

- 心病机制研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40(8): 935-940.
- [15] 姚佳梅, 相玲丽, 陈雨丝, 等. 平肝潜阳法方药对高血压病肝阳上亢证大鼠血管组织中Ang II和PDGF-BB表达的影响[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35(1): 363-367.
- [16] 姚佳梅, 张翠, 杨玉书, 等. 平肝潜阳法对高血压病患者血管衰老及miRNAs-HSP27表达的影响[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(11): 6866-6873.
- [17] 王国珍, 曾胜, 江汉奇, 等. 益气活血通脉法治疗老年慢性心功能不全患者的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(6): 130-133.
- [18] 姚其彬, 张蓓, 曾祥弦. 益气活血通脉汤治疗高血压伴动脉粥样硬化的疗效及对血脂、炎症介质和氧化应激的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(20): 3526-3530.
- [19] 张曼, 石彦会, 封亚丽, 等. 穴位贴敷联合中药足浴干预阴虚阳亢型高血压患者的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(21): 3048-3051.
- 【责任编辑：陈建宏】

## 动静调神综合疗法联合网络版认知行为疗法治疗肝郁脾虚型慢性失眠的临床疗效观察

谭天辉<sup>1</sup>, 郭誉<sup>1</sup>, 黄杰淋<sup>1</sup>, 丘江宁<sup>2</sup>, 谢晓敏<sup>1</sup>, 曹雪梅<sup>2</sup>

(1. 广州中医药大学第四临床医学院, 广东深圳 518033; 2. 深圳市中医院, 广东深圳 518033)

**摘要:**【目的】观察动静调神综合疗法联合网络版认知行为疗法(CCBT-I)治疗肝郁脾虚型慢性失眠患者的临床疗效。【方法】将60例肝郁脾虚型慢性失眠患者随机分为观察组和对照组, 每组各30例。2组患者均予以CCBT-I作为基础治疗, 在此基础上, 观察组给予动静调神综合疗法(由针灸调神和动静调神两部分组成)治疗, 对照组给予经颅微电流刺激治疗, 疗程为4周。观察2组患者治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)疗效方面, 治疗4周后, 观察组的总有效率为86.67%(26/30), 对照组为70.00%(21/30); 组间比较(秩和检验), 观察组的疗效明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2)睡眠质量方面, 治疗后, 2组患者的PSQI评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ), 且观察组对PSQI评分的下降作用明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)焦虑、抑郁方面, 治疗后, 2组患者的SAS和SDS评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ), 且观察组对SAS和SDS评分的下降作用均有优于对照组趋势, 但组间比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。【结论】动静调神综合疗法联合CCBT-I治疗肝郁脾虚型慢性失眠, 能明显改善患者的睡眠质量, 缓解焦虑、抑郁情绪, 提高患者生活质量, 临床疗效显著。

**关键词:** 慢性失眠; 肝郁脾虚; 动静调神综合疗法; 网络版认知行为疗法(CCBT-I); 睡眠质量; 焦虑; 抑郁; 临床疗效

中图分类号: R246.6

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2024)05-1129-08

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtem.2024.05.006

收稿日期: 2023-08-01

作者简介: 谭天辉(1997-), 男, 在读硕士研究生; E-mail: 398192046@qq.com

通信作者: 曹雪梅(1971-), 女, 主任医师, 硕士研究生导师; E-mail: caoxuemei2022@163.com

基金项目: 深圳市“三名工程”中国中医科学院刘保延首席研究员中医针灸临床评价方法创新团队项目(编号: SZSM201612001); 深圳市科创委科研基金面上项目(编号: JCYJ20220531092015036); 广东省针灸学会科研基金项目(编号: GDZJ2022004)

# Observation on the Clinical Efficacy of *Dongjing Tiaoshen* Comprehensive Therapy Combined with Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in the Treatment of Chronic Insomnia of Liver Depression and Spleen Deficiency Type

TAN Tian-Hui<sup>1</sup>, GUO Yu<sup>1</sup>, HUANG Jie-Lin<sup>1</sup>, QIU Jiang-Ning<sup>2</sup>,  
XIE Xiao-Min<sup>1</sup>, CAO Xue-Mei<sup>2</sup>

(1.The Fourth Clinical Medical School of Guangzhou University of Chinese Medicine, Shenzhen 518033 Guangdong, China;

