

颈椎双平面牵引联合头皮花针治疗 气滞血瘀型颈源性失眠临床研究

李松^{1,2}, 史明¹, 张聃¹, 罗满¹, 黄纓兹²

1. 广西中医药大学附属国际壮医医院脊柱外科, 广西 南宁 530200; 2. 广西中医药大学, 广西 南宁 530200

〔摘要〕 目的: 观察颈椎双平面牵引联合头皮花针对气滞血瘀型颈源性失眠患者睡眠质量的影响。方法: 选取2022年8月—2024年8月于广西中医药大学附属国际壮医医院就诊的颈源性失眠患者60例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各30例。对照组采用常规西药联合传统颈椎单平面水平牵引治疗, 观察组采用颈椎双平面牵引联合头皮花针治疗。2组均治疗7天。评价2组临床疗效, 比较2组治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、颈椎功能障碍指数(NDI)评分、中医证候积分, 统计不良反应发生率和复发率。结果: 治疗后, 观察组总有效率为80.00% (24/30), 高于对照组53.33% (16/30) ($P < 0.05$)。治疗第2天、第7天, 2组PSQI各项评分及总分均较治疗前降低 ($P < 0.05$); 治疗第7天, 观察组PSQI睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、日间功能障碍评分及总分均低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗第2天、第7天, 2组NDI评分呈下降趋势 ($P < 0.05$); 治疗第7天, 观察组NDI评分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗第2天, 观察组中医证候积分低于治疗前 ($P < 0.05$)。治疗第7天, 2组中医证候积分较治疗前降低 ($P < 0.05$), 且观察组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为10.00% (3/30), 低于对照组33.33% (10/30) ($P < 0.05$)。6个月后随访, 观察组复发率为25.00% (6/24), 低于对照组62.50% (10/16) ($P < 0.05$)。结论: 颈椎双平面牵引联合头皮花针治疗气滞血瘀型颈源性失眠患者效果显著, 能改善颈源性失眠患者的睡眠质量, 改善颈椎功能。

〔关键词〕 颈源性失眠; 气滞血瘀型; 颈椎双平面牵引; 头皮花针; 睡眠障碍; 睡眠质量

〔中图分类号〕 R246.6 **〔文献标志码〕** A **〔文章编号〕** 0256-7415 (2026) 07-0058-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.07.010

Clinical Study on Biplanar Cervical Traction Combined with Scalp Cluster Acupuncture for Cervicogenic Insomnia of Qi Stagnation and Blood Stasis Type

LI Song^{1,2}, SHI Ming¹, ZHANG Dan¹, LUO Man¹, HUANG Yingzi²

1. Department of Spinal Surgery, International Zhuang Medicine Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530200, China; 2. Guangxi University of Chinese Medicine, Nanning Guangxi 530200, China

Abstract: **Objective:** To observe the effect of biplanar cervical traction combined with scalp cluster acupuncture on sleep quality in patients with cervicogenic insomnia of qi stagnation and blood stasis type. **Methods:** Sixty patients with cervicogenic insomnia treated at the International Zhuang Medicine Hospital Affiliated to Guangxi University of Chinese Medicine from August 2022 to August 2024 were selected and randomly divided into the observation group and the control group using the random number table method, with 30 cases in each group. The control group received conventional western medicine combined with traditional horizontal single-plane cervical traction, while the observation group received biplanar cervical traction combined with scalp cluster acupuncture. Both groups were treated for seven

〔收稿日期〕 2025-08-05

〔修回日期〕 2026-01-06

〔基金项目〕 广西重点研发计划项目 (桂科AB25069079); 广西中医药适宜技术开发与推广项目 (GZSY2025045); 广西中医药大学2025年研究生教育创新计划项目 (YCSY2025089)

