

针刺治疗药物依赖性失眠研究述评

卜杨紫汀¹, 侯天舒^{2*}

¹成都中医药大学针灸推拿学院, 四川 成都

²成都市中西医结合医院南区治未病中心, 四川 成都

收稿日期: 2026年2月18日; 录用日期: 2026年3月11日; 发布日期: 2026年3月23日

摘要

药物依赖性失眠指原发性失眠患者长期服用镇静催眠类药物且无法主动撤药。其中以苯二氮卓类药物依赖最为常见。在维持睡眠前提下如何减少药物用量, 并减轻戒断反应和药物副反应成为重要问题。针刺治疗失眠已被《中国失眠症诊断和治疗指南》推荐, 具有副作用小、无成瘾性、身心同调等优势。但针刺治疗药物依赖性失眠的临床研究数量有限、时间跨度较大, 尚未形成共识。现整理近15年相关研究成果, 通过文献述评梳理针刺干预药物依赖性失眠当前临床证据, 分析选穴规律, 批判性评价研究质量, 以期为后续研究提供思路。

关键词

针刺, 药物依赖性失眠, 苯二氮卓类药物, 不寐, 戒断反应

A Review of Studies on Acupuncture for Drug-Dependent Insomnia

Yangziting Bu¹, Tianshu Hou^{2*}

¹College of Acupuncture, Moxibustion and Tuina, Chengdu University of Traditional Chinese Medicine, Chengdu Sichuan

²Preventive Treatment Center, South Campus, Chengdu Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Hospital, Chengdu Sichuan

Received: February 18, 2026; accepted: March 11, 2026; published: March 23, 2026

Abstract

Drug-dependent insomnia refers to a condition in which patients with primary insomnia have taken

*通讯作者。

sedative-hypnotic drugs for a long time and cannot voluntarily discontinue them. Among these, dependence on benzodiazepines is the most common. How to reduce the dosage of medications while maintaining sleep, as well as alleviate withdrawal symptoms and adverse drug reactions, has become an important issue. Acupuncture for insomnia has been recommended in the *Chinese Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Insomnia*, with the advantages of mild side effects, non-addictiveness, and simultaneous regulation of both physical and mental conditions. However, clinical studies on acupuncture for drug-dependent insomnia are limited in number and cover a relatively long time span, and no consensus has yet been reached. This paper summarizes the relevant research findings over the recent 15 years, reviews the current clinical evidence of acupuncture intervention for drug-dependent insomnia through a literature review, analyzes the rules of acupoint selection, and critically evaluates the quality of the studies, aiming to provide insights for future research.

Keywords

Acupuncture, Drug-Dependent Insomnia, Benzodiazepines, Insomnia, Withdrawal Symptoms

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

药物依赖性失眠(Drug-dependent Insomnia)是指原发性失眠患者长期服用镇静催眠类药物, 减撤药后出现反跳性失眠及戒断反应[1]。其中苯二氮卓类药物(Benzodiazepines, BZDs)最为常用[2], 国内失眠患者药物依赖发生率为 47.95%, 依赖最常见的即为 BZDs 的代表艾司唑仑(48.6%) [3]。长期服用 BZDs 致使下丘脑 - 垂体 - 肾上腺(Hypothalamic-pituitary-adrenal, HPA)轴功能及神经内分泌系统紊乱, 引发戒断反应, 渐进性减药也难以避免睡眠结构恶化[4]。针刺治疗失眠切实有效[5], 兼具改善失眠和减负增效的双重作用。本研究以“针刺”“失眠”“药物依赖”“苯二氮卓”“药源性失眠”“反跳性失眠”等为关键词, 在中国知网、维普中文期刊服务平台、万方数据知识服务平台、Pub Med、Web of Science 等数据库检索相关研究, 最终纳入 2011~2025 年期间的 13 篇文献, 现述评如下:

2. 研究现状

针刺治疗药物依赖性失眠方法多样, 包括常规针刺、特殊针法、电针、针灸结合、针药结合等, 重点关注治疗的有效性。

2.1. 单纯针刺治疗

2.1.1. 常规针法

范竹青等[6]取穴: 百会、神庭、四神聪、神门、三阴交, 联合 BZDs 递减法治疗, 总有效率 85.71%, 减撤药总有效率 92.86%, 随访 4 周疗效稳定; 为排除安慰效益, 后续开展随机对照试验(Randomized controlled trial, RCT) [7], 以非有效穴浅刺为对照, 研究组总有效率为 75.00% (对照组 38.71%), 戒断反应更轻, 证实针刺治疗本病确有良好疗效和安全性; 张丽娜[8]从肝论治辨证配穴, 结合 BZDs 递减法, 减药率 91.2%, 在每周减药量、减少戒断症状、负性情绪调节等方面均优于单纯减药对照组。

