

中药穴位贴敷对不同证型多病共存老年失眠症临床研究

周帆¹, 黄建平¹, 厉鹤², 林菲菲¹, 杨军¹

1. 温州市中心医院(上海大学附属第二医院), 浙江 温州 325099

2. 温州市瓯海区中西医结合医院, 浙江 温州 325006

[摘要] 目的: 观察中药穴位贴敷对不同中医证型多病共存老年失眠症的临床疗效。方法: 纳入符合肝郁化火、痰热内扰、阴虚火旺、心脾两虚、心虚胆怯型的多病共存的老年失眠症患者各 60 例, 均随机分成对照组与观察组各 30 例。2 组患者基础疾病均给予西医常规治疗、生活习惯及心理状态的指导。对照组给予艾司唑仑片, 观察组给予中药穴位贴敷。观察 2 组近期临床疗效、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、疲劳量表-14(FS-14)评分, 以及药物不良反应情况。结果: 临床疗效总有效率观察组 64.00%, 对照组 30.00%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。不同证型睡眠疗效比较, 观察组肝郁化火型、痰热内扰型、阴虚火旺型睡眠疗效分别与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组入睡时间、睡眠障碍、日间功能评分均低于对照组($P < 0.05$); 观察组肝郁化火型、阴虚火旺型、痰热内扰型 PSQI 总分低于对照组($P < 0.05$); 不同证型观察组入睡时间评分均低于对照组($P < 0.05$); 除心脾两虚型外其余证型睡眠障碍评分观察组也低于对照组($P < 0.05$); 观察组肝郁化火型、痰热内扰型睡眠质量评分低于对照组($P < 0.05$); 观察组痰热内扰型、阴虚火旺型日间功能评分低于对照组($P < 0.05$)。观察组肝郁化火型、痰热内扰型、心虚胆怯型 FS-14 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。2 组治疗期间均未出现相关不良反应。结论: 多病共存老年失眠症采用中药穴位贴敷治疗疗效显著, 尤其适合存在阳亢及痰热等证候特征的老年失眠人群, 可缩短入睡时间, 减少睡眠障碍的发生, 不良反应少。

[关键词] 老年失眠症; 多病共存; 穴位贴敷; 肝郁化火; 痰热内扰; 阴虚火旺; 心脾两虚; 心虚胆怯

[中图分类号] R256.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 06-0175-07

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.06.037

Clinical Study on Point Application with Chinese Herbal Medicine for Senile Insomnia with Coexistence of Multiple Diseases of Different Syndrome Types

ZHOU Fan, HUANG Jianping, LI He, LIN Feifei, YANG Jun

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of point application with Chinese herbal medicine for senile insomnia with coexistence of multiple diseases of different syndrome types of Chinese medicine. **Methods:** Sixty cases of senile insomnia patients with coexistence of multiple diseases of liver constraint transforming into fire type, phlegm-heat harassing the interior type, yin deficiency resulting in vigorous fire type, deficiency of both the heart and spleen type, and heart deficiency with timidity type were respectively included, and each type was randomly divided into the control group and the observation group, with 30 cases in each group of each type respectively. Both groups were given routine western medicine treatment, life habits and psychological guidance for their basic diseases. The control group was treated with Estazolam Tablets, and the observation group was treated with point application with Chinese

[收稿日期] 2022-02-20

[修回日期] 2023-02-13

[基金项目] 温州市基础性科研项目(Y2020894); 浙江省麻醉学重点实验室开放基金项目(KLAZJ2105)

