

疼痛。

综上,正骨手法治疗可有效缓解腰椎间盘突出患者 PTED 术后残留疼痛,改善腰部功能障碍,综合疗效高于非甾体抗炎止痛药,且无相关不良反应,值得临床推广。

参考文献

- [1] 张艳勇,张旭.经皮侧后路椎间孔镜下髓核摘除术对腰椎间盘突出症青少年患者术后疼痛程度改善及 JOA 评分的影响[J].中国疗养医学,2019,28(6):608-610.
- [2] 孙鹏飞,周铨,刘铎,等.从“骨错缝、筋出槽”理论探析腰椎间盘突出症椎间孔镜术后残余症状影响因素[J].辽宁中医杂志,2021,48(12):89-92.
- [3] 谢杨,肖勇,吴邦耀,等.椎间孔镜下脊神经后内侧支射频消融术治疗腰椎关节突关节源性腰痛的疗效[J].实用医学杂志,2017,33(6):949-953.
- [4] 中华医学会骨科学分会脊柱外科学组,中华医学会骨科学分会骨科康复学组.腰椎间盘突出症诊疗指南[J].中华骨科杂志,2020,40(8):477-487.

- [5] 孙兵,车晓明.视觉模拟评分法(VAS)[J].中华神经外科杂志,2012,28(6):645.
- [6] 杨虎,李鹏飞,贾楠,等.四种手术入路行椎间孔镜髓核摘除术治疗巨大型腰椎间盘突出症的比较研究[J].中国修复重建外科杂志,2020,34(3):300-307.
- [7] 莫华勇,李冠彦.中药内服联合脊柱局部正骨推拿治疗颈腰腿痛效果分析[J].深圳中西医结合杂志,2021,31(13):71-72.
- [8] BENZAKOUR T, IGOUMENOU V, MAVROGENIS AF, et al. Current concepts for lumbar discherniation[J]. Int Orthop, 2019, 43(4):841-851.
- [9] 陈国勇,谢恩,张振兴,等.单纯髓核摘除术治疗腰椎间盘突出症术后复发的多元影响因素分析[J].中国骨与关节杂志,2018,7(6):437-441.
- [10] 马长远.腰痛宁联合塞来昔布治疗老年腰椎间盘突出症的临床疗效[J].慢性病学杂志,2021,22(7):1074-1076.
- [11] 叶长青,张海林,张宝良.中药活血止痛酊中频导入联合推拿治疗腰椎间盘突出症血瘀证的临床研究[J].中医正骨,2016,28(9):27-29,34.

(编辑:张文娟 收稿日期:2023-08-08)

揞针治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床研究*

李晨帅 王亚雷[△]

摘要:目的 讨论揞针治疗小儿肠系膜淋巴结炎的临床疗效。方法 选取天津市北辰区中医医院 66 例小儿肠系膜淋巴结炎患儿,分为 2 组,对照组给予常规基础治疗,治疗组在对照组基础治疗上予揞针埋针双侧足三里,比较 2 组临床疗效。结果 治疗后 2 组患儿的淋巴结纵径、横径、中医证候积分均较治疗前改善,差异有统计学意义($P < 0.05$)。且治疗组 IL-6、PCT 水平、疾病疗效均优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组安全性比较,治疗组不良反应发生率少于对照组。结论 采用揞针足三里结合治疗小儿肠系膜淋巴结炎较单用抗生素更具有优势,且安全性好。

关键词:腹痛;小儿肠系膜淋巴结炎;揞针疗法;中医儿科学

doi: 10.3969/j.issn.1003-8914.2024.06.035 文章编号: 1003-8914(2024)-06-1159-05

小儿肠系膜淋巴结炎,主要以急性肠系膜淋巴结炎为主,是引起小儿急性腹痛的常见原因之一,临床上以脐周或右下腹痉挛性疼痛、恶心呕吐、腹泻,伴食欲欠佳等胃肠道症状为主要临床表现^[1]。现代医学多通过禁食、输液、口服抗生素等对症支持治疗,复发率较高,影响患儿正常学习和生活。中医学将其归为“腹痛”的范畴,小儿机体柔嫩、气血未盛,小儿胃肠黏膜极易受到反复刺激,严重影响小儿胃肠功能。中医外治法是中医学的重要组成部分,近年来针刺、艾灸、

