

耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧治疗失眠症的疗效观察

曾满萍¹, 刘晓辉², 彭丽华¹, 刘兆平¹, 贺美燕¹, 史艳威¹, 敖志艳¹

[1. 湘南学院第一附属医院(湖南省郴州市第一人民医院), 郴州 423000; 2. 河南省中医院, 郑州 450002]

【摘要】 目的 观察耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧治疗失眠症的疗效及对患者睡眠质量的影响。方法 选取失眠症患者 132 例, 按照随机数字表法分为 A 组(药物治疗)、B 组(耳部铜砭刮痧治疗)、C 组(耳穴贴压治疗)、D 组(耳部铜砭刮痧联合耳穴贴压治疗), 每组 33 例。比较 4 组治疗前后匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分、中医证候评分的变化, 采用多导睡眠监测仪观察 4 组治疗前后的睡眠质量, 比较 4 组临床疗效。结果 治疗前, 4 组患者的 PSQI 评分、睡眠结构和进程、中医证候评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, B 组、C 组和 D 组患者 PSQI 各维度评分及总分较同组治疗前降低($P<0.05$); D 组睡眠质量、入睡时间、睡眠效率明显优于其余 3 组($F=8.262, P=0.029$)。治疗后, 4 组睡眠潜伏期(SOL)、觉醒次数(AT)和非快速眼球运动(NREM)-1 期睡眠时间均较同组治疗前减少($F=9.598, P<0.05$), 总睡眠时间(TST)、NREM-2 期、NREM-3 期、快速眼球运动(REM)期时间均较治疗前增加($F=8.139, P<0.05$); D 组患者 NREM-3 期、REM 期、TST、SOL、AT 明显优于其余 3 组($F=8.761, P=0.028$)。D 组总有效率(93.8%)明显优于 A 组(70.0%)、B 组(84.4%)和 C 组(80.6%), 差异具有统计学意义($P<0.05$)。结论 耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧可有效改善失眠症患者的睡眠质量及睡眠结构, 提高临床疗效。

【关键词】 刮痧疗法; 耳穴贴压; 失眠症; 睡眠质量; 睡眠结构

【中图分类号】 R246.1 **【文献标志码】** A

DOI:10.13460/j.issn.1005-0957.2022.04.0359

Efficacy Observation of Auricular Scraping with A Copper Scraper Combined with Auricular Point Sticking for Insomnia ZENG Manping¹, LIU Xiaohui², PENG Lihua¹, LIU Zhaoping¹, HE Meiyun¹, SHI Yanwei¹, AO Zhiyan¹. 1.First Affiliated Hospital of Xiangnan University (Chenzhou No.1 People's Hospital of Hunan Province), Chenzhou 423000, China; 2.Henan Province Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450002, China

[Abstract] **Objective** To observe the efficacy of auricular scraping with a copper scraper plus auricular point sticking in treating insomnia and its effect on the patient's sleep quality. **Method** A total of 132 insomnia patients were selected and divided using the random number table method into group A (medication treatment), group B (auricular scraping treatment with a copper scraper), group C (auricular point sticking treatment), and group D (auricular scraping treatment with a copper scraper plus auricular point sticking), with 33 cases in each group. The changes in the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) score and symptom score of traditional Chinese medicine (TCM) in the four groups were compared before and after the treatment, the sleep quality was observed using polysomnography, and the clinical efficacy was also compared. **Result** Before the treatment, there were no significant differences in the PSQI score, sleep structure and process, or TCM symptom score among the four groups ($P>0.05$). After the treatment, the dimension scores and global score of PSQI dropped in group B, group C and group D ($P<0.05$); group D was notably superior to the other three groups comparing sleep quality, sleep latency, and sleep efficiency ($F=$

基金项目: 湖南省临床医疗技术创新引导项目(2020SK50306); 湖南省郴州市第一人民医院新技术项目(2020C04); 湘南学院医院联合专项项目(2020XJ136)

