

本文引文格式:贾世震,方培钢,徐玉莹,等.“圆梦液”联合认知行为疗法对老年慢性失眠患者认知功能及神经元特异性烯醇化酶的影响[J].右江民族医学院学报,2026,48(1):23-28,48.

【论著与临床报道】

“圆梦液”联合认知行为疗法对老年慢性失眠患者 认知功能及神经元特异性烯醇化酶的影响

贾世震¹,方培钢²,徐玉莹³,程雯婷³,路佳乐³,刘艺³,李佩芳¹,王涛¹

(1. 安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061;

2. 澳门科技大学中医药学院,澳门特别行政区 999078;

3. 安徽中医药大学研究生院,安徽 合肥 230012)

摘要:目的 探究“圆梦液”联合失眠的认知行为疗法(CBT-I)对老年慢性失眠患者疗效及血清神经元特异性烯醇化酶(NSE)浓度的影响。方法 将2023年6月至2025年9月收治78例老年慢性失眠患者随机分为两组,观察组($n=40$)采用“圆梦液”联合CBT-I进行干预,对照组($n=38$)仅接受CBT-I治疗。两组均持续治疗8周。通过比较治疗前后的匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、简易型精神状态评估量表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评分,多导睡眠仪(PSG)监测的睡眠参数[包括睡眠潜伏期(SL)、觉醒时间(AT)、总睡眠时间(TST)及睡眠效率(SE)],以及血清NSE和5-羟色胺(5-HT)水平的变化,综合评价两种治疗方法的疗效。结果 治疗后,两组患者的PSQI评分均显著降低($P<0.05$),且观察组降幅更大,较对照组差异显著($P<0.05$)。同时,观察组在PSG监测的睡眠参数上表现出更优的改善,包括更短的SL、更少的AT、更长的TST和更高的SE($P<0.05$)。此外,治疗后两组患者的NSE水平明显下降,5-HT水平明显升高($P<0.05$),且观察组的变化更为显著。整体而言,观察组的疗效优于对照组($P<0.05$)。结论 “圆梦液”联合CBT-I在治疗老年慢性失眠患者方面表现出确切的疗效,同时可改善患者的认知功能,且整体疗效优于单独使用CBT-I。

关键词:慢性失眠;认知行为疗法;圆梦液;匹兹堡睡眠质量指数;多导睡眠仪;神经元特异性烯醇化酶

中图分类号:R741

文献标识码:A

文章编号:1001-5817(2026)01-0023-07

doi:10.3969/j.issn.1001-5817.2026.01.005

The impact of “Yuanmeng Decoction” combined with cognitive behavioral therapy on cognitive function and neuron-specific enolase in elderly patients with chronic insomnia

JIA Shizhen¹, FANG Peigang², XU Yuying³, CHENG Wenting³,
LU Jiale³, LIU Yi³, LI Peifang¹, WANG Tao¹

(1. The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230061, Anhui, China; 2. School of Traditional Chinese Medicine, Macau University of Science and Technology, Macao 999078, China; 3. Graduate School, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei 230012, Anhui, China)

Abstract: **Objective** To evaluate the clinical efficacy of “Yuanmeng Decoction” combined with cognitive behavioral therapy for insomnia(CBT-I) in treating elderly patients with chronic insomnia, and to explore its

基金项目:亳州职业技术学院第一批“医疗服务与保障能力提升补助”专项(YLFW2305);安徽中医药大学科研基金项目(2022ZJPT08);安徽省高等学校科学研究项目(2024AH051024)

