

腹针联合梅花针治疗原发性失眠的临床研究

邓越¹, 马迎歌², 王丽平³

1 北京中医药大学大学第一临床医学院

1 Dongzhimen Hospital Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

2 北京中医药大学

2 Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

3 北京中医药大学附属护国寺中医医院, 北京 100035, 中国

3 Huguosi Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100035, China

【摘要】目的: 探讨腹针联合梅花针治疗原发性失眠的临床疗效及作用机制。**方法:** 将纳入的 66 例原发性失眠患者按随机数字表法分为 2 组, 每组 33 例。观察组采用腹针联合梅花针疗法治疗, 对照组仅采用与观察组相同的腹针疗法。两组患者均在入组时, 治疗第 2、6 星期及治疗结束 4 星期后进行匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)及基于患者自我报告的临床结局量表(measure your medical outcome profile, MYMOP)评分。**结果:** 治疗 2 个星期后, 观察组总有效率 90.9%, 对照组总有效率为 63.6%, 两组总有效率差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 6 个星期及治疗结束 4 星期后, 两组总有效率差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 6 星期后, 观察组睡眠质量及睡眠效率评分优于对照组; 治疗结束 4 星期后, 观察组睡眠质量、MYMOP 评分优于腹针组, 组间差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 腹针联合梅花针疗法治疗失眠症起效快, 疗效确切, 能较好改善患者睡眠质量, 提高睡眠效率。**【关键词】** 针刺疗法; 穴位, 胸腹部; 梅花针疗法; 皮肤针疗法; 督脉; 失眠

【中图分类号】 R246.6 **【文献标志码】** A

【Abstract】

【Keywords】 Acupuncture Therapy; Points, Chest & Abdomen; Plum-blossom Needle Therapy; Cutaneous Acupuncture; Governor Vessel; Insomnia

失眠是指在合适的睡眠环境中不能正常睡眠, 主要表现为入睡困难、维持睡眠困难、过早觉醒和醒后仍觉困倦、疲劳, 并可引起躯体功能障碍或明显不适感^[1]。据在德国的 Dresden 召开的第 3 届世界睡眠联合协会大会多份流行病学调查资料统计表明, 全球约每 10-12 人中有 1 人患失眠。中国睡眠研究会于 2007 年公布的睡眠调查结果显示: 中国成年人失眠发生率为 38.2%, 高于欧美等发达国家。口服催眠类药物大都具有成瘾性、“宿醉效应”以及停药后的“反跳”现象; 认知行为疗法(cognitive-behavior therapy, CBT)因社会人群接受度等问题在国内不能做到较大范围的覆盖与普及。针灸疗法以其疗效确切、无不良反应现象等优势在失眠的治疗中发挥着极其重要的作用。本研究采用腹针联合梅花针疗法治疗失眠症, 并与单纯腹针治疗作随机对照研究, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

依据《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(the third of Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders, CCMD-3), CCMD-3 关于原发性失眠的诊断标准: 以失眠为唯一的症状, 其他症状均继发于失眠的睡眠障碍, 包括难以入睡、眠浅、多梦、易醒、早醒、醒后不易再睡、醒后疲乏、不适感, 或白天精力差、困倦; 具有对失眠及其结果过度关注的优势观念; 对睡眠时间、质量的不满, 产生明显的苦恼或社会功能受损; 失眠每星期至少发生 3 次, 并至少持续已 1 个月; 排除躯体疾病或其他精神障碍症状(如神经衰弱、抑郁症)引起的继发性失眠。

1.2 纳入标准

符合上述原发性失眠的诊断标准;匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)积分 7~18 分;心境状态量表中,紧张、抑郁的分值均在 0~12 分之间;病程在 3 个月以上;年龄 18~70 岁;治疗期间不改变原有药物治疗类别;自愿参加,签署知情同意书;能够与项目负责医师正常沟通。