[作者简介] 周帆(1983-), 女, 副主任中医师, E-mail: zhoufan02@163.com。

herbal medicine. The recent clinical effects, scores of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Fatigue Scale-14 (FS-14), and adverse drug reactions were observed in the two groups. **Results:** The total effective rate of clinical effect was 64.00% in the observation group and 30.00% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Compared with those in the control groups of different syndrome types, there were significant differences being found in the comparison of sleep effects in the observation groups of liver constraint transforming into fire type, phlegm-heat harassing the interior type, and yin deficiency resulting in vigorous fire type ($P < 0.05$). The scores of time before falling asleep, sleep disorders, daytime function in the observation groups were lower than those in the control groups ($P < 0.05$); the PSQI scores in the observation groups of liver constraint transforming into fire type, yin deficiency resulting in vigorous fire type, and phlegm-heat harassing the interior type were lower than those in the control groups ($P < 0.05$); the scores of time before falling asleep in the observation groups of different syndrome types were lower than those in the control groups ($P < 0.05$); the scores of sleep disorders in the observation groups of the other syndrome types except deficiency of both the heart and spleen type were lower than those in the control groups ($P < 0.05$); the scores of sleep quality in the observation groups of liver constraint transforming into fire type and phlegm-heat harassing the interior type were lower than those in the control groups ($P < 0.05$); the scores of daytime function in the observation groups of phlegm-heat harassing the interior type and yin deficiency resulting in vigorous fire type were lower than those in the control groups ($P < 0.05$). The FS-14 scores in the observation groups of liver constraint transforming into fire type, phlegm-heat harassing the interior type, and heart deficiency with timidity type were lower than those in the control groups, differences being significant ($P < 0.05$). There was no related adverse reactions being found in the two groups during treatment. **Conclusion:** Point application with Chinese herbal medicine has a significant curative effect in treating senile insomnia with coexistence of multiple diseases, especially for those with elderly insomnia population with the syndrome characteristics of yang hyperactivity and phlegm-heat, which can shorten the time before falling asleep, and reduce the occurrence of sleep disorders, with few adverse reactions.

Keywords: Senile insomnia; Coexistence of multiple diseases; Point application; Liver constraint transforming into fire; Phlegm-heat harassing the interior; Yin deficiency resulting in vigorous fire; Deficiency of both the heart and spleen; Heart deficiency with timidity

失眠是老年患者求医时最常见的症状之一,国内外相关流调显示,≥65岁人群失眠发病率在40%~70%之间^[1-3],失眠与多种慢性病及跌倒、认知能力下降和自杀等负面后果有很强的关联性,而患有多种基础疾病的老年人也比没有基础病的更易发生失眠^[4]。因此,解决老年慢性病患者失眠问题是非常重要的。目前,临床上对于慢性失眠的治疗以药物及心理治疗为主,但二者都存在使用上的不少限制^[1,5-6]。中药穴位贴敷体现了药物治疗和穴位刺激的

双重优势,在失眠治疗中展示出很好的临床疗效^[7]。虽然相关研究较多,但试验方法和研究质量参差不齐,难以体现中医个体化辨证论治的优势,本研究以中药穴位贴敷(安眠贴)为干预手段,研究其在不同证型多病共存老年失眠症中的作用,以发掘穴位贴敷治疗的中医优势人群,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《中国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD-2-R)》^[8]中对于慢性失眠的诊断标

准;辨证分型参照《中医病证诊断疗效标准》^[9]中不寐的辨证分型标准。①肝郁化火:心烦不能入睡,烦躁易怒,胸闷胁痛,头痛面红,目赤,口苦,便秘尿黄。舌红、苔黄,脉弦数。②痰热内扰:睡眠不安,心烦懊恼,胸闷脘痞,口苦痰多,头晕目眩。舌红、苔黄腻,脉滑或滑数。③阴虚火旺:心烦不寐,或时寐时醒,手足心热,头晕耳鸣,心悸,健忘,颧红潮热,口干少津。舌红、苔少,脉细数。④心脾两虚:多梦易醒,或朦胧不实,心悸,健忘,头晕目眩,神疲乏力,面色不华。舌淡、苔薄,脉细弱。⑤心虚胆怯:夜寐多梦易惊,心悸胆怯。舌淡、苔薄,脉弦细。临床收集患者的病例资料,首先初步确定证候,然后经2位10年临床工作经验、主治以上职称的中医师进行审核,确定最终的证候诊断。

1.2 纳入标准 符合失眠的诊断标准;符合上述中医证候诊断标准;年龄 ≥ 60 岁,男女不限;至少患有经二甲及以上医院确诊的高血压病、糖尿病、慢性颈/腰椎病、心脏病(冠心病、心律不齐)、慢性阻塞性肺疾病(COPD)、脑卒中、抑郁症、消化性溃疡及癌症等^[10]2种及2种以上慢性疾病;匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)总分 ≥ 7 ;无药物过敏史;患者自愿参加调查,签署知情同意书。

1.3 排除标准 合并有严重的心脑血管、肾脏、造血系统等疾病及相关疾病急性期患者;精神病患者;研究开始前8周曾参加过其他研究者;各种原因引起的不能正常交流的患者,依从性差、不按规定服用药物者;乙醇及胶布过敏、凝血功能障碍者,以及疤痕体质经研究者解释后仍未能承受穴位贴敷或造成皮肤疤痕风险者,予以排除。

