

太极拳联合通督宁神方治疗督脉失和型失眠的临床观察

马杰¹ 严骅² 唐靖一³ 严世芸⁴

(1 上海中医药大学针灸推拿学院, 上海, 201203; 2 上海中医药大学附属曙光医院, 上海, 201203;

3 上海中医药大学产学研办公室, 上海, 201203; 4 上海中医药大学, 上海, 201203)

摘要 目的:观察二十四式太极拳联合通督宁神方对督脉失和型失眠的影响。方法:选取2017年9月至2018年6月上海中医药大学附属曙光医院督脉失和型失眠患者80例作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组40例。观察组予通督宁神方联合二十四式太极拳,对照组予通督宁神方联合CBT-I,2组均治疗8周。治疗前后比较2组匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)评分与中医症状评分。结果:2组治疗后PSQI及中医各症状评分均较治疗前明显降低($P < 0.01$);观察组对头晕头痛、胸闷心悸、神疲乏力、健忘、颈项板直的改善显著优于对照组($P < 0.01$)。结论:二十四式太极拳联合通督宁神方能改善督脉失和型失眠症状。

关键词 失眠;督脉失和;二十四式太极拳;通督宁神方;中医综合治疗;随机对照;临床试验;名中医经验传承

Clinical Observation of Taijiquan Exercise Combined with Tongdu Ningshen Decoction in the Treatment of Insomnia with Syndrome Differentiation of Maladjustment of Du Meridian

Ma Jie¹, Yan Hua², Tang Jingyi³, Yan Shiyun⁴

(1 School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

2 Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China;

3 Office of Industry-University-Research, Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203,

China; 4 Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 201203, China)

Abstract Objective: To study the clinical efficacy of Tongdu Ningshen Decoction combining with 24 Style Taijiquan exercise in the treatment of insomnia with syndrome differentiation of maladjustment of Du meridian. **Methods:** A total of 80 patients with insomnia with syndrome differentiation of maladjustment of Du meridian from Shuguang Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine from September 2017 to June 2018 were selected and randomized into the observation group and the control group, with 40 cases in each group. The observation group was treated by Tongdu Ningshen Decoction combining with 24 Style Taijiquan exercise, and the control group was treated by Tongdu Ningshen Decoction combined with CBT-I. Two groups were treated for 8 weeks. Pittsburgh sleep quality index (PSQI) and clinical symptoms scale of TCM were used to evaluate the efficacy before and after the treatment. **Results:** Both groups witnessed a significant decline in scores in PSQI and clinical symptoms scale of TCM ($P < 0.01$); The treatment group performed significantly better in relieving symptoms including dizziness, headache, chest tightness, palpitation, mental exhaustion, forgetfulness, and stiff neck ($P < 0.01$). **Conclusion:** Tongdu Ningshen Decoction combining with 24 Style Taijiquan exercise can relieve the symptoms of insomnia with syndrome differentiation of maladjustment of Du meridian.

Key Words Insomnia; Syndrome differentiation of maladjustment of Du meridian; 24 style Taijiquan exercise; Tongdu Ningshen Decoction; Combined treatment of traditional Chinese medicine; Randomized controlled; Clinical trial; Inheriting the clinical experience of famous doctor of traditional Chinese medicine

中图分类号:R242;G852.11 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.03.043

失眠通常是指患者对睡眠时间和(或)睡眠质量不满足并影响社会功能的一种主观体验,可分为原发性失眠和继发于其他医学问题或精神疾病的继

发性失眠^[1]。流调显示,一般人群中10%~15%的成年人符合失眠症的国际诊断标准^[2]。越来越多的证据表明,失眠不仅是糖尿病、高血压、恶性肿瘤等

基金项目:首届全国名中医传承工作室建设项目(MZYGZS-2017001)——严世芸全国名中医传承工作室;2018年上海市体育科技“综合计划”项目(18Z013)——二十四式太极拳对失眠影响的前瞻性队列研究