第一作者:贾世震,住院医师,研究方向:针灸临床应用及机制,E-mail:675409613@qq.com

通讯作者:王涛,硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸临床应用及机制,E-mail:1668932868@qq.com

impact on serum levels of neuron-specific enolase (NSE). **Methods** A total of 78 elderly patients with chronic insomnia admitted from June 2023 to September 2025 were randomly divided into two groups. The observation group ($n=40$) received “Yuanmeng Decoction” combined with CBT-I, while the control group ($n=38$) received only CBT-I. Both groups underwent treatment for eight consecutive weeks. Therapeutic efficacy was evaluated based on the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores, Mini-Mental State Examination (MMSE) scores, and Montreal Cognitive Assessment (MoCA) scores, as well as polysomnography (PSG)-measured sleep parameters including sleep latency (SL), awake time (AT), total sleep time (TST), and sleep efficiency (SE). Serum NSE and 5-hydroxytryptamine (5-HT) levels were also evaluated pre- and post-treatment. **Results** After treatment, PSQI scores significantly decreased in both groups ($P<0.05$), with a greater reduction observed in the observation group compared with the control group ($P<0.05$). Compared with the control group, the observation group showed superior improvements in PSG parameters, including shorter SL, reduced AT, longer TST, and higher SE ($P<0.05$). Additionally, serum NSE levels significantly decreased while 5-HT levels increased after treatment in both groups ($P<0.05$), with more pronounced changes in the observation group. Overall, the therapeutic effect was better in the observation group than in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** In the treatment of elderly patients with chronic insomnia, “Yuanmeng Decoction” combined with CBT-I demonstrates definite clinical efficacy, while simultaneously improving patients’ cognitive function. Moreover, its overall therapeutic effect is superior to that of CBT-I used alone.

Key words: chronic insomnia; cognitive behavioral therapy; Yuanmeng Decoction; Pittsburgh Sleep Quality Index; polysomnography; neuron-specific enolase

慢性失眠障碍 (chronic insomnia disorder, CID) 是一种长期存在的睡眠问题, 表现为睡眠时间减少、质量下降, 并伴有日间功能受损, 造成睡眠满意程度降低^[1]。流行病学研究表明, CID 的成人发病率为 10%~15%^[2]。在国内, 60 岁以上老年人患有 CID 的比例高达 46%^[3]。长期睡眠障碍会引发日间疲倦、专注力下降及情绪不稳等系统性损害, 甚至直接危及生理健康^[4]。在老年群体中, 慢性失眠已被确认为认知功能下降的一个重要易感因素^[5]。然而, 其导致认知损伤的具体机制尚未被充分阐明, 故而该群体中失眠伴随的认知问题常面临诊疗不足的困境。

临床上治疗 CID 主要分为药物疗法和非药物疗法, 药物治疗是现代医学治疗 CID 的首选治疗, 如苯二氮卓类镇静催眠药具有起效快、疗效明显等特点^[6], 但就老年失眠人群而言, 镇静催眠药的使用与后期出现认知功能障碍的风险相关^[7], 且存在药物依赖和记忆障碍, 患者对治疗的依从性普遍不佳。在非药物干预方案中, 失眠的认知行为疗法 (Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia, CBT-I) 已被多个临床指南推荐为首要选择^[8-9]。该疗法通过治疗影响失眠的心理社会因素, 达到治疗目的。然而, 临床实践中单独应用 CBT-I 的起效周期较长, 且患者治疗依从性不低。因此, 在治疗早期阶段联合药物干预, 不仅能增强临床效果, 也有助于提高患者的治疗意愿^[10]。此外, 中医药在应对慢性失眠方面展现出疗效稳定且副作用较小的独特优势^[11]。老年 CID 患者的中医辨证以心肾不交

证较为多见^[12]。本研究所拟方“圆梦液”系全国名老中医张道宗教授治疗心肾不交型失眠的经验用药, 临床收效显著^[13]。为进一步探索“圆梦液”对 CID 伴认知功能损害患者的疗效, 因此, 本研究采用“圆梦液”联合 CBT-I 的治疗方案, 观察其临床疗效及安全性, 并探讨其可能的作用机制。

1 资料和方法

1.1 临床资料

1.1.1 一般资料 病例来源于 2023 年 6 月至 2025 年 9 月收治的 80 例诊断为慢性失眠症的患者。采用随机数字表法, 分为对照组和观察组, 每组各 40 例 [治疗过程中对照组有 2 例 (失访) 脱落病例, 纳入统计的观察组 40 例、对照组 38 例]。治疗操作、疗效评估、统计分析人员实行三分离。研究已通过伦理委员会审批 (批准号: 2023-zj-24)。

