

# 针刺联合心理治疗亚健康失眠效果观察

杨春, 李建英, 刘小明, 方坤

秦皇岛市第二医院, 河北 昌黎 066600

**[摘要]** 目的: 观察针刺联合心理干预对亚健康失眠的短期疗效及中长期转归的影响。方法: 将亚健康失眠者 98 例随机分为 2 组各 49 例, 治疗组予针刺联合心理干预, 对照组予艾司唑仑治疗, 2 组疗程均为 30 天。干预前后采用匹兹堡睡眠质量指数量表 (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) 对 2 组患者进行评定, 观察时点为干预前、干预结束、干预后 3 月、干预后半年。结果: 短期疗效: 干预结束 2 组 PSQI 均下降, 与干预前比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 但组间比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。中长期疗效: 干预后 3 月、干预后半年 2 组 PSQI 均下降, 与干预前比较, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 2 组间比较, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 治疗组优于对照组。结论: 2 组短期干预亚健康失眠均有效, 治疗组对中长期转归优势优于对照组。

**[关键词]** 亚健康; 睡眠障碍; 针刺; 心理干预; 短期疗效; 中长期疗效

**[中图分类号]** R256.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0268-03

**DOI:** 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.126

随着现代生活节奏的加快、环境污染、竞争的加剧, 影响人体健康的因素发生了很大变化, 越来越多的人处于亚健康状态, 很多人由于劳累过度、压力过大长期处于亚健康状态, 主要表现为疲劳、失眠、胃口差、情绪不稳定等症状。有研究表明, 失眠在亚健康状态中发生频数为 73.4%<sup>[1]</sup>, 很多人靠长期服用安眠药方能入睡, 严重影响了生存质量和身体健康。本科室临床观察运用针灸联合心理干预对亚健康失眠的治疗, 取得一定的成效结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《亚健康中医临床指南》<sup>[2]</sup>。轻者入寐困难或寐而易醒, 醒后不寐; 重者彻夜难眠, 常伴有头痛、头昏、心悸、健忘、多梦等症; 经系统和各项实验室检查未发现异常。

**1.2 纳入标准** 有失眠的典型症状, 符合失眠症诊断标准; 年龄 18~50 岁, 男女不限。

**1.3 排除标准** 躯体疾病或严重原发性失眠, 难以坚持工作, 精神障碍症状伴有器质性患者导致的继发性失眠; 酗酒或精神药物滥用和依赖所致失眠者; 妊娠或哺乳期妇女; 仅有睡眠量少而无白天不适者。

**1.4 一般资料** 选择 2009 年 3 月—2010 年 10 月在本科门诊就诊的患者, 均经临床诊断为亚健康失眠症, 共 98 例。年龄 18~50 岁, 男女不限。按照随机数字表法随机分为 2 组各 49 例。治疗组男 23 例, 女 26 例; 年龄 21~50 岁; 病程 15

天~3 月。对照组男 24 例, 女 25 例; 年龄 19~50 岁; 病程 14 天~3 月。2 组患者年龄、性别、病程等经统计学分析, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。所有患者均详细询问病史, 签署知情同意书, 研究方案经医院伦理委员会批准。

## 2 治疗方法

**2.1 治疗组 针刺联合心理干预。**(1) 针刺治疗: 取穴: 百会、神门、四神聪、内关、血海、足三里、三阴交。操作: 患者取仰卧位, 穴位皮肤常规消毒, 百会、四神聪沿头皮向后针刺 0.5~0.8 寸; 神门直刺 0.4~0.5 寸; 内关、三阴交直刺 0.6~1.2 寸, 其余各穴常规针刺, 各穴得气后留针 30 min, 每天治疗 1 次, 连续治疗 30 天。(2) 心理干预: 由经过心理知识培训的医生参照文献<sup>[3]</sup>的方法并结合专业知识进行心理治疗, 包括睡眠卫生教育、矛盾意向法、放松治疗、认知治疗等综合治疗。睡眠卫生教育: ①养成规律的作息习惯, 定时上床, 定时起床; ②养成适当的运动习惯, 睡前 5~6 h 可锻炼, 但应避免睡前 1 h 内从事除了性爱以外的剧烈运动; ③不要把情绪带到床上; ④饮食因素: 睡前不宜过饱、饥饿和饮用液体过多; ⑤睡眠期间保证卧室处于有利于睡眠的安静环境, 如适宜的光线、温度等; ⑥了解正常睡眠的生理知识, 如睡眠能力随着年龄增长而下降, 它主要表现在老年人身上, 不应害怕失眠。矛盾意向法: 让患者由原来总想尽快入睡改为有意长时间保持觉醒状态, 拒绝入睡。因为过分担心失眠会使患者长期处于恐惧和焦虑中, 情绪的高唤醒水平严重影响了中枢神经系统

