

归脾汤加减对心脾两虚型失眠患者睡眠质量的改善作用

何小杨

东阳市人民医院巍山院区中医科, 浙江 东阳 322109

[摘要] 目的: 观察归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠患者的疗效。方法: 根据治疗方案将 140 例心脾两虚型失眠患者分为观察组与对照组, 观察组 77 例接受归脾汤加减治疗, 对照组 63 例接受艾司唑仑片治疗。2 组均连续治疗 30 天。观察 2 组治疗前后改良爱普沃斯困倦量表 (mESS) 评分、匹兹堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 评分的变化, 并对 2 组进行治疗效果、不良反应评价。结果: 治疗前, 2 组 mESS 评分、PSQI 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后第 15 天、第 30 天, 观察组 mESS 评分与 PSQI 评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组治疗效果优于对照组 ($P < 0.05$), 不良反应发生率低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠患者具有见效快、疗效确切、安全性好等优点。

[关键词] 失眠; 心脾两虚; 归脾汤

[中图分类号] R256.23 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0093-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.045

失眠症是目前临床上常见的疾病之一, 随着人们生活节奏的加快以及生活压力的加大, 失眠症发病率呈逐年升高的趋势, 目前已经成为严重影响患者生活、工作、身体健康的全球性疾病^[1]。目前临床上治疗失眠症的方法较多, 既有西医的镇静催眠药, 也有中医的辨证施治。笔者应用归脾汤加减治疗 77 例心脾两虚型失眠患者取得较好的疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合失眠症的诊断标准^[2]; ②中医辨证分型为心脾两虚型; ③初次入院接受治疗; ④签署知情同意书。

1.2 排除标准 ①合并重要脏器功能受损的患者; ②合并恶性肿瘤的患者; ③随访丢失的患者。

1.3 一般资料 选取 2011 年 3 月—2014 年 5 月本院收治的 140 例患者作为研究对象。根据治疗方案将患者分为 2 组, 观察组 77 例, 男 45 例, 女 32 例; 平均年龄(49.5 ± 7.4)岁; 平均病程(15.5 ± 3.2)月。对照组 63 例, 男 40 例, 女 23 例; 平均年龄(48.4 ± 6.9)岁; 平均病程(15.9 ± 3.5)月。2 组性别、年龄、病程等一般资料经统计学处理, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

2 治疗方法

2.1 观察组 予归脾汤加减治疗, 基本方: 黄芪、酸枣仁各 25 g, 党参 15 g, 茯苓 12 g, 白术、远志、当归、龙眼肉各 10 g, 炙甘草 8 g, 木香 6 g, 生姜 5 片, 大枣 3 枚。合并纳呆脘闷、苔腻患者, 白术改为 30 g, 同时加用厚朴、法半夏各 10 g, 苍术 15 g, 陈皮 6 g; 不寐较重者加用夜交藤 20 g,

柏子仁 12 g, 合欢皮 15 g, 五味子 10 g, 或者加用琥珀末、生牡蛎各 20 g, 生龙骨 25 g; 血虚重者加用阿胶 20 g, 熟地黄 15 g, 白芍 12 g。每天 1 剂, 水煎取汁 400 mL, 早晚各服 200 mL。10 天为 1 疗程, 连续治疗 3 疗程。

2.2 对照组 予艾司唑仑片(山东省平原制药厂生产, 规格: 每片 1 mg)治疗, 每次 1~2 mg, 每天 1 次, 睡前服用, 连续治疗 30 天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 改良爱普沃斯困倦量表(mESS)评分主要是评价患者在 10 个不同时间点的嗜睡程度, 不嗜睡为 0 分, 偶尔嗜睡为 1 分, 有时嗜睡为 2 分, 经常嗜睡为 3 分, 总分为 30 分, 分值越高, 表示嗜睡越严重。匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分主要是评价患者最近 1 月的睡眠质量, 包括 19 个自评条目、5 个他评条目, 本研究只对前 18 个自评条目进行评分, 将前 18 个自评条目分为 7 个成分, 每个成分按 0~3 分计分, 总分为 21 分, 得分越高, 表示睡眠质量越差。

3.2 统计学方法 采用 SAS9.0 统计软件进行数据分析, 计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示, 组间 mESS 评分、PSQI 评分比较采用 u 检验, 等级资料比较采用秩和检验, 计数资料比较采用四格表 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[3] ①治愈: 患者睡眠时间恢复正常, 或者夜间睡眠时间 > 6 h, 睡眠深沉, 醒来后精力充沛, 其余临床症状完全消失。②显效: 与治疗前相比, 每天睡眠时间增加量 $>$