2.1.2. 特殊针法

孟繁昊[9]以“通督调神”针法治疗, 取百会透神庭、神道透灵台等穴, 对照组用常规针刺, 两组睡

眠质量均提高、艾司唑仑用量减少, 研究组减药有效率及戒断反应改善更优, 体现督脉透刺“调心神、安脑神”的独特优势; 黄蓉[10]基于五脏藏神理论, 将 64 例患者随机分为常规针法组和“五脏俞原配穴”针法组, 研究组治疗 4 周睡眠效率即明显改善, 8 周后减药有效率 83.9%, 疗效优于常规针刺且作用更持久; 王婧等[11]采用腹针疗法, 取穴深刺引气归元、中刺腹四关等, 治疗总有效率 93%, 认为腹针输布气血、恢复气机升降的作用机制可正向调节药物依赖性失眠躯体化因子; 后续 RCT 进一步证实[12]腹针研究组减药有效率 94.3%, 减药同时可重构睡眠稳态且不易复发。

2.2. 电针治疗

电针适用于多类型失眠[13], 其机制可能与调节脑电信号活动、促进脑内 β 淀粉样蛋白代谢[14][15] 相关。曹紫琼[16]将 120 例患者随机分为认知行为疗法(CBT-I)组和联合电针组, 电针采用连续波, 以患者耐受为度, 治疗 12 周后联合组有效率 83.2%、减撤药占比 61.4%, 优于单纯 CBT-I 组, 焦虑抑郁评分改善更显著; 笮巍伟[17]将“通督调神”针法与电针结合, 进针得气后以 200 次/分连续波刺激百会、神庭, 使患者头皮微微颤动发麻为度, 治疗 4 周后总有效率 88.9%, 减撤药效果、睡眠质量及副反应改善均优于单纯减药, 治疗后 3 个月仍稳定保持优势。

2.3. 针灸结合

灸法可温通温补、行气活血, 其产生的挥发类物质可能直接作用于中枢神经系统、参与机体免疫调节, 并改善睡眠[18][19]。张明明等[20]治疗本病, 针刺背俞穴行针得气后再置灸盒透灸, 以患者不觉发烫、自觉热感向深部透达为度, 治疗有效率 91.3%; 杨文等[21]行针刺后于引气归元穴位加用艾灸, 以局部皮肤潮红为度, 疗程后患者服药率显著降低, 减撤药总有效率 90.57%。

2.4. 针药结合

张淑绵[22]将 64 例心脾两虚型患者随机分为 2 组指导减药, 研究组加用针刺与中药汤剂, 6 周后针药组总有效率 96.67%, 深度睡眠改善显著, 推测与针药调节单胺类神经递质相关; 刘一帆等[23]针对 60 例中老年慢阻肺合并 BZDs 依赖性失眠患者, 运用针刺安眠五穴联合常规治疗, 研究组加用自拟化痰养心汤, 治疗后针药组睡眠状况及细胞免疫功能改善更优, 患者生活质量提高。

3. 选穴分析

上述研究共涉及 13 个针刺处方、59 个穴位, 涵盖 10 条经脉及任脉、督脉, 并有经外奇穴: 四神聪、安眠, 经验效穴: 中脘下、神安、气旁。足太阳膀胱经穴应用频次最高, 其次为督脉、任脉、足阳明胃经, 见表 1。特定穴中交会穴出现次数最多, 可沟通脏腑表里经气, 见表 2。

运用 IBM SPSS Modeler18.0 软件中的 Apriori 算法分析高频穴位共现, 考虑样本量较小, 设定最低条件支持度为 20%, 最小规则置信度为 65%, 最大前项为 2, 包含实例数、支持度、置信度和增益 4 个指标, 支持度为前项与后项同时出现的概率, 置信度为前项出现时后项也出现的概率, 增益 > 1 且越高表示前后项正相关性越高。支持度排名较高的穴位配伍关联为: 神门 - 百会, 神门 - 三阴交, 神门 - 心俞, 神门 - 太冲, 百会 - 三阴交, 太冲 - 心俞, 三阴交 - 百会、神门, 见表 3。针刺治疗 BZDs 依赖性失眠的核心主穴为: 神门、百会、三阴交、太冲、心俞, 核心配穴为: 四神聪、内关、足三里、太溪、神庭、印堂、安眠、太白。

