

竹圈姜灸联合子午流注经络拍打对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者的影响

肖莹, 汤霞, 黄丽君, 周群, 杨勤, 黎顺风

摘要: **目的** 探讨竹圈姜灸联合子午流注经络拍打对气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者腰椎功能、疼痛程度及负性情绪的影响。 **方法** 将 96 例气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者随机分为对照组和干预组各 48 例。对照组采用常规针灸治疗, 干预组采用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗。两组均连续治疗 2 周。分别于治疗前及治疗 2 周后比较两组腰椎功能、中医证候积分、疼痛程度、负性情绪及炎症指标。 **结果** 治疗后干预组腰椎日本骨科协会评分高于对照组, 奥斯韦斯特里功能障碍指数、中医证候积分、疼痛强度、汉密顿抑郁量表评分、广泛焦虑量表评分及血清白细胞介素-6、C 反应蛋白、红细胞沉降率水平低于对照组 (均 $P < 0.05$)。 **结论** 使用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打能有效促进气滞血瘀型腰椎间盘突出症患者腰椎功能恢复, 促进炎症反应消退, 减轻患者疼痛并改善负性情绪。

关键词: 腰椎间盘突出症; 竹圈姜灸; 子午流注经络拍打; 气滞血瘀; 腰椎功能; 疼痛; 负性情绪; 焦虑

中图分类号: R248.1 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2024.19.059

Effects of bamboo circle ginger moxibustion combined with midnight-noon ebb-low meridian tapping on patients with Qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation

Xiao Ying, Tang Xia, Huang Lijun, Zhou Qun, Yang Qin, Li Shunfeng. Nursing Department, Affiliated Hospital of Jiangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanchang 330006, China

Abstract: **Objective** To explore the effects of bamboo circle ginger moxibustion combined with midnight-noon ebb-low meridian tapping on lumbar spine function, pain level and negative emotions in patients with Qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation. **Methods** A total of 96 patients with Qi stagnation and blood stasis type lumbar disc herniation were randomly divided into 48 cases each in the control group and the intervention group. The control group was treated with conventional acupuncture, and the intervention group was treated with bamboo circle ginger moxibustion combined with midnight-noon ebb-low meridian tapping. Both groups were treated continuously for 2 weeks. The lumbar spine function, Chinese medicine symptom score, pain level, negative emotion and levels of inflammatory indexes were compared between the two groups before and after 2 weeks of the treatment, respectively. **Results** The Japanese Orthopaedic Association score of the intervention group was higher than that of control group, the Oswestry Disability Index, Chinese medicine symptom score, pain intensity, score of the Hamilton Depression Scale, score of the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale and the levels of interleukin (IL-6), C-reactive protein (CRP), erythrocyte sediment rate (ESR) of the intervention group were lower than those of the control group after the treatment (all $P < 0.05$). **Conclusion** The use of bamboo circle ginger moxibustion combined with midnight-noon ebb-low meridian tapping can effectively promote the recovery of lumbar spine function in patients with lumbar disc herniation of the type of Qi stagnation and blood stasis, promote the subsidence of inflammatory reactions, reduce pain and alleviate negative emotions.

Keywords: lumbar disc herniation; bamboo circle ginger moxibustion; midnight-noon ebb-low meridian tapping; Qi stagnation and blood stasis; lumbar spine function; pain; negative emotion; anxiety

腰椎间盘突出症 (Lumbar Disc Herniation, LDH) 是指腰椎之间的椎间盘突出或脱出, 造成压迫或刺激脊髓神经根或神经组织的一种疾病^[1]。根据中医的观点, LDH 属于气滞血瘀的范畴。气滞指的是气血运行受阻, 导致局部气血堆积, 形成瘀血症状。血瘀则表示局部有血液淤积, 血流受阻^[2], 具体病症

表现为气血运行不畅, 导致腰椎功能受损, 部位胀痛、拘急。长期的腰痛和不适还容易使患者情绪低落, 出现焦虑和抑郁等心理问题, 进一步影响患者康复并降低其生活质量^[3-4]。在治疗方面, 西医主张使用非甾体类消炎药缓解疼痛和减轻炎症反应, 或采用热敷、冷敷、电疗等物理疗法改善局部血液循环, 严重时采用手术切除治疗^[5], 但多效果不确切, 且术后容易复发^[6-7]。中医则针对气滞血瘀型 LDH 患者气机郁滞、脏腑失调的特点, 多采用针灸的方法, 以舒经活络、调整气血平衡, 从而改善腰部局部的血液循环, 缓解气滞血瘀, 但针灸操作难度高, 且容易导致患者出现晕针、断针和误针^[8-9]的情况, 部分患者难以接受。竹圈姜灸是通过热敷的方式来治疗疾病, 使用热量将药性

