

中医介入的团队管理模式对中青年失眠干预的疗效评价

于爽 高丽平 丁兰[△]

首都医科大学附属复兴医院月坛社区卫生服务中心中医科,北京 100045

[摘要] **目的** 通过分析中医介入的团队管理模式下对中青年人群失眠干预的临床疗效,探讨新模式的应用价值。**方法** 本研究为前瞻性随机对照研究。选取 2018 年 1—6 月就诊于我中心的中青年失眠患者 178 例,随机分为对照组(传统家庭医生服务模式)与试验组(中医介入的团队管理模式)进行管理,每组各 89 例,采用重复测量方差分析评价两组患者的失眠程度(PSQI 量表)及焦虑抑郁状态(PHQ-9 量表)变化,同时对比两组患者的疗效。**结果** 两组的 PSQI 及 PHQ-9 量表总分均随干预时间的延长而降低,且呈线性趋势($P<0.05$)。干预 3 个月时,试验组的 PSQI 量表总分为(8.42±3.53)分及 PHQ-9 量表的总分为(4.96±0.96)分,均低于对照组[(9.44±3.34)分、(6.03±0.97)分]。6 个月时,试验组的 PSQI 量表总分为(6.70±2.86)分、PHQ-9 量表的总分为(4.26±0.51)分,均低于对照组的[(8.43±3.30)分、(5.45±0.67)分],差异有统计学意义($P<0.05$)。其中,干预 3 个月及 6 个月时,试验组入睡时间、睡眠效率及睡眠障碍单项得分较治疗前的降低程度均大于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗 3 个月及 6 个月时,试验组总有效率(73.03%、84.27%)均高于对照组(53.93%、62.92%),差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 中医介入的团队管理模式下对中青年患者失眠的干预疗效显著,焦虑抑郁状态改善明显,值得进一步推广。**[关键词]** 中医;团队管理模式;中青年;失眠;干预
[中图分类号] R193.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1673-9701(2021)21-0139-05

Efficacy of traditional Chinese medicine-involved team management mode on insomnia intervention in young and middle-aged patients

YU Shuang GAO Liping DING Lan

Department of Traditional Chinese Medicine, Yuetan Community Health Service Center, Fuxing Hospital, Capital Medical University, Beijing 100045, China

[Abstract] **Objective** To analyze the clinical efficacy of traditional Chinese medicine-involved team management mode on insomnia intervention in young and middle-aged patients, to explore the application value of the new mode. **Methods** This study was a prospective randomized controlled study. A total of 178 young and middle-aged patients with insomnia treated in our center from January 2018 to June 2018 were selected and randomly divided into the control group (traditional family doctor service mode) and the experimental group (traditional Chinese medicine-involved team management mode), with 89 patients in each group. Repeated measure analysis of variance was used to evaluate the changes in degree of insomnia (PSQI scale), and anxiety and depression status (PHQ-9 scale) in the two groups. The efficacy was also compared between the two groups. **Results** The total scores of the PSQI and PHQ-9 scales of the two groups were decreased with the extension of the intervention time and showed a linear trend ($P<0.05$). At 3 months after intervention, the total scores of the PSQI and PHQ-9 scales in the experimental group were (8.42±3.53)points and (4.96±0.96)points, which were lower than those in the control group as (9.44±3.34)points and (6.03±0.97)points. At 6 months after intervention, the total scores of the PSQI and PHQ-9 scales in the experimental group were (6.70±2.86) points and (4.26±0.51)points, which were lower than those in the control group as (8.43±3.30)points and (5.45±0.67) points, with statistically significant differences($P<0.05$). At 3 and 6 months after intervention, the decreases of individual scores of falling asleep time, sleep efficiency and sleep disturbance in the experimental group were lower than those in the control group, with statistically significant differences($P<0.05$). At 3 and 6 months after treatment, the total effective rates of the experimental group (73.03%,84.27%) were higher than those of the control group (53.93%,62.92%),with statistically significant differences ($P<0.05$). **Conclusion** The traditional Chinese medicine-involved team management mode has significant efficacy on insomnia intervention in young and middle-aged patients, which can significantly improve anxiety and depression status. It is worthy of further promotion.

