

· 中医护理 ·

耳穴按摩结合艾灸对肺癌化疗后睡眠障碍患者的影响 *

郭馨 张秀秀 张悦 岳振松

(天津医科大学肿瘤医院 国家肿瘤临床医学研究中心 天津市肿瘤防治重点实验室
天津市恶性肿瘤临床医学研究中心,天津 300060)

摘要 目的:观察耳穴按摩结合艾灸对肺癌患者化疗后出现睡眠障碍的治疗效果。方法:选择化疗后出现睡眠障碍肺癌患者 116 例,随机分为 4 组,其中对照组 26 例,给予常规护理,艾灸组,耳穴治疗组,艾灸+耳穴治疗组各 30 例,在对照组的基础上分别给予艾灸,耳穴压豆,艾灸结合耳穴压豆治疗。对各组患者治疗后疗效进行评估,并根据匹兹堡睡眠指数(PSQI)比较各组患者治疗前后各项指标变化情况。结果:PSQI 各项评分结果显示,治疗前 4 组 PSQI 各因子评分比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后 4 组 PSQI 各因子评分比较差异均有统计学意义($P<0.05$),进一步两两比较结果显示:耳穴+艾灸组分别与对照组、耳穴治疗组、艾灸组比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示耳穴+艾灸治疗组效果最为明显。结论:艾灸结合耳穴压豆对肺癌患者化疗后引起睡眠障碍有明显的治疗作用,且效果较单纯艾灸与耳穴压豆更为明显。

关键词:化疗;艾灸;耳穴压豆

中图分类号 R473.73 R734.2 文献标志码 A DOI:10.3969/j.issn.1006-9143.2019.03.035 文章编号 1006-9143(2019)03-0352-03

肺癌是全球发病率最高的恶性肿瘤,极大危害人类的健康。临床上通常使用化疗作为治疗肺癌的主要手段,化疗可显著延长肺癌患者的生存期,同时,由化疗引起的不良反应如脱发、恶心、乏力等^[1,2],严重影响着患者的生存质量。此外,有研究表明患者接受化疗后存在睡眠障碍,2010 年一项研究化疗患者睡眠障碍的报道被评为全球十二大进展之一^[3]。调查显示,肿瘤患者中约 44%~48%的人都在服用镇静催眠类药物^[4]。长期服用镇定催眠类药物会使机体产生依赖性,并出现便秘等症状,且许多肿瘤患者服用镇定催眠药物后效果并不十分理想^[5]。中医艾灸,耳穴按摩具有毒副作用小,成本低等优势,在临床上已普遍用于疾病的治疗。研究表明艾灸涌泉穴可显著缓解慢性疲劳综合征患者睡眠障碍^[6]。此外,耳穴按摩可改善睡眠障碍为主的亚健康状态^[7]。本研究在随机对照的基础上观察耳穴按摩结合艾灸对化疗引起睡眠障碍的临床疗效,现报道如下。

1 研究对象

选取 2016 年 6 月至 2017 年 10 月期间在天津市肿瘤医院及天津市人民医院的经病理学或细胞学确诊为肺癌并接受化疗(包括辅助化疗、姑息化疗)的患者 116 例,预计生存期大于 6 个月。纳入标准:①经诊断符合轻度睡眠障碍或重度睡眠障碍诊断,以睡眠障碍为唯一症状,其他症状均继发于失眠,包

括难以入眠、易醒、多梦、早醒、醒后不易再入睡、醒后不适感、疲乏或白天困倦。上述睡眠障碍每周至少发生 3 次,并持续 1 个月以上;失眠引起苦恼,或精神活动效率下降,或妨碍社会功能^[8]。②言语表达清楚、认知正常、患者知情同意、自愿参与、能够合作。排除标准:①目前或既往有精神病史;②治疗前存在意识障碍。采取随机数字表分为 4 组,对照组 26 例,耳穴治疗组 30 例,艾灸治疗组 30 人,耳穴+艾灸治疗组 30 例。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用常规护理。每日睡前服用地西泮 1~2 mg。

