

# 经方结合针灸治疗颈源性失眠举隅<sup>\*</sup>

李巨琪<sup>1</sup>, 杨 丹<sup>2</sup> (新疆维吾尔自治区伊犁哈萨克自治州中医医院: 1. 医务科; 2. 针灸科 435000)

【关键词】 颈部; 失眠; 针灸

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2015. 17. 068 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2015)17-2644-02

由颈部疾病引起的失眠, 称为颈源性失眠。失眠通常指患者对睡眠时间和(或)质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验<sup>[1]</sup>。卫生部 1 项统计资料也显示, 目前我国失眠者已达 120~140 万人次, 失眠率高达 10%~20%。失眠的人数还会逐年上升, 据专家估计, 到 2020 年全球失眠者将超过 7 亿<sup>[2]</sup>。大部分颈源性失眠患者初起是因颈椎病引起失眠, 日久则形成了习惯性失眠, 单纯治疗颈椎病不能缓解失眠的证候, 因此在治疗颈椎病的同时辩证使用经方, 疗效十分显著。现记录 3 例辩证论治使用经方结合针灸治疗神经根型颈椎病并失眠案, 与同行共勉。

## 1 心肾不交证

姚某, 女, 47 岁, 初诊时间 2013 年 1 月 3 日, 主诉间断失眠伴颈项部疼痛及右上肢麻木十余年。入睡困难, 多梦, 易醒, 睡眠难以维持, 严重时彻夜不眠, 42 岁停经, 入夜脚心发热, 心烦, 晨起头晕, 行走不稳。右侧上肢麻木, 颈项部僵硬, 活动不利, 时而右侧头痛伴右侧眼睑及颜面浮肿。查颈椎 X 线片示颈椎病。舌质暗, 苔薄黄, 脉沉细。纳可, 二便调。予: 针灸治疗每日 1 次, 黄连阿胶汤加減。处方: 黄连 6 g, 黄芩 12 g, 白芍 12 g, 鸡子黄 2 个, 阿胶 10 g, 烱化, 合欢皮 15 g, 生龙、牡各 30 g, 炙甘草 10 g。风池、风府、颈夹脊、大椎、百会、四神聪、三阴交、太溪, 每日 1 次, 针用补法。5 d 后诸证较前减轻, 再治疗 5 d 诸证大减, 停针灸治疗, 守方连服 1 个月后痊愈。随访 1 年, 偶有因思虑过度入睡困难, 基本痊愈。按: 患者颈项部疼痛, 活动不利, 日间功能较差, 心烦, 头晕困倦, 头痛及眼睑颜面浮肿。患者颈肩部疼痛伴失眠已有十年之久, 诸症虽为间断出现, 但失眠日久, 长期阳不入阴, 煎熬阴液, 渐渐由实转虚, 故出现足心热, 脉沉细等肾阴不足之征象。患者停经 5 年, 肾阴渐亏, 肾主水, 内寓元阴元阳, 肾阴亏虚, 阴虚生内热, 而邪从热化, 可出现一派里虚热证。傅春梅<sup>[3]</sup>报道, 肾为先天之本, 主生长发育和衰老过程, 随着人体衰老, 肾本亏虚, 脏腑功能逐渐减退, 故老年失眠其病位可涉及心、脑、肾、肝、脾, 但其病机核心在于肾本虚损。经辨为心肾不交, 阴阳不调为主, 故重滋补肾阴, 调和阴阳, 选用黄连阿胶汤加味。选用风池、风府、颈夹脊等颈椎病常用穴疏通经络以治根本, 与黄连阿胶汤配合共治心肾不交型颈源性失眠。

## 2 半夏秫米汤案

唐某某, 男, 65 岁, 初诊时间 2013 年 8 月 7 日, 间断颈肩部疼痛及右上肢放射痛伴失眠十余年, 入睡困难, 反复发作, 晨起头痛、头晕、恶心, 时感胃脘部胀满, 严重时不可弯腰, 排气后稍好转, 夜间手足心热。查颈椎 X 线片示颈椎病。舌紫, 有裂痕, 苔薄黄, 脉细, 纳可, 大便偏干, 2 d 1 次。处方: 半夏 30 g, 秫米 30 g, 5 碗清水煮沸, 加入秫米, 半夏, 小火慢煮。煮到只

