

微创穴位埋线治疗痰热内扰型不寐临床观察

马燕 曹晓玲

(四川省成都市新都区中医医院老年病科,成都,610500)

摘要 目的:探讨微创穴位埋线法对痰热内扰型不寐的治疗效果。方法:将75例痰热内扰型不寐患者随机分为埋线组25例,针刺组24例,口服药物组26例,以匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)及症状分级量化表评价疗效。结果:埋线组、针刺组及口服药物组均可明显改善不寐患者的睡眠。埋线组在总分改善方面及提高睡眠质量方面优于针刺组($P < 0.05$),在总分改善方面与口服药物组相当,睡眠质量及日间功能方面优于口服药物组($P < 0.05$),但在改善睡眠时间方面不及口服药物组($P < 0.05$);埋线组改善中医症状效果与针刺组相当,均优于口服药物组($P < 0.05$);针刺组的总有效率低于埋线组与口服药物组,后二者接近。治疗结束1个月后随访,PSQI计分改善及中医症状改善均以埋线组最佳,针刺组次之($P < 0.05$),并且2者的总有效率也优于口服药物组($P < 0.01$),即2组维持疗效优于药物组。结论:对于痰热内扰型不寐,微创穴位埋线疗效与口服艾司唑仑片近似,优于针刺法,在改善中医症状及疗效维持方面有一定优势,少见不良反应,值得在临床推广。

关键词 穴位埋线;针刺;药物疗法;痰热内扰型;不寐

Clinical Observation of Catgut Implantation at Acupuncture Point Treating Insomnia with Syndrome of Phlegm-heat Attacking Internally

Ma Yan, Cao Xiaoling

(Geriatrics Department in Xindu Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu 610500, China)

Abstract Objective: To discuss the efficacy of catgut implantation at acupuncture point on insomnia with Syndrome of Phlegm-heat attacking internally. **Methods:** Seventy-five cases of insomnia with Syndrome of Phlegm-heat attacking internally were divided into 3 groups randomly; 25 cases in the catgut implantation at acupuncture point therapy group, 24 cases in the acupuncture therapy group and 26 cases in the oral medication group respectively, in which they were therapeutically evaluated according to the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) scores and syndrome-classification quantitative scores. **Results:** The sleep quality of insomniacs was effectively improved in both of the 2 groups. The aggregate score of improving sleep quality of the patients in the catgut implantation at acupuncture point therapy group was superior to that of the acupuncture therapy group ($P < 0.05$). The improvement in aggregate score of the catgut implantation at acupuncture point therapy group was close to that of the oral medication group, and sleep quality and daytime function of the former group were better than those of the oral medication group ($P < 0.05$); however, improvement in sleeping time was not as good as that of the oral medication group ($P < 0.05$). The syndrome improvement in the catgut implantation at acupuncture point therapy group was similar to that of the acupuncture therapy group and they were all more effective than the oral medication group ($P < 0.05$). The total effective rate of the catgut implantation at acupuncture point therapy group was close to that of the oral medication group. In the follow-up visit, which was one month after the treatment, PSQI score improvement and syndrome improvement of the catgut implantation at acupuncture point therapy group were better than those of the acupuncture therapy group, while the oral medication group was the worst in the comparison ($P < 0.05$), and the total effective rate of the catgut implantation at acupuncture point therapy group and the acupuncture therapy group was superior to that of the oral medication group ($P < 0.01$). **Conclusion:** The curative effect of the catgut implantation at acupuncture point therapy on insomnia with syndrome of phlegm-heat attacking internally was similar to taking the oral drugs (Estazolam Tablets). With rare adverse reactions, its duration of curative effect was better than the oral drugs and worth of being generalized in clinic.