2.2 耳穴治疗组 在对照组治疗基础上予耳穴压豆贴敷耳穴。患者取坐位或仰卧位,选取一侧耳朵肺、心、肾、神门、皮质下、交感等耳穴,75% 乙醇擦洗耳廓、耳轮,再以消毒棉签擦干,将粘有王不留行籽的胶布贴在选好的穴位上,稍用力按压,使患者感到酸、胀、痛,整个耳部有热感为宜,逐个按压贴牢,两耳交替,每日 1 次,7 天一个疗程,2 个疗程后统计结果。

2.3 艾灸治疗组 在对照组治疗基础上进行艾灸治疗。嘱患者仰卧位,选取神门、足三里、涌泉穴位进行艾灸。取清艾条 1 支,一端点燃,医者手持另一端,嘱患者闭目,将艾条点燃的一端对所选穴位,离皮肤大约 3 cm 左右高度,以患者局部有温热舒适感为宜。每侧穴位灸 5 min,灸至皮肤稍起红晕为度,每日 1 次,7 天一个疗程,2 个疗程后统计结果。

* 天津市卫生和计划生育委员会中医中西医结合科研课题 (2015064)

作者简介:郭馨,女,护师,本科

2.4 耳穴+艾灸治疗组 在对照组治疗基础上,分别进行耳穴压豆贴敷与艾灸治疗,治疗方法与耳穴治疗组与艾灸治疗组相同。每日1次,7天一个疗程,2个疗程后统计结果。

3 治疗效果

3.1 调查指标 根据美国匹兹堡大学医学中心精神科睡眠和生物节律研究中心编制的匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)评分:分别在治疗前与治疗2周后对患者主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能各项相关因子进行评分,比较治疗前后总评分及相关因子评分的差异^[8],每个因子按0~3分计算,累计得到总评分,其范围在0~21分,PSQI \geq 10代表该患者存在睡眠紊乱,得分越高表示该患者睡眠质量越差。研究表明该评分判断患者和正常人的特异性为98.3%,敏感性为90.2%^[9]。

3.2 疗效观察 根据睡眠障碍诊断和统计指南国际分类法相关条目,对患者治疗前睡眠情况进行调查,并对其睡眠质量进行评价。睡眠良好:无任何失眠症状。轻度睡眠障碍:容易入睡,需服用镇静安眠类药物,早晨觉醒(比正常时间早醒30 min),或醒后不能再度入睡,有效睡眠时间小于6 h,每周至少出现3天,连续2周。重度睡眠障碍:难以入睡,需服用镇静安眠类药物,不能熟睡(半夜醒来),早晨觉醒至少持续30 min,有效睡眠时间小于3 h,每周至少出现3天,连续2周。此外,对各组患者治疗后睡眠状况进行调查。恢复:每日睡眠时间较之前增加3 h以上,由

重度或轻度睡眠障碍转为无睡眠障碍;好转:睡眠时间较之前有所增加,但不足3 h,由重度睡眠障碍转为轻度睡眠障碍;无效:睡眠时间无改善。

3.3 统计学方法 所有数据采用SPSS13.0进行分析,计量资料采用 t 检验,计数资料采用卡方检验,临床等级资料比较采用Ridit分析。所用计量资料均用均数 \pm 标准差表示,非正态分布数据,经对数转换后再分析。

4 结果

4.1 4组一般资料比较 4组年龄、性别、睡眠障碍程度比较差异无统计学意义,见表1。

表1 4组患者一般资料比较

组别	n	性别 (例,男/女)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)	睡眠障碍程度 (例,轻/重)
对照组	26	14/12	58.54 \pm 8.29	12/14
耳穴治疗组	30	18/12	57.13 \pm 8.21	16/14
艾灸治疗组	30	17/13	58.37 \pm 7.87	15/15
耳穴+艾灸 治疗组	30	18/12	55.27 \pm 9.14	16/14
χ^2/F		0.50	0.81	0.41
P		0.84	0.49	0.66

4.2 4组患者治疗前后PSQI评分比较 治疗前4组PSQI各因子评分比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表2。治疗后4组PSQI各因子评分比较差异均有统计学意义($P<0.05$),进一步两两比较结果显示:耳穴+艾灸组分别与对照组、耳穴治疗组、艾灸组比较差异有统计学意义($P<0.05$),提示耳穴+艾灸治疗组效果最为明显。见表3。

