

- 版社, 1998.
- [13] 张鑫, 樊启象, 安军明. 安军明教授采用头体针结合治疗失眠症的临床经验[J]. 河北中医, 2020, 42(1): 125-127, 160.
- [14] 顾軒庭. 头针治疗失眠的临床及神经生化机制研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2013.
- [15] 闫冰, 蒋海琳, 马天姝, 等. 针刺治疗失眠的神经-内分泌-免疫网络机制[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(7): 1696-1698.
- [16] 许潇颖, 马隽晖, 欧静禧, 等. 方氏头皮针对失眠症患者压力知觉及睡眠结构的影响: 随机对照试验[J]. 中国针灸, 2022, 42(4): 371-376.
- [17] 李晓陵, 王敬贤, 李昂, 等. 基于fMRI任务态与静息态对头针疗法的研究进展[J]. 磁共振成像, 2021, 12(2): 98-100.
- [18] 张欣, 洪菲, 王金香, 等. 方云鹏及方氏微型针灸体系[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(7): 932-936.
- [19] 黄娜, 黄琳娜, 安军明. 方氏头针治疗帕金森病失眠症临床疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(3): 348-349.
- 【责任编辑: 宋威】

针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后肝火扰心型失眠的临床观察

姚荏文¹, 老锦雄²

(1. 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006; 2. 佛山市中医院针灸科, 广东佛山 528000)

摘要:【目的】观察针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后肝火扰心型失眠的临床疗效。【方法】将60例中风后肝火扰心型失眠患者随机分为观察组和对照组, 每组各30例。对照组给予龙胆泻肝汤加减方口服治疗, 观察组在对照组治疗的基础上, 给予针刺鬼穴治疗, 治疗4周。治疗1个月后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后匹兹堡睡眠质量指数评分(PSQI)的变化情况, 以及阿森斯失眠量表(AIS)评分的情况。比较2组患者治疗前后抑郁自评量表(SDS)评分的变化情况。【结果】(1)治疗后, 2组患者PSQI评分明显改善($P<0.05$), 且观察组在改善PSQI评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的AIS评分明显改善($P<0.05$), 且观察组在改善AIS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的SDS评分明显改善($P<0.05$), 且观察组在改善SDS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。(4)观察组的总有效率为86.66%(26/30), 对照组为76.66%(23/30)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$)。【结论】针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后肝火扰心型失眠, 能明显改善患者的临床症状, 疗效显著。

关键词: 针刺; 鬼穴; 龙胆泻肝汤; 中风; 失眠; 肝火扰心; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2024)03-0677-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2024.03.023

收稿日期: 2023-09-20

作者简介: 姚荏文(1997-), 男, 硕士研究生; E-mail: yrw19971121@163.com

通信作者: 老锦雄(1963-), 男, 教授, 硕士研究生导师; E-mail: fsljx@163.com

基金项目: 佛山市“十四五”中医重点专科资助项目(编号: 佛卫函[2020]15号)

Clinical Observation on the Acupuncture at the Ghost Points Combined with *Longdan Xiegan* Decoction in the Treatment of Post-stroke Insomnia of Liver-Fire Disturbing the Heart Type

YAO Ren-Wen¹, LAO Jin-Xiong²

(1. Clinical Medical School of Acupuncture, Moxibustion and Rehabilitation, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China; 2. Foshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Foshan 528000 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture on ghost points combined with *Longdan Xiegan* Decoction in the treatment of post-stroke insomnia of liver-fire disturbing the heart type. **Methods** Sixty patients with liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia were randomly divided into observation group and control group, with 30 patients in each group. The control group was given oral use of modified *Longdan Xiegan* Decoction, and the observation group was given acupuncture at the ghost points on the basis of the treatment of the control group. Both groups were treated for 4 weeks. After 1 month of treatment, the clinical efficacy of the two groups was evaluated, and the changes in the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score and the Athens Insomnia Scale (AIS) score were observed before and after treatment in the two groups. The changes of Self-Rating Depression Scale (SDS) scores were compared before and after treatment in the two groups of patients. **Results** (1) After treatment, the PSQI scores of the two groups of patients were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the PSQI scores, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). (2) After treatment, the AIS scores of patients in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving the AIS scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the SDS scores of patients in the two groups were significantly improved ($P < 0.05$), and the observation group was significantly superior to the control group in improving SDS scores, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). (4) The total effective rate of the observation group was 86.66% (26/30), while that of the control group was 76.66% (23/30). The efficacy of the observation group was superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture at the ghost points combined with *Longdan Xiegan* Decoction for the treatment of liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia can significantly improve the clinical symptoms of the patients, and the therapeutic effect is remarkable.