[Key words] Traditional Chinese medicine; Team management mode; Young and middle-aged; Insomnia; Intervention

[基金项目] 北京中医药科技发展资金项目(JJ2018-62)

△通讯作者

失眠是一种以入睡困难及睡眠维持困难为主要特征的睡眠障碍,困扰着不同年龄段人群^[1]。2019 年的中国睡眠指数报告中显示,约 40%的中青年存在不同程度的睡眠障碍,严重影响其工作与生活^[2]。目前认为生活环境压力、负性生活事件、不良睡眠卫生习惯等因素是失眠发生的独立危险因素^[3]。对失眠进行综合性治疗优于单一手段干预^[4-5]。因此依赖单纯西医全科的传统家庭医生服务模式对失眠患者的管理存在局限性。我中心近年建立的中医介入的团队管理模式,以患者为中心,提供中西医结合、医护紧密联合的新型中西医结合医疗服务,已在多种慢性病管理中发挥积极作用。该模式对失眠患者干预的疗效尚不清楚。因此本研究以中青年失眠患者为研究对象,对比传统家庭医生服务模式与中医介入的团队管理模式的干预疗效,评价新模式的应用价值,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究为前瞻性随机对照研究,选取 2018 年 1—6 月就诊于我中心的中青年失眠患者,采用随机数字表法,按照 1:1 的比例,随机分为对照组(传统家庭医生服务模式)和试验组(中医介入的团队管理模式)。上述研究方案获得首都医科大学附属复兴医院医学伦理委员会批准,所有受试者均已签署知情同意书。两组患者治疗前性别、年龄、心理状况、慢性病病史、失眠病程等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 两组患者基线资料

项目	对照组(n=89)	试验组(n=89)	t/z/ χ^2 值	P值
男性[n(%)]	69(77.53)	63(70.79)	1.055	0.304
年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	52.15±6.06	52.78±5.74	0.711	0.478
焦虑或抑郁[n(%)]	13(14.61)	10(11.24)	0.449	0.503
高血压[n(%)]	43(48.31)	40(44.94)	0.203	0.652
糖尿病[n(%)]	19(21.35)	17(19.10)	0.139	0.709
冠心病[n(%)]	14(15.73)	5(5.62)	3.771	0.052
脑血管病[n(%)]	6(6.74)	5(5.62)	0.097	0.756
失眠病程($\bar{x}\pm s$,年)	3(2,5)	2(2,5)	1.685	0.092

注:年龄为正态分布资料,以均数±标准差表示;失眠病程非正态分布,以中位数(四分位数间距)表示

1.1.1 诊断标准 参照非器质性失眠症(ICD-10)诊断要点^[6]:①主诉为入睡困难,或难以维持睡眠,或睡眠质量差;②睡眠紊乱每周至少发生 3 次并持续 1 个月以上;③日夜专注于睡眠,过分担心失眠的后果;④睡眠量和(或)质的不满意引起明显的苦恼或影响社会及职业功能。只要睡眠量和(或)质的不满意是患者唯

一主诉,就应符合此条标准。

1.1.2 纳入标准 符合上述诊断要点;已签约家庭医生;年龄 40~60 岁。

1.1.3 排除标准 继发性失眠;合并全身严重疾病者;严重精神障碍、不能完成研究者;哺乳期或妊娠期。

1.2 方法

对照组:患者接受传统家庭医生服务模式的干预,即西医常规治疗+健康教育,具体包括西医治疗(病史采集、失眠诊治、双向转诊、慢病管理、健康评估)及社区健康教育(群体性健康教育、发放宣传资料)。

