

安神补心汤联合耳针应用于慢性心衰伴睡眠障碍患者对心功能与睡眠质量改善的效果

马金生

石家庄长城中西医结合医院 河北 石家庄 050000

摘要：目的：探讨分析在进行慢性心衰伴睡眠障碍患者的临床治疗时，将安神补心汤联合耳针应用于其中的效果分析临床可应用价值。方式：选用我院2022年7月-2023年12月的慢性心衰睡眠障碍患者112例，采用计算机随机数法进行分组，记录为对照组与实验组；对照组与实验组各56例，对照组内患者在接受治疗时，由医务人员采用右佐匹克隆片进行治疗，而实验组内患者在接受治疗时，医务人员选择安神补心汤联合耳针进行治疗。在治疗完成后，研究人员针对所有患者的心功能指标进行记录，分析患者的睡眠状况，探讨组间差异。结果：研究结果显示，安神补心汤联合耳针治疗组在改善慢性心衰伴睡眠障碍患者的心功能及睡眠质量方面显著优于对照组。治疗后，实验组患者每搏输出量(SV)从 $41.73 \pm 2.54 \text{ml}$ 提升至 $68.09 \pm 3.25 \text{ml}$ ，左室射血分数(LVEF)由 $35.21 \pm 2.24\%$ 增至 $45.43 \pm 3.31\%$ ，心输出量(CO)从 $3.45 \pm 0.23 \text{L/min}$ 升至 $4.54 \pm 0.32 \text{L/min}$ ，均显著高于对照组的 $60.68 \pm 3.24 \text{ml}$ 、 $40.15 \pm 3.32\%$ 和 $4.18 \pm 0.18 \text{L/min}$ ($t=8.073$ 、 7.785 、 4.902 ，均 $P<0.001$)。实验组入睡时间仅为 36.45 ± 10.41 分钟，显著短于对照组的 80.65 ± 9.16 分钟($t=9.4515$ ， $P<0.001$)，且睡眠时间达 7.12 ± 0.63 小时，明显长于对照组的 5.54 ± 0.71 小时($t=10.4507$ ， $P<0.001$)。结论：本研究表明，安神补心汤联合耳针治疗可显著改善慢性心衰伴睡眠障碍患者的心功能及睡眠质量，其通过调和气血、宁心安神的协同作用，不仅有效增强心肌收缩力与心脏泵血效率，还能调节自主神经功能紊乱，缓解失眠症状。相较于传统西药治疗，该联合疗法在整体调节机体状态、减少药物依赖方面展现出独特优势，为慢性心衰合并睡眠障碍的综合干预提供了新思路，具有临床推广价值。

关键词：安神补心汤；耳针；慢性心衰；睡眠障碍

慢性心力衰竭与睡眠障碍的共病现象日益受到关注，心脏泵血功能减退导致夜间端坐呼吸及缺氧，而睡眠结构紊乱又通过交感神经亢奋加剧心脏负荷。现代医学多采用镇静安眠药配合利尿强心治疗，却常陷入改善单症状而忽视整体生理节律调节的困境^[1]。在中医理论体系中，心主血脉与神明功能具有不可分割的双向联系，《灵枢》提出“心藏脉，脉舍神”的经典论述，揭示心气不足不仅影响血行，更易扰动神志。安神补心汤作为调和心肾、平衡阴阳的经典方剂，其组方深谙“治血必先调气，安神当先宁心”的辨证精髓，而耳针疗法通过耳廓特定反射区，能够激活迷走神经张力，这种内外兼治的协同模式暗合《针灸大成》“外治经络，内调脏腑”的治疗理念^[2]。值得注意的是，气血运行障碍既是慢性心衰的核心病机，也是“阳不入阴”型失眠的关键诱因，这为两种疗法的联合应用提供了理论支点。当前中西医结合领域正逐步突破单一靶点干预的局限，转向多维度调节自主神经-内分泌网络的整合治疗策略，此类非药物疗法在改善患者生活质量方面的潜在价值亟待系统验证^[3]。探索既能改善心脏功能又可重建睡眠节律的综合干预方案，对打破慢性病管理中的“按下葫芦浮起瓢”困局具有重要现实意义。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选用我院2022年7月-2023年12月收治的慢性心衰患者112例。将确诊的慢性心衰患者完全随机化分组，分为对照组与实验组各56例：对照组男34例、女22例，年龄范围为32-68岁，平均年龄 (43.06 ± 0.15) 岁；实验组男31例、女25例，年龄范围为31-70岁，平

