

引用:于学平,陈晖. 针刺联合认知行为疗法治疗原发性失眠症 27 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1):56-58.

针刺联合认知行为疗法 治疗原发性失眠症 27 例临床观察

于学平¹, 陈 晖²

(1. 黑龙江中医药大学附属第一医院, 黑龙江 哈尔滨, 150040;

2. 黑龙江中医药大学, 黑龙江 哈尔滨, 150036)

[摘要] 目的:观察针刺联合认知行为疗法治疗原发性失眠症的临床疗效。方法:将 60 例原发性失眠症患者随机分成治疗组和对照组,每组各 30 例。治疗过程中 2 组均脱落 3 例。对照组采用针刺治疗,治疗组在对照组治疗的基础上配合认知行为疗法治疗。4 周后采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评价睡眠情况及综合疗效。结果:总有效率治疗组为 92.6% (25/27),对照组为 77.8% (21/27),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。PSQI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论:针刺联合认知行为疗法治疗原发性失眠症疗效确切,并且优于单纯针刺疗法。

[关键词] 原发性失眠症;认知行为疗法;针刺疗法

[中图分类号] R256.23, R246.6 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.022

据统计,失眠症在我国的发生率约为 45.4%^[1],原发性失眠是其中最为常见的一种疾病。由美国睡眠医学协会所编写的《睡眠障碍国际分类》第 2 版(ICSD-2)将原发性失眠定义为“心理生理性失眠”,是指由躯体化的紧张和习得性阻联想导致的以失眠和觉醒状态下的功能受损为主诉的一种精神障碍^[2]。大部分存在外界诱因,如婚姻状况、生活习惯、饮酒等^[3],在其诱因未解除或长时间才消失的过程中,失眠无法消失,甚至逐渐加重,严重影响日常生活及工作。由于本病有心理因素参与,上世纪 90 年代 Morin CM 等^[4]将认知疗法引入失眠的治疗,但单纯的认知行为疗法因起效慢、欠规范、患者依从性差等因素并未在临床广泛应用。针灸具有调理情志、安神定志的作用,治疗失眠疗效肯定^[5]。笔者在 Morin 认知行为疗法基础上,结合自己的临床经验,建立了一套较为规范具体的认知行为策略,并与针刺联合应用治疗原发性失眠症,收效显著,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60 例原发性失眠症患者均来源于 2017 年 9 月至 2018 年 10 月黑龙江中医药大学附属第一医院门诊。按照就诊先后顺序,采用随机数字表法将其随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。在治疗过程中,由于患者原因 2 组各脱落 3 例,最终完成 54 例。治疗组 27 例中,男 11 例,女 16 例;年龄 23~63 岁,平均(43.59 ± 11.03)岁;病

程 5~24 个月,平均(12.00 ± 5.54)个月;初中以上文化程度。对照组 27 例中,男 12 例,女 15 例;年龄 20~65 岁,平均(44.26 ± 11.05)岁;病程 1~24 个月,平均(11.89 ± 5.79)个月;初中以上文化程度。2 组患者性别、年龄、病程及文化程度等方面经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《中国成人失眠诊断与治疗指南》^[6]中的诊断标准。入睡困难,入睡时间超过 30min;睡眠质量下降,睡眠维持障碍,整夜觉醒次数 ≥ 2 次,早醒;总睡眠时间减少,通常少于 6h。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准者;2)失眠 1~24 个月者;3)年龄 18~65 岁者;4)匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)^[7]评分 ≥ 7 分;5)近 1 个月未服用镇静催眠类药物者;6)愿意参加研究并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 1)继发性失眠,包括精神障碍、躯体疾病、药物以及其他睡眠障碍者;2)中度以上抑郁或焦虑引起的失眠者;3)合并脑血管病、颅脑感染、外伤及中毒等而影响认知功能者;4)合并严重心肝肾及血液系统疾病者;5)妊娠或哺乳期患者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用针刺治疗。取穴:神庭、水沟、百会、承浆、四神聪、安眠(双侧)、内关(双侧)、神门(双侧)、太冲(双侧)、三阴交(双侧)。操作:采用 0.30mm × 40mm 安迪牌一次性无菌针灸针,穴位常规消毒,神庭向前斜刺 20mm,水沟、承浆向上斜刺

10mm,百会、四神聪向前斜刺 20mm,安眠直刺 25mm,内关直刺 15~20mm,神门、太冲直刺 10mm,三阴交直刺 25~30mm。进针得气后,行平补平泻法,留针 50min,每天 1 次。

