

耳部全息刮痧联合五音疗法治疗肝胆湿热型胆囊结石疼痛 30 例

杨梅玉*, 林伟娟

(福建中医药大学附属泉州中医院, 福建 泉州 362000)

摘要: 目的 探讨耳部全息刮痧联合五音疗法配合西医常规疗法对肝胆湿热型胆囊结石疼痛的疗效。方法 选取 2024 年 10 月—2025 年 3 月福建中医药大学附属泉州中医院外科三区收治的肝胆湿热型胆囊结石疼痛患者 60 例, 根据是否接受耳部全息刮痧联合五音疗法分为对照组和观察组各 30 例, 对照组给予常规药物抗感染、解痉止痛及补液治疗; 观察组在对照组治疗基础上加用耳部全息刮痧联合五音疗法, 刮痧的同时轮流播放商调、角调音乐, 每次治疗时间为 30 min, 隔日 1 次, 刮痧双耳交替, 3 次为 1 个疗程。2 组疗程均为 6 d。比较 2 组干预前后胆囊疼痛 VAS 评分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)和血清总胆红素(TBIL)、直接胆红素(DBIL)、碱性磷酸酶(ALP)水平, 同时观察 2 组疗效及不良事件发生情况。结果 与干预前比较, 2 组每次干预后胆囊疼痛 VAS 评分均降低($P < 0.05$), 且观察组第 2 次干预后和第 3 次干预后胆囊疼痛 VAS 评分均低于对照组($P < 0.05$)。与干预前比较, 干预后 2 组 PSQI 评分和 TBIL、DBIL、ALP 水平均降低($P < 0.05$), 2 组干预后比较: 观察组上述指标均低于对照组($P < 0.05$)。观察组疗效等级分布优于对照组($Z = -2.32, P < 0.05$), 观察组愈显率为 83.33%, 高于对照组 40.0% ($P < 0.05$)。2 组均未发生任何不良反应。结论 耳部全息刮痧联合五音疗法配合西医常规疗法可有效缓解肝胆湿热型胆囊结石患者疼痛, 改善睡眠质量与胆汁代谢指标, 且安全性好。

关键词: 胆囊结石; 肝胆湿热型; 耳部全息刮痧; 五音疗法; 疼痛护理; 中医疗护理

胆囊结石是我国高发消化系统疾病, 普通人群患病率达 20%, 且随年龄增长呈上升趋势^[1-2]。该病急性发作时可出现剧烈胆绞痛、恶心呕吐, 严重影响患者生活质量。腹腔镜胆囊切除术虽为根治性手段, 但受手术适应证和患者意愿的限制, 约 40% 患者首选保守治疗^[3]。西医保守治疗以药物解痉、抗感染为主, 镇痛效果存在个体差异, 且长期使用易引发胃肠道不良反应。

“耳为宗脉之所聚”, 耳部全息刮痧通过刺激耳部反射区从而调节脏腑功能; 五音疗法依托“五音应五脏”原理, 以声律共振调和气血。二者联合应用已在失眠、癌性疼痛等领域显示出协同效应^[4-5], 但目前尚缺乏治疗肝胆湿热型胆囊结石疼痛的高质量证据。因此, 本研究在常规西医治疗的基础上, 采用耳部全息刮痧联合五音疗法治疗胆囊结石疼痛 30 例, 旨在探讨该疗法的作用效果及安全性, 为今后临床应用提供依据。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 参照《中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018 年)》^[6]: ① 右上腹阵发性绞痛, 向右肩背部放射, 进食油腻加重; ② 查体右上腹压痛、Murphy 征阳性; ③ 超声示胆囊内强回声团伴后方声影, 胆总管无扩张。

1.2 中医辨证标准 参照《胆石症中西医结合诊疗专家共识(2025 年)》^[7]辨为肝胆湿热证。主症: 胁肋灼痛, 痛引右肩; 次症: 口苦尿黄, 身目发黄, 纳