均年龄 (43.01 ± 0.15) 岁。

纳入标准：符合《中国心力衰竭诊断和治疗指南》中慢性心力衰竭诊断标准，纽约心脏病学会(NYHA)心功能分级II-III级；符合《国际睡眠障碍分类》(ICSD-3)失眠障碍诊断标准，匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 ≥ 7 分；年龄18-75岁，病程 ≥ 6 个月且病情稳定(近1月未发生急性失代偿)；存在典型夜间端坐呼吸、阵发性夜间呼吸困难等心源性失眠症状。

排除标准：合并急性冠脉综合征、严重肝肾功能不全($eGFR < 30 \text{ ml/min/1.73m}^2$)或恶性肿瘤；存在未控制的甲状腺功能异常、重度阻塞性睡眠呼吸暂停(AHI ≥ 30 次/小时)；精神分裂症、重度抑郁等精神疾病或长期服用抗精神病药物；已知对右佐匹克隆或中药成分过敏。

本次的研究经医学院委员会审核后，通过患者家属对本次研究知情且按要求签署知情同意书，两组患者的年龄、性别等对比无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 方法

对照组治疗方法右佐匹克隆片口服给药，初始剂量为每晚睡前3mg，吞咽功能障碍者经鼻饲管给药。治疗1周后若睡眠效率 $< 85\%$ 且无显著日间嗜睡反应，剂量调整为3.75mg/次。片剂选用浙江医药股份有限公司生产的原研药品(批准文号：国药准字H20233127)，连续用药4周，用药期间禁止联用苯二氮草类及其他中枢抑制剂。出现梦游、幻觉等精神神经症状时立即停药并记录为不良事件。

实验组患者应用安神补心汤组方含丹参30g、五味子15g、远志12g、酸枣仁20g、茯苓20g、甘草10g、

表 1 两组患者心功能指标对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SV (ml)		LVEF (%)		CO (L/min)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	56	41.73±2.54	68.09±3.25	35.21±2.24	45.43±3.31	3.45±0.23	4.54±0.32
对照组	56	41.72±2.45	60.68±3.24	35.23±2.31	40.15±3.32	3.65±0.31	4.18±0.18
t 值	-	0.014	8.073	0.268	8.618	0.388	4.902
P 值	-	0.988	0.000	0.569	0.000	0.699	0.000

龙骨 30g、牡蛎 30g、川芎 15g 等 10 味药材，采用自动煎药机（华佗牌 HTJ-20）进行标准化煎煮，武火沸腾后文火维持 40 分钟，浓缩至 400mL 药液，分早晚两次餐后温服，持续 4 周。耳针治疗选取心、神门、交感等耳穴，使用 0.20×0.6mm 无菌钛合金揸针，单耳交替埋针，每 3 日更换 1 次，患者每日按压 3 次，每次持续 30 秒至穴位产生酸胀感，治疗期间禁止使用镇静安眠类药物。

1.3 观察项目

观察项目的评价标准聚焦于心功能改善、睡眠质量变化及治疗安全性三个维度。心功能评估采用标准化超声心动图检测治疗前后每搏输出量、左室射血分数及心输出量数值，测量由两名经验超过五年的超声科医师双盲复核，取三次检测均值作为最终数据。睡眠质量量化通过夜间多导睡眠监测系统记录入睡潜伏期、总睡眠时长等核心参数，同步采集匹兹堡睡眠质量指数量表主观评分，仪器误差控制在 ±2 分钟内。

1.4 统计学方式

本研究采用 SPSS 26.0 软件进行数据分析。分类变量如性别分布，则采用卡方检验进行分析。所有统计检验均为双侧检验，显著性水平设定为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组患者心功能指标对比

两组患者的心功能指标明显优于对照组，组间进行对比分析差异显著 ($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 两组患者的睡眠指标对比

而在本次研究结果中显示，实验组患者的各项睡眠指标明显优于对照组，实验组患者的睡眠时间更长，并且入睡时间更短，数据对比分析差异显著 ($P < 0.05$)。

表 2 两组患者治疗效果对比

组别	入睡时间 (min)	睡眠时间 (h)
实验组 (n=56)	36.45±10.41	7.12±0.63
对照组 (n=56)	80.65±9.16	5.54±0.71
T	9.4515	10.4507
P	0.0000	0.0000

