

# 升清降浊点穴法治疗疲劳性亚健康临床观察

陈荣钟<sup>1</sup>, 陈耀龙<sup>2</sup>, 陈淑慧<sup>3</sup>

1. 广州中医药大学附属深圳市中医院针灸点穴科, 广东 深圳 518033
2. 广州中医药大学第一附属医院康复中心, 广东 广州 510405
3. 广东省中医院科研处, 广东 广州 510180

**[摘要]** 目的: 观察升清降浊点穴法治疗疲劳性亚健康的临床疗效。方法: 采用前瞻性队列研究的方法, 治疗组为门诊就诊的疲劳性亚健康患者, 对照组为同期来源于体检中心的体检人群。治疗组在健康宣教的基础上施以升清降浊点穴法干预, 对照组只进行健康宣教, 于治疗前(入组当天)、治疗2月后及停止治疗1月后采用疲劳量表(FS-14)进行疗效评价。结果: 治疗2月后和停止治疗1月后治疗组患者FS-14积分较治疗前降低, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ ); 治疗2月后和停止治疗1月后治疗组患者FS-14积分低于对照组, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。治疗2月后及停止治疗1月后总有效率治疗组均高于同期对照组, 差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。结论: 升清降浊点穴法是一种治疗疲劳性亚健康的有效方法。

**[关键词]** 疲劳性亚健康; 点穴; 升清降浊; 疲劳量表(FS-14)

**[中图分类号]** R211 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2014)05-0183-04

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.70

亚健康是人体介于健康与疾病之间的边缘状态, 既可转化为疾病状态, 也可转化为健康状态。其中又以疲劳性亚健康最为常见, 症状发生率高达80%左右。通过科学干预改善疲劳性亚健康人群症状和生活方式, 符合医疗卫生工作“以预防为主, 关口前移”的战略调整, 具有现实重要意义。亚健康的概念与中医学“治未病”的思想不谋而合。因此, 以“整体观念”、“辨证论治”及“因人、因时、因地制宜”等为特色的中医学在亚健康状态的调治方面具有很大优势。升清降浊点穴法在临床应用多年, 已形成较完善的操作规范。作为一种非侵入性的中医干预手法, 该手法切中疲劳性亚健康的中医病机, 前期研究具有较好的疗效和依从性。为进一步明确其临床疗效, 本研究采用前瞻性队列研究设计, 并对疗效评价和统计分析人员设盲, 以期为临床实践提供较高级别的循证医学证据。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《亚健康中医临床指南》<sup>[1]</sup>, 结

合《中西医结合疲劳性亚健康判定标准的探讨》<sup>[2]</sup>拟定疲劳性亚健康判定标准如下: 以疲劳为主诉, 且疲劳持续或反复发作3个月以上; 排除可能引起疲劳的疾病(包括慢性疲劳综合征、抑郁症、焦虑症等), 即运用西医学常规体检方法及指标体系检测无明显异常, 其中体检指标至少包括血、尿、大便常规, 血压, 血液生化(包括肝肾功能、血脂、空腹血糖), 腹部B超, 心电图及胸片; 运用疲劳量表(Fatigue Scale-14, FS-14)<sup>[3]</sup>测评, 疲劳总分值达到3分及以上者。

1.2 纳入标准 (1)符合上述疲劳性亚健康的判定标准; (2)年龄18~60岁; (3)小学及以上文化水平; (4)近1个月内未采用针对疲劳的干预措施(包括服用相关抗疲劳保健品); (5)无手法治疗禁忌; (6)1年内曾进行全身体检, 检查项目至少包括血、尿、大便常规, 血压, 血液生化(包括肝肾功能、血脂、空腹血糖), 腹部B超, 心电图及胸片。相关指标参考范围如下: 2次非同日的血压,  $90 \text{ mmHg} \leq \text{收缩压} \leq 140$

**[收稿日期]** 2013-12-22

**[基金项目]** 广东省中医药局科研课题(编号: 20132134)

**[作者简介]** 陈荣钟(1948-), 男, 副主任医师, 主要从事中医传统点穴针灸研究。

**[通讯作者]** 陈耀龙, E-mail: acucyl@126.com。

mmHg, 60 mmHg ≤ 舒张压 ≤ 90 mmHg; 血清总胆固醇 ≤ 5.72 mmol/L, 甘油三酯 ≤ 1.7 mmol/L, 低密度脂蛋白 ≤ 3.38 mmol/L; 空腹血浆葡萄糖 ≤ 7.0 mmol/L, 餐后 2 h 血浆葡萄糖 ≤ 11.1 mmol/L;