Key Words Catgut implantation at acupuncture point therapy; Acupuncture; Drug therapy; Syndrome of phlegm-heat attacking internally; Insomnia

中图分类号:R245.9+1 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.057

失眠是临床非常常见的睡眠障碍,在中医古籍中,失眠多称之为不寐。长期失眠会导致诸多不适

基金项目:成都市卫生局人口与健康项目(编号:12PPYB137SF-002)

作者简介:马燕(1983.04—),女,硕士研究生,主治医师,研究方向:老年常见疾病的中西医结合治疗,E-mail:20932468@qq.com

通信作者:曹晓玲(1966.06—),女,本科,主任医师,老年病科主任,研究方向:老年性疾病的中西医结合治疗,E-mail:1359395633@qq.com

影响生活质量,妨碍人们日常正常活动,并可显著增加患其他多种疾病的风险。有文献报道,中国成年人失眠发生率约为 38.2%^[1],目前已成为值得关注的社会问题。痰热内扰型为不寐之常见证型,我们对微创穴位埋线法治疗痰热内扰型不寐进行了临床观察,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象来自住院及门诊,共计 80 例符合纳入标准,按照随机、对照原则,27 例进入埋线组(治疗组),25 例进入针刺组(对照组 1),28 例进入口服药物组(对照组 2)。治疗组中 1 例脱落,1 例剔除;对照组 1 中 1 例脱落,0 例剔除;对照组 2 中 0 例脱落,2 例剔除。实际获得样本例数为,治疗组 25 例,对照组 1 有 24 例,对照组 2 有 26 例。经统计学处理,各组病程、性别、年龄等资料无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中国精神障碍分类与诊断标准(第 3 版)(CCMD-3)》^[2]中“失眠症”的诊断标准。中医辨证依据参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]中“不寐”的痰热内扰型:睡眠不安,脘痞胸闷,心烦懊恼,头晕,口苦,痰多,目眩。舌质红,苔黄腻,脉滑或滑数。

1.3 纳入与排除标准 纳入标准:1)符合西医诊断标准;2)PSQI 计分 > 7 分;3)病程 > 1 个月;4)年龄 70 岁以下,18 岁以上;5)患者神志清楚,可理解量表内容,表达能力正常,并配合临床治疗;6)患者知情同意。排除标准:1)不能配合治疗方案的安排及相关要求;2)合并有精神病、心血管、脑血管、造血系统及严重肝肾疾病患者;3)对羊肠线过敏者;4)妊娠或哺乳期患者;5)不符合纳入标准者。

1.4 脱落标准 1)因受试者依从性差,影响到了疗效评定者;2)试验过程中自行退出者;3)由于其他各种原因,未完成疗程或者失访、死亡的病例。

1.5 剔除标准 1)已经入选的受试者若发现不符合纳入标准;2)未按照试验方案执行者;3)观察期间发生严重不良事件,或者出现并发症不宜继续接受试验者,应终止试验;4)观察期间的规定检查和主要指标缺失者;5)观察期间在观察者不知情的情况下服用其他影响试验疗效评定的药物或者接受其他治疗者。

1.6 治疗方法

1.6.1 治疗组 采用微创穴位埋线法,选穴:曲池、丰隆、肾俞、肝俞、脾俞、心俞,每次均取双侧穴位。操作方法:丰隆及曲池取平卧位,碘伏消毒穴位皮

肤,将羊肠线(0 号铬制)装入一次性埋线针前端,直刺,进针深度约 15 ~ 25 mm,肾俞、肝俞、脾俞、心俞取俯卧位,均为斜刺,进针深度约 15 ~ 20 mm,进针后轻度提插,得气后一手推针芯,一手退针管,让羊肠线埋入穴位的皮下肌肉或组织中,线头不能露出皮肤,针孔消毒。

1.6.2 对照组 1 参照《针灸治疗学》,治法:交通阴阳,宁心安神,取穴:安眠、百会、内关、神门、申脉、照海、太冲、三阴交、足三里;手法:平补平泻法,行针半分钟,使针感慢慢扩散;留针时间:30 min。

1.6.3 对照组 2 艾司唑仑片睡前 1 h 口服,1 片/次,1 次/d,连服 30 d。

1.6.4 频率及疗程 针刺治疗 1 次/d,10 次为 1 个疗程,穴位埋线 1 次/10 d,1 次为 1 个疗程,均治疗 3 个疗程。

1.7 观察项目与统计学方法

1.7.1 评价时点 治疗前、治疗后以及疗程结束后 1 月。

1.7.2 观察项目 匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)^[4]及症状分级量化表计分。