推拿等中医特色外治疗法在临床应用治疗该病取得较好的疗效。笔者采用揞针足三里埋针结合治疗小儿肠系膜淋巴结炎,获得明显疗效,现将研究成果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1 月—2023 年 7 月天津市北辰区中医医院儿科门诊收治的 66 例肠系膜淋巴结炎患儿。依据随机数字表法,将患儿随机分为治疗组和对照组,各 33 例。其中治疗组男 15 例,女 18 例;平均年龄(6.88 ± 1.97)岁;平均病程(7.70 ± 2.49)d。对照组男 17 例,女 16 例;平均年龄(6.76 ± 2.32)岁;平均病程(7.79 ± 2.83)d。2 组患儿一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。见表 1。本研

* 基金项目:天津市卫生健康委员会中医中西医结合科研课题(No. 2021122)

作者单位:天津市北辰区中医医院儿科(天津 300400)

[△]通信作者: E-mail: wangyalei2006@163.com

究已取得医院伦理委员会批准。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参考《诸福棠实用儿科学》^[2]中有关肠系膜淋巴结炎的诊断标准:以腹痛为主要症状,表现为阵发性隐痛或痉挛性疼痛,部位不固定;可伴有发热、呕吐、腹泻或便秘等症状;白细胞计数升高或正常,病原学检测可在大便中培养出病原菌或分离出病毒;腹部彩色多普勒超声检查可见腹膜后淋巴结肿大,参考借鉴高频彩色超声鉴定结果:在 1 个区间中,肠系膜上存在 ≥ 3 个淋巴结声像,且最大长径 > 10 mm,而横径 > 5 mm,两者之间比例 > 2 ,淋巴结串珠形状或簇状排列,且血流增加^[3,4]。中医诊断标准参照《中医儿科学》^[5]腹痛乳食积滞证制定:腹部胀满不舒,脐周疼痛,按之痛甚,噎腐吞酸,或偶发呕吐,腹胀,大便秽臭,或腹痛欲泻,泻后痛减,或呕吐酸水,舌苔厚腻,脉滑。

1.3 纳入标准 ①具有急性肠系膜淋巴结炎临床症状,符合上述彩超诊断标准;②年龄 3~10 岁,男女均可,无严重心肝肾等全身器质性病变;③监护人认可,自愿签订知情同意书,参加本研究,并有良好的依从性。

1.4 排除标准 ①确诊为急性阑尾炎、急性胰腺炎、胃肠炎等其他急腹症;②合并严重并发症;③存在心、肝、肾等重要功能障碍;④合并肿瘤或自身免疫性疾病;⑤对本研究使用药物过敏。

1.5 治疗方法 对照组接受常规基础治疗,参照《诸福棠实用儿科学》^[2]治疗方案,给予头孢克肟颗粒[国药集团致君(深圳)制药有限公司,国药准字 H20020512,规格:50 mg],每次 3.0 mg/kg,计算给药量,每日 2 次,温开水冲服,必要时给予退热、止泻、补液等对症支持治疗。治疗组:在对照组基础治疗上予揸针埋针双侧足三里,7 d 为 1 个疗程。具体操作步骤与要求:施术前准备:①针具选择:清铃揸针(四川源泉医疗器械有限公司,国械注进 20162271259);②部位选择:双侧足三里穴;③体位选择:坐位或以患儿舒服的治疗体位为准则;④消毒:医者操作前七步洗手法洗手,并用 75% 乙醇在施术部位消毒,使用一次性皮内针。施术方法:选取足三里,施术者一手固定皮肤,另一手持镊子夹持针尾直刺入膂穴皮内,然后用透气防敏胶布直接覆盖、粘贴固定于局部,预防揸针脱落。每日按压胶布 2~3 次,每次 1~3 min,以患儿耐受为度,2 次间隔约 4 h,埋针时间夏季 1~2 d,其他季节 2

~3 d。注意事项:埋针部位持续疼痛时应出针,埋针期间局部发生感染应立即出针,并进行相应处理。

1.6 观察指标 ①淋巴结大小变化情况:所有患儿均于治疗前后接受腹部彩超检查,观察并记录肠系膜淋巴结的横径和纵径变化情况;②血清降钙素原(PCT)、白细胞介素-6(IL-6)水平:分别于治疗前后抽取患儿晨起空腹静脉血 3 ml,1500 r/min 离心处理后取上层血清,采用酶联免疫吸附法检测血清 PCT、IL-6 水平;③中医证候积分:参考《中医病证诊断疗效标准》^[6],对 2 组患儿治疗前后的腹痛、腹部压痛、舌脉等主症以及面色、食欲、恶心呕吐、腹胀、大便等次症进行评分;④不良反应:观察并记录 2 组治疗过程中不良反应发生情况,并填写不良事件表。

