

DOI:10.12174/j.issn.2096-9600.2025.06.30

# “五行针灸”联合艾司唑仑 治疗肿瘤相关性失眠疗效观察\*

马芳芳<sup>1</sup>,程培育<sup>2</sup>,杨永<sup>2</sup>,李冰雪<sup>3</sup>,于明薇<sup>2</sup>,王笑民<sup>2Δ</sup>

1 昆山市中医医院,江苏 苏州 215300; 2 首都医科大学附属北京中医医院,北京 100010;

3 上海交通大学附属瑞金医院,上海 200025

**[摘要]** 目的:观察“五行针灸”联合艾司唑仑治疗肿瘤相关性失眠的临床疗效。方法:将76例肿瘤相关性失眠(cancer-related insomnia, CRI)患者随机分为观察组和对照组各38例。对照组予肿瘤常规治疗并口服艾司唑仑,观察组在对照组基础上予“五行针灸”治疗。比较两组患者临床疗效、匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表评分、平均总睡眠时间和平均深睡眠时间、汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)及健康调查简表-36(the MOS item short from health survey, SF-36)量表评分。结果:观察组总有效率及愈显率均高于对照组( $P < 0.05$ );治疗后两组患者睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍评分及PSQI总分均降低( $P < 0.05$ ),且观察组睡眠质量、睡眠时间、催眠药物、日间功能障碍评分及PSQI总分降低程度优于对照组( $P < 0.05$ )。两组患者平均总睡眠时间、平均深睡眠时间均增加( $P < 0.05$ ),且观察组优于对照组( $P < 0.05$ );两组患者HAMD评分均降低( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05$ );两组患者SF-36生活质量各评分及总分均升高( $P < 0.05$ ),观察组生理功能、生理职能、活力、情感职能及总分升高程度优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:“五行针灸”联合艾司唑仑治疗肿瘤相关性失眠综合疗效确切,能提高患者睡眠质量及生活质量。

**[关键词]** 肿瘤;失眠;五行针灸;艾司唑仑;随机对照

**[中图分类号]** R256.23 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)06-0148-06

## Clinical Observation on "Five-element Needling" Joined with Estazolam in Treating Cancer-related Insomnia

MA Fangfang<sup>1</sup>, CHENG Peiyu<sup>2</sup>, YANG Yong<sup>2</sup>, LI Bingxue<sup>3</sup>, YU Mingwei<sup>2</sup>, WANG Xiaomin<sup>2Δ</sup>

1 Kunshan Hospital of TCM, Suzhou 215300, China;

2 Beijing Hospital of TCM Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China;

3 Ruijin Hospital Affiliated to Shanghai Jiaotong University, Shanghai 200025, China

**Abstract** Objective: To investigate clinical effects of "five-element needling" and estazolam in treating cancer-related insomnia (CRI). Methods: All 76 CRI patients were randomized into the observation group and the control group with 38 cases in each group. The control group accepted conventional therapy of cancer and oral administration of estazolam, and the observation group was treated with "five-element needling" based on the therapy of the control group. To compare clinical effects, the scores of PSQI scale, average total sleep time and average deep sleep time, HAMD and the scores of SF-36 scale between both groups. Results: Total effective rate, and the cure and markedly effective rates of the observation group were higher than these of the control group ( $P < 0.05$ ); after the treatment, the scores of sleep quality, time to fall asleep, sleep time, sleep efficiency, sleep disorder, and hypnotic drugs, daytime functional dysfunction scores and total scores of PSQI reduced in the two groups ( $P < 0.05$ ), and the observation group was better than the control group in the scores of sleep quality, sleep time, hypnotic drugs, daytime functional dysfunction scores and total scores of PSQI ( $P < 0.05$ ). Average total sleep time and average deep sleep time were increased in the two groups ( $P < 0.05$ ), and the observation group was superior to the control group ( $P < 0.05$ ); HAMD scores were lowered in the two groups ( $P < 0.05$ ), and the observation group was lower than the control group ( $P < 0.05$ ); the scores of SF-36 and total scores were elevated in the two groups ( $P < 0.05$ ), and the observation group was better than the control group in the increase of physical function, physiological role, vitality, emotional role and total scores ( $P < 0.05$ ). Conclusion: "Five-element needling" and estazolam could gain defined clinical effects in the treatment of CRI, which could improve sleep

quality and quality of life.