1.8 统计学方法 计数资料使用 χ^2 检验,计量资料全部用(均数 ± 标准差)表示,使用 F 检验,临床等级资料比较使用 Ridit 分析。全部数据使用 SPSS 17.0 统计软件包进行分析。

1.9 疗效评定标准 无效:PSQI 减分率 < 25%;有效:PSQI 减分率 25% ~ 50%;显效:PSQI 减分率 51% ~ 75%;临床痊愈:PSQI 减分率 > 75%。PSQI 减分率^[5] = (治疗前计分 - 治疗后计分)/治疗前评分 × 100%。

2 结果

2.1 组间可比性分析

2.1.1 治疗前 PSQI 总分及各项目计分比较 见表 1。

表 1 治疗前 3 组 PSQI 总分及各项目计分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组	对照组 1	对照组 2	F	P
睡眠质量	2.39 ± 0.62	2.45 ± 0.85	2.49 ± 0.65	0.33	0.71
入睡时间	2.38 ± 0.57	2.42 ± 0.73	2.35 ± 0.54	0.49	0.48
睡眠时间	2.45 ± 0.68	2.58 ± 0.59	2.39 ± 0.79	0.22	0.80
睡眠效率	2.41 ± 0.91	2.45 ± 0.72	2.40 ± 0.85	0.19	0.82
睡眠障碍	1.61 ± 0.66	1.62 ± 0.65	1.59 ± 0.92	0.69	0.50
催眠药物	1.43 ± 1.12	1.45 ± 1.32	1.42 ± 1.38	0.04	0.96
日间功能	2.21 ± 0.71	2.31 ± 0.83	2.20 ± 0.89	0.29	0.69
总分	14.76 ± 2.26	15.16 ± 2.42	14.68 ± 2.61	0.53	0.47

注:各组间比较, $P>0.05$ 。

2.1.2 治疗前症状分级量化计分比较 见表 2。

表2 治疗前3组症状分级量化评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	F	P
治疗组	25	26.47 ± 8.65	0.11	0.77
对照组1	24	27.83 ± 7.84	0.32	0.57
对照组2	26	28.35 ± 9.31	0.85	0.37

2.2 结果分析

2.2.1 PSQI 计分对照分析

2.2.1.1 治疗前后比较 治疗前3组患者的PSQI总分及各项目计分对比无统计学意义。治疗前后各组的PSQI总分及各项目计分对比差异有统计学意义($P < 0.01$),说明3种疗法对患者的PSQI总分及各项目均有很明显的改善。

治疗后PSQI总分组间比较,治疗组与对照组2对比无统计学意义($P > 0.05$),与对照组1对比有统计学意义($P < 0.05$),说明PSQI总分改善治疗组与对照组2近似,优于对照组1。

治疗后PSQI各项目分析:1)治疗组与对照组1比较睡眠质量项目有统计学意义($P < 0.05$),其余6项无统计学意义,说明治疗组改善睡眠质量方面优于对照组1,而在其余方面疗效与其相当;2)治疗组与对照组2比较,在睡眠质量及日间功能项目上优

于后者,差异有统计学意义($P < 0.05$);睡眠时间项目上不及后者,有统计学意义($P < 0.05$),说明治疗组除了在延长睡眠时间上不及后者,在改善睡眠质量及日间功能方面要优于后者,并且在其他方面与其都是疗效相当;3)对照组1与对照组2比较,睡眠质量及睡眠时间方面有统计学意义($P < 0.05$),其余4项无统计学意义,说明对照组1改善睡眠质量及睡眠时间方面疗效不及对照组2。

2.2.1.2 治疗后和随访时比较 治疗结束后1月3组患者均进行了随访,PSQI总分及各项目计分与治疗组比较,组内比较:治疗组及对照组2前后差异均有统计学意义($P < 0.01$),对照组1无统计学意义($P > 0.05$)。显示治疗组PSQI总分及各项目计分进一步改善,而对照组2的PSQI总分及各项目计分明显上升,即治疗组的疗效进一步提高,对照组1的疗效尚可维持,对照组2存在明显的复发。3组组间比较,随访时的PSQI总分治疗组疗效最好,治疗组及对照组1的维持疗效优于对照组2。