1.1.2 诊断标准 西医诊断标准参考《国际睡眠障碍分类第三版 (ICSD-3)》慢性失眠诊断标准^[14]: 睡眠困难, 疲劳, 日间思睡, 每周 3 次及以上出现睡眠异常和相关的日间症状, 至少持续 3 个月。中医诊断标准参考《中医内科学》中不寐 (心肾不交型) 的诊断标准^[15]: 入睡困难、心烦、心悸、盗汗、舌红少苔、脉细数等。

1.1.3 纳入标准 ①符合中西医诊断标准; ②年龄 60~85 岁; ③简易型精神状态评估量表 (Mini-mental State Examination, MMSE) ≤ 26 分^[16]; ④1 个月及以上未使用抗抑郁等精神药物; ⑤自愿参加本试验, 签署知情同意书。

1.1.4 排除标准 ①合并重度情绪障碍;②合并严重躯体及其他精神疾病;③有其他严重基础疾病;④近 3 个月参与其他临床试验;⑤对本研究使用的药物过敏或存在禁忌证。

1.1.5 剔除、脱落及中止标准 ①未按既定方案治疗;②未完成治疗及数据采集;③中途退出;④出现严重不良事件。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 予以 CBT-I,包括:①睡眠卫生教育:调整患者睡前不良行为,包括避免入睡睡前过量饮食、饮酒及参与兴奋性的活动等;②实施认知干预:协助患者修正对睡眠的误解,重塑其睡眠认知与行为模式;③执行睡眠限制方案:评估患者实际睡眠状况,严格匹配卧床时间与总睡眠时长,禁止日间睡眠以增强夜间困倦感。例如,若患者仅能维持 3 h 睡眠,则安排凌晨 2 点就寝、清晨 5 点起床,确保在床时间主要用于有效睡眠。适应后,可逐步将就寝时间提前 30 min,起床时间保持不变,以此延长夜间有效睡眠时长,并强调无论夜间睡眠质量如何,均需固定起床时间且禁止午睡;④应用刺激控制法:指导患者在感到困倦时才上床,避免在床上进行阅读、使用手机等非睡眠活动。若躺床 15~20 min 仍未入睡,应起身进行低刺激性活动,待有睡意后再返回床上;⑤引入放松训练:指导患者依次对各主要肌群进行收缩与放松练习,集中注意力感受肌肉张力变化,帮助精神放松、清除杂念。每日练习时长可因人而异,总疗程为 8 周。

1.2.2 观察组 在对照组干预基础上服用圆梦液,药用:生地黄 20 g、酸枣仁 30 g、夜交藤 12 g、合欢皮 12 g、茯神 15 g、龙齿 30 g,服用方法(由安徽中医药大学第二附属医院中药房统一配置):每日 1 剂,水煎煮,取汁 500 mL,早晚分服 250 mL,共治疗 8 周。

1.3 疗效观察

1.3.1 观察指标

1.3.1.1 主要结局指标 ①匹兹堡睡眠质量指数(pittsburgh sleep quality index,PSQI)^[17]。该量表涵盖 7 个维度:睡眠持续时间、入睡潜伏期、睡眠效率、睡眠障碍、睡眠药物需求、日间功能障碍以及整体睡眠质量。各维度按 0~3 分计分,总分 21 分,得分越高,提示睡眠质量越差;②多导睡眠仪(PSG)睡眠参数:采用便携式多导睡眠记录仪(河北宁博科技有限公司)对患者进行睡眠监测,包括睡眠潜伏期(SL)、觉醒时间(AT)、睡眠效率(SE)、实际总睡眠时间(TST)。

1.3.1.2 次要结局指标 ①认知功能:蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)^[18],包含 8 个维度,总分 30 分,得分与个体认知能力呈正相关。简易型精神状态评估量表(MMSE),

主要包括记忆、语言、视觉结构等 5 个维度,共 10 个条目,满分为 30 分。得分越高,认知功能越完善。相比 MMSE,MoCA 对轻度认知障碍(Mild Cognitive Impairment, MCI)较为敏感^[19];②血清学指标血清神经元特异性烯醇化酶(NSE)、5-羟色胺(5-HT)测定:在治疗开始前、结束后抽取被试空腹静脉血,采用 ELISA 法测定 NSE 和 5-HT 水平。