表2 4组患者治疗前PSQI评分(分, $\bar{x}\pm s$)

	对照组($n=26$)	耳穴治疗组($n=30$)	艾灸治疗组($n=30$)	耳穴+艾灸治疗组($n=30$)	F	P
睡眠质量	2.35 \pm 0.41	2.57 \pm 0.55	2.31 \pm 0.19	2.60 \pm 0.61	2.52	0.30
入睡时间	2.53 \pm 0.50	2.69 \pm 0.66	2.46 \pm 0.20	2.70 \pm 0.56	2.08	0.28
睡眠时间	2.80 \pm 0.37	2.91 \pm 0.68	2.81 \pm 0.40	2.84 \pm 0.50	2.19	0.23
睡眠效率	2.73 \pm 0.31	2.96 \pm 0.60	2.85 \pm 0.40	2.90 \pm 0.36	1.49	0.19
睡眠障碍	2.17 \pm 0.10	2.22 \pm 0.20	2.15 \pm 0.31	2.16 \pm 0.19	1.08	0.10
日间功能	2.96 \pm 0.61	2.85 \pm 0.38	2.88 \pm 0.45	2.90 \pm 0.77	2.30	0.25
总分	15.02 \pm 2.23	15.78 \pm 1.92	14.91 \pm 2.88	16.22 \pm 2.50	2.14	0.16

表3 4组患者治疗后PSQI评分(分, $\bar{x}\pm s$)

	对照组($n=26$)	耳穴组($n=30$)	艾灸组($n=30$)	耳穴+艾灸治疗组($n=30$)	F	P
睡眠质量	2.17 \pm 0.52	2.06 \pm 0.36*	1.81 \pm 0.50*	1.72 \pm 0.42*#	29.28	0.001
入睡时间	2.24 \pm 0.31	1.82 \pm 0.30*	1.77 \pm 0.41*	1.21 \pm 0.37*# Δ	15.32	0.031
睡眠时间	2.45 \pm 0.29	1.61 \pm 0.23*	1.73 \pm 0.66*	1.32 \pm 0.60*# Δ	16.89	0.023
睡眠效率	2.45 \pm 0.18	2.17 \pm 0.40*	1.98 \pm 0.33*	1.69 \pm 0.61*# Δ	23.31	0.002
睡眠障碍	2.06 \pm 0.41	1.55 \pm 0.53*	1.49 \pm 0.12*	1.08 \pm 0.39*# Δ	18.67	0.013
日间功能	2.61 \pm 0.82	2.40 \pm 0.47	2.39 \pm 0.40	2.09 \pm 0.33*# Δ	21.56	0.009
总分	13.41 \pm 1.51	11.92 \pm 1.27*	11.27 \pm 1.45*	9.05 \pm 1.46*# Δ	25.30	0.001

注:*与对照组相比 $P<0.05$;#与耳穴治疗组相比 $P<0.05$; Δ 与艾灸治疗组相比 $P<0.05$

4.3 4组治疗效果比较 4组治疗效果比较差异有统计学意义,进一步两两比较结果显示:耳穴+艾灸组分别与对照组、耳穴治疗组、艾灸组相比差异有统计学意义($P<0.05$),见表4。

表4 4组患者治疗效果比较[例(%)]

分组	n	恢复	好转	无效	有效率(%)	χ^2	P值
对照组	26	5(19)	2(8)	19(73)	27	27.839	<0.001
耳穴治疗组	30	17(57)	2(7)	11(36)	64*		
艾灸治疗组	30	12(40)	8(27)	10(33)	67*		
耳穴+艾灸治疗组	30	25(83)	3(10)	2(7)	93*#△		

注:*与对照组相比 $P<0.05$;#与耳穴治疗组相比 $P<0.05$;△与艾灸治疗组相比 $P<0.05$

5 讨论

化疗反应中出现发热及乏力与睡眠障碍显著相关^[10]。发热可引起机体 IL-1 升高,IL-1 可刺激星形细胞产生前列腺素 D2,从而影响睡眠。此外,引起肿瘤患者睡眠障碍的重要因素还有疼痛^[11,12],58%~60%的肿瘤患者因为疼痛出现夜间觉醒^[13]。