1.7 疗效判定标准 ①中医证候疗效判定标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]。其中,主症包含腹痛、腹部压痛、舌象、脉象;次症包含面色、食欲、恶心呕吐、腹胀等。临床痊愈:治疗后中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少 $\geq 95\%$;显效:治疗后中医临床症状、体征明显改善,证候积分减少 $\geq 70\%$, $< 95\%$;有效:治疗后中医临床症状、体征均有好转,证候积分减少 $\geq 30\%$, $< 70\%$;无效:治疗后中医临床症状、体征均无明显改善,证候积分减少 $< 30\%$ 。总痊愈率 = (临床痊愈 + 显效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。②疾病疗效判定标准:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]制定临床疗效评价标准。临床痊愈:临床症状消失,无腹痛,实验室相关指标恢复正常,腹部彩超显示肠系膜淋巴结在正常范围;显效:临床症状基本消失,腹痛基本缓解且无反复,无需使用解痉止痛药,实验室相关指标恢复正常,腹部彩超显示淋巴结较治疗前明显缩小;有效:腹痛缓解,中途可有 1~2 次疼痛反复,需要使用解痉止痛药,实验室相关指标变化幅度较小,腹部彩超显示淋巴结较治疗前缩小;无效:腹痛症状未缓解,每日必须使用解痉止痛药物,实验室相关指标无变化甚至有加重趋势,腹部彩超显示淋巴结同治疗前或增大。总痊愈率 = (临床痊愈 + 显效) 例数 / 总例数 $\times 100\%$ 。

1.8 统计学方法 本试验数据采用 SPSS 28.0 软件进行分析,计数资料以率(%)表示,用卡方检验或 Fisher 精确检验;计量资料以均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较,前后数据差值成正态分布时,予配对样本 t 检验,不成正态分布时,予配对样本秩和检验;组

间比较 2 组数据有 1 组及以上不成正态分布时,予独立样本秩和检验 2 组均成正态分布,同时满足方差齐时,予独立样本 t 检验,方差不齐时,予校正 t 检验;等级资料予秩和检验。结果以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义^[8]。

2 结果

2.1 2 组患儿淋巴结纵径 横径比较 2 组患儿治疗前后淋巴结大小变化比较 $P < 0.05$,说明 2 组治疗方

法均能有效缩小淋巴结纵径、横径;治疗后组间比较, $P > 0.05$,说明 2 组治疗方法在缩小淋巴结纵横径方面,疗效相当。见表 1。

2.2 2 组患儿 IL-6 PCT 比较 2 组患儿治疗前后 IL-6、PCT 水平比较 $P < 0.05$,说明 2 组治疗均能降低患儿的 IL-6、PCT 等炎性指标,治疗后组间比较, $P < 0.05$,说明治疗组在降低 IL-6、PCT 水平方面优于对照组。见表 2。

表 1 2 组患儿淋巴结纵径 横径比较

(mm $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	淋巴结纵径	淋巴结横径
治疗组	33	治疗前	15.73 ± 3.02	6.45 ± 1.28
		治疗后	11.18 ± 2.31	5.30 ± 1.16
对照组	33	治疗前	16.42 ± 4.22	6.24 ± 1.39
		治疗后	11.52 ± 3.15	5.18 ± 0.98
Z 值 _{治疗组组内/对照组组内/组间治疗前/组间治疗后}			-4.97 / -4.99 / -0.78 / -0.25	-2.81 / -3.46 / -0.58 / -0.29
P 值 _{治疗组组内/对照组组内/组间治疗前/组间治疗后}			<0.001 / <0.001 / 0.435 / 0.800	<0.001 / <0.001 / 0.564 / 0.769

表 2 2 组患儿 IL-6 PCT 比较

(例 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	IL-6/(pg/ml)	PCT/(ng/ml)
治疗组	33	治疗前	4.83 ± 7.08	0.12 ± 0.16
		治疗后	1.54 ± 1.58	0.05 ± 0.23
对照组	33	治疗前	6.28 ± 8.97	0.29 ± 0.54
		治疗后	4.35 ± 4.81	0.09 ± 0.99
Z 值 _{治疗组组内/对照组组内/组间治疗前/组间治疗后}			-2.66 / -1.51 / -0.34 / -2.58	-2.67 / -2.66 / -0.54 / -2.03
P 值 _{治疗组组内/对照组组内/组间治疗前/组间治疗后}			0.008 / 0.142 / 0.731 / 0.01	0.008 / 0.008 / 0.590 / 0.042