1.3.2 疗效评定 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[20],于治疗后依据 PSQI 减分率评定疗效。PSQI 减分率=[(治疗前 PSQI 评分-治疗后 PSQI 评分)/治疗前 PSQI 评分]×100%。临床痊愈:PSQI 减分率≥80%;显效:80%>PSQI 减分率≥50%;有效:50%>PSQI 减分率≥25%;无效:PSQI 减分率<25%。

1.3.3 安全性评价 监测患者治疗前后肝、肾功能的变化以及试验期间的不良事件发生情况,并及时进行对症处理。

1.4 统计学方法 在治疗前及治疗 8 周后对观察指标进行评估。采用 SPSS 26.0 软件分析数据。计量资料(符合正态分布)采用($\bar{x} \pm s$)表示;组间比较采用两独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者一般资料比较 治疗过程中对照组有 2 例(失访)脱落病例,纳入统计的观察组 40 例、对照组 38 例。两组患者性别、年龄、病程一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 一般资料比较

组别	<i>n</i>	性别		年龄/岁	病程/月
		男	女		
观察组	40	23	17	69.63±5.52	19.27±5.09
对照组	38	19	19	71.38±4.52	21.39±5.55
<i>t</i> / χ^2		0.441		0.538	0.818
<i>P</i>		0.507		0.592	0.416

注:表内计量资料数据以($\bar{x} \pm s$)表示。

2.2 主要结局指标

2.2.1 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较 两组患者治疗前 PSQI 评分差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。治疗后两组组内 PSQI 评分均较前降低($P < 0.05$),组间对比表明观察组低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 PSQI 评分比较

单位:分

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	40	15.30±2.24	6.33±1.66 ^{ab}
对照组	38	15.61±2.50	9.24±2.07 ^a
<i>t</i>		0.568	6.875
<i>P</i>		0.572	<0.001

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与本组治疗前比较, a: $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, b: $P < 0.05$ 。

2.2.2 两组患者治疗前后 PSG 参数比较 治疗前两组患者 PSG 各项睡眠参数比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。治疗后,两组组内 SL、AT 较治疗前降低 ($P < 0.05$),SE、TST 较治疗前升高 ($P < 0.05$);组间对比观察组 SL、AT 低于对照组 ($P < 0.05$),SE、TST 高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 PSG 睡眠参数比较

组别	<i>n</i>	SL/min		AT/min		SE/%		TST/min	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	41.18±10.48	17.15±5.43 ^{ab}	114.28±20.92	53.53±17.86 ^{ab}	58.78±8.80	84.5±7.45 ^{ab}	317.83±39.34	423.58±45.82 ^{ab}
对照组	38	40.55±8.45	24.71±5.37 ^a	117.11±24.75	75.89±14.54 ^a	57.18±7.09	78.47±7.85 ^a	313.87±41.77	375.67±33.43 ^a
<i>t</i>		0.288	6.182	0.546	6.047	0.876	3.478	0.405	5.454
<i>P</i>		0.774	<0.001	0.586	<0.001	0.384	<0.001	0.687	<0.001

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与本组治疗前比较, a: $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, b: $P < 0.05$ 。

2.3 次要结局指标

2.3.1 两组患者治疗前后 MoCA、MMSE 评分比较

治疗前 MoCA、MMSE 评分差异无统计学意义 (P

> 0.05)。治疗后两组 MoCA、MMSE 评分均较前升高,观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 MoCA、MMSE 评分比较

单位:分

组别	<i>n</i>	MoCA		MMSE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	15.28±2.49	25.10±2.01 ^{ab}	15.83±2.34	25.05±2.33 ^{ab}
对照组	38	15.21±2.17	21.79±1.93 ^a	15.95±2.16	22.84±1.93 ^a
<i>t</i>		0.441	3.296	0.240	-4.549
<i>P</i>		0.661	<0.001	0.811	<0.001