Keywords: acupuncture; ghost points; *Longdan Xiegan* Decoction; stroke; insomnia; liver-fire disturbing the heart; clinical observation

中风病即脑卒中,在西方医学中称之为急性脑血管意外,主要分为缺血性和出血性两类。本病发病率和死亡率之高,使其成为人类近数十年重点研究的疾病,且多数伴有后遗症^[1],其中,失眠为中风病常见并发症之一,中风后患者失眠发生率据相关研究估计有95%^[2-3]。中风后患者因疾病突发,生活剧变而导致情绪紧张,焦躁易怒,怒则伤肝,肝阴受损,肝阳化火,躁扰心神,故中风后失眠多见肝火扰心型。近年来,中风病的发病率与日剧增,而其相伴随的失眠症状

及紧张焦虑的情绪状态对于中风后的治疗、康复均造成了一定程度的阻碍与困难,也给患者自身和家庭带来了心理与经济的双重负担,引起了医学行业的高度重视。目前中风后失眠的治疗主要依赖药物,而药物长期摄入所带来的如嗜睡、意识迟缓、记忆力下降等不良反应,给患者疾病康复及尽早回归社会带来了障碍。研究^[4]表明,针灸结合中药治疗中风后失眠疗效甚佳。本研究采用针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后肝火扰心型失眠,取得显著疗效,现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2021年10月至2023年3月佛山市中医院针灸科、神经内科门诊及住院部就诊的60例明确诊断为中风后肝火扰心型失眠的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组和对照组,每组各30例。本研究符合医学伦理学要求并通过医院医学伦理委员会的审核批准。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准

参照《中国脑血管病防治指南》^[5]中有关中风的诊断标准拟定。并经临床影像学(头颅CT或MRI)检查证实局部有出血或缺血灶。

参照《中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)》^[6]中有关无器质性病变失眠的诊断标准拟定。

①失眠:主要以难入睡、睡眠浅、易醒、多感疲乏、不适或白天犯困等;②具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念;③对睡眠时间和睡眠质量的不满所引起一些苦恼或社会功能受损表现;④失眠每周发生至少3次,并已持续3周以上。

1.2.2 中医辨证标准

参照《中医内科学》^[7]中有关不寐症肝火扰心证型的辨证标准拟定。轻者入睡难或睡而易醒,醒后不易睡,连续3周以上,重者彻夜不眠,常伴有急躁易怒,头晕胀痛,口干口苦,便秘溲赤,舌质红、苔黄,脉弦数。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②近6个月有脑卒中病史,并能提供相关诊断报告或影像学资料;③年龄 ≤ 70 岁;④无认知功能障碍;⑤依从性好,能按照本研究要求完成治疗并填写相关量表;⑥自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①合并有心肝肾功能严重不全的患者;②合并有严重凝血功能障碍的患者;③妊娠或哺乳期妇女;④施术部位皮肤有破溃的患者;⑤无法耐受针灸治疗或曾出现晕针情况的患者;⑥无法配合完成相关量表填写的患者;⑦依从性差,未按规定进行治疗,或自行使用其他治疗方法的患者;⑧严重的精神类药物依赖的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

给予龙胆泻肝汤加减方口服治疗。龙胆泻肝

汤加减方处方组成:甘草5g、车前子10g、柴胡10g、郁金10g、黄连10g、当归10g、龙胆草10g、合欢皮12g、夜交藤12g、山栀子15g、酸枣仁15g、黄芩15g、知母15g、生地黄20g。大便秘结者加用大黄;口苦发酸者加用旋覆花、海螵蛸;阴虚者加用麦冬。每日1剂,早晚分服,连续服用4周^[8-9]。