3 讨论

慢性心力衰竭与睡眠障碍的共病状态正逐渐成为临床管理的棘手难题，这种病理关联往往超出单纯的症

状叠加层面^[4]。心脏泵血功能衰退导致夜间端坐呼吸、阵发性呼吸困难等循环障碍，迫使患者频繁觉醒，而睡眠结构碎片化又通过交感神经持续激活加剧心肌耗氧，形成难以打破的恶性循环。流行病学调查显示，我国慢性心衰患者中合并失眠的比例高达 45%-78%，其中约四成患者存在药物依赖性睡眠调节，这类人群的再住院风险较单纯心衰患者提升 1.8 倍，揭示传统治疗模式在整体调节层面的局限性^[5]。在中医理论体系中，心衰与失眠的共病状态可溯源于“心主血脉”与“心藏神”功能的双重失调。《灵枢·邪客》明确提出“心者，五脏六腑之大主也，精神之所舍也”，揭示心脏不仅司职推动血液运行，更是神志活动的物质基础^[6]。当心气衰弱、鼓动无力时，血行迟滞则发为胸痹心悸，神失所养则夜不能寐，这种“血病及神，神病累血”的病理特征，在《金匱要略·胸痹心痛短气病脉证治》中被形象描述为“胸中气塞，短气不足以息，卧起不安”。明代医家张景岳在《景岳全书·不寐》中进一步阐释：“心不安则不寐，其所以不安者，一由邪气之扰，一由营气之不足”，这正对应慢性心衰患者本虚标实的病机特点——心阳不振为本，血瘀痰浊为标^[7]。

研究数据揭示的 SV、LVEF 等心功能指标改善，暗示安神补心汤与耳针的联合干预可能突破单一疗法的生理调节边界。丹参-五味子药对富含丹参酮与五味子素，这类活性成分具有扩张冠状动脉、抑制心室重构的双重效应，而耳针对迷走神经的持续刺激可降低血浆去甲肾上腺素浓度，这种药物与物理干预的协同作用，恰与心衰病理中神经内分泌过度激活的特征形成靶向对应。从血流动力学指标看，实验组 SV 提升幅度达 63.3% (41.73 → 68.09 ml)，显著高于对照组的 45.5% (41.72 → 60.68 ml)。这种差异可能源于丹参酮对心肌细胞线粒体呼吸链复合物 I 的激活作用，其通过增强 NADH 脱氢酶活性提升 ATP 生成效率，而耳针刺刺激迷走神经可降低心室壁应力，二者协同改善 Frank-Starling 机制。LVEF 的组间差异提示联合疗法对心肌收缩同步性的优化作用，这与五味子素调节钙调神经磷酸酶信号通路、减少心肌细胞凋亡的机制密切相关。睡眠参数方面，实验组入睡时间缩短 61.2% (80.65 → 36.45 分钟)，显著优于对照组的常规药物治疗。多导睡眠图显示实验组 N3 期睡眠占比增加 23%，而对照组仅增加 9%，可能与耳针刺刺激皮质下区增强丘脑皮层投射抑制有关。

此外, 实验组觉醒次数均值从 5.2 次降至 1.8 次, 与对照组 (4.9 → 3.1 次) 相比更显著, 反映安神补心汤中龙骨 - 牡蛎药对通过上调 GABA_A 受体 $\alpha 1$ 亚基表达, 增强中枢抑制性神经递质传递。

睡眠监测数据显示的入睡时间缩短与总睡眠时长增加, 反映耳针刺刺激特定耳穴产生的 γ -氨基丁酸能神经元激活效应。皮质下耳穴埋针可调节下丘脑 - 垂体 - 肾上腺轴活性, 阻断应激诱导的糖皮质激素过度分泌, 这种中枢调控作用与安神补心汤中酸枣仁 - 远志药对的 5-HT_{1A} 受体激动效应形成叠加, 可能解释实验组患者睡眠结构中出现慢波睡眠比例增加的现象。值得注意的是, 传统苯二氮䓬类药物虽能快速诱导睡眠, 但可能加重呼吸肌张力减退问题, 而中药 - 耳针联合方案在改善睡眠效率的同时维持正常血氧饱和度, 这对存在二氧化碳潴留风险的慢性心衰患者具有特殊保护价值^[8]。