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与本组治疗前比较, a: $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, b: $P < 0.05$ 。

2.3.2 两组患者治疗前后 NSE、5-HT 比较

治疗前两组 NSE、5-HT 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后,两组 NSE 水平较前均降低,观察组低于对照组。

5-HT 水平较前均升高,观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 血清学指标 NSE、5-HT 水平比较

组别	<i>n</i>	NSE/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)		5-HT/($\text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	40	42.13±3.44	29.18±3.61 ^{ab}	285.23±46.16	443.65±72.14 ^{ab}
对照组	38	41.16±3.34	33.21±3.16 ^a	278.50±45.96	394.87±69.22 ^a
<i>t</i>		-1.258	5.241	0.061	-2.971
<i>P</i>		0.212	<0.001	0.951	0.004

注:①表内计量资料数据以($\bar{x}\pm s$)表示。②与本组治疗前比较, a: $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, b: $P < 0.05$ 。

2.4 疗效评定

观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 6。

2.5 安全性评价

观察患者治疗前后血常规、肝、肾功能指标无异常变化,试验期间无不良事件的发生。

表 6 疗效评定

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	40	3	28	6	3	92.50
对照组	38	1	9	21	7	81.58
Z						8.039
P						0.045

3 讨论

睡眠障碍与神经退行性疾病发生发展密切相关^[21],长期睡眠障碍可能会导致认知功能受损^[22],一项北京大学的队列研究表明,在中老年人群中基线睡眠时长与认知功能下降速度的关系呈倒 U 形曲线^[23],而失眠与认知功能障碍之间的双向关系尚不清楚,且具体机制目前不明。慢性失眠在传统医学中属于“不寐”范畴,心肾不交为该病主要病机^[24-25]。脑作为元神之府、调节神志、思维活动,调控人睡眠功能,亦是失眠之病位所在。张教授认为,阴阳失交乃失眠核心症结,诚如《类证治裁》:“不寐者,病在阳不交阴也”。“阳不入阴”所致失眠居多,可分阳盛不能入阴、阴虚不能敛阳及阳气入阴不畅三类。而阴阳失调,日久不愈,气血逆乱,导致机体精血亏虚、清窍失养、神机失用,从而伴发认知障碍。概言之,失眠伴认知障碍多因阴阳失和,致元神不安、心神不宁、气机失调、神机失用所致。治在“和阴阳以调神、充脑髓以安神”。“调神”关键在于枢转神机,使其能正常调控脏腑、经络与气血的生理功能。待脏腑气机调达、经络疏通、气血得以濡养,则“神”可自安,不寐自愈。故治疗当以调神、安神为主^[26]。

“圆梦液”乃张道宗教授基于心肾不交型失眠证治经验提炼之效方,临证施治多获良效。全方六味,组方精当,配伍严谨。以酸枣仁为君,禀养心益肝、宁神敛汗之功,滋养心阴,助阴以资肾元,使脑髓生化有源;以生地黄、夜交藤为臣,生地黄性寒味甘苦,取其清热养阴、滋肾益髓之效,《药性论》载其“补虚损,温中下气,通血脉”,既能壮水以制心火,复能充髓而宁心神;夜交藤补中气、通血脉,可养心安神、养血益髓、沟通心肾之阴阳;佐药合欢皮、茯神,合欢皮入心、肝二经,可安五脏、和心志,有解郁安神、调畅情志之效,以助心肾相交;茯神补益心脾、安神益智,辅助君臣以增安神之效,二者相配以解郁舒心,使神有所安;使药龙齿,为重镇安神之品,一则引诸药达心、肾二经,二则镇惊安神、缓解心烦惊悸,进而稳定情志以助眠。本方通过各药协同,针对阴阳失调、脑髓失养的根本问题,采取滋养心阴、资助肾元、充实脑髓的方法来达到安神的目的,从而实现“和阴阳以调神、充脑髓以安神”的治疗目标,恢复机体正常的睡眠及精神状态。