神机的调畅首责之于心脑, 心藏神, 为君主之官, 神门为心之原穴, 配合心俞、心包络穴内关, 可养心安神。百会位于巅顶病所, 为“三阳五会”, 可安神定志, 三阴交疏肝理脾益肾。肝藏血, 调节人体睡眠昼夜节律, 肝之原穴太冲, 可调畅气机, 并缓解药物依赖的情志障碍。结合诸配穴, 总调一身之阴阳,

使阴平阳秘, 寐寤适时[24], 兼治失眠久病所致脏腑失调, 恢复五脏藏神的生理功能。共奏“心脑同调”, 安神促眠、调畅情志, 使神归其舍。

Table 1. Frequency of acupoint meridian distribution

表 1. 腧穴归经频次

归经	频次/次	频率/%	穴位数/个	穴位(频次/次)
足太阳膀胱经	20	15.15	8	心俞 5 肝俞 3 脾俞 3 肾俞 3 胆俞 2 肺俞 2 膈俞 1 申脉 1
督脉	18	13.64	7	百会 7 印堂 3 神庭 4 水沟 1 大椎 1 神道 1 灵台 1
任脉	16	12.12	5	中脘 5 下脘 3 气海 3 关元 3 臑中 2
足阳明胃经	16	12.12	8	足三里 4 滑肉门 3 外陵 3 内庭 2 大横 1 丰隆 1 梁门 1 天枢 1
足少阴肾经	12	9.09	7	太溪 4 商曲 3 涌泉 1 筑宾 1 照海 1 阴都 1 气穴 1
足厥阴肝经	10	7.58	5	太冲 5 行间 2 期门 1 曲泉 1 中都 1
足太阴脾经	10	7.58	4	三阴交 5 太白 3 阴陵泉 1 公孙 1
手少阴心经	8	6.06	1	神门 8
手厥阴心包经	5	3.79	2	内关 4 郄门 1
足少阳胆经	5	3.79	5	阳陵泉 1 光明 1 本神 1 风池 1 丘墟 1
手太阴肺经	1	0.76	1	太渊 1
手阳明大肠经	1	0.76	1	合谷 1

Table 2. Frequency of specific acupoint application

表 2. 特定穴位应用频次

特定穴	频次/次	频率/%	穴位数/个	穴位(频次/次)
交会穴	37	23.42	14	百会 7 中脘 5 三阴交 5 神庭 4 下脘 3 关元 3 商曲 3 筑宾 1 气穴 1 期门 1 本神 1 风池 1 水沟 1 大椎 1
输穴	35	22.16	14	神门 8 太冲 5 足三里 4 太溪 4 太白 3 内庭 2 行间 2 合谷 1 太渊 1 涌泉 1 曲泉 1 丘墟 1 阳陵泉 1 阴陵泉 1
原穴	26	16.46	8	神门 8 太冲 5 太溪 4 太白 3 气海 3 太渊 1 丘墟 1 合谷 1

续表

背俞穴	19	12.03	7	心俞 5 脾俞 3 肝俞 3 肾俞 3 肺俞 2 胆俞 2 膈俞 1
募穴	12	7.59	5	中脘 5 关元 3 膻中 2 期门 1 天枢 1
八会穴	10	6.33	5	中脘 5 膻中 2 太渊 1 膈俞 1 阳陵泉 1
八脉交会穴	7	4.43	4	内关 4 照海 1 申脉 1 公孙 1
络穴	7	4.43	4	内关 4 光明 1 公孙 1 丰隆 1
郄穴	3	1.90	3	郄门 1 筑宾 1 中都 1
下合穴	2	1.27	2	足三里 1 阳陵泉 1

Table 3. Analysis of association rules for acupoint compatibility**表 3.** 穴位配伍关联规则分析