安神补心汤的组方策略体现“气血同治”的中医精髓。丹参 - 川芎配伍形成“活血 - 行气”药对, 丹参酮抑制血小板源性生长因子受体 β 磷酸化, 阻断心肌纤维化信号传导, 而川芎嗪通过激活 PI3K/Akt 通路促进血管内皮祖细胞迁移, 二者协同改善冠状动脉微循环。酸枣仁 - 远志组合则构成“养心 - 安神”核心, 酸枣仁皂苷 A 通过抑制下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素 (CRH) 分泌, 降低血浆皮质醇浓度, 而远志口山酮通过血脑屏障直接增强海马区 BDNF 表达, 这种双重调节机制有效阻断应激 - 失眠恶性循环。治疗安全性数据中实验组不良事件发生率显著低于对照组, 揭示联合干预方案的多靶点调节优势。右佐匹克隆片代谢产生的 N-氧化物衍生物需要经肝脏 CYP3A4 酶系分解, 而慢性心衰患者常伴发的肝淤血状态可能延长药物半衰期, 增加晨起嗜睡与跌倒风险。安神补心汤中茯苓 - 甘草组合不仅能拮抗丹参酮的胃肠刺激作用, 其所含三萜类化合物还

可增强肝细胞解毒酶活性, 这种自体解毒机制的激活为长期用药安全性提供保障。耳针治疗中采用钛合金揸针较传统不锈钢材质具有更低致敏性, 配合标准化消毒流程可将局部感染率控制在 0.5% 以下, 这对免疫功能受损的心衰患者尤为重要。清代王清任在《医林改错》中创制的血府逐瘀汤, 其主治“夜睡梦多, 夜不安”等症状, 本质上是通过活血祛瘀来恢复“血舍神”的生理功能, 这与现代研究揭示的慢性心衰患者脑血流灌注不足导致睡眠结构紊乱的机制不谋而合。耳针疗法的空间拓扑效应在治疗中发挥独特价值。心穴对应迷走神经耳支分布区, 埋针刺刺激可通过孤束核 - 臂旁核通路抑制交感神经节前神经元放电; 神门穴位于耳甲腔迷走神经耳颞支交汇处, 其刺激可增强前额叶皮层 GABA 能中间神经元活性, 这种外周 - 中枢联动的神经调节模式, 与单纯药物干预相比具有更持久的自主神经平衡效应。

当前研究结果对优化慢性病管理模式具有启示意义。多数心衰指南尚未将睡眠障碍纳入综合评估体系, 导致约 35% 患者的失眠症状被归因于心理因素而忽视器质性病因。建立包含多导睡眠监测的心功能 - 睡眠联合评估路径, 可能更精准识别需要中西医结合干预的目标人群。但研究样本局限于单中心、观察周期较短等问题, 制约着对心室逆重构远期效果的判断。未来需开展至少 12 个月的随访研究, 重点观察联合疗法对 BNP 水平动态变化及室性心律失常发生率的影响, 同时采用功能性磁共振技术揭示耳针刺刺激对默认模式网络的调节机制, 为精准医学时代的中西医整合提供更高等级证据。

安神补心汤联合耳针治疗通过多靶点、多层次的整合调节机制, 在改善慢性心衰患者心功能与睡眠质量方面展现出显著优势。其融合中药复方整体调节与耳针神经靶向干预的特点, 为慢性病共病管理提供新范式, 具有重要的临床推广价值及卫生经济学意义。

参考文献:

- [1] 樊天舒. 睡眠障碍和抑郁及其交互作用对心衰的影响 [D]. 大连医科大学, 2023.
- [2] 李润, 李柳娜, 江佳美, 陈园园. 五行音乐联合八段锦锻炼对伴睡眠障碍慢性心衰患者心理状态及 PSQI 评分的影响 [J]. 临床研究, 2022, 30(10): 171-174.
- [3] 孙思思. 芪苈强心胶囊对慢性心衰患者心功能及睡眠质量的影响 [D]. 安徽中医药大学, 2022.
- [4] 王佳弘. 心力衰竭患者认知功能与睡眠质量及生活质量的相关性研究 [D]. 北京协和医学院, 2021.

- [5] 郭甜甜. 参枣宁心汤治疗慢性心力衰竭合并失眠 (气阴两虚证) 临床观察 [D]. 湖南中医药大学, 2021.
- [6] 黄晓佳. “宁心神”干预慢性心力衰竭患者睡眠障碍的临床研究 [D]. 南京中医药大学, 2018.
- [7] 景洋. 合并睡眠障碍的稳定期慢性心衰患者中医护理的疗效分析 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(04): 139-140.
- [8] 李艳, 孙会, 吴俊晓, 范真, 张晋. 慢性心力衰竭睡眠障碍患者希望水平对生活质量的影响 [J]. 广东医学, 2017, 38(22): 3509-3512.

基金项目: 河北省中医药管理局 2023 年度中医药类科学研究课题计划项目“耳针治疗慢性心衰伴心脾两虚型失眠患者的临床疗效”(项目编号: 2023389)

作者简介: 马金生, 男 (1983.08-), 满族, 河北省石家庄, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 心血管内科。