〔作者简介〕 李松 (1998-), 男, 住院医师。

〔通信作者〕 史明 (1983-), 男, 主任医师。

days. Clinical efficacy was evaluated, and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores, Neck Disability Index (NDI) scores, and traditional Chinese medicine syndrome scores before and after treatment were compared between the two groups. The incidence of adverse reactions and the recurrence rate were also recorded. **Results:** After treatment, the total effective rate in the observation group was 80.00% (24/30), higher than that of 53.33% (16/30) in the control group ($P < 0.05$). On the second and seventh days of treatment, all item scores and total scores of PSQI in both groups were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$). On the seventh day of treatment, the PSQI scores for sleep quality, sleep latency, sleep duration, daytime dysfunction, and the total score in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). On the second and seventh days of treatment, NDI scores showed a decreasing trend in both groups ($P < 0.05$). On the seventh day of treatment, the NDI score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). On the second day of treatment, the traditional Chinese medicine syndrome score in the observation group was decreased compared with that before treatment ($P < 0.05$). On the seventh day of treatment, traditional Chinese medicine syndrome scores in both groups decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions in the observation group was 10.00% (3/30), lower than that of 33.33% (10/30) in the control group ($P < 0.05$). At the six-month follow-up, the recurrence rate in the observation group was 25.00% (6/24), lower than that of 62.50% (10/16) in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Biplanar cervical traction combined with scalp cluster acupuncture is significantly effective in the treatment of patients with cervicogenic insomnia of qi stagnation and blood stasis type. It can improve sleep quality and cervical function in these patients.

Keywords: Cervicogenic insomnia; Qi stagnation and blood stasis type; Biplanar cervical traction; Scalp cluster acupuncture; Sleep disorders; Sleep quality

颈源性失眠是指由颈椎结构或功能异常直接引起的、以入睡困难、睡眠维持障碍或睡眠质量下降为主要特征的继发性失眠^[1],约1/3的颈椎病患者伴有失眠^[2]。临床常采用苯二氮䓬类药物来改善失眠,但长期用药易产生药物依赖或停药反弹^[3]。牵引作为治疗颈椎病的常规手段,通过调整和恢复已被破坏的颈椎内外平衡,恢复颈椎的正常功能。颈椎双平面牵引是根据中医筋束骨理论,对传统颈椎单平面牵引方法进行优化和改良设计的颈椎牵引方法,可矫正颈椎矢状面曲度异常,恢复颈椎前凸。针灸广泛应用于失眠的治疗,“头皮花针”基于失眠的病因病机做了创新,因穴位布局似花,且留针状态形似莲样绽放,故称“花针”,可以引阳入阴、安神定志^[4]。本研究观察颈椎双平面牵引联合头皮花针疗法治疗颈源性失眠的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《颈椎病的分型、诊断及非手

术治疗专家共识(2018)》^[5]制定颈源性失眠的诊断标准。患者既往睡眠良好,失眠继发于颈椎病后,表现为典型的入睡困难、睡眠浅、多梦、易醒及早醒等症状,并伴有日间困倦,且症状频率达每周 ≥ 3 次、持续时间 ≥ 1 个月;同时存在颈部活动不利、疼痛、上肢麻木或头晕等颈椎病相关临床表现,并需有颈椎X线检查显示骨质增生、椎间隙狭窄或韧带钙化等退行性改变作为客观依据。

1.2 辨证标准 参考《中医内科学》^[6]中关于失眠的辨证标准,辨证为气滞血瘀型。主症:入睡困难,或寐而易醒,醒后不寐,或彻夜难寐。次症:颈肩部或上肢出现胀痛/刺痛,伴僵硬,痛处固定,夜间加重;舌质暗,可伴有瘀斑瘀点,舌苔薄白或薄黄,脉弦涩。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;年龄 ≥ 18 岁;匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 > 7 分;签署知情同意书。