1.3 排除标准

凡具备以下标准中任一项者,均需排除,不能纳入试验:躯体疾病(冠状动脉粥样硬化性心脏病支架置入术后病情未得到控制,频发心绞痛,高血压、糖尿病有严重并发症者,脑卒中急性期)或各种精神疾患(抑郁症、焦虑症、神经症等)导致的继发性失眠;药物导致的失眠;妊娠或哺乳期妇女;对针刺过敏或晕针患者;不愿参加本科研项目或依从性差者。

1.4 统计方法

数据采用 SPSS 20.0 软件进行统计分析。计数资料组间比较采用卡方检验;计量资料以均值

$\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示;正态分布的数据组内治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,检验统计量值为 t ;非正态分布数据比较采用配对设计的 Wilcoxon 符号秩和检验,检验统计量值为 Z 。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

1.5 研究对象

选择北京中医药大学附属护国寺中医医院针灸门诊部 2013 年 7 月~2014 年 12 月收治的 66 例原发性失眠患者作为本研究的观察对象。采用随机数字表法将患者分为对照组和观察组,每组 33 例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两组具有可比性(表 1)。

表 1. 两组患者一般资料比较

组别	n	性别		平均年龄 ($\bar{X} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{X} \pm s$, 月)	体质量指数 (body mass index, BMI) ($\bar{X} \pm s$)
		男	女			
观察组	33	6	27	54.7 $\pm$ 9.9	6.0 $\pm$ 7.4	23.23 $\pm$ 2.68
对照组	33	10	23	54.9 $\pm$ 11.8	8.5 $\pm$ 12.6	22.81 $\pm$ 3.62
检验统计量值		1.32 ¹⁾		-0.065 ²⁾	-0.265 ³⁾	0.469 ²⁾
P 值		0.25		0.949	0.791	0.642

注: 1)为 χ^2 值; 2)为 t 值; 3)为 Z 值

2 治疗方法

2.1 观察组

2.1.1 腹针针刺

穴位:引气归元[中脘(CV 12)、下脘(CV 10)、气海(CV 6)、关元(CV 4)],腹四关[双滑肉门(ST 24)、双外陵(M)],双商曲(M),双气旁(M)(定位:脐中下 1.5 寸,前正中线旁开 0.5 寸,即气海穴旁开 0.5 寸,位于足少阴肾经的循行线上,左右各一穴,为腹针常用穴)^[2](55 岁以上患者肾气亏损较重,换用双气穴)。

方法:根据薄智云腹针处方取穴;采用直径 0.22 mm,长 40 mm 毫针针刺。治疗前先检查肝脏大小,确定无阳性体征及晕针、过敏等症后即

可针刺。患者仰卧位,充分暴露腹部,所针穴位皮肤常规消毒,进针时避开毛孔、血管及瘢痕,诸穴均直刺,依据患者的个体 BMI,将腹壁脂肪层分为浅中深三等份,其中引气归元深刺,其余穴位中等深度,轻刺激,留针 20 min,留针期间不行针,用 TDP 灯照射腹部,距离皮肤 30 cm 以上,以患者自觉温暖舒适为度。

2.1.2 梅花针疗法

扣刺部位:督脉自大椎至腰阳关,脊正中线左右旁开 1.5 寸的膀胱经第一侧线大杼至大肠俞,共 3 条经线。

方法:患者俯卧位,充分暴露背部,用 75% 酒精棉球常规消毒皮肤后,用右手拇指、食指平握梅花针柄后端,用腕力循经脉线自上而下叩刺,先叩督脉,再扣膀胱经,叩刺时针尖与皮肤