2.3 2 组患儿中医证候积分比较 2 组治疗前后主症积分比较 $P < 0.01$,说明 2 组治疗均能有效减少患儿各项主症症状,治疗后各项主症组间比较,舌象、脉象差异无统计学意义,说明 2 组治疗在改善舌脉方面,效果相当,腹痛、腹部压痛积分比较,差异有统计学意义,说明治疗组

在改善腹痛、腹部压痛方面,明显优于对照组。见表 3。2 组治疗前后次症积分比较,差异有统计学意义,表明 2 组治疗均能有效改善患儿各项次症症状,治疗后各项次症积分组间比较,差异有统计学意义,说明在改善次症证候方面,治疗组优于对照组。见表 4。

表 3 2 组患儿主症积分比较

(分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	腹痛	腹部压痛	舌象	脉象	主症积分
治疗组	33	治疗前	2.15 ± 0.44	2.06 ± 0.43	2.12 ± 0.42	1.94 ± 0.50	8.27 ± 1.28
		治疗后	0.24 ± 0.44	0.36 ± 0.70	1.12 ± 0.42	0.94 ± 0.50	2.67 ± 1.43
对照组	33	治疗前	2.21 ± 0.42	2.27 ± 0.45	2.09 ± 0.29	1.88 ± 0.42	8.45 ± 1.15
		治疗后	1.06 ± 0.61	1.09 ± 0.68	1.06 ± 0.35	0.88 ± 0.42	4.09 ± 1.44
Z 值 _{治疗组组内/对照组组内}			-5.190 / -5.425	-5.533 / -5.380	-5.246 / -5.667	-5.745 / -5.745	-5.745 / -5.218
P 值 _{治疗组组内/对照组组内}			<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001
Z 值 _{组间治疗前/组间治疗后}			0.284 / -5.069	3.513 / -4.106	0.150 / -0.659	0.254 / -0.504	0.480 / -5.069
P 值 _{组间治疗前/组间治疗后}			0.594 / <0.001	0.061 / <0.001	0.698 / 0.510	0.614 / 0.614	0.488 / <0.001

2.4 2 组患儿中医证候疗效比较 2 组患儿中医证候疗效比较, $P < 0.01$, 差异有统计学意义, 且治疗组总痊愈率高于对照组。见表 5。

2.5 2 组患儿疾病疗效比较 2 组患儿疾病疗效比较, $P < 0.001$, 差异有统计学意义, 且治疗组总痊愈率优于对照组。见表 6。

表 4 2 组患儿次症积分比较 (分 $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	面色	食欲	恶心呕吐	腹胀	大便	次症积分
治疗组	33	治疗前	2.15 ± 0.36	2.15 ± 0.36	1.64 ± 0.74	1.48 ± 0.62	2.03 ± 0.53	9.45 ± 1.66
		治疗后	0.21 ± 0.42	0.39 ± 0.50	0.30 ± 0.47	0.33 ± 0.48	0.33 ± 0.48	1.58 ± 1.03
对照组	33	治疗前	2.06 ± 0.24	2.21 ± 0.42	1.36 ± 0.49	1.39 ± 0.61	2.12 ± 0.49	9.15 ± 1.54
		治疗后	0.48 ± 0.51	1.15 ± 0.57	0.55 ± 0.51	0.61 ± 0.61	1.21 ± 0.42	4.00 ± 1.68
Z 值 _{治疗组组内/对照组组内}			-5.596 / -5.179	-5.304 / -5.444	-5.131 / -5.196	-5.198 / -5.099	-5.203 / -5.477	-5.038 / -5.082
P 值 _{治疗组组内/对照组组内}			<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001	<0.001 / <0.001
Z 值 _{组间治疗前/组间治疗后}			1.416 / -2.307	0.401 / -4.747	1.977 / -1.977	0.488 / -1.866	0.507 / -5.809	0.763 / -5.449
P 值 _{组间治疗前/组间治疗后}			0.234 / 0.021	0.234 / <0.001	0.16 / 0.048	0.485 / 0.042	0.476 / <0.001	0.382 / <0.001

