对照组,每组各33例。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考2020年国家卫生健康委员会脑卒中防治专家委员会血管超声专业委员会发布的《头颈部血管超声若干问题的专家共识(颈动脉部分)》的诊断标准^[3]: IMT < 1.0 mm为正常, 1.0 mm ≤ IMT < 1.5 mm为内膜增厚, IMT ≥ 1.5 mm为斑块形成。

1.2.2 中医诊断标准 参考2002年版《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]《中医诊断学》^[5]《中

医内科学》^[6]，综合归纳出本病痰瘀互结证的诊断标准。主症：头晕，头痛；次症：形体肥胖，头身困重，胸闷，肢体麻木或疼痛，健忘，脉络瘀血；舌脉：舌质暗淡、暗红、紫暗或有瘀斑，或舌下络脉迂曲，苔白腻或黄腻，脉滑或脉涩。具备以上主症一项，次症至少两项，并符合上述舌脉，即可诊断。

1.3 纳入标准 ①符合上述颈动脉斑块的西医诊断标准；②中医辨证为痰瘀互结证；③年龄为40~75岁；④依从性好，同意参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①不符合上述中西医诊断标准的患者；②半年内发生过急性心梗、脑血管意外、严重创伤或重大手术的患者；③有明显肝肾功能损害，或合并有内分泌系统、血液系统和自身免疫系统严重的原发性疾病患者；④颈动脉狭窄>50%且有症状的患者，或颈动脉狭窄>70%的无症状患者；⑤有较严重的过敏体质及对本研究所用药物过敏的患者；⑥妊娠期和哺乳期妇女，以及近期有生育计划的患者。

1.5 剔除、脱落标准 ①依从性差，不按规定方案进行治疗的患者；②治疗期间病情发生变化，或不能耐受治疗，治疗方案需要改变的患者；③因各种原因不能坚持治疗或死亡的患者。

1.6 终止标准 治疗期间出现严重不良反应或严重并发症的患者。

1.7 治疗方法

1.7.1 基础治疗 所有颈动脉斑块患者均给予西医基础治疗，即：有其他基础疾病如高血压、糖尿病者应予降压、降糖治疗；同时，均应保持良好的饮食、生活习惯，并戒烟和限酒。

1.7.2 治疗组 给予通脉消斑膏外敷双侧人迎穴联合针刺治疗。①穴位贴敷。通脉消斑膏的处方组成：海藻5g、玄参5g、全蝎3g、蜈蚣3g、川芎30g、昆布5g、冰片0.1g。膏药的制备：由深圳市中医院药剂科统一制备（专利号：201110092560.0）。用法：将通脉消斑膏外敷于双侧人迎穴，每日贴敷4h。②针刺治疗。取穴（双侧）：风池、人迎、血海、足三里、丰隆、太冲。操作方法：皮肤常规消毒，取1.5~2寸毫针，直刺所选穴位，人迎穴捻转得气后出针，不提插，不留针，其余穴位使用平补平泻手法，留针30min，

每日针刺1次。疗程为12周。

1.7.3 对照组 给予口服阿司匹林肠溶片、阿托伐他汀钙片治疗。①阿托伐他汀钙片（生产厂家：辉瑞制药有限公司；生产批号：DW1252；规格：20mg），口服，每日1次，每次20mg，于晚上服用。②阿司匹林肠溶片（生产厂家：拜耳医药保健有限公司；生产批号：BJ62740；规格：100mg）口服，每日1次，每次100mg。疗程为12周。

1.8 观察指标及检测方法

1.8.1 中医证候评分 参考2002年版《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[4]，制定中医证候评分表，中医证候按无、轻度、中度、重度4级分别计为0、2、4、6分。观察2组患者治疗前后中医证候积分的变化情况。

1.8.2 颈动脉IMT测定 采用颈动脉彩超检测颈动脉IMT：于颈总动脉分叉水平下方1.0~1.5cm处和（或）颈动脉球部，避开动脉粥样硬化斑块，测量内膜上缘至外膜上缘的垂直距离，即为血管壁内膜中层厚度^[3]。超声检查由深圳市中医院彩超室医师使用彩色多普勒超声诊断仪（飞利浦IU Elite）检查。观察2组患者治疗前后颈动脉IMT值的变化情况。

1.8.3 血脂四项检测 于深圳市中医院检验科抽血检测总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平。分别于治疗前及治疗12周后各检测1次。