作者单位: 江西中医药大学附属医院护理部 (江西 南昌, 330006)

肖莹: 女, 本科, 副主任护师, xyling1130@163.com

通信作者: 汤霞, tangxia6@163.com

科研项目: 江西省中医药科研课题 (2019B0019); 江西省中医药管理局科技计划项目 (2020B0304); 江西省中医药管理局科技计划项目 (2023B0644)

收稿: 2024-05-10; 修回: 2024-07-19

渗透到皮下组织,起到祛风散寒、温经活络的作用^[10]。子午流注经络拍打则是通过轻微拍打身体各个穴位和经络来促进气血运行和调理身体健康^[11],两种方法相比针灸安全性与简便性都更高,但目前尚不了解两种方法联合治疗气滞血瘀型LDH的疗效。因此,本研究采用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗,研究其对恢复气滞血瘀型LDH患者腰椎功能、缓解其疼痛和负性情绪等的影响,报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年6月至2023年8月在江西中医药大学附属医院治疗的气滞血瘀型LDH患者作为研究对象。纳入标准:①西医诊断符合《腰椎间盘突出症》^[12]中LDH的诊断标准,中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》^[13]中气滞血瘀型LDH的诊断标准;②年龄18~80岁;③病程≥3个月;④治疗部位无皮肤疾病;⑤意识清楚,能正常沟通;⑥愿签署知情同意书且全程配合研究。排除标准:①合并心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病;②同时参加其他临床试验者。剔除标准:①研究过程中因身体原因或其他原因退出者;②干预组中对生姜、艾草等药物皮肤过敏者;③对照组中晕针的患者。样本量计算公式: $n_1 = n_2 = 2(t_{\alpha/2} + t_{\beta})^2 \sigma^2 / \delta^2$, α 取0.05, β 取0.1,查表得 $t_{0.05/2} = 1.96$, $t_{0.01} = 1.28$,以腰椎功能为主要评价指标,查阅相关文献^[11],得出 σ 为2.73, δ 取3.00,考虑15%的失访率,算得每组需要样本量22例。本研究共纳入96例,依据随机数字表法分为对照组和干预组各48例,两组患者均完成本次研究。两组患者中,对照组男26例,女22例;年龄28~73(51.73±6.92)岁;病程4~20(11.37±2.26)月;腰椎间盘突出部位 $L_{4\sim5}$ 29例, $L_5\sim S_1$ 19例。干预组男21例,女27例;年龄25~71(51.20±6.83)岁;病程3~21(11.45±2.42)月;腰椎间盘突出部位 $L_{4\sim5}$ 27例, $L_5\sim S_1$ 21例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 1.042$, $t = 0.378$, $t = 0.867$, $\chi^2 = 0.171$, 均 $P > 0.05$)。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采用常规针灸治疗,由经过培训并通过考核且具有中医专科护士资质的护士操作,干预地点为门诊治疗室。具体流程为:在腰阳关穴、中极穴、下脘穴、足三里穴、大椎穴、肺俞穴、心俞穴、肝俞穴穴位消毒后,取一次性灭菌毫针(0.3×50 mm,华佗牌,苏州医疗用品厂有限公司生产)垂直皮肤入针,采用平补平泻法,得气后留针30 min后取出针。1次/d,6次/周,1周为1个疗程,2个疗程之间休息1 d,持续2周。注意事项:治疗过程中保持适当的室内温度,并注意及时与患者沟通,询问其真实感受,如有特殊不适,立即取出针。因针灸过程持续时间较长,治疗过程中,嘱患者取舒适体位,针灸结束后4 h内治疗部位避免接触水。