作者简介:马杰(1981.11—),男,博士,主治医师,研究方向:中医药防治心血管疾病、代谢综合征、慢性失眠等,E-mail:ma_chieh@126.com

通信作者:严骅(1967.12—),女,博士,副主任医师,研究方向:中西医结合治疗妇科疾病及不孕不育症,E-mail:yanh9107@126.com

慢性疾病的促发因素,还是焦虑症、抑郁症、精神分裂症、自杀等精神障碍的早期临床症状^[3-4]。除却对个体健康的损害,当今社会普遍存在的失眠问题还可能增加公共交通、能源设备、公共安全和军事作业等多个重要社会环节的人为失误风险^[5-6]。根据中国睡眠研究会 2017 年公布的《中国失眠症诊断和治疗指南》^[7]和中华医学会神经病学分会、中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组 2018 年公布的《中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版)》^[8],目前失眠症的治疗策略包括药物治疗、中医治疗、心理治疗、物理治疗和综合治疗等内容^[7]。随着“生物-社会-心理”医学模式的建立,具有中医特色的综合疗法,因其疗效持久、不良反应小,在临床上越来越受到关注^[9-12]。失眠,属于中医“不寐”范畴,症见无法正常入眠,轻者入睡困难,或寐而不酣,时寐时醒,或醒后不能再寐;重者彻夜不寐。经过数 10 年的临床实践,本研究团队认为不寐的基本病机多在于督脉不和、阴阳不交、心神不宁,督脉不和证是当今不寐的常见证型。因此,提出以通督宁神法治疗督脉不和型不寐,采用药物与运动疗法相融合的中医综合治疗,即通督宁神方联合二十四式太极拳治疗督脉不和型失眠,完成临床观察 40 例,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究采用随机对照单盲试验,对结局评价者施盲。由专门医师负责结局指标的评价,该人员不参与随机的执行、病例纳入和临床治疗。由专职医师负责随机的执行,不参与临床病例的纳入、治疗及评价工作。将患者用 SPSS 19.0 软件产生随机分配序列分为观察组和对照组,并将分配序列装入不透光的信封中,患者按入组顺序领取信封,交予治疗医师。选取 2017 年 9 月至 2018 年 6 月上海中医药大学附属曙光医院督脉失和型失眠患者 80 例作为研究对象,随机分为观察组和对照组,每组 40 例。观察组中男 19 例,女 21 例;平均年龄(45.28 ± 10.64)岁,平均病程(16.88 ± 11.88)个月。对照组中男 16 例,女 24 例,平均年龄(44.68 ± 9.90)岁,平均病程(17.32 ± 2.32)个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中国失眠症诊断和治疗指南》^[8]所推荐的《睡眠障碍国际分类第三版》(ICSD-3, International Classification of Sleep Disorders, Third Edition)关于慢性失眠症诊断标准,以下六条必须都满足:1)存在以下一种或者多种睡眠异常症状(患者自述,或者照料者观察到):a. 入

睡困难;b. 睡眠维持困难;c. 比期望的起床时间更早醒来;d. 在适当的时间不愿意上床睡觉。2)存在以下一种或者多种与失眠相关的日间症状(患者自述,或者照料者观察到):a. 疲劳或全身不适感;b. 注意力不集中或记忆障碍;c. 社交、家庭、职业或学业等功能损害;d. 情绪易烦躁或易激动;e. 日间思睡;f. 行为问题(比如:多动、冲动或攻击性);g. 精力和体力下降;h. 易发生错误与事故;i. 过度关注睡眠问题或对睡眠质量不满意。3)睡眠异常症状和相关的日间症状不能单纯用没有合适的睡眠时间或不恰当的睡眠环境来解释。4)睡眠异常症状和相关的日间症状至少每周出现 3 次。5)睡眠异常症状和相关的日间症状持续至少 3 个月。6)睡眠和觉醒困难不能被其他类型的睡眠障碍更好地解释。