**Keywords** cancer; insomnia; five-element needling; estazolam; randomized control

肿瘤相关性失眠(cancer-related insomnia, CRI)又称肿瘤相关性睡眠障碍、癌因性失眠,临床表现为失眠、昼夜节律失调、潮热和噩梦等症状。CRI能够降低患者生活质量,增加患者死亡风险<sup>[1]</sup>。CRI发病率为30%~76%,其发病与全身多系统疾病密切相关,包括抑郁症、新陈代谢综合征和认知障碍等<sup>[2]</sup>。目前,临床治疗癌症患者失眠主要采用药物疗法和认知行为疗法(cognitive behavior therapy, CBT),但药物治疗不良反应多,如头晕、残留日间镇静和疲劳、免疫力降低等,且会增加复发风险<sup>[3]</sup>。此外,随着药物干预时间的增加,药物耐药性、依赖性、成瘾性等也是困扰临床医生的重要问题<sup>[4]</sup>。CBT中的心理干预措施缺乏普及规范的治疗途径,且患者经济负担过重<sup>[5]</sup>。针灸疗法能够改善患者失眠症状,疗效确切,对于改善肿瘤患者抑郁焦虑等精神心理状态具有明显优势<sup>[6]</sup>。五行针灸强调“身心同治,以人为本”,其在中医针灸阴阳五行学说的基础上,结合心理学方法,从五行角度出发,重视七情内伤致病因素,以针灸调整患者内在五行平衡,激发机体自愈力<sup>[7]</sup>。五行针灸疗法临床治疗肿瘤相关抑郁、食管癌患者负性情绪及晚期乳腺癌化疗患者焦虑抑郁等均取得良好疗效<sup>[8-10]</sup>。

睡眠研究的电生理测评主要为脑电监测的多导睡眠检测(polysonnography, PSG)和非脑电监测分析方法的腕动睡眠监测仪监测。PSG是目前国际上诊断睡眠障碍的金标准,具有客观、科学、量化的特点,缺点是需预睡,费用高,患者依从性差,且监测结果易受患者情绪及监测环境的干扰<sup>[11]</sup>。研究表明,PSG存在首夜效应,即医院病房的陌生环境使患者入睡困难、警觉性高,严重影响住院睡眠呼吸监测结果的准确性和可靠性。抑郁症、失眠症、焦虑症、创伤后应激障碍等精神疾病患者的首夜效应更为显著<sup>[12]</sup>。腕动睡眠监测仪具有活动性强,记录时间长、非察觉性等特点,可实现长期环境监测,简单易行,更容易被患者接受,其逐渐被应用于针刺治疗失眠的临床试验中<sup>[13]</sup>。研究显示,针刺可以改善腕动睡眠监测仪的测评数据,减轻睡眠障碍<sup>[14]</sup>。本研究中CRI患者佩戴腕动睡眠监测仪,并结合失眠抑郁相关量表评价五行针灸联合艾司唑仑治疗肿瘤相关性失眠的临床疗效。现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 选取2020年9月至2021年3月首都医科大学附属北京中医医院肿瘤科收治的肿瘤失眠患者76例,按随机数字表法分为对照组和观察组各38例。对照组中男6例,女32例;年龄42~80岁,平均(63.11±8.98)岁;病程0.5~8年,平均(4.1±3.8)年;乳腺癌11例、肺癌9例、结肠癌7例、妇科恶性肿瘤2例、胰腺癌1例、胃癌2例、其他癌6例;肿瘤分期:I期5例、II期14例、III期12例、IV期7例。观察组中男8例,女30例;年龄45~80岁,平均(63.74±10.43)岁;病程0.4~7年,平均(3.7±4.5)年;乳腺癌8例、肺癌13例、结肠癌5例、妇科恶性肿瘤5例、胰腺癌3例、胃癌1例、其他癌3例;肿瘤分期:I期6例、II期11例、III期15例、IV期6例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。本研究经首都医科大学附属北京中医医院伦理委员会审核批准(2020BL02-017-02),并于中国临床试验注册中心进行注册(ChiCTR2100043454)。