试验组:患者接受中医介入的团队管理模式的干预,即在传统家庭医生服务模式的基础上,加入中医药服务。具体包括,中医全科医生在中医药理论的指导下,根据辨证论治的原则(分为心脾两虚、心胆气虚、心肾不交、肝火扰心、痰热扰心等证型),提供社区常用适宜技术即针灸(百会、安眠、神门、三阴交、申脉、照海等穴,随证加减)、耳穴压豆(皮质下、心、神门、肝、脾、肾、交感等穴,随证加减)、耳穴割治(心、肝、脾、肾、皮质下等区,随证加减)及中药(中成药及汤药辨证施治)等治疗;社区护士提供一对一健康教育,包括中医养生健康教育(劳逸结合、顺应四季、放松运动等)、穴位按摩指导(百会、印堂、神门、三阴交等穴)、心理疏导(关注患者的心理活动,喜怒有节,怡情悦志)、起居调护(居室环境、规律作息、体位与安全、给药护理、饮食调护等),并辅助中医全科医生进行预约就诊、问题解答及效果反馈、协助完成常规治疗工作,形成闭环管理。

在上述干预实施后 3 个月、6 个月时分别对两组患者进行睡眠质量及心理测评。

1.3 观察指标及评价标准

1.3.1 观察指标 采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)量表评价睡眠质量^[7]。该量表用于评定患者近 1 个月的睡眠情况,包括睡眠质量、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 7 个成份。每个成份按 0~3 等级计分,总分范围 0~21 分,得分越高,睡眠质量越差。

采用患者健康问卷 9(Patient health questionnaire-9, PHQ-9)量表评估失眠患者焦虑抑郁程度^[8],共 9 个条目,每个条目按 0~3 分等级计分:完全不会=0 分;偶尔几天=1 分;一半以上的天数=2 分;几乎每天=3 分。总分范围 0~27 分,得分越高,焦虑抑郁程度越严重。

1.3.2 评价标准 根据治疗前后 PSQI 总分差值与基础 PSQI 总分的比值进行评价,即[(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分]×100%。显效:比值>50%;有效:比值 25%~50%;无效:比值<25%。

表 2 两组患者 PSQI 量表及 PHQ-9 量表总分重复测量方差分析($\bar{x}\pm s$,分)

项目与组别	n	治疗前	3 个月	6 个月	时间		分组		分组×时间	
					F 值	P 值	F 值	P 值	F 值	P 值
PSQI 总分							4.909	0.028	6.100	<0.001
对照组 ^a	89	9.85±3.59	9.44±3.34	8.43±3.30	21.559	<0.001				
试验组 ^a	89	9.72±3.67	8.42±3.53	6.70±2.86	12.740	0.001				
t 值		-0.219	-3.923	-3.979						
P 值		0.827	<0.001	<0.001						
PHQ-9 总分							62.621	<0.001	39.203	<0.001
对照组 ^a	89	6.79±1.01	6.03±0.97	5.45±0.67	189.502	<0.001				
试验组 ^a	89	6.72±0.85	4.96±0.96	4.26±0.51	876.364	<0.001				
t 值		-0.482	-7.438	-13.271						
P 值		0.630	<0.001	<0.001						

注:线性拟合检验,^aP<0.05

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计学软件进行分析。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示;非正态分布的计量资料以中位数(四分位数间距)表示,计数资料以[n(%)]表示。两组正态分布的计量资料比较,若方差齐,采用独立样本 t 检验,方差不齐,采用 t' 检验。计数资料组间比较采用 χ^2 检验。多个时间点量表评分比较采用重复测量方差分析。设定双侧检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预 3 个月、6 个月后 PSQI 量表总分及 PHQ-9 量表总分比较

利用重复测量方差分析比较干预 3 个月及 6 个月两组患者的失眠评价指标及焦虑抑郁程度。结果显示,两组患者的 PSQI 量表总分及 PHQ-9 量表总分均随时间的变化而变化(P<0.05),且上述观察指标的趋势线性拟合检验,差异有统计学意义(P<0.05)。即随着时间的推移,无论是接受传统家庭医生服务模式干预的对照组患者还是接受中医介入的团队管理模式干预的试验组患者,PSQI 量表总分及 PHQ-9 量表总分均逐渐降低。