1.4 一般资料 以温州市中心医院中医、老年科门诊及社区医院为平台,招募符合纳入标准及证型分类标准的老年慢性病失眠患者,共300例。其中肝郁化火证、痰热内扰证、阴虚火旺证、心脾两虚证、心虚胆怯证各60例,采用简单随机的方法,按进入研究的先后顺序进行分组。每个证型均分为观察组与对照组,各30例。本研究经温州市中心医院医学伦理委员会审查通过(批号:2019-03-019)。

1.4.1 2组一般资料比较 2组性别、年龄、学历及合并症数量、种类方面比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),见表1。

表1 2组一般资料比较				例(%)
项目		观察组	对照组	P/χ^2 值
性别	男	47(31.3)	52(34.7)	0.54
	女	103(68.7)	98(65.3)	
年龄(岁)	低龄(60~69)	81(54.0)	81(54.0)	0.94
	中龄(70~79)	44(29.3)	46(30.6)	
	高龄(≥ 80)	25(16.7)	23(15.3)	
学历	<高中	128(85.3)	119(79.3)	0.17
	$\geq$ 高中	22(36.7)	31(20.7)	
共病数	2种	108(72.0)	105(70.0)	0.90
	3种	27(18.0)	30(20.0)	
	≥ 4 种	15(10.0)	15(10.0)	
共患病	高血压病	115(76.7)	122(81.3)	0.32
	糖尿病	37(24.7)	52(34.7)	0.06
	脑卒中	47(31.3)	38(25.3)	0.25
	心脏病	55(36.7)	54(36.0)	0.90
	COPD	26(17.3)	23(15.3)	0.64
	恶性肿瘤	13(8.7)	15(10.0)	0.69
	慢性肾脏病	16(10.7)	10(6.7)	0.22
	抑郁症	14(9.3)	18(12.0)	0.45
	消化性溃疡	26(17.3)	29(19.3)	0.65
	颈腰椎病	4(2.7)	3(2.0)	0.70

1.4.2 不同证型患者一般资料比较 见表2。老年多病共存失眠症患者不同证型年龄、学历、慢性病比较,差异有统计学意义($P<0.05$),性别占比比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。年龄方面:肝郁化火型、痰热内扰型患者年龄较轻,阴虚火旺型患者年龄较大,年龄排序为阴虚火旺型 $>$ 心脾两虚型 $>$ 心虚胆怯型 $>$ 痰热内扰型 $\approx$ 肝郁化火型。共病方面:阴虚火旺型、心虚胆怯型患者合并有 ≥ 3 种共病的比例较高,阴虚火旺型 ≥ 4 种共病的例数最多,痰热内扰型中糖尿病患病例数最多,阴虚火旺型则合并有脑卒中最多,心虚胆怯型合并有消化性溃疡例数最多,差异有统计学意义($P<0.05$)。

2 治疗方法

2组基础疾病的治疗按照西医常规方案处理,并指导患者建立规律的作息节奏,嘱咐调适情绪,形成良好的睡眠卫生习惯,忌睡前喝茶饮酒,远离噪音刺激等。

2.1 对照组 予以艾司唑仑片(华中药业股份有限公司,国药准字H42021522,规格:1mg/片),每次1mg,每晚睡前口服,疗程为2周。

表2 不同证型患者一般资料比较 例(%)

