

引用:郭会,石彧,孙丕云,等.“头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗患者失眠的疗效评价及中医证型演变规律[J].陕西中医药大学学报,2023,46(5):99-103.

# “头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗患者失眠的疗效评价及中医证型演变规律<sup>\*</sup>

郭会 石彧<sup>\*\*</sup> 孙丕云 游兴信 白旭鹤 梁艳艳  
(柳州市中医医院,广西 柳州 545001)

**摘要:**目的 探讨“头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗患者失眠的疗效及中医证型演变规律。方法 选取2017年1月—2019年6月,柳州市中医医院肿瘤科住院部收治的138例恶性肿瘤化疗失眠患者,以匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index,PSQI)、阿森斯失眠量表(Athens insomnia scale,AIS)评分为指标,观察及分析“头皮花针”治疗前后患者的疗效,通过聚类分析明确中医证型分布规律。结果 恶性肿瘤化疗失眠患者经“头皮花针”治疗后PSQI、AIS评分明显下降,以心脾两虚证患者更为显著,差异有统计学意义( $P<0.05$ );经治疗后该证型减少,脾虚湿困证占主要分布,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 “头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗患者失眠有一定疗效,心脾两虚证疗效更为显著,治疗后中医证型有所改变,对临床综合治疗有指导意义,为进一步研究“头皮花针”的疗效及机制提供思路。

**关键词:**头皮花针;肿瘤化疗;失眠;中医证型演变  
**中图分类号:**R273      **文献标识码:**A      **文章编号:**2096-1340(2023)05-0099-05  
**DOI:**10.13424/j.cnki.jscetcm.2023.05.016

化疗是恶性肿瘤的高效治疗手段之一,在减轻肿瘤患者负荷方面占据不可动摇的地位<sup>[1]</sup>。失眠是肿瘤患者常见并发症之一,特别对于化疗患者,其发生率高达54.72%<sup>[2]</sup>。失眠,指睡眠发生或出现障碍,睡眠质量不能满足人体生理需要,进而影响生活及健康,严重者可出现抑郁、焦虑、恐惧心理,并导致患者精神活动效率下降<sup>[3]</sup>。古人对失眠有所研究,其病因病机归纳起来为阴阳功能失调,气机失调,清窍失养,阳不入阴,阴阳之气不相顺接,现代仍有研究认为阳不入阴为其基本病机<sup>[4]</sup>。西医治疗方法虽短期有效,但存在药物依赖及副反应,治疗具有局限性<sup>[5]</sup>,而针灸在临床治疗中展现出一定优势。基于失眠的病因病机,本研究组研究出“头皮花针”这种新型针灸疗法,以其优化的针刺操作和显著的临床疗效给恶性肿瘤化疗失眠患者带来希望<sup>[6-8]</sup>。本研究通过对2017年1月—2019年6月柳州市中医医院肿瘤科

住院部138例恶性肿瘤化疗失眠患者进行观察,探讨其临床疗效及中医证型演变规律,具体介绍如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 2017年1月—2019年6月肿瘤科住院的恶性肿瘤化疗失眠患者138例,其中男性65人,女性73人,男女之比约0.9:1.0,年龄30~72岁之间;乳腺癌35例,肺癌38例,结直肠癌30例,肝癌15例,胃癌5例,鼻咽癌15例。患者性别、年龄、及病种等基本资料经统计学处理差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 中医诊断标准**<sup>[9]</sup> 轻者入睡困难或睡而易醒,醒后不易再睡,重者彻夜难眠,常伴有头昏、头痛、健忘、多梦、心悸等症状,无妨碍睡眠的其他器质性病变和诱因。

**1.2.2 中医辨证分型标准**<sup>[9]</sup> ①脾虚湿困型:症

<sup>\*</sup> 基金项目:广西壮族自治区中医药管理局自筹经费科研课题(GXZY20210085)  
<sup>\*\*</sup> 通讯作者:石彧,副主任医师。E-mail:287011297@qq.com

见入睡难,寐而不实,头重身困,胸闷不舒,纳差少食,恶心呕吐,舌淡苔白腻,脉濡缓;②肝胃不和型:症见烦躁不眠,情志不畅,两胁及胃脘胀痛,呃逆暖气,呕吐吞酸,纳呆,舌苔白腻,脉弦滑;③心胆气虚型:症见虚烦不眠,多梦易醒,心悸胆怯,遇事善惊,气短倦怠,舌淡,脉弦细;④心阴亏虚型:症见白天昏昏欲睡,夜间烦躁难眠,潮热,盗汗,五心烦热,多梦,口燥咽干,舌红少苔,脉细数;⑤心脾两虚型:症见面色萎黄或苍白,心悸气短,自汗乏力,纳差呕吐,夜间辗转反侧,难以入眠,或易惊易醒,噩梦连连,大便稀溏,舌质淡苔薄白,脉细无力。