随访时3组PSQI各项目分析:1)治疗组与对照组1比较改善睡眠质量及睡眠时间方面有明显统计学意义($P < 0.01$),改善睡眠效率方面有明显统计

表3 治疗前后组内、治疗后组间PSQI总分及各项目计分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组1		对照组2	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
睡眠质量	2.39 ± 0.62	1.24 ± 0.35 **△□	2.45 ± 0.85	1.92 ± 0.79 **■	2.49 ± 0.65	1.62 ± 0.43 **
入睡时间	2.38 ± 0.57	1.38 ± 0.63 **▲☆	2.42 ± 0.73	1.59 ± 0.68 **★	2.35 ± 0.54	1.41 ± 0.78 **
睡眠时间	2.45 ± 0.68	1.54 ± 0.51 **▲□	2.58 ± 0.59	1.78 ± 0.64 **■	2.39 ± 0.79	1.28 ± 0.89 **
睡眠效率	2.41 ± 0.91	1.53 ± 0.96 **▲☆	2.45 ± 0.72	1.81 ± 0.76 **★	2.40 ± 0.85	1.61 ± 0.99 **
睡眠障碍	1.61 ± 0.66	1.17 ± 0.60 **▲☆	1.62 ± 0.65	1.38 ± 0.49 **★	1.59 ± 0.92	1.14 ± 0.96 **
催眠药物	1.43 ± 1.12	1.03 ± 0.62 **▲☆	1.45 ± 1.32	1.17 ± 0.12 **★	1.42 ± 1.38	1.01 ± 1.35 **
日间功能	2.21 ± 0.71	1.57 ± 0.82 **▲□	2.31 ± 0.83	1.86 ± 0.83 **★	2.20 ± 0.89	1.97 ± 0.84 **
总分	14.76 ± 2.26	10.02 ± 2.15 **△☆	15.16 ± 2.42	12.18 ± 2.24 **■	14.68 ± 2.61	10.19 ± 3.06 **

注:与同组治疗前比较,** $P < 0.01$;与治疗前对照组1比较,△ $P < 0.05$;与治疗前对照组1比较,▲ $P > 0.05$;与治疗前对照组2比较,☆ $P > 0.05$;与治疗前对照组2比较,□ $P < 0.05$;与治疗前对照组2比较,■ $P < 0.05$;与治疗前对照组2比较,★ $P > 0.05$ 。

表4 治疗后/随访时组间PSQI总分及各项目计分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	治疗组		对照组1		对照组2	
	治疗后	随访时	治疗后	随访时	治疗后	随访时
睡眠质量	1.24 ± 0.35	1.04 ± 0.53 **□□	1.92 ± 0.79	2.05 ± 0.63 *	1.62 ± 0.43	2.51 ± 0.56
入睡时间	1.38 ± 0.63	1.37 ± 0.71 ▲□□	1.59 ± 0.68	1.86 ± 0.76 *	1.41 ± 0.78	2.32 ± 0.54
睡眠时间	1.54 ± 0.51	1.43 ± 0.71 **□□	1.78 ± 0.64	2.37 ± 0.71 ■	1.28 ± 0.89	2.21 ± 0.70
睡眠效率	1.53 ± 0.96	1.65 ± 0.78 △□□	1.81 ± 0.76	2.16 ± 0.69 *	1.61 ± 0.99	2.62 ± 0.98
睡眠障碍	1.17 ± 0.60	1.27 ± 0.53 ▲□□	1.38 ± 0.49	1.43 ± 0.68 *	1.14 ± 0.96	1.86 ± 0.76
催眠药物	1.03 ± 0.62	1.02 ± 0.51 ▲□□	1.17 ± 0.12	1.38 ± 0.74 *	1.01 ± 1.35	1.80 ± 1.23
日间功能	1.57 ± 0.82	1.28 ± 0.74 ▲□□	1.86 ± 0.83	1.40 ± 0.87 *	1.97 ± 0.84	1.89 ± 1.39
总分	10.02 ± 2.15	8.57 ± 2.46 **□□	12.18 ± 2.24	12.67 ± 3.23 *	10.19 ± 3.06	14.50 ± 3.96