1.5.2 观察组

在对照组治疗的基础上,给予针刺鬼穴治疗。针具:选用一次性无菌针灸针(苏州针灸用品有限公司),规格选用0.30mm $\times$ 40mm、0.40mm $\times$ 50mm或0.30mm $\times$ 75mm的毫针。取穴:参照孙思邈十三鬼穴选取少商(双)、隐白(双)、大陵(双)、申脉(双)、风府、颊车(双)、承浆、劳宫(双)、上星、曲池,考虑到方便实际操作以及患者的配合情况,舍弃了人中、会阴、海泉三穴。行针操作手法参照《针灸大成》中所述:“首针水沟,次针少商,三针隐白,四针大陵……”,依法按次序针刺。双侧穴位先右边后左边,快速进针,其中上星向后平刺15mm,风府沿下颌方向直刺10mm,少商、隐白浅刺2mm,承浆向上斜刺9~10mm,颊车、大陵、劳宫、申脉直刺9~15mm,曲池直刺20~30mm,行平补平泻^[10],留针30min。每天1次,每周5次,连续治疗4周。

1.6 观察指标

1.6.1 睡眠质量评估

采用匹兹堡睡眠质量指数评分(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)分别于治疗前后评估2组患者的睡眠质量。该量表由主观睡眠质量、入睡时间、入睡效率、睡眠时间、睡眠障碍、日间功能等方面进行综合评定。总分为0~21分,得分越高,代表睡眠质量越差^[11]。

1.6.2 睡眠障碍程度评估

采用阿森斯失眠量表(AIS)评分分别于治疗前后评估2组患者的睡眠障碍情况。该量表共8个条目,每条从无到严重分为0~3级评分,得分越高,代表睡眠障碍越严重。总得分在0~24分之间。AIS总评分 < 4 分为无睡眠障碍;AIS总评分4~6分为可疑失眠;AIS总评分 > 6 分为失眠。

1.6.3 抑郁程度评估

采用抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)评分法分别于治疗前后评估2组患者的抑郁程度。该量表共包括20个项目,分4个等级评

分。分值越高,代表抑郁程度越严重。观察2组患者治疗前后SDS评分的变化情况。

1.7 疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[12]根据PSQI评分的改善进行疗效的评估。疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。治愈: 75% ≤ 疗效指数 ≤ 100%; 显效: 50% ≤ 疗效指数 < 75%; 有效: 25% ≤ 疗效指数 < 50%; 无效: 疗效指数 < 25%。总有效率 = (治愈例数 + 显效例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 25.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较

观察组30例患者中,男14例,女16例;年龄33 ~ 69岁,平均(50.70 ± 10.20)岁;病程212 ~ 541 d,平均(376.00 ± 164.00)d。对照组30例患者中,男15例,女15例;年龄35 ~ 67岁,平均(50.13 ± 9.93)岁;病程201 ~ 556 d,平均(393.00 ± 157.00)d。2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 2组患者治疗前后PSQI评分比较

表1结果显示:治疗前,2组患者PSQI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者PSQI评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善PSQI评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组中风后肝火扰心型失眠患者治疗前后PSQI评分比较

Table 1 Comparison of PSQI scores between the two groups of patients with liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	例数/例	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
观察组	治疗前	30	2.56 ± 0.64	2.51 ± 0.56	2.61 ± 0.58	2.73 ± 0.48	2.39 ± 0.51	2.59 ± 0.44
	治疗后	30	0.92 ± 0.64 ^{①②}	0.94 ± 0.68 ^{①②}	1.09 ± 0.66 ^{①②}	1.01 ± 0.72 ^{①②}	1.16 ± 0.71 ^{①②}	1.10 ± 0.63 ^{①②}
对照组	治疗前	30	2.75 ± 0.66	2.48 ± 0.50	2.58 ± 0.64	2.66 ± 0.51	2.46 ± 0.55	2.71 ± 0.49
	治疗后	30	1.64 ± 0.74 ^①	1.74 ± 0.59 ^①	1.68 ± 0.67 ^①	1.77 ± 0.58 ^①	1.69 ± 0.68 ^①	1.66 ± 0.71 ^①

注:① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

2.3 2组患者治疗前后AIS评分比较

表2结果显示:治疗前,2组患者AIS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的AIS评分均明显改善($P < 0.05$),且观察组

在改善AIS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 2组患者治疗前后SDS评分比较

表3结果显示:治疗前,2组患者SDS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组

表2 2组中风后肝火扰心型失眠患者治疗前后AIS评分比较

Table 2 Comparison of AIS scores between the two groups of patients with liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	13.50 ± 3.10	6.23 ± 2.76 ^{①②}
对照组	30	12.86 ± 3.85	9.60 ± 2.45 ^①

注:① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

表3 2组中风后失眠患者治疗前后SDS评分比较

Table 3 Comparison of SDS scores between the two groups of patients with liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数/例	治疗前	治疗后
观察组	30	50.24 ± 5.67	32.88 ± 7.39 ^{①②}
对照组	30	50.88 ± 4.92	37.55 ± 8.21 ^①

注:① $P < 0.05$,与同组治疗前比较;② $P < 0.05$,与对照组治疗后比较

患者的SDS评分明显改善($P<0.05$),且观察组在改善SDS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2.5 2组患者临床疗效比较

表4结果显示:观察组的总有效率为86.66%(26/30),对照组为76.66%(23/30)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。

表4 2组中风后肝火扰心型失眠患者临床疗效比较
Table 4 Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with liver-fire disturbing the heart type of post-stroke insomnia [例(%)]

组别	例数/例	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	8(26.66)	13(43.33)	5(16.66)	4(13.33)	26(86.66) ^①
对照组	30	4(13.33)	10(33.33)	9(30.00)	7(23.33)	23(76.66)

注:① $P<0.05$,与对照组比较

3 讨论

中风后失眠是指在脑血管意外发生后出现的睡眠障碍综合征,失眠患者睡眠情况的质和(或)量无法满足人的日常工作和情绪需求,其主要表现形式为入睡困难、睡眠维持障碍及早醒三大方面^[13-14]。失眠产生的机制复杂,目前过度觉醒机制被认为是导致失眠的主要因素之一。研究表明,过度觉醒的生理机制与中枢神经系统(CNS)、自主神经系统(ANS)以及下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)存在密切的联系,失眠患者的生理和精神的紧张性较常人均有不同程度的增高。有学者^[15]通过多次睡眠潜伏期测试(multiple sleep latency test, MSLT)发现,患有睡眠障碍的患者在日间的警觉性测试中会长期保持警惕,并且在夜间睡眠时高频脑电图活动升高。研究^[16-17]证明,失眠与自主神经功能异常有密切关系,心率变异性为体现自主神经功能的重要指标。研究^[18]发现,在耳部电刺激迷走神经可以显著提高心率变异性。随着年龄升高,失眠症发生率也随之提高,65岁及以上的老年人患有睡眠障碍者可达23.3%以上。脑血管意外概率同样与年龄呈正相关,中风发病后所引起的情绪紧张、焦虑、注意力高度集中以及住院期间环境改变使得罹患失眠的概率大大增加。目前,临床治疗失眠症多口服苯二氮卓类药物,但其药物本身具有耐药性、成瘾性,长期服用后患者多出现症状加重以及无法控制等情况,停药后甚或出现反跳性的失眠,且服药期间多存在嗜睡、昏沉、记忆力下降等副作用^[19-20]。

失眠属于中医学“不寐”“不得眠”“不得卧”“目不瞑”等范畴。《黄帝内经》中指出失眠

的基本病机为“营卫失和”“阴阳失调”“阳盛而不入阴”,故“昼不精,夜不瞑”。《灵枢·本神》中提到“心主神明”“心主神”。《素问·灵兰秘典论》中言“心者,君主之官也,神明出焉”,足见中医学认为思想中心与神志病关系密切。《灵枢·本神》记载“所以任物者谓之心”,使自己的身体随心所欲地变化,去掌控自己的身体和精神,不寐者非不喜寐,非碌不得眠,辗转反侧,夜以继日,实则心不受控,阳不入阴故也,为心主神志之功能失常。而基于中医整体观念,失眠与五脏皆有关系。研究指出,现代高强度的工作、社会生活以及突发变故容易使人紧张、焦虑,因而导致肝气瘀滞,肝失疏泄,则心主血脉无肝气相助,则心气受损,同时,肝气郁久化火,火多炎上滋扰心神而致不寐^[21-22]。本研究中所用龙胆泻肝汤是中医经典方剂,出自《医方集解》,以苦寒的龙胆草为君药,配伍黄连、黄芩、地黄、知母等清热滋阴药物,佐以酸枣仁、夜交藤、合欢皮等安神药,可驱下焦湿热,清肝胆实火,治疗肝火扰心型失眠,具有确切的疗效。十三鬼穴出自唐代名医孙思邈所著《千金要方》中,其云:“扁鹊曰:百邪所病者,针有十三穴也,凡针之体,先从鬼宫起,次针鬼信,便至鬼垒,又至鬼心,未必须并针,止五六穴即可知矣。”古时人们多认为神志病乃妖鬼精怪作祟,而十三鬼穴为治疗神志病之要穴,可驱散邪魅,依次针之,妖鬼无踪,故此而得名。选取鬼穴之中特定的穴位进行针刺,不仅可以发挥传统中医针灸的疏通经络,调理气血的功效,更增添了宁心安神、醒神开窍的作用,对于传统失眠以及中风后失眠的患者,均