多因素分析结果显示,PSQI 量表总分及 PHQ-9 量表总分在两组间比较,差异均有统计学意义(P<0.05),且均存在分组与时间的交互作用(P<0.05)。PSQI 量表总分及 PHQ-9 量表总分在试验组下降程度较对照组更明显(P<0.05)。

在患者治疗 3 个月及 6 个月时,试验组的 PSQI 总分(8.42±3.53)分及(6.70±2.86)分分别低于对照组的(9.44±3.34)分及(8.43±3.30)分,差异均有统计学意义(P<0.05)。在上述时间截点,试验组的 PHQ-9 量表总分(4.96±0.96)分及(4.26±0.51)分,均低于对照组的(6.03±0.97)分及(5.45±0.67)分,差异有统计学意义

(P<0.05)。见表 2。

2.2 两组患者干预 3 个月、6 个月时 PSQI 量表各单项评分变化比较

治疗 3 个月时,试验组的入睡时间、睡眠效率及睡眠障碍三个单项得分降低程度[(-0.22±0.72)分、(-0.30±1.32)分及(-0.21±0.51)分],均高于对照组(0.01±0.64)分、(0.07±1.17)分及(-0.07±0.39)分,差异有统计学意义(P<0.05)。治疗 6 个月时,试验组上述三个单项得分的降低程度仍高于对照组[(入睡时间(-0.51±0.93)分 vs. (-0.20±0.74)分、睡眠效率(-0.65±1.31)分 vs. (-0.11±1.21)分、睡眠障碍(-0.29±0.61)分 vs. (-0.10±0.40)分],差异有统计学意义(P<0.05)。两组在其余四个单项得分的比较,差异无统计学意义(P>0.05)。见表 3。

2.3 两组患者疗效评价比较

干预 3 个月后,试验组治疗的总有效率(73.03%)高于对照组(53.93%),差异有统计学意义(P<0.05);干预 6 个月后,试验组治疗的总有效率(84.27%)仍高于对照组(62.92%),差异有统计学意义(P<0.05)。见表 4。

3 讨论

失眠是危害人类身心健康的睡眠障碍性疾病^[9],也是多种慢病及心理疾病的危险因素^[10-11]。慢性失眠会显著增加药物依赖和滥用的风险^[12]。目前工作及生活压力增大,正在加快失眠人群的年轻化。研究证明,失眠导致中青年工作效率降低,可诱发心理障碍,而失眠的有效治疗可显著改善患者的心境^[13]。目前公认的失眠治疗手段包括西药、中医药、理疗和心理干预,但单一治疗手段的疗效并不理想。近年来,多学科综合管理模式不断涌现^[9]。如何发挥中医药特色,对失眠患者进行有效干预及管理是国内学者所关注的重点问题。

表3 两组患者 PSQI 量表各单项评分变化值比较($\bar{x}\pm s$,分)

项目与组别	n	Δ PSQI	
		(3个月-基线)	(6个月-基线)
睡眠质量			
对照组	89	-0.29±0.64	-0.48±0.66
试验组	89	-0.32±0.63	-0.66±0.74
t值		0.235	1.714
P值		0.814	0.088
入睡时间			
对照组	89	0.01±0.64	-0.20±0.74
试验组	89	-0.22±0.72	-0.51±0.93
t值		2.424	2.405
P值		0.016	0.017
睡眠时间			
对照组	89	0.03±0.70	-0.11±0.90
试验组	89	-0.06±0.87	-0.29±1.02
t值		0.760	1.245
P值		0.448	0.215
睡眠效率			
对照组	89	0.07±1.17	-0.11±1.21
试验组	89	-0.30±1.32	-0.65±1.31
t值		1.988	2.857
P值		0.048	0.005
睡眠障碍			
对照组	89	-0.07±0.39	-0.10±0.40
试验组	89	-0.21±0.51	-0.29±0.61
t值		2.139	2.479
P值		0.034	0.014
催眠药物			
对照组	89	-0.00±0.89	-0.17±0.87
试验组	89	-0.04±0.84	-0.35±1.01
t值		0.346	1.271
P值		0.729	0.205
日间功能障碍			
对照组	89	-0.18±0.82	-0.25±0.82
试验组	89	-0.16±0.60	-0.28±0.58
t值		-0.209	0.317
P值		0.835	0.752