作者简介: 曾满萍(1983—), 副主任护师, 硕士, Email:80592119@qq.com

通信作者: 刘兆平(1983—), 副主任医师, 硕士, Email:124267143@qq.com

8.262, $P=0.029$). The sleep onset latency (SOL), apperception time (AT), and non-rapid eye movement (NREM) stage 1 (NREM-1) decreased after the treatment in the four groups ($F=9.598, P<0.05$), and the total sleep time (TST), NREM stage 2 (NREM-2), NREM stage 3 (NREM-3), and rapid eye movement (REM) period increased ($F=8.139, P<0.05$). Group D was superior to the other three groups comparing the NREM-3, REM period, TST, SOL, and AT ($F=8.761, P=0.028$). The total effective rate in group D (93.8%) was higher than that in groups A (70.0%), B (84.4%), and C (80.6%), and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Auricular scraping with a copper scraper plus auricular point sticking can effectively improve the sleep quality and structure and enhance clinical efficacy in treating insomnia patients.

[Key words] Scraping; Auricular point sticking; Insomnia; Sleep quality; Sleep structure

失眠症已成为最常见的睡眠障碍^[1],睡眠研究会调查显示中国有 45.4%的被调查者在过去 1 个月中曾经历过不同程度的失眠^[2]。长期失眠不仅会导致日间功能损害、机体免疫力下降、诱发或加重心脑血管疾病等^[3],还会影响大脑正常思维,引发焦虑、抑郁等情绪障碍^[4]。中医学将失眠归属为“不寐”范畴,也称为“目不瞑”“不得卧”,认为是邪气客于脏,阳不入阴所得,其中以心脾两虚型较多^[5]。西医治疗失眠症有一定疗效,但易产生药物依赖性及次日头昏目眩、精神不振、共济失调等不良反应^[6]。既往文献^[7-8]显示,耳穴贴压治疗失眠症疗效不一,未体现中医辨证分型,且部分人群不能耐受耳穴贴压疼痛导致疗效降低。耳部铜砭刮痧疗法通过刺激耳部相应穴位产生经络传导,具有疏通经脉、调畅气血的功效^[9-10]。笔者前期的临床实践显示耳部铜砭刮痧可减轻耳穴贴压过程带来的疼痛感,且可以增加耳穴贴压的疗效,但临床研究样本量较小。因此,二者在改善失眠症方面仍有必要行优劣性验证,且二者联合干预失眠症的研究鲜见。因此,本研究旨在观察耳部铜砭刮痧与耳穴贴压联合应用的临床疗效。

表 1 4 组患者一般资料比较

| 组别 | 例数 | 性别(例) | | 年龄($\bar{x} \pm s$, 岁) | 病程($\bar{x} \pm s$, 月) | PSQI 总分($\bar{x} \pm s$, 分) |
|-----|----|-------|----|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| | | 男 | 女 | | | |
| A 组 | 30 | 13 | 17 | 48.25±5.26 | 11.24±3.23 | 19.15±1.02 |
| B 组 | 32 | 14 | 18 | 47.84±6.23 | 12.20±2.28 | 18.92±1.03 |
| C 组 | 31 | 13 | 18 | 48.56±5.53 | 11.56±3.15 | 18.65±1.21 |
| D 组 | 32 | 13 | 19 | 47.68±6.51 | 13.12±3.05 | 19.23±0.98 |
| F 值 | - | 3.016 | | 0.574 | 0.665 | 0.732 |
| P 值 | - | 0.170 | | 0.705 | 0.524 | 0.475 |

1.2 纳入标准

①符合西医《中国失眠诊断和治疗指南》^[11]中关于失眠的诊断标准;②符合《失眠症中医临床实践指南

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月至 2021 年 2 月在郴州市第一人民医院中医睡眠门诊就诊的心脾两虚型失眠症患者 132 例。将 132 个随机数字号装入 132 个不透明信封里,研究对象按就诊顺序抽取随机号,规定前 33 个随机号进入 A 组(药物治疗组)、34~66 的随机号进入 B 组(耳部刮痧组)、67~99 的随机号进入 C 组(耳穴贴压组)、100~132 的随机号进入 D 组(耳部刮痧联合耳穴贴压组),每组 33 例。治疗前,发放并收回有效调查量表 132 份;治疗后,收回有效调查量表 125 份。A 组有 3 例因担心安眠药物副作用而退出研究,C 组有 2 例因不能耐受耳穴贴压的疼痛而退出,B 组和 D 组各 1 例因工作原因而退出。回收有效率为 94.7%,4 组患者均无不良反应。4 组患者年龄、性别、病程及匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。本研究已获得郴州市第一人民医院伦理委员会审查批准(伦理批号 20200344)。

