

针刺“四神聪”治疗不寐 38 例临床观察*

孙凌蓉¹, 陈大为¹, 高乐女² (1. 重庆市沙坪坝区中医院针灸科 400030; 2. 第三军医大学附属第一医院, 重庆 400038)

【摘要】 目的 采用随机对照方法观察针刺“四神聪”穴治疗不寐的临床疗效。**方法** 74 例患者随机分为治疗组 38 例(予以针刺“四神聪”穴为主治疗)、对照组 36 例(予以常规针灸处方治疗), 两组均治疗 14 次后观察疗效。**结果** 治疗组治愈率为 65.8%, 对照组为 27.8% ($P<0.01$)。**结论** 以针刺“四神聪”为主穴治疗不寐治愈率明显高于常规针灸处方治疗。

【关键词】 针刺; “四神聪”穴; 不寐
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.024
中图分类号: R256.23 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2010)22-2482-02

不寐又称“失眠”, 是指经常不能获得正常睡眠为特征的一种病证。轻者难以入睡, 或睡中易醒, 醒后不能再睡, 或时睡时醒; 重者可彻夜不能入睡^[1]。本病常伴日间精神不振, 反应迟缓, 甚则心烦体倦, 严重影响人们的身心健康及工作、学习和生活。笔者将 2007~2009 年在沙坪坝区中医院就诊的不寐患者通过随机分组, 分别采用以针刺“四神聪”穴治疗为主和常规针灸处方治疗进行对照观察, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 病例来源于 2007 年 9 月至 2009 年 9 月在本院就诊的符合国家中医药管理局 1994 年《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中不寐诊断依据的 74 例患者, 将其随机分为治疗组 38 例, 对照组 36 例, 两组在年龄、性别、病程及病情程度方面差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 针刺治疗以“四神聪”为主穴, 针尖向百会方向平刺 0.5 寸, 平补平泻。随证加减参照《针灸治疗学》中的针灸处方^[3]。心脾两虚加心俞、脾俞、三阴交; 心胆气虚加心俞、胆俞、丘墟; 阴虚火旺加太溪、太冲、涌泉; 肝郁化火加行间、太冲、风池; 痰热内扰加中脘、丰隆、内庭。所有腧穴常规针刺, 留针 40 min 后出针。

1.2.2 对照组 采用常规针灸处方治疗。针灸治疗处方参照《针灸治疗学》中不寐的针灸处方为主^[3]。主穴: 神门、内关、百会、安眠。随证加减取穴同治疗组。留针 40 min 后出针。

1.2.3 疗程 两组治疗疗程相同, 均每天 1 次, 7 次为 1 个疗程, 疗程间隔 2 d, 共治疗 2 个疗程。

2 结果

2.1 疗效标准 参照国家中医药管理局 1994 年《中医病证诊断疗效标准》^[2] 中不寐的疗效评定制定, 治愈: 睡眠基本正常, 伴有症状消失。好转: 睡眠时间延长, 伴有症状改善。未愈: 症状无改善。

2.2 观察结果 见表 1。

表 1 两组临床疗效观察 [$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	治愈	好转	未愈	总有效率(%)
治疗组	38	25(65.8)*	12(31.6)	1(2.6)	97.4**
对照组	36	10(27.8)	23(63.9)	3(8.3)	91.7

注: 与对照组相比, * $P<0.01$, ** $P>0.05$

两组治愈率经 χ^2 检验, 差异有统计学意义 ($P<0.01$), 说明治疗组治愈率明显优于对照组; 两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。

3 讨论

据 2002 年全国失眠调查显示, 有 43.4% 的中国人在过去的一年中曾经历过不同程度的失眠^[4], 祖国医学认为本病多因情志所伤、饮食不节、劳逸过度、心虚胆怯所致, 主要病机为脏腑阴阳失调, 气血失和, 以致心神失养或心神不安, 《灵枢·大惑论》有云“卫气不得入于阴, 常留于阳。留于阳则阳气满, 阳气满则阳跷盛; 不得入于阴, 则阴气虚, 故目不瞑矣。”

“四神聪”为经外奇穴, 其前后两穴位于督脉上, 左右两穴紧靠膀胱经, 具有统调气血、引阳入阴、镇静安神之功^[5]。同时, 临床实验研究提示: 针刺“四神聪”穴可调整睡眠节律紊乱小鼠的一般状态, 显著提高胸腺指数、血白细胞数, 增强脑组织超氧化物歧化酶活性, 提高机体免疫功能, 使紊乱的睡眠节律趋于正常。此研究表明针刺“四神聪”穴可使不寐患者的睡眠模式更接近于健康者生理睡眠结构, 而非单纯的延长实际睡眠时间, 这种通过改善生理睡眠结构以达到治病目的与针灸治疗原则是一致的^[6]。

针灸治疗不寐的疗效已被肯定, 本研究以《针灸治疗学》教材的基础处方作为对照, 选取“四神聪”为主穴治疗不寐的治愈率优于常规取穴。本方法安全、简便、疗效显著, 有待于进一步临床研究和推广。

参考文献

[1] 罗才贵. 推拿治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 184.
[2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 31-32.
[3] 王启才. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 85
[4] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案). 中华神经科杂志[J]. 2006, 39(2): 141-142.
[5] 王晓玲, 王富春, 林雪. 镇静安神法组穴针刺治疗失眠 32

* 基金项目: 2009 年重庆市中医药适宜技术推广项目。

例观察[J]. 吉林中医药, 2004, 24(6): 37-38. 1034.