中医督脉失和辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[13]有关不寐病的诊断标准,结合本课题组研究团队临床经验拟定:1)主症:入睡困难或寐而易醒,醒后不寐,甚则彻夜难眠;2)兼症:头晕头痛、多梦、盗汗、胸闷心悸、神疲乏力、健忘、颈项板直、烦躁、低落等;3)经各系统和实验室检查未发现异常。

1.3 纳入标准 1)年龄 18 ~ 65 岁;2)符合西医诊断标准及中医辨证标准;3)治疗前 2 周停用任何精神类药物;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)药物或乙醇引起的失眠;2)躯体疾病或其他精神疾病引起的失眠;3)在入组前 2 周内规范使用抗精神病药及抗抑郁药;4)已知的酗酒及药物依赖者;5)怀孕、哺乳或在研究中可能怀孕不能采取有效避孕措施的妇女;6)心、肝、肾或其他各系统明显症状;7)实验室检查及心电图检查有临床意义的异常,AST、ALT 超过正常值上限的 1.5 倍;8)最近 1 个月内参加过其他临床药物研究者;9)汉密尔顿焦虑量表(HAMA)总分 ≥ 14 ;10)汉密尔顿抑郁量表(HAMD),总分 ≥ 18 。

1.5 脱落与剔除标准 1)服用精神类药物者;2)中断服用中药 3 d 及以上者;3)观察组连续中断太极拳训练 3 d 及以上,或太极拳总训练时间不足 6 周及以上者;4)对照组连续中断 CBT-I 3 d 及以上,或接受 CBT-I 总时间不足 6 周及以上者;5)因各种主客观原因主动提出退出者;6)经由医师判定,不能继续进行者。

1.6 治疗方法

1.6.1 基础治疗 通督宁神方^[14]:黄芪 30 g、当归 15 g、地龙 12 g、桃仁 12 g、土鳖虫 12 g、三棱 12 g、川芎 15 g、葛根 15 g、淫羊藿 15 g、骨碎补 15 g、合欢皮

15 g、夜交藤 15 g、远志 12 g、酸枣仁 12 g。中药统一代煎,1 剂中药煎成 2 袋,服用时间为下午 1:00-2:00 间,晚上 8:00-9:00 间,每次服用 1 袋。

1.6.2 观察组 联合应用二十四式太极拳:1)运动组织:以每 4 位入组的患者为 1 个小组,至上海众益达中医门诊部集中训练,由 1 名专业太极拳教师分 6 次课程规范教授动作要领,2 周完成,2 周后进入正式临床观察期,日常运动在家完成,由家属记录运动时间与强度,每 4 周再次集中训练,纠正动作要领;2)运动时间:每次运动 40 min,每周运动 3 次,即周一、三、五,上午 9:00-10:00;3)运动强度:患者心率维持 120~140 min;4)注意事项:家属配合督促并配合患者按时、规范运动,做好肌肉拉伤和跌倒防护。

1.6.3 对照组 联合应用失眠认知行为治疗(Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I):1)CBT-I 方案制定:根据美国睡眠医学会的推荐和中国睡眠研究会睡眠医学教育专业委员会的专家共识^[15],采用适合门诊患者的 CBT-I 方案,行为治疗内容包括刺激控制治疗,认知治疗内容包括睡眠卫生宣教与认知治疗,并联合使用放松训练;2)CBT-I 组织:以每 4 位入组的患者为 1 个小组,至上海众益达中医门诊部,由 1 名具备开展 CBT-I 资质的医师分 6 次课程规范培训各部分要领,2 周完成,2 周后进入正式临床观察期,日常治疗在家完成。每 4 周再次集中,分享交流。