(WHO/WPO)》^[12]中医辨证心脾两虚型的诊断标准,即症见不寐、多梦、易醒、醒后不易入睡、心悸、健忘、神倦乏力、面色少华、头晕目眩、饮食无味、腹胀便

溏,舌淡、苔薄、有齿痕、脉细弱等;③PSQI 总分 ≥ 7 分者^[13-14];④年龄 18~70 岁,性别不限;⑤所有患者均自愿参加本研究,并签署知情同意书。

1.3 排除标准

①患有重大器质性疾病或精神心理疾病者;②近期有生育计划或哺乳期、孕期者;③耳部皮肤有炎症、湿疹、溃疡、冻伤或较大瘢痕组织者;④已参与其他研究者。

1.4 剔除与脱落标准

①干预期间不能配合治疗或自行退出者;②治疗过程中使用了其他可能对研究结果产生影响的药物者;③资料不全影响研究结果有效性判断者。

2 治疗方法

4 组均予正确的睡眠健康教育,矫正不良的睡眠行为和观念。包括创造适宜的睡眠环境、维持昼夜节律、增强晚间睡眠欲望、放空杂念、饮食有节。

2.1 A 组

予口服右佐匹克隆片(成都康弘药业集团股份有限公司,国药准字 H20100074,3 mg/片),每晚睡前 30 min 温开水送服,每次 0.5 片。连续服用 1 个月。

2.2 B 组

根据刘凤选等^[9]耳部全息铜砭刮痧的要点结合本研究对象的特点进行以下干预。①耳穴诊断,中医四诊评估患者全身情况,望诊和触诊耳郭,并结合对舌苔的观察进行辨证,初步确定耳部铜砭刮痧方案。②耳部按摩,涂介质(甘油),按摩耳郭大、小周天^[15],畅通全身气血运动循环。③耳部铜砭刮痧,基础刮痧包括耳前和耳后各个部位,按“从下到上、从外向内、从前到后”的顺序刮红刮透;辨证取穴重点刮痧是根据《耳穴治疗学》^[15]的取穴原则结合中医辨证;本研究主穴选心、脾、神门、枕、垂前、神经衰弱区、神经系统皮质下、催眠点;配穴选肝、肾、耳背心;多梦加多梦区。双耳刮痧,3 d 治疗 1 次,连续治疗 1 个月,共治疗 10 次。

2.3 C 组

予耳穴贴压治疗。首先进行耳穴诊断,行中医四诊评估患者全身情况,望诊和触诊耳郭,并结合舌苔辨证,根据失眠的取穴原则^[7,15]确定主配穴,主穴选心、脾、肝、肾、神门、枕、垂前、皮质下;入睡困难加催眠点,早醒加睡眠深沉点,多梦加多梦区。耳穴局部皮肤消毒

后,用耳穴探针确定阳性点,将王不留行籽耳穴贴对准阳性点贴压在耳穴上,由轻到重进行按压,使之产生酸、麻、胀、痛、热等得气感,每次每穴按压 30 s,每日按压 3 次。两耳交替贴压,3 d 更换 1 次,连续治疗 1 个月,共治疗 10 次。

2.4 D 组

予耳部铜砭刮痧联合耳穴贴压治疗。耳部铜砭刮痧方法同 B 组,根据刮痧中出现的阳性点确定耳穴贴压的部位,贴压方法同 C 组。每次双耳刮痧,单耳耳穴贴压。3 d 治疗 1 次,连续治疗 1 个月,共治疗 10 次。

3 治疗效果

3.1 观察指标

3.1.1 PSQI 评分^[13-14]

由 7 个维度(睡眠质量 SQ、入睡时间 SL、睡眠时间 SH、睡眠效率 SE、睡眠障碍 SD、催眠药物 SM、日间功能障碍 DD)和 18 个条目组成,每个维度按 0、1、2、3 分评分,各维度累计得分为 PSQI 总分(0~21 分)。总分 ≥ 7 分提示存在睡眠障碍,总分越高提示睡眠质量越差。各维度评分 ≥ 2 分提示该维度在质和量均较差。分别于治疗前后评估 PSQI 评分。