**1.2.3 西医诊断标准<sup>[10]</sup>** 恶性肿瘤化疗患者伴有失眠,同时满足以下四点即可诊断:①主诉或是入睡困难,或是难以维持睡眠,或是睡眠质量差;②睡眠紊乱每周至少发生三次并持续一个月以上;③日夜专注于失眠,过分担心失眠的后果;④睡眠量和/或质的不满意引起了明显的苦恼或影响了社会及职业功能。

**1.3 纳入标准** ①病理诊断为恶性肿瘤化疗后失眠的患者,符合上述西医、中医诊断标准;②病理诊断为恶性肿瘤患者,行规范化学药物治疗至少一周,其体力状况评分在1~3分;③阿森斯失眠量表(Athens insomnia scale, AIS)评分在4分以上;④年龄在18~80岁之间;⑤愿意参与该临床试验,并签署患者知情同意书。

**1.4 排除标准** ①各种精神类疾病导致的继发性失眠;②严重的肝、肾、心、脑功能不全,失代偿肺功能不全或合并其他系统严重疾病;③哺乳期或妊娠期妇女;④因精神类药物滥用或恶性酗酒导致的失眠患者;⑤无法判定疗效者。

## 1.5 方法

**1.5.1 治疗方法** 治疗前对纳入患者进行中医辨证分型并记录,后行“头皮花针”治疗。治疗操作要求如下:主穴—百会、囟会、神庭、印堂,次穴—双侧头临泣、双侧正营、双侧太阳穴,其中百会、囟会、神庭、双侧头临泣以穴位为基点,左右交叉进针,其他穴位为单针单刺,共10穴15刺;进针为浅刺,进针深度小于0.5寸,而非平刺、深刺;进针方式左右、交叉进针。每日治疗一次,每次治疗留针

时间为40 min,留针期间行针3次,连续治疗7 d。

**1.5.2 聚类分析** 分别在“头皮花针”治疗前后对患者证型进行聚类分析。将中医证候分为5类并确定其构成要素。第一类:脾虚湿困证,具备头重身困,胸闷不舒,纳差少食,恶心呕吐,苔白腻5个变量为主要四诊信息。第二类:肝胃不和证,具备情志不畅,两胁及胃脘胀痛,呃逆暖气,呕吐吞酸,纳呆,脉弦滑6个变量为主要四诊信息。第三类:心胆气虚证,具备虚烦不眠,多梦易醒,心悸胆怯,气短倦怠,脉弦5个变量为主要四诊信息。第四类:心阴亏虚证,具备潮热,盗汗,五心烦热,口燥咽干,舌红少苔5个变量为主要四诊信息。第五类:心脾两虚证,具备面色萎黄,心悸气短,自汗乏力,大便稀溏,脉细无力5个变量为主要四诊信息。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 治疗前后对所有患者聚类分析进行辨证分型** 所涉及的中医疗症和体征,按出现频率、强度和持续时间分为4级:症状无计0分,偶有或不明显计1分,经常有或明显计2分,不间断或明显难忍计3分;舌脉按有无积分:出现计1分,不出现或无计0分。

**1.6.2 治疗前后分别测定各证型患者匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)<sup>[11]</sup>和AIS<sup>[12]</sup>评分** ①PSQI评分:分别从睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能等维度进行评分,每个维度均采用0~3分的4级评分法,累积各维度得分为PSQI总分,得分与睡眠质量呈负相关。每例患者测评时间在5~10 min,均由专人负责PSQI的评估及记录。②AIS评分:量表从入睡时间、夜间苏醒、比期望值的时间早醒、总睡眠时间、总睡眠质量、白天情绪、白天身体功能、白天思睡8个维度进行评估。总分在0~24分,得分<4分,为无睡眠障碍;得分在4~6分,为可疑失眠;得分>6分,则为失眠,得分与患者的睡眠质量呈反比。

**1.7 统计学方法** 分别将“头皮花针”治疗前后的四诊资料变量输入SPSS 20.0建立数据库,根据中医诊断辨证理论,分析出患者的中医证型,确定各证型的分布情况及治疗前后疗效情况。计数资料用百分数表示,行 $\chi^2$ 检验,理论频数<1则采用