[收稿日期] 2015-01-20

[作者简介] 何小杨 (1968-), 男, 主治医师, 研究方向: 胃病、失眠。

3 h, 且睡眠深度增加, 其余临床症状基本消失。③有效: 与治疗前相比, 每天睡眠时间增加量 < 3 h, 其余临床症状部分存在。④无效: 与治疗前相比, 每天睡眠时间无改善甚至减少。

4.2 2组治疗前后 mESS 评分比较 见表 1。治疗前, 2组 mESS 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后第 15 天、第 30 天, 观察组 mESS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2组治疗前后 mESS 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后第 15 天	治疗后第 30 天
观察组	77	7.13 ± 2.15	6.05 ± 1.14	5.09 ± 0.70
对照组	63	7.01 ± 2.07	6.74 ± 1.32	5.84 ± 1.15
u 值		0.335 3	3.269 6	4.534 6
P		>0.05	<0.05	<0.05

4.3 2组治疗前后 PSQI 评分比较 见表 2。治疗前, 2组 PSQI 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后第 15 天、第 30 天, 观察组 PSQI 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 2 2组治疗前后 PSQI 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后第 15 天	治疗后第 30 天
观察组	77	10.54 ± 2.05	8.14 ± 1.59	6.50 ± 1.04
对照组	63	10.38 ± 1.97	9.12 ± 1.70	8.13 ± 1.35
u 值		0.469 4	3.493 2	7.862 8
P		>0.05	<0.05	<0.05

4.4 2组治疗效果比较 见表 3。观察组治疗效果优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 3 2组治疗效果比较 例(%)

组别	n	治愈	显效	有效	无效
观察组	77	37(48.05)	25(32.47)	11(14.29)	4(5.19)
对照组	63	20(31.75)	18(28.57)	16(25.40)	9(14.29)

4.5 2组不良反应发生率比较 见表 4。观察组不良反应发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.568 9, P < 0.05$)。

表 4 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	n	困倦、乏力	头晕、头痛	恶心、呕吐	口干	合计
观察组	77	0	0	0	4(5.19)	4(5.19) ^①
对照组	63	6(9.52)	3(4.76)	3(4.76)	0	12(19.05)

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

失眠症是指患者入睡障碍和(或)睡眠维持障碍, 导致其睡眠时间和(或)睡眠质量达不到正常生理需求的一种疾病, 且患者白天的社会功能常受到不同程度的影响^[4-5]。如前所述, 目

前临床上治疗失眠症方法较多, 既有西医疗法, 也有传统中医疗法。西医治疗失眠症多采用苯二氮䓬类镇静催眠药, 如艾司唑仑、阿普唑仑等, 该类药物治疗失眠症的近期疗效确切, 但是长期服用易产生药物依赖性以及多种不良反应, 反而加重患者的思想负担, 因此其远期疗效值得进一步探讨^[6]。在这种情况下, 中医辨证施治失眠症被寄予了厚望。

中医学将失眠归为不得卧、不得眠、不寐、目不瞑等, 并将其分为心脾两虚、肝郁化火、阴虚火旺、肝郁血虚、痰热内扰、瘀血内阻、热扰神明、胃气失和、心肾不交、心胆气虚等十证, 其中以心脾两虚型在临床上最为常见。在病机方面, 心脾两虚型失眠亦被阐述得较为详尽, 《景岳全书·不寐》云: “血虚无以养心, 心虚神不守舍, 故或为惊惕, 或为恐惧, 或若有所系恋, 或无因而偏多妄思, 以致终夜不寐, 及忽寐忽醒, 而为神魂不安等证”; 《类证治裁·不寐》云: “思虑伤脾, 脾血亏损, 经年不寐”。由此可见, 心脾两虚型失眠的主要发病原因有如下 2 个方面: 一方面, 因患者过于安逸少动, 导致脾虚气弱, 或劳倦伤脾, 运化不健, 生化之源不足, 进一步导致患者心神失养而失眠; 另一方面, 患者思虑过度, 累及心脾, 脾伤导致患者少食、纳呆, 心伤导致患者神不守舍、阴血暗耗, 上述诸因致患者气血生化乏源, 营血亏虚, 进一步导致患者心神不宁而失眠。