失眠每周发生不多于 3 次并持续不到 1 月以上者;

体质指数(BMI): 18.5 ≤ BMI ≤ 35; 窦性心率(HR): 55 次/min ≤ HR ≤ 100 次/min; 肝肾功能无明显异常; 尿、粪常规化验无明显异常, 血常规白细胞  $> 3.5 \times 10^9/L$ , 其他各项无明显异常。

1.3 排除标准 (1)近 1 周内有关感、外伤等急性病史者; (2)妊娠或哺乳期妇女及半年内计划受孕者; (3)有精神疾病史或精神疾病家族史者; (4)正在参加其它药物临床试验者或 3 月内参加过其它临床试验者。

1.4 一般资料 本研究采用前瞻性队列设计, 收集时间为 2012 年 6 月~2013 年 10 月, 治疗组 35 例为广州中医药大学附属深圳市中医院针灸科就诊的疲劳性亚健康患者, 对照组 35 例为同期在广州中医药大学附属深圳市中医院体检中心体检的人群。为控制选择性偏倚, 2 组均为相同时间段内符合纳入和排除标准的就诊人群。

## 2 治疗方法

2.1 健康宣教 2 组均给予健康宣教: 提供课题组编制的《简易健康宣教手册》供其自学。该手册针对疲劳性亚健康的特点, 由课题组成员结合临床初步修订, 征询专家意见后正式应用于本研究。

2.2 治疗组 在健康宣教的基础上施以升清降浊点穴法干预。取穴: (1)胸腹部穴位: 巨阙、神阙、水分、建里、石关、梁门、气海、带脉、章门、天突、璇玑、华盖、上腕、中腕、彘中; (2)腰背部穴位: 脾俞、肝俞; (3)四肢穴位: 合谷、太冲、足三里。操作步骤: (1)患者仰卧位, 医者坐在患者右侧, 用左大拇指或中指点压巨阙, 用右手无名指点在脐上(神阙), 用中指治疗水分, 再治疗建里。(2)用左手拇指点住右石关, 中指点在左梁门(拦截手法), 用右手中指治疗气海, 气通为止。(3)用左手食指或中指点水分, 左手拇指点右带脉, 右手拇指点水分, 右手食指或中指点左带脉, 同时施治两带脉。(4)用左手大拇指点压巨阙, 右手拇指点水分, 食指和中指治疗左章门。(5)左手同上, 右手拇指点右石关, 中指点左梁门。(6)左手无名指点天突, 中指点璇玑, 食指点

华盖, 右手中指治疗巨阙。(7)用左手拇指点巨阙, 右手食指、中指、无名指分别点按上腕、中腕、建里。(8)左手不变, 用右手中指分别再治疗水分、建里, 用左手拇指点右石关, 食指和中指点左梁门, 右手再治气海 1 次, 并用右手握拳先向右揉动 1 次, 再向左揉动 1 次, 再向任脉揉动 1 次(简称压三把)。(9)用左手拇指和食指点两彘中穴, 然后用双手拇指顺肋间隙, 一直顺到季肋下, 连续 3 遍后用双手掌转肚。(10)用右手手掌按摩气海部位, 同时用左手手指叩胸部的肋骨。(11)点双侧足三里、合谷和太冲。(12)患者取俯卧位, 医者用指尖叩击百会, 点按大椎以及双侧肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞, 手法完毕。上述手法, 每 3 天治疗 1 次, 疗程为 2 月。

2.3 对照组 只进行健康宣教, 不予其他治疗。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 (1)FS-14 的疲劳总分值。FS-14 包括 14 个条目, 分别从不同角度反应疲劳的轻重, 请受试者仔细阅读每一条目后, 根据最适合本人的情况选出“是”或“否”。除第 10、13、14 个条目为反向记分, 即回答“是”计 0 分, 回答“否”计 1 分; 其他 11 个条目都为正向记分, 即回答“是”计 1 分, 回答“否”计 0 分, 受试者根据自己近 1~2 周的疲劳情况, 在每个条目下进行分级的选择。疲劳总分为 14 个条目的分值之和, 分值越高说明疲劳越明显。(2)观察时点、观察时间窗及随访方式。观察时点: 治疗前(入组当天)及治疗 2 月后、停止治疗 1 月后。观察时间窗: 观察时点前后 7 天内。