项 目	肝郁化火型	痰热内扰型	阴虚火旺型	心脾两虚型	心虚胆怯型
性别					
男	21(35.0)	21(35.0)	23(38.3)	21(35.0)	13(21.7)
女	39(65.0)	39(65.0)	37(61.7)	39(65.0)	47(78.3)
平均年龄(岁)	66.50±5.85 ^①	66.68±5.75	77.15±9.83 ^①	72.08±8.04	70.42±9.34
年龄(岁)					
60~69	44(73.3)	44(73.3)	15(25.0)	26(43.3)	33(55.0)
70~79	14(23.3)	15(25.0)	20(33.3)	24(40.0)	17(28.3)
≥80	2(3.3)	1(1.7)	25(25.0)	10(16.7)	10(16.7)
学历					
<高中	40(66.7)	48(80.0)	55(91.7)	51(85.0)	53(88.3)
≥高中	20(33.3) ^①	12(20.0)	5(8.3)	9(15.0)	7(11.7)
共病数量					
2种	51(85.0)	50(83.3)	32(53.3)	46(76.6)	34(56.6) ^①
3种	8(13.3)	8(13.3)	15(25.0)	8(13.3)	18(30.0)
≥4种	1(1.7)	2(3.3)	13(21.6) ^①	6(10.0)	8(13.3)
高血压	54(90.0)	42(70.0)	49(81.6)	47(78.3)	45(75.0)
糖尿病	7(11.7)	32(53.3) ^①	21(65.0)	12(20.0)	17(28.3)
脑卒中	9(15.0)	12(20.0)	27(45.0) ^①	17(28.3)	20(33.3)
心脏病	22(36.7)	15(25.0)	26(43.3)	22(36.7)	24(40.0)
COPD	7(11.7)	9(15.0)	13(21.6)	11(18.3)	9(15.0)
肿瘤	3(5.0)	7(11.7)	4(6.7)	9(15.0)	5(8.3)
慢性肾脏病	3(5.0)	6(10.0)	8(13.3)	6(10.0)	3(5.0)
抑郁症	9(15.0)	4(6.7)	3(5.0)	5(8.3)	11(18.3)
消化性溃疡	10(16.7)	8(13.3)	8(13.3)	9(15.0)	20(36.7) ^①
颈椎病	1(1.7)	0	1(1.7)	3(5.0)	2(3.3)

注：①不同证型比较， $P<0.05$

2.2 观察组 给予穴位贴敷治疗。①穴位选择。涌泉(取穴标准参照2006年由国际中医药管理局制定的《腧穴名称与定位》标准化选穴，标准代码：GB/T12346-2006)。②药物及配制方法。吴茱萸：珍珠母：黄连按照3：2：1比例烘干研磨细粉，充分混合均匀，将药粉与0.9%氯化钠溶液调和成糊状，制备成直径约0.6 cm×0.6 cm的贴敷药物备用。③药物及贴敷用品来源。贴敷材料采用的是连云港广益医用敷料有限公司生产的医用胶布(药膏布)，规格为5 cm×5 cm。本研究所使用中药采购由本院及社区服务中心参照规格自行采购。④贴敷方法。每晚临睡前嘱患者仰卧位，以75%乙醇对涌泉穴进行消毒，按压找准穴位，将制备的中药贴敷贴于穴位处，按揉1 min，观察有无不良反应，并给予及时处理，每晚临睡前1 h贴上，次晨起床后即揭去，每天更换1次，疗程2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①睡眠质量评价。主要采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)，评分范围0~21分，得

分越高，睡眠质量越差^[11]。②日间疲劳评价。主要采用疲劳量表-14(FS-14)，评分范围0~14分，评分越高，疲劳状况越严重^[12]。③其他指标。不良事件/反应记录，采用药物副反应量表(TESS)^[13]。

3.2 统计学方法 运用SPSS22.0软件进行分析。计量资料(如年龄、量表测量值等)采用($\bar{x} \pm s$)表示，组内比较采用配对 t 检验，组间比较采用方差分析[非正态分布且方差不齐采用秩和检验(Kruskal-Wallis)];计数资料采用百分比(%)表示，总有效率组间比较采用 χ^2 检验(或Fisher精确概率法)。统计检验采用双侧检验，差异显著性水平为 $\alpha=0.05$ 。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 以PSQI评分的减分率作为评价标准^[8]。临床控制：减分率 $\geq 75\%$ ，或PSQI评分 ≤ 5 分；显效：50% $\leq$ 减分率 $< 75\%$ ；有效：25% $\leq$ 减分率 $< 50\%$ ；无效：减分率 $< 25\%$ 。注：总分减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$ ；治疗总有效率=(临床控制例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组不同证型睡眠疗效比较 见表3。睡眠疗效总有效率观察组64.00%，对照组30.00%，2组比较，差异有统计学意义($P<0.05$)。不同证型睡眠疗效比较，2组心脾两虚型、心虚胆怯型睡眠疗效比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)；观察组肝郁化火型、痰热内扰型、阴虚火旺型睡眠疗效分别与对照组比较，差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.3 2组治疗前后PSQI各项指标比较 见表4。治疗前，2组PSQI各项指标比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组PSQI各项评分均低于治疗前($P<0.05$)。其中观察组入睡时间、睡眠障碍、日间功能评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.05$)；2组睡眠时间、睡眠效率评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4.4 2组不同证型治疗后PSQI各项指标比较 见表5。观察组肝郁化火型、阴虚火旺型、痰热内扰型PSQI总分均低于对照组($P<0.05$)；2组心脾两虚型、心虚胆怯型PSQI总分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。不同证型观察组入睡时间评分均低于对照组($P<0.05$)；除心脾两虚型外其余证型睡眠障碍评分观察组也低于对照组($P<0.05$)；观察组肝郁化火型、痰热内扰型睡眠质量评分低于对照组($P<$