穴位关联项集	实例	支持度 /%	置信度 /%	增益	穴位关联项集	实例	支持度 /%	置信度 /%	增益
神门 - 百会	7	53.85	71.43	1.16	百会 - 内关、神门	4	30.77	75	1.39
神门 - 三阴交	5	38.46	100	1.63	心俞 - 足三里	4	30.77	75	1.95
神门 - 心俞	5	38.46	80	1.3	心俞 - 内关	4	30.77	75	1.95
神门 - 太冲	5	38.46	80	1.3	心俞 - 太冲、神门	4	30.77	75	1.95
百会 - 三阴交	5	38.46	80	1.49	太冲 - 内关	4	30.77	75	1.95
太冲 - 心俞	5	38.46	80	2.08	太冲 - 太溪	4	30.77	75	1.95
三阴交 - 百会、神门	5	38.46	80	2.08	内关 - 足三里	4	30.77	75	2.44
神门 - 四神聪	4	30.77	100	1.63	内关 - 心俞、神门	4	30.77	75	2.44
神门 - 足三里	4	30.77	75	1.22	内关 - 太冲、神门	4	30.77	75	2.44
神门 - 内关	4	30.77	100	1.63	足三里 - 心俞、神门	4	30.77	75	2.44
神门 - 太溪	4	30.77	75	1.22	足三里 - 内关、神门	4	30.77	75	2.44
百会 - 神庭	4	30.77	100	1.86	太溪 - 太冲、神门	4	30.77	75	2.44
百会 - 四神聪	4	30.77	75	1.39	印堂 - 足三里	4	30.77	75	3.25
百会 - 足三里	4	30.77	75	1.39	安眠 - 太溪	4	30.77	75	3.25
百会 - 内关	4	30.77	75	1.39	太白 - 太溪	4	30.77	75	3.25
百会 - 四神聪、神门	4	30.77	75	1.39					

4. 机制探讨

中脑边缘多巴胺系统(Mesolimbic dopamine system, MLDS)奖赏通路的改变是成瘾的重要机制[25], 反复接触药物使中脑边缘致敏, 诱导多巴胺(DA)释放增加, 这种激励性敏化在停药后仍有持久影响[26]。针刺神门穴可调节中脑腹侧被盖区(VTA)投射至伏隔核(NAc)的 DA 传递[27], 从而减少用药行为, 减轻戒断反应。调节奖赏之余, 中脑的 DA 还可调控睡眠-觉醒周期, 电针刺激印堂、神门可抑制 D1 受体过度活化, 增强 D2 受体表达, 平衡 DA 作用于不同受体产生的效应并改善睡眠[28]; 除 DA, 还有多种神经递质参与睡眠-觉醒过程, 长期用药致使外源性促眠物质通过受体竞争与负反馈机制, 抑制内源性促眠神经递质生成, 停药后则不能正常发挥功能[29]。针刺百会、内关、心俞、肾俞等可调节患者体内 5-羟色胺(5-Hydroxy-tryptamine, 5-HT)含量[30], 电针神门、三阴交可上调失眠患者血清 5-HT、 γ -氨基丁酸(GABA)含量, 恢复内源性促眠物质、修复睡眠结构[31]; 还可激活副交感神经系统, 改善减药后出现的异常汗出、手抖、心悸等自主神经功能紊乱症状[32], 并调控 HPA 轴的应激反应和相关激素分泌, 以减轻负性情绪[33]。针刺从而在减少药物渴求、维持正常睡眠-觉醒状态、减轻戒断反应三个方面达到防复的治疗效果。

5. 文献质量与方法学评价

5.1. 样本人口学特征

纳入总样本 823 人, 完成 722 人, 女性占 64.72%; 10 项研究报告受试者平均年龄在 $47.63 \pm 8.88 \sim 62.13 \pm 11.10$ 岁之间[6]-[12] [17] [20] [23], 1 项报告 50~59 岁受试者占 40% [22], 1 项报告 40~60 岁受试者占 60% [16]; 10 项研究报告受试者失眠病程均超过 3 个月。综上, 本述评涵盖的研究人群以慢性失眠的中年女性为主。

5.2. 质量设计无统一标准

纳入文献质量控制差异显著: 针对 9 项 RCT 研究, 采用 ROB2.0 工具进行风险偏倚分析, 其中 1 项 [23]为意向治疗分析(Intention-to-Treat Analysis, ITT), 见图 1, 图 2。8 项[7]-[10] [12] [16] [17] [22]为符合方案分析(per-protocol analysis, PP), 见图 3, 图 4。研究者多采用随机数结合就诊顺序的分组方法, 造成纳入文献普遍在随机化方面存在高风险。针对 4 项非随机对照单臂研究, 采用 MINORS 量表进行方法学质量评价, 仅使用前 8 项条目, 每项 0~2 分, 总分 0~16 分, 见表 4, 普遍存在前瞻性样本量估算缺失的问题。以上风险评估均由 2 名研究者独立评价, 分歧经讨论解决。