2. Shenzhen Traditional Chinese Medicine Hospital, Shenzhen 518033 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of *Dongjing Tiaoshen* Comprehensive Therapy combined with computerized cognitive behavioral therapy for insomnia (CCBT-I) in the treatment of chronic insomnia patients with liver depression and spleen deficiency syndrome. **Methods** A total of 60 patients with chronic insomnia of liver depression and spleen deficiency type were randomly divided into observation group and control group, 30 cases in each group. Both groups of patients were treated with CCBT-I as the basic treatment, the observation group was additionally treated with *Dongjing Tiaoshen* Comprehensive Therapy, i.e., mind-regulating acupuncture therapy combined with regular aerobic exercises and Dantian Qigong exercises, and the control group was additionally treated with cranial electrotherapy stimulation. The course of treatment for the two groups covered 4 weeks. The changes of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score, Self-rating Anxiety Scale (SAS) score and Self-rating Depression Scale (SDS) score in the two groups were observed before and after treatment, and the clinical efficacy of the two groups was evaluated after treatment. **Results** (1) After 4 weeks of treatment, the total effective rate of the observation group was 86.67% (26/30), and that of the control group was 70.00% (21/30). The intergroup comparison (tested by rank sum test) showed that the curative effect of the observation group was significantly superior to that of the control group, and the difference was statistically significant ( $P < 0.05$ ). (2) After treatment, the PSQI scores of the two groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the decrease of PSQI scores in the observation group was significantly superior to that in the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). (3) After treatment, the SAS and SDS scores of the two groups were significantly lower than those before treatment ( $P < 0.05$ ), and the decrease of SAS and SDS scores in the observation group tended to be superior to that in the control group, but there was no significant difference between the two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** For the treatment of chronic insomnia of liver depression and spleen deficiency type, the combination of *Dongjing Tiaoshen* Comprehensive Therapy with CCBT-I can significantly improve the sleep quality, relieve anxiety and depression, and improve the quality of life of the patients, which exerts significant efficacy.

**Keywords:** chronic insomnia; liver depression and spleen deficiency; *Dongjing Tiaoshen* Comprehensive Therapy; computerized cognitive behavioral therapy for insomnia (CCBT-I); sleep quality; anxiety; depressive; clinical efficacy

慢性失眠(chronic insomnia)是指在有合适环境及充足时间的情况下,患者仍然有入睡困难、睡眠持续时间短或睡眠质量差等问题,并存在白天觉醒时间功能受损等的主观体验,其病程 $\geq 3$ 个月,频率 $\geq 3$ 次/周<sup>[1-2]</sup>。全球约有10%~20%的人存在失眠,其中约50%呈现慢性病程<sup>[3]</sup>。长期失眠

会降低生活质量、影响社会功能、增加事故隐患,甚至引发一系列心理及躯体性疾病,如增加心血管疾病的患病率,降低机体综合免疫力,加重其他基础病的病情等<sup>[4-5]</sup>。现代医学治疗多以药物干预为主,虽起效快,但短期应用难以达到根治慢性失眠的效果,而长期服用催眠药物有明显的成

瘾性、依赖性、反跳现象及宿醉现象等不良反应<sup>[6]</sup>。目前指南推荐认知行为疗法作为治疗失眠的一线疗法<sup>[1]</sup>,鉴于我国失眠人口众多,国内专业治疗师数量严重不足而难以普及,基于心身整体评估干预系统(Psychological Examination & Management-Disease, PEM-D)构建的失眠网络版认知行为疗法(computerized cognitive behavioral therapy for insomnia, CCBT-I),以其高效、便捷、低成本等优势成为值得推广的方法<sup>[7]</sup>。但既往研究<sup>[8]</sup>表明,CCBT-I存在依从性较差、不能与患者建立较好的治疗联系、脱落率较高等问题。因此,大多联合其他治疗方法<sup>[9]</sup>。同时,研究<sup>[6,10-11]</sup>表明,针对慢性失眠患者,针灸等非药物治疗也具有独特的优势,其临床效果显著,可有效改善患者睡眠质量,提高患者生活质量,且不良作用相对较小,目前尚无成瘾性报道,体现了针灸疗法在治疗慢性失眠方面的临床价值。本研究组的曹雪梅主任医师基于近30年的临床实践经验,结合广东省名中医杨卓欣教授的“调任通督”针刺法,提出“动静调神”综合疗法,从“调神”入手治疗慢性失眠,强调“形神兼顾,阴阳并调”,将“调任通督”针刺法与耳穴、气功、有氧运动多种治疗手段有机结合,注重人体自身调理,让机体气血阴阳均达到一个平衡的状态,从而改善人体机能状态,在临床中取得显著疗效。基于此,本研究观察了动静调神综合疗法联合CCBT-I治疗肝郁脾虚型慢性失眠患者的临床疗效,现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象及分组** 选取2022年11月至2023年7月深圳市中医院招募以及针灸科门诊、针灸睡眠专科门诊就诊的60例明确诊断为肝郁脾虚型慢性失眠的患者为研究对象。按入组的先后顺序,采用随机数字表法将患者随机分为观察组和对照组,每组各30例。本研究符合医学伦理学要求并获得了深圳市中医院医学伦理委员会的审核批准。