注:与随访时对照组1比较,** $P < 0.01$;与随访时对照组1比较,△ $P < 0.05$;与随访时对照组1比较,▲ $P > 0.05$;与随访时对照组2比较,□□ $P < 0.01$;与随访时对照组2比较,■ $P > 0.05$;与随访时对照组2比较,* $P < 0.05$ 。

学意义($P < 0.05$),其余4项无统计学意义,说明治疗组改善睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率方面均优于对照组1,而在其余方面疗效与对照组1相当;2)治疗组与对照组2在各项目计分比较有统计学意义($P < 0.01$);3)对照组1与对照组2对比,在睡眠时间改善上接近($P > 0.05$),但在其他6项上有统计学意义($P < 0.05$)。

2.2.2 疗效对比 3组患者治疗后的失眠症状改善均较明显。采用 χ^2 检验分析比较总有效率,治疗组与对照组2无统计学意义($P > 0.05$),与对照组1有统计学意义($P < 0.05$),显示治疗组的疗效与对照组2接近而优于对照组1。治疗结束1个月后随访,对照组2患者的失眠症状明显复发,对照组1无明显复发,而治疗组的疗效进一步提高,治疗组与对照组1的总有效率与对照组2比较均有统计学意义($P < 0.01$)。表明治疗组及对照组1的总有效率优于对照组2,维持疗效亦优于对照组2。见表5。

表5 3组患者治疗后/随访时临床疗效比较

组别	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
治疗组	2/3	10/10	6/8	7/4	72.00* Δ /84.0 $\square\square\square$
对照组1	1/1	7/5	5/6	11/12	54.17 \blacktriangle /50.00*
对照组2	3/0	6/6	10/4	7/16	73.07/38.46

注:治疗后治疗组与对照组1比较,* $P > 0.05$;与对照组2比较 $\Delta P < 0.05$;对照组1与对照组2比较 $\blacktriangle P > 0.05$ 。随访时治疗组与对照组1比较, $\square\square P < 0.01$;与对照组2比较 $\blacksquare P < 0.01$;对照组1与对照组2比较* $P > 0.05$ 。

2.2.3 症状分级量化评分对照分析 治疗前3组患者症状分级量化评分对比无统计学意义。治疗前后各组的症状量化评分均有统计学意义($P < 0.01$),说明各组对症状均有明显改善。治疗后治疗组与对照组1的症状分级量化评分比较无统计学意义($P > 0.05$),2组与对照组2比较有统计学意义($P < 0.05$)。说明治疗组改善中医症状与对照组1近似,均优于对照组2。治疗结束1个月后随访,与治疗组症状分级量化评分组内比较,治疗组、对照组2有统计学意义($P < 0.05$),对照组1无统计学意义($P > 0.05$),组间比较,治疗组症状分级量化评分与对照组1比较有统计学意义($P < 0.05$),与对照组2比较有统计学意义($P < 0.01$),虽然对照组1与对照组2对比有统计学意义($P < 0.05$),但治疗组在改善中医症状方面明显优于2组。见表6。

2.3 安全性分析 临床症状:1例治疗组病例在治疗期间出现埋线部位轻微压痛,形成硬结,照射TDP后吸收,硬结消失。1例对照组1病例出现晕针。1

例对照组2病例出现疲乏无力、头昏。治疗组与对照组治疗前后的心电图、肝肾功、血尿常规检查未见药物不良影响。

表6 3组患者治疗前后和随访时症状分级量化评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗后	随访时
治疗组	26.47 \pm 8.65	14.68 \pm 3.29* Δ	11.68 \pm 4.68 $\square\square\square$
对照组1	27.83 \pm 7.84	15.45 \pm 3.07 \blacktriangle	16.27 \pm 4.76*
对照组2	28.35 \pm 9.31	20.33 \pm 3.28	24.43 \pm 8.20