[6] 唐绍灿, 刘继明, 刘桂莲, 等. 电针四神聪穴治疗失眠症的临床观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27(11): 1032- (收稿日期: 2010-05-27)

临床研究

碎痰试剂盒在痰培养中的临床应用研究*

王惠莹, 余文婕, 李雪梅, 李丽娇, 瞿 良, 周 琴(成都军区昆明总医院检验科 650032)

【摘要】 目的 研究碎痰方法及试剂盒, 提高痰培养阳性率和准确性。**方法** 分别用自主研发的碎痰试剂盒与传统痰处理方法对同一患者痰标本进行细菌培养前处理, 然后再接种培养基进行培养鉴定, 比较两种方法培养结果的差异。**结果** 两种方法同时应用于 200 例痰标本处理对比, 碎痰试剂盒处理过的痰标本致病菌培养阳性率比传统方法增高 47.6%。**结论** 碎痰试剂盒处理痰培养标本后, 明显提高了致病菌的阳性检出率, 此方法有推广应用价值。

【关键词】 痰培养; 碎痰试剂; 临床应用; 研究

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2010.22.025

中图分类号: R446.5 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2010)22-2483-02

痰培养是临床检验中重要的检验项目, 但由于浓痰标本培养前不能很好处理而影响痰培养阳性检出率^[1], 所以本研究针对痰培养阳性率低的问题, 自主研发了碎痰试剂盒, 与传统的痰标本处理方法相比, 不但提高了痰培养的阳性率, 而且体现其临床应用价值, 可大力推广。

1 材料与方法

1.1 标本 选择 2008 年 1 月至 2009 年 1 月年本院门诊和住院呼吸道感染患者痰培养标本 200 例作为研究标本。留取标本的患者经过 X 线、B 超、CT 或病理切片等检查确诊为呼吸道感染。

1.2 标本采集 取晨痰或纤支镜吸痰。晨痰留取前患者先用冷水漱口清洗咽喉, 然后气管深部咳出痰液, 置于无菌痰盒中送检。纤支镜吸痰由纤支镜实验室按操作规程采集后, 送微生物实验室检验^[2]。

1.3 试验仪器 郑州安图生物工程有限公司生产的血平板培养基、美国 BD 公司生产的自动细菌鉴定仪及配套细菌鉴定板、上海医疗器械厂生产的隔水式电热恒温培养箱、广州万孚科学仪器有限公司生产的 CO₂ 孵育箱等。美国 BD 公司生产的 Phoenix100 全自动微生物鉴定仪及配套鉴定板。

1.4 方法 以传统方法处理痰标本的为对照组, 用碎痰试剂盒处理的为试验组。将同一个患者的痰标本用碎痰试剂盒及传统方法分别进行处理, 而后将两种方法处理过的痰液按常规方法分别进行接种培养和鉴定。记录鉴定结果, 比较两种方法的细菌种类, 从而评价对痰培养阳性率的影响。

1.5 碎痰试剂盒处理法

1.5.1 碎痰试剂盒的基本组成 (1) 碎痰瓶: 取青霉素小瓶 200 个; 6 cm×6 cm 大小纱布 200 块; 0.3~0.5 cm 小玻璃珠 800 颗, 然后将青霉素小瓶、小玻璃珠及纱布洗净; 于青霉素小瓶中放 1~2 mL 自制试剂和 2~3 颗小玻璃珠后加盖。用纱布封扎瓶盖, 于 110 ℃ 高压灭菌 15 min 后取出备用^[3]。(2) 洗痰液 250 mL。

1.5.2 碎痰试剂盒使用方法 将洗痰液倒入装有患者痰标本的痰盒中, 用接种环拉住痰标本, 在洗痰液中来回洗涤数次、然

后倒掉洗涤水, 再加干净洗涤液洗痰, 如此重复 2~3 次, 较彻底地去除痰标本表面的口腔正常寄居菌。用接种环挑取洗过的痰标本于碎痰瓶内, 于振荡器或用手摇碎痰瓶 1~2 min 使块痰变成碎痰, 是使包裹在脓痰中的致病菌从脓痰中分离出来, 最后用接种环挑取洗过、碎过的痰标本接种血培养基, 置 37 ℃ 恒温箱培养 18~24 h 后进行鉴定。

1.6 传统处理法 将痰加入含有 15~20 mL 灭菌生理盐水的试管中, 剧烈振荡 5~10 s, 然后用接种环将沉淀于管底的脓痰小片沾出, 再放另一试管内, 以同样的方法反复 2 次, 然后将剩余的脓痰接种在培养基上。置 37 ℃ 恒温箱培养 18~24 h 后进行鉴定。

2 结 果

结果显示: 传统处理法口腔正常寄居菌生长多而致病菌生长少, 碎痰试剂盒方法处理法致病菌的生长多而正常寄居菌生长少, 详见表 1、2。

表 1 两种方法处理后致病菌生长情况(n)

病原菌	传统法	碎痰法	碎痰法增长率[n(%)]
大肠埃希菌	21	44	23(52.2)
枸橼酸杆菌	16	34	18(52.9)
变性杆菌	6	11	5(45.5)
肺炎克雷伯菌	31	52	21(40.3)
金黄色葡萄球菌	17	30	13(43.3)
肺炎链球菌	19	31	12(38.7)
铜绿假单胞菌	25	45	25(55.5)
产碱假单胞菌	10	19	9(47.4)
嗜麦芽假单胞菌	6	12	6(50.0)
硬鼻结克雷柏菌	8	22	14(63.6)
流感嗜血杆菌	0	4	4(100.0)
白色念珠菌	25	37	12(32.4)
克柔氏念珠菌	6	11	5(45.5)
其它酵母样真菌	2	4	2(50.0)
合计	192	357	170(47.6)

* 基金项目: 国家高技术研究发展计划(863 计划, 编号: 2006AA020902 生物和医药领域)。