## 1.2 诊断标准

**1.2.1 肿瘤诊断标准** 参照《新编常见恶性肿瘤诊治规范》<sup>[15]</sup>中恶性肿瘤诊断标准,即经手术、穿刺活检、支气管镜、胃镜、结肠镜等所获得的组织标本,或痰液、胸腹腔积液等细胞学标本经组织病理学证实为肿瘤。

**1.2.2 失眠诊断标准** 参考《中国精神障碍分类与诊断标准》<sup>[16]</sup>中失眠症诊断标准:1)几乎以失眠为唯一症状,包括难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒,或醒后不易再睡、醒后不适感、疲乏,或白天困倦等;2)具有失眠和极度关注失眠结果的优势观念;3)对睡眠数量、质量的不满引起明显的苦恼或社会功能受损;4)至少每周发生3次失眠,并至少已1个月;5)排除躯体疾病或精神障碍症状导致的继发性失眠。

**1.3 纳入标准** 1)年龄18~80岁;2)符合上述诊断标准;3)病理诊断为肿瘤患者,ECOG体力状况评分为0~3分者;4)PSQI评分>7分;5)患者签署知情同意书。

**1.4 排除标准** 1)失眠由全身性疾病或外界干扰引起;2)滥用药物、酗酒、化疗后服用激素导致的失眠;3)书面及口语交流异常;4)妊娠或哺乳期妇女;5)合并有严重心血管、肺、肾、造血系统等全

身性疾病;6)同时参加其他临床研究。

**1.5 脱落标准** 1)因各种原因未按规定完成本研究;2)观察中自然脱落、失访;3)研究过程出现严重不良事件;4)病情恶化或化疗反应严重;5)资料不全。

**1.6 治疗方法** 所有入组患者均进行肿瘤常规治疗,包括放疗、化疗、靶向治疗及慢病对症治疗等。

**1.6.1 对照组** 对照组患者给予艾司唑仑片(上海信谊药厂有限公司,国药准字:H31021534,规格:1 mg×100片/盒)每次2 mg,睡前30 min口服,每周2次,共治疗3周。

**1.6.2 观察组** 观察组在对照组基础上采用“五行针灸”治疗。五行针灸治疗方案:1)清内障,取鸠尾、天枢\*、伏兔、解溪,按照先上后下、先右后左的顺序,直刺12~25 mm,得气后先行捻转泻法(逆时针方向旋转180°),留针至针孔周围红晕消失后,再行捻转补法(顺时针方向旋转180°),起针后以消毒干棉球按压针孔。2)祛邪,取肺俞、厥阴俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞,按照先上后下、先右后左的顺序,逆足太阳膀胱经循行方向,针尖向上斜刺进针,浅刺(针尖破皮1~2 mm),无需针感,不进行任何手法操作,留针至针孔周围红晕消失后起针。3)通阻滞,根据脉诊确定是否存在经脉交接阻滞,如有则需要疏通。寸口脉浮取对应六腑,沉取对应五脏,根据十二经循行走向规律,前脉明显大于后脉并结合相关症状,即对应经脉交接阻滞。大肠经与胃经阻滞依次取迎香、承泣,脾经;心经阻滞依次取大包、极泉;小肠经与膀胱经阻滞依次取听宫、睛明;肾经与心包经阻滞依次取步廊、天池(男)/天泉(女);三焦经与胆经阻滞依次取耳和髎、瞳子髎;肝经与肺经阻滞依次取期门、中府;任督阻滞(双脉具沉弱)依次取会阴、长强、承浆、龈交;“夫妻不和”阻滞(左脉弱于右脉)依次取至阴、复溜、太溪、中封、腕骨、神门。经脉交接阻滞,按照先左后右的顺序选取相应需要疏通的阻滞穴,直刺进针2~12 mm,承泣、睛明得气即可,其他穴位得气后均行捻转补法(顺时针方向旋转180°),不留针,起针后以消毒干棉球按压针孔。4)扶助主管穴,以患者五行主导一行的原穴为主,如主导一行为木患者,即取五行属木的两条经脉(足少阳胆经、足厥阴肝经)的原穴双侧丘墟、太冲。五行主导一行为其他行的取穴如下:木(京骨、太溪)、相火(阳池、大陵)、火(腕骨、神门)、土(冲阳、太白)、金(合谷、太渊)。按照先左后右、先阳后阴顺序,每穴先行3壮无瘢痕麦粒灸(炷高3 mm,腹径2 mm),然后直刺进针得气后行捻转补