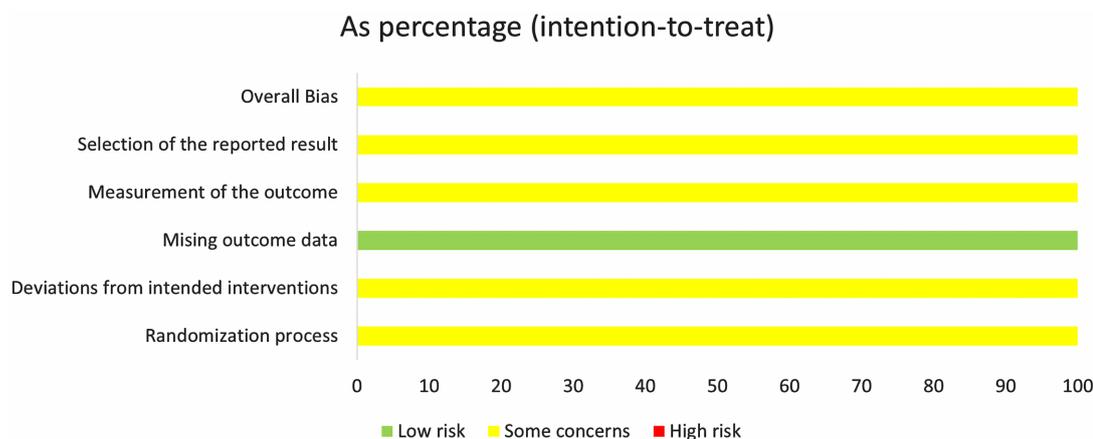


Figure 1. Risk of bias summary for each included study (ITT)

图 1. 偏倚风险汇总(ITT)

Table 4. MINORS quality assessment scale
表 4. MINORS 方法学质量评价表

参考文献	第一作者 (年份)	明确研 究目的	连续纳 入患者	前瞻性 数据收 集	终点与 目的一 致	终点评 估无偏 倚	随访时 间恰当	失访率 低且说 明	前瞻性 样本量 估算	总分 (0~16)	质量等级
[6]	陈颖 2018	2	1	2	2	1	2	1	0	11	中等质量
[11]	王婧 2018	2	1	1	2	1	1	1	0	9	中等质量
[20]	张明明 2019	2	1	0	2	1	1	1	0	8	中等质量
[21]	杨文 2016	1	1	0	1	1	1	1	0	6	低等质量

针刺受医师操作手法和患者个体差异双重影响, 仅 2 篇文献涉及医师培训, 6 篇依据临床实际进行辨证分型或对症配穴; 疗程为 4~8 周, 每周治疗 3~7 次, 1 项未固定疗程时间[16]; 7 篇文献随访时间 2 周~3 月, 随意性较大。上述因素均影响研究质量和可信度。见表 5。

Table 5. Study quality control design
表 5. 研究质量控制设计

研究质量控制设计			
项目	参考文献	项目	参考文献
盲法	[8] [10] [22]	每周治疗次数:	
随机方法	[7] [8] [9] [10] [12] [16] [17] [22]	3 次	[10] [11] [12] [22]
样本量计算	[7] [12] [16] [22]	4 次	[17]
针灸操作培训	[8] [10]	5 次	[6] [7] [8] [9]
辨证分型/对症配穴	[8] [9] [12] [17] [16] [21]	6 次	[20]
BZDs 减撤药指导	[6] [7] [8] [9] [10] [12] [16] [17]	7 次	[21] [23]
治疗时间:		疗程后随访:	
4 周	[6] [7] [8] [9] [11] [12] [17] [23]	2 周	[7]
1 月	[21]	4 周	[6] [7] [10] [12] [16] [22]
5 周	[20]	8 周	[7]
6 周	[22]	12 周	[16]
8 周	[10]	3 月	[17]

5.3. 病例信息报告不完整

病史采集用药信息缺损较多。仅 3 篇文献完整报告了患者用药的品名/种类、剂量、频次和时长[11] [12] [17]; 8 项研究报告了用药品名/种类, 其中 6 项在纳入标准中明确依赖类型为艾司唑仑[8] [9] [11] [12] [17] [21], 4 项研究显示治疗前用药频次及剂量为每晚 1 mg [8] [11] [12] [17]; 5 项研究报告组内患者多重用药, 其中 3 项[6] [7] [10]对不同 BZDs 进行等计量折算; 6 项研究报告治疗前用药时长, 其中 4 项[7]

[10]-[12]平均用药时长在 13.94 ± 10.683 月~ 5.17 ± 2.36 年之间,所有研究受试者服药均超过 1 月[17][21]。

受药物戒断、针刺操作等影响,治疗中可能出现不良反应,5 项研究对此报告,3 项进行了安全性评价;6 项报告了病例脱落,但未详细描述其脱落情况、对整体疗效的影响。病史信息缺损会影响研究人群同质性,降低研究可靠性。见表 6。