3.1.2 多导睡眠监测(polysomnography, PSG)^[16]

采用 MindWare 多导生理记录仪(北京神州津发科技有限公司)监测患者夜间睡眠进程和睡眠结构。睡眠进程包括总睡眠时间(total sleep time, TST)、睡眠潜伏期(sleep onset latency, SOL)和觉醒次数(apperception time, AT)。睡眠结构包括非快速眼球运动(non-rapid eye movement, NREM)(N1 期、N2 期、N3 期)和快速眼球运动(rapid eye movement, REM)期睡眠时间以及各个阶段 N1 期、N2 期、N3 期、REM 期睡眠时间占 TST 的百分比。分别于治疗前后评估患者睡眠结构和进程。

3.1.3 中医证候评分^[12,17]

主症包括不寐、多梦、易醒、醒后不易入睡、心悸、健忘等,症状由无到重依次计 0、2、4、6 分;次症包括神倦乏力、面色少华、头晕目眩、饮食无味、腹胀便溏等,症状由无到重依次计 0、1、2、3 分;舌淡、苔薄、有齿痕、脉细弱。总分为 0~51 分。

3.2 疗效标准^[14,17]

根据中医证候评分和 PSQI 总分减分率进行疗效

评定。PSQI 总分减分率 = [(治疗前总分 - 治疗后总分) / 治疗前总分] × 100%。

治愈:PSQI 总减分率 ≥ 90%, 夜间睡眠时长 > 6 h, 次日精力充沛。

显效:PSQI 总减分率 ≥ 60% 且 < 90%, 夜间睡眠时长增加 ≥ 3 h。

有效:PSQI 总减分率 ≥ 30 且 < 60%, 夜间睡眠时长增加 < 3 h。

无效:PSQI 总减分率 < 30%, 睡眠未见改善。

总有效率 = [(治愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数] × 100%。

3.3 质量控制

干预前成立睡眠干预研究小组, 所有人员均经过统一培训。项目负责人负责研究设计及课题进程; 1 名中医医师负责患者中医证候判定、药物治疗及不良事件评估和处理; 1 名中医专科护士经培训考核合格后, 负责研究对象的耳部铜砭刮痧和耳穴贴压; 2 名研究生负责数据收集、录入及统计学处理。问卷和量表的发放由研究者本人完成, 统一指导语, 对特殊情况患者

进行制动器具填写, 当场回收, 保证问卷回收率。所有研究对象均建立门诊管理病历, 分别加入不同组别的微信打卡群, 由指定专人进行群管理, 并给予睡眠相关健康教育, 处理和解答患者治疗过程中遇到的问题, 提高治疗依从性, 避免偏倚。

3.4 统计学方法

采用 SPSS20.0 统计软件进行数据处理和分析。计数资料比较采用卡方检验。符合正态分布的计量资料采用均数 ± 标准差表示, 组内比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用单因素方差分析, 采用 *LSD* 法进行两两比较。以 *P* < 0.05 表示差异有统计学意义。

3.5 治疗结果

3.5.1 4组治疗前后PSQI评分比较

治疗前, 4 组 PSQI 总分和 7 个维度评分比较, 差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后, B 组、C 组和 D 组 PSQI 总分和 7 个维度评分较同组治疗前降低 (*P* < 0.05); 组间两两比较, D 组患者的睡眠质量、入睡时间、睡眠效率评分和总分明显优于其余 3 组, 差异有统计学意义 (*F* = 8.262, *P* = 0.029)。详见表 2。