观察组与对照组在进入临床观察期后,每 2 周随访,记录研究病历;8 周后进行疗效评定。

1.7 观察指标 匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)^[16]:包含 19 项自评条目和 5 项他评条目,累计各项评分,总分 0~28 分。治疗前后进行中医症状评分:根据《中医病证诊断疗效标准》^[13-14]有关不寐病的诊断标准中相关内容,结合临床经验,拟定与督脉失和证失眠相关症状评分表。见表 1。再借鉴疼痛视觉模拟量表的方法,针对每一个症状,在纸上画一条 10 cm 的横线,横线的一段为 0,表示无症状,另一端为 10,表示症状最严重,中间部分表示不同程度的症状。评价时让患者参考表 1,同时依据自己对于症状主观感觉的严重程度及出现频次,在横线上画记号,以反映其症状的程度。评价医师测量后给予记录。安全性观察:观察 2 组患者的不良事件发生情况。

1.8 疗效判定标准 采用 PSQI 减分率进行判定:1)临床痊愈:PSQI 减分率≥75%;2)临床显效:PSQI 减分率 50%~74%;3)临床有效:PSQI 减分率 25%~49%;4)临床无效:PSQI<25%。计算公式(尼莫地平法):[(治疗前积分-治疗后积分)/前积分]×100%。

中医证候疗效判定标准(参考《中药新药治疗失眠的临床研究指导原则》):1)临床治愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,证候积分减少≥95%;2)临床显效:中医临床症状、体征明显好转,

表 1 督脉失和型失眠中医症状评分表

症状	轻(0~3)	中(4~7)	重(8~10)
入睡艰难(主症)	入睡时间<30 min。	入睡时间 30~60 min。	入睡时间>60 min。
夜醒早醒(主症)	夜醒次数至多 1 次,醒后可再入睡;晨醒时间较之既往提前 1 h 以内;整夜睡眠时间不足 6 h。	夜醒次数 1~3 次,醒后较难入睡;晨醒时间较之既往提前 1~2 h;整夜睡眠时间 3~6 h。	夜醒次数>3 次,甚至醒后无法入睡;晨醒时间较之既往提前 2 h 以上;整夜睡眠时间不足 3 h。
多梦(兼症)	醒后自觉夜梦略多,但不影响睡眠。	醒后自觉夜梦较多,轻度影响睡眠。	醒后自觉夜梦不止,严重影响睡眠。
盗汗(兼症)	醒后发现局部有汗,汗量较少。	醒后发现多部位有汗,汗量中等,可湿内衣。	自觉汗出不止,可湿衣被。
头晕头痛(兼症)	醒后一过性眩晕或轻微头痛,10 min 内缓解。	醒后眩晕或头痛明显,反复持续 10~30 min。	醒后眩晕或头痛严重,起床困难,反复持续 30 min 以上。
胸闷心悸(兼症)	醒后有一过性胸闷、心悸,10 min 内缓解。	醒后胸闷、心悸明显,反复持续 10~30 min。	醒后胸闷、心悸严重,起床困难,反复持续 30 min 以上,甚至服药才可缓解。
神疲乏力(兼症)	醒后轻微精神疲惫、行走乏力,10 min 内缓解。	醒后精神疲惫、行走乏力明显,反复持续 10~30 min。	醒后精神疲惫、行走乏力明显,起床困难,反复持续 30 min 以上。
健忘(兼症)	平时偶尔忘事,不经提醒也能想起。	平时经常忘事,不经提醒不易想起。	平时转瞬即遗忘,经提醒也不易想起。
颈项板直(兼症)	平时偶尔颈项板直,头颈部运动不受限,改变体位后 1 天内可缓解。	平时经常颈项板直,头颈部运动略有受限,改变体位后 1-3 天内可缓解。	平时经常颈项板直,头颈部运动明显受限,不经治疗无法缓解。
烦躁(兼症)	平时偶尔烦躁易怒,可控制不使其外露,情绪波动时间在半天之内。	平时经常烦躁易怒,可控制不使其外露,情绪波动时间半天至 1 天。	平时经常烦躁易怒,无法控制情绪外露,情绪波动时间超过 1 天。
低落(兼症)	平时偶尔情绪低落,不易接受不良暗示,情绪波动时间在半天之内。	平时经常情绪低落,较易接受不良暗示,情绪波动时间半天至 1 天。	平时经常情绪低落,极易接受不良暗示,情绪波动时间超过 1 天。