1.2.2 干预组 给予竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗干预,主要操作者为具有中医专科护士资质的护士。干预地点为门诊治疗室,为避免沾染,干预组与对照组在不同的门诊治疗室进行操作。竹圈姜灸制作流程:①将新鲜的姜片切碎并挤压出姜汁,使用干姜碎制作成直径为6~7 cm、厚度为2.5~3.0 cm的姜饼,并将其平铺在直径7 cm的竹圈底部。②用棉签在姜饼上钻数个孔,让姜饼更易于透气。③将艾绒从艾条中取出,制作成艾塔并平铺于姜饼上方,点燃艾绒预热。干预方法:①患者取俯卧位,在腰阳关穴、中极穴、下脘穴、足三里穴、大椎穴、肺俞穴、心俞穴、肝俞穴等穴位消毒后,进行艾塔灸治疗,艾绒全面燃烧后以拨灸治疗,治疗期间随时询问患者有无不适,防止烫伤患者皮肤,及时添加新艾绒,防止艾火熄灭,竹圈姜灸治疗量以一根艾条为宜。②竹圈姜灸治疗后5 min,采用子午流注经络拍打治疗。根据子午流注十二时辰养生表选取膀胱经和肾经进行治疗,选择腰阳关穴、中极穴、下脘穴、足三里穴、大椎穴、肺俞穴、心俞穴、肝俞穴穴位,用手掌拍打穴位及其周围的经络,力度适中、频率均匀,按照经络走向,从上到下依次拍打,从轻到重、由浅入深,每次每条经络拍打30 min。拍打完穴位后,用拇指或手掌沿着经络进行揉、推、按摩,持续20 min。竹圈姜灸联合子午流注经络拍打1次/d,6次/周,1周1个疗程,2个疗程之间休息1 d,持续2周。注意事项:竹圈姜灸治疗过程中,注意询问患者感受,如有不适,立即停止操作。嘱患者在整个操作完成后4 h内注意保暖,勿洗头或沐浴,治疗部位勿接触水。

1.3 评价方法 于干预前和干预2周后由本科室2名护理研究生对患者进行评估,该2名研究生均被培训熟知评价方法和注意事项,且对分组及干预方案不知情。①腰椎功能评价:采用日本骨科协会(Japanese Orthopaedic Association, JOA)评分^[14]和奥斯韦斯特里功能障碍指数(Oswestry Disability Index, ODI)^[15]进行评价。JOA量表包含主观症状、临床体征、日常活动受限程度和膀胱功能4个维度,总分0~29分,分数越低表明功能障碍越明显。ODI指数用于评估患者腰背痛对日常生活功能的影响程度,包括10种不同的功能,如日常活动、坐立位活动、走路等,各项得分为0~5分,总分0~50分,分数越高表明患者腰椎障碍功能越严重,Cronbach's α 系数为0.849。②中医证候积分^[16]评价:包括痛处拒按、腰腿痛、俯仰旋转受限和舌脉,每项0~6分,0为无症状,1~2分为轻度,3~4分为中度,5~6分为重度,总分0~24分,分数越高症状越重。③疼痛程度评价:采用现有疼痛强度(Present Pain Intensity, PPI)^[17]量表评价患者疼痛的主观感受。PPI法要求患者在一个0~10的数字量表上选择一个数字表示当前的疼痛程度,数字越大表示疼痛程度越严重。④负性情绪评

价:采用汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)^[18]和广泛焦虑量表(7-tiem Generalized Anxiety Disorder Scale, GAD-7)^[19]进行评价。HAMD 量表包焦虑心境、认知功能、抑郁心境等 14 个指标,采取 4 级评分法(0~4 分),总分 0~56 分,分数越高代表患者抑郁情况越严重,Cronbach's α 系数为 0.930。GAD-7 量表共 7 个项目,分别评定紧张焦虑、担忧程度、放松程度、能否静坐等,采取 4 级评分法(0~3 分),总分 0~21 分,分数越高说明患者焦虑状况越严重,Cronbach's α 系数为 0.940。⑤炎症指标测量:于治疗开始前 1 d 和治疗结束后次日抽取两组患者晨起空腹状态下右上肢肘正中静脉血 5 mL,以酶联免疫吸附试验检测血清白细胞介素-6(Interleukin, IL-6)、C 反应蛋白(C-reactive Protein, CRP)、红细胞沉降率(Erythrocyte Sediment Rate,

ESR)水平。
1.4 统计学方法 采用 SPSS21.0 软件进行 t 检验、 χ^2 检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后腰椎功能比较 见表 1。