法(顺时针方向旋转180°),不留针,起针后以消毒干棉球按压针孔。治疗全程使用一次性无菌针灸灸针(0.22 mm×25 mm和0.25 mm×40 mm)。首次治疗需按步骤1)、2)、3)、4)依次取穴;第2次治疗开始仅取步骤3)、4)腧穴。每周治疗2次,连续治疗3周。均由同一名主任医师进行治疗。

五行针灸特殊穴位的定位,根据华思礼所著《传统五行针灸》记载特殊穴位定位,天枢:脐中旁开3寸,腹直肌外缘;肾俞:第2腰椎棘突下,正中线旁开2寸;极泉:腋动脉搏动处,腋窝肱二头肌内侧缘;期门:乳头直下,中腕与建里穴中点的水平线上,当肋弓下缘;太溪:内踝尖与跟腱之间的凹陷处上1寸;复溜:太溪直上2寸;中封:丘墟与解溪连线之间,胫骨前肌腱的外侧凹陷处;合谷:手背,第1、2掌骨夹角处。

### 1.7 观察指标

**1.7.1 临床疗效<sup>[17]</sup>** 痊愈:睡眠时间恢复正常或夜间睡眠时间6 h以上,睡眠深沉、醒后精力充沛,睡眠率75%以上;显效:睡眠明显好转,睡眠时间增加3 h以上,睡眠深度增加,睡眠率65%以上;有效:症状减轻,睡眠时间增加不足3 h,睡眠率55%以上;无效:治疗后失眠无明显改善或加重,或睡眠率40%以下。

愈显率(%)=(痊愈+显效)例数/总例数×100%

总有效率(%)=(痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%

**1.7.2 睡眠质量** 分别于治疗前、后采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表评定患者睡眠质量。PSQI量表共由19个自评条目、5个他评条目构成。其中,参与计分的18个自评条目组成7项观察指标(入睡时间,睡眠时间,睡眠质量,睡眠效率,睡眠障碍,催眠药物及日间功能障碍),每项按0~3计分,各项计分相加为PSQI总分,范围为0~18分。分数越高表明失眠严重程度越高。

**1.7.3 平均总睡眠时间和平均深睡眠时间测定** 采用腕动睡眠监测仪检测睡眠,嘱患者每日夜间睡眠时间佩戴,记录患者治疗前、后每周平均总睡眠时间和平均深睡眠时间。

**1.7.4 抑郁状态** 分别于治疗前、后采用汉密尔顿抑郁量表(hamilton depression rating scale, HAMD)评价患者抑郁状态。本研究采用HAMD-17项版本,HAMD量表可归纳为7类因子结构:1)焦虑/躯体化;2)体重;3)认识障碍;4)日夜变化;5)迟缓;6)睡眠障碍;7)绝望感。正常:HAMD评分<8分;轻度抑郁:8≤HAMD评分≤18;中度抑

郁:  $18 < \text{HAMD 评分} \leq 24$ 分; 重度抑郁:  $\text{HAMD 评分} > 24$ 分。

1.7.5 生活质量 分别于治疗前、后采用健康调查简表-36(the MOS item short from health survey, SF-36)量表评价患者生活质量,包括8个方面,分别为生理功能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、精神健康、情感职能、活力、总体健康。另外,健康变化用于评价过去1年内的健康改变情况,得分越高表明生命健康状况越好。

1.7.6 不良反应 记录患者治疗过程中出现的不良反应,包括程度、持续时间、处理措施等。

1.8 统计学方法 采用SPSS 21.0统计软件分析数据,计数资料用 $n(\%)$ 表示,行 $\chi^2$ 检验;计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示;符合正态分布的组内前后比较采用配对样本 $t$ 检验;组间比较采用独立样本 $t$ 检

验;不符合正态分布采用秩和检验; $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率高于对照组( $\chi^2=13.16, P < 0.05$ );两组愈显率比较差异有统计学意义( $\chi^2=8.74, P < 0.05$ )。见表1。