差腹胀; 舌脉: 舌红苔黄腻, 脉弦滑或弦数。同时满足 2 项主症+2 项次症+对应舌脉即可确诊。

1.3 纳入标准 ① 年龄 18~75 岁; ② 无急诊手术指征, 签署保守治疗知情同意书; ③ 意识清楚, 可配合量表评估与干预操作。

1.4 排除标准 ① 合并胆囊癌、急性重症胰腺炎、肝内外胆管结石; ② 妊娠或哺乳期女性; ③ 耳部皮肤破溃、瘢痕、听力障碍; ④ 近 1 个月内接受过同类中医外治干预。

1.5 一般资料 选取 2024 年 10 月—2025 年 3 月在福建中医药大学附属泉州中医院外科三区接受保守治疗的 60 例肝胆湿热型胆囊结石疼痛住院患者, 按是否接受耳部全息刮痧联合五音疗法分为观察组和对照组各 30 例。2 组性别、年龄、体质量、病程、入院胆汁代谢指标比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。本研究经过福建中医药大学附属泉州中医院医学伦理委员会审定批准通过, 审批号: [2024] 泉中医伦理审字第(40)号。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用西医常规治疗。① 抗感染: 头孢呋辛钠 1.0 g 加入 0.9% 氯化钠 100 mL 静脉滴注, 每 12 h 1 次; 奥硝唑 0.5 g 加入 0.9% 氯化钠 100 mL 静脉滴注, 1 次/12 h, 疗程 6 d。② 解痉止痛: 间苯三酚 80 mg 加入 5% 葡萄糖 250 mL 静脉滴注, 每日 1 次, 仅疗程前 3 d 使用。③ 动态监测血清电解质指标, 酌情进行补液干预, 维持水电解质平衡。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上, 加用耳部全息刮痧联合五音疗法。

表 1 2 组一般资料比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	性别		年龄/岁	体质量/kg	病程/月	TBIL/($\mu\text{mol/L}$)	DBIL/($\mu\text{mol/L}$)	ALP(U/L)
		男	女						
对照组	30	14	16	42.30 $\pm$ 10.25	70.24 $\pm$ 8.54	12.42 $\pm$ 3.72	21.30 $\pm$ 5.20	8.76 $\pm$ 2.14	112.40 $\pm$ 18.60
观察组	30	15	15	39.70 $\pm$ 9.18	69.14 $\pm$ 6.93	11.87 $\pm$ 4.13	20.98 $\pm$ 4.81	8.50 $\pm$ 1.94	109.70 $\pm$ 17.28

2.2.1 耳部全息刮痧 选用圆点 S 型虎符铜砭刮痧板(惠州市雷特医疗器械有限公司,规格:160 mm×25 mm×4 mm),操作流程参照《护理人员中医技术使用手册》^[8]及相关文献^[9]。操作前评估耳部皮肤完整性,嘱患者取舒适坐位或半卧位;耳部均匀涂抹医用刮痧油,先顺时针按摩耳廓 1 min 至局部微热;再进行基础刮拭:耳前按“耳垂→耳轮→耳舟→对耳轮→耳甲腔→耳甲艇→三角窝”顺序,耳后按“耳垂背面→耳轮尾背面→对耳轮后沟→耳甲艇后隆起”顺序,单向轻刮,不强求出痧;并结合辨证配穴:重点刮拭耳背肝区、肝胆、耳迷根、神门、交感、皮质下,每个区域刮拭 10~15 次;操作后嘱患者饮温热水 200 mL,4 h 内耳部避水、避风寒。双耳交替操作,单次时长 15 min;隔日 1 次,3 次为 1 个疗程,共干预 1 个疗程。