有显著的疗效。现代医学研究也表明,针刺鬼心,即大陵穴,可降低患者的交感神经功能活动性,调节患者的心脏自主神经功能以及激活神经中枢端脑皮质治疗精神神志疾病的作用^[23-25]。本研究考虑到部分穴位针刺较为困难,中风后患者配合度较低,完成难度高,故选用鬼信(少商)、鬼垒(隐白)、鬼心(大陵)、鬼路(申脉)、鬼枕(风府)、鬼床(颊车)、鬼市(承浆)、鬼窟(劳宫)、鬼堂(上星)、鬼腿(曲池)共十个穴位,分布于人体头部、四肢,其中,头部4个,上肢4个,下肢2个,分别于人体上下前后左右对称分布,体现了局部选穴与远端选穴的综合思路,构成了平衡阴阳的立体结构,对于阴阳失衡的失眠患者起到平衡阴阳、潜阳入阴之用。

本病好发于中老年人群,因为随着年龄的增长,松果体分泌褪黑素减少,导致睡眠调节能力下降,且中老年人群多患有基础疾病,如高血压、高血脂、糖尿病等,血液流速缓慢,另外现代社会生活压力大,这些因素都会增加失眠的发生几率。长期的失眠会使患者疲惫、紧张、焦虑,日间没有充足的精力去工作生活,长期以往会导致狂躁、抑郁等不良情绪,睡眠的充足与否与自身情绪状态息息相关。

本研究结果表明,治疗后,2组患者PSQI评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善PSQI评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的AIS评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善AIS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,2组患者的SDS评分明显改善($P < 0.05$),且观察组在改善SDS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组的总有效率为86.66%(26/30),对照组为76.66%(23/30)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究采用针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后失眠,结果表明,针刺结合龙胆泻肝汤能明显提高患者主观的睡眠质量,缩短入睡所需的时间,提高入睡效率及睡眠时间,改善日间功能,对可能伴随的抑郁情绪起到了较好的良性调节作用,且无不良反应,临床疗效优于单纯龙胆泻肝汤治疗。但基于本研究为小样本随机对照研究,且没有设置长期随访以明确远期疗效,故仅可作为针

药结合治疗失眠以及选穴方案的思路拓展,鬼穴治疗失眠的确切疗效需要更多的研究作为有力临床证据补充。

综上所述,针刺鬼穴结合龙胆泻肝汤治疗中风后肝火扰心型失眠,可明显改善患者睡眠障碍症状,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用和深入研究。

参考文献:

- [1] 官需钰,徐友华. 针灸治疗中风后遗症偏瘫研究进展[J]. 按摩与康复医学, 2022, 13(5): 64-69.
- [2] 徐永亦,林咸明. 调神六穴加眠三针刺法治疗肝火扰心型原发性失眠临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(3): 151-153.
- [3] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 115.
- [4] 谷婷,王东,柯增辉,等. 孙思邈十三鬼穴联合开天门治疗脑卒中后轻中度抑郁症临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(5): 5-9.
- [5] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 31-39.
- [6] 张鹏,李雁鹏,吴惠涓,等. 中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- [7] 余小萍,方祝元. 中医内科学[M]. 3版. 上海: 上海科学技术出版社, 2018: 25.
- [8] 吕改兰. 龙胆泻肝汤治疗对肝火扰心型失眠患者临床效果及睡眠质量的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(10): 34-37.
- [9] 涂媚. 龙胆泻肝汤加减治疗失眠症的效果研究[J]. 中医临床研究, 2017, 9(28): 82-84.
- [10] 谷婷,王瑞辉,吴涛,等. 针刺十三鬼穴联合开心散治疗围绝经期轻度抑郁症疗效观察[J]. 中国针灸, 2020, 40(3): 267-271.
- [11] 刘志喜,石倩萍,杨洪霞,等. 匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人群中的信效度评价[J]. 汕头大学医学院学报, 2020, 33(3): 173-176.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-104.
- [13] 李正萍,宋海庆. 卒中后失眠的非药物治疗临床研究现状和展望[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(4): 278-282.
- [14] 张鹏,赵忠新. 《中国成人失眠诊断与治疗指南》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2013, 13(5): 363-367.
- [15] 赵文瑞,李陈渝,陈军君,等. 睡眠障碍与过度觉醒: 来自静息态脑电和睡眠脑电的证据[J]. 中国科学: 生命科学, 2020, 50(3): 270-286.
- [16] 吴灿,邓行行. 血府逐瘀汤联合温针灸治疗寒凝血瘀型无先兆偏头痛42例[J]. 国医论坛, 2020, 35(6): 31-33.
- [17] JURYSTA F, LANQUART J P, SPUTAELS V, et al. The impact of chronic primary insomnia on the heart rate: EEG variability link[J]. Clin Neurophysiol, 2009, 120(6): 1054-

