

加味温胆汤治疗痰热扰心型失眠 30 例

徐 姣¹ 姜亚军²

(1.南京中医药大学,江苏南京 210023; 2.江苏省中医院,江苏南京 210029)

摘 要 目的:观察加味温胆汤治疗痰热扰心型失眠的临床疗效。方法:选取 30 例痰热扰心型失眠患者,给予加味温胆汤口服,疗程为 28d。比较治疗前后 PSQI 评分变化并统计临床疗效。结果:临床总有效率为 83.3%,且本治疗可显著缩短入睡时间,减少觉醒次数,增加睡眠时间。结论:加味温胆汤治疗痰热扰心型失眠疗效确切。

关键词 失眠 痰热扰心 温胆汤 匹兹堡睡眠质量指数

中图分类号 R256.230.5

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2014)08-0045-02

2012 年 10 月至 2013 年 11 月期间,笔者运用加味温胆汤治疗痰热扰心型失眠患者 30 例,以匹兹堡睡眠质量指数表(Pittsburg sleep quality index,PSQI)^[1]作为评价睡眠质量指标,取得满意疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 30 例均为扬州市中医院神经内科门诊患者,其中男 13 例,女 17 例;年龄 20~66 岁,平均年龄(45.2±10.3)岁;病程 2~12 个月,平均病程(6.9±2.5)个月。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照美国睡眠医学研究学会(AASM)制定的《睡眠障碍国际分类》^[2]关于失眠症(心理生理性失眠)的诊断标准:(1)主诉失眠,伴有醒后功能降低的表现。(2)习得性影响睡眠的有关表现:①当有睡意时不能入睡,但非常努力试图想入睡。在其他自主活动下能入睡,如看电视、阅读等。②对卧室有条件反射性唤醒或有与睡眠相关的活动,例如,在家睡眠差,但当不在家睡时或不按通常睡觉时间会睡得很好。(3)躯体化紧张表现增加:如激越、肌肉紧张、血管收缩增强等。(4)多导睡眠图检测(PSG)显示:①睡眠潜伏期增加;②睡眠效率降低;③夜间醒来次数和时间增加。至少具备条目(1)+(2),方可诊断。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医内科学》^[3]中不寐痰热扰心证诊断标准:心烦不寐,胸闷脘痞,泛恶暖气,伴口苦,头重,目眩,舌偏红,苔黄腻,脉滑数。

1.3 纳入标准 (1)自愿接受治疗及随访;(2)符合《睡眠障碍国际分类》中关于失眠症(心理生理性失眠)的最低诊断标准及中医不寐痰热扰心型证候的诊断标准;(3)匹兹堡睡眠质量指数 7 个因子成分的累计分>7 分;(4)年龄在 18 至 70 岁之间,1 个月<病程≤12 个月。

1.4 排除标准 (1)继发性失眠(与其他精神障碍相关的失眠、由于物质所致睡眠障碍—失眠型、内科疾病所致睡眠障碍—失眠型)、环境型睡眠障碍等,睡眠呼吸暂停综合征,汉密顿抑郁量表评分≥8 分及汉密顿焦虑量表评分≥7 分。(2)不符合西医诊断标准及中医辨证标准者。(3)职业驾驶员、高

空作业者及妊娠期、哺乳期妇女。(4)1 周内使用任何其他治疗失眠症药物者。(5)具有严重的心肝肺肾、血液或影响其生存的严重疾病。(6)由于精神障碍无法给予充分知情同意者及怀疑或确定有药物、酒精滥用病史者。(7)过敏体质,如对 2 种或以上药物或食物过敏史者,或已知对此类药物成分过敏者。