注:治疗后治疗组与对照组1比较* $P > 0.05$;与对照组2比较 $\Delta P < 0.05$;对照组1与对照组2比较 $\blacktriangle P < 0.05$ 。随访时治疗组与对照组1比较, $\square\square P < 0.05$;与对照组2比较 $\blacksquare P < 0.01$;对照组1与对照组2比较* $P < 0.05$ 。

3 讨论

现代医学认为,多种原因引起精神激动或过于兴奋,长期处于异常兴奋状态的大脑皮质会抑制睡眠中枢产生的冲动,导致失眠发生。目前国内外治疗失眠的主要方法仍是口服促眠药物,因为其服用方便,起效较快^[6]。临床常用的仍以 γ -氨基丁酸(GABA)能药物为主^[7],包括非苯二氮卓类和苯二氮卓类。此外还有抗焦虑药,抗抑郁药、抗组胺药等。使用较多的苯二氮卓类有地西泮、氯硝西泮、艾司唑仑、阿普唑仑、咪达唑仑。其中的中长效药物占多数,常见反应有腹胀、宿醉效应、疲软、嗜睡。应用中还逐渐发现其他不良反应如抑制呼吸、摔倒、记忆力下降、耐药、成瘾及撤药后的戒断症状等^[7-8]。采用适宜的认知行为治疗可以减轻失眠药物的不良反应。认知行为治疗针对患者表现的情绪、行为,对其思维活动及对现实反应的分析,找出错误的认知,通过睡眠限制疗法、睡眠卫生指导及矛盾意向法等加以纠正,帮助患者解决睡眠障碍问题^[9]。有研究显示,长期认知行为治疗的疗效比药物治疗更持久,且无成瘾等不良反应,短期治疗(4~8周)疗效也与后者相当^[10]。并进一步提出网络化认知行为治疗对失眠症的疗效优于药物治疗^[11]。但目前这些疗法在国内处于初步阶段,开展尚不广泛,治疗费用较高,很多患者因经济负担过重而放弃继续治疗,或改用药物。

中医称失眠为不寐,早在《黄帝内经》就有关于不寐的论述,如《素问·逆调论》中有“胃不和则卧不安”;以及《灵枢·邪客》:“今厥气客于五脏六腑,则卫气独行其外,……不得入于阴,阴虚,故目不瞑”。不寐的病位主要在心,与肾、脾、肝有密切关系。因心藏神而主神明,为五脏六腑之大主,足少阴肾经络心中,足太阴脾经注心中,肝藏血而主疏泄,

调畅气机。中医治疗不寐,一般是以气血阴阳为纲,从脏腑角度辨证分型施治,服用汤药或者联合针刺、推拿、耳穴、足浴等方法^[12]。

近年来不寐的非药物治疗越来越多引起广大医学者的重视,穴位埋线方法将羊肠线植入特定穴位处,持续刺激穴位,可达到维持疗效,减少就医频率的良好效果^[13]。本项目的前期研究显示穴位埋线治疗失眠症疗效与口服艾司唑仑片近似,优于针刺,且作用维持时间长,治疗后效应优于2者^[14]。但对辨证分型的应用穴位埋线治疗失眠症研究较少。

从表中可以看出,埋线组、针刺组及口服药物组均可明显改善不寐患者的睡眠。治疗后埋线组的PSQI总分改善优于针刺组($P < 0.05$),而与口服药物组相当。PSQI各项目分析,埋线组在提高患者睡眠质量方面优于针刺组,其他方面疗效相当,睡眠质量及日间功能方面优于口服药物组,改善睡眠时间方面不及口服药物组,其他方面疗效相当。针刺组改善睡眠质量及睡眠时间方面疗效不及口服药物组。改善中医症状方面埋线组与针刺组相当,均优于口服药物组;总有效率埋线组与口服药物组接近,2组均优于针刺组。治疗结束后1月随访,与治疗后进行比较,埋线组的疗效进一步提高,针刺组的疗效尚可维持,口服药物组存在明显的复发。3组组间比较,随访时的PSQI总分改善埋线组疗效最好,埋线组及针刺组的维持疗效优于口服药物组。PSQI各项目分析,埋线组改善睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率方面均优于针刺组,而在其余方面疗效与针刺组相当,在各项目的维持疗效均优于口服药物组。埋线组中医症状改善优于针刺组及药物组($P < 0.05$),埋线组及针刺组的总有效率优于口服药物组($P < 0.01$),说明埋线组及针刺组的维持疗效均优于药物组。