Table 6. Case information collection status

表 6. 病例信息采集情况

病例信息采集情况			
项目	参考文献	项目	参考文献
治疗前用药情况:		失眠病程	[6] [7] [8] [9] [12] [16] [17] [20] [22] [23]
品名/种类	[8] [9] [11] [12] [16] [17] [20] [21]	不良事件记录	[6] [7] [8] [9] [16]
多重用药	[6] [7] [10] [16] [20]	安全性评价	[6] [8] [10]
剂量	[7] [8] [10] [11] [12] [17]	病例脱落报告	[7] [8] [9] [10] [16] [22]
频次	[11] [12] [17] [23]		
时间	[7] [10] [11] [12] [17] [21]		

5.4. 诊断标准与观察指标的多样化

诊疗标准直接决定干预目标人群,不同受试者的干预需求会影响疗效评估。6 项研究构建了失眠、不寐和催眠药物依赖性睡眠障碍的完整诊断标准[7]-[10] [12] [22],但中西医诊断标准均缺乏统一性;疗效观察以量表为主,以匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)(84.62%)和 BZDs 戒断症状量表(BWSQ)(53.85%)为代表,分别评价睡眠情况和戒断反应;5 项研究涉及患者心理健康状况,采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)、汉密尔顿焦虑量表(HAMD)、症状自评量表(SCL-90)等;1 项研究包含了多导睡眠图(PSG)和睡眠相关神经递质水平检测的客观指标;疗效评价上,仅 5 篇文献同时单独评价减撤药与失眠疗效。观察指标的多样性会影响研究之间疗效可比性。见表 7、表 8。

Table 7. Diagnostic criteria

表 7. 诊断标准

诊断标准			
项目	参考文献	项目	参考文献
失眠的西医诊断标准:		不寐的中医诊断标准:	
《中国成人失眠诊断与治疗指南》2017 版	[8] [10] [22]	《中医病证诊断疗效标准》2017 版	[8]
《精神障碍诊断与统计手册第 5 版》2015 年	[12]	《中医病症诊断疗效标准》2016 版	[10] [22]
《国际疾病分类诊断标准第十版(ICD-10)》2010 年	[6] [7]	《中医内科学》2016 版	[9]

续表

《中国精神障碍分类与诊断标准第三版(CCMD-3)》2001年	[9] [17] [21]	《中医内科常见病诊疗指南中医病证部分》2008年	[12] [20] [23]
催眠药物依赖性睡眠障碍的诊断标准:		《中医病证诊断疗效标准》1994年	[7]
《临床睡眠障碍诊疗手册》第二军医大学出版社, 2006年	[6] [7] [10] [8] [9] [11] [12] [16] [22]	《中药新药临床研究指导原则》	[17]
《中国成人失眠诊断与治疗指南》2017版	[23]		

Table 8. Observation indexes

表 8. 观察指标

观察指标			
项目	参考文献	项目	参考文献
量表评价:		客观指标:	
PSQI	[6] [8] [9] [10] [11] [12] [16] [17] [20] [22] [23]	PSG	[22]
ISI	[7] [22]	睡眠相关神经递质水平检测	[22]
BWSQ	[6] [7] [8] [9] [10] [12] [16]	疗效指标:	
SAS	[8] [16] [22]	减撤药有效率	[6] [8] [9] [10] [12] [16] [21]
SDS	[8] [16] [22]	失眠治疗有效率	[6] [8] [10] [11] [12] [16] [17] [22]
HAMD	[22]	整体治疗有效率(包含减撤药情况及失眠改善情况)	[20] [23]
SCL-90	[11] [12]		

6. 展望

现有研究表明, 针刺治疗药物依赖性失眠在改善睡眠质量、促进减撤药、缓解情绪障碍方面确有疗效, 值得临床进一步推广。但当前研究处于初步探索阶段, 存在文献数量少、质量差异大、侧重疗效观察、机制研究不足, 方法学异质性显著等问题。基于现有证据, 未来研究需提高循证质量。研究设计上, 应优先开展设计严谨、大样本、多中心的 RCT。丰富对照研究, 除单纯减药指导, 可纳入非 BZDs 药物、新型苯二氮卓受体激动剂[34] [35], CBT-I 等西医疗法作为对照, 深入验证针刺有效性和特异性。探索推拿、耳针、中药[36]-[38]等中医治法与针刺的联合干预效果, 提高临床疗效和推广度; 研究质量上, 需完善患者信息采集和亚组分析, 兼顾标准化治疗方案与中医辨证个体化优势。优化盲法设计和针刺质量控制, 结合本病病程长、患者依赖心理强的特点, 适当延长随访时间, 评估长期疗效与复发率; 疗效评价上, 应用主观量表、客观指标、戒断反应多维评价, 结合 PSG、fMRI 等检测技术, 深化机制研究。探索针刺在 BZDs 使用病程中的辅助疗效和介入时间窗口, 通过针药结合及早干预、增效减负, 避免长期依赖, 达到“未病先防”的治疗目的。