1.4 排除标准 其他系统疾病所致继发性失眠者；有较为严重系统性疾病且病情较重者；哺乳期、妊娠期失眠者；认知障碍难以沟通，不能配合完成研究者。

1.5 一般资料 选取2022年8月—2024年8月于广西中医药大学附属国际壮医医院就诊的颈源性失眠患者60例，采用随机数字表法分为观察组和对照组各30例。观察组男18例，女12例；平均年龄 (49.50 ± 5.72) 岁；平均体质量 (64.5 ± 8.76) kg；平均病程 (26.80 ± 9.30) 个月；平均骨密度(BMD) (75.36 ± 6.48) mg/cm³。对照组男16例，女14例；平均年龄 (48.98 ± 5.77) 岁；平均体质量 (62.9 ± 10.20) kg；平均病程 (25.90 ± 9.10) 个月；平均BMD (79.24 ± 5.54) mg/cm³。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。本研究已获广西中医药大学附属国际壮医医院医学伦理委员会批准(2024-142-01)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予传统颈椎单平面水平牵引治疗，同时每晚睡前口服地西泮片(上海上药信谊药厂有限公司，国药准字H31021151，规格：2.5 mg/片)，每次5 mg，连续口服7天。

颈椎单平面水平牵引操作方法：治疗时患者取仰卧位，用颌枕套固定头部，在水平方向(0度角)上施加牵引力。牵引通常从较低重量(如体质量的5%~7%)约3~5 kg开始，根据患者的年龄、体质量、病情、耐受程度而加减重量，以患者感觉耐受为度，每次持续15~20 min。每天1次，治疗7天。

2.2 观察组 予颈椎双平面牵引联合头皮花针治疗。

①颈椎双平面牵引操作方法：在传统颌枕套水平牵引的基础上，增加一个环绕颈后部的颈椎兜带，并通过此兜带施加一个垂直于颈椎纵轴的牵引力。即水平面和垂直面两个平面均通过滑轮悬置定量重物获得牵引力，牵引重量双平面起始皆为3~5 kg，根据患者的年龄、体质量、病情、耐受程度而加减重量，以其感觉耐受为度。具体见图1。②头皮花针疗法：选择有“阳脉之海”之称的督脉四穴，印堂、神庭、囟会、百会；足少阳胆经头临泣(双)、正营(双)；经外奇穴双侧太阳穴。具体穴位见图2。遵循近部选穴的原则。针具：一次性使用无菌针刺针(中研太和牌，规格：0.25 mm×25 mm，天津亿朋医疗器械有限公司，津械注准20172270152)。针刺操作方法：在牵引结束30 min后，嘱患者取仰卧位

或坐位，常规消毒头面部穴位区域，选取头临泣(双侧)、太阳(双侧)、正营(双侧)、印堂、神庭、囟会及百会穴，使用一次性使用无菌针灸针针刺。其中百会、囟会、神庭、头临泣(双侧)以穴位为基点，双侧旁开0.5寸处各进1针，方向指向所选穴位，均与头皮呈30°角，进针深度0.5寸，其他穴位为单针单刺，以近部选穴为原则。浅刺：进针深度≤0.5寸，操作时以左手拇指指腹按压固定穴位，右手持针与沿着左手拇指指甲尖位置与皮肤呈约15°角快速刺入，得气后行提插捻转手法，针下得气，留针30 min，期间行针3次，并嘱患者闭目养神。每天1次，治疗7天。



图1 颈椎双平面牵引图

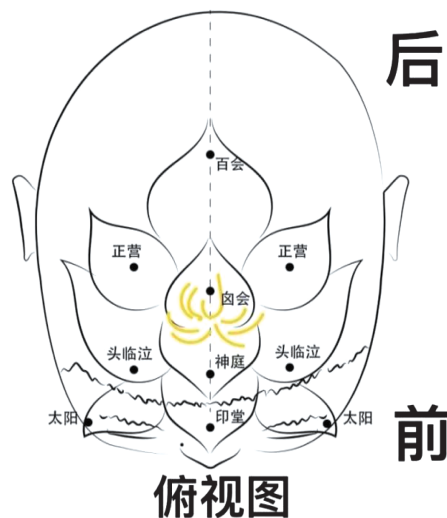


图2 穴位简图

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②PSQI评分。由19个自评条目和5个他评条目组成(仅使用前18项自评条目计分)，每个患者于第2天由课题组成员记录PSQI的评估结果，包括入睡时间、睡眠效率、睡眠