2.2 睡眠质量 治疗后两组患者睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍评分及PSQI总分均降低( $P < 0.05$ );且观察组睡眠质量、睡眠时间、催眠药物、日间功能障碍评分及PSQI总分降低程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

2.3 平均总睡眠和深睡眠时间 治疗后,两组患者平均总睡眠时间、平均深睡眠时间均增加( $P < 0.05$ ),且观察组优于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表1 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率	总有效率
观察组	38	18(47.37)	13(34.21)	5(13.16)	2(5.26)	31(81.58)*	36(94.74)*
对照组	38	8(21.05)	14(36.84)	10(26.32)	6(15.79)	22(57.89)	32(84.21)

注:\*表示与对照组比较, $P < 0.05$

表2 两组患者治疗前后睡眠质量PSQI评分( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	睡眠质量	入睡时间	睡眠时间	睡眠效率
观察组	38	治疗前	2.13 ± 0.48	2.39 ± 0.68	2.53 ± 0.60	2.66 ± 0.58
		治疗后	1.37 ± 0.64* <sup>△</sup>	1.79 ± 0.62*	1.39 ± 0.68* <sup>△</sup>	0.92 ± 0.79*
对照组	38	治疗前	2.11 ± 0.73	2.39 ± 0.72	2.47 ± 0.65	2.58 ± 0.89
		治疗后	1.66 ± 0.67*	1.97 ± 0.79*	1.92 ± 0.67*	1.24 ± 0.99*

组别	例数	时间	睡眠障碍	催眠药物	日间功能障碍	PSQI总分
观察组	38	治疗前	1.68 ± 0.53	1.87 ± 1.21	1.08 ± 0.91	14.34 ± 2.39
		治疗后	1.34 ± 0.48*	1.13 ± 0.97* <sup>△</sup>	0.50 ± 0.60* <sup>△</sup>	8.45 ± 3.12* <sup>△</sup>
对照组	38	治疗前	1.79 ± 0.58	1.68 ± 1.30	1.21 ± 0.94	14.24 ± 3.59
		治疗后	1.50 ± 0.56*	1.66 ± 1.02*	0.95 ± 0.77*	10.89 ± 3.19*

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$ ;<sup>△</sup>与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

表3 两组患者治疗前后平均总睡眠时间和深睡眠时间( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	平均总睡眠时间		平均深睡眠时间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	38	243.5 ± 35.8	392.4 ± 45.3* <sup>△</sup>	79.9 ± 16.9	141.5 ± 32.4* <sup>△</sup>
对照组	38	238.1 ± 41.3	358.6 ± 53.4*	77.1 ± 14.2	113.9 ± 38.7*

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$ ;<sup>△</sup>与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

2.4 抑郁程度 治疗后两组患者HAMD评分均降低( $P < 0.05$ ),且观察组低于对照组( $P < 0.05$ )。见表4。

2.5 生活质量 治疗后两组患者SF-36生活质量各评分及总分均升高( $P < 0.05$ ),且观察组生理功能、生理职能、活力、情感职能及总分升高程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表5。

表4 两组患者治疗前后HAMD评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
观察组	38	18.95 ± 6.42	11.58 ± 4.95* <sup>△</sup>
对照组	38	19.21 ± 7.93	13.08 ± 5.96*

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$ ;<sup>△</sup>与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

表5 两组患者治疗前后生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	生理功能	生理职能	躯体疼痛	总体健康	活力
观察组	38	治疗前	80.53 ± 20.95	30.92 ± 43.66	66.42 ± 21.18	44.24 ± 9.47	60.26 ± 17.74
		治疗后	86.18 ± 10.81 <sup>△</sup>	48.03 ± 40.85 <sup>△</sup>	79.76 ± 12.42 <sup>*</sup>	47.34 ± 9.37 <sup>*</sup>	73.03 ± 12.92 <sup>△</sup>
对照组	38	治疗前	80.00 ± 14.43	31.58 ± 45.28	68.29 ± 20.33	44.34 ± 8.49	63.29 ± 17.94
		治疗后	84.47 ± 11.50 <sup>*</sup>	38.82 ± 44.15 <sup>*</sup>	80.13 ± 12.90 <sup>*</sup>	46.61 ± 8.24 <sup>*</sup>	70.13 ± 13.93 <sup>*</sup>

