

重要病机之一。

《杂病源流犀烛·泄泻源流》曰：“湿盛的殄泄，乃独由于湿耳。不知风寒热虚，虽皆能为病，苟脾强无湿，四者均不得而干之，何自成泄？是泄虽有风寒热虚之不同，要未有不源于湿也”。“湿”是泄泻的主要病理因素。广东地区地处岭南，属于亚热带季风气候区，常年气候较炎热，雨湿较重。此外，岭南地区居民喜甜食、糯米、海鲜、煎炸之品，这些地理气候特点及饮食习惯，使得该地区居民易形成脾虚湿热体质。经我们多年临床观察，腹泻型肠易激综合征患者多有湿邪内阻，病程易反复发作，缠绵难愈。

腹泻型肠易激综合征的病机主要为肝郁、脾虚、湿盛，治疗当以抑肝扶脾、运脾化湿为法。火凤痛泻方由白术、白芍、陈皮、防风、枳壳、延胡索、火炭母、凤尾草、甘草组成。方中白术甘苦而温，健脾除湿，恢复脾运，白芍柔肝缓急止痛，二药调和肝脾，是抑木培土，止泻止痛主药；陈皮苦辛温，能舒畅气机，擅燥湿醒脾，协白术恢复脾运；防风擅“搜肝风”祛风邪，协白芍调理肝之疏泄，恢复肝的功能，所谓“土中

泻木”之意，其气升散，用于此尚有升阳举陷之义；枳壳辛温，宽中除胀，行气开胸；延胡索苦辛温，行气止痛，其能“专治一身上下诸痛”；火炭母、凤尾草为岭南地方药材，均善清热除湿止泻。现代药理研究显示：痛泻要方具有抗炎作用^[1]，其作用机制包括降低炎症渗出液中 IL-6、NO 水平，抑制 PMN 活性，促进肠道 IELs 的增殖。李佃贵等^[4]研究表明痛泻药方能降低内脏高敏感性 IBS 模型大鼠血清 5-HT、血浆 SP 水平，增加 CGRP 水平，大剂量痛泻药方疗效优于得舒特。综上所述，火凤痛泻方治疗腹泻型肠易激综合征，能有效缓解临床症状，无明显不良反应，值得临床推广。其作用机制，有待进一步研究。

参考文献

[1]中华医学会消化病学分会胃肠动力学组.肠易激综合征诊断和治疗
的共识意见(2007,长沙)[J].中华消化杂志,2008,28(1):38-40
[2]何宛蓉,张法灿,梁列新.肠易激综合征流行病学研究现状与进展
[J].胃肠病学和肝病学杂志,2012,21(1):83-88
[3]张竹,方步武,朱爱江,等.痛泻要方的抗炎作用研究[J].中药药理与
临床,2009,25(4):1-3
[4]李佃贵,赵玉斌.痛泻要方对肠易激综合征作用机制的实验研究[J].
中草药,2006,37(11):1681-1685

(收稿日期: 2015-09-04)

扶阳灸火配合足疗治疗肾阳虚失眠疗效观察

范晓玲 谭春娣 陈玉杰
(广东省乐昌市中医院 乐昌 512200)

摘要:目的:探讨扶阳灸火配合足疗治疗肾阳虚失眠病人的疗效。方法:选择 2014 年 2 月~2015 年 9 月我院收治的 90 例肾
阳虚失眠患者作为研究对象,将其平均分为研究组与对照组,每组 45 例。对照组单纯采用足疗治疗,研究组在此基础上应用扶阳
灸火治疗。结果:治疗后,研究组 PSQI 指数显著低于对照组($P<0.05$)。结论:扶阳灸火配合足疗治疗可以有效改善肾阳虚失眠患
者的睡眠质量,绿色、安全,适于临床应用。