Fisher 确切概率法;计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内和组间比较分别采用配对  $t$  检验和独立样本  $t$  检验,取  $\alpha = 0.05$  为检验水准。

## 2 结果

**2.1 治疗前后各证型分布比率比较** 结果显示,65 例患者为心脾两虚证,肿瘤化疗患者失眠主要

以心脾两虚证为主,占有所有患者 47.1%,五证型组间比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,心脾两虚证患者明显减少,脾虚湿困证患者增多,占有所有患者 42.8%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),治疗前与治疗后证型分布比率经卡方检验有统计学差异( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 “头皮花针”治疗肿瘤化疗患者失眠前后证型分布例[ $n(\%)$ ]

| 组别       | 脾虚湿困证    | 肝胃不和证  | 心胆气虚证    | 心阴亏虚证    | 心脾两虚证    |
|----------|----------|--------|----------|----------|----------|
| 治疗前      | 20(14.4) | 5(3.6) | 33(23.9) | 15(10.9) | 65(47.1) |
| 治疗后      | 59(42.8) | 6(4.3) | 20(14.5) | 14(10.1) | 39(28.2) |
| $\chi^2$ |          |        |          |          | 29.067   |
| $P$      |          |        |          |          | 0.000    |

**2.2 治疗前后各证型 PSQI 评分比较** 结果显示,心脾两虚证患者经“头皮花针”治疗后 PSQI 评

分明显下降,睡眠质量明显提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )见表 2。

表 2 “头皮花针”治疗前后各证型 PSQI 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 脾虚湿困证            | 肝胃不和证            | 心胆气虚证            | 心阴亏虚证            | 心脾两虚证             |
|-----|------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|
| 治疗前 | 13.56 $\pm$ 2.11 | 14.23 $\pm$ 0.56 | 12.24 $\pm$ 1.25 | 14.89 $\pm$ 5.36 | 16.25 $\pm$ 0.23  |
| 治疗后 | 10.56 $\pm$ 2.34 | 11.23 $\pm$ 1.23 | 10.56 $\pm$ 2.23 | 10.23 $\pm$ 1.56 | 5.56 $\pm$ 2.36 * |

注:与同证型治疗前比,\* $P < 0.05$

**2.3 治疗前后各证型 AIS 评分比较** 结果显示,心脾两虚证患者经“头皮花针”治疗后 AIS 评分明

显下降,睡眠质量明显提高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )见表 3。

表 3 “头皮花针”治疗前后各证型 AIS 评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

| 组别  | 脾虚湿困证           | 肝胃不和证           | 心胆气虚证           | 心阴亏虚证           | 心脾两虚证             |
|-----|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| 治疗前 | 6.56 $\pm$ 1.01 | 5.03 $\pm$ 0.76 | 4.24 $\pm$ 2.25 | 5.82 $\pm$ 3.36 | 6.25 $\pm$ 0.53   |
| 治疗后 | 3.26 $\pm$ 1.14 | 4.23 $\pm$ 1.03 | 3.16 $\pm$ 1.23 | 4.23 $\pm$ 1.06 | 1.56 $\pm$ 1.26 * |

注:与同证型治疗前比,\* $P < 0.05$

## 3 讨论

有研究报道认为,肿瘤患者生活质量会在不良的睡眠质量作用下降低,化疗患者可能会在睡眠障碍的作用下发生感觉、行动能力障碍,还可能会有无助感产生,进而无法对肿瘤进行积极有效的治疗,使化疗等治疗手段无法进行<sup>[13-15]</sup>,因此,对化疗后患者失眠的治疗至关重要,改善失眠有益于降低肿瘤相关症状的严重程度<sup>[16]</sup>。

中医认为,失眠的病因病机归纳起来为阴阳功能失调,气机失调,清窍失养,阳不入阴,阴阳之气不相顺接所致。马海婷等<sup>[17]</sup>对失眠病机的探讨中进一步发现,人的睡眠与阴阳消长关系密切,整体来看,失眠为白天阳不出阴,精神疲惫、情绪低