2 治疗方法

予中药加味温胆汤口服。方药组成:法半夏 10g,陈皮 6g,茯苓 10g,枳实 10g,竹茹 10g,钩藤 10g(后下),酸枣仁 15g,夜交藤 15g,五味子 6g,合欢皮 10g,柏子仁 10g,甘草 6g。化裁法:心悸惊惕不安者可加入远志、石菖蒲、青龙齿、珍珠母、磁石之类以安神定志;饮食停滞,胃中不和者合用秫米、神曲、焦山楂、莱菔子消导和中;心火炽盛者加黄连、山栀。每日 1 剂,水煎取 300mL,早晚分次温服。

患者服药期间晚餐清淡,忌咖啡、烟酒、茶水等,保持良好心态,定时就寝,不服用其他镇静催眠类药物。治疗 4 周后进行疗效观察。

3 疗效观察

3.1 疗效指标

3.1.1 主要疗效指标 匹兹堡睡眠质量指数量表评分:使用 PSQI 量表于治疗前及治疗 4 周后各评分一次以判断睡眠障碍程度及改善程度。PSQI 是国际公认的睡眠自评量表,以调查问卷的形式评估睡眠质量,具有良好的信度和效度。量表由睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物应用、日间功能障碍 7 个成分组成,每个成分按 0~3 等级计分,累积各成分得分相加即为 PSQI 总分,总分范围为 0~21 分,得分越高,表示睡眠质量越差。

3.1.2 次要疗效指标 分别于治疗前、治疗 4 周后统计每日入睡时间(min),入睡后觉醒次数(次),总睡眠时间(h)。

3.2 疗效评定标准 临床疗效以 PSQI 总分减分率判断。痊愈:PSQI 总分减分率≥75%;显效:PSQI 总分减分率 50%~74%;有效:PSQI 总分减分率 25%~49%;无效:PSQI 总分减分率<25%。PSQI 总分减分率计算方法:总减分率(%)=[(治疗

前评分-治疗后评分)/治疗前评分]×100%。

3.3 统计学方法 本研究数据采用 SPSS17.0 软件包处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,以 $P < 0.05$ 为有显著性差异。

3.4 治疗结果

3.4.1 临床疗效 30 例患者,痊愈 4 例,显效 9 例,有效 12 例,无效 5 例,总有效率为 83.3%。

3.4.2 主要疗效指标评价 治疗前后 PSQI 评分比较见表 1。

表 1 治疗前后 PSQI 各成分得分及总分比较($\bar{x} \pm s$) 分

项 目	治疗前	治疗后	组内比较 P 值
主观睡眠质量	2.43±0.50	1.43±0.90	<0.01
入睡时间	2.47±0.51	1.77±0.73	<0.01
睡眠时间	2.30±0.47	1.30±0.79	<0.01
睡眠效率	2.60±0.77	1.07±0.83	<0.01
睡眠障碍	1.13±0.35	1.00±0.00	0.043
催眠药物应用	0.73±0.87	0	<0.01
日功能障碍	1.97±0.72	1.20±0.85	<0.01
PSQI 总分	13.63±3.17	7.77±3.74	<0.01

3.4.3 次要疗效指标评价 见表 2。

表 2 治疗前后入睡时间、觉醒次数、总睡眠时间比较($\bar{x} \pm s$)

项 目	治疗前	治疗后	组内比较 P 值
入睡时间(min)	62.83±21.36	39.00±12.55	<0.01
觉醒次数(次)	3.03±1.25	0.97±0.85	<0.01
总睡眠时间(h)	4.57±0.94	6.32±0.86	<0.01

4 讨论

中医学称失眠为“不寐”,常分虚实两类,实证泄其有余,治当疏肝泻火、清化痰热、宁心安神;虚证补其不足,治当补益心脾,滋阴清热,交通心肾,养心安神。

失眠是以入睡和(或)睡眠维持困难所致的睡眠质量或数量达不到正常生理需求而影响白天社会功能的一种主观体验。失眠是最常见的睡眠障碍,是由心理、生理以及环境等多种因素所引起的一种常见的临床问题,在我国患病率为 10%~20%,近年来有上升的趋势,被称为“悄然扩展的流行病”。药物治疗是目前常用并证实有效的治疗方法,部分患者选择西药镇静催眠治疗,但长期服用易出现头昏、嗜睡、乏力、口干等不良反应,还会产生耐药性、依赖性、成瘾性,停药时会出现反跳和戒断症状(失眠、焦虑、震颤等),这些不良反应制约了其长期临床应用,且临床治疗中,如果仅单纯应用西药催眠镇静药物,治标不治本,往往缠绵难愈。