### 1.2 诊断标准

**1.2.1 西医诊断标准** 参照《睡眠障碍国际分类》第3版(ICSD-3)<sup>[12]</sup>中有关慢性失眠的诊断标准拟定。在有合适睡眠条件的情况下:①存在入睡困难、容易醒、早醒等一种或多种睡眠异常症状;②存在疲劳、全身不适、注意力不集中、记忆力

下降、社交活动减少、情绪易烦躁、日间思睡、精力和体力下降等与失眠相关的日间症状;③睡眠异常和日间症状持续3个月以上,且每周出现3次以上。

**1.2.2 中医诊断标准** 参考2016年中国中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组编著的《失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)》<sup>[12]</sup>和国家中医药管理局编著的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[13]</sup>制定肝郁脾虚型不寐的诊断标准。(1)不寐的诊断标准:①轻者入睡困难或寐而易醒,醒后不寐,重者彻夜难眠;②常伴有头痛、头昏、心悸、健忘、多梦等症。(2)肝郁脾虚型的辨证标准:主症为失眠、睡眠质量差;次症为伴有情绪不稳定或抑郁或烦躁,脘痞纳呆食少,喜太息,乏力;舌脉象:舌质淡红,苔薄白或腻,脉弦细。以上主症至少1项,参考次症、舌脉,即可辨证为肝郁脾虚型。

**1.3 纳入标准** ①符合上述中西医诊断标准;②年龄在18~60岁之间,男女不限;③匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 $\geq 8$ 分;④最近1个月未使用过任何苯二氮卓类、非苯二氮卓类镇静催眠药以及抗抑郁、抗焦虑药物等精神类药物;⑤自愿参加本研究并签署了相关知情同意书的患者。

**1.4 排除标准** ①药物引起的失眠患者;②合并有严重的肝肾功能损伤、心脑血管疾病、恶性肿瘤、凝血功能障碍的患者;③由专科医生诊断为抑郁症、焦虑症、精神分裂症等精神疾病引起的睡眠障碍患者;④符合其他睡眠障碍诊断,如阻塞性睡眠呼吸暂停、不宁腿综合征等疾病的患者;⑤妊娠期或哺乳期女性;⑥正在参加其他临床试验的患者;⑦不能配合治疗的患者。

**1.5 剔除及脱落标准** ①纳入后未按试验方案完成治疗的患者;②依从性差,未按医嘱进行治疗,或自行加用其他治疗措施的患者;③试验过程中因个人原因自行退出的患者;④出现严重不良反应,研究者认为不适宜继续接受试验的患者。

### 1.6 治疗方法

**1.6.1 CCBT-I治疗** 2组患者均给予CCBT-I治疗。PEM-D是临床疾病心身一体化整合医学服务平台,该系统开辟了集生物医学诊疗、心理评估干预、中医心身整体调理三位一体的新模式,实现了综合医院从传统生物医学模式向现代医学服务模式转变。该系统拥有国内唯一的多维多级心



理促进与心理干预体系,在获取评估报告的同时,给出与评估结果相匹配的睡眠卫生健康建议以及线上干预方案。本研究基于PEM-D的线上干预对患者实行新型CCBT-I治疗。

每位入组患者给予一张个人专属的PEM-D评估干预治疗卡(卡面有账号、密码、登录网址)。初次测评在医生安排下,患者在电脑、手机等端口根据卡面网址在PEM-D官网服务平台进行操作,患者治疗前使用个人专属账号、密码登录后进行评估。评估结束后系统会推荐相应的干预处方,患者可以通过个人专有的PEM-D评估干预治疗卡上的账号和密码随时随地在家里或办公室用手机或电脑登录PEM-D官网服务平台进行CCBT-I干预治疗。每天进行线上干预,连续治疗4周。

1.6.2 对照组 给予经颅微电流刺激(cranial electrotherapy stimulation, CES)治疗。CES治疗仪选用欣优解生物电刺激治疗仪,操作方法参照说明书。每周治疗3次,每次30 min,连续治疗4周。