垂直,强度均匀,以皮肤微微发红或潮红不出血为度^[3-4]。

2.2 对照组

对照组患者仅予以与观察组相同的腹针针刺,针具规格、所取穴位及针刺方法均与观察组相同。

两组患者于每周一、三、五下午各治疗 1 次,每星期治疗 3 次,连续治疗 6 星期后观察疗效。

3 疗效观察

3.1 观察项目

3.1.1 PSQI^[5]

本研究中 PSQI 主要进行睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能障碍)(sleep quality, sleep latency, sleep duration, habitual sleep efficiency, sleep disturbances, and daytime dysfunction)评分并计算总分。PSQI 总分越高,患者的主观睡眠质量越差。

3.1.2 基于患者自我报告的临床结局量表(measure your medical outcome profile, MYMOP)评分

两组患者均在入组时,治疗 2、6 星期后及治疗结束后 4 星期时进行 PSQI 及 MYMOP 量表评分,对其睡眠质量进行评定。

3.2 疗效评定标准

依据《中药新药临床研究指导原则》中有关失眠的疗效标准,根据 PSQI 总分、各单项因子的分值及 MYMOP 量表中失眠伴发主要症状的分值变化进行评价^[6]。

痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间 >6 h,睡眠深沉,醒后精力充沛。

显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加 >3 h,睡眠深度增加。

有效:症状减轻,睡眠时间增加 <3 h。

无效:治疗后失眠无明显改善,甚至加重。

3.3 结果

3.3.1 治疗各阶段疗效比较

治疗 2 星期后,两组总有效率有统计学差异($P<0.05$),观察组总有效率显著高于对照组,提示观察组短期总有效率高于对照组。治疗 6 星期后($\chi^2=6.38$)及治疗结束后 4 星期($\chi^2=5.00$),两组疗效无统计学差异($P>0.05$);两组各治疗阶段愈显率均无统计学差异。见表 2-表 4。

Table 2. Comparison of curative effect between the two groups in the second week (case)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率 (%)	总有效率 (%)
观察组	33	11	7	12	3	54.5	90.9 ¹⁾
对照组	33	9	9	3	12	54.5	63.6

注:与对照组比较,1) $\chi^2=11.25$, $P<0.05$

Table 3. Comparison of curative effect between the two groups in the sixth week

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率 (%)	总有效率 (%)
观察组	33	16	11	4	2	81.8	93.9
对照组	33	14	5	12	2	57.6	93.9

Table 4. Comparison of curative effect between the two groups at 4 weeks after end of treatment

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	愈显率 (%)	总有效率 (%)
观察组	33	19	6	5	3	75.8	90.9
对照组	33	13	6	13	1	57.6	97.0

3.3.2 治疗各阶段PSQI评分比较

治疗前,两组 PSQI 总分、单项因子评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗 2 星期后,除“催眠药物使用”一项外,两组患者其余诸项均与本组治疗前有统计学差异($P<0.05$)。治疗 6 星期后,两组 PSQI 各项评分及总分均较本组治

疗前有明显下降,差异均有统计学意义($P<0.05$);观察组睡眠质量、睡眠效率评分优于对照组($P<0.05$),提示两组患者睡眠质量均有改善,观察组患者睡眠质量及睡眠效率改善情况更好。治疗结束后 4 星期,两组睡眠质量评分差异具有统计学意义($P<0.05$),提示观察组患者睡眠质

量较对照组稳定(表 5)。以上结果提示两组患者睡眠均有所改善,而观察组近期、远期疗效均床上近期疗效及远期疗效均优的治疗方案

3.3.3 治疗各阶段MYMOP评分比较

MYMOP 数据符合正态分布,采用独立样本 t 检验。治疗前,两组 MYMOP 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 2 星期后,两组 MYMOP

评分均明显下降($P<0.05$)。治疗 6 星期后,两组 MYMOP 评分显著低于本组治疗前($P<0.05$);组间差异亦有统计学意义($P<0.05$)。治疗结束后 4 星期,两组 MYMOP 评分继续下降,但观察组下降幅度大于对照组,组间差异有统计学意义($P<0.05$)。

Table 5. Comparison of PSQI score after treatment between the two groups ($\bar{x} \pm s$, point)