**[收稿日期]** 2014-11-20

**[作者简介]** 杨春 (1968-), 女, 主管护师, 主要从事临床护理工作。

的自然抑制,如果患者放弃了入睡的努力,代之以保持觉醒,焦虑将得以缓解,更有益于入睡。放松治疗:对患者进行松弛训练,减轻患者的心身紊乱症状(如情绪焦虑导致的肌肉紧张),降低患者的心理和/或生理唤醒水平,从而诱发睡眠的发生。认知治疗:与患者共同探讨失眠的原因,挖掘患者内心与睡眠及失眠有关的错误认知,非理性的自动想法,让患者充分意识到其内在的不合理性,使患者真正懂得睡眠上的非自主性,病因上的多重性,症状上的主观性,治疗上的复杂性,帮助患者逐步摒弃非理性信念,以积极健康的心态面对失眠,提高治疗的信心与依从性。

2.2 对照组 艾司唑仑(天津太平洋制药有限公司, H12020291),每次2mg,每晚睡前1次,口服,连续30天。

### 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 运用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评价。由心理测验室医师分别对2组患者治疗前后的睡眠情况进行评定。本量表由19个自评和5个他评条目构成,其中第19个自评条目和5个他评条目不参与计分。余18个条目组成7个成份,每个成份按0~3个等级计分,累积各成份得分为PSQI总分,总分范围为0~21,得分越高,表示睡眠质量越差。

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0软件,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用方差分析。计数资料采用 $\chi^2$ 检验,等级计数资料用秩和检验。

### 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》<sup>[4]</sup>拟定。临床痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间在6h以上;睡眠深沉,醒后精力充沛。显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3h以上,睡眠深度增加。有效:症状减轻,睡眠时间较前增加不到3h。无效:治疗后失眠症状无明显改变或反而加重者。

4.2 2组PSQI评分比较 见表1。干预结束,2组PSQI总分均下降,与干预前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );干预结束2组比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。中长期转归干预后3月及干预后半年,2组PSQI分数均下降,与干预前比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );2组间比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组PSQI评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	n	干预前	干预结束	干预后3月	干预后半年
治疗组	49	10.58±0.42	6.05±0.51 <sup>①</sup>	5.31±0.41 <sup>②③</sup>	5.22±0.43 <sup>②③</sup>
对照组	49	10.25±0.35	6.89±0.69 <sup>①</sup>	6.98±0.44 <sup>①</sup>	6.20±0.55 <sup>①</sup>

与干预前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组同期比较,② $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。临床疗效总有效率治疗组93.8%,对照组85.7%,2组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组临床疗效比较 例(%)

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	49	19	21	6	3	93.9 <sup>①</sup>
对照组	49	10	23	9	7	85.7

与对照组比较,① $P < 0.05$

### 5 讨论

亚健康状态是机体介于健康与疾病之间一种生理功能低下的特殊状态,是机体尚无器质性病变仅有某些功能性改变的“病前状态”或称“灰色状态”“亚临床潜病期”等,有调查显示,我国约有超过70%的人处于亚健康状态<sup>[5]</sup>,失眠是亚健康的突出表现之一,其发生率高,且缺乏长期有效的治疗手段。因此,亚健康失眠状态就是以失眠为主要临床表现的亚健康状态,国内资料报道,亚健康失眠的发生率高达30%<sup>[6]</sup>。近年来,传统中医药治疗失眠发展较快,疗效肯定<sup>[7]</sup>,得到了学者和社会的广泛认可。

我们就临床长期的观察取得了令患者满意的疗效,针灸是治疗亚健康状态的一种简便而有效的方法,具有安全可靠、疗效持久等特点,为人们所认识和接受。失眠,中医称“不寐”“失寐”“不得眠”“目不眠”“不得卧”。中医学认为,失眠病位主要在心脑,脑是人体元神所存之地,脑髓失养,发为不寐。故治疗的重点在于养心安神,益髓补脑。百会、四神聪位于巅顶入络脑,针刺百会、四神聪能升举气血以上荣脑髓,配心经原穴神门,心包经的络穴内关养心安神,血海、足三里益气养血生血,三阴交调整阴阳,以上诸穴合用达到益气养心安神的功效。同时结合心理治疗,可增强其对此病的正确认识,有效舒缓心理压力,改善不良情绪。心理行为干预可改善患者的认知水平及应对能力,缓解患者心理应激反应,并能改善和稳定患者的情绪。