时间、睡眠质量、日间功能障碍和睡眠障碍等7个维度,评估近1个月的睡眠质量,每个维度按0~3分计分,总分范围0~21分。总分越高,睡眠质量越差(>5分提示存在睡眠障碍)。③颈椎功能障碍指数(NDI)评分。于治疗前、治疗第2天及治疗第7天对患者颈部功能状况进行评估,包括10个项目(颈项疼痛程度、生活自理情况、提物、阅读、头痛、集中注意力、工作、驾驶、睡眠和娱乐),得分范围在0~50分,总分越高表示颈部功能越差。④中医证候积分。在治疗前、治疗第2天、治疗第7天对2组患者临床症状进行评分。主症按无、轻、中、重分别计0、2、4、6分;次症按无、轻、中、重分别计0、1、2、3分;异常舌象脉象计2分,正常0分。⑤不良反应。统计2组治疗期间出现宿醉现象、眩晕、失眠反跳等不良反应。⑥复发率。治疗6个月后随访,统计失眠复发率。复发率=复发例数/总有效例数×100%。

3.2 统计学方法 采用SPSS26.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 痊愈:睡眠时间完全恢复正常,或夜间持续睡眠时间达6 h以上,睡眠深熟,醒后疲劳感消失,颈部无不适,日间精力恢复良好;显效:睡眠质量明显提升,夜间睡眠时间较治疗前增加3 h以上,伴随症状基本消失,睡眠深度显著改善;有效:睡眠状况有所好转,夜间睡眠时间较治疗前增

加接近3 h,颈痛、多梦等症状得到一定缓解;无效:睡眠时间及质量均未达到上述改善标准,或病情无变化甚至加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,观察组总有效率为80.00%,高于对照组53.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	2	7	15	6	24(80.00)
对照组	30	0	6	10	14	16(53.33)
χ^2 值						4.800
P 值						0.028

4.3 2组不同时间点PSQI评分比较 见表2。治疗第2天、第7天,2组PSQI各项评分及总分均较治疗前降低($P < 0.05$)。治疗第7天,观察组PSQI睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、日间功能障碍评分及总分均低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2组不同时间点NDI评分比较 见表3。治疗前,2组NDI评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗第2天、第7天,2组NDI评分呈下降趋势($P < 0.05$);治疗第7天,观察组NDI评分低于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组不同时间点中医证候积分比较 见表4。治疗前、治疗第2天,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗第2天,观察组中医证候积分低于治疗前($P < 0.05$)。治疗第7天,2组中医证候积分较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组不同时间点PSQI评分比较($\bar{x} \pm s$)

项目	观察组(例数=30)			对照组(例数=30)		
	治疗前	治疗第2天	治疗第7天	治疗前	治疗第2天	治疗第7天
睡眠质量	1.98±0.57	0.61±0.52 ^{①②}	0.62±0.49 ^{①②}	2.13±0.50	1.00±0.65 ^①	0.91±0.50 ^①
入睡时间	2.00±0.55	1.28±0.52 ^①	1.22±0.41 ^①	1.89±0.43	1.36±0.49 ^①	1.34±0.48 ^①
睡眠时间	2.29±0.58	0.78±0.43 ^{①②}	0.86±0.51 ^{①②}	2.21±0.55	1.29±0.74 ^①	1.27±0.61 ^①
睡眠效率	1.80±0.58	1.20±0.68 ^①	1.16±0.43 ^①	1.79±0.43	1.36±0.48 ^①	1.26±0.43 ^①
睡眠障碍	2.40±0.60	1.50±0.76 ^①	1.16±0.43 ^①	2.19±0.59	1.50±0.81 ^①	1.23±0.63 ^①
日间功能障碍	2.90±0.33	0.66±0.56 ^{①②}	0.60±0.50 ^①	2.89±0.35	1.17±0.58 ^①	0.80±0.48 ^①
总分	13.20±1.25	5.89±1.70 ^{①②}	5.53±1.46 ^{①②}	12.90±1.12	7.43±2.37 ^①	6.70±1.90 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组同时时间点比较, $P < 0.05$ 。