- 1060.
- [18] 赵亚楠, 李少源, 李素霞, 等. 经皮耳穴-迷走神经电刺激对原发性失眠患者夜间自主神经功能的影响[J]. 中国针灸, 2022, 42(6): 619-622.
- [19] 黄霞, 栗胜勇, 陈舒, 等. 健脾调神法针灸治疗中风后失眠的临床疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(9): 1943-1946.
- [20] 苟永鹏, 张筱微, 孙少卫, 等. 失眠症中西医结合治疗进展综述[J]. 中国疗养医学, 2022, 31(5): 483-491.
- [21] 刘季元, 乔树真, 宋芬芬, 等. 陕西省名中医乔树真教授治疗肝郁化火型失眠的用药规律研究[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(1): 102-105.
- [22] 张兰坤, 过伟峰, 盛蕾, 等. 刍议从肝论治失眠症的思路与方法[J]. 世界睡眠医学杂志, 2019, 6(8): 1051-1053.
- [23] 高宇飞, 万裕萍, 徐晓. 针刺十三鬼穴治疗中风后失眠的临床观察[J]. 湖北中医杂志, 2009, 31(5): 24-25.
- [24] 宋慧丹. 针刺大陵穴对脑梗死患者心率变异性的影响[D]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2017.
- [25] 陈鹏. 针刺大陵穴治疗精神神志疾病的功能磁共振机理研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2007.

【责任编辑: 宋威】

针刺联合康复训练治疗脑卒中后偏瘫的回顾性研究

李林虹, 魏巍, 邢福禧

(海口市人民医院中南大学湘雅海口医院, 海南海口 570311)

摘要:【目的】分析针刺联合康复训练治疗脑卒中后偏瘫的临床疗效。【方法】采用回顾性研究方法, 选取2021年1月至2023年1月在海口市人民医院中南大学湘雅海口医院就诊的121例脑卒中后偏瘫的患者, 根据是否进行针刺治疗分为对照组和针刺组, 对照组59例给予常规的康复训练方法治疗, 针刺组62例在常规康复治疗的基础上增加针刺治疗, 疗程均为1个月。观察2组患者治疗前后的中医证候积分的变化情况, 以及脑血管阻力值包括颈动脉平均血流量(Qmean)、平均血流速度(Vmean)、脑血管床特性阻抗(Zc)、血管外周阻力(R)的情况, 比较2组患者治疗前后卒中影响量表(SIS)、神经功能缺损程度量表(CSS)以及Fug-Meyer运动功能量表(FMA)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)针刺组总有效率为93.55%(58/62), 对照组为79.66%(47/59)。针刺组疗效优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的各项中医证候积分及总积分均明显改善($P < 0.05$), 且针刺组在改善中医证候积分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的脑循环动力学参数均明显改善($P < 0.05$), 且针刺组在改善脑循环动力学参数方面明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗后, 2组患者的SIS、CSS、FMA评分均明显改善($P < 0.05$), 且针刺组在改善SIS、CSS、FMA评分方面明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】针刺治疗脑卒中后偏瘫疗效显著, 其疗效优于单纯常规康复训练。

关键词: 针刺; 脑卒中后偏瘫; 康复训练; 中医证候积分; 脑血管阻力

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2024)03-0683-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2024.03.024

收稿日期: 2023-08-25

作者简介: 李林虹(1985-), 女, 主治医师; E-mail: lilinhong027@163.com