2.2 治疗组 在对照组治疗的基础上加用认知行为疗法。1)找出失眠的心理应激源:根据具体情况进行有针对性的辅导。2)正确认识睡眠过程:①使患者了解每个人需要的睡眠时间是不一样的,不能单以睡眠时间来评定睡眠质量。第 2 天无疲劳、倦怠和不适感,应认为睡眠质量良好。②正常人睡眠也会有波动,1 周允许 1~2 次失眠,睡眠中也会有间断觉醒。③对睡眠主客观评估结果可能不一致,实际并非如患者描述的那样严重,可能存在过度夸大失眠的情况,浅睡眠和做梦阶段都属睡眠过程,对身体同样有益处。3)纠正对睡眠的控制欲望和期望值:入睡过程是人体不可预知的生理过程,不要刻意追求入睡、觉醒时间,当入睡困难或频繁觉醒时不要看钟表,以免增加压力,勿将睡觉当成任务。4)排除对睡眠的担忧、恐惧及焦虑:失眠对人体的危害是有限的,可能会带来轻度的身体不适,但不是所有的身体不适都是失眠带来的,对身体上的各种不适不要过度关注。5)减少全天总卧床时间(但 ≥ 5 h),避免白天打盹或久睡,使患者夜晚睡眠需求增加。每周治疗 2 次。

2 组均连续治疗 4 周后评定疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)PSQI 评分^[7]:PSQI 共由 23 个项目构成,分别为睡眠质量及效率、入睡及睡眠时间、睡眠障碍、催眠药物和日间功能等 7 个部分,每个部分据程度分别计 0、1、2、3 分。总分为每个部分分数之和,即 0~21 分。总分越高,睡眠质量越差。2)观察综合疗效。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[8]中有关标准拟定。根据 PSQI 评分的减分率评定临床疗效。减分率 = [(治疗前总分 - 治疗后总分) ÷ 治疗前总分] × 100%。痊愈:睡眠时间基本接近正常水平,睡后轻松,不适症状消失,减分率 $\geq 75\%$;显效:睡眠改善明显,不适症状大部分消失,50% \leq 减分率 $< 75\%$;有效:睡眠时间延长,不适症状有改善,25% \leq 减分率 $< 50\%$;无效:睡眠无改善,不适症状无明显改善,减分率 $< 25\%$ 。

3.3 统计学方法 所有数据采用 SPSS 17.0 统计软件包进行处理分析,计量资料采用 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数

资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组为 92.6%,对照组为 77.8%,2 组比较,差异有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	27	7(25.9)	11(40.8)	7(25.9)	2(7.4)	25(92.6) ^a
对照组	27	4(14.8)	6(22.2)	11(40.8)	6(22.2)	21(77.8)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组治疗前后 PSQI 评分比较 2 组 PSQI 评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。

表 2 2 组治疗前后 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	27	15.07 \pm 4.02	6.48 \pm 3.43 ^{ab}
对照组	27	14.52 \pm 4.00	9.59 \pm 5.08 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

中医学认为觉醒是阴阳相互转化的结果,入夜阳气归阴,神安则寐。原发性失眠症属中医学“不寐”范畴,多因情志不舒致肝失疏泄,肝气郁结,化热生痰,内扰心神;或肝旺乘脾,脾虚则气血生化不足,心神失养。虽然证有虚实之别,但均为阴阳不和、阳不入阴、神明不安之病理机制,故针刺以调理情志、平衡阴阳、安神定志为治疗方法。穴取肝经原穴太冲以疏肝解郁;督脉为阳脉之海,入络脑,任脉为阴经之海,取督脉百会、神庭、人中配任脉承浆以平衡阴阳,引阳入阴;神庭、百会、四神聪与安眠均位于头部,能健脑安神;内关为心包经络穴,神门为心经原穴,两穴相配养心安神;三阴交为肝脾肾三经交会穴,取之滋补肝肾,健脾益气,生化气血,濡养心脑之神。安眠、四神聪为治疗失眠的经外奇穴,具有安神助眠的作用。

认知行为疗法是一种短过程的心理疗法,是通过转变患者思想和行为方式而改正错误的认知,以达到消除负面情绪和行为的目的^[9]。由 Morin 和 Kowatch 加以完善的失眠认知行为疗法,被美国睡眠医学委员会推荐使用^[4]。失眠患者对睡眠有错误的认识,过分夸大失眠的危害,将白天的各种负面情绪都归咎于失眠,对失眠的担忧恐惧会进一步加重失眠。认知行为疗法从根本上改变患者的错误认知,消除负面情绪,从而改善患者睡眠行为。然而认知行为疗法起效慢,其进程需要经历患者焦虑情绪的考验才能得以实施^[10],并且患者依从性差,

引用:赵刚建,蔡中奇,王刚,叶耀东. 西药联合水筋针治疗痛风性关节炎 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2020,36(1): 58-60.