2.2.2 五音疗法 参照参考文献^[10]辨证选曲:用手机 QQ 音乐软件播放角调式(《胡笳十八拍》《姑苏行》)疏肝理气,商调式(《阳春白雪》《将军令》)清热利湿。轮流播放音乐,操作时关闭门窗,保持室温 24~26 ℃,音量控制在 40~50 dB,与耳部刮痧同步播放,时长 15 min;隔日 1 次,3 次为 1 个疗程,共干预 1 个疗程。

3 观察指标

3.1 疼痛程度 干预前、每次干预后 24 h 采用视觉模拟评分(visual analog scale, VAS)^[11]评估疼痛程度,0 分为无痛,1~3 分为轻度疼痛,4~6 分为中度疼痛,7~10 分为重度剧痛,评分越高代表疼痛越严重。

3.2 睡眠质量 干预前后采用匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)^[12]评定,分为 7 个维度,分别是主观睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物使用、日间功能障碍。总分 0~21 分,0~5 分提示睡眠质量良好,6~10 分提示睡眠质量不佳,11~15 分提示中度睡眠障碍,16~21 分提示重度睡眠障碍,分值越高睡眠越差。

3.3 胆汁代谢指标 干预前后采集空腹静脉血,用钒酸盐氧化法检测总胆红素(TBIL)、直接胆红素(DBIL)含量;用速率法检测碱性磷酸酶(ALP)水平。

3.4 疗效判定标准 参照《胆石症中西医结合诊疗共识意见(2017 年)》^[13]判定。①痊愈:疼痛消失,VAS 评分较基线下降 $\geq 90\%$;②显效:疼痛明显缓解,90% $>$ VAS 下降 $\geq 60\%$;③有效:疼痛减轻,60% $>$ VAS 下降 $\geq 30\%$;④无效:疼痛无改善,VAS

下降 $<30\%$ 。
愈显率=(痊愈+显效)/总例数 $\times 100\%$

3.5 安全性评价 观察记录治疗期间 2 组耳部皮肤红肿、破溃、瘙痒及头晕、听力异常等不良事件发生情况。

3.6 数据收集与偏倚控制 本研究所有数据均调取医院电子病历系统、护理记录系统及检验科生化报告。数据提取由 2 名具备 3 年以上临床经验的主管护师独立完成,提取人员全程设盲,不清楚论文分组与研究目的;数据提取完成后双人交叉核对,若出现数据偏差,调取原始病历资料重新核实。针对病历资料缺失、量表数据不全的病例,直接予以剔除。为降低选择偏倚,本研究严格统一纳入、排除标准,均衡 2 组基线资料,最大程度保障研究数据真实性与可靠性。

4 统计学方法

数据采用 SPSS 27.0 软件进行统计学分析。计量资料符合正态分布以($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 *t* 检验,组内前后比较采用配对 *t* 检验;不符合正态分布以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,组间比较采用 Mann-Whitney *U* 检验,组内比较采用 Wilcoxon 符号秩检验。重复测量资料采用广义估计方程分析非正态重复测量数据,不满足球形假设时采用 Greenhouse-Geisser 校正。计数资料以频数(*n*,%)表示,组间比较采用 χ^2 检验,理论频数 <5 采用 Fisher 精确概率法。等级资料采用 Mann-Whitney *U* 秩和检验。所有检验均为双侧检验,以 $P<0.05$ 判断差异具有统计学意义。

5 结果

5.1 2 组干预前后疼痛 VAS 评分比较 重复测量方差分析显示,VAS 评分时间效应($F=43.12, P<0.001$)、组间效应($F=7.04, P=0.009$)、交互效应($F=3.21, P=0.024$)均有统计学意义,提示观察组镇痛效果随时间推移提升更显著($P<0.05$)。同一时间点组间比较:干预前及第 1 次干预后,2 组 VAS 评分差异无统计学意义($P>0.05$);第 2、3 次干预后观察组 VAS 评分均低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