表 2 4 组治疗前后 PSQI 评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

| 项目 | 时间 | A 组 (30 例) | B 组 (32 例) | C 组 (31 例) | D 组 (32 例) |
|--------|-----|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| 睡眠质量 | 治疗前 | 2.73 ± 0.21 | 2.7 ± 0.19 | 2.74 ± 0.23 | 2.75 ± 0.19 |
| | 治疗后 | 1.57 ± 0.27 ¹⁾ | 1.15 ± 0.32 ¹⁾ | 1.16 ± 0.34 ¹⁾ | 0.84 ± 0.23 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| 入睡时间 | 治疗前 | 2.64 ± 0.32 | 2.67 ± 0.24 | 2.68 ± 0.25 | 2.69 ± 0.24 |
| | 治疗后 | 1.85 ± 0.24 ¹⁾ | 1.21 ± 0.41 ¹⁾²⁾ | 1.25 ± 0.47 ¹⁾²⁾ | 0.96 ± 0.27 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| 睡眠时间 | 治疗前 | 2.71 ± 0.27 | 2.74 ± 0.23 | 2.67 ± 0.24 | 2.72 ± 0.18 |
| | 治疗后 | 1.37 ± 0.41 ¹⁾ | 1.22 ± 0.37 ¹⁾ | 1.34 ± 0.38 ¹⁾ | 1.03 ± 0.24 ¹⁾²⁾ |
| 睡眠效率 | 治疗前 | 2.69 ± 0.30 | 2.71 ± 0.21 | 2.65 ± 0.27 | 2.70 ± 0.27 |
| | 治疗后 | 1.65 ± 0.37 ¹⁾ | 1.37 ± 0.42 ¹⁾ | 1.41 ± 0.45 ¹⁾ | 0.85 ± 0.19 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| 睡眠障碍 | 治疗前 | 2.46 ± 0.14 | 2.69 ± 0.24 | 2.71 ± 0.19 | 2.73 ± 0.24 |
| | 治疗后 | 1.74 ± 0.41 | 1.54 ± 0.54 ¹⁾ | 1.51 ± 0.51 ¹⁾ | 1.28 ± 0.21 ¹⁾²⁾ |
| 催眠药物 | 治疗前 | 2.68 ± 0.22 | 2.72 ± 0.21 | 2.73 ± 0.26 | 2.69 ± 0.28 |
| | 治疗后 | 2.51 ± 0.59 | 0.34 ± 0.62 ¹⁾²⁾ | 0.21 ± 0.11 ¹⁾²⁾ | 0.15 ± 0.14 ¹⁾²⁾ |
| 日间功能障碍 | 治疗前 | 2.84 ± 0.25 | 2.75 ± 0.19 | 2.72 ± 0.19 | 2.79 ± 0.17 |
| | 治疗后 | 2.25 ± 0.56 | 1.13 ± 0.71 ¹⁾²⁾ | 1.22 ± 0.14 ¹⁾²⁾ | 0.95 ± 0.18 ¹⁾²⁾ |
| 总分 | 治疗前 | 19.15 ± 1.02 | 18.92 ± 1.03 | 18.65 ± 1.21 | 19.23 ± 0.98 |
| | 治疗后 | 13.04 ± 1.13 ¹⁾ | 7.96 ± 0.93 ¹⁾²⁾ | 7.94 ± 0.95 ¹⁾²⁾ | 5.96 ± 0.63 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |

注: 与同组治疗前比较 ¹⁾ *P* < 0.05; 与 A 组比较 ²⁾ *P* < 0.05; 与 B 组比较 ³⁾ *P* < 0.05; 与 C 组比较 ⁴⁾ *P* < 0.05

3.5.2 4 组治疗前后睡眠进程和睡眠结构比较

治疗前, 4 组睡眠进程和睡眠结构各项指标比较, 差异无统计学意义 (*P* > 0.05)。治疗后, 4 组 SOL、AT

和 NREM-1 期时间较同组治疗前减少 (*F* = 9.598, *P* < 0.05); TST、NREM-2 期、NREM-3 期、REM 期时间较同组治疗前增加 (*F* = 8.139, *P* < 0.05)。D 组 NREM-3 期、

REM 期、TST、SOL、AT 明显优于其余 3 组, 差异有统计学意义 ($F=8.761, P=0.028$)。详见表 3。

3.5.3 4 组治疗前后中医证候评分比较

治疗前, 4 组中医证候评分比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 4 组中医证候评分均较同组治疗前降低 ($P<0.05$); D 组中医证候评分优于 A 组、B