西药联合水筋针 治疗痛风性关节炎 30 例临床观察

赵刚建,蔡中奇,王刚,叶耀东
(郑州中医骨伤病医院,河南 郑州,450052)

[摘要] 目的:观察西药联合水筋针治疗痛风性关节炎的临床疗效。方法:将 60 例痛风性关节炎患者随机分为治疗组和对照组,每组各 30 例。对照组给予秋水仙碱片和依托考昔片治疗,治疗组在对照组治疗基础上联合水筋针治疗,10d 为 1 个疗程。观察各组血尿酸(UA)、肌酐(Ser)、尿素氮(BUN)水平,主要症状体征(关节疼痛、肿胀、活动、皮肤潮红)、综合疗效及不良反应。结果:总有效率治疗组为 100.00%(30/30),对照组为 80.00%(24/30),2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组 UA、Ser、BUN 治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组关节疼痛、肿胀、活动、皮肤潮红改善情况优于对照组($P < 0.05$)。治疗组不良反应发生率较对照组低($P < 0.05$)。结论:西药联合水筋针治疗痛风性关节炎能控制症状体征,疗效持久,药物不良反应低。

[关键词] 痛风性关节炎;水筋针;依托考昔;秋水仙碱

[中图分类号] R259.932.1, R246.2 **[文献标识码]** A

DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2020.01.023

痛风性关节炎是一种常见的急慢性关节炎,与年龄、性别、肥胖、遗传、炎症等因素相关。相关流行病学研究表明,其发病率为 1.14%,其中男性为

1.94%,女性为 0.42%,并且发病呈年轻化趋势^[1]。长期的高尿酸可以导致尿酸结晶沉积于关节、皮肤、内脏组织,如不积极治疗,可引起关节破坏,甚至

第一作者:赵刚建,男,主治医师,研究方向:中西医防治风湿免疫疾病

因此,很多学者认为单用认知行为疗法难以起效,故本研究将认知行为疗法与针刺治疗结合,大大提高了患者依从性,仅 3 例脱落。

认知行为疗法相当于中医学的情志疗法,包括情志相胜法、阴阳相胜法、移精变气法及祝由法等。如《内经》中记载:“古之治病,惟其移精变气,可祝由而已。”明代吴崑撰《素问注》将“移精变气”注释为“移易精神,变化脏气”,即治疗机制是通过改变精神和情绪状况,使紊乱的脏腑气机得到调整。“善医者,必先医其心,而后医其身,心身应同治”。因此,认知行为疗法也符合中医治疗理念。

本研究结果显示,治疗组总有效率为 92.6%,对照组为 77.8%,2 组比较,差异有统计学意义。针刺联合认知行为疗法治疗后 PSQI 评分显著下降,与单用针刺比较差异有统计学意义。说明针刺联合认知行为治疗的疗效优于单纯针刺治疗,在常规针刺治疗基础上配合认知疗法能更好地提高疗效,是治疗失眠症的更佳方案。

参考文献

[1] 赵忠新. 临床睡眠障碍学[M]. 上海:第二军医大学出版社,

2003:1.

[2] AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. The international classification of sleep disorders; diagnostic and coding classification of sleep disorders manual [M]. 2nd ed. Darine, Illinois, America, American Academy of Sleep Medicine, 2005:1-3.

[3] 张蕾,和申,余一旻,等. 原发性失眠人群特征、睡眠质量及危险因素的研究[J]. 上海交通大学学报:医学版,2016,36(5): 689-694.

[4] MORIN CM, HAURI P, ESPIE C, et al. Non-pharmacologic treatment of chronic insomnia[J]. Sleep, 2000, 22(2): 1134-1561.

[5] 王艳,李萍,文琪琦,等. 针灸治疗原发性失眠症的研究进展[J]. 上海针灸杂志,2016,35(7): 768-772.

[6] 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.

[7] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2): 103-107.

[8] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:109.

[9] 徐胜艳,李帅军,胡响当,等. 中药联合认知-行为疗法治疗肠易激综合征 40 例临床观察[J]. 湖南中医杂志,2017,33(9): 14-16.

[10] 李雁鹏,赵忠新. 认知-行为疗法治疗慢性失眠的研究进展[J]. 重庆医学,2009,38(10): 1148-1150.