1.6.3 观察组 给予动静调神综合疗法治疗。动静调神综合疗法由针灸调神和动静调神两部分组成。(1)针灸调神。①针刺治疗。取穴:百会、神庭、印堂、中脘、气海、关元、三阴交、足三里、太冲、合谷<sup>[14]</sup>。操作方法:患者取仰卧位,操作者用安尔碘消毒穴位所在部位皮肤,采用苏州针灸用品有限公司生产的环球牌毫针进行针刺治疗。根据患者年龄、体型等具体情况,胖者深刺,瘦者浅刺,得气后接电针,百会和神庭为一组,气海和关元为一组,使用80 Hz的连续密波,逐步调高输出电流至患者耐受强度。留针30 min后出针,出针后以消毒棉签按压止血。每周治疗3次,连续治疗4周。②耳穴压豆。取耳穴肝、肾、皮质下、神门、心。操作方法:用王不留行籽耳贴(北京珞珈山川医疗器械有限公司生产)贴压上述耳穴,嘱患者每天早中晚按压3次,每周贴1次,每次贴5 d,撕下休息2 d,连续治疗4周。(2)动静调神。①“动”(规律性有氧运动):患者隔日进行中小强度有氧运动,例如快走、跳舞、乒乓球等,时间为30 min。推荐黄昏(下午4:00~7:00)为最佳锻炼时间。此时是失眠患者的最佳锻炼时间,此时以“快走”为主的中小强度有氧运动可升高体温,待身体散热,体温降低,热退身凉时,人体会因阳气入内、阳潜入阴而产生困倦感。

②“静”(丹田呼吸气功):睡前20 min,让患者平卧放松,放空思绪,将意念集中于小腹丹田部位,配合腹式呼吸[缓慢自然吸气,吸入清气时,丹田(小腹)鼓起;然后缓慢呼气,排出浊气时,丹田(小腹)平坦],患者可以随着气功放松时逐渐进入睡眠状态。连续干预4周后评价疗效。

## 1.7 观察指标

1.7.1 睡眠障碍评估 采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)量表评分评估2组患者治疗前后的睡眠情况。该量表包括入睡时间、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、催眠药物、睡眠障碍、日间功能障碍等7个方面的内容,每个项目按0~3分计分,总分为0~21分;评分越高,表示睡眠质量越差。本研究除去第19个自评条目与5个他评条目;同时,所有患者纳入前1个月以内均未服用药物,故只记录催眠药物以外的其余6个方面的评分情况。受试者在医生指导下由PEM-D评估系统采集治疗前后的PSQI数据。

1.7.2 焦虑程度评估 采用焦虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)评估患者的焦虑程度。该量表是Zung W K于1971年编制的一种用于评定患者焦虑情绪的主观感受及其在治疗中的变化情况的自评量表,具有较高的信度和效度。该量表含有20个项目,受试者将20个项目自评分数相加后得到粗分(X),再使用公式 $Y=INT(1.25X)$ 取整,将粗分转换为标准分。当 $SAS \geq 50$ 分时即表示存在焦虑,其中,50~59分为轻度焦虑,60~69分为中度焦虑,70分以上为重度焦虑。

1.7.3 抑郁程度评估 采用抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)评估患者的抑郁程度。该量表是Zung W K于1965年编制的一种用于评定患者抑郁情绪的自评量表,因其可以简便直观地反映抑郁患者的主观感受及其在治疗中的变化情况,应用颇广,是目前精神医学界最常用的抑郁自测量表之一。该量表含有20个项目,分为4级评分。总分52分及以下为“无抑郁”,53~62分为“轻度抑郁症状”,63~72分为“中度抑郁症状”,73~100分为“重度抑郁症状”。

1.8 疗效评定标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[15]</sup>,疗效分级采用尼莫地平法算得的睡眠质量改善指数(sleep quality improvement index, SQII)进行评定。 $SQII(\%)=(\text{干预前PSQI总}$

分-干预后PSQI总分)/干预前PSQI总分 $\times 100\%$ 。  
具体疗效评定标准:痊愈:SQII $\geq 75\%$ ;显效: $50\% \leq \text{SQII} < 75\%$ ;有效: $25\% \leq \text{SQII} < 50\%$ ;无效: $\text{SQII} < 25\%$ 。总有效率( $\%$ )=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.9 统计方法 应用SPSS 26.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料(均符合正态分布和方差齐性要求)用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内治疗前后比较采用配对样本 $t$ 检验,组间比较采用两独立样本 $t$ 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 $\chi^2$ 检验;等级资料组间比较采用秩和检验。均采用双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组患者脱落情况及基线资料比较 研究过程中,2组患者均无脱落剔除病例,均能完成全部疗程的治疗。表1结果显示:2组患者的性别、年龄、病程等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