表3 2组不同时间点NDI评分比较($\bar{x} \pm s$) 分				
组别	例数	治疗前	治疗第2天	治疗第7天
观察组	30	29.36±6.44	23.18±5.82 ^①	16.73±4.15 ^{①②}
对照组	30	28.69±6.55	25.94±6.03 ^①	22.86±5.27 ^①

注：①与本组前一个时间点比较， $P<0.05$ ；②与对照组同时
 间点比较， $P<0.05$ 。

表4 2组不同时间点中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$) 分				
组别	例数	治疗前	治疗第2天	治疗第7天
观察组	30	13.23±1.41	11.40±1.50 ^{①②}	6.50±1.73 ^{①②}
对照组	30	13.83±1.33	12.20±1.30	9.34±0.60 ^①

注：①与本组前一个时间点比较， $P<0.05$ ；②与对照组同时
 间点比较， $P<0.05$ 。

4.6 2组不良反应发生率比较 见表5。观察组不良
 反应发生率为10.00%，低于对照组33.33%($P<0.05$)。

表5 2组不良反应发生率比较 例(%)				
组别	例数	宿醉	眩晕	失眠反跳
观察组	30	1(3.33)	0	2(6.67)
对照组	30	3(10.00)	2(6.67)	5(16.67)
χ^2 值				4.812
P 值				<0.05

4.7 2组复发率比较 6个月后随访，观察组复发6例，
 复发率为25.00%(6/24)；对照组复发10例，复发率
 为62.50%(10/16)。经 χ^2 检验，观察组复发率低于对
 照组，差异有统计学意义($\chi^2=5.208$ ， $P=0.022$)。

5 讨论

临床治疗中针对睡眠障碍患者，常辅助使用催
 眠药物，其中苯二氮草类药物广泛应用。研究表明，
 使用苯二氮草类药物存在宿醉现象，长期服用不仅
 会导致患者药物依赖性增加，还会出现停药复发和
 一些戒断反应，更有甚者可能会出现恶心、呕吐、
 焦虑、眩晕和腹泻等症状^[7]。

针刺疗法长期应用于失眠的治疗，而且因其安
 全性高、不良反应少而备受推崇。现代研究也表明，
 针刺穴位可以改变miRNA-219表达，修复大鼠的神
 经功能，改善大鼠失眠抑郁症状^[8]。有研究发现针
 灸可以调节人体与睡眠-觉醒系统相关的细胞因子，
 诱导神经干细胞的分化，改善脑血流动力学，提高
 脑组织的供血供氧^[9]。同时针刺能调节丘脑功能
 连接，改善过度觉醒，缓解疲劳，有效治疗失眠同
 时改善患者神经内分泌功能，并保护睡眠觉醒区域^[10]。
 但是单纯针刺治疗无法短时间改善颈椎的骨性平衡。

气痹阻筋骨关节，治疗应恢复“筋束骨”的功能^[11]。
 颈椎双平面牵既可以像传统牵引那样，通过机械牵
 拉作用扩大椎间隙及椎间孔，减轻神经根受压状态，
 改善局部微循环，抑制炎症因子释放，缓解疼痛及
 神经水肿^[12]，又可以改善颈椎生理曲度，恢复“筋
 束骨”的颈椎平衡状态，有助于气血运行，从而稳
 定疗效。