组和 C 组, 差异具有统计学意义 ($F=7.634, P=0.021$)。详见表 4。

3.5.4 4 组临床疗效比较

B 组、C 组、D 组总有效率均优于 A 组, D 组总有效率优于 A 组、B 组和 C 组, 差异具有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 5。

表 3 4 组治疗前后睡眠进程和睡眠结构评分比较

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

| 项目 | 时间 | A 组 (30 例) | B 组 (32 例) | C 组 (31 例) | D 组 (32 例) |
|----------------|-----|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| SOL (min) | 治疗前 | 47.56±5.56 | 48.06±7.02 | 49.11±6.12 | 48.62±5.46 |
| | 治疗后 | 42.12±6.63 ¹⁾ | 36.72±6.52 ¹⁾²⁾ | 37.12±5.96 ¹⁾²⁾ | 21.26±5.11 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| AT (次) | 治疗前 | 6.36±1.12 | 7.03±1.21 | 6.29±1.06 | 6.95±1.19 |
| | 治疗后 | 4.17±0.52 ¹⁾ | 3.12±0.74 ¹⁾ | 2.74±0.58 ¹⁾ | 0.84±0.62 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| TST (min) | 治疗前 | 235.36±42.36 | 236.96±46.63 | 238.41±48.16 | 236.36±47.02 |
| | 治疗后 | 265.22±43.65 ¹⁾ | 302.42±47.12 ¹⁾²⁾ | 298.37±46.62 ¹⁾²⁾ | 379.73±48.11 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| NREM-1 期 (min) | 治疗前 | 46.81±5.59 | 47.96±5.29 | 49.83±6.32 | 45.13±6.05 |
| | 治疗后 | 40.28±6.12 ¹⁾ | 37.14±6.47 ¹⁾ | 39.28±5.47 ¹⁾ | 23.59±5.59 ¹⁾²⁾ |
| NREM-2 期 (min) | 治疗前 | 129.51±23.31 | 131.63±22.36 | 130.45±22.18 | 134.74±20.39 |
| | 治疗后 | 153.46±21.29 ¹⁾ | 175.97±21.69 ¹⁾²⁾ | 172.95±21.74 ¹⁾²⁾ | 182.95±22.14 ¹⁾²⁾ |
| NREM-3 期 (min) | 治疗前 | 22.75±4.31 | 26.25±4.87 | 23.75±5.26 | 23.95±6.01 |
| | 治疗后 | 30.25±5.59 ¹⁾ | 43.43±8.41 ¹⁾²⁾ | 42.29±9.01 ¹⁾²⁾ | 85.54±10.03 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |
| REM (min) | 治疗前 | 36.29±7.12 | 31.12±7.96 | 34.38±8.14 | 32.54±9.04 |
| | 治疗后 | 41.23±10.12 ¹⁾ | 45.88±11.23 ¹⁾ | 43.85±9.74 ¹⁾ | 87.65±11.23 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ |

注: 与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较³⁾ $P<0.05$; 与 C 组比较⁴⁾ $P<0.05$

表 4 4 组治疗前后中医证候评分比较

($\bar{x} \pm s$, 分)

| 组别 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 | t 值 | P 值 |
|-------|----|------------|--------------------------------|-------|-------|
| A 组 | 30 | 35.26±5.23 | 22.22±3.45 ¹⁾ | 2.113 | 0.043 |
| B 组 | 32 | 36.12±4.97 | 14.73±4.12 ¹⁾²⁾ | 3.917 | 0.034 |
| C 组 | 31 | 35.45±5.36 | 15.15±3.58 ¹⁾²⁾ | 4.015 | 0.036 |
| D 组 | 32 | 36.21±5.12 | 10.55±4.26 ¹⁾²⁾³⁾⁴⁾ | 5.164 | 0.023 |
| F 值 | - | 0.367 | 7.634 | - | - |
| P 值 | - | 0.612 | 0.021 | - | - |

注: 与同组治疗前比较¹⁾ $P<0.05$; 与 A 组比较²⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较³⁾ $P<0.05$; 与 C 组比较⁴⁾ $P<0.05$