1.8.4 安全性指标 检测2组患者的血常规、尿常规、大便常规和肝肾功能，于治疗前和治疗12周后各检测1次，观察2组的不良反应情况并随时记录，评价2组的安全性。

1.9 疗效评价标准

1.9.1 中医证候疗效标准 参考2002年版《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[4]，根据中医证候积分减少率评价疗效。中医证候积分减少率 = (治疗前证候积分 - 治疗后证候积分) / 治疗前证候积分 × 100%。临床痊愈：中医证候积分减少率 ≥ 95%；显效：70% ≤ 中医证候积分减少率 < 95%；有效：30% ≤ 中医证候积分减少率 < 70%；无效：中医证候积分减少率 < 30%。总有效率 = (临床痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.9.2 颈动脉IMT改善疗效标准 参考2012年国家中医药管理局医政司颁布的动脉粥样硬化中医

诊疗方案(试行版)^[7],以IMT减少率评定颈动脉IMT改善疗效。疗效判定标准:IMT减少率=(治疗前IMT值-治疗后IMT值)/治疗前IMT值×100%。显效:IMT减少率≥20%;有效:10%≤IMT减少率<20%;无效:IMT减少率<10%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.10 统计方法 应用SPSS 26.0统计软件进行数据的录入和统计分析。计量资料进行小样本Shapiro-Wilk正态分布检验,其中,正态分布资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,若方差齐,采用 t 检验,若方差不齐改用 t' 检验;非正态分布资料以中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组间比较采用Mann-Whitney U 秩和检验。计数资料以率或构成比表示,组间比较采用Fisher χ^2 检验;等级资料组间比较采用Mann-Whitney U 秩和检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者脱落情况 研究过程中,治疗组失访1例,畏惧针刺疼痛1例,膏药贴敷过敏1例;对照组失访2例,突发脑出血1例,共脱落6例。最终完成试验60例,其中治疗组和对照组各30例。

2.2 2组患者基线资料比较 治疗组30例患者中,男14例,女16例;年龄40~75岁;危险因素方面:高血压病史22例,糖尿病史4例,吸烟史8例,饮酒史5例。对照组30例患者中,男16例,女14例;年龄40~75岁;危险因素方面:高血压

病史22例,糖尿病史7例,吸烟史7例,饮酒史5例。2组患者的性别、年龄及高血压病史、糖尿病史、吸烟史、饮酒史等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.3 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($P < 0.01$),且治疗组对中医证候积分的降低作用明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组颈动脉斑块患者治疗前后中医证候积分比较
Table 1 Comparison of TCM syndrome scores between the two groups of carotid plaque patients before and after treatment [M(P₂₅, P₇₅), 分]

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	30	11(10, 14)	5(4, 6.5) ^②	-4.799	0.000
对照组	30	10(9.5, 14)	8(4, 8.5) ^①	-4.766	0.000
Z值		-1.335	-2.355		
P值		0.182	0.019		

① $P < 0.01$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组患者中医证候疗效比较 表2结果显示:治疗12周后,治疗组中医证候疗效的总有效率为86.67%(26/30),对照组为60.00%(18/30),组间比较,治疗组中医证候疗效的总体疗效(Mann-Whitney U 检验)和总有效率(Fisher χ^2 检验)均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表2 2组颈动脉斑块患者中医证候疗效比较

Table 2 Comparison of TCM syndrome efficacy between the two groups of carotid plaque patients after treatment [例(%)]

组别	例数(例)	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组 ^②	30	0(0.00)	13(43.33)	13(43.33)	4(13.33)	26(86.67) ^①
对照组	30	0(0.00)	2(6.67)	16(53.33)	12(40.00)	18(60.00)

① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$, 与对照组比较

2.5 2组患者治疗前后颈动脉IMT比较 表3结果显示:治疗前,2组患者的颈动脉IMT比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,2组患者的颈动脉IMT均较治疗前明显改善($P < 0.01$),但组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.6 2组患者颈动脉IMT改善疗效比较 表4结果显示:治疗12周后,治疗组颈动脉IMT改善疗效的总有效率为56.67%(17/30),对照组为26.67%(8/30),组间比较(Fisher χ^2 检验),治疗组颈动脉IMT改善疗效的总有效率明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 2组颈动脉斑块患者治疗前后颈动脉内膜中层厚度(IMT)比较

Table 3 Comparison of carotid IMT between the two groups of carotid plaque patients before and after treatment [M(P₂₅, P₇₅), mm]