微创穴位埋线是一种复合性治法,融合了针刺、留针、穴位封闭、放血及组织疗法多种效应于一体^[15],具有速效、续效双重作用。埋在机体内的羊肠线需要经过软化、分解、液化,才逐渐被吸收,此过程中对穴位产生的生理、生化刺激可持续20d甚至更长^[16],从而弥补了口服药物疗效难维持、易复发,针刺治疗就医次数多,时间长等缺点。并且,本研究是基于辨证论治的穴位埋线应用,选取临床中较为多见的痰热内扰型,常伴见心烦懊恼,胸闷脘痞,口苦痰多等症。选用主穴为心俞、肝俞、脾俞、肾俞、丰

隆、曲池,四脏背俞穴调和阴阳,疏肝健脾,宁心益肾,配丰隆健脾化痰,化浊降胃,曲池为大肠经之合穴,功能清泻脾土郁热,清化大肠湿热。以共同达到调和阴阳,清热化痰,安神宁心,改善睡眠的作用。本研究未发现微创穴位埋线的明显不良反应,临床应用是安全的。

研究表明,对于痰热内扰型不寐,微创穴位埋线疗效与口服艾司唑仑片接近,优于针刺法,在改善中医症状及疗效维持方面有一定优势,不良反应发生较少,复发率更低,值得临床进一步研究及推广。

参考文献

- [1]梁政亭,张星平,安艳丽.原发性失眠中西医研究概述[J].新疆中医药,2013,32(1):72-76.
- [2]中华医学会精神分会.中国精神障碍分类与诊断标准[S].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:4.
- [3]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:19.
- [4]路桃影,李艳,夏萍,等.匹兹堡睡眠质量指数的信度及效度分析[J].重庆医学,2014,42(3):260-263.
- [5]夏路风,李六水,张琪,等.舒眠胶囊与艾司唑仑治疗失眠症的临床疗效比较[J].安徽医药,2015,18(2):367-371.
- [6]Ioachimescu OC,El-Solh AA. Pharmacotherapy of insomnia[J]. Expert Opin Pharmacother,2012,13:1243-1260.
- [7]中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组.中国成人失眠诊断和治疗指南[S].中华神经科杂志,2012,45(7):534-540.
- [8]Morin CM,Benca R. Chronic insomnia[J]. Lancet,2012,379:1129-1141.
- [9]Robert L. Leahy 著,张黎黎译.认知治疗技术从业者指南[S].北京:中国轻工业出版社,2007:102.
- [10]叶圆圆,杨信举,蒋晓江.失眠症的网络化认知行为治疗[J].中国临床神经科学,2015,23(5):580-584.
- [11]叶圆圆,刘娟,李训军,等.失眠症的网络化认知行为治疗疗效研究[J].解放军医学杂志,2016,52(4):307-311.
- [12]张威.中医疗法治疗失眠概况[J].内蒙古中医药,2013,31(11):119-120.
- [13]布的尔坡,张兴明.穴位埋线疗法的治疗原理与临床应用价值[J].西部医学,2009,21(5):852-854.
- [14]曹晓玲,马燕,王燕.注入式穴位埋线治疗失眠症临床疗效观察[J].四川中医,2014,32(10):161-165.
- [15]杨才德,包金莲,李玉琴,等.中国穴位埋线疗法系列讲座(二)穴位埋线疗法的治疗机理[J].中国中医药现代远程教育,2015,12(2):68-71.
- [16]姜军作,刘志诚.穴位埋线疗法的临床和机理研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2009,11(3):31-34.