表 5 4 组临床疗效比较

(例)

| 组别 | 例数 | 治愈 | 显效 | 有效 | 无效 | 总有效率/% |
|-----|----|----|----|----|----|------------------------|
| A 组 | 30 | 5 | 8 | 8 | 9 | 70.0 |
| B 组 | 32 | 12 | 9 | 6 | 5 | 84.4 ¹⁾ |
| C 组 | 31 | 11 | 9 | 5 | 6 | 80.6 ¹⁾ |
| D 组 | 32 | 16 | 10 | 4 | 2 | 93.8 ¹⁾²⁾³⁾ |

注: 与 A 组比较¹⁾ $P<0.05$; 与 B 组比较²⁾ $P<0.05$; 与 C 组比较³⁾ $P<0.05$

4 讨论

中医学认为脾为气血生化之源, 脾主统血、心主血脉, 心脾损伤, 气血亏虚, 心伤则心血暗耗、神不守舍, 脾伤则无以化生精微致使营血亏虚, 出现心神失养、气血不足、阳不入阴, 故出现入睡困难、时寐时醒或醒后不能再寐^[18-19]。中医药治疗不寐症方法多样, 且疗效确切, 如中药内服、针灸、推拿、中医外治法等。耳部铜砭刮痧、耳穴贴压疗法属中医外治法, 具有调和阴阳、疏通经络、畅通气血的功效^[7-9]。

研究^[20-21]表明耳穴贴压有安定情绪作用。本研究结果显示, D组治疗后睡眠质量、入睡时间、睡眠效率改善幅度明显优于其余3组, 表明耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧治疗失眠的疗效优于单纯药物、单纯刮痧以及单纯耳穴贴压。夜间睡眠导图监测中各项指标也显示, 耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧治疗的疗效优于其余3种治疗, 能有效改善睡眠结构, 提高患者睡眠质量。本研究将耳部铜砭刮痧和耳穴贴压两种疗法联合应用, 刮耳后可充分暴露耳穴阳性点, 使临证取穴更精准及对症, 且可减轻耳穴贴压导致的疼痛不耐受。皮质下具有调节大脑皮层兴奋和抑制功能; 神门、枕具有镇静、安神、利眠作用; 神经衰弱区、垂前为利眠要穴, 神经衰弱区可使入睡快、并治疗多梦, 垂前可使睡眠深沉、延长睡眠时间; 心主神明, 为五脏六腑之主; 脾健脾胃气, 以养心安神; 肝主疏泄、调节情绪, 以解郁疏肝; 肾补脑益心神, 以交通心肾, 阴阳上下互为制约, 脏腑功能得以平衡。铜砭刮耳过程中, 黄铜可增加微灌注, 增强“气”的深度渗透以及穿透力^[7], 重点刮拭相应穴位可以调节高级神经活动节律及大脑皮层兴奋和抑制功能, 根据脏腑虚实调补阴阳气血, 达到安心神、养肝血、补诸虚、滋肾水的作用, 进而改善睡眠结构, 提高睡眠质量^[22-23]。

本研究结果显示, D组治疗后中医证候评分低于其余3组, 且D组总有效率明显优于其余3组, 表明耳部铜砭刮痧联合贴压治疗在治疗失眠症的疗效更好。耳部铜砭刮痧是建立在耳部全息理论和李氏虎符铜砭刮痧基础上的全新中医特色疗法, 可达到铜砭刮痧和耳穴贴压疗法的双重疗效。因黄铜五行属金入肺、色黄入脾, 且具有热传导性强、杀菌、抗癌的特性, 操作者运用李氏徐而和的手法刮拭耳郭, 能够使人体达到最优的共振频率, 从而进一步增强其疗效^[9]。“肺主气, 一身之气贯于耳”“耳者, 宗脉之所聚也”表明耳为经络通过、终止、会和的重要部位^[24]。耳郭与躯体内脏间通过神经系统存在着密切的对应关系, 刺激耳郭上的相应穴位可产生经络传导作用于相应的躯体内脏, 从而发挥疏通筋脉、平衡阴阳、调畅气血、调理脏腑等功效^[8]。

综上, 耳穴贴压联合耳部铜砭刮痧可有效改善失眠患者的睡眠质量及睡眠结构, 提高临床疗效。由于研究样本量有限, 本研究具有一定局限性, 还需开展多中心、大样本、随机对照研究加以证实。