表 5 2 组患儿中医证候疗效比较 (例, %)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总痊愈率
治疗组	33	5(15.15)	20(60.01)	8(24.24)	0(0.00)	25(75.80)
对照组	33	0(0.00)	6(18.18)	26(78.79)	1(3.03)	6(18.18)
Z 值			-4.762			
P 值			<0.01			

表 6 2 组患儿疾病疗效比较 (例, %)

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总痊愈率
治疗组	33	6(18.18)	18(54.55)	9(27.27)	0(0.00)	24(72.70)
对照组	33	0(0.00)	8(24.24)	25(75.76)	0(0.00)	8(24.20)
Z 值			-4.125			
P 值			<0.001			

2.6 不良反应 治疗过程中, 对照组共发生不良反应 3 例, 其中发热 2 例, 皮疹 1 例; 治疗组共发生不良反应 1 例, 为局部皮疹, 不良反应总发生率低于对照组。

3 讨论

揞针, 又称揞钉型皮内针, 是临床儿科中皮内针的常见使用类型, 由于儿童患者针刺留针存在一定的困难, 揞针安全无痛, 方便活动的特点, 更适合于儿科使用, 其主要作用是给患儿皮肤以微弱而较长时间的刺激, 以达到防治的目的。中医理论认为, “肚腹三里留”是治疗胃肠疾病的经典用穴规律。足三里作为胃经合穴, 胃腑之下合穴, 为治疗小儿腹痛的常用穴位之一, 具有健脾和胃、调理气机的功效, 通过刺激足三里可健脾消积、升阳益胃。研究表明, 辨证应用足三里单穴治疗脾胃疾病应用广泛, 尤善于治疗腹痛、腹胀等相关疾病^[9]。

小儿肠系膜淋巴结炎多继发于急性上呼吸道感染或肠道感染之后, 儿童的淋巴系统尚未发育成熟, 病毒及其毒素沿血液循环到达远端回肠的淋巴区域淋巴结, 并停留于此, 易导致该病发生^[10, 11]。西医多以对症支持治疗为主, 但也存在着药物过敏、耐药及不良反应等不足, 而中医药诊疗具有成本低、见效快、不良作用小的独特优势, 因此, 中西医结合治疗诊疗目前在临床广泛应用。根据其症状, 可归属于“腹痛”范畴, 小儿腹痛多因寒热、饮食、情志、虫积等因素而引起, 病机则以不通则痛为要。《医宗金鉴》载“若父母过爱, 乳食无度, 则宿滞不消而疾成矣”。脾主运化, 其气主升, 胃主收纳, 其气主降。小儿脾常不足, 若乳食不节, 则脾胃受纳运化失职, 升降失调, 出现腹胀、腹痛、恶心、呕吐等症状, 故小儿腹痛以乳食积滞证较为常见, 同时, 因小儿肺常虚, 肺卫受邪, 宣发肃降失调, 下至大肠传导失司, 肠间积滞, 气机运行不畅, 不通则痛^[12]。中医外治法是中医学的亮丽瑰宝, 具有操作简便、不良作用小、依从性好、经济实用等优点, 足三里定位简单、易于操作, 且院内儿科临床应用揞针治疗儿童腹痛多年, 积累了丰富的临床经验及较好的口碑。因此, 本研究通过比较淋巴结大小的变化、症状改善以及降低炎症因子 IL-6、PCT 等指标, 进一步证实, 采用揞针足三里埋针配合抗生素方法治疗小儿肠系膜淋巴结炎较单用抗生素治疗更具有优势, 且安全性好。

总之, 揞针足三里埋针联合抗生素治疗小儿肠系膜淋巴结炎可显著改善患儿的临床症状, 降低患儿的炎症反应, 安全性较好, 值得在临床进一步推广应用。

参考文献

[1] 郭莹, 吴九思, 赵红霞, 等. 中医外治法治疗小儿肠系膜淋巴结炎研究进展[J]. 中国中西医结合儿科学, 2021, 13(3): 196-200.