项目	观察组 (n=33)					对照组(n=33)			
	治疗前	治疗 2 星期后	治疗 6 星期后	治疗结束后 4 星期		治疗前	治疗 2 星期后	治疗 6 星期后	治疗结束后 4 星期
睡眠质量 (Sleep quality)	2.61 ±0.56	1.36 ±0.82 ¹⁾	0.91 ±0.631 ¹⁾³⁾	0.94 ±0.75 ¹⁾³⁾	2.55 ±0.56	1.73 ±0.84 ¹⁾	1.39 ±0.93 ¹⁾	1.45 ±0.91 ¹⁾	
入睡时间 (Sleep latency)	2.39 ±1.03	1.94 ±1.22 ²⁾	1.33 ±1.19 ¹⁾	1.15 ±1.18 ¹⁾	2.39 ±1.03	1.85 ±1.15 ²⁾	1.64 ±1.08 ¹⁾	1.61 ±1.20 ¹⁾	
睡眠时间 (Sleep duration)	2.33 ±0.82	1.24 ±1.00 ¹⁾	1.00 ±0.97 ¹⁾	1.03 ±0.98 ¹⁾	2.48 ±0.80	1.70 ±1.08 ¹⁾	1.48 ±1.06 ¹⁾	1.45 ±1.03 ¹⁾	
睡眠效率 (habitual sleep efficiency)	2.09 ±1.04	1.09 ±1.10 ¹⁾	0.82 ±1.13 ¹⁾³⁾	0.85 ±1.09 ¹⁾	2.45 ±0.94	1.61 ±1.25 ¹⁾	1.36 ±1.19 ¹⁾	1.18 ±1.21 ¹⁾	
睡眠障碍 (Sleep disturbances)	1.24 ±0.44	1.00 ±0.25 ¹⁾	0.94 ±0.43 ¹⁾	0.91 ±0.29 ¹⁾	1.21 ±0.42	0.97 ±0.31 ¹⁾	0.85 ±0.36 ¹⁾	0.88 ±0.33 ¹⁾	
催眠药物使用 (Use of sleeping medication)	1.48 ±1.40	0.94 ±1.37 ¹⁾	0.73 ±1.21 ¹⁾	0.88 ±1.36 ¹⁾	1.21 ±1.36	0.88 ±1.27	0.58 ±1.09 ¹⁾	0.64 ±1.11 ¹⁾	
日间功能障碍 (Daytime dysfunction)	1.85 ±0.80	1.33 ±0.89 ¹⁾	1.12 ±0.89 ¹⁾	1.06 ±0.79 ¹⁾	1.70 ±0.88	1.21 ±1.02 ¹⁾	1.00 ±0.90 ¹⁾	1.09 ±0.95 ¹⁾	
PSQI 总分 (Global PSQI score)	14.00 ±2.59	8.91 ±4.06 ²⁾	6.55 ±3.49 ²⁾	6.82 ±4.21 ²⁾	14.00 ±2.76	9.94 ±4.66 ²⁾	8.30 ±4.40 ²⁾	8.21 ±4.72 ²⁾	

注:与本组治疗前比较,1) Wilcoxon 符号秩和检验, $P<0.05$, 2) t 检验, $P<0.05$; 与同期对照组比较, 3) Wilcoxon 符号秩和检验, $P<0.05$

Table 6. Comparison of MYMOP score between the two groups ($\bar{x} \pm s$, point)

组别	n	治疗前	治疗 2 星期后	治疗 6 星期后	治疗结束后 4 星期
观察组	33	15.03 $\pm$ 3.61	10.94 $\pm$ 5.02 ¹⁾	8.09 $\pm$ 4.63 ¹⁾	7.03 $\pm$ 4.46 ¹⁾²⁾
对照组	33	15.36 $\pm$ 2.97	11.88 $\pm$ 4.45 ¹⁾	9.67 $\pm$ 4.57 ¹⁾	9.36 $\pm$ 4.65 ¹⁾