落;夜晚阳不入阴多梦早醒,甚则彻夜难眠,即《内经》所提出的“昼不精,夜不瞑”状态。基于此病机,诸多研究由此展开,潘燕卿等<sup>[18]</sup>对 70 例肿瘤化疗失眠患者行宫调治疗,相对于常规治疗组,能显著提高患者睡眠质量。彭晓虹等<sup>[19]</sup>运用针灸治疗化疗后患者失眠,相较于艾司唑仑组,针灸能更好地改善肿瘤患者失眠症状且长期效果较好。吴作琳<sup>[20]</sup>使用调和阴阳法针灸治疗顽固性失眠,两组 PSQI 指数进行对比,观察组明显优于对照组,说明对顽固性失眠采取调和阴阳法针灸治疗效果理想,有助于改善症状,提高临床疗效。张彬彬等<sup>[21]</sup>使用针灸结合艾司唑仑片治疗慢性失眠,研究结果显示针灸结合艾司唑仑片治疗慢性失眠患

者的效果确切,可提高患者的平衡功能与日常生活能力,改善患者的大脑动脉血流速度及睡眠质量。

基于失眠病因病机,“头皮花针”较常规针灸有以下创新:①穴位选择:主穴一百会、囟会、神庭、印堂,四穴归于督脉,督脉为“阳脉之海”,主治脏腑病、颈及面口病及神志病,均主治失眠,具安神之功;次穴一双侧头临泣、双侧正营,二穴归于足少阳胆经,子午流注法中胆经为阳经,也是子午流注之始经,此时阳始入阴,夜始寐,故选用胆经之穴;辅穴一双侧太阳穴,此穴为经外奇穴,具安神之效。以上左右共15刺,以近部选穴为原则,正所谓“腧穴所在,主治所在”<sup>[22]</sup>。②进针深度—浅刺:卫气昼行于太阳、少阳、阳明三阳经,夜而行于三阴经而入肝、心、脾、肺、肾五脏,人始寐。不寐是卫气入阴不利,留滞阳分,以致阴阳不相交接的结果。《灵枢·大惑论》载:“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,不得入于阴则阴气盛,故目不瞑矣。”认为若邪阻三阳,阻碍卫气出入运行,则可出现不寐。以营卫分阴阳,则营为阴,卫为阳,以深浅分阴阳,则深为阴,浅为阳,故不寐者选用浅刺,进针深度小于0.5寸,而非平刺、深刺,引卫气由阳入阴,使阴阳之气得以顺接,故始寐。③进针方式—左右、交叉进针:《灵枢·口问》云:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽,而阳气盛,则寤矣。”提示“阴阳失交”是不寐发病的另一重要病机。《外台秘要》<sup>[23]</sup>曰:“虽复病后仍不得眠者,阴气未复于本故也。”《景岳全书》<sup>[24]</sup>曰:“真阴精血不足,阴阳不交,而神有不安其室耳。”两者认为阴虚不能敛阳,使阳气不得入于阴分,阴阳失和,阳浮越于外,致不寐。《黄帝内经》中“天地者,万物之上下,左右者,阴阳之道路”,左为阳,右为阴,“头皮花针”中正营、太阳选取左右两穴单刺,百会、囟会、神庭、头临泣四穴以穴位为基点左右交叉进针,使阴阳交合平衡,阴平阳秘则寐始安。

本课题组前期对“头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗失眠患者进行了临床观察,发现<sup>[25]</sup>“头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗失眠患者相较于对照组口服镇

静催眠药物,疗效相当,远期疗效更好,且不良反应发生率低。经过对肿瘤化疗失眠患者的长期临床观察<sup>[26]</sup>,显示其中医证型主要分为脾虚湿困证、肝胃不和证、心胆气虚证、心阴亏虚证、心脾两虚证。为了临床更好地应用“头皮花针”,提高其疗效,此研究对138例肿瘤化疗后失眠患者进行临床观察,并总结其证型变化规律,研究结果显示恶性肿瘤化疗后失眠患者经“头皮花针”治疗后PSQI、AIS评分明显下降;肿瘤化疗后失眠患者以心脾两虚证为多,治疗疗效以心脾两虚患者更为显著;经治疗后该证型分布减少,脾虚湿困证占主要,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。心脾两虚证证型分布减少,脾虚湿困证渐增,提示失眠患者由虚证逐渐转化为实证,可能与患者失眠改善后胃气渐复,进食较前增加,但脾胃运化尚未恢复相关。

本研究的不足之处在于样本量少,不能代表所有肿瘤化疗患者的证型变化,在今后的研究中需要针对某一证型进行单独研究,更好地观察证型的演变规律,以指导临床应对策略,为探讨“头皮花针”治疗恶性肿瘤化疗失眠机制提供基础,以期给更多患者带来福音。

