

阳浮越。本研究中, 2 组治疗后血压较治疗前均明显下降($P < 0.05$), 且观察组下降较对照组显著($P < 0.05$), 2 组患者头痛等临床症状及体征得到明显改善, 且联合用药改善更为显著, 这说明中药对西药降压具有协同效果。2 组均无明显不良反应发生, 说明硝苯地平控释片及硝苯地平控释片联合四逆汤治疗均具有较高安全性, 值得进一步研究和推广应用, 以为临床阳虚型原发性高血压患者治疗提供重要参考。

[参考文献]

- [1] 王新月. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2007: 257-260.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 2004 年中国高血压防治指南(实用本)[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(12):

1060-1064.

- [3] 徐迪华, 徐剑秋. 中医量化诊断[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1997: 52-57.
- [4] 李晓峰. 硝苯地平缓释剂联合利尿剂治疗 173 例老年高血压患者安全性与有效性临床观察[J]. 中南药学, 2014, 12(1): 76-79.
- [5] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则: 第 1 辑[S]. 1993.
- [6] 王延震, 甘义荣, 张铁峰, 等. 硝苯地平控释片联合厄贝沙坦治疗老年冠心病合并高血压的效果及对肾功能的影响[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(16): 4650-4651.

(责任编辑: 骆欢欢)

失眠患者 172 例中医体质调查

黄清苑, 罗海龙, 李晓芹, 温利辉, 曾志威

中山大学附属医院梅州市人民医院, 广东 梅州 514031

[摘要] 目的: 探讨失眠患者的中医体质分布特点, 为制定针对性的干预措施提供依据。方法: 采用现场调查, 应用中医 9 种基本体质分类量表、匹兹堡睡眠质量量表 (PSQI) 对 172 例失眠患者进行中医体质辨识和分类研究, 并以同时间段 132 例体检正常的人群为健康对照组。结果: 失眠组中气郁质、阳虚质、气虚质 3 种体质者多于健康对照组 ($P < 0.01$)。失眠组中女性多于男性, 女性气郁质、阳虚质人群比例均高于男性 ($P < 0.01$); 男性湿热质、痰湿质人群比例均高于女性, 但差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。失眠组各偏颇体质患者的 PSQI 分值均高于健康对照组, 以阳虚质、气郁质、气虚质、血瘀质、阴虚质最明显 ($P < 0.05$)。结论: 气郁质、阳虚质、气虚质是失眠患者的多发体质, 掌握中医体质特征, 更好地指导系统化干预。

[关键词] 失眠; 中医体质; 气郁质; 阳虚质; 气虚质

[中图分类号] R256.23 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2015) 08-0030-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.08.014

失眠是一种常见的生理心理疾患, 长期失眠会给人的正常生活和工作带来不利影响, 甚至会造造成严重的意外事故。随着人们生活节奏的加快, 失眠的发病率呈现增长的趋势^[1]。2006 年中国六大城市失眠调查显示, 成年人失眠率高达 57%^[2]。中医学将失眠纳入“不寐”的范畴。本研究对 172 例四诊资料完备的失眠患者通过临床问卷调查分析失眠患者的体质分布特点, 为失眠的辨体 - 辨病 - 辨证提供依据, 同时也为制定针对性的干预措施提供依据, 提高临床疗效。现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 ①失眠组: 2012 年 8 月—2014 年 9 月于本院心理门诊及中医科门诊、住院部确诊为失眠症的患者, 共纳入 172 例, 男 72 例, 女 100 例, 年龄 22~70 岁, 平均(39.51±9.85)岁。②健康对照组: 同时间段于本院体检中心体检正常的人群, 共纳入 132 例, 男 58 例, 女 74 例, 年龄 23~68 岁, 平均(36.13±8.45)岁。将调查对象的年龄按年龄段分为 5 组, 受教育程度自小学到大学以上分为 5 类, 将调

[收稿日期] 2015-03-20

[基金项目] 梅州市科技计划项目 (2013B125)

[作者简介] 黄清苑 (1977-), 女, 副主任中医师, 研究方向: 中医治未病, 中医药防治心脑血管疾病。

查对象的职业按脑力、体力劳动强度进行分类,其中专业技术、行政管理及离退休人员为脑力劳动者,工人、农民及服务人员为体力劳动者,按目前婚姻状况分成未婚、在婚和曾婚,其中曾婚包括离婚、丧偶等。2组性别、年龄、受教育程度、职业、婚姻状况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 参照《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》^[8]中失眠的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合失眠的诊断标准;具有小学以上文化程度,能完成评定量表的填写;签署知情同意书。

1.4 排除标准 妊娠或哺乳期妇女;有精神疾病史或精神疾病家族史者;诊断明确的抑郁症或焦虑症患者;患有严重器质性疾病并正在使用药物治疗者。

2 调查方法

2.1 中医体质辨识调查方法 采用病例对照研究设计。体质分类评定量表采用王琦教授^[9]的“中医体质分类研究调查问卷”,调查内容包括背景情况、中医体质量表、症状体征调查3个部分。前2项由被调查者自行填写,后一项由调查医师通过望、闻、问、切诊察后填写并做出综合评价判断。中医体质量表由平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、血瘀质、气郁质、特禀质9个亚量表构成,每个亚量表包含7~9个条目。依据中华中医药学会《中医体质分类与判定》^[9],回答中医体质分类判定标准中的问题,每个问题按5级评分,计算原始分与转化分,依标准判定体质类型。每个条目原始分最低1分,最高5分。先计算各亚量表的原始分数,即原始分数 =