关键词:失眠;肾阳虚;扶阳灸火;足疗

中图分类号:R256.23

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.023

失眠是指患者的睡眠质量和(或)时间不满足并影响日常生活与社会功能的一种主观体验。目前,催眠镇静类药物是治疗失眠的主要方法,然而,长期大量服用助眠药物可导致记忆力减退、头晕等症状,且药物依赖性较强,易产生戒断症状,甚至大量服用后可出现呼吸抑制或昏迷等不良后果。因此,探寻一种安全有效的方法治疗失眠,避免药物所致的毒副作用十分必要。我院对 45 例肾阳虚失眠病人应用了扶阳灸火配合足疗治疗,收效确切。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 选择 2014 年 2 月~2015 年 9 月我

院收治的 90 例肾阳虚失眠患者作为研究对象。入组标准:符合《中医病证诊断疗效标准》,且辨证为肾阳虚体质,以小便清长、手足不温、畏寒怕冷等虚寒阳气不足为主要表现;2 周内未采用安定类药物治疗;3 个月内未采用过任何药物治疗;患者对本次研究内容知情,已签署同意书。排除标准:外界环境干扰或其他因素引起的失眠;合并严重脏器疾病;哺乳期或妊娠期女性。按照随机数字表(乱数表)将 90 例病例平均分为研究组(45 例)与对照组(45 例)。研究组:男 20 例,女 25 例;年龄 50~75 岁,平均年龄(63.5 ± 5.3)岁;病程:3 个月~18 个月,平均病程(10.5 ± 5.3)个月。对照组:男 20 例,女 25 例;年龄

50~74 岁,平均年龄(63.4± 5.5)岁;病程:3 个月~18 个月,平均病程(10.4± 5.2)个月。两组性别、年龄、病程对比,差异具有统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 单纯采取足疗治疗。方法:取半桶温热水,浴足 5~10 min 后,全足施术,基本反射区(肾、输尿管及膀胱三个反射区)给予重点刺激,然后在三叉神经、腹腔神经丛、神经系统反射区、消化系统反射区、肾、肝、心、前额、肾上腺、安眠点进行按摩 20~30 遍,最后搓热双侧涌泉穴。每次治疗时间为 30 min 左右,每周 1 次,10 次为 1 个疗程,共治疗 2~3 个疗程。

1.2.2 研究组 在对照组基础上应用扶阳灸火治疗。方法:(1)施行扶阳推背手法:患者俯卧于床上,不枕枕头,头侧向一方,上肢放松。操作者立于床边,面向俯者头部,双腿拉开小弓字步,双手五指展伸,并列平放于俯者背上部,然后将腰腿部的力量作用于前臂和掌上,力量适中,向前推出,使背部皮肤肌肉在瞬间随手掌迅速推移,自上而下,推至腰部。推 10 次左右,再令患者将头倒向另一方,仍按上法推 10 次左右。然后操作方右手握拳,用腕力捶背,力量适中,自上而下捶打数遍,即可停止。同时做好艾火灸的沟通工作。(2)用一层干浴巾做防火墙,盖好患者头和手部,避免酒精燃烧时不慎烧到毛发。(3)制作好防水单,在火疗范围喷洒扶阳液。(4)先盖上一层干毛巾,再盖上一层湿毛巾。(5)在温毛巾上铺上艾绒,沿督脉和膀胱经均匀铺成三条艾绒线。(6)在艾绒周围倾倒扶阳药酒(中知堂痹通药酒,国药准字:Z41022397),要求均匀。(7)准备好灭火毛巾,要求半干湿。(8)点烧药酒,随时关注患者感受。(9)若患者感受到背部温热,就要通过备好的湿毛巾按照从头至脚的方向扑灭火焰,若患者灼热感觉过重,应及时将其身上的毛巾揭开散热。(10)根据火热,再倒药酒、点火,反复 6~9 次。

1.3 观察指标 采用美国匹兹堡大学制定的匹兹堡睡眠质量评定指数(PSQI)^[4]对比两组患者治疗前后睡眠质量的变化,该指数由 23 个项目组成,其中他评项目 5 个(不计分),自评项目 18 个(共设 7 个因子,满分为 0~21 分)。分值越高表示睡眠质量越差,反之分值越低则表示睡眠质量越佳。