本研究观察了艾灸结合耳穴压豆法对肺癌患者睡眠障碍的影响,同时与单纯艾灸,耳穴压豆及常规治疗相对比,发现艾灸结合耳穴压豆法与干预后患者睡眠障碍得到明显改善,且有效率,PSQI 评分均优于单纯艾灸,耳穴压豆及常规治疗组。

艾灸具有鼓振阳气、化生阴血、通达血脉、调和阴阳、宁心安神的功能。神门穴是手少阴心经的原穴,是精、气、神出入之门户,有安神之功。足三里是胃经合穴,有调胃和中、益气强壮、养血宁心的作用,涌泉穴为足少阴肾经的井穴,具有滋阴降火、宁心安神的功效,因此诸穴合灸能够调节脏腑阴阳,气血之间的平衡,从而纠正失眠状态^[14]。耳穴压豆利用王不留行籽按压耳穴而起作用。有研究表明耳穴压豆能缓解术前焦虑及癌症患者化疗产生的消化道症状^[15,16],本临床研究表明,艾灸结合耳穴压豆能改善肺癌患者化疗后出现睡眠障碍,且效果较单纯艾灸相比更为明显,且成本较低,值得临床推广。

参考文献

- [1] 翟璐,陈环球,陆建伟,等.晚期胃癌化疗严重不良反应的相关因素分析[J].临床合理用药杂志,2018(5):16-17.
- [2] Hofman M, Morrow GR, Roscoe JA, et al. Cancer patients' expectations of experiencing treatment-related side effects [J]. Cancer, 2004, 101(4):851-857.
- [3] Koopman C, Nouriani B, Erickson V, et al. Sleep disturbances in women with metastatic breast cancer[J]. Breast J, 2002, 8(6):362-370.
- [4] 覃桂英.肿瘤患者化疗期间失眠原因分析及护理[J].中国保健营养旬刊,2013,23(8):4660-4661.
- [5] 李红.喉癌患者围手术期睡眠状况的现状调查及分析[J].天津护理,2017,25(1):67-68.
- [6] 陈晓琴,江志秀,徐志鹏.艾灸涌泉穴治疗慢性疲劳综合征睡眠障碍38例[J].中国针灸,2013,33(5):450-450.
- [7] 刘卫红,危北海,李建,等.耳穴贴压疗法干预睡眠障碍为主的亚健康状态临床随机对照研究[J].中华中医药学刊,2008,26(2):298-299.
- [8] Buysse DJ, Reynolds CF 3rd, Monk TH, et al. The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Research, 1989, 28(2):193-213.
- [9] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾.匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J].中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [10] Chen ML, Yu CT, Yang CH. Sleep disturbances and quality of life in lung cancer patients undergoing chemotherapy[J]. Lung Cancer, 2008, 62(3):391-400.
- [11] Grond S, Zech D, Diefenbach C, Diefenbach C, et al. Prevalence and pattern of symptoms in patients with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic[J]. J Pain Symptom Manage, 1994, 9(6):372-382.
- [12] Tsui SL, Tong WN, Lm CS, et al. Cancer pain management: a recent experience by anaesthesiologists in a teaching hospital in Hong Kong[J]. Acta anaesthesiol Sin, 1994, 32(3):193-201.
- [13] Strang P. Emotional and social aspects of cancer pain[J]. Acta Oncologica, 1992, 31(3):323-326.
- [14] 宋宇芬.艾灸配合头部穴位按摩治疗失眠症疗效观察[J].华夏医学,2013,26(3):555-557.
- [15] 程喜荣,盛蕾,叶红,等.重复经颅磁刺激联合耳穴埋籽治疗失眠患者的疗效观察[J].天津护理,2016,24(5):439-440.
- [16] 王盈.耳穴埋豆加穴位按摩对择期手术患者术前焦虑的影响[J].天津护理,2017,25(4):358-359.

(2018-04-08 收稿,2019-02-02 修回)