证候积分减少 $\geq 70\%$;3) 临床有效:中医临床症状、体征均有改善,证候积分减少 $\geq 30\%$;4) 临床无效:中医临床症状、体征均无明显好转,甚或加重,证候积分减少 $< 30\%$ 。计算公式:(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 19.0 统计软件处理数据。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布及方差齐性者,组间比较用独立样本 t 检验,方差不齐用 t' 近似检验。等级资料比较采用秩和检验。四格表计数资料采用 χ^2 检验。如有脱落患者,则采用意向性治疗分析(ITT 分析)和符合方案数据集分析(PP 分析)相结合的方法。ITT 分析缺失数据连续性变量采用末次观测结转法(LOCF),计数资料采用观察组缺失均视为无效,对照组缺失均视为有效的方法处理。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组 3 例患者分别于第 2 周、第 4 周、第 6 周放弃治疗;对照组 2 例患者分别于第 2 周、第 4 周放

弃治疗。至试验结束,观察组共完成治疗 37 例,对照组共完成治疗 38 例。

2.1 2 组患者治疗前后 PSQI 总有效率和显效率比较 2 组治疗前 PSQI 基线差异均无统计学意义($P > 0.05$)。根据 2 组治疗后 PSQI 减分率进行疗效评价,其总有效率、显效率的组内差异有统计学意义($P < 0.01$),组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。

2.2 2 组患者治疗前后中医症状总有效率和显效率比较 2 组治疗前各中医症状评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。根据 2 组治疗后各中医症状评分的减分程度进行判断临床显效、有效或无效,其有总有效率、显效率的组内差异有统计学意义($P < 0.01$);经组间比较,入睡艰难、夜醒早醒、多梦、盗汗、烦躁、低落 6 个症状的总有效率、显效率的差异无统计学意义($P > 0.05$),头晕头痛、胸闷心悸、神疲乏力、健忘、颈项板直 5 个症状的总有效率、显效率具有统计学意义($P < 0.01$),观察组明显优于对照组。

表 2 2 组失眠患者治疗前后有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组($n=37$)	3	29	5	86.49%	34	8.82%	3	29	8	80.00%	37	8.11%
对照组($n=38$)	2	32	4	89.47%	36	5.56%	2	34	4	90.00%	36	11.11%

表 3 2 组失眠患者治疗前后入睡有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组($n=37$)	26	11	0	100.00%	11	70.27%	26	11	3	92.50%	14	65.00%
对照组($n=38$)	22	16	0	100.00%	16	57.89%	22	18	0	100.00%	16	60.00%

表 4 2 组失眠患者治疗前后夜醒早醒有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组($n=37$)	21	16	0	100.00%	16	56.76%	21	16	3	92.50%	19	52.50%
对照组($n=38$)	24	14	0	100.00%	14	63.16%	24	16	0	100.00%	14	65.00%

表 5 2 组失眠患者治疗前后多梦有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组($n=37$)	14	22	1	97.30%	23	37.84%	14	22	4	90.00%	26	35.00%
对照组($n=38$)	14	21	3	92.11%	24	36.84%	14	23	3	92.50%	26	35.00%

表 6 2 组失眠患者治疗前后盗汗有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组($n=37$)	8	25	4	89.19%	29	21.62%	8	25	7	82.50%	32	20.00%
对照组($n=38$)	9	24	5	86.84%	29	23.68%	9	27	5	87.80%	29	27.50%

表 7 2 组失眠患者治疗前后头晕头痛有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	28	8	1	97.30%	9	75.68%	28	8	4	90.00%	12	70.00%
对照组(n=38)	3	29	6	84.21%*	35	7.89%*	3	31	6	85.00%*	35	12.50%*

表 8 2 组失眠患者治疗前后胸闷心悸有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	12	21	4	89.19%	25	67.57%	12	21	7	82.50%	28	75.68%
对照组(n=38)	2	28	8	78.95%*	36	94.74%*	2	30	8	80.00%*	36	94.74%*