1.4 统计学处理 采用 SPSS13.0 统计学软件处理,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较以 t 检验, $P<0.05$ 为差异统计学意义。

2 结果

两组治疗前 PSQI 指数对比差异无统计学意义($P>0.05$),经相应治疗后,研究组 PSQI 指数显著低于对照组,对比差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 PSQI 指数的变化(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
研究组	45	14.3± 2.5	7.2± 1.2
对照组	45	14.3± 2.4	9.3± 1.4
t		0.523	3.125
P		>0.05	<0.05

3 讨论

中医学认为,失眠属于“不寐”范畴。人的睡眠主要与脏腑调和有关,气血充足,机体阴平阳秘,心神安定,心血得静,阳能入于阴,故可安眠。肾阳虚失眠的主要原因在于肾气虚亏、精血不足,令脏腑失于濡养、阴阳平衡失调,致使失眠心烦。故肾阳虚失眠在治疗中应以养心安神,调整气血阴阳为原则。研究发现,人体各器官在双足及体表特定部位均有相对应的反射区域,通过两侧膀胱经、督脉、华佗夹脊等穴进行手法刺激,可以有效调节相应脏器的生理功能^[5]。现代医学认为,反射疗法通过对双足及体表神经反射区进行刺激,可以使皮下神经末梢及神经感受器信息交换,调节血液循环功能,将良性神经冲动源传递给神经中枢,继而改善植物经及脑皮质功能紊乱所造成的失眠症状。然而,单纯的足疗按摩对失眠患者的疗效仍有所欠缺,因此,探寻一种高效的方法与其联用十分必要。

多项研究指出,阳气乃阴阳关系之重,阳气不足可使人体卫外功能失和,百病易生^[6]。扶阳灸火是一种新型的中医治疗手段,它通过扶阳药酒与皮肤接触,以及艾绒燃烧的加热、渗透作用,可以在全身数十条经络及上百个穴位中发挥功效,继而通经络、调和气血,使失去平衡的脏腑阴阳得以恢复,祛除体内风、寒、湿、热、毒等。同时,扶阳灸取“五脏调和”之本,将调理脏腑阴阳平衡作为治疗的关键,充分发挥出调理气血、温经通脉、温阳济阴、补益中气、固本培元、扶正祛邪的作用。此外,扶阳灸将传统艾灸与火疗相结合,患者在整个治疗中能够明显感觉到舒适与放松。本文研究结果显示,研究组经相应治疗后,PSQI 指数显著低于对照组($P<0.05$),这与许多报道结果一致^[4]。由此可见,扶阳灸火配合足疗可以有效改善肾阳虚失眠患者的睡眠质量。总之,肾阳虚失眠患者应用扶阳灸火配合足疗治疗疗效确切,可以有效避免内服药物所致的副反应,绿色、安全,适于

临床应用。

参考文献

[1]吴智琴.自制中药足疗治疗肿瘤患者失眠症状的疗效分析[J].中国医药指南,2012,10(24):248-249
[2]曾小香,李眺.近 5 年针灸治疗失眠的临床和实验研究近况[J].针灸

临床杂志,2011,27(8):84-87
[3]杜存英.中医护理对外科手术前失眠及焦虑患者的影响观察[J].中国实用医药,2014,9(36):220-221
[4]唐羽,张镭潇,胡幼平,等.近 5 年来针灸治疗失眠症临床研究进展[J].辽宁中医学院学报,2013,15(7):143-145
(收稿日期:2015-12-21)

炙甘草汤加减治疗心悸的临床观察

金丽丽

(河南省洛阳市第二中医院 洛阳 471000)