CBT-I 治疗失眠从改善睡眠习惯入手,重塑患者的合理认知模式,建立条件化、程序化的睡眠行为,通过调整与睡眠相关的负面认知和行为,可以有效改善睡眠质量,CBT-I 与药物治疗的短期疗效相当,而其长期疗效则优于药物治疗^[27]。但相较而言,CBT-I 疗法起效时间缓慢,且对患者自主性及依从性要求较高。而 CBT-I 联合药物的疗效优于单一使用 CBT-I 或药物^[28-29]。本研究针对老人元气亏虚、脑髓失养的病机特点,将 CBT-I 的循证优势与“圆梦液”调神、安神之功效联合用于老年慢性失眠的治疗。通过认知行为干预改善患者的认知功能,配合“圆梦液”调节神志、安神定志,以实现双重作用机制改善失眠症状。旨在通过中西医结合的协同效应,为老年慢性失眠患者提供更优化的治疗方案。

本次研究结果表明观察组在降低 PSQI 评分上明显优于对照组。PSG 数据显示,治疗后两组患者的 SL 缩短、AT 减少、TST 及 SE 提升,且观察组的改善程度优于对照组。在认知功能评估方面,MoCA 和 MMSE 的评分均显示,观察组治疗后认知功能改善程度优于对照组。同时,观察组的整体疗效也优于对照组。血清 NSE 水平在治疗后明显下降,NSE 对神经系统起着重要的调节和保护作用,此外,NSE 作为神经炎症标志物,可用来评估神经元的损伤^[30]。研究表明睡眠剥夺可导致 NSE 水平的升高^[31],而认知功能和 NSE 水平呈负相关,即认知功能障碍越严重的患者,血清中 NSE 水平越高^[32]。本研究中,治疗后 NSE 水平降低,表明“圆梦液”联合认知行为疗法对神经元的保护作用。其可能通过改善患者的睡眠质量,从而有助于减少神经元的损伤,改善患者的认知功能。同时,5-HT 水平显著升高,且观察组的变化趋势更为显著。5-HT 作为重要神经递质,对情绪、认知及睡眠的调节至关重要,是睡眠-觉醒节律的关键调控者^[33]。因此,慢性失眠者普遍存在的 5-HT 信号异常,很可能与其表现的认知缺陷相互关联。相关研究证实 5-HT 水平越低,则认知功能障碍越严重^[34]。研究表明半夏秫米汤可通过 5-HT 介导环磷酸腺苷(cAMP)/cAMP 应答元件结合蛋白(CREB)/脑源性神经营养因子(BDNF)通路是改善失眠大鼠的睡眠与提升认知功能^[35]。本研究表明,“圆梦液”可提高 5-HT 的水平,降低 NSE,改善患者睡眠且提升认知功能,但其具体机制如何,需进一步的动物实验进行验证。

慢性失眠是认知障碍的重要危险因素,常与认知障碍相互作用,是导致认知功能受损的重要原因之一。本研究推测,“圆梦液”可能通过调节神经递质水平、改善神经元功能等机制,协同 CBT-I 共同促进了患者睡眠质量的提升和认知功能的改善。此外,与单独使用

CBT-I 相比,联合“圆梦液”可取得更显著的疗效。值得注意的是,本研究仅为初步探索,尚缺乏长期疗效的回访数据。因此,在今后的研究中,有必要进一步完善方案、改进方法,以更全面地评估“圆梦液”联合 CBT-I 治疗慢性失眠的长期疗效和安全性,并深入探讨其可能的作用机制。特别是关于 NSE 水平的变化与神经元损伤程度的关系,以及“圆梦液”如何通过调节神经递质水平及细胞通路来发挥治疗作用,都值得进一步深入研究。这将为优化慢性失眠患者的临床治疗方案、提高患者的生活质量提供有力支持。

参考文献:

- [1] MORIN C M, DRAKE C L, HARVEY A G, et al. Insomnia disorder[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2015, 1:15026.
- [2] PERLIS M L, POSNER D, RIEMANN D, et al. Insomnia [J]. *Lancet*, 2022, 400(10357):1047-1060.
- [3] 王振杰, 赵蔓, 陈婷蔚, 等. 中国老年人睡眠障碍患病率的 Meta 分析[J]. *中国全科医学*, 2022, 25(16):2036-2043.
- [4] 郝永慈, 张赛, 张婷, 等. 慢性失眠患者维生素 D 水平及其与睡眠质量和情绪相关分析[J]. *中国现代神经疾病杂志*, 2023, 23(8):716-722.
- [5] BROWNLOW J A, MILLER K E, GEHRMAN P R. Insomnia and cognitive performance [J]. *Sleep Med Clin*, 2020, 15(1):71-76.
- [6] 倪智勇. 认知行为与安眠药物治疗慢性失眠症临床效果对比分析[J]. *中国现代医生*, 2020, 58(16):96-99.
- [7] NAFTI M, SIROIS C, KRÖGER E, et al. Is benzodiazepine use associated with the risk of dementia and cognitive impairment-not dementia in older persons? the Canadian study of health and aging [J]. *Ann Pharmacother*, 2020, 54(3):219-225.
- [8] 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.
- [9] DOPHEIDE J A. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy [J]. *Am J Manag Care*, 2020, 26(4 Suppl):S76-S84.
- [10] 邓雅凤, 王洋洋, 鱼涛. 基于网络药理学与分子对接的化肝煎对失眠、慢性萎缩性胃炎和胃食管反流病“异病同治”作用机制探讨[J]. *药物评价研究*, 2022, 45(11):2176-2187.
- [11] 热依拉·热合曼, 陈俊逾. 中医治失眠研究进展[J]. *新疆中医药*, 2024, 42(2):141-144.
- [12] 袁彩彩, 张震中. 老年慢性失眠症患者的多导睡眠图特征及其中医证型分析[J]. *中国现代医生*, 2024, 62(17):17-20.
- [13] 徐玉莹. “通督调神”针法联合“圆梦液”治疗心肾不交型失眠的临床疗效观察[D]. 合肥:安徽中医药大学, 2024.
- [14] SATEIA M J. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications [J]. *Chest*, 2014, 146(5):1387-1394.
- [15] 吴勉华, 周学平. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2017:152-153.
- [16] AREVALO-RODRIGUEZ I, SMAILAGIC N, ROQUÉFIGULS M, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI) [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021, 7(7):CD010783.
- [17] BUYASSE D J, REYNOLDS CF 3RD, MONK T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research [J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2):193-213.
- [18] 甘露, 刘涛, 王淑华, 等. 中文版简明精神状态量表与蒙特利尔认知评估量表临床应用进展[J]. *中国康复医学杂志*, 2017, 32(7):842-845.
- [19] PODEMSKI R, POKRYSZKO-DRAGAN A, ZAGRAJEK M, et al. Mild cognitive impairment and event-related potentials in patients with cerebral atrophy and leukoaraiosis [J]. *Neurol Sci*, 2008, 29(6):411-416.
- [20] 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, 2002:383-385.
- [21] WAKHLOO D, OBERHAUSER J, MADIRA A, et al. From cradle to grave: neurogenesis, neuroregeneration and neurodegeneration in Alzheimer's and Parkinson's diseases [J]. *Neural Regen Res*, 2022, 17(12):2606-2614.
- [22] BLACKMAN J, SWIRSKI M, CLYNES J, et al. Pharmacological and non-pharmacological interventions to enhance sleep in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease: a systematic review [J]. *J Sleep Res*, 2021, 30(4):e13229.
- [23] MA Y J, LIANG L R, ZHENG F F, et al. Association between sleep duration and cognitive decline [J]. *JAMA Netw Open*, 2020, 3(9):e2013573.
- [24] 范仙灵, 杨小慧, 王豆, 等. 基于数据挖掘探析闫咏梅治疗原发性失眠用药规律[J]. *中国中医药信息杂志*, 2023, 30(4):47-51.
- [25] 张泽曦, 牛柏寒, 张宸玥, 等. 论“心主神明”与双心疾病的中医药治疗[J]. *上海中医药杂志*, 2023, 57(3):9-14.
- [26] 贾世震, 王涛, 李佩芳. 艾灸督脉组穴联合右佐匹克隆治疗卒中后失眠临床疗效及对神经递质的影响[J]. *右江民族医学院学报*, 2022, 44(3):440-444.
- [27] ALIMORADI Z, JAFARI E, BROSTRÖM A, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: a systematic review and meta-analysis [J]. *Sleep Med Rev*, 2022, 64:101646.
- [28] MORIN C M, EDINGER J D, BEAULIEU-BONNEAU S, et al. Effectiveness of sequential psychological and medication therapies for insomnia disorder: a randomized clinical trial [J]. *JAMA Psychiatry*, 2020, 77(11):1107-1115.