0.05); 观察组痰热内扰型、阴虚火旺型日间功能评分低于对照($P<0.05$)。2组不同证型的睡眠时间、睡眠效率评分分别比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4.5 2组不同证型治疗前后FS-14评分比较 见表6。治疗前, 2组不同证型FS-14评分分别比较, 差异无

统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2组不同证型FS-14评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。观察组肝郁化火型、痰热内扰型、心虚胆怯型FS-14评分均低于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.05$); 2组阴虚火旺型、心脾两虚型FS-14评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 2组不同证型睡眠疗效比较

例(%)

项 目	组 别	肝郁化火型	痰热内扰型	阴虚火旺型	心脾两虚型	心虚胆怯型	总计
临床控制	观察组	1(3.3)	1(3.3)	0	0	1(3.3)	3(2.0)
	对照组	0	0	0	0	0	0
显效	观察组	1(3.3)	4(13.3)	4(13.3)	0	4(13.3)	13(8.7)
	对照组	0	0	2(6.7)	0	0	2(1.3)
有效	观察组	18(60.0)	15(50.0)	19(63.3)	10(33.3)	18(60.0)	80(53.3) ^①
	对照组	11(36.7)	9(30.0)	3(10.0)	4(13.3)	16(53.3)	43(28.7)
无效	观察组	10(33.3)	10(33.3)	7(23.3)	20(66.7)	7(23.3)	54(36.0)
	对照组	19(63.3)	21(70.0)	25(83.3)	26(86.7)	14(46.7)	105(70.0)
总有效	观察组	20(66.7)	20(66.7)	23(76.7)	10(33.3)	23(76.7)	96(64.0) ^①
	对照组	11(36.7)	9(30.0)	5(16.7)	4(13.3)	16(53.3)	45(30.0)
χ^2 值		0.020	0.004	<0.001	0.067	0.058	<0.001

注: ①不同证型比较, $P<0.05$

表4 2组治疗前后PSQI各项指标比较($\bar{x}\pm s$) 分

项 目	组 别	治疗前	治疗后
睡眠质量	观察组	2.31±0.60	1.59±0.78 ^{①②}
	对照组	2.23±0.66	1.79±0.73 ^①
入睡时间	观察组	2.31±0.68	1.22±0.91 ^{①②}
	对照组	2.19±0.72	1.79±0.67 ^①
睡眠时间	观察组	2.09±0.67	1.78±0.61 ^①
	对照组	2.13±0.71	1.69±0.79 ^①
睡眠效率	观察组	2.27±0.66	1.90±0.68 ^①
	对照组	2.27±0.69	1.79±0.74 ^①
睡眠障碍	观察组	2.19±0.73	1.55±0.82 ^{①②}
	对照组	2.22±0.70	1.98±0.75 ^①
日间功能	观察组	2.18±0.76	1.41±0.81 ^{①②}
	对照组	2.07±0.77	1.71±0.74 ^①
PSQI总分	观察组	13.37±1.84	9.45±2.12 ^{①②}
	对照组	13.10±1.61	10.71±1.60 ^①