- [2] 胡亚美,江载芳.诸福棠实用儿科学[M].7版.北京:人民卫生出版社,2002:1362-1363.
- [3] 孙微,姜薇,丁颖.儿童急性肠系膜淋巴结炎的高频超声诊断[J].中国中西医结合儿科学,2014,6(3):246-247.
- [4] 郭宁.高频超声在小儿肠系膜淋巴结炎中的诊断价值[J].临床合理用药杂志,2014,7(16):123-124.
- [5] 汪爱传.中医儿科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:95-96.
- [6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1~001.9-94[S].南京:南京中医药大学出版社,1994:79.
- [7] 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,2002:233-237.
- [8] 朱俏凝,梁粤萍.脾肾双补方治疗脾肾两虚型特发性矮小症临床观察[J].光明中医,2023,38(14):2734-2737.
- [9] 王宽宇,何岩涛,孔祥定,等.基于“肚腹三里留”理论探析足三里穴治疗术后胃肠功能紊乱的研究进展[J].针灸临床杂志,2019,35(10):98-101.
- [10] 李彦彦.胃肠安丸联合头孢克肟治疗小儿肠系膜淋巴结炎的疗效观察[J].中国现代药物应用,2022,16(18):136-138.
- [11] 梁锐,成莎.保济口服液治疗小儿肠系膜淋巴结炎临床研究[J].新中医,2020,52(12):110-112.
- [12] 张伟,赵凯赫,段晓征.小儿肠系膜淋巴结炎中西医研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2017,15(13):158-160.

(编辑:张文娟 收稿日期:2023-11-07)

眼针结合靳三针治疗围绝经期失眠临床观察*

张春运 孟琳 朱炜楷 王承明[△]

摘要:目的 观察眼针结合靳三针治疗围绝经期失眠的临床疗效。方法 60例围绝经期失眠患者随机分为治疗组和对照组,各30例。对照组采用常规针刺,治疗组采用眼针结合靳三针治疗,10次为1个疗程。观察2组匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分的变化情况,并评价临床疗效。结果 治疗组总有效率优于对照组($P < 0.05$)。治疗后2组PSQI评分均较治疗前降低,且治疗组睡眠质量、入睡时间、睡眠时间降低效果优于对照组($P < 0.05$);随访时,治疗组各项评分降低效果均优于对照组($P < 0.05$)。结论 眼针结合靳三针能有效改善围绝经期失眠患者的睡眠情况,具有更优的近、中期疗效。

关键词: 绝经前后诸证;围绝经期失眠;眼针疗法;靳三针针法

doi:10.3969/j.issn.1003-8914.2024.06.036 文章编号:1003-8914(2024)-06-1163-04

Eye Acupuncture Combined with Jin's Three-needle Therapy in the Treatment of Perimenopausal Insomnia

ZHANG Chunyun MENG Lin ZHU Weikai WANG Chengming[△]

(Department of Traditional Chinese Medicine, The First Affiliated Hospital of Dalian Medical University, Liaoning Province, Dalian 116000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of eye acupuncture combined with Jin's three-needle therapy in the treatment of perimenopausal insomnia. **Methods** Sixty patients with perimenopausal insomnia were randomly divided into treatment group and control group, with 30 cases in each group. The control group was treated with conventional acupuncture, and the treatment group was treated with eye acupuncture combined with Jin's three-needle therapy, 10 times for 1 course. The changes of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores in 2 groups were observed, and the clinical efficacy was evaluated. **Results** The total effective rate of treatment group was better than that of control group ($P < 0.05$). After treatment, the PSQI score of 2 groups was lower than before treatment ($P < 0.05$), and the sleep quality, falling asleep time and sleeping time of the treatment group were better than those of the control group ($P < 0.05$). During follow-up, the reduction of scores in the treatment group was better than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion** Eye acupuncture combined with Jin's three-needle therapy can effectively improve the sleep disorder of perimenopausal insomnia patients, and has better short-term and medium-term efficacy.

Key words: menopausal disorders; perimenopausal insomnia; eye acupuncture therapy; Jin's three-needle therapy

围绝经期是女性必经的生理阶段,在此期间失眠

的发病率可达40%~60%^[1],严重影响围绝经期女性的工作效率和生活质量^[2],也会引起患者焦虑抑郁等情绪问题,损害患者的心理健康,同时失眠也是多种慢性疾病的危险因素^[3],长期失眠使患者罹患其他疾病的风险大大提高。因而探索安全有效的治疗方法具有

* 基金项目:大连市医学科学研究计划项目(No.20Z12002)

作者单位:大连医科大学附属第一医院中医科(辽宁 大连 116000)

[△]通信作者: E-mail: 605779213@qq.com