表1 2组肝郁脾虚型慢性失眠患者基线资料比较

Table 1 Comparison of baseline data between the two groups of chronic insomnia patients with liver depression and spleen deficiency type ( $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数/例 | 性别[例(%)]  |           | 年龄/岁             | 病程/个月            |
|-----|------|-----------|-----------|------------------|------------------|
|     |      | 男性        | 女性        |                  |                  |
| 观察组 | 30   | 10(33.33) | 20(66.67) | 38.33 $\pm$ 9.34 | 14.87 $\pm$ 7.82 |
| 对照组 | 30   | 11(36.67) | 19(63.33) | 37.20 $\pm$ 8.08 | 13.60 $\pm$ 6.38 |

2.2 2组患者治疗前后PSQI评分比较 表2结果显示:治疗前,2组患者的PSQI评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗后,

2组患者的PSQI评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且观察组对PSQI评分的下降作用明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组肝郁脾虚型慢性失眠患者治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分比较

Table 2 Comparison of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores between the two groups of chronic insomnia patients with liver depression and spleen deficiency type before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数/例 | 治疗前              | 治疗后                          |
|-----|------|------------------|------------------------------|
| 观察组 | 30   | 12.73 $\pm$ 2.86 | 5.17 $\pm$ 2.51 <sup>②</sup> |
| 对照组 | 30   | 11.90 $\pm$ 2.68 | 7.23 $\pm$ 3.56 <sup>①</sup> |

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

2.3 2组患者治疗前后SAS和SDS评分比较 表3结果显示:治疗前,2组患者的SAS和SDS评分比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。治疗后,2组患者的SAS和SDS评分均较治疗前明显下降( $P < 0.05$ ),且观察组对SAS和SDS评分的下降作用均有优于对照组的趋势,但组间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.4 2组患者治疗后临床疗效比较 表4结果显示:治疗4周后,观察组的总有效率为86.67%(26/30),对照组为70.00%(21/30);组间比较(秩和检验),观察组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

## 3 讨论

慢性失眠属于中医学“不寐”的范畴。现代社会中,人们在拥有丰富物质条件的同时又要面对较大的生存压力,而紧张的生活、工作节奏,容易导致肝气郁结;“见肝之病,知肝传脾”(《伤

表3 2组肝郁脾虚型慢性失眠患者治疗前后焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)评分比较

Table 3 Comparison of Self-rating Anxiety Scale (SAS) scores and Self-rating Depression Scale (SDS) scores between the two groups of chronic insomnia patients with liver depression and spleen deficiency type before and after treatment ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

| 组别  | 例数/例 | SAS评分            |                               | SDS评分            |                                |
|-----|------|------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------------|
|     |      | 治疗前              | 治疗后                           | 治疗前              | 治疗后                            |
| 观察组 | 30   | 54.63 $\pm$ 6.78 | 44.40 $\pm$ 9.32 <sup>①</sup> | 54.33 $\pm$ 8.50 | 45.03 $\pm$ 10.77 <sup>①</sup> |
| 对照组 | 30   | 53.60 $\pm$ 7.02 | 46.37 $\pm$ 9.65 <sup>①</sup> | 53.77 $\pm$ 8.11 | 47.07 $\pm$ 9.55 <sup>①</sup>  |

注:① $P < 0.05$ ,与治疗前比较

表4 2组肝郁脾虚型慢性失眠患者治疗后临床疗效比较

Table 4 Comparison of clinical efficacy between the two groups of chronic insomnia patients with liver depression and spleen deficiency type [例(%)]

| 组别  | 例数/例 | 痊愈       | 显效        | 有效        | 无效       | 总有效                    |
|-----|------|----------|-----------|-----------|----------|------------------------|
| 观察组 | 30   | 8(26.67) | 12(40.00) | 6(20.00)  | 4(13.33) | 26(86.67) <sup>①</sup> |
| 对照组 | 30   | 3(10.00) | 8(26.67)  | 10(33.33) | 9(30.00) | 21(70.00)              |
| Z值  |      |          |           |           |          | -2.394                 |
| P值  |      |          |           |           |          | 0.017                  |

注：① $P < 0.05$ ，与对照组比较

寒论》)，肝郁日久则木旺乘土，使脾运化失职，同时由于现代人的不规律饮食以及嗜食高油、高盐食物等不良习惯，使脾胃生理功能失常，导致肝郁脾虚，从而引起阴阳失调、气血不和、脏腑功能失常而产生失眠。可见，只有肝脾协调，才能气血生化有源，血行顺畅，血脉调和，“神”得濡养而寐安，正如《灵枢·平人绝谷》所言：“血脉和利，精神乃居”。