注:与本组治疗前比较,1) Wilcoxon 符号秩和检验, $P<0.05$;与同期对照组比较,2) Wilcoxon 符号秩和检验, $P<0.05$

4 讨论

国外的统计学研究明确显示失眠会导致较重的生理及心理负担,与患者的低生活质量、心

血管疾病、社会功能缺陷、焦虑抑郁等心因性症状的加重、疾病的复发及高自杀率等呈正相关^[7-11]。失眠症的成因复杂,表现形式多样,慢性

失眠会对各方面的生活质量产生损害。中医认为,失眠的本质在于阴阳失调,阳不入阴,故其治法应以调和阴阳,使机体恢复“阴平阳秘”状态为主。

失眠症的针灸治疗手段多样,且多以综合疗法为主。当前,有腹针联合梅花针扣刺督脉及膀胱经治疗亚健康的报道^[3],但失眠在其中仅作为亚健康的一个症状出现,研究并未对失眠症本身做深入细致的分析;而腹针与梅花针联合应用于失眠症治疗的报道尚少。腹针讲求无痛、快速进针,不施手法或仅小幅度捻转提插,不追求传统的酸、麻、重、胀针感,留针过程利于守神^[2];梅花针疗法可灵活掌握刺激强度,治疗时间短。临床观察发现患者对此二种疗法的依从性较高。

现代神经病学认为皮肤可以通过交感神经节前纤维传入神经冲动与相应植物神经支配区的内脏发生联系,当用梅花针扣刺脊柱两侧皮肤时,神经电刺激可以在神经体液的参与下调理相应脏腑机能,达到助眠的效果^[12-13]。

薄氏腹针是基于“神阙布气假说”的一个微针系统^[2]。腹针疗法可通过“神阙调控系统”激发调动人体的自然生理机能,从而调理脏腑阴阳,以此来治疗全身性疾病。临床中治疗失眠选用的腹部基本组方为引气归元加腹四关,引气归元即中脘、下脘(亦有研究者取上脘^[14])、气海、关元四个穴位;腹四关为双侧外陵加双侧滑肉门。脐下气海、关元等穴处为人体气机生发之根,有调补五脏的功效。引气归元组方中,中脘为胃之募穴,合下脘可调理中焦气机之升降;气海为气之海,关元培元固本,四穴合用,取调补后天气机以养先天之意。气血运化有度,脏腑和调,上奉于心而养心神;受藏于肝则肝气调达;统摄于脾则生化不息;内藏于肾,心气肾精相交,神志安宁。“腹四关”中滑肉门位于神阙之上,治疗躯干上段及上肢疾患,外陵位于神阙之下,治疗下腹及下肢的疾患,该组合可引导脏腑之气向全身布散,不但可疏通四肢经络,而且可调节全身气血运行,使全身气血平衡。

腹为阴,背为阳,任脉为“阴脉之海”,单用腹部穴位可补阴制阳,调和阴阳平衡^[15-17]。督脉为“阳脉之海”^[15],膀胱经为“巨阳”,刺激督脉、膀胱经可以“引阳入阴”^[18-20]。腹针与梅花针疗法联合运用可以从阴引阳、引阳入阴,达到阴阳平衡,睡眠得安的效果。

本研究结果提示两种治疗方案均可迅速起效,且疗效持久,治疗结束后4星期时大部分患者的疗效仍能维持甚至部分患者的疗效比治疗结束时有所提高,说明腹针联合梅花针疗法可以更好地持续改善睡眠质量,有效提高睡眠效率;治疗结束后4星期内,腹针联合梅花针疗法对失眠伴随症状的改善优于单独腹针疗法。与腹针疗法相比,联合疗法的起效速度及短期痊愈率均占优势,能有效缩短治疗周期,受试者的依从性高,具有较高的社会和经济效益,适合在针灸临床大范围推广。