摘要:目的:观察炙甘草汤加减治疗心悸的临床疗效。方法:将 60 例心悸患者随机分为治疗组与对照组各 30 例。对照组予盐酸普罗帕酮治疗,治疗组予炙甘草汤加减治疗,两组连续治疗 4 周。4 周后观察两组临床疗效。结果:治疗组总有效率为 86.67%,对照组为 66.67%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:炙甘草汤加减治疗心悸临床疗效显著。
关键词:心悸;炙甘草汤;中医药疗法

中图分类号:R256.21 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.01.024

心悸是指患者自觉心中悸动、惊惕不安,甚则不能自主的一种病症,临床一般多呈发作性,每因情志波动或者劳累过度而发作。且常与失眠、健忘、眩晕、耳鸣等症并存。心悸主要包括惊悸和怔忡,病情较轻者为惊悸,病情较重者为怔忡。常与心虚胆怯、心血不足、心阳衰弱、水饮内停、瘀血阻络等因素有关。本病常见于西医的冠心病、病毒性心肌炎、风湿性心脏病、心脏神经官能症以及各种心律失常。自 2014 年 2~12 月,笔者用炙甘草汤加减治疗心悸 30 例,临床效果满意。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 共 60 例,均为本院患者,随机分为治疗组与对照组各 30 例,其中治疗组男 12 例,女 18 例;平均年龄(50.53 ± 7.14)岁,平均病程(3.06 ± 1.68)年;室性早搏 15 例,房性早搏 12 例,短阵房性心动过速 3 例。对照组男 14 例,女 16 例;平均年龄(51.23 ± 6.91)岁,平均病程(2.97 ± 1.67)年;室性早搏 14 例,房性早搏 12 例,短阵房性心动过速 4 例。两组在性别、年龄、病程及病情程度等方面无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。
1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《内科学》中心律失常的诊断标准^[1]。中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》中有关“心悸”的诊断标准^[2]:(1)自觉心搏异常,或快速或缓慢,或跳动过重,或忽跳忽止。呈阵发性或持续不解,神情紧张,心慌不安。(2)伴有胸闷不适,心烦寐差,颤抖乏力,头晕等症。中老年患者,可伴有心胸疼痛,甚则喘促,汗出肢冷,或见晕厥。(3)可见数、促、结、代、缓、迟等脉象。(4)常有情志刺激,惊恐、紧张、劳倦、饮酒等诱发因素。(5)

血常规、血沉、抗“O”、TSH、T3、T4 及心电图、X 线胸部摄片、测血压等检查,有助明确诊断。排除急性心肌梗死、急性左心力衰竭、快速心房颤动、阵发性室速、恶性室性心律失常等严重心律失常者,排除严重贫血,严重脑血管病、肺、肝、肾功能障碍者及妊娠期或哺乳期女性。

1.3 治疗方法 治疗组:炙甘草汤加减。炙甘草 20 g、生姜 9 g、人参 6 g、生地 30 g、桂枝 9 g、阿胶(烊化)10 g、麦冬 20 g、麻仁 20 g、大枣 5 枚。心阳不足者加薤白、制附子,生姜改为干姜;心血不足者加当归、黄芪、白术、龙眼肉;心血瘀阻者加丹参饮;阴虚内热者加黄连、煅龙骨、煅牡蛎、地骨皮;气滞者加醋香附、枳壳、乌药。以上诸药水煎服,每日 1 剂,过滤取汁 300 ml,早晚分服。连服 4 周。对照组:口服盐酸普罗帕酮 150 mg,3 次/d,连服 4 周。两组治疗期间忌烟酒及辛辣食物,避免过劳及精神刺激,同时停用其他抗心律失常药。

1.4 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》中“心悸”的疗效标准^[2]:(1)治愈:症状及心律失常消失,心电图等实验室检查恢复正常。(2)好转:症状减轻或发作间歇时间延长,心电图等实验室检查有改善。(3)未愈:症状及心律失常无变化,心电图等实验室检查无改善。

1.5 统计学方法 所有数据均采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析。计数资料以百分比表示并采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 治疗结果

两组患者治疗后,治疗组总有效率为 86.67%,对照组为 66.67%,差异有统计学意义($P<0.05$),见