表 1 两组干预前后腰椎功能比较 分, $\bar{x} \pm s$					
组别	例数	JOA 评分		ODI 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	12.08 $\pm$ 2.16	22.11 $\pm$ 2.53 *	33.05 $\pm$ 3.73	20.06 $\pm$ 2.70 *
干预组	48	11.71 $\pm$ 2.29	25.60 $\pm$ 2.77 *	32.80 $\pm$ 3.64	17.76 $\pm$ 2.48 *
t		0.814	6.445	0.332	4.347
P		0.418	<0.001	0.740	<0.001

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

2.2 两组干预前后中医证候积分比较 见表 2。
2.3 两组干预前后疼痛程度及负性情绪比较 见表 3。
2.4 两组干预前后炎症指标比较 见表 4。

表 2 两组干预前后中医证候积分比较 分, $\bar{x} \pm s$									
组别	例数	痛处拒按		腰腿痛		俯仰旋转受限		舌脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	4.37 $\pm$ 1.12	1.61 $\pm$ 0.39 *	4.14 $\pm$ 1.05	1.57 $\pm$ 0.35 *	4.64 $\pm$ 1.15	2.08 $\pm$ 0.52 *	3.76 $\pm$ 0.81	1.24 $\pm$ 0.25 *
干预组	48	4.25 $\pm$ 1.09	1.23 $\pm$ 0.32 *	4.36 $\pm$ 1.23	1.36 $\pm$ 0.29 *	4.72 $\pm$ 1.06	1.64 $\pm$ 0.45 *	3.78 $\pm$ 0.88	0.99 $\pm$ 0.20 *
t		0.532	5.219	0.943	3.201	0.354	4.323	0.116	5.410
P		0.596	<0.001	0.348	0.002	0.724	<0.001	0.908	<0.001

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

表 3 两组干预前后疼痛程度及负性情绪比较 分, $\bar{x} \pm s$							
组别	例数	疼痛强度评分		汉密顿抑郁量表评分		广泛焦虑量表评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	5.30 $\pm$ 0.95	2.47 $\pm$ 0.76 *	21.85 $\pm$ 3.34	12.14 $\pm$ 2.02 *	11.98 $\pm$ 1.83	7.13 $\pm$ 1.07 *
干预组	48	5.44 $\pm$ 1.03	2.02 $\pm$ 0.61 *	22.41 $\pm$ 3.56	9.80 $\pm$ 1.71 *	12.61 $\pm$ 1.96	5.44 $\pm$ 0.86 *
t		0.692	3.199	0.795	6.126	1.628	8.529
P		0.491	<0.001	0.429	<0.001	0.107	<0.001

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

表 4 两组干预前后炎症指标比较 $\bar{x} \pm s$							
组别	例数	IL-6(ng/L)		CRP(mg/L)		ESR(mm/h)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	48	25.20 $\pm$ 3.44	16.56 $\pm$ 2.26 *	15.48 $\pm$ 1.97	9.29 $\pm$ 1.42 *	44.05 $\pm$ 5.66	24.10 $\pm$ 3.36 *
干预组	48	24.72 $\pm$ 3.38	13.63 $\pm$ 1.82 *	15.69 $\pm$ 1.94	7.31 $\pm$ 1.07 *	43.73 $\pm$ 5.51	21.75 $\pm$ 3.09 *
t		0.690	6.996	0.256	7.715	0.281	3.567
P		0.492	<0.001	0.783	<0.001	0.780	0.001

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$ 。

3 讨论

3.1 竹圈姜灸联合子午流注经络拍打有助于改善患者的腰椎功能,减轻炎症反应 本研究显示,使用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗可以提高气滞血瘀型患者 JOA 评分,降低 ODI 评分和中医证候积分,且干预组效果显著优于对照组(均 $P<0.05$),表明竹圈姜灸联合子午流注经络拍打相比普通针灸治疗对促进腰椎功能恢复的效果更好。其可能机制是竹圈姜灸通过热力刺激和艾草的药性,作用于相应的穴位和经络,起到温通经络、活血化瘀的作用,这对于气滞血瘀型 LDH