剩 1 碗, 分 3 次服下, 早、中、晚各 1 次。风池、风府、颈夹脊、大椎、百会、四神聪、中脘、足三里、三阴交, 每日 1 次, 针用泻法。针灸治疗每日 1 次, 10 d 为 1 个疗程, 10 d 后颈肩部疼痛明显改善, 10 剂汤药后胃胀气症状明显好转, 入睡困难较前明显改善, 晨起无恶心, 舌脉同前。停针灸治疗, 守原方再予 10 剂, 诸证消失, 基本痊愈。随访 3 个月, 偶有颈肩部疼痛, 适当锻炼后可好转, 未述失眠。按: 患者颈肩部疼引起失眠, 同时有脘腹胀满、头晕恶心等症, 此为饮食物运化失调, 痰饮内生, 邪气客于内, 故营卫失和, 阴阳不调, 故而夜间手足心热, 脉细, 苔薄黄, 大便偏干。失眠日久痰热成瘀故舌紫, 有裂痕。考《内经》经文所用半夏秫米汤的作用为“此所谓决渎壅塞, 经络大通, 阴阳和得者也”, 即“通调阴阳, 使之和得。”故针灸治疗颈椎的同时予《内经》半夏汤即后世之半夏秫米汤治之。方中半夏味辛性温, 《本草纲目》云: 半夏, 除腹胀, 目不得瞑; 《本草纲目》云: “秫, 治阳盛阴虚, 夜不得眠, 半夏汤用之, 取其益阴气而利大肠也, 大肠利则阳不盛矣<sup>[4]</sup>。”本例秫米使用高粱米<sup>[5]</sup>。半夏、秫米合用有祛除肠胃湿痰壅滞和调和营卫的功用。本案患者五谷不化, 营卫失和, 阴阳失调, 故予本方祛其邪气, 调和营卫, 通其阴阳, “其卧立至”。

## 3 四逆散案

杨某某, 女, 27 岁, 初诊时间 2013 年 10 月 20 日, 1 个月前因伏案工作、忙碌及思虑过度, 诱发颈肩部疼痛伴入睡困难, 烦躁不安, 近 1 周因情绪波动加重, 彻夜不寐。查颈椎 X 线片示颈椎生理曲度变直。有失眠病史, 每因情绪焦虑加重, 双脚不温, 舌黄厚, 脉弦数, 纳可, 二便调。予: 风池、风府、颈夹脊、大椎、百会、四神聪、合谷、太冲, 每日 1 次, 针用平补平泻。四逆散加減, 示方如下: 柴胡 15 g, 枳实 15 g, 白芍 15 g, 炙甘草 15 g, 生龙、牡各 30 g, 先煎, 酸枣仁 15 g, 小麦 15 g, 大枣 4 枚, 伏神 12 g。针刺 10 d 后颈肩部疼痛症状消失, 四逆散 3 剂失眠症状痊愈, 再予 2 剂巩固, 经随访 3 个月未述不适。按: 本案患者为年轻女性, 病情较轻, 素有情绪焦虑、失眠等症状, 颈肩部痛是本次失眠的诱因。故在治疗颈肩痛的同时给予四逆散调达气机。四逆散证见于中《伤寒论》少阴病篇, 乃阳郁于里, 不达四末, 则表现四肢逆冷不温。陈修园云: “少阴上水下火而主枢机”, 本例患者因思虑过度, 由情志所伤至少阴之阳气郁结, 水火相交之通路受阻, 人体阳气不能正常升降, 则见四肢逆冷不温, 郁而化火, 则见舌黄厚, 脉弦数。患者病程较短, 病情较轻, 予四逆散化裁 5 剂则愈。