中医学称失眠为“不寐”、“不得卧”、“目不瞑”等,认为导致不寐的病因主要为饮食不节、情志失常、劳倦、思虑过度及病后、年迈体虚等,但究其根本,病理机制在于阴阳失衡,夜间阳不入阴,无法进入睡眠状态。即《景岳全书》中论述说:“盖寐本乎阴,神其主也。神安则寐,神不安则不寐。”中医强调标本同治,辨证论治,长效安全,被临床广泛应用。笔者在临床中发现,由于现代生活节奏加快,工作生活压力增大,思虑过度,易致肝胆不利情志不舒,脾胃之土因木郁而不达,加之现代人膳食结构改变,过食肥甘厚味,易伤及脾胃,痰浊渐生,肝胆郁火炼痰生热,扰动心神,导致痰热扰心型失眠患者

增多。因痰湿壅遏于中,故胸闷;痰食停滞则气机不畅,胃失和降,故见暖气泛恶;清阳被蒙,故头重目眩;苔黄腻脉滑数均为痰热之证。此即如《古今医统大全·不寐候》所言:“痰火扰心,心神不宁,思虑过伤,火炽痰郁,而致不寐者多矣。”故不寐病位在心,但与肝、胆、脾、胃关系密切,病机多为痰热扰心,治疗应以清胆和胃、燥湿化痰、清热除烦、养心安神为法,方药可以温胆汤加味治疗。方中半夏燥湿化痰,降逆和胃,为君药;竹茹清热化痰,祛除中焦痰热上逆而安神,为臣药;枳实行气消痰,使痰随气下;陈皮理气燥湿;茯苓健脾渗湿,补益心脾,宁心安神;钩藤善清心包之火,泻肝经之热而清肝平肝,熄风止痉;夜交藤药性平和,养心安神,引阳入阴;五味子酸咸收敛,收养心气而安神;酸枣仁补养心肝之血,安神定志,且味酸,与甘草相伍,酸甘化阴,使阳交于阴,阴自动而静,从而达到调摄阴阳的目的;合欢皮昼开夜合,解郁安神;柏子仁补心气养心血而安神;甘草益脾和胃,调和诸药。全方通过化痰清热、理气和胃,使心宁而神安,失眠则愈。现代药理研究也证实,方中诸药多能作用于中枢神经系统,而具有抑制、镇静催眠等作用。

本临床观察结果表明,加味温胆汤治疗痰热扰心型失眠疗效确切,且可随症加减,组方灵活,制备简单易行,有效剂量易于掌握,值得临床推广应用。然而临床中失眠的发生系诸多因素的影响,且易反复发作,多种疗法如药物治疗、心理治疗、针灸、推拿等协同治疗是今后发展趋势,值得我们进一步研究。

5 参考文献

- [1] 赵忠新.临床睡眠障碍学.上海:第二军医大学出版社,2003:463
- [2] American Academy of Sleep Medicine.International classification of sleep disorder:diagnostic and coding manual.2nd ed Westchester,IL:American Academy of Sleep Medicine,2005:6
- [3] 周仲瑛.中医内科学.北京:中国中医药出版社,2007:149

第一作者:徐姣(1980-),女,硕士研究生,主治医师,研究方向为中西医结合诊治神经系统疾病。

通讯作者:姜亚军,yajun1962@163.com

收稿日期:2014-01-13

编辑:王沁凯 岐 轩