来说,可以帮助消除气滞,改善血液循环,有利于病灶的修复^[20-21]。子午流注经络拍打采用按摩、拍打等手法,一方面可以刺激特定的穴位和经络,增加局部血液循环,促进气血的运行,另一方面可以疏通经络,促进局部肌肉松弛和放松,缓解肌肉紧张和痉挛,减轻压力,改善腰椎的稳定性^[22]。此外,竹圈姜灸联合子午流注经络拍打可以同时刺激较大范围的经络和穴位,覆盖更多的病变区域,从而能更全面地促进气血运行,改善局部气血循环,缓解腰部不适症状。本研究表明,使用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗可以降低患者

血清 IL-6、CRP、ESR 水平,且干预组效果显著优于对照组(均 $P < 0.05$),表明竹圈姜灸联合子午流注经络拍打相比普通针灸对减轻炎症的效果更好。气滞血瘀型 LDH 的发生与气血循环不畅有关,在病变区域,由于气血不畅,导致营养物质不能及时送达腰椎间盘突出,废物也不能及时排出,从而使炎症指标升高,同时,循环障碍还引起组织缺氧,导致炎症反应的加剧^[23]。而竹圈姜灸联合子午流注经络拍打通过改善血液循环、促进气血运行,在提高患处的氧气供应和营养物质输送的同时加速废物排出,有助于改善代谢状态,减轻炎症反应^[24]。

3.2 竹圈姜灸联合子午流注经络拍打有助于减轻患者的腰椎疼痛 本研究结果显示,干预组使用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗可以降低患者 PPI 评分,且竹圈姜灸联合子午流注经络拍打相比普通针灸治疗减轻疼痛程度的效果更好($P < 0.05$)。气滞血瘀会导致腰椎间盘突出周围的血液循环不良,气血运行不畅,局部出现炎症反应,刺激神经末梢,引起疼痛,而竹圈姜灸联合子午流注经络拍打可以有效减轻患者气滞血瘀症状,以此缓解 LDH 疼痛^[25]。其次是子午流注经络拍打会刺激局部的神经末梢,这可以通过“以痛止痛”原理来减轻腰椎疼痛,即当刺激的疼痛信号通过神经传递到大脑时,会干扰或抑制原始的疼痛信号,从而减轻疼痛感^[26]。

3.3 竹圈姜灸联合子午流注经络拍打有助于缓解患者的负性情绪 本研究结果表明,干预后干预组 HAMD、GAD-7 评分显著低于对照组(均 $P < 0.05$),表明竹圈姜灸联合子午流注经络拍打相比普通针灸改善负性情绪的效果更好。其可能机制是竹圈姜灸联合子午流注经络拍打可以调节自主神经系统的平衡,通过提高交感神经系统的活性和降低副交感神经系统的活性来缓解压力和焦虑感,这对于改善气滞血瘀型 LDH 患者的负性情绪非常重要^[27]。其次是通过温通经络、活血化瘀的作用促进血液循环,改善局部气滞血瘀,从而缓解疼痛和不适感,提高患者的舒适度和心理状态,以此减轻压力和焦虑感^[28]。而针灸治疗常常涉及在特定的穴位上插入针具,这个过程可能引起一定程度的疼痛或不适感,甚至对于部分患者来说,针灸治疗的疼痛会导致负性情绪进一步加重^[29]。

4 结论

使用竹圈姜灸联合子午流注经络拍打能有效治疗气滞血瘀型 LDH,可以恢复患者腰椎功能,减轻患者疼痛并改善负性情绪,促进炎症反应消退,为气滞血瘀型 LDH 患者提供了一种新的治疗选择。但本研究亦存在一定局限性,首先样本量均来自本院,缺乏代表性,其次只研究竹圈姜灸联合子午流注经络拍打治疗气滞血瘀型 LDH 短期疗效,关于其改善腰椎功能、疼痛程度及负性情绪的长期疗效有待进一步研究探讨。

参考文献:

- [1] 杨朝波. 中西医结合保守治疗腰椎间盘突出症疗效研究[J]. 中医临床研究, 2020, 12(15): 100-102.
- [2] 杜京庭, 苏清伦, 程明达. 基于 MRI 分析腰椎间盘突出症中医证型与病理的相关性[J]. 中国 CT 和 MRI 杂志, 2022, 20(9): 175-176, 188.
- [3] 高晓燕, 高洁, 郭蓉, 等. 不同灸量长蛇灸治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的临床效果观察[J]. 中国医学创新, 2021, 18(30): 79-82.
- [4] 陈小燕, 谢碧燕, 陈燕娜, 等. 中性粒细胞/淋巴细胞对术前腰椎间盘突出患者合并抑郁预测价值的分析[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(10): 1763-1766.
- [5] 宋莹莹, 张岚, 刘秀梅, 等. 多学科协作干预对腰椎术后恐动症患者康复结局的影响[J]. 护理学杂志, 2019, 34(9): 76-79.
- [6] 段生艳, 武水民. 西医常规药物联合小针刀治疗腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 中国社区医师, 2023, 39(29): 86-88.
- [7] Shi L, Ji X, Tian F, et al. Risk factor of residual leg numbness after lumbar microdiscectomy for lumbar disc herniation[J]. Medicine (Baltimore), 2023, 102(43): e35733.
- [8] 罗莉娟, 陈修源. 针灸联合中药熏蒸辅助治疗腰椎间盘突出症气滞血瘀型临床研究[J]. 实用中医药杂志, 2023, 39(9): 1777-1779.
- [9] 王娟, 薛婷, 吴玮君, 等. 温针灸“腰三针”治疗气滞血瘀型腰椎间盘突出症的效果观察[J]. 青海医药杂志, 2021, 51(12): 48-50.
- [10] 吴凡, 曹端广, 许权, 等. 竹圈姜灸治疗寒湿痹阻型慢性非特异性腰痛的效果及对患者睡眠质量的影响[J]. 时珍国医国药, 2021, 32(5): 1158-1161.
- [11] 马海燕, 郑娟霞, 黄碧芳. (子午流注)经络穴位拍打对颈椎病变失眠患者临床疗效的影响分析[J]. 名医, 2021(8): 58-59.
- [12] 胡有谷. 腰椎间盘突出症[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 362.
- [13] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 51-52.
- [14] 孙兵, 车晓明. 日本骨科协会评估治疗(JOA 评分)[J]. 中华神经外科杂志, 2013, 29(9): 969.
- [15] 程继伟, 王振林, 刘伟, 等. Oswestry 功能障碍指数的改良及信度和效度检验[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2017, 27(3): 235-241.
- [16] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 383-385.
- [17] 彭琳, 张菊英. 简化 McGill 疼痛问卷中文版在腰椎间盘突出所致坐骨神经痛患者中的适用性[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(11): 1035-1040.
- [18] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册[M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 253.
- [19] Spitzer R I, Kroenke K, Williams J B W, et al. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder[J]. Arch Intern Med, 2006, 166(10): 1092-1097.

随时间、经验和环境可能变化的心理状态^[13],因此本研究未测量量表的重测信度。

4 结论

本研究严格遵循 Brislin 模型对 SSES 进行汉化及信效度检验。中文版 SSES 包括 2 个维度、8 个条目,信效度良好,可作为评估临床患者睡眠自我效能的可靠工具。但本研究仅在 1 所三级甲等医院开展,未来研究需拓展更广泛的应用群体,进一步检验该量表的适用性。

参考文献:

[1] 刘晓婷,张丽锦,张宁.睡眠质量对冒险行为影响的证据及解析[J].心理科学进展,2019,27(11):1875-1886.

[2] 中华人民共和国国家卫生健康委员会.健康中国行动(2019—2030 年)[EB/OL].(2019-07-15)[2024-03-29].
https://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm.

[3] 中国睡眠研究会.2021 年运动与睡眠白皮书[EB/OL].(2022-03-22)[2024-03-29].
<http://www.zgsmymjh.org/nd.jsp?id=777>.

[4] 张子云,彭娅莉,张黎,等.湖北省三级甲等医院中青年高血压住院患者睡眠质量调查[J].解放军护理杂志,2017,34(9):63-66.

[5] Bluestein D, Rutledge C M, Healey A C. Psychosocial correlates of insomnia severity in primary care[J]. J Am Board Fam Med,2010,23(2):204-211.

[6] 郭昕萌.冠心病患者 PCI 术后睡眠质量状况及与自我效能和社会支持的关系研究[D].长春:吉林大学,2023.

[7] Rutledge C M, La Guardia A C, Bluestein D. Predictors of self-efficacy for sleep in primary care[J]. J Clin Nurs, 2013,22(9-10):1254-1261.