5.2 2 组干预前后 PSQI 评分和胆汁代谢指标比较 见表 3。

5.3 2 组疗效比较 观察组疗效等级分布优于对照组($Z=-2.32, P<0.05$);观察组愈显率为 83.33%,高于对照组 40.00%($P<0.05$)。见表 4。

表 2 2 组干预不同时间点疼痛 VAS 评分比较[$M(P_{25}, P_{75})$]分

组别	例数	干预前	第 1 次干预后	第 2 次干预后	第 3 次干预后
对照组	30	5.00(4.00, 5.25)	4.00(4.00, 5.00) ¹⁾	3.00(3.00, 4.00) ¹⁾	3.00(2.00, 3.25) ¹⁾
观察组	30	5.00(4.00, 6.00)	4.00(3.00, 4.25) ¹⁾	2.00(2.00, 3.00) ¹⁾²⁾	1.50(1.00, 2.00) ¹⁾²⁾

注：与干预前比较, 1) $P<0.05$; 与对照组比较, 2) $P<0.05$ 。

表 3 2 组干预前后 PSQI 评分和胆汁代谢指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PSQI/分	TBIL/($\mu\text{mol/L}$)	DBIL/($\mu\text{mol/L}$)	ALP/(U/L)
对照组	30	干预前	14.51 $\pm$ 2.41	21.30 $\pm$ 5.20	8.76 $\pm$ 2.14	112.40 $\pm$ 18.60
		干预后	8.71 $\pm$ 2.77	16.26 $\pm$ 4.10 ¹⁾	6.30 $\pm$ 1.59 ¹⁾	78.32 $\pm$ 12.49 ¹⁾
观察组	30	干预前	14.40 $\pm$ 2.30	20.98 $\pm$ 4.81	8.50 $\pm$ 1.94	109.77 $\pm$ 17.28
		干预后	6.88 $\pm$ 2.53 ¹⁾²⁾	12.77 $\pm$ 3.60 ¹⁾²⁾	5.11 $\pm$ 1.22 ¹⁾²⁾	65.28 $\pm$ 10.76 ¹⁾²⁾

注：与干预前比较, 1) $P<0.05$; 与对照组比较, 2) $P<0.05$ 。

表 4 2 组疗效比较($n, \%$)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率/%
对照组	30	1(3.33)	11(36.67)	15(50.00)	3(10.00)	40.00
观察组	30	4(13.33)	21(70.00)	5(16.67)	0(0.00)	83.33 ¹⁾

注：与对照组比较, 1) $P<0.05$ 。

5.4 安全性评价 干预期间 2 组均未发生耳部皮肤破损、过敏、头晕、听力异常等不良事件, 安全性良好。

6 讨 论

胆囊结石归属于中医“胁痛”“胆胀”范畴, 肝胆湿热型最为常见, 病机为湿热蕴结肝胆、气机阻滞、胆汁排泄不畅。本研究采用的耳部全息刮痧联合五音疗法, 契合“体表-脏腑-情志”协同干预逻辑: 耳部胰胆、肝区等反射区与胆囊解剖功能高度相关, 虎符铜砭耳部全息刮痧可通过机械刺激调节迷走神经张力, 缓解胆道平滑肌痉挛, 促进胆汁排泄^[14]; 五音疗法中角调入肝、商调入肺, 通过声波共振调节自主神经功能, 减轻疼痛相关的焦虑情绪, 间接增强镇痛效应^[15]。二者联合可实现“通腑止痛+调神安脏”的双重作用。

本研究创新性地将 TBIL、DBIL 和 ALP 客观生化指标纳入疗效评价体系, 区别于单一依靠主观量表评分的相关研究。2 组间数据比较可知, 观察组各项胆汁代谢指标改善幅度显著优于对照组($P<0.001$), 凸显中西医协同干预的独特优势。观察组干预后 TBIL、DBIL 和 ALP 3 项指标下降幅度远优于单纯西医对照组。从病理机制分析, 湿热壅滞胆道是肝胆湿热型胆囊结石患者指标升高的根本原因, 湿热阻滞致使胆汁排泄受阻、胆道炎症浸润, 引发胆红素代谢紊乱, 碱性磷酸酶异常升高; 上述指标显著回落, 提示患者体内胆道气机通畅, 胆汁淤积状态得到实质性改善, 对提升保守治疗整体效果、减少病情反复发作具有积极临床意义。