  

组别	例数	时间	社会功能	情感职能	精神健康	总分
观察组	38	治疗前	67.00 ± 23.68	65.76 ± 46.19	59.47 ± 19.15	474.61 ± 107.54
		治疗后	76.53 ± 15.71 <sup>*</sup>	70.03 ± 39.39 <sup>△</sup>	69.26 ± 19.26 <sup>*</sup>	550.16 ± 103.62 <sup>△</sup>
对照组	38	治疗前	66.66 ± 23.82	66.66 ± 46.50	64.53 ± 17.58	485.34 ± 137.60
		治疗后	77.16 ± 17.09 <sup>*</sup>	68.06 ± 40.49 <sup>*</sup>	72.00 ± 14.76 <sup>*</sup>	535.97 ± 122.22 <sup>*</sup>

注: \*表示与本组治疗前比较,  $P < 0.05$ ;  $\Delta$ 与对照组治疗后比较,  $P < 0.05$

2.6 不良反应 观察组1例出现针刺后血肿, 1例出现乏力。对照组2例出现晨起头晕, 3例出现轻度恶心。以上不良反应均较轻微, 未予停药及特殊处理, 上述症状治疗1周后逐渐消失。

### 3 讨论

CRI患者具有心、身两部分症状, 因患者受放、化疗及其副作用等的影响, 心理压力较大, 情志过极、脏腑气血功能失调, 易产生失眠、焦虑、抑郁等心理症状。美国国立综合癌症网络发布的各种恶性肿瘤临床实践指南认为, 癌症患者在各个时期都会经历不同程度的心理痛苦, 失眠、抑郁、焦虑是癌症相关心理问题最常见的症状<sup>[18]</sup>。临床治疗肿瘤相关性失眠最常用的药物有苯二氮卓类药物、抗抑郁药、褪黑素激素受体激动剂等。安眠药不仅有眩晕、共济失调、口干等不良反应, 并且与治疗肿瘤的药物之间存在不可忽视的药物副作用。单纯服用安眠药, 前期治疗效果较好, 但只宜短期或间断给药, 长期使用易产生耐药性、成瘾性等, 若突然停药, 还可能出现“反跳”现象, 患者失眠症状加重, 使得肿瘤相关性失眠患者对西医治疗的耐受性变差。

中医学认为人之寤寐, 由心神控制, 营卫阴阳正常运行是睡眠的基础。饮食不节、情志失司、思虑劳倦等因素, 皆可导致心神不安, 神不守舍, 阳不入于阴则不寐。王笑民<sup>[19-20]</sup>根据多年癌症治疗经验, 认为肿瘤相关性失眠属于心身疾病, 病位主要在心, 病机总属阴阳失交, 与“心主神明, 心神不交”密切相关。第一, 癌由心生, 心神之变致生癌毒。肿瘤暴虐, 耗气伤阴, 不断发展流注, 属于癌毒。癌毒之生, 是在人体内虚基础上, 由元气异化而来, 内外邪共同作用下, 肾精变异化为癌毒。心神之变是癌毒发生的始动和促进因素, 元神之变、异常情志与过度欲望均与癌毒有关。第二, 心失所养, 情志失司以致失眠。情志为中医学“七情”与“五志”的总称。情志不舒, 肝郁化火, 热扰心神则不寐; 忧愁思虑过度, 伤脾而生痰热, 亦可扰动

心神而致失眠; 久病耗伤而致心脾两虚, 心神失养引起失眠; 若肾水亏虚, 心火妄动, 水火不济而致失眠。心主神明, 神安则寐, 中医治疗肿瘤相关性失眠注重身心同调, 重心神调脏腑, 可采用情志疗法、针灸、中药等方法补虚、泄实, 调整脏腑阴阳, 养心神安五脏, 补益后天固护先天, 心神安则魂魄意志定, 五脏调达睡眠安和, 形神合一则身心健康<sup>[19-21]</sup>。