因此，曹雪梅主任医师认为，肝郁脾虚型慢性失眠的根本原因在于“阴阳失交，形神不调”，并据此提出“动静调神”综合疗法，从“调神”入手治疗慢性失眠，强调“形神兼顾，阴阳并调”，结合了针灸调神和动静调神(包括以动调神和以静调神)，将广东省名中医杨卓欣教授的“调任通督”针刺法与耳穴、气功、有氧运动多种治疗手段有机结合。“动静调神”综合疗法治疗手段多元，各取所长，兼容并包，杂合以治。

其中，针灸调神通过“调任通督”沟通任督二脉经气，以调节阴阳平衡为原则。《素问·生气通天论》曰：“夫自古通天者，生之本，本于阴阳”，指出人体生命活动的正常有赖于阴阳的平衡以协调经脉气血。“调任通督”针刺法对全身的阴阳具有双向调节的作用。加用合谷、太冲以平泻过盛之肝气，中脘、足三里以强健脾胃，实土以御木乘。研究<sup>[16-20]</sup>表明，针刺任督二脉穴位可调节脑内蛋白表达，减轻神经元的损伤，改善神经元功能。《东医宝鉴》中引用道家的养生方法，提出：“以手摩耳轮，不拘数遍，所谓修其城郭，补其肾气，以防聋聩，亦治不睡也。”耳窍通于脑，脑为元神之府，故耳穴压豆可以治疗失眠。耳穴压豆通过刺激耳穴所产生的刺激作用，起到改善局部微循环、运行全身气血、调理脏腑阴阳的作用。研究<sup>[21-22]</sup>表明，耳穴刺激可以降低体液中的血

清炎症介质，具有改善迷走神经传出、调节交感神经放电等作用。本研究的耳穴压豆选取双侧神门、心、皮质下、肾、肝等。耳穴心、神门有镇静安神作用<sup>[23]</sup>；皮质下能调节大脑皮层功能，调畅情志，缓解失眠<sup>[24]</sup>；肝、肾可平肝滋肾，调和阴阳，改善患者的气血状态。

以静调神方面，丹田呼吸气功属于呼吸吐纳类功法，呼吸要求自然，以形导气，意引气行。《难经·六十六难》曰：“脐下肾间动气者，人之生命也，十二经之根本”，指出脐下为元气所生所聚之处。在中医传统理论中，丹田具有藏纳精气的生理功能。《脾胃论》曰：“气乃神之祖，精乃气之子。气者，精神之根蒂也。”可见慢性失眠治疗的根本在于调神，而气功是中医学“形神同调”的重要手段，其重在“调神”，以改善“神不内守”的状态。研究<sup>[25-26]</sup>证明，意守丹田不仅能让练习者快速入静，还能调节自主神经系统和内分泌功能，改善身体的气血循环状态，从而达到延年益寿的最终目的。

以动调神方面，“动”的应用源于《黄帝内经》(简称《内经》)所记载的导引之术，古人已运用各种身体运动形式保健锻炼。经历史演变，有氧运动已成为现代养生保健的最常见的方式，中小强度的有氧运动既能强健肌肉形体，同时也能调节神志活动。《内经》中说：“卫气昼日行于阳，夜半则行于阴……阳气尽阴气盛则目瞑，阴气尽而阳气盛则寤矣。”阳气夜入于阴而使人产生困倦感，对于入睡困难和早醒的失眠患者，曹雪梅主任医师临床常嘱患者每于黄昏时分进行中小强度的有氧运动(如快走、慢跑等)，因黄昏时阳气渐衰，阴气渐盛，运动后随着体温下降，可加速阳气入内、阳潜入阴的过程，使神安而得眠，是为“健体全形，以动调神”。研究表明，中小强度的



有氧运动能增加神经营养蛋白的表达,从而改善脑内神经的状态<sup>[27]</sup>;其改善睡眠质量的机制可能与运动减弱炎症因子表达水平,调节内分泌及代谢,从而达到调控睡眠的作用有关<sup>[28]</sup>。

本研究结果显示,治疗4周后,观察组的总有效率为86.67%(26/30),对照组为70.00%(21/30);组间比较(秩和检验),观察组的疗效明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),且观察组对匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分的改善作用明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。表明动静调神综合疗法联合网络版认知行为疗法治疗肝郁脾虚型慢性失眠患者疗效确切。