随访方式: 治疗期间, 治疗组主要采用门诊随访方式; 对照组和停止治疗后 2 组的随访根据实际情况灵活采用电话随访、电子邮件随访和信函随访的方式。

3.2 统计学方法 统计分析应用 SPSS17.0 软件完成, 多时点重复测量数据采用重复测量方差分析; 计量资料组内自身前后比较采用配对  $t$  检验, 或 Wilcoxon 秩和检验; 计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以 FS-14 为主要疗效指标数据来源, 按照尼莫地平法, 疗效指数( $n$ )=(治疗前疲劳量表评分 - 治疗后疲劳量表评分)/治疗前疲劳量表评分  $\times$  100%。具体分为以下 4 级: 完全缓解:  $n \geq 85\%$ 。显效:  $60\% \leq n < 85\%$ 。有效:  $30\% \leq n < 60\%$ 。无

效： $n < 30\%$ 。

4.2 2组患者FS-14积分前后比较 见表1。治疗2月后和停止治疗1月后治疗组患者FS-14积分较治疗前降低，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )；停止治疗1月后治疗组患者FS-14积分与治疗2月后比较，差异无显著性意义( $P > 0.05$ )；对照组患者治疗2月后、停止治疗1月后FS-14积分分别与治疗前比较，差异均无显著性意义( $P > 0.05$ )；治疗2月后和停止治疗1月后治疗组患者FS-14积分低于对照组，差异均有显著性意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组患者FS-14积分前后比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	治疗前	治疗2月后	停止治疗1月后
治疗组	35	9.83 ± 1.20	3.55 ± 0.71	4.04 ± 0.58
对照组	35	9.61 ± 1.45	9.36 ± 2.03	9.18 ± 2.35

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组同期比较，② $P < 0.05$

4.3 治疗2月后2组临床疗效比较 见表2。治疗2月后总有效率治疗组高于对照组，差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

表2 治疗2月后2组临床疗效比较 例

组别	n	完全缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	5	15	11	4	88.6 <sup>①</sup>
对照组	35	0	9	10	16	54.3

与对照组比较，① $P < 0.01$

4.4 停止治疗1月后2组临床疗效比较 见表3。停止治疗1月后总有效率治疗组仍高于对照组，差异有非常显著性意义( $P < 0.01$ )。

表3 停止治疗1月后2组临床疗效比较 例

组别	n	完全缓解	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	3	13	13	6	82.6 <sup>①</sup>
对照组	35	0	4	13	18	48.6

与对照组比较，① $P < 0.01$

## 5 讨论

《亚健康中医临床指南》根据亚健康状态的临床表现，将其分为以下几类：以疲劳，或睡眠紊乱，或疼痛等躯体症状表现为主；以抑郁寡欢，或焦躁不安、急躁易怒，或恐惧胆怯，或短期记忆力下降、注意力不能集中等精神心理症状表现为主；以人际交往频率减低，或人际关系紧张等社会适应能力下降表现为主。其中躯体亚健康又被分为多种亚型，包

括疲劳性亚健康、睡眠失调性亚健康和疼痛性亚健康等<sup>[2]</sup>。其中，疲劳性亚健康作为一种广泛存在的状态，对人群躯体、心理、工作、社会交流、日常生活等方面都产生了负面影响。多项研究表明，疲劳性亚健康状态者的疲劳状况可导致其生活质量的明显下降<sup>[4-5]</sup>。

根据中医学理论，亚健康状态的发生是由于先天不足、劳逸失度、起居失常、饮食不当、情志不遂、居处不慎、年老体衰等因素，引起机体阴阳失衡、气血失调、脏腑功能失和所致。中医学认为脾主运化，主四肢肌肉。脾具有对营养物质的消化、吸收与运输的功能，是“后天之本”和“气血生化之源”。脾与胃相表里，脾胃的升降、运化有赖于肝气的疏泄。所以疲劳性亚健康的形成与脾胃、肝等脏腑的功能失和、气机升降失调密切相关。

以中医学理论为指导进行辨证调摄，根据处于亚健康状态者的体质状况及具体不适表现，予以相应的干预措施，如中药、针灸、推拿、药膳及气功导引等，有很好的应用前景。升清降浊点穴法，是在熟知脏腑部位气血往来顺逆之道的的基础上，利用十二经络及奇经八脉各自起、落、升、降的交会点，以指代针，根据病情，闭者为其开，聚者为其散，有余者损之，不足者益之，调理脏腑的气分，恢复脏腑功能为主的一种整体疗法。与其它疗法不同的是，升清降浊点穴法主要是通过调节中焦脾胃的气机升降，继而恢复人体脏腑的功能。对于疲劳性亚健康而言，其主要病机是脾胃、肝等脏腑的功能失和、气机升降失调。升清降浊点穴法既注重整体调节，又有得天独厚的局部作用，具有较好的适用性。本研究结果表明，升清降浊点穴法在改善疲劳性亚健康患者生活质量方面优于常规的健康宣教，并具有良好的操作性，易于接受，值得推广使用。