(下转第 48 页)

- lipids in the regulation of immune responses[J]. *Nutrients*, 2023, 15(18): 3899.
- [19] HALIMI H, FARJADIAN S. Cholesterol: an important actor on the cancer immune scene[J]. *Front Immunol*, 2022, 13: 1057546.
- [20] DENG C F, ZHU N, ZHAO T J, et al. Involvement of LDL and ox-LDL in cancer development and its therapeutic potential[J]. *Front Oncol*, 2022, 12: 803473.
- [21] KATTOOR A J, GOEL A, MEHTA J L. LOX-1: regulation, signaling and its role in atherosclerosis[J]. *Antioxidants (Basel)*, 2019, 8(7): 218.
- [22] WANG Y, LI Y, HAO M, et al. Robust reference powered association test of genome-wide association studies[J]. *Front Genet*, 2019, 10: 319.
- [23] SLIM L, CHATELAIN C, AZENCOTT C A. Nonlinear post-selection inference for genome-wide association studies[J]. *Pac Symp Biocomput*, 2022, 27: 349-360.
- [24] CHANG T P, WEI J L, LIANG M, et al. A fast and powerful empirical Bayes method for genome-wide association studies[J]. *Animals*, 2019, 9(6): 305.

收稿日期: 2025-10-14; 修回日期: 2025-12-23

(本文编辑 钟琳)

(上接第 28 页)

- [29] TAKAESU Y, UTSUMI T, OKAJIMA I, et al. Psycho-social intervention for discontinuing benzodiazepine hypnotics in patients with chronic insomnia: a systematic review and meta-analysis[J]. *Sleep Med Rev*, 2019, 48: 101214.
- [30] HAQUE A, POLCYN R, MATZELLE D, et al. New insights into the role of neuron-specific enolase in neuroinflammation, neurodegeneration, and neuroprotection[J]. *Brain Sci*, 2018, 8(2): 33.
- [31] SURESH K, SHANKAR V, CD D. Impact of REM sleep deprivation and sleep recovery on circulatory neuroinflammatory markers[J]. *Sleep Sci*, 2021, 14(1): 64-68.
- [32] 张雅旋, 郭瑞娟, 张寅, 等. 外周血 S100 钙结合蛋白、Hcy 及神经元特异性烯醇化酶水平与创伤性颅脑损伤患者颅内血肿吸收情况及认知功能的相关性分析[J]. *南京医科大学学报: 自然科学版*, 2022, 42(10): 1421-1425.
- [33] WANG H R, GU Y Q, KHALID R, et al. Herbal medicines for insomnia through regulating 5-hydroxytryptamine receptors: a systematic review[J]. *Chin J Nat Med*, 2023, 21(7): 483-498.
- [33] 朱婉怡, 黄金玉, 梁杏杏, 等. 基于脑肠轴理论探讨针刺治疗帕金森病认知障碍的机制[J]. *中医药信息*, 2023, 40(12): 42-46.
- [34] 陈燕, 许晓丽, 陈亚萍, 等. 半夏秫米汤对失眠大鼠下丘脑 5-HT 介导的 cAMP/CREB/BDNF 通路的影响[J]. *中药药理与临床*, 2024, 40(10): 10-14.
- [35] 胡裕洁, 杨国帅, 王淑玲, 等. 睡眠障碍相关认知障碍机制研究进展[J]. *医学综述*, 2020, 26(24): 4793-4798.

收稿日期: 2025-09-24; 修回日期: 2025-11-27

(本文编辑 覃黎黎)