## 4 体会

目前, 现代医学研究认为颈椎病引发失眠的相关机制, 主要有以下几个原因<sup>[6]</sup>: 颈椎病引起的疼痛、植物神经功能紊乱、椎动脉供血不足。针灸治疗颈肩痛效果显著, 已经得到学术界

\* 基金项目: 新疆维吾尔自治区伊犁哈萨克自治州科技计划项目(YZ201301019)。

的认可,但是针灸治疗颈源性失眠在整体辨证论治上有不足之处,结合辨证论治使用经方治疗失眠,是更好的选择。中医关于失眠的辨证论治颇为丰富,经方治疗失眠证的各种方法体现的组方配伍法则,均为后世治疗本病症遣药组方之圭臬,对现今临床仍具有十分重要的指导意义。本文记录的 3 例患者,第 1 例年近五旬,停经多年,以阴阳不调为主,阴虚火旺、虚烦不寐,故用黄连阿胶鸡子黄汤以规律阴阳消长及卫卫正常循行。第 2 例老年患者,脾虚不寐用半夏秫米汤,益阴气而利大肠,卫气和则寐安。第 3 例年轻女性,情绪易于波动,最易导致肝的疏泄功能失常,影响肝之调畅情志功能,发生失眠,故调理情志疏肝理气为主,安神为辅,肝气调达则卧安。

参考文献

[1] 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)[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(2):141-143.

[2] 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, 1996, 1(1):3-6.

[3] 傅春梅. 论肾为老年失眠病机的核心[J]. 北京中医药大学学报, 2007, 30(12):808-809.

[4] 李经纬, 李振吉. 本草纲目校注[M]. 沈阳: 辽海出版社, 2001:737-738.

[5] 徐海英, 刘宝恒. 试论《温病条辨》中的“承气类方”[J]. 医学信息:中旬刊, 2010, 5(6):1959-1960.

[6] 栗胜勇, 符文彬, 樊凌. 颈源性失眠的发病机制及针灸治疗进展[J]. 广西中医药大学学报, 2013, 16(4):69-71.

(收稿日期:2015-03-15 修回日期:2015-04-10)

纤维样肾小球病 1 例并文献复习

甘晓辉(四川省绵阳市中心医院肾脏内科 621000)

【关键词】 纤维样肾小球病; 病理诊断; 糖皮质激素  
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.17.069 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2015)17-2645-02

纤维样肾小球病(FGP)是指肾小球内出现类似淀粉样物质而刚果红又不着色的纤维样物质沉积,是一种罕见的原发慢性肾小球疾病<sup>[1]</sup>。笔者在临床工作二十余年共收治 FGP 患者 1 例,现结合文献报道如下。

1 病例介绍

男性,49 岁,因“反复夜尿增多 1 年,双下肢水肿 1<sup>+</sup>月”入院。入院前 1 年患者无明显诱因出现夜尿增多,为持续性泡沫尿,未行相关检查及治疗。1<sup>+</sup>月前,患者夜尿较前明显增多,伴双下肢水肿,余无特殊不适,于当地医院检查尿常规示:红细胞 48.8 个/ $\mu$ L,隐血 1<sup>+</sup>,蛋白尿 3<sup>+</sup>。近期体质量下降 4 kg。既往有原发性高血压病史 1<sup>+</sup>年,最高血压达 160/90 mm Hg,日常规律口服安博维、络合喜控制血压,血压控制在 130/70 mm Hg 左右。入院查体显示,血压:172/104 mm Hg,神志清晰,营养中等,意识清楚。颜面、眼睑无明显浮肿,全身淋巴结无肿大,心、肺、腹查体阴性,双下肢轻度水肿。入院后辅助检查,血常规:白细胞计数  $11.86 \times 10^9/L$ ;肝功能:总蛋白 51.6 g/L,清蛋白 30.81 g/L,球蛋白 20.79 g/L;血脂:总胆固醇 8.33 mmol/L,三酰甘油 1.76 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 5.76 mmol/L;肾功能:尿素 14.94 mmol/L,肌酐 319.9  $\mu$ mol/L;24 h 尿蛋白定量 15.98 g/24 h;血轻链:Kappa 轻链(KAP)1.13 g/L;Lambda 轻链(LAM)0.6 g/L;泌尿系彩超:肾脏形态大小正常,前列腺钙化灶。大便常规、凝血功能、胸线片、骨髓穿刺、心电图、免疫全套、抗中性粒细胞胞浆未见明显异常。入院后初步诊断:“肾病综合征并急性肾功能不全;高血压 2 级”,予以甲强龙 40 mg,每天 1 次,静脉滴注,拜新同及缬沙坦控制血压及降脂、抗凝等治疗 10<sup>+</sup>d,治疗效果不佳,遂行肾脏穿刺活检,结果示:送检组织行 HE、PAS、PASM、Masson 染色,可见 13 个肾小球,其中 1 个肾小球球性硬化。其余肾小球系膜细胞和基质中-重度增生,呈结节状改变,系膜区嗜复红蛋白沉积,肾小球毛细血管襻分叶状,毛细血管腔狭窄、闭塞,基底膜增厚,可见节段性系膜插入及双轨形成,未见血管瘤样扩张及“睫毛样”结构,未见钉突样结构,壁层上皮细胞无增生,未