颈源性失眠属于中医学不寐范畴，主要因邪气
 集聚在颈项筋骨，导致经脉闭塞不通，气血运行受
 阻，髓海失养，其导致的睡眠障碍是一种继发性失
 眠，患者除了因睡眠时间不足、睡眠深度改变所致
 的白天头昏、乏力、疲惫、精神不振等症状，还会
 产生焦虑、抑郁或恐惧心理。颈源性失眠是颈部受
 到压迫/刺激，引起颈动脉痉挛，椎基底动脉供血不
 足，睡眠调节中枢缺血，引起相应神经递质、神经
 肽等物质改变而引起失眠^[11,13]。陈全新教授认为
 不寐因各种原因使阳不入阴，阴阳不交所致^[14]。《
 黄帝内经》记载“左右者，阴阳之道路”，明确指
 出左侧代表阳，右侧象征阴。据此理论，“头皮花
 针”疗法在选取穴位时，特别注重阴阳平衡的原
 则。观察组选择督脉四穴，印堂、神庭、囟会、百
 会，《难经》记载督脉“并于脊里，上至风府，入
 属于脑”，其主要治疗脏腑疾病、头面部疾病以及
 神志疾病，这4个穴位在治疗失眠方面均具有显著
 效果，并兼具安神的功效。百会穴位于头顶正中，
 又被称作“三阳五会”，引阳入阴枢纽，是醒脑开
 窍、安神调神的重要穴位。百会穴能够提补阳气
 上升，并主治多种疾病。印堂为经外奇穴与督脉交
 汇，具“开天门”之效，可疏解阳明经气。神庭穴
 居前发际，《针灸甲乙经》载其“主头脑中寒，
 鼻鼾衄”。囟会穴处颅骨未闭处，具透窍醒脑之
 功。四穴配伍暗合“通督调神”法，形成从鼻根
 (印堂)至巅顶(百会)的气机升降通道。百会穴
 能够提补阳气，与印堂降气安神形成阴阳互济、
 宣通上下之势。同时选取印堂、神庭、囟会、百
 会构成前额-顶叶神经调节带。作为“阳脉之海”
 的督脉在调控边缘系统-下丘脑-垂体-肾上腺轴
 中起关键作用。头临泣、正营穴属足少阳胆经。根
 据子午流注理论，人体气血循行始于胆经。中医有
 “阳入于阴则寐”之说，胆经当令之时(子时)，正
 是一日之中阳气初入阴分的枢机，标志着睡眠阴阳
 交替的开始。故选用胆经的穴位进行治疗，既应时
 辰又调阴

阳。现代时间生物学研究证实,此时段松果体褪黑素分泌达峰值^[15],与中医“阳入阴”理论相印证。同时头临泣为目外眦直上入发际处,正营位于颅顶胆经最高点,二者构成少阳经气在头部交接,调节卫气运行节律。双侧太阳穴为经外奇穴,位于头侧部,同时处三阳经交汇区,具有“一穴通三经”的特性,明代《奇效良方》更明确记载“太阳二穴,治目睛痛欲眠”,有安神的效果。在进针深度方面,根据中医理论,卫为阳,营为阴;而在深浅方面,浅为阳,深为阴。故选用浅刺,引阳入阴,使阴阳交泰,患者得以入眠。其中头临泣与太阳两穴,分别在头部的左右两侧取穴,实施单针操作;而对于百会、囟会、神庭、正营这四个关键穴位,则采用以穴位本身为基点,单穴双刺的方式,旨在促进阴阳二气的交合与平衡。根据中医理论,当阴阳达到和谐统一,即阴平阳秘之时,人的睡眠方能安稳,即寐始安。