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	Z值	P值
治疗组	30	2.3(1.9, 2.65)	2.05(1.6, 2.325) ^①	-4.814	0.000
对照组	30	2.3(1.975, 2.5)	2.1(1.775, 2.4) ^①	-4.884	0.000
Z值		-0.178	-1.055		
P值		0.859	0.292		

①P<0.01, 与治疗前比较

2.7 2组患者治疗前后血脂指标比较 表5结果显示:治疗前,2组患者的TC、TG、HDL-C、LDL-C水平比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。治疗后,2组患者的TC、TG、LDL-C水平均较治疗前下降,HDL-C水平均较治疗前升高,差异均有统计学意义(P<0.05),但组间比较,差异均无统计学意义(P>0.05),表明2组改

表4 2组颈动脉斑块患者颈动脉内膜中层厚度(IMT)改善疗效比较

Table 4 Comparison of efficacy for improving IMT between the two groups of carotid plaque patients after treatment [例(%)]

组别	例数(例)	显效	有效	无效	总有效
治疗组	30	0(0.00)	17(56.67)	13(43.33)	17(56.67) ^①
对照组	30	0(0.00)	8(26.67)	22(73.33)	8(26.67)

①P<0.05, 与对照组比较

善血脂的疗效相当。

2.8 安全性评价 治疗过程中,2组患者的血常规、肝功能、肾功能等安全性指标均无明显异常。治疗组有3例贴敷通脉消斑膏时间超过6h,出现局部皮肤过敏现象;1例拒绝继续贴敷而脱落;另2例停止贴敷1周并使用卤米松乳膏外涂后好转,随后继续参与治疗,每日贴敷时间不超过4h,未再出现不适,提示通脉消斑膏安全性良好。

表5 2组颈动脉斑块患者治疗前后血脂指标比较

Table 5 Comparison of blood lipid levels between the two groups of carotid plaque patients before and after treatment [M(P₂₅, P₇₅), mmol·L⁻¹]

组别	例数(例)	时间	TC	TG	HDL-C	LDL-C
治疗组	30	治疗前	4.59(3.89, 5.03)	1.51(1.25, 1.95)	1.18(1.09, 1.36)	2.97(2.09, 3.46)
	30	治疗后	4.19(3.34, 4.42) ^①	1.47(1.10, 1.82) ^①	1.29(1.21, 1.50) ^①	2.51(1.83, 2.99) ^①
对照组	30	治疗前	4.44(3.83, 5.41)	1.68(1.41, 1.92)	1.37(1.12, 1.51)	3.04(2.24, 3.61)
	30	治疗后	3.82(3.39, 4.44) ^①	1.35(1.17, 1.73) ^①	1.43(1.21, 1.63) ^①	2.62(2.05, 3.28) ^①

①P<0.05, 与治疗前比较

3 讨论

中医学中虽无颈动脉斑块病名,但根据其临床表现,应相当于中医学的“眩晕”“头痛”“中风”“胸痹”等病证,病位在血脉。脉为血之府,为容纳血液之所,亦为血液流通之隧道,痰浊瘀血凝滞结块,停伏于脉内而发为本病。脾为生痰之源,食无节制,常食肥甘厚味则阻碍脾胃运化功能,痰浊酿生于内,凝滞于脉内;痰为有形实邪,停伏脉内,阻碍血运,瘀血遂生,痰瘀互结,阻于脉内,病变丛生。本病病机在于痰瘀互结,而通脉消斑膏具有活血化瘀、通络消斑之功效,该方主要由川芎、全蝎、蜈蚣、玄参、海藻、昆布、冰片组成。川芎为血中气药,上行头

目,内透、外达无所不至,行气开郁,祛风活血止痛。虫类药走窜通络散瘀力强,全蝎为五毒之首,具有熄风止痉、通经活络、消肿止痛、攻毒散结之功效;蜈蚣走窜之力强,内而脏腑,外而经络,凡气血凝聚之处皆能开之。海藻、昆布消痰软坚,使脉内伏痰软化消散;玄参清热散结;冰片味辛、凉,开窍醒脑,善走窍,无往不达,引诸药渗入颈动脉斑块处。全方配伍合理,共奏消痰软坚散结、活血通络消斑之功效。

风池穴功擅祛风通络、清脑宁神、平肝熄风,能改善头痛、眩晕之症;丰隆穴为胃经络穴,长于化痰祛湿。王琼等^[8]应用电针刺刺激丰隆穴,结果表明其可有效降低高脂血症患者TC、