基金项目

1) 课题编号: 25MSZX202。

课题名称: 慢性失眠伴轻度认知功能障碍“以针调神”的临床疗效观察。

项目来源: 四川省中医药管理局 2025 年面上项目。

2) 课题编号: 2023065。

课题名称: “醒脑开窍”针法调节大脑皮层兴奋性改善亚健康患者失眠的临床研究。

项目来源: 成都市卫健委。

参考文献

- [1] 赵忠新. 临床睡眠障碍诊疗手册[M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2006.
- [2] Wilt, T.J., MacDonald, R., Brasure, M., Olson, C.M., Carlyle, M., Fuchs, E., *et al.* (2016) Pharmacologic Treatment of Insomnia Disorder: An Evidence Report for a Clinical Practice Guideline by the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, **165**, 103-112. <https://doi.org/10.7326/m15-1781>
- [3] 彭笑笑, 刘铭忆, 杨昕晖, 等. 社区失眠老年患者镇静催眠药依赖情况及影响因素分析[J]. 中国医刊, 2024, 59(2): 206-209.
- [4] Poyares, D., Guilleminault, C., Ohayon, M.M. and Tufik, S. (2004) Chronic Benzodiazepine Usage and Withdrawal in Insomnia Patients. *Journal of Psychiatric Research*, **38**, 327-334. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2003.10.003>
- [5] 邬瑞, 张明波. 针灸治疗失眠的临床方法及疗效观察的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2019, 27(4): 106-108.
- [6] 陈颖, 范竹青, 于文艳. 针刺治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠的前瞻性病例系列研究[J]. 中国现代医生, 2018, 56(21): 134-137.
- [7] 范竹青, 高义崧, 陈於虹, 等. 针刺治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠症患者的临床疗效及其影响因素的 Logistic 分析[J]. 世界中西医结合杂志, 2025, 20(6): 1193-1199.
- [8] 张丽娜. 从肝论治针刺治疗药物依赖性失眠的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2025.
- [9] 孟繁昊. 通督调神针刺法治疗艾司唑仑依赖性失眠症临床观察[D]: [硕士学位论文]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2023.
- [10] 黄蓉. “五脏俞原配穴”针刺法治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 成都: 成都中医药大学, 2025.
- [11] 王婧, 孙文博, 刘云霞. 腹针治疗药物依赖性失眠患者 30 例疗效及躯体化因子聚类分析[J]. 北京中医药, 2018, 37(4): 315-317.
- [12] 王婧. 腹针疗法治疗艾司唑仑依赖性失眠的临床随机对照研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2019.
- [13] Xu, H., Wu, L., Zhang, Y., Ba, T. and Zhao, X. (2024) Efficacy and Safety of Electroacupuncture for Insomnia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Integrative Medicine*, **22**, 459-472. <https://doi.org/10.1016/j.joim.2024.05.005>
- [14] 江静, 刘成勇, 方琴琴, 等. 电针对慢性失眠症患者脑电特征信号的影响: 随机对照试验[J]. 针刺研究, 2024, 49(11): 1174-1180.
- [15] 李沐风, 刘成勇, 王璐瑶, 等. 通督调神电针调节脑类淋巴功能改善失眠症沿血管周围间隙弥散张量成像[J]. 中国中西医结合杂志, 2025, 45(11): 1325-1330.
- [16] 曹紫琼. 电针干预苯二氮(?)类药物依赖性失眠症的真实世界研究[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2025.
- [17] 笪巍伟. 通督调神法针刺干预慢性失眠患者撤药及预后的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 南京: 南京中医药大学, 2012.
- [18] 张田宁, 吴生兵, 朱咏梅, 等. 试析艾灸的质与量[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(11): 5088-5091.
- [19] 叶小娜, 郑雅峰, 孙超, 等. 隔药灸脐法对失眠大鼠的治疗作用及机制[J]. 世界中医药, 2025, 20(2): 252-258.
- [20] 张明明, 高希言, 李潇, 等. 针刺背俞穴结合透灸法治疗安眠药物依赖性失眠 23 例[J]. 中国针灸, 2019, 39(3): 251-252.