#### 参考文献

- [1] Wang YT, Zhang RQ, Wang SF, et al. A systematic review and meta-analysis of integrated traditional Chinese medicine and Western medicine in treating glomerulosclerosis [J]. Medicine, 2021, 100(7): e24799.
- [2] 王万军, 李倩文, 刘娟, 等. 肿瘤化疗病人住院期间睡眠质量及影响因素调查分析[J]. 护士进修杂志, 2007(18): 1696-1697.
- [3] 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(2): 141-143.
- [4] 杨磊. 不寐病机“阳不入阴”的理论研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2022.
- [5] 李文涛, 于建春. 细胞因子诱导的杀伤性细胞联合消汤治疗放疗化疗肺癌患者60例近期疗效观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(4): 324-327.
- [6] 石戡, 王志祥, 李蓉. 头皮花针疗法治疗肿瘤化疗患者睡眠障碍的临床观察[J]. 中国医药指南, 2014, 12(14): 286-288.
- [7] 石戡. 头皮针治疗恶性肿瘤患者化疗后心脾两虚型失

- 眠临床观察[J]. 山东中医药大学学报, 2020, 44(2): 164-168.
- [8] 石彧, 王志祥, 郭会, 等. 头皮花针治疗肿瘤化疗后失眠患者的临床应用及其选穴规律与应用优越性实证研究[J]. 现代肿瘤医学, 2020, 28(3): 469-473.
- [9] 李杰, 林洪生. 《中药新药治疗恶性肿瘤临床研究技术指导原则》修订过程及解析[J]. 中国新药杂志, 2016, 25(16): 1833-1837.
- [10] 王善梅, 许允帅, 钱丽菊. ICD-11 精神、行为及神经发育障碍分类主要变化[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2020, 46(1): 43-45.
- [11] 张平, 杜文海. 匹兹堡睡眠质量指数的实际应用[J]. 疾病控制杂志, 2001(4): 318-320.
- [12] Okajima I, Miyamoto T, Ubara A, et al. Evaluation of Severity Levels of the Athens Insomnia Scale Based on the Criterion of Insomnia Severity Index [J]. International journal of environmental research and public health, 2020, 17(23): 8789.
- [13] 许春霞, 彭秋琴. 有氧运动对卵巢癌患者术后化疗间歇期睡眠质量的影响[J]. 齐鲁护理志, 2011, 17(6): 12-13.
- [14] 孙振晓, 于相芬, 孙波. 睡眠障碍与抑郁症关系的研究进展[J]. 国际精神病学杂志, 2008(2): 76-79.
- [15] 叶碧瑜, 苗国栋, 李烜, 等. 抑郁症患者睡眠障碍、梦魇与自杀倾向之间关系的研究进展[J]. 国际精神病学杂志, 2009, 36(2): 100-103.
- [16] 魏婷婷, 陈小岑, 侯云霞, 等. 肺癌化疗患者癌因性失眠及肿瘤相关症状调查研究[J]. 中国全科医学, 2015, 18(21): 2564-2567, 2572.
- [17] 马海婷, 仪凡, 王丽霞, 等. 阴阳分治理论对改善“昼不精, 夜不寐”失眠状态的探讨[J]. 湖北中医药大学学报, 2021, 23(4): 52-54.
- [18] 潘燕卿, 陈梅. 宫调对肿瘤化疗患者失眠的疗效观察[J]. 中国老年保健医学, 2016, 14(5): 34-35.
- [19] 彭晓虹, 张纪良, 宋建蓉, 等. 针灸治疗肿瘤患者失眠临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(6): 2409-2411.
- [20] 吴作琳. 调和阴阳法针灸治疗顽固性失眠的效果[J]. 内蒙古中医药, 2022, 41(6): 104-105.
- [21] 张杉杉, 宫军. 针灸结合艾司唑仑片治疗慢性失眠患者的效果分析[J]. 中国药物滥用防治杂志, 2022, 28(10): 1387-1391.
- [22] 杨思敏, 蒋凡, 鲁熹, 等. 基于“标本根结”探析针灸临床应用远近配穴的理论依据[J]. 中国民间疗法, 2022, 30(16): 7-10.
- [23] 王焘. 外台秘要[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1955.
- [24] 张景岳. 景岳全书精选[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1996.
- [25] 王志祥, 石彧, 邢晓娟, 等. 头皮花针治疗肿瘤化疗患者失眠的临床体会[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 255-256.
- [26] 石彧, 王志祥, 冯献斌, 等. 肿瘤化疗患者失眠的辨证论治[J]. 陕西中医, 2013, 34(2): 257.
- (修回日期: 2021-08-30 编辑: 蒲瑞生)