近年来, 西医学提出了现代生物-心理-社会医学模式, 认为治疗肿瘤时, 需关注社会、心理因素对患者健康的综合作用。现代心身医学与中医学“形神合一”的思想具有一致性, 认为身体与精神心理是相互影响和作用的统一整体。通过调整内在平衡可以激发患者自愈力, 而真正体现形神合一、身心健康, 是现代针灸临床探索实践的方向之一<sup>[22]</sup>。针灸作为一种有效干预措施, 可缓解肿瘤患者心身症状, 提高生活质量。美国国家癌症研究所推荐“针灸治疗癌症症状管理”, 治疗常见的心理症状如睡眠障碍、心理困扰和生活质量损害等疗效显著<sup>[23]</sup>。五行针灸源自《黄帝内经》, 通过辨识五态人辅以针灸祛邪(清除内障、邪气, 疏通阻滞)与扶正(护持主导一行), 综合治疗各种身心疾病, 调整精气神, 使患者痊愈或改善健康状况<sup>[24-25]</sup>。《黄帝内经》中记载人可分为五态人和阴阳二十五人, 不同体质禀赋者阴阳、气血迥异, 个性特征以及心身状态也不同。五行针灸是根据患者的五行属性、精神状况、十四经脉的阻滞与否, 合理、有步骤地在内外七龙、背俞穴、十二经脉、任督脉出入穴、五输穴、原穴、络穴上应用灸法等, 以调和气血, 达到祛邪、调神、调形的目的。祛邪包括祛除六淫外感、肿瘤相关情志内伤及肿瘤放、化疗副作用等; 调神可恢复与五行主导一行相应的积极心理特征群, 改善肿瘤相关性失眠、抑郁、焦虑、恐惧等心理症状; 调形即调和气血, 提高免疫力, 改善肿瘤相关临床症状。本研究结果显示, “五行针灸”联合艾司唑仑治疗肿瘤相关性失眠的

愈显率、日平均睡眠时间、日平均深睡眠时间高于单用艾司唑仑治疗;联合治疗后肿瘤患者PSQI评分和抑郁量表HAMD评分较单用艾司唑仑治疗降低。联合治疗在改善失眠和抑郁方面优于艾司唑仑,可能与艾司唑仑存在的药物不良反应有关<sup>[26-27]</sup>。而针刺可以改善失眠患者睡眠质量及日间疲劳状态,其改善认知能力优于艾司唑仑,且具有远期疗效、安全性好的优势<sup>[28]</sup>。

综上所述,“五行针灸”联合艾司唑仑治疗肿瘤相关性失眠患者临床疗效确切,能减轻患者抑郁症状并提高生活质量。本研究不足之处:腕动睡眠监测仪长期监测睡眠的研究样本量相对较少,测评数据与PSG相比可能存在部分数据偏差,具有一定局限性。因此下一步的研究应扩大临床样本量,采用多中心研究,延长随访时间,以进一步观察临床远期疗效,从而为五行针灸治疗肿瘤相关性失眠提供更可靠的参考依据。