表 9 2 组失眠患者治疗前后神疲乏力有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	19	17	1	97.30%	18	51.35%	19	17	4	90.00%	21	47.50%
对照组(n=38)	7	23	8	78.95%*	31	18.42%*	7	25	8	80.00%*	31	22.50%*

表 10 2 组失眠患者治疗前后健忘有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	23	12	2	94.59%	14	62.16%	23	12	5	87.50%	17	57.50%
对照组(n=38)	4	27	7	81.58%*	34	10.53%*	4	29	7	82.50%*	34	17.65%*

表 11 2 组失眠患者治疗前后颈项板直有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	21	15	1	97.30%	14	62.16%	21	15	4	90.00%	17	57.50%
对照组(n=38)	2	25	11	71.05%*	36	5.26%*	2	27	11	72.50%*	38	5.00%*

表 12 2 组失眠患者治疗前后烦躁有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	20	14	3	91.89%	17	54.05%	20	14	6	85.00%	20	50.00%
对照组(n=38)	14	21	3	92.11%	24	36.84%	14	23	3	92.50%	24	40.00%

表 13 2 组失眠患者治疗前后低落有效率、显效率比较(例,%)

组别	有效率比较				显效率比较		有效率比较(ITT)				显效率比较(ITT)	
	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率	显效	有效	无效	总有效率	有效+无效	显效率
观察组(n=37)	19	15	3	91.89%	18	51.35%	19	15	6	85.00%	21	47.50%
对照组(n=38)	17	16	5	86.84%	21	44.74%	17	18	5	87.50%	21	47.50%

3 讨论

失眠是临床常见的一类慢性疾病,与情绪,心理,环境等因素相关。目前失眠的临床治疗多以 CBT 疗法为基础,配合药物治疗。循证医学的证据显示:CBT-I 对 70%~80% 失眠患者有效,其长期疗效优于药物疗法^[15]。美国国家卫生研究所、英国精神病理学联合会及《中国成人失眠诊断与治疗指南(2017 版)》都推荐 CBT-I 作为失眠的一线治疗方案,对于即使已经接受药物治疗的慢性失眠患者,仍应当辅

以 CBT-I(I 级推荐)^[8-15]。因此,本研究以 CBT-I 联合口服中药通督宁神方作为对照,符合指南推荐的标准化疗法。

3.1 本研究的发现 在中药治疗的基础上,2 组治疗后 PSQI 及中医各症状评分均较治疗前明显降低;且 2 组在改善相关评分方面无统计学意义。同时观察组对头晕头痛、胸闷心悸、神疲乏力、健忘、颈项板直的改善优于对照组,说明:太极拳对于失眠主要结局的改善,其疗效与当前指南推荐的 CBT 疗法无统