横向查阅同类型中医干预相关文献可知, 单

一耳部铜砭刮痧或以情志干预为主的五音疗法, 对胆囊结石疼痛均存在一定局限性。在同等干预疗程下, 单纯耳部刮痧镇痛有效率有限, 患者疼痛降幅约 45%, 仅可松弛胆道平滑肌达到短期缓解胆绞痛的效果, 难以纠正机体湿热内蕴的内在病机, 无法有效改善胆汁淤积^[16]。单纯五音疗法侧重于调节自主神经, 平复负性情绪, 镇痛效果降幅 28.0%~32.0%, 仅可辅助缓解疼痛, 无直接疏利胆道、促进胆汁排泄的作用^[17]。本研究将二者联用, 观察组 VAS 疼痛评分明显降低, 且联合方案可同步降低 TBIL、DBIL、ALP 指标, 兼顾治标止痛与治本祛湿疏肝, 增效优势显著。本研究胆汁代谢指标改善仅代表短期肝胆功能恢复与胆汁淤积缓解, 尚无法直接等同于远期保守治疗成功, 不能完全规避结石复发、继发胆管炎等。因此该联合方案仅可作为保守治疗辅助手段, 用于急性期症状的控制与胆汁淤积改善, 后续需结合饮食干预、情志调护, 长期管控危险因素。

本研究的局限性在于: ① 本研究样本规模有限, 研究结论的泛化性受到制约, 后续仍需多中心、大样本研究进一步验证。② 本研究未设置单纯刮痧组或单纯五音组, 无法进一步拆分这 2 种疗法, 分别探讨其各自产生的独立效应。③ 缺乏干预后 3 个月随访数据, 远期疗效待验证。后续拟开展多中心、大样本的随机对照试验, 进一步明确该方案的最佳干预频次与长期获益。

参考文献

[1] HJALTADOTTIR K, HARALDSDOTTIR K H, MOLLER P H. Gallstones—review [J]. Laeknabladid, 2020, 106(10): 464–472.
[2] SONG Y, MA Y, XIE F C, et al. Age, gender, geographic and clini-