注: Δ PSQI 为不同时间点 PSQI 得分差值,取值范围为-3~3

本研究显示,传统家庭医生服务模式和中医介入的团队管理模式均可改善失眠患者的症状及焦虑抑郁状态,但后者的疗效更佳。进一步分析表明,中医介入的团队管理模式在缩短入睡时间、提高睡眠效率、消除睡眠障碍及改善焦虑抑郁状态等方面优于传统家庭医生服务模式。Riemann 等^[14]的研究表明,入睡时间的改善与精神心理状态密切相关,这与本研究结果

一致,即入睡时间的改善可能是改善心理状态的重要因素。睡眠效率的提高又与缩短入睡时间、消除睡眠障碍密切相关。中医介入的团队管理模式对失眠患者入睡时间、失眠效率及睡眠障碍的积极影响,成为其改善失眠疗效的核心。本研究认为,中医全科医师及护士在中医药理论的指导下,引导患者做到喜怒有节,怡情悦志,同时配合针灸、中药、穴位按摩、耳穴压豆等方法更好地改善患者心理状态,进而有助于改善其入睡时间。同时新模式更好的构建医患关系,全程式的监控和指导,及时减轻患者的心理压力并消除困惑。患者对家庭医生的认可度高,依从性好,有效地维持了治疗效果^[15-16]。

针灸治疗作为传统中医疗法,历经千年,在治疗失眠方面得到广泛肯定^[17-18]。耳穴割治是一种历史悠久的疗法,近年来我中心研究发现其对失眠具有显著的治疗效果^[19]。中药汤剂在治疗失眠的领域同样发挥着至关重要的作用^[20-23],且中医更加重视失眠患者的饮食指导以辅助睡眠治疗^[24]。中医全科医师以中医药理论为指导,根据失眠患者的体质,提供个体化、多样化的治疗方案,较单调而统一的西药治疗,更具优势。这也正是本研究中医介入的团队管理模式治疗慢性失眠的核心优势。

目前我国的家庭医生服务团队多由全科医生、社区护士、公共卫生人员组成,中医全科医生提供的中医药服务处于“补充服务”的地位,中医理念在健康宣教中所占比重较低,中医药在家庭医生服务中的作用并未得到充分的发挥^[25]。本研究在传统家庭医生服务模式中,引入中医药理念,突出了中医药服务^[26]。团队中的中医全科医师提供中医治疗,社区护士进行健康宣教并及时发现和反馈治疗中出现的问题。新模式下的管理团队全程发挥闭环管理的作用,建立更为紧密的医患关系。此模式更是凸显中医药在社区“简便验廉”的作用,满足了社区患者对中医药服务的需求,可成为基层中西医结合的良好范例。

综上所述,中医介入的团队管理模式作为一种新型的中西医结合家庭医生服务模式,能够有效改善中青年患者的失眠情况,未来有望在更多慢性疾病的基层管理中发挥积极作用,但其推广应用仍然有待于多中心随机对照临床试验的支持。

表4 两组患者疗效比较

组别	n	3月后				6月后			
		显效	有效	无效	总有效[n(%)]	显效	有效	无效	总有效[n(%)]
对照组	89	46	2	41	48(53.93)	50	6	33	56(62.92)
试验组	89	54	11	24	65(73.03)	63	12	14	75(84.27)
χ^2 值					7.004				10.437
P值					0.012				0.002

[参考文献]