各个条目分值相加。计算原始分数后再换算为转化分数,各亚量表的转化分数为1~100分。转化分数=(原始分-条目数)×100/(条目数×4)。判定标准:①平和质:平和质转化分≥60分,且其他8种偏颇体质转化分均<30分时,判定为“是”;平和质转化分≥60分,且其他8种偏颇体质转化分均<40分时,判定为“基本是”,否则判定为“否”。②偏颇体质:转化分>40分,判定为“是”;30~39分,判定为“倾向是”;<30分,判定为“否”。亚量表分数越高,该体质类型倾向越明显。

2.2 睡眠质量测定 采用匹兹堡睡眠质量量表(PSQI)作为评定患者睡眠质量的工具。PSQI总分范围为0~21分。PSQI总分≥7分表示睡眠质量差,PSQI总分<7分表示睡眠质量好,分值越高表示睡眠质量越差^[6]。

3 统计学方法

把调查问卷收集所得的信息输入数据库,调查量表控制中,允许条目少于5%缺失,用SPSS13.0软件进行频数统计,计量资料用t检验,计数资料用χ²检验。

4 调查结果

4.1 2组中医体质类型分布情况 见表1。失眠组患者中医体质类型百分比由大到小依次为:气郁质(30.81%)>阳虚质(23.84%)>气虚质(17.44%)>阴虚质(7.56%)>湿热质(6.98%)>痰湿质(5.81%)>平和质(4.56%)>血瘀质(2.33%)>特禀质(0.58%)。失眠组中气郁质、阳虚质、气虚质3种体质者均多于健康对照组($P < 0.01$)。

表1 2组中医体质类型分布情况

组别	n	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	气郁质	湿热质	痰湿质	血瘀质	特禀质	例(%)
健康对照组	132	74(56.06)	10(7.58)	8(6.06)	7(5.30)	9(6.82)	11(8.33)	10(7.58)	1(0.76)	2(1.51)	
失眠组	172	8(4.65) ^①	30(17.44) ^①	41(23.84) ^①	13(7.56)	53(30.81) ^①	12(6.98)	10(5.81)	4(2.33)	1(0.58)	

与健康对照组比较,① $P < 0.01$

4.2 失眠组患者不同性别的中医体质类型分布状况 见表2。失眠组中女性多于男性,不同性别的患者体质分布有所不同。男性居于前5位的体质类型是:气虚质(25.0%)>气郁质(20.8%)>阳虚质(18.1%)>湿热质(12.5%)>痰湿质和阴虚质(9.7%);女性居于前5位的体质类型是:气郁质(38.0%)>阳虚

质(28.0%)>气虚质(12.0%)>阴虚质(6.0%)>血瘀质(4.0%)。其中女性气郁质、阳虚质人群比例均高于男性($P < 0.01$);男性湿热质、痰湿质人群比例均高于女性,但差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

表2 失眠组患者不同性别的中医体质类型分布状况

性别	n	平和质	气虚质	阳虚质	阴虚质	气郁质	湿热质	痰湿质	血瘀质	特禀质	例(%)
男	72	3(2.8)	18(25.0)	13(18.1)	7(9.7)	15(20.8)	9(12.5)	7(9.7)	0	0	
女	100	5(5.0)	12(12.0)	28(28.0) ^①	6(6.0)	38(38.0) ^①	3(3.0)	3(3.0)	4(4.0)	1(1.0)	

与男性比较,① $P < 0.01$

4.3 健康对照组与失眠组各体质PSQI得分情况 见表3。失眠组特禀质检出1例,健康对照组检出2例,分析中将其剔除。失眠组各偏颇体质患者的PSQI分值均高于健康对照组,以阳虚质、气郁质、气虚质、血瘀质、阴虚质最

明显($P < 0.05$)。

5 讨论

失眠通常指患者对睡眠时间和(或)质量不满足,并影响白天社会功能的一种主观体验,与抑郁或焦虑关系密切^[1]。失眠

表3 健康对照组与失眠组各体质 PSQI得分情况($\bar{x} \pm s$) 分

体质类型	n	PSQI 得分
健康对照组	130	5.06± 1.55
失眠组：气郁质	53	12.68± 2.54 ^①
阳虚质	41	13.38± 2.86 ^①
气虚质	30	12.11± 1.48 ^①
阴虚质	13	10.50± 1.01 ^①
湿热质	12	9.83± 1.24 ^①
痰湿质	10	9.90± 0.99 ^①
平和质	8	7.02± 1.73
血瘀质	4	11.24± 1.20 ^①

与健康对照组比较，^① $P < 0.05$

是一个缓慢发展的病理过程，其病因病机复杂，病情顽固，需要长期治疗。现代医学治疗失眠以镇静药、催眠药等为主要措施。中医学方面，不同体质类型的失眠发病率和表现不尽相同，而治疗亦不相同。一个人睡眠时间的长短、睡眠方式的不同以及失眠发生的程度都因人而异，存在着个体差异，这种差异正是由体质因素所决定^[7]。

本研究结果显示健康人群以平和质为主，失眠人群以偏颇体质为主，并以气郁质、阳虚质、气虚质3种体质多见。本研究中失眠患者以青中年人为主，女性多于男性，且大部分患者来自城市。中医学认为，青中年人之失眠，精神情志因素变化是主要病因^[8]。在现代的家庭结构中，青中年人工作的收入为家庭经济的主要来源，生活和工作压力大，容易导致精神情志变化。肝为情志之官，七情易伤肝，直接影响肝之疏泄。肝为刚脏，喜条达，恶抑郁，情绪激动则易怒，所欲不遂则抑郁不乐，气机不畅，逐渐形成气郁体质。目前城市人群常年在空调、少见阳