- cal differences for gallstones in China; a nationwide study [J]. *Ann Transl Med*, 2022, 10(13): 735.
- [3] 郑亚民, 顾利国, 许臣. 无症状胆囊结石临床诊治的争议与思考[J]. *国际外科学杂志*, 2023, 50(8): 509-513.
- [4] 孙家华, 董钰, 刘淑娟, 等. 耳部全息铜砭刮痧联合耳夹治疗中风后失眠的临床观察[J]. *中国民间疗法*, 2025, 33(5): 39-42.
- [5] 陈慧平, 于凤媛, 关春燕. 揞针联合子午流注五音疗法在气滞血瘀型头痛患者中的应用效果[J]. *临床护理杂志*, 2024, 23(6): 63-65.
- [6] 中华消化杂志编辑委员会, 中华医学会消化病学分会肝胆疾病协作组. 中国慢性胆囊炎、胆囊结石内科诊疗共识意见(2018年)[J]. *中华消化杂志*, 2019, 39(2): 73-79.
- [7] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会, 毛堂友, 姚树坤, 等. 胆石症中西医结合诊疗专家共识(2025年)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2025, 33(3): 242-251.
- [8] 中华中医药学会. 护理人员中医技术使用手册[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2025: 66.
- [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] 王蔚, 江云东, 江燕, 等. 中医五音疗法及其作用机制探析[J]. *中国民间疗法*, 2019, 27(1): 99-101.
- [11] LANGLEY G B, SHEPPEARD H. The visual analogue scale: its use in pain measurement [J]. *Rheumatol Int*, 1985, 5(4): 145-148.
- [12] 刘志喜, 石倩萍, 杨洪霞, 等. 匹兹堡睡眠质量指数量表在护理人群中的信效度评价[J]. *汕头大学医学院学报*, 2020, 33(3): 173-176.
- [13] 李军祥, 陈言, 梁健. 胆石症中西医结合诊疗共识意见(2017年)[J]. *中国中西医结合消化杂志*, 2018, 26(2): 132-138.
- [14] 郭振丽, 徐庆会, 陈少宗. 针刺耳腹胆穴对慢性胆囊炎患者胆囊动力学的影响[J]. *中医杂志*, 2011, 52(20): 1755-1758.
- [15] 陈懂华, 肖春燕, 刘璐, 等. 中医五音治疗失眠研究进展[J]. *中医临床研究*, 2024, 16(30): 120-124.
- [16] 徐晓琳, 王文霞, 杨冰, 等. 穴位贴敷联合耳部刮痧在腹腔镜胆囊切除术后快速康复中的应用观察[J]. *中华养生保健*, 2025, 43(20): 32-35.
- [17] 吴梅, 施楠, 陈莉丽, 等. 耳穴压豆联合五音疗法对脑肿瘤患者疼痛、睡眠质量及情绪的影响[J]. *护理实践与研究*, 2025, 22(12): 1776-1781.

(上接第63页)

- [7] 赵振宇, 张静, 刘敏, 等. 虎杖活性成分及其药理作用研究进展[J]. *中草药*, 2021, 52(15): 4689-4702.
- [8] 中国医师协会皮肤科医师分会带状疱疹专家共识工作组, 国家皮肤与免疫疾病临床医学研究中心. 中国带状疱疹诊疗专家共识(2022版)[J]. *中华皮肤科杂志*, 2022, 55(12): 1033-1040.
- [9] 童辉, 石年, 陈用军, 等. 龙胆泻肝丸联合泛昔洛韦胶囊治疗带状疱疹的临床观察[J]. *中成药*, 2017, 39(6): 1321-1323.
- [10] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 5版. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 20-120.
- [11] 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: 144.
- [12] 姜德友, 王昊, 李文昊. 蛇串疮源流考辨[J]. *中医药学报*, 2022, 50(8): 5-9.
- [13] 包领芝, 师建平, 刘钱, 等. 183例蛇串疮患者中医证型分布规律研究[J]. *中国民族医药杂志*, 2023, 29(2): 46-48.
- [14] 刘元媛, 周涛, 刘红霞. 带状疱疹急性期中医证型分布及其与血清炎症因子的相关性分析[J]. *新疆中医药*, 2021, 39(5): 1-4.
- [15] 曹益红. 龙胆泻肝汤联合西药治疗带状疱疹临床研究[J]. *新中医*, 2022, 54(17): 47-50.
- [16] 陈红岭, 王坤. 清热利湿解毒法治疗湿热内蕴证带状疱疹[J]. *吉林中医药*, 2022, 42(11): 1310-1313.
- [17] 徐枝芳, 唐文超, 王舒, 等. 针刺镇痛机制研究进展[J]. *中国针灸*, 2022, 42(11): 1313-1320.
- [18] 吴强, 李强, 张敏, 等. 电针夹脊穴对带状疱疹后神经痛大鼠脊髓背角胶质细胞活化的影响[J]. *中国疼痛医学杂志*, 2021, 27(8): 582-588.
- [19] 陈亮, 王静, 刘洋. 电针对神经病理性疼痛大鼠脊髓神经元凋亡及JNK信号通路的影响[J]. *针刺研究*, 2022, 47(3): 215-221.