针对上述病机, 中医治疗心脾两虚型失眠主张补益心脾、养心安神。归脾汤基本方由酸枣仁、党参、茯苓、白术、远志、当归、黄芪、龙眼肉、炙甘草、木香、生姜、大枣组成, 方中党参、白术、黄芪、炙甘草共为君药, 具有补脾益气、生血之功效; 当归、龙眼肉共为臣药, 具有补血养心之功效; 酸枣仁、茯苓、远志、木香共为佐药, 具有宁心安神之功效; 生姜、大枣为使药, 具有调和诸药之功效^[7-8]。在本研究中, 观察组患者接受归脾汤加减治疗, 对照组患者接受艾司唑仑治疗, 结果显示观察组患者在 mESS 评分、PSQI 评分、临床疗效评价、安全性评价等方面取得了更为显著的效果, 这说明归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠患者具有显效快、疗效确切、安全性好等诸多优点。综上所述, 归脾汤加减是治疗心脾两虚型失眠症的理想方剂, 值得临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 陈菲, 张选国, 陈伟铭, 等. 安眠贴穴位贴敷配合穴位埋线治疗亚健康失眠症状患者 30 例[J]. 陕西中医, 2012, 33(9): 1172.
- [2] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)[J]. 中华神经科杂志, 2006, 39(2): 141-143.
- [3] 王洋, 唐志立, 杨思芸, 等. 中医药治疗失眠症研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(20): 2273-2275.

- [4] 李训军, 蒋晓江, 严家川, 等. 奥氮平联合佐匹克隆治疗慢性失眠症的临床疗效研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2009, 18(5): 431-433.
- [5] 王玲姝, 赵桂君. 从 2010 版 STRICTA 报告规范的内容看我国的文献质量—以近两年针灸治疗失眠症的随机对照试验文献为例[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(6): 29-32.
- [6] 叶小琪. 针药并用联合半剂量艾司唑仑治疗肝郁化火型失眠症的随机对照观察[J]. 中国医药, 2013, 8(z1): 38-39.
- [7] 陈伟. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 45 例效果分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(10): 111-113.
- [8] 樊艳辉, 关婷, 王勤勇, 等. 归脾汤与脑生理功能障碍治疗仪联合治疗失眠症[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(1): 45.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

中药保留灌肠治疗急性胰腺炎临床观察

陈良夏, 蒋兰英, 林军梅

金华市中心医院, 浙江 金华 321000

[摘要] 目的: 观察中药保留灌肠治疗急性胰腺炎的效果。方法: 将 100 例急性胰腺炎患者随机分为观察组与对照组各 50 例。对照组采用西医常规治疗, 观察组在对照组治疗基础上给予中药保留灌肠治疗, 2 组均采用相同的护理方法。2 组疗程均为 3 周。观察并记录腹部疼痛指数、血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶、尿素氮和肌酐的水平, 记录排气时间、住院时间。结果: 观察组总有效率为 92.0%, 明显高于对照组的 74.0%, 2 组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。第 3、5、7 天, 观察组的疼痛指数均低于对照组 ($P < 0.01$)。第 1 天, 2 组血清淀粉酶、白细胞计数、谷丙转氨酶比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 第 3、5、7 天, 2 组以上指标比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组排气、住院时间均短于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 中药保留灌肠能促进急性胰腺炎患者的恢复, 有效缓解腹部症状及体征, 缩短病程, 提高疗效。

[关键词] 急性胰腺炎; 中药保留灌肠; 护理体会

[中图分类号] R657.5+1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 05-0095-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.05.046

急性胰腺炎是临床上的常见疾病, 多种病因可激活胰酶, 胰腺受到损伤以后, 就会导致胰腺组织的炎症反应, 进而导致多器官的功能失调, 引发胰腺炎综合性的病症发生^[1]。随着人们对急性胰腺炎认识的不断深入, “自身消化”胰酶理论的提出使人们对急性胰腺炎的认识更加深入, 但是药物的治疗效果并不特别明显, 笔者在长期的临床实践中观察到常规的西药治疗结合中药灌肠及有效的护理干预与临床结局具有相关性, 中药灌肠和有效护理干预大大提高了急性胰腺炎的疗效, 现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月—2014 年 11 月本院中医科收治的 100 例急性胰腺炎患者, 随机分为观察组和对照组

各 50 例。观察组男 28 例, 女 22 例; 年龄 21~46 岁, 平均 (36.54±10.36) 岁。对照组男 30 例, 女 20 例; 年龄 21~48 岁, 平均 (35.45±10.69) 岁。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《黄家驷外科学》^[2]急性胰腺炎的诊断标准, 确诊的条件是必须满足以下主要指标的 2 项及以上, 或者是 1 项主要指标和 2 项次要指标, 即可诊断为急性胰腺炎; 若不具备临床的诊断条件, 但是临床怀疑为急性胰腺炎的, 可以诊断为“疑似急性胰腺炎”, 给予积极的治疗, 并进行实验室指标的复查, 关注病情的变化, 必要时进行剖腹探查以最终确诊。主要指标包括: ①中上腹或者左上腹突发剧烈性疼痛, 并且有持续性加重的趋势, 伴随症状包括发热、恶心、呕吐。

[收稿日期] 2015-01-24

[作者简介] 陈良夏 (1978-), 女, 主管护师, 研究方向: 普外科护理。