TG、LDL-C水平,减轻炎症反应,抑制动脉粥样硬化进展。血海穴活血祛瘀之效彰,能通利血脉,同时又属脾经,有调理脾胃之功。脾胃虚则痰浊生,足三里穴为足阳明胃经之合穴,能补益脾胃,升清阳,降浊阴,使痰浊渐消。太冲穴善平抑肝阳,疏理肝气,使气机调畅而助血脉通行。张立娟等^[9]研究发现,针刺太冲穴有良好的降血压作用。

人迎穴为足阳明胃经穴位,其现代解剖位置在喉结旁1.5寸,当胸锁乳突肌的前缘、颈总动脉搏动处^[10],附近有颈总动脉、颈内静脉、交感神经干和迷走神经,其定位恰好与颈总动脉分叉处相应,此处有微膨大的颈动脉窦和颈动脉小球,有压力感受器和化学感受器,具有调节血管舒缩功能的作用,对血压具有调整作用。颈动脉斑块多发生于颈总动脉分叉处,此处正好为人迎穴处。郝媯等^[11]针刺人迎穴联合中药治疗高血压颈动脉粥样硬化的研究显示,该治疗可降低颈动脉IMT和血脂水平,稳定颈动脉斑块,降低血压,并改善患者的临床症状。

越来越多的研究发现,动脉粥样硬化的发生始于内皮细胞受损^[12]。动脉内皮损伤的显著指征为内皮素与一氧化氮的平衡失调,最终可导致动脉粥样硬化及缺血性心脑血管疾病的发生^[13]。研究^[14-15]表明,血浆内皮素升高,将导致血管内皮细胞受损,进而LDL-C自损伤处进入内膜被氧化成氧化型LDL-C,单核细胞聚集于血管内膜,平滑肌细胞从中膜增殖迁移至内膜,最终形成脂质条纹,促进动脉粥样硬化的进展。一氧化氮由血管内皮释放,对血管壁具有保护作用,其作用机制为阻断平滑肌细胞从中膜增殖迁移至内膜,抗血小板聚集,阻止单核细胞与血小板黏附,保护内皮细胞,对抗动脉斑块的形成,一氧化氮是动脉粥样硬化的保护因素^[16]。卫彦等^[17]对高血压患者施以针刺人迎穴,研究其治疗对血管活性物质的影响,结果发现,针刺人迎穴具有明显的调节血管内皮细胞内分泌的功能。针刺人迎穴既可以减少内皮素的分泌量,又可以增加一氧化氮的释放量。可见针刺人迎穴能够平衡内皮素与一氧化氮的释放,使内皮素不至分泌过多,一氧化氮释放不至太少,从而起到保护血管内皮细胞,防止动脉粥样硬化发生发展的作用。

综上,针刺风池、人迎、血海、足三里、丰隆、太冲等穴可起到健脾化痰、活血通络之功。通脉消斑膏贴敷人迎穴,其中药成分经透皮吸收后,可起到化痰软坚、活血消斑的作用。故人迎穴贴敷通脉消斑膏配合针刺可通过两种途径(腧穴作用和中药作用)共同发挥抗动脉粥样硬化的作用,既治疗局部斑块,还兼调脏腑气血。本研究结果提示,通脉消斑膏贴敷人迎穴联合针刺治疗能降低颈动脉IMT、改善血脂水平、减少中医证候积分,其改善患者的临床症状明显优于西药对照组。该治疗方法为以药物内服治疗为主的颈动脉斑块治疗提供了新的治疗思路,且其使用方便,安全性良好,避开口服药物对胃肠道的刺激,为胃肠道不耐受或顾虑他汀类药物副作用的患者提供了一项安全有效的选择,在临床上有很大的推广价值。

参考文献:

- [1] IMORI Y, AKASAKA T, OCHIAI T. Co-existence of carotid artery disease, renal artery stenosis, and lower extremity peripheral arterial disease in patients with coronary artery disease [J]. *Am J Cardiol*, 2014, 113(1): 30-35.
- [2] 马建林, 黄文杰. 他汀类药物相关不良反应的研究进展[J]. *中国医药*, 2019, 14(7): 1118-1120.
- [3] 国家卫生健康委员会脑卒中防治专家委员会血管超声专业委员会. 头颈部血管超声若干问题的专家共识(颈动脉部分)[J]. *中国脑血管病杂志*, 2020, 17(6): 346-353.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 384.
- [5] 李灿东. 中医诊断学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 148-149, 158.
- [6] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学[M]. 10版. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 118-124.
- [7] 国家中医药管理局医政司. 24个专业104个病种中医诊疗方案(试行)合订本[M]. 北京: 国家中医药管理局医政司, 2012: 80-83.
- [8] 王琼, 周利, 邹燃, 等. 电针丰隆穴对高脂血症患者血脂水平及对巨噬细胞ABCA1表达的影响[J]. *安徽中医药大学学报*, 2020, 39(5): 54-59.
- [9] 张立娟, 鲁颖, 张倩, 等. 针刺太冲、曲池、风池穴治疗原发性高血压病的疗效对比研究[J]. *辽宁中医杂志*, 2017, 44(10): 2173-2176.
- [10] 高希言. 中国针灸辞典[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2002.
- [11] 郝媯, 尹爱兵, 丁元庆. 针刺人迎穴联合中药治疗高血压颈动脉粥样硬化的临床疗效观察[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2017, 15(5): 526-529.

- [12] ROSS R, GLOMSET J A. The pathogenesis of atherosclerosis (second of two parts)[J]. The New England Journal of Medicine, 1976, 295(8): 420-425.
- [13] 宋良文, 张秉钧, 赵新荣, 等. 动脉粥样硬化斑块组织中几种基因的表达(免疫组织化学和原位杂交)[J]. 北京医科大学学报, 1994, 26(增刊): 36-39.
- [14] RAY S G, MCMURRAY J J, MARTON J J, et al. Circulation endothelin in acute ischemic syndrome [J]. Br Heart J, 1992, 67(5): 383-386.
- [15] NARUSE M, KAWANA M, HIFUMI S, et al. Plasma immunoreactive endothelin, but not thrombomodulin, is increased in patients with essential hypertension and ischemic heart disease[J]. J Cardiovasc Pharmacol, 1991, 17(Suppl 7): S471-474.
- [16] 张红珍, 李丽. 内皮素、一氧化氮与动脉粥样硬化及缺血性心脑血管疾病关系探讨[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 2(3): 171-173.
- [17] 卫彦, 寇吉友, 陈军. 针刺人迎穴对高血压患者血清中血管活性物质影响的研究[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(2): 12-14.

【责任编辑：陈建宏】

热敏灸辨证施护减少夜尿增多症患者夜间排尿次数和改善睡眠质量的多中心随机对照研究

张维维¹, 周建会¹, 邓丽丽²

(1. 辽宁中医药大学附属第二医院康复中心, 辽宁沈阳 110032; 2. 广东省中医院传统疗法中心, 广东广州 510120)

摘要:【目的】观察热敏灸在减少夜尿增多症患者夜间排尿次数及改善患者睡眠质量方面的疗效。【方法】采用多中心随机对照试验, 将240例夜尿增多症患者随机分为热敏灸组126例和传统灸组114例, 分别给予热敏灸和传统灸治疗, 每周治疗1次, 4次为1个疗程, 共治疗3个疗程。观察2组患者治疗前后夜间排尿次数、夜间排尿量、夜间多尿指数、匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)评分和每晚睡眠时间的变化情况, 评价2组患者的中医证候疗效及安全性。【结果】(1)经治疗3个疗程(12周)后, 热敏灸组的总有效率为84.13%(106/126), 传统灸组为67.54%(77/114), 组间比较, 热敏灸组的中医证候疗效明显优于传统灸组($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者夜间排尿量、夜间排尿次数、夜间多尿指数均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且热敏灸组的降低作用均明显优于传统灸组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(3)治疗后, 2组患者PSQI评分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 每晚睡眠时间均较治疗前明显延长($P < 0.05$), 且热敏灸组在降低PSQI评分和延长每晚睡眠时间方面均明显优于传统灸组($P < 0.01$)。(4)研究过程中, 2组患者均无明显不良反应, 且患者的血、尿、大便常规及肝肾功能检查均未发现异常。【结论】热敏灸能有效减少夜尿增多症患者夜间排尿次数, 改善患者的睡眠质量, 其疗效优于传统灸法, 且安全性较高。

关键词: 热敏灸; 传统灸; 夜尿增多症; 夜间排尿次数; 睡眠质量; 随机对照试验

中图分类号: R246.1

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2646-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.017

收稿日期: 2021-03-15

作者简介: 张维维(1980-), 女, 主管护师; E-mail: whz2679@163.com

通讯作者: 邓丽丽(1973-), 女, 硕士, 主任护师; E-mail: LiLiberyl@126.com

基金项目: 广东省中医药强省项目(编号: 20132161)