注: ①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照组治疗后比较, $P<0.05$

4.6 不良反应 2组治疗周期内均未出现相关不良反应。

5 讨论

共病状态(MCC), 亦称多病共存, 是指同一患

表5 2组不同证型治疗后PSQI各项指标比较($\bar{x}\pm s$) 分

项 目	组 别	肝郁化火型	痰热内扰型	阴虚火旺型	心脾两虚型	心虚胆怯型
睡眠质量	观察组	1.40±0.93 ^①	1.63±0.81 ^①	1.57±0.73	1.80±0.55	1.57±0.82
	对照组	1.93±0.94	2.03±0.67	1.67±0.66	1.57±0.68	1.73±0.58
入睡时间	观察组	1.27±0.98 ^①	1.40±1.00 ^①	1.13±0.90 ^①	1.17±0.83 ^①	1.13±0.86 ^①
	对照组	2.20±0.55	1.90±0.66	1.73±0.69	1.57±0.63	1.53±0.63
睡眠时间	观察组	1.80±0.66	1.60±0.56	1.97±0.49	1.80±0.66	1.73±0.64
	对照组	1.77±0.82	1.37±0.67	2.23±0.77	1.60±0.72	1.47±0.68
睡眠效率	观察组	2.07±0.78	1.50±0.68	1.87±0.68	2.20±0.55	1.87±0.51
	对照组	1.93±0.74	1.47±0.63	1.93±0.87	1.93±0.74	1.70±0.65
睡眠障碍	观察组	1.60±0.93 ^①	1.60±0.72 ^①	1.33±0.80 ^①	1.83±0.75	1.40±0.85 ^①
	对照组	2.07±0.78	2.23±0.68	1.87±0.78	1.90±0.76	1.83±0.75
日间功能	观察组	1.17±0.75	1.20±0.71 ^①	1.47±0.78 ^①	1.90±0.92	1.30±0.70
	对照组	1.40±0.67	1.57±0.57	2.07±0.69	2.23±0.63	1.53±0.63
PSQI总分	观察组	9.30±1.86 ^①	8.87±2.10 ^①	9.33±2.50 ^①	10.77±1.81	9.00±2.05
	对照组	11.00±1.49	10.53±1.59	11.50±2.00	10.70±1.29	9.83±1.08

注: ①与对照组比较, $P<0.05$

者同时存在 ≥ 2 种慢性病的一种状态。多项流行病学调查显示, MCC患者发生失眠的概率更高, 而不良睡眠状况也会增加共病数量及一系列负性健康后果的风险。老年人群MCC现象已然成为全球公共卫生

表6 2组不同证型治疗前后FS-14评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

证型	组别	治疗前	治疗后	t值
肝郁化火型	观察组	9.40±1.48	6.73±1.68 ^①	<0.0001
	对照组	8.97±1.50	8.00±1.23	0.001
痰热内扰型	观察组	10.07±1.44	7.80±1.47 ^①	<0.0001
	对照组	10.00±1.41	9.03±1.45	0.001
阴虚火旺型	观察组	10.30±1.18	9.33±1.58	<0.0001
	对照组	10.27±1.68	9.30±1.51	0.001
心脾两虚型	观察组	10.53±1.22	8.90±1.37	<0.0001
	对照组	10.73±1.28	9.63±1.63	0.001
心虚胆怯型	观察组	9.80±1.45	7.60±1.67 ^①	<0.0001
	对照组	10.00±1.60	9.20±1.49	0.027

注: ①与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

领域的普遍问题^[14]。因此, MCC 可能是老年失眠症发生发展的关键因素之一^[2,4,15]。现阶段, 临床尤其是社区医院对老年失眠症的治疗仍以镇静催眠类药物为主, 老年 MCC 人群由于身体各项机能生理性衰退, 苯二氮草类(艾司唑仑)等药物在该类人群中使用的弊端日益凸显, 寻求安全有效的治疗方法是 MCC 老年失眠症研究的一个重要议题。

失眠的认知行为疗法(CBT-I)是公认的较为理想的慢性失眠治疗手段, 但我国心理方面专业医疗资源匮乏、价格昂贵, 老年人群本身听力、记忆力、理解力的减退等等^[15-6], 使其在具体实施时受到很多限制。穴位贴敷疗法发挥了中药学与经络学的双重优势, 它是通过在体表局部给药, 药物由皮毛渗透进入体内, 同时刺激腧穴并疏通经气达到治疗目的^[7]。该疗法操作方便, 患者接受度高, 又避免增加 MCC 老年患者的口服药种类, 为最安全的自然疗法之一。已有不少临床研究证实了中药穴位贴敷在改善老年失眠症状方面优于安眠药^[16-18], 但以往研究药物及腧穴选择标准不一致, 且未考虑老年 MCC 患者的复杂情况, 使得治疗结果针对性与外推性不高。