计学意义,且太极拳可以更好的改善失眠伴发的头晕头痛、胸闷心悸、神疲乏力、健忘、颈项板直的症状,更好地改善患者的生命质量,有利于疾病的状态的整体调节。

基于临床的发现,我们也对太极拳的治疗效应进行了初步分析:不寐的病位责之于督脉,病机的根本在于督脉失和。督脉乃阳脉之海。正如《难经·二十八难》所载:“督脉者,起于下极之俞,并于脊里,上至风府,入属于脑”。督脉循身之背,入络于脑,督脉为诸阳之会,手足三阳经均交会于此,均有调节全身阳气的作用。又如《灵枢·大惑论》所言:“卫气不得入于阴,常留于阳,留于阳则阳气满,不得入于阴则阴气虚,故目不得瞑矣”。因此,正常睡眠与阳气出入运行有序密切相关,人体的阳气完全入于阴气中则寐,阳气完全出于阴气外则醒,指出了不寐的本质就是阳气运行失常,不能入阴。督脉失和,则全身阳气运行失调,阴阳不交,心神不宁。据此,本研究团队主张以通督宁神法论治,方法借鉴了道家养生术的内服与导引并用,以二十四式太极拳联合通督宁神方。其中,通督宁神方注重补气活血以通督调阳,引阳入阴以交通心肾,养心肝之血以安神魄。^[14]而植根于中国传统文化与传统中医学的太极拳,更是融合了阴阳学说、五行学说、经络理论与导引吐纳术,体现了动静结合的“圆道和谐”运动观,整个运动过程将意识、呼吸、动作三者密切结合,从而达到调节脏腑、疏通经络、补益气血的目的。从运动医学角度而言,太极拳的分解动作又有着丰富的临床意义。例如“白鹤亮翅”一式,充分舒展上肢,升降相合,能够鼓舞手三阴经;“搂膝拗步”一式,以腿带腰,转腰带手,能够振奋足三阳经;“行步云手”一式,以脊柱旋转推动腰腹以上部位的气血运行,更是通畅督脉、交通心肾、安神助眠的代表性动作。从现代医学角度分析,太极拳的相关动作,也是对人体脊柱及其相关核心肌群的一个有氧训练及牵拉运动,更好改善局部的血液循环,增加核心肌群的稳定性,刺激脊神经相关节段,调节神经功能,对内脏形成良性的刺激,改善疾病状态。

3.2 本研究的局限与不足 由于功法治疗的特殊性,在实际研究中无法合理使用盲法,同时由于本研究尚属于前瞻性探索研究,观察例数较少,研究结果存在一定偏倚风险。另一方面,本研究的评价主要以即时效应的评估为主,缺乏远期效应的观察,且在临床患者的纳入过程中,未对患者的基础疾病等因素进行分层,因此相关结论尚不稳健,一定程度限制

了临床该疗法在临床的应用。需要今后进一步设计大样本多中心的临床研究,进一步明确太极拳的治疗效应。

3.3 结论 通过本研究,初步证实了太极拳对于失眠有较好的即时治疗作用,其对于失眠相关症状的改善和当前指南推荐的 CBT 疗法相当,可以用于临床失眠的治疗的辅助治疗。

参考文献

- [1] Buysee DJ. Insomnia[J]. JAMA, 2013, 309(7): 706-716.
- [2] Morin CM, Benca R. Chronic insomnia[J]. Lancet, 2012, 379(9821): 1129-1141.
- [3] Morin CM, Lablanc M, Ivers H, et al. Monthly fluctuations of insomnia symptoms in a population-based sample[J]. Sleep, 2014, 37(2): 319-326.
- [4] Daley M, Morin CM, Lablanc MM, et al. The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers[J]. Sleep, 2009, 32(1): 55-64.
- [5] FISCHER J, DOGAS Z, BASSETTI CL, et al. Standard procedures for adults in accredited sleep medicine centers in Europe[J]. J Sleep Res, 2012, 21(4): 357-368.
- [6] 胡维铭, 王维治. 神经内科主治医师 700 问[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 2002: 55-59.
- [7] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24): 1844-1856.
- [8] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠症诊断和治疗指南(2017 版)[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(5): 324-335.
- [9] Haslacher H, Michlmayr M, Batmangyagmar D. Physical exercise counteracts genetic susceptibility to depression[J]. Neurophysiology, 2015, 71(3): 168-175.
- [10] Passos GS, Poyares DL, Santana MG. Is exercise an alternative treatment for chronic insomnia? [J]. Clinics (Sao Paulo), 2012, 67(6): 653-660.
- [11] Tworoger S, Yasui Y, Vitiello M. Effects of a yearlong moderate-intensity exercise and a stretching intervention on sleep quality in postmenopausal women[J]. Sleep, 2013, 26(7): 830-836.
- [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] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 99-100.
- [14] 马杰, 严骅, 严世芸, 等. 通督宁神方治疗督脉失和型失眠 48 例临床观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(11): 933-936.
- [15] 王纯, Pigeon R, Wilfred, 张宁. 失眠的认知行为治疗: 标准方案及其变式[J]. 临床精神医学杂志, 2017, 27(6): 428-430.
- [16] 刘贤臣, 唐茂芹. 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.