- [1] 苏亮,陆峥.中国失眠症诊断和治疗指南[J].中华医学杂志,2017,97(24):1844-1856.
- [2] 吕金珠.中青年睡眠障碍的调查分析[J].中国实用医药,2014,9(6):243-244.
- [3] 李军涛,刘金,王艳,等.40例中青年失眠患者危险因素调查分析[J].世界睡眠医学杂志,2019,6(5):541-543.
- [4] 张文,占翠芹,朱倩芸.加味酸枣仁汤联合地西洋治疗焦虑性失眠的临床研究[J].天津中医药,2019,36(10):955-958.
- [5] 郭静,杨金锁,陈静非,等.经颅磁刺激联合百乐眠胶囊治疗肝气郁结型抑郁失眠的效果[J].医学临床研究,2019,36(10):1965-1967.
- [6] Chung KF, Yeung WF, Ho FYY, et al. Cross-cultural and comparative epidemiology of insomnia: The diagnostic and statistical manual (DSM), International classification of diseases (ICD) and International classification of sleep disorders (ICSD)[J]. Sleep Med, 2015, 16(4):477-482.
- [7] Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia[J]. J Sleep Res, 2017, 26(6):675-700.
- [8] 庄文锦,赵振华,魏世超,等.门诊使用 GAD-7、PHQ-9 量表筛查失眠主诉患者的临床意义研究[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(9):1117-1119.
- [9] 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.中国成人失眠诊断与治疗指南(2017版)[J].中华神经科杂志,2018,51(5):324-335.
- [10] 陈超,李秀英,郑宝钧,等.高血压伴失眠综合征的研究进展[J].重庆医学,2019,48(18):3167-3170.
- [11] Freeman D, Sheaves B, Goodwin GM, et al. The effects of improving sleep on mental health (OASIS): A randomised controlled trial with mediation analysis[J]. Lancet Psychiatry, 2017, 4(10):749-758.
- [12] Dopheide JA, Pharm D, BCPP, et al. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy[J]. Am J Manag Care, 2020, 26(4):76-84.
- [13] Harvey AG, Soehner AM, Kaplan KA, et al. Treating insomnia improves mood state, sleep, and functioning in bipolar disorder: A pilot randomized controlled trial[J]. J Consult Clin Psych, 2015, 83(3):564-577.
- [14] Riemann D, Krone LB, Wulff K, et al. Sleep, insomnia, and depression[J]. Neuropsychopharmacology, 2020, 45(1):74-89.
- [15] 张玉奇,孔丽娟,张秀华,等.耳穴压豆辅助治疗焦虑症伴失眠 45 例[J].中国中医药科技,2019,26(2):285-286.
- [16] 张奎芳,安静,司红叶,等.引阳入阴穴位按摩配合音乐疗法治疗心肾不交型失眠患者护理研究[J].全科口腔医学杂志,2018,5(28):101-103.
- [17] 王瑜.针灸治疗失眠的临床研究近况[J].广西中医药大学学报,2017,20(2):78-80.
- [18] Xu F, Xuan LH, Zhou HJ, et al. Acupoint catgut embedding alleviates insomnia in different Chinese medicine syndrome types: A randomized controlled trial[J]. Chin J Integr Med, 2019, 25(7):543-549.
- [19] Ni J, Wang F, Wang B, et al. Effectiveness and safety of auricular acupoint bloodletting in treatment of insomnia: An assessor-blinded pilot randomized controlled trial[J]. J Tradit Chin Med, 2018, 38(5):763-768.
- [20] 吴王芳,张永华.加味酸枣仁汤对阴虚火旺型慢性失眠患者认知功能的影响[J].新中医,2020,52(19):31-35.
- [21] 张立新.归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠症临床观察[J].中国继续医学教育,2019,11(33):147-149.
- [22] 曹青.解郁化痰汤+中医情志疗法联合西药治疗失眠抑郁(痰热瘀阻)随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2019,33(5):45-48.
- [23] 欧洋,刘文华,李京,等.药脐贴对肝郁脾虚型亚健康患者失眠及抑郁状态的影响[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(5):161-164.
- [24] 钟玉梅,钟文彬.失眠可调养,食补需分型[J].家庭中医药,2020,27(5):24-27.
- [25] 何楚哲.试论推进家庭医生签约模式下的中医药服务[J].医师在线,2019,9(35):14-15.
- [26] 胡正先.对基于信息化的新型慢性病管理模式的探索[J].中西医结合心血管病杂志,2019,7(1):36-37.

(收稿日期:2021-03-25)