头皮花针疗法操作便捷、耗材低、不良反应少,在针对失眠患者的临床应用中展现出了确切的疗效。本研究结果显示,观察组PSQI评分低于对照组,且总有效率高于对照组。这说明联合疗法不仅在短期内改善睡眠结构,尤其对睡眠维持与日间功能恢复具有突出作用,可能与头皮花针调节“阳入于阴”的胆经枢机、协调阴阳有关。针刺头部诸穴可以通过调控PI3K/Akt、mTOR、p38/MAPK等信号通路,改善脑部的供血供氧,帮助缓解头痛、失眠、头晕等症状^[16]。颈源性失眠虽表现为失眠,但根本病因在于颈椎病,颈项部筋脉因长期劳损而拘挛,甚则可引发关节结构紊乱错位,阻碍局部气血正常运行,以致脉络瘀阻。督脉与足太阳膀胱经皆循行项部、上行入脑,输布气血以濡养髓海。若此通路因瘀阻而不畅,髓海失于充养,神失所居,则可发为失眠。本研究通过改良传统水平牵引为双平面牵引,借助颈椎前纵韧带及后纵韧带的张力,顺势矫正颈椎矢状面曲度异常,恢复颈椎前凸,增强治疗效果。本研究发现,治疗第2天,2组NDI评分无差异,而至第7天观察组优于对照组。表明双平面牵引或可改善异常的力学状态,但其调整作用可能需在一定治疗积累后逐步显现。头皮花针选取胆经、督脉诸穴,配合牵引通利颈项经络,共同发挥行气活血、宁心安神之效。牵引从生物力学角度纠正解剖异常,头皮花针则通过调节局部代谢及神经传导增强组织修

复能力,从而缓解颈源性失眠。

综上所述,颈椎双平面牵引联合头皮花针疗法治疗气滞血瘀型颈源性失眠患者效果显著,能改善患者的睡眠质量,改善颈椎功能。

[参考文献]

- [1] 赵明毅,陈长力. 颈椎病与失眠关系的探讨[J]. 颈腰痛杂志, 2000(2): 157.
- [2] 栗胜勇. 颈椎病颈痛与失眠相关性及其针灸干预的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2011.
- [3] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24): 1844-1856.
- [4] 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.
- [5] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6): 401-402.
- [6] 吴勉华,石岩. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 79-84.
- [7] BENJAFIELD V A, KUNIYOSHI S H F, MALHOTRA A, et al. Estimation of the global prevalence and burden of insomnia: a systematic literature review-based analysis[J]. Sleep Medicine Reviews, 2025, 82: 102121.
- [8] 黄秀容,袁青,柳爱红,等. 针刺百会、印堂对脑卒中抑郁大鼠神经递质释放及miRNA-219/CaMK II γ 通路的影响[J]. 针灸临床杂志, 2020, 36(12): 63-68.
- [9] 苟娟平,白小军,郑卫锋,等. 芒针透刺督脉组穴配合隔姜灸治疗脑卒中后睡眠障碍疗效及机制研究[J]. 山东中医药大学学报, 2020, 44(2): 151-155.
- [10] 尹雪娇,贾伟林,朱丽颖,等. 调神法针刺调节失眠患者丘脑功能连接的fMRI研究[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2025, 23(1): 24-31.
- [11] 李景虎,朱清广,孔令军,等. 基于“筋束骨”理论探析颈椎病“筋出槽、骨错缝”手法的治疗策略[J]. 世界中医药, 2025, 20(7): 1195-1198.
- [12] 吴烨,郑蒙蒙,李欢. 神经松动术结合牵引治疗神经根型颈椎病的临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2024, 32(10): 45-49.
- [13] 王婷婷,汤兴华. 颈源性失眠发病机制及中医治疗研究进展[J]. 世界睡眠医学杂志, 2020, 7(5): 916-919.
- [14] 张洁怡,李颖,王聪,等. 陈全新运用“岭南陈氏针法”治疗围绝经期睡眠障碍经验[J]. 山东中医杂志, 2024, 43(5): 456-460.
- [15] 张如意,王平,张舜波,等. 褪黑素治疗睡眠障碍的作用机制探讨[J]. 中华中医药学刊, 2018, 36(2): 308-310.
- [16] 金虹,李欣羽,张东旭,等. 头穴针刺对阿尔茨海默病相关信号通路调控的研究进展[J]. 中医药导报, 2025, 31(2): 120-123.

[责任编辑: 郑锋玲, 蒋维超(英文)]