本研究结果显示,治疗组对亚健康失眠中长期转归的影响优于对照组,针灸结合心理治疗后受试者失眠及躯体不适得到改善,随访半年后有效率达93.8%。联合干预后受试者睡眠卫生习惯得到纠正,对睡眠的认知得到改善,失眠症状得到缓解,相比之下,西药的运用只能改善近期疗效,患者机体随着用药时间的延长,产生一定程度的耐药性,长期疗效不及针灸联合心理治疗。综合治疗是中医治疗的优势所在,中医传统疗法和心理干预的治疗,多方面对患者进行治疗,不仅仅改善了西医西药的多项毒副作用及药物依赖性,且其操作简便,患者接受度高,宜基层医院应用。

### [参考文献]

- Neubauer DN. Chronic insomnia[J]. Continuum, 2013, 19(1): 50-66.
- 中华中医药学会. 亚健康中医临床指南[M]. 北京:中国中医药出版社,2006.

- [3] 兰胜作,熊生才,万纯. 睡眠卫生指导及放松训练对失眠者的睡眠评价及疗效观察[J]. 现代预防医学, 2010, 37(3): 507- 511.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993: 186- 187.
- [5] Saddichha S. Diagnosis and treatment of chronic insomnia [J]. Ann Indian Acad Neurol, 2010, 13 (2): 94- 102.
- [6] 雁鸣,刘保证,朴海垠,等. 基于临床流行病学调查的亚健康人群一般特征的探析[J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(7): 612- 616.
- [7] 周荣,胡万华,何金彩. 中医药治疗亚健康失眠的研究进展[J]. 江西中医药, 2012, 43(3): 74- 77.

(责任编辑:刘淑婷)

## 老年人股骨颈骨折围手术期中西医护理体会

朱丽萍

桐乡市第一人民医院骨二科,浙江 桐乡 314500

**[摘要]** 目的:观察老年人股骨颈骨折围手术期中西医护理效果。方法:将 112 例老年股骨颈骨折患者随机分为 2 组,对照组仅使用常规护理方法,观察组采用中西医结合护理方法。观察并比较 2 组患者伤口愈合时间,伤口感染率,骨折愈合时间,护理效果,并发症发生率和患者满意度。结果:对照组骨折愈合速度超过观察组,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );伤口感染率对照组 28.6%,观察组 1.8%,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );对照组骨折痊愈时间多数超过 8 周,而观察组多数在 4~12 周,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );护理优良率对照组 62.5%,观察组 91.07%,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );并发症发生率对照组 43.42%,观察组 21.05%,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ );患者满意度对照组 82.14%,观察组 96.43%,2 组间比较,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论:老年人骨折围手术期使用中西医联合护理增加患者配合度,减少骨折愈合时间,减少并发症,增加患者满意度。

**[关键词]** 老年人;骨折;围手术期;中西医结合护理

**[中图分类号]** R683.42 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 03-0270-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.03.127

老年人由于生活自理能力下降而易因摔倒、碰撞等出现不同程度的骨折。且人的骨密度和骨基质的含量会随年龄的增加而降低,导致老年人骨质较脆,因此,更易出现骨折<sup>[1]</sup>。老年人体质较弱,脏器功能不断减退,系统不断衰老等而导致老年人骨折较难愈合且并发症较多<sup>[2]</sup>。另外,老年人心理素质相对较低,易产生悲观情绪,因此,术后常出现烦躁、焦虑等不利于预后的负性情绪。因此,有必要骨折围手术期实施合理有效的护理。中医护理从“三分治,七分养”出发在治疗的同时考虑到从机体本身出发由内而外改善患者的身体素质,从而有助于患者的康复治疗。西医护理主要关注患者骨折部位的护理。因此,中西医结合护理兼顾患者的身心,有助于老年骨折患者

的早日康复,结果报道如下。

### 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照文献[3],①骨骼出现畸形;②骨头连续性中断;③骨折处存在疼痛和压痛,局部肿胀或出现瘀斑;④骨骼出现反常活动,肢体功能部分或者完全消失。

1.2 纳入标准 参照文献[4],①满足骨折诊断标准;②年龄 60~85 岁者;③患者知情并签署治疗同意书。

1.3 排除标准 参照文献[5],①存在心、肝、肾、肺、脑并发症等躯体疾病严重者;②神经精神病者;③存在严重造血系统疾病者。

1.4 一般资料 观察病例为 2011~2013 年 112 例老年股骨

**[收稿日期]** 2014-11-20

**[作者简介]** 朱丽萍 (1972-),女,主管护师,主要从事骨科临床护理工作。