同时,有研究<sup>[29]</sup>表明,失眠患者在情绪方面也有明显的变化,多伴有明显的焦虑、抑郁情绪症状。因此,本研究除选用PSQI评分以外,还辅以焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS),以全面评估患者的整体身心状态。此外,经颅微电流刺激本身被指南推荐作为失眠的辅助疗法,副作用少,除了改善失眠症状外,在改善焦虑、抑郁方面也有良好疗效<sup>[30]</sup>,故本研究选其作为对照组的治疗方法。本研究结果显示:观察组和对照组在改善焦虑和抑郁症状方面,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。研究结果再次验证了经颅微电流刺激治疗焦虑、抑郁的疗效,同时也证明了动静调神综合疗法联合CCBT-I对焦虑、抑郁的改善作用。

目前,国内外较少研究将网络版认知行为疗法(CCBT-I)与针灸等非药物疗法联合应用。本研究创新性地将动静调神综合疗法与CCBT-I联合起来,形成临床治疗慢性失眠的新模式,克服了CCBT-I依从性较差、不能与患者建立较好的治疗联系、脱落率较高等应用中的实际问题。研究结果表明,动静调神综合疗法联合网络版认知行为疗法治疗肝郁脾虚型慢性失眠,不但能够有效改善患者的睡眠质量,同时还能有效缓解长期失眠带来的焦虑、抑郁症状,从而提高了患者的生活质量。但因本研究样本量较少,观察时间较短,以及缺乏客观化评估指标,研究结果可能存在一定偏倚,因此,在未来的研究中,应加大样本量、延长观察时间,加入生化检测和睡眠监测等客观评估指标,定期随访以追踪远期疗效,并进一步探讨本疗法的作用机制。

## 参考文献:

- [1] 张鹏,李雁鹏,吴惠涓,等.中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J].中华神经科杂志,2018,51(5):324-335.
- [2] SATEIA M J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications[J]. Chest, 2014, 146(5): 1387-1394.
- [3] BUYSSE D J. Insomnia[J]. JAMA, 2013, 309(7): 706-716.
- [4] MORIN C M, BENCA R. Chronic insomnia[J]. Lancet, 2012, 379(9821): 1129-1141.
- [5] 顾平,何金彩,刘艳骄,等.中国失眠障碍诊断和治疗指南[A]//中国睡眠研究会东北睡眠工作委员会首届学术年会暨黑龙江省中西医结合睡眠分会第二届学术年会资料汇编[C].黑龙江哈尔滨,2019:10.
- [6] 张天元,杨莹莹,崔书克.失眠的中西医研究进展[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(10):196-199.
- [7] HO F Y, CHAN C S, LO W Y, et al. The effect of self-help cognitive behavioral therapy for insomnia on depressive symptoms: an updated meta-analysis of randomized controlled trials [J]. J Affect Disord, 2020, 265: 287-304.
- [8] MELVILLE K M, CASEY L M, KAVANAGH D J. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders [J]. Br J Clin Psychol, 2010, 49(Pt 4): 455-471.
- [9] 朱成林,舒燕萍,罗环跃.基于网络的认知行为治疗的临床应用现状[J].神经损伤与功能重建,2022,17(11):650-653.
- [10] 黄冰玥,侯玉铎,张文超.失眠障碍的中西医诊疗现状探析[J].临床医药实践,2022,31(7):535-538.
- [11] 何悦,王雅梅,付利霞,等.针灸治疗失眠的临床研究现状[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(92):55.
- [12] 中国中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组.失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO)[J].世界睡眠医学杂志,2016,3(1):8-25.
- [13] 中医病证诊断疗效标准(ZY/T001.1-94)—不寐[J].实用中医内科杂志,2022,36(9):128.
- [14] 卓缘圆,张金文,郭悦宝,等.杨卓欣教授“调任通督”针刺法的理论内涵和应用[J].上海针灸杂志,2019,38(1):97-100.
- [15] 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,2002:60-66.
- [16] 黄杏贤,于海波,杨卓欣,等.调任通督针刺法治疗抑郁症的临床疗效及脑电作用机制研究[J].针灸临床杂志,2021,37(6):12-16.
- [17] 马晓明,杨卓欣,于海波,等.调任通督针法对卒中后失眠患者睡眠脑电图各参数的影响[J].陕西中医,2016,37(7):913-915.
- [18] 罗文舒,皮敏,饶晓丹,等.针刺督脉和膀胱经促进抑郁症大鼠海马神经元再生的实验研究[J].广西中医药,2008,31(4):46-48.
- [19] 刘辉,李佩芳,孙培养,等.针刺督脉腧穴对APPswe/PS1dE9转基因阿尔茨海默病小鼠的治疗机制研究[J].针灸临床杂志,2022,38(10):81-89.