[8] Ghose S M, Dzierzewski J M, Dautovich N D. Sleep and self-efficacy:the role of domain specificity in predicting sleep health[J]. Sleep Health,2023,9(2):190-195.

[9] Lacks P. Behavioral treatment for persistent insomnia[M]. New York:Pergamon Press,1987:161.

[10] Lovato N, Lack L, Kennaway D J. Comparing and contrasting therapeutic effects of cognitive-behavior therapy for older adults suffering from insomnia with short and

long objective sleep duration[J]. Sleep Med,2016,22(22):4-12.

[11] Brooks A T, Kazmi N, Yang L, et al. Sleep-related cognitive/behavioral predictors of sleep quality and relapse in individuals with alcohol use disorder[J]. Int J Behav Med,2021,28(1):73-82.

[12] Siengsukon C F, Beck E S Jr, Drerup M. Feasibility and treatment effect of a web-based cognitive behavioral therapy for insomnia program in individuals with multiple sclerosis:a pilot randomized controlled trial[J]. Int J MS Care,2021,23(3):107-113.

[13] 李峥,刘宇.护理学研究方法[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2018:465.

[14] 张莹,杨睿哲,彭晓霞,等.验证性因子分析原理、模型及其在量表结构效度评价中的应用[J].中华健康管理学杂志,2022,16(6):428-432.

[15] Kay D B, Wolfson A R, Patricia Lacks' contributions to evidence-based practice for insomnia[J]. Front Sleep, 2023,2:1125054.

[16] Jones P S, Lee J W, Phillips L R, et al. An adaptation of Brislin's translation model for cross-cultural research [J]. Nurs Res,2001,50(5):300-304.

[17] Buysse D J, Reynolds C F 3rd, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. Psychiatry Res, 1989,28(2):193-213.

[18] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等.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.

[19] 张晨,周云仙.我国护理测量工具文献中内容效度指数应用误区分析[J].护理学杂志,2020,35(4):86-88.

[20] 吴明隆.问卷统计分析实务 SPSS 操作与应用[M].重庆:重庆大学出版社,2010:543.

[21] Diamond I R, Grant R C, Feldman B M, et al. Defining consensus:a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies[J]. J Clin Epidemiol,2014,67(4):401-409.

[22] 孙振球,徐勇勇.医学统计学[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2014:821.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)

(上接第 62 页)

[20] 黄丽君,周昕,杨静.竹圈灸联合艾盐包熨烫治疗气滞血瘀型腰痛病的疗效观察[J].实用中西医结合临床,2021,21(17):36-37.

[21] 蔡杏琼,陈丹丹,谢小兰.择时循经拍打配合步行训练对老年糖尿病患者周围神经病变的影响[J].中医外治杂志,2021,30(5):3-5.

[22] 李晓闯,刘铭,湛丽梅,等.子午流注纳子法临床应用特点研究[J].中国民间疗法,2023,31(22):32-35.

[23] 胡俊翔,包文娟,胡佳,等.揸针联合中药对气滞血瘀型腰椎间盘突出症临床疗效观察[J].中华中医药学刊,2023,41(12):126-129.

[24] 董平,宋敏,董万涛,等.基于气虚血瘀理论探讨血管内皮细胞自噬与椎动脉型颈椎病的关系[J].中华中医药杂志,2020,35(2):585-587.

[25] 陈朝晖,张新荣,刘清尧,等.中药膏摩治疗气滞血瘀型慢

性非细菌性前列腺炎疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2023,32(14):2002-2005.

[26] 刘丹,李武,潘杰灵,等.推拿治疗筋痹的理论探析[J].中医药导报,2023,29(5):124-127.

[27] Fazeli M S, Pourrahmat M M, Massah G, et al. The effect of massage on the cardiac autonomic nervous system and markers of inflammation in night shift workers: a pilot randomized crossover trial[J]. Int J Ther Massage Bodywork,2020,13(3):6-17.

[28] 王玉国.温经通络推拿与艾灸对腰椎间盘突出症疼痛、腰椎的影响[J].大医生,2023,8(20):98-100.

[29] 詹影,刘瑞端,蔡彬彬,等.晕针起效引发的对针刺疗法的思考[J].浙江中医药大学学报,2023,47(3):328-331.

(本文编辑 黄辉,吴红艳)