

虚既是本病发病的内在条件, 又是疾病过程中的一种病理表现而贯穿于 KOA 的始终。针灸扶阳法是治疗该病的一大方法, 值得推广。

[参考文献]

- [1] 江蓉星, 熊华, 金桂花. 骨性关节炎的临床治疗研究概况[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2003, 11(1): 57-60.
- [2] 曾庆余. 骨关节炎[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1999: 129-131.
- [3] 石学敏. 针灸治疗学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 113-114.

- [4] 刘云鹏, 刘沂. 骨与关节损伤和疾病的诊断分类及功能评定标准[M]. 北京: 清华大学出版社, 2002: 220.
- [5] 张存悌. 中医火神派探讨[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 25-53.
- [6] 罗永芬. 腧穴学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 153.
- [7] 郭长青, 司同, 宋美扬. 针刀与电针治疗膝骨关节炎 60 例临床疗效对照观察研究[C]// 中国针灸学会微创针刀专业委员会成立大会暨首届微创针刀学术研讨会学术研讨会论文集. 2009: 168.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

电针健脑安神奇穴为主治疗失眠症临床观察

胥海斌, 刘宇明

广州医科大学附属第三医院中医科, 广东 广州 510150

[摘要] 目的: 观察电针健脑安神奇穴对失眠症的临床疗效。方法: 将 75 例失眠患者随机分为 2 组, 治疗组 45 例, 采用电针健脑安神奇穴为主配合辨证取穴治疗; 对照组 30 例, 采用口服艾司唑仑片治疗。7 次为 1 疗程, 3 疗程后观察疗效。结果: 2 组治疗后匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表总积分均下降, 与治疗前比较, 差异均有非常显著性意义 ($P < 0.01$), 2 组治疗后组间 PSQI 总分差值比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。2 组疗效经秩和检验, 差异无显著性意义 ($P > 0.05$)。结论: 电针健脑安神奇穴为主治疗失眠症, 疗效确切。

[关键词] 失眠症; 四神聪; 太阳; 安眠; 电针; 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 量表

[中图分类号] R256.23 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 12-0173-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2014.12.083

失眠是以常常不能获得正常睡眠为特点的一类病证。WHO 最近一项针对中国区睡眠调查结果显示: 中国失眠人群高达 2.5%, 且有上升趋势^[1]。失眠影响患者的生活质量和工作状态, 带来精神困扰。笔者以健脑安神的经外奇穴四神聪, 安眠、太阳穴电针治疗失眠患者 45 例, 取得良好效果, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》^[2]中失眠症的诊断标准: 几乎以失眠为唯一的症状, 包括难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒, 或醒后不易再睡、睡后不适感、疲乏, 或白天困倦等; 具有失眠和极度关注失眠结果观念; 对自身睡眠的数量和质量的不满, 已引起明显的

苦恼或社会功能受损; 每周至少发生 3 次或以上, 并至少已达 1 月; 排除躯体疾病或精神障碍症状导致的情况。

1.2 纳入标准 符合上述失眠症的诊断标准; 年龄 20~70 岁; 愿意完成本治疗和接受调查者。

1.3 排除标准 入组前 1 周使用过抗精神病药、抗抑郁药者; 妊娠期患者; 已知的酗酒或药物依赖者; 合并有严重其它系统疾病者; 其它精神病患者。

1.4 一般资料 观察病例为 2011 年 9 月~2013 年 7 月在本院中医科针灸门诊和神经内科门诊患者, 共 75 例。治疗组 45 例, 男 18 例, 女 27 例; 平均年龄(38.6±11.5)岁; 平均病程(5.7±3.3)月; 入组时匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表总分为(14.67±2.41)分。对照组 30 例, 男 13 例, 女 17 例; 平均年

[收稿日期] 2014-07-22

[作者简介] 胥海斌 (1971-), 男, 副主任医师, 研究方向: 针灸治疗颈椎病、身心疾病的临床研究。

龄(39.5 ± 11.6)岁;平均病程(5.6 ± 3.2)月;入组时 PSQI 量表总分为(14.93 ± 2.20)分。2 组性别、年龄、病程及入组时 PSQI 量表总分等比较,差异均无显著性意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 处方:主穴:四神聪,太阳,安眠。配穴:心脾两虚加神门、足三里;心肾不交加照海,劳宫;肝郁化火加太冲、侠溪。操作方法:先让患者安静仰卧,穴位常规消毒,取四神聪、太阳、安眠,选用 0.35 mm × 25 mm 毫针用“快速旋转进针法”快速进针,四神聪向百会方向平刺 0.8 寸,太阳直刺 0.8 寸,安眠直刺 1.2 寸,得气后,前后神聪,左右神聪,同侧太阳,安眠接 G6805 型电针治疗仪,密波,刺激强度以患者耐受为度。配穴均常规针刺,神门、足三里补法,照海补法,劳宫泻法,太冲平补平泻,侠溪泻法。配穴均不加电。每天 1 次,留针 30 min,7 天为 1 疗程,连续治疗 3 疗程。