- [20] 刘翔宇, 魏卫兵, 周宾宾. 基于中医“同病异治”理论探讨电针刺激对脊髓损伤大鼠的神经再生机制[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(10): 57-63.
- [21] LIU C H, YANG M H, ZHANG G Z, et al. Neural networks and the anti-inflammatory effect of transcutaneous auricular vagus nerve stimulation in depression[J]. J Neuroinflamm, 2020, 17(1): 54.
- [22] MAI-NGUYEN-H THI, LEE D Y, WU H M, et al. Auricular acupuncture to lower blood pressure involves the adrenal gland in spontaneously hypertensive rats [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020: 3720184.
- [23] 孙宇婷, 祝培勤, 孙星亮. 针刺五心穴配合安神六穴治疗卒中后抑郁临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(11): 21-24.
- [24] 蒲永棚, 刘继洪, 栗漩, 等. 耳穴诊治慢性胃炎研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(10): 100-105.
- [25] 吕嘉轩. 应用多尺度熵算法分析站桩及顺腹式呼吸训练的身心协同效应[D]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [26] 左晓柳. 基于心率变异性的中医气功入静调心机制研究[D]. 南昌: 江西中医药大学, 2019.
- [27] WU Y, DENG F, WANG J, et al. Intensity-dependent effects of consecutive treadmill exercise on spatial learning and memory through the p-CREB/BDNF/NMDAR signaling in hippocampus [J]. Behav Brain Res, 2020, 2020: 386112599.
- [28] 赵春玲, 欧阳松云, 陈兰兰, 等. 有氧运动对原发性失眠病人睡眠质量、睡眠结构及炎症因子的影响[J]. 护理研究, 2022, 36(1): 154-157.
- [29] 李融, 蔡志强, 侯钢, 等. 失眠症患者的焦虑、抑郁症状的调查[J]. 中国行为医学科学, 2002, 11(5): 55-56.
- [30] 张斌. 中国失眠障碍诊断和治疗指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 61-62.

【责任编辑: 陈建宏】

## 中医体质调理对早期无症状型糖尿病周围神经病变的影响

龙艳, 靖璇, 黄帅立, 付蓉, 胡建芳  
(广州市中西医结合医院, 广东广州 510800)

**摘要:**【目的】观察基于“治未病”理论的中医体质调理对早期无症状型糖尿病周围神经病变(diabetic peripheral neuropathy, DPN)的影响及安全性。【方法】将87例早期无症状型DPN患者随机分为对照组43例和试验组44例, 对照组仅予糖尿病的规范饮食、运动及药物治疗, 试验组在对照组的基础上, 根据患者的主要体质类型给予相应的中医体质调养方案进行调理, 疗程为48周。观察2组患者干预前后中医体质转化情况、体质量指数(BMI)、收缩压(SBP)、舒张压(DBP)、空腹血糖(FPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、总胆固醇(TC)、甘油三酯(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平以及神经传导速度(NCV)的变化情况, 并评价2组患者的安全性。【结果】(1)干预结束后, 试验组有17例患者转化为平和质, 而对照组仅有5例患者转化为平和质, 2组患者的中医体质分布比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2)干预前, 2组患者的BMI、SBP、DBP、FPG、HbA1c、TC、TG、HDL-C、LDL-C水平比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。干预后, 2组患者的BMI、SBP、DBP水平以及试验组的HbA1c、TC、TG、LDL-C水平均较干预前下降( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ), 对照组的FPG、HDL-C水平则较干预前升高( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ ); 组间比较, 试验组的FPG、HbA1c、TG、LDL-C水平均较对照组明显降低, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ 或 $P < 0.01$ )。(3)干预结束后, 对照组有10例出现DPN临床症状, 试验组仅有6例出现DPN临床症状。干预前, 2组患者的双侧胫神经及腓总神经运动传导速度(MNCV)、双侧腓肠神经及腓浅神经感觉传导速度(SNCV)比较, 差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ), 具有可比性。干预后, 对照组的双侧胫神经及腓总神经MNCV、双侧腓肠神经及腓浅神经SNCV均较干预前减慢( $P < 0.01$ ), 而试验组的以上神经传导速度虽较干预前有

收稿日期: 2023-08-25

作者简介: 龙艳(1980-), 女, 副主任中医师; E-mail: longyan0823@163.com

基金项目: 广东省中医药局科研项目(编号: 20201313)