参考文献

- [1] SWEETMAN A, MELAKU Y A, LACK L, *et al.* Prevalence and associations of comorbid insomnia and sleep apnoea in an Australian population-based sample[J]. *Sleep Med*, 2021, 82(3):9-17.
- [2] 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.
- [3] KESSLER R C, BERGLUND P A, COULOUVRAT C, *et al.* Insomnia, comorbidity, and risk of injury among insured Americans: results from the America insomnia survey[J]. *Sleep*, 2018, 35(6):825-834.
- [4] HEIN M, LANQUART J P, LOAS G, *et al.* Similar polysomnographic pattern in primary insomnia and major depression with objective insomnia: a sign of common pathophysiology[J]. *BMC Psychiatry*, 2017, 17(1):273.
- [5] 黄瑞盈, 马小琴, 颜新凌. 穴位按摩治疗失眠的辨证选穴规律分析[J]. 中华护理杂志, 2021, 56(3):404-407.
- [6] 钟敏涛, 张威, 郑婷婷, 等. 北京市22家医院老年失眠患者用药分析[J]. 临床药物治疗杂志, 2017, 15(2):57-60.
- [7] 赵璐, 马淑丽, 杨莉霞, 等. 择时耳穴贴压结合五行音乐对肝郁化火型失眠患者的干预研究[J]. 山西中医药大学学报, 2020, 21(2):154-157.
- [8] 陈春风. 耳穴疗法治疗原发性失眠的研究概况[J]. 光明中医, 2020, 35(10):1601-1604.
- [9] 刘凤选, 梅御寒, 刘芝修. 耳部全息铜砭刮痧方法的临床应用[J]. 中国护理管理, 2019, 19(10):1445-1448.
- [10] 刘艳玲, 曾小玲, 王灿, 等. 耳部铜砭刮痧联合耳穴压豆治疗骨折后失眠临床观察[J]. 河南中医, 2021, 41(1):124-126.
- [11] 韩芳, 唐向东, 张斌. 中国失眠诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24):1844-1855.
- [12] 中国中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J]. 世界睡眠医学杂志, 2016, 3(1):8-25.
- [13] 陈玉梅, 姚辉, 闫树英, 等. 关注和解释疗法对化疗期胃肠道肿瘤患者疲乏及睡眠质量的影响[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2021, 30(1):39-45.

- [14] 杨超, 马艳, 梅俊华, 等. 八段锦联合耳穴贴压治疗新型冠状病毒肺炎伴失眠疗效观察[J]. 中国针灸, 2021, 41(3):243-246.
- [15] 黄丽春. 耳穴治疗学[M]. 2 版. 北京: 科学技术文献出版社, 2017:153-156.
- [16] 张喜. 慢性失眠患者四诊信息与 PSG 及热图特征研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2019.
- [17] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994:1-33.
- [18] 王新年. 不同灸量透灸治疗心脾两虚型失眠临床研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(11):1139-1143.
- [19] 黎斌, 陈凌, 陈克龙, 等. 亚健康失眠肝火扰心证与心脾两虚证多导睡眠监测图研究[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(12):867-868.
- [20] ZHAO H J, TAN J Y, WANG T, *et al.* Auricular therapy for chronic pain management in adults: a synthesis of evidence[J]. *Complement Ther Clin Pract*, 2015, 21(2):68-78.
- [21] 魏巍, 刘雪琴, 刘晓辉, 等. 耳穴压豆在胃肠道肿瘤围手术期的应用价值[J]. 河南医学研究, 2021, 30(1):192-194.
- [22] 陈苏娟, 顾敏, 唐庆艳, 等. 李氏砭法铜砭刮痧对乳腺癌患者癌痛及生活质量的影响[J]. 中国临床护理, 2019, 11(4):292-296.
- [23] 李倩, 刘玲玲, 杨火祥. 热敏灸治疗对心脾两虚型原发性失眠症患者睡眠质量的改善效果探究[J]. 四川中医, 2020, 38(9):181-184.
- [24] 郑珮. 耳与脏腑相关的理论及数据挖掘研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2019.

收稿日期 2021-07-20