参考文献

- [1] National Institutes of Health. National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Sleep*, 2005, 28(9): 1048-1057.
- [2] 薄智云.腹针疗法. Beijing: China Science and Technology Press, 1999: 48
- [3] Chang Y. 腹针配合梅花针叩刺督脉及膀胱经治疗亚健康状态 48 例. *Shaanxi Zhongyi*, 2013, 34(6): 740-741.
- [4] Li QL, Zhao MH, Peng HY. Observation on the effect of needling five meridians on head for primary insomnia. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2012, 31(8): 572-573.
- [5] Chen YF, Li SW. 脑部疾病诊断治疗学. Beijing: China Union Medical University Press, 2003: 1290.
- [6] Ministry of Health of the People's Republic of China. Guiding Principles for Clinical Study of New Chinese Medicines. Beijing: China Medical Science Press, 2002: 186.
- [7] Tian HJ, Huang LQ, Zhao ZX. 慢性失眠的评价和治疗. *Acad J Sec Mil Med Univ*, 2006, 27(5): 538-540.
- [8] Bai SH. 大学生失眠症患者人格特征分析. *Xuexiao Dangjian Yu Sixiang Jiaoyu: Gaojiao Ban*, 2008, (10): 55-56
- [9] Wang LF, Xia DQ. Investigation and analysis on the psychological factors of 233 college students' insomnia. *Zhongguo Jiankangxinlixue Zazhi*, 2007, 15(9): 775-777.
- [10] Neckelmann D, Mykletun A, Dahl AA. Chronic insomnia as a risk for developing anxiety and

- depression. *Sleep*, 2007, 30(7): 873-880.
- [11] Bolge SC, Joish VN, Balkrishnan R, Kannan H, Drake CL. Burden of chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings. *Popul Health Manag*, 2010, 13(1): 15-20.
- [12] Wu Y, Zhu CR, Luo YD. 心力衰竭神经体液作用机制的研究现状. *Ya Tai Chuantong Yiyao*, 2011, 7(6): 182-183.
- [13] Liang Z. 心衰时神经体液作用及其临床意义. *Xinxueguanbingxue Jinzhan*, 1995, 16(4): 207-211.
- [14] Jing C, Hou SW, Xiao M. 50 cases of insomnia patients treated with needling Anshen point group in combination with abdominal acupuncture. *Sichuan Zhongyi*, 2014, 32(11): 145-146.
- [15] Xu TB. Clinical observation on treatment of insomnia with puncturing Back-Shu acupoints. *J Acupunct Tuina Sci*, 2013, 11(3): 165-168.
- [16] Ye TS, Wang QJ, Xie WX, Chen Y, He JC. A randomized control study of abdominal acupuncture treatment for primary insomnia. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2008, 27(2): 3-5.
- [17] Lin LH, Xiang HY, Jin YB, Zheng LF. Therapeutic observation of abdominal acupuncture for perimenopausal insomnia. *Shanghai Zhenjiu Zazhi*, 2015, 34(5): 438-439.
- [18] Xi YF, Ai Z, Liu YY, Zou T, Zhang QR. Clinical study on improvement of sleep and life quality in chronic insomnia patients with abdominal acupuncture. *Zhongguo Zhongyiyao Xinxi Zazhi*, 2009, 16(12): 10-12.
- [19] Gao XY, Chen Y, Chen XW, Lü HJ, Ren S, Ma QL. Clinical study on insomnia treated by acupuncture Beishu points. *Zhongyi Xuebao*, 2011, 26(10): 1264-1267.
- [20] Zheng QP, Zhang BM. Clinical study on acupoint injection plus acupuncture for insomnia due to heart-kidney disharmony. *J Acupunct Tuina Sci*, 2014, 12(4): 225-229.

作者简介: 邓越, 硕士研究生, 住院医师。
E-mail:1259274456@qq.com