#### 参考文献

- [1] WALKER W H 2nd, BORNIGER J C. Molecular mechanisms of cancer-induced sleep disruption[J]. *Int J Mol Sci*, 2019, 20(11):2780.
- [2] MARINA G S, MACHADO C S P, DONATO S C T, et al. Prevalence of symptoms and quality of life of cancer patients[J]. *Rev Gaucha Enferm*, 2020, 73:1-7.
- [3] WEDRET J J, TU T G, PAUL D, et al. Interactions between antidepressants, sleep aids and selected breast cancer therapy[J]. *Ment Illn*, 2019, 11(1):8115.
- [4] VIETRI J, JOSHI A V, BARSDORF A I, et al. Prescription opioid abuse and tampering in the United States: results of a self-report survey [J]. *Pain Med*, 2014, 15(12):2064-2074.
- [5] URRU S A M, PASINA L, MINGHETTI P, et al. Role of community pharmacists in the detection of potentially inappropriate benzodiazepines prescriptions for insomnia[J]. *Int J Clin Pharm*, 2015, 37(6):1004-1008.
- [6] HADDAD N E, PALESH O. Acupuncture in the treatment of cancer-related psychological symptoms [J]. *Integr Cancer Ther*, 2014, 13(5):371-385.
- [7] 王京京. 五行针灸:一种源于中国的心身疗愈方法[J]. *科技导报*, 2019, 5(15):91-97.
- [8] 胡玉娜, 王若凡. 对五行针灸调整食管癌负性情绪的探索[J]. *中医肿瘤学杂志*, 2020, 2(3):75-79.
- [9] 张博. 五行针灸治疗肿瘤相关抑郁的临床研究[D]. 郑州:河南中医药大学, 2017.
- [10] 王雨. 晚期乳腺癌化疗患者焦虑、抑郁情绪的相关因素分析及五行针灸的干预效果评价[D]. 郑州:河南中医学院, 2015.
- [11] 李维凤, 郭静. 针刺治疗失眠的临床研究评价指标选择与分析[J]. *世界中医药*, 2021, 16(16):2501-2504.
- [12] TAMAKI M, BANG J W, WATANABE T, et al. Night watch in one brain hemisphere during sleep associated with the first-night effect in humans[J]. *Curr Biol*, 2016, 26(9):1190-1194.
- [13] 霍阳, 周兵, 何红彦, 等. 腕表式睡眠监测仪与多导睡眠监测的睡眠参数比较和相关性分析[J]. *北京大学学报(医学版)*, 2021, 53(5):942-945.
- [14] 曹燕, 殷萱, 岳虹好, 等. 调督安神针刺法治疗原发性失眠患者睡眠质量临床观察[J]. *辽宁中医杂志*, 2020, 47(12):157-160.
- [15] 中华人民共和国卫生部. 新编常见恶性肿瘤诊治规范[M]. 中国协和医科大学出版社, 1999:6-7.
- [16] 中华医学会精神科分会. CCMD-3中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南:山东科学技术出版社, 2001:118-119.
- [17] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 中华人民共和国卫生部, 1993:186-187.
- [18] MITCHELL A J, KAAR S, COGGAN C, et al. Acceptability of common screening methods used to detect distress and related mood disorders—preferences of cancer specialists and non-specialists [J]. *Psychooncology*, 2008, 17(3):226-236.
- [19] 杨永, 王笑民. 试论“心神”与癌毒[J]. *中医杂志*, 2017, 58(1):76-78.
- [20] 杨永, 王笑民. 癌症“心”论[J]. *辽宁中医杂志*, 2019, 46(1):47-49.
- [21] 马赞赞, 王煜, 傅湘君. 中药足浴配合穴位按摩对甲状腺癌术后失眠患者睡眠质量的改善效果观察[J]. *西部中医药*, 2024, 37(7):136-139.
- [22] 王京京. 对重“治神”的五行针灸在疑难病诊治中的探索[J]. *中国针灸*, 2019, 39(4):433-436.
- [23] ZIA F Z, OLAKU O, BAO T, et al. The national cancer institute's conference on acupuncture for symptom management in oncology: state of the science, evidence, and research gaps [J]. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2017, 2017(52):5.
- [24] ABRAMSON R J. Five-element acupuncture: a body-mind-spirit system of healing: an interview with Robert J. Abramson, DDS, MD, MAC. Interview by Sheldon Lewis [J]. *Adv Mind Body Med*, 2005, 21(2):19-21.
- [25] 祁天培. 英国五行针灸学术源流与诊疗特点研究[D]. 昆明:云南中医学院, 2016.
- [26] 郝国雄, 宋忠阳, 朱鹏, 等. 张志明教授应用丹栀逍遥散治疗失眠症经验总结[J]. *西部中医药*, 2024, 37(12):29-32.
- [27] 何倩柠, 陶玉倩, 黄民, 等. 慢性失眠的认知行为治疗研究进展[J]. *中国临床药理学杂志*, 2018, 4(18):2235-2237.
- [28] 于学平, 高全冲. 针刺对老年原发性失眠症患者睡眠质量及认知功能影响的临床研究[J]. *江苏中医药*, 2019, 51(4):62-64.

收稿日期:2025-01-09

\*基金项目:北京市科技计划课题(Z191100008319006);北京市博士后课题基金项目(BE2019-22);苏州市基础研究计划项目-医学应用基础研究(SKYD2023016);昆山市科技专项(KS2328)。

作者简介:马芳芳(1986—),女,博士学位,主治医师。研究方向:针药结合防治肿瘤相关性疾病。

△通讯作者:王笑民(1965—),男,博士学位,教授,主任医师。研究方向:肿瘤的中西医结合防治。Email:wangxiaomin-bhtcm@126.com。