本研究基于中医整体观念与辨证论治的基础上, 以多病共存老年失眠人群为研究对象, 对中药涌泉穴贴敷与安眠药(艾司唑仑)的近期疗效进行评价比较, 并通过证型分类筛选出安眠贴涌泉穴治疗的优势中医证候特征, 为老年 MCC 失眠症穴位贴敷精准治疗提供临床依据。

本研究招募的患者基线资料显示, MCC 老年失眠患者不同证型间年龄、受教育程度及共病情况存在差异, 其中肝郁化火型、痰热内扰型年龄相对较

轻, 而阴虚火旺型、心脾两虚型则相对较大($P < 0.05$), 肝郁化火型患者中 $\geq$ 高中学历的例数最多, 这点或许与该型年龄偏轻, 可以具备接受到更高教育条件相关, 且高学历者大多从事脑力劳动, 平素思虑过多, 易情志不舒, 肝气郁结, 郁久化火而出现神不宁则不寐的情况。共病数量以阴虚火旺型、心虚胆怯型居多, 尤其是阴虚火旺型合并 ≥ 4 种慢性病的患者例数最多, 这可能与阴虚火旺型患者年龄较大相关, 有文献报道老年人年龄与共患病率存在相关性^[4]。从中医角度来说, 高龄也是导致肾精(阴气)损耗的一个重要因素, 共病患者多种疾病互相影响更易加速阴精的损耗, 肾为水火之宅, 肾阴愈亏, 则使相火独盛, 阴虚火旺更易出现神魂不宁、夜卧不安。共患病种显示, 高血压病在不同证型老年 MCC 失眠症患者中比例均较高, 但不同证型间无差异, 可能与老年人群高血压发病率及疾病识别率较高相关; 痰热内扰型中糖尿病患病例数最多, 阴虚火旺型合并有脑卒中更多, 消化性溃疡多出现于心虚胆怯型($P < 0.05$)。中医学认为, 痰既是病理产物又是致病因素, 现代糖尿病患者无论本身糖代谢异常还是药食的影响, 都易出现脾胃受损, 水液运化失常, 酿成湿热、痰热等病理因素, 燥热、湿热或痰热向上扰及神明, 致心神不安、夜卧不宁; 脑卒中属中医中风范畴, 是由于阴阳失调, 气血逆乱所致, 而阴虚火旺型阳亢明显, 更易化风冲逆犯脑而发卒中; 而心虚胆怯型患者焦虑、抑郁评分较高^[19], 焦虑情绪易破坏胃黏膜保护屏障, 影响消化性溃疡的进展^[20]。

本研究结果发现, 安眠贴涌泉穴治疗的近期总疗效优于艾司唑仑片($P < 0.05$), 其中肝郁化火型、痰热内扰型、阴虚火旺型的疗效尤其显著, 而心脾两虚型、心虚胆怯型则与对照组疗效相当或优势不明显。肝郁化火、痰热内扰、阴虚火旺 3 种证型的证候特征上均含有火热的性质, 火性炎上, 扰动心神而发不寐, 治疗上应引火下行, 安眠贴药物配方为吴茱萸、珍珠母、黄连三药合方。《本草纲目》曰: “茱萸, 辛热能散能温, 苦热能燥能坚, 故所治之证, 皆取其散寒温中, 燥湿解郁之功而已。” 吴茱萸外用尤其使用在足底涌泉穴, 再配合黄连, 可去性存用, 引上焦火下行至足底; 黄连苦寒泻心火; 珍珠母滋肝阴、清肝火。穴位选择涌泉穴, 该穴是

足少阴肾经的井穴,且位于人体最底端,可通调心肾、引火下行,改善睡眠^[21]。安眠贴涌泉穴贴敷治疗方案无论从药理学还是经络学均以清心泻火,引火下行为理论基础设计,符合优势证型中阳亢与火、热在上,阴亏于下的疾病特性。

通过本研究还发现,安眠贴对入睡时间、睡眠障碍改善较为明显,对于睡眠时间、睡眠效率的疗效欠佳,中医认为老年人入睡困难,多梦、易醒等睡眠障碍,与阳不入阴,阳浮于上有关^[21],安眠贴涌泉穴贴敷可以泻火热,和气血,因此对与火热阳亢关系密切的入睡困难、多梦、易醒等症状疗效较佳。此外,观察组对于日间疲乏的改善明显优于安眠药,这可能与穴位贴敷无苯二氮草类“宿醉”的不良反应存在相关性。