- [21] 杨文, 吴婷, 田勇, 李智梅. 针灸疗法降低失眠患者对艾司唑仑依赖性的临床观察[J]. 中国保健营养, 2016, 26(22): 123.
- [22] 张淑绵. 针药结合治疗心脾两虚型药物依赖失眠的临床研究[D]: [博士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2022.
- [23] 刘一帆, 梅凯, 郝建梅. 化痰养心汤联合针刺“安眠五穴”治疗慢性阻塞性肺疾病伴苯二氮卓类药物依赖性失眠症疗效及对细胞免疫功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(21): 2310-2315.
- [24] 张晴晴, 崔东霞. 从“阴阳”论针灸治疗失眠的选穴规律[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(23): 1-3.
- [25] Baler, R.D. and Volkow, N.D. (2006) Drug Addiction: The Neurobiology of Disrupted Self-Control. *Trends in Molecular Medicine*, **12**, 559-566. <https://doi.org/10.1016/j.molmed.2006.10.005>
- [26] Robinson, T.E. and Berridge, K.C. (2025) The Incentive-Sensitization Theory of Addiction 30 Years on. *Annual Review of Psychology*, **76**, 29-58. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-011624-024031>
- [27] Yang, C.H., Yoon, S.S., Hansen, D.M., Wilcox, J.D., Blumell, B.R., Park, J.J., et al. (2010) Acupuncture Inhibits GABA Neuron Activity in the Ventral Tegmental Area and Reduces Ethanol Self-Administration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, **34**, 2137-2146. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01310.x>
- [28] Xi, H., Wu, W., Qin, S., Wang, X. and Liu, C. (2023) Effects of Electroacupuncture on the Ventral Tegmental Area-Nucleus Accumbens Dopamine Pathway in Rats with Chronic Sleep Deprivation. *Acupuncture in Medicine*, **41**, 336-344. <https://doi.org/10.1177/09645284221146197>
- [29] 阮经文, 郑沛仪. 针灸治疗药物依赖性失眠患者的疗效分析[J]. 中国康复医学杂志, 2002(3): 38-39.
- [30] 杨金亮, 张蓉, 杜磊, 等. 温针灸配合耳穴贴压调节阳虚型失眠患者神经递质临床观察[J]. 中国针灸, 2014, 34(12): 1165-1168.
- [31] 廖凌鑫, 刘薪雨, 李仲文, 等. 神门、三阴交穴位配伍对不同主症失眠症患者临床症状和血清 5-HT、GABA 的影响[J]. 时珍国医国药, 2024, 35(5): 1164-1168.
- [32] Meira do Valle, S.S. and Hong, H. (2023) Acupuncture Treatment for Generalized Anxiety Disorder by Activating the Vagus Nerve and Improving Heart-Rate Variability and Heart-Rhythm Coherence, a Case-Series Study. *Medical Acupuncture*, **36**, 21-26. <https://doi.org/10.1089/acu.2023.0036>
- [33] Chang, Y., Liu, L., Xu, X. and Zhang, S. (2025) The Pathogenesis and Treatment of Insomnia Combined with Depression. *International Journal of General Medicine*, **18**, 4635-4645. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s547865>
- [34] 吴松林. 盐酸曲唑酮治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠症的效果分析[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(87): 78.
- [35] 张丽娟. 探讨盐酸曲唑酮治疗苯二氮卓类药物依赖性失眠症患者的效果[J]. 中国医学文摘(耳鼻咽喉科学), 2021, 36(4): 104-106.
- [36] 刘焰刚, 马福林. 推拿戒除镇静类药物依赖临床体会[J]. 中国中医药信息杂志, 2000(8): 81.
- [37] Bergdahl, L., Broman, J., Berman, A.H., Haglund, K., von Knorring, L. and Markström, A. (2017) Auricular Acupuncture versus Cognitive Behavioural Therapy in the Discontinuation of Hypnotic Drug Usage, and Treatment Effects on Anxiety, Depression and Insomnia Symptoms—A Randomised Controlled Study. *European Journal of Integrative Medicine*, **16**, 15-21. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2017.10.002>
- [38] 张爽. 甘露清心汤干预阿普唑仑依赖患者停药后的睡眠质量与成瘾反应的临床观察[D]: [硕士学位论文]. 长沙: 湖南中医药大学, 2025.