2.2 对照组 口服艾司唑仑片治疗,每天 1 次,每次 1 mg,睡前 0.5 h 服。7 天为 1 疗程,连续治疗 3 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用 PSQI 量表的 17 个自评条目,共组成 7 个因子,每个因子均按 0~3 等级计分,累计各成分的得分为 PSQI 总分,总分范围为 0~21 分,所得分数越高,说明睡眠质量越差。

3.2 统计学方法 运用 SPSS19.0 统计软件对数据进行统计分析,计数资料用 t 检验,等级资料用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中关于不寐的疗效评定:临床痊愈:睡眠时间恢复正常水平或夜间实际睡眠时间在 6 h 以上,睡眠深沉,醒后精力充沛,兼症消失;显效:睡眠明显好转,睡眠时间较前增加至 3 h 以上,睡眠深度增加,兼症基本消失;有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不足 3 h,兼症仍部分存在;无效:治疗后失眠无明显改善,或反加重。

4.2 2 组治疗前后 PSQI 量表总分比较 见表 1。2 组治疗后 PSQI 总分均下降,与治疗前比较,差异均有非常显著性意义($P < 0.01$),表明 2 组治疗均有疗效。2 组治疗后组间 PSQI 总分差值比较,差异有显著性意义($P < 0.05$),提示治疗组疗效优于对照组。

组别	n	治疗前	治疗后	差值
治疗组	45	14.67 ± 2.41	7.40 ± 3.13	7.27 ± 2.40
对照组	30	14.93 ± 2.20	8.90 ± 3.67	6.03 ± 2.55

与治疗前比较,① $P < 0.01$;与对照组比较, $P < 0.05$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。2 组疗效经秩和检验,差异

无显著性意义($P > 0.05$),电针健脑安神奇穴与口服艾司唑仑的临床疗效相当。

表2 2组临床疗效比较

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	45	15	16	10	4	91.11
对照组	30	5	9	12	4	86.67

5 讨论

失眠治法多样,但在众多治法中,安神为首要。《景岳全书》指出“寐本乎阴,神安则寐,神不安则不寐”。而“脑为元神之府”,故健脑又为安神之首要。四神聪、安眠、太阳均为经外奇穴,四神聪位于头顶,健脑安神;安眠穴位于枕部,是治疗失眠的经验效穴,镇静安眠;太阳穴位于颞部,清脑定志;三穴合用清脑健脑,定志安神。

现代神经生理学研究认为,产生和调节睡眠—觉醒的昼夜节律系统位于视交叉上核^[4];脑中中缝核、孤束核能诱导睡眠,与睡眠关系密切,从延髓到中脑的中线部份,分布 5-羟色胺(5-HT)能神经元,5-HT 与慢波睡眠相关,蓝斑分布有去甲肾上腺素能神经元,去甲肾上腺素(NE)与快波睡眠相关^[5];睡眠活动最终又受大脑皮层意识功能的影响。太阳穴较靠近视交叉上核,安眠穴靠近延髓,四神聪位于头顶,对大脑皮层有良好刺激作用,三穴合用,对诱导睡眠的神经中枢给予整体调节。刺激方法上,针刺得气后,给予电针密波持续刺激,电针可调节 5-羟色胺和 NE 的含量,通过穴位,电针的综合作用,健脑益脑,使紊乱的睡眠—觉醒调节系统恢复正常,从而恢复正常睡眠。

本项观察显示,电针健脑安神奇穴为主的效果与口服艾司唑仑 1 mg 的作用相当,但 2 组治疗后 PSQI 量表总分差值比较,电针组优于对照组,说明电针健脑安神奇穴在改善睡眠质量和兼症方面优于对照组,值得临床选用。

[参考文献]

- [1] 刘世熠. 睡眠研究和展望[C]// 中国第二届睡眠学术会议论文摘要汇编. 2006.
- [2] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 118-119.
- [3] 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.
- [4] 范利锋, 王平仁, 兰培敏. 睡眠机制的研究概况[J]. 临床内科杂志, 2005, 22(10): 662-664.
- [5] 王琳. 睡眠机制的研究进展[J]. 中华实用内科杂志, 2003, 23(7): 387-388.

(责任编辑: 马力)