穴位贴敷院外延续治疗的限制因素主要有两点:一是贴敷部位的取穴定位;二是局部皮肤安全性。本研究所采用的安眠贴治疗穴位选择为单一足底涌泉穴,取穴简单,定位方便,根据以往院内护理观察,足底皮肤相较于其他部位不易出现过敏、破损,这可以大大增加老年人群使用贴敷材料的便捷性与安全性。安眠贴涌泉穴贴敷治疗失眠近期疗效好,不良反应少,且操作简便,可以作为社区多病共存老年人群失眠的初始治疗方案,尤其是阳亢、热为主要证候特点的老年 MCC 失眠人群,值得基层推广使用。

[参考文献]

- [1] FRANK M, CHRIS F, CHUN S J, et al. Insomnia in older adults: Approaching a clinical challenge systematically[J]. Can Fam Physician, 2021, 67: 25-26.
- [2] NGUYEN V, GEORGE T, BREWSTER G S. Insomnia in Older Adults[J]. Curr Geriatr Rep, 2019, 8: 271-290.
- [3] 杨瑛,孙艳格,闫岩,等.社区规范化管理老年慢性病患者镇静催眠药使用情况研究[J].中国全科医学,2019,22(13):1613-1617.
- [4] 王丽敏,关云琦.睡眠状况与主要慢性病患病的关系[J].中华流行病学杂志,2020,41(8):1237-1241.
- [5] BUENAVER L F, TOWNSEND D, ONG J C. Delivering Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in the Real World: Considerations and Controversies-Science Direct[J]. Sleep Medicine Clinics, 2019, 14(2): 275-281.
- [6] 邢佳,董斐,张迎,等.慢性失眠症诊断与团体心理行为治疗的研究进展[J].中国全科医学,2019,22(30):3762-3767.
- [7] 陈玉状,原嘉民,徐福平,等.中药穴位贴敷治疗原发性失眠疗效及安全性的系统评价与Meta分析[J].重庆医学,2019,48(3):432-437.
- [8] 中华医学会精神科学会,南京医科大学脑科医院.中国精神疾病分类方案与诊断标准(CCMD-2-R)[M].南京:东南大学出版社,1995.
- [9] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [10] 张可可,朱鸣雷,刘晓红.老年人“共病”问题概述[J].中华老年多器官疾病杂志,2016,15(8):587-590.
- [11] KRYSTAL A D, EDINGER J D. Measuring sleep quality[J]. Sleep Med, 2008, 9(Suppl 1): S10-S17.
- [12] OKUYAMA T, AKECHI T, KUGAYA A, et al. Development and validation of the cancer fatigue scale: a brief, three-dimensional, self-rating scale for assessment of fatigue in cancer patients[J]. J Pain Symptom Manage, 2000, 19(1): 5-14.
- [13] 张明园.副反应量表(TESS)[J].上海精神医学,1984(2):77-80.
- [14] 刘葳,于德华,金花,等.社区老年多病共存患者多重用药情况评价研究[J].中国全科医学,2020,23(13):1592-1598.
- [15] 张冉,路云,张闪闪,等.中国老年人慢性病共患病模式及疾病相关性分析[J].中国公共卫生,2019,35(8):1003-1005.
- [16] 唐风祥,叶进.穴位贴敷疗法用于失眠症治疗中的效果及机制探讨[J].中国医药科学,2020,10(3):53-55.
- [17] 傅秋燕,陈美红,来青.中药穴位贴敷治疗老年睡眠障碍50例临床观察[J].中国中医药科技,2019,26(6):892-893.
- [18] 周艳,柯海燕,林颖超.吴茱萸散穴位贴敷辨证治疗老年失眠的临床观察[J].中国中医药科技,2020,27(3):489-490.
- [19] 陈铁光,李红岩,郭婵娟,等.失眠的证候学特征与焦虑、抑郁的相关性研究[J].世界睡眠医学杂志,2016,3(4):231-233.
- [20] 川上澄,袁承雄.从身心医学角度看消化性溃疡[J].日本医学介绍,1990,11(1):10-11.
- [21] 王芳,于姚,毛水先,等.穴位贴敷疗法治疗失眠的关键问题探讨[J].中国中医基础医学杂志,2018,24(1):104-107.

(责任编辑:刘淑婷,郭雨驰)