## [参考文献]

- 中华中医药学会. 亚健康中医临床指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2006.
- 张雅静, 王天芳, 薛晓琳, 等. 中西医结合疲劳性亚健康判定标准的探讨[J]. 北京中医药, 2009, 28(4): 269-270.
- Chalder T, Berelowitz G, Pawlikowska T, et al. Development of a fatigue scale[J]. Journal of Psychosomatic Research, 1993, 37(2): 147-153.

- [4] 张雅静,薛晓琳,王天芳,等. 200例肝郁脾虚型疲劳性亚健康状态者的疲劳与生活质量状况的相关性[J]. 天津中医药, 2010, 27(5): 369-371.
- [5] 杨志敏,黄鹂,杨小波,等. 亚健康人群的中医体质特

点分析[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(6): 589-592.

(责任编辑: 刘淑婷)

## 头皮针特针法治疗脑卒中后癫痫疗效观察

李波<sup>1</sup>, 丁达<sup>2</sup>

1. 广州市荔湾区妇幼保健院, 广东 广州 510375; 2. 广州市荔湾区中医医院, 广东 广州 510140

**[摘要]** 目的: 观察头皮针特针法治疗脑卒中后癫痫的临床疗效。方法: 将26例脑卒中后癫痫患者随机分为2组各13例。对照组采用常规脑血管病及抗癫痫治疗; 治疗组在对照组治疗的基础上加用头皮针特针法治疗。治疗1月为1疗程, 2疗程后进行疗效评价。结果: 总有效率治疗组92.3%, 对照组69.2%, 2组比较, 差异有显著性意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 头皮针特针法治疗脑卒中后癫痫疗效优于常规治疗。

**[关键词]** 癫痫; 脑卒中后; 头皮针特针法

**[中图分类号]** R742.1; R743.3

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 0256-7415 (2014) 05-0186-02

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2014.05.071

脑血管病是中老年人癫痫发作的常见原因之一, 称之为“卒中后癫痫”<sup>[1]</sup>。脑卒中患者中3%~5%会发生癫痫发作<sup>[2]</sup>。脑卒中后癫痫发作不仅影响患者的病程进展, 也是脑卒中预后不佳的预兆。目前, 临床主要采用抗癫痫药物治疗, 但此类药物副反应较大, 且患者依从性较差。头皮针特针法是广州市荔湾区名中医孟杰主任在临床实践中总结应用的治疗脑血管病后遗症的头皮针法<sup>[3]</sup>。笔者采用头皮针特针法治疗脑卒中后癫痫26例, 结果报道如下。

### 1 临床资料

**1.1 一般资料** 观察病例为2012年7月~2013年7月荔湾区中医院门诊及住院患者, 共26例, 随机分为2组各13例。治疗组男8例, 女5例; 年龄45~72岁; 脑卒中及癫痫病程均在2年内; 脑出血3例, 脑梗死8例, 蛛网膜下腔出血2例。对照组男6例, 女7例; 年龄47~70岁; 脑卒中及癫痫病程均在2年内; 脑梗死9例, 脑出血2例, 蛛网膜下

腔出血1例。2组一般资料比较, 差异均无显著性意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

**1.2 诊断标准** 脑卒中的诊断标准参照《各类脑血管疾病的诊断要点》<sup>[4]</sup>相关标准。癫痫的诊断标准参照《癫痫发作分类法》<sup>[5]</sup>相关标准。

**1.3 排除标准** 不符合诊断标准者; 排除其他颅内肿瘤病变; 非癫痫的发作性疾病; 有严重的基础疾病者; 妊娠或哺乳期妇女; 精神病患者; 针刺不能配合者。

### 2 治疗方法

**2.1 对照组** 给予常规脑血管病及抗癫痫治疗, 抗癫痫药物给予卡马西平, 每次100 mg, 每天2次, 口服; 和(或)丙戊酸钠片, 每次200 mg, 每天3次, 口服。

**2.2 治疗组** 在对照组治疗的基础上加用头皮针特针法治疗。取穴: 头部双侧运动区、感觉区、震颤区。定位: 运动区: 上点在前后正中线上点向后移

**[收稿日期]** 2013-12-20

**[作者简介]** 李波 (1963-), 男, 副主任医师, 研究方向: 中西医结合脑病。