见新月体形成,1 个肾小球球囊周纤维化。肾小管上皮细胞颗粒变性,多灶状及片状萎缩(萎缩面积约 70%),肾间质多灶状及片状炎症反应细胞浸润伴纤维化,小动脉管壁增厚,管腔狭窄,未见红染无结构样物沉积。刚果红染色阴性。IgM 阳性, IgG、IgA、C3、C1q 阴性。毛细血管内皮细胞明显空泡变性,个别管腔内可见红细胞,无明显内皮细胞增生,毛细血管襻部分受压。肾小囊壁层增厚、分层,壁层细胞空泡变性,无明显增生。基底膜:弥漫增厚,厚度约 700~900 nm。脏层上皮细胞:上皮细胞肿胀,空泡变性。足突弥漫融合。系膜区:系膜细胞和基质增生。未见电子致密物沉积。系膜区和基底膜内可见大量纤维样物质沉积,直径小于 20 nm,排列紊乱。肾小管-间质:部分肾小管萎缩,基底膜增厚。肾间质胶原纤维增生。肾间质血管:毛细血管管腔内见红细胞聚集,小动脉管壁增厚。病理诊断纤维样肾小球病。继续予以 40 mg,每天 1 次,静滴治疗 7 d,复查:尿素 23.35 mmol/L,肌酐 220.1  $\mu$ mol/L,尿酸 524  $\mu$ mol/L,24 h 尿蛋白定量 4.03 g/24 h,病情好转出院。院外继续口服激素及降压药物,每个月复查肝肾功能及尿蛋白定量,肌酐水平 160  $\mu$ mol/L 左右,24 h 尿蛋白定量波动 1~2 g。

2 讨论

FGP 是新近认识的肾小球疾病,1977 年首次报道了 1 例肾小球内有类似淀粉样物质沉积,但刚果红染色阴性,此后,不少作者相继报道了类似发现,目前已统一命名为 FGP。随着人们对 FGP 认识的深入,报道的例数也大大增加,据不完全统计,至 2014 年国内外报道已接近 200 例。并且,其发病机制不清,认为纤维物质是 IgG、补体 C3 结合了淀粉样蛋白 P 沉积形成的,多数患者免疫病理可见 IgG、C3 沿系膜区沉积, IgG4 为主要亚型,部分患者伴 IgA、IgM、C1q 弱阳性沉积, Kappa 和 Lambda 轻链呈多克隆表达。本例患者病理结果 IgM 阳性, IgG、IgA、C3、C1q 阴性。FGD 患病率极低,肾活检病例中仅占 0.6%~1.0%,各个年龄段均可发病,但高发年龄 50~60 岁,男、女发病比例约 1.0:1.5。既往很多研究报道,FGP 是一种独立的肾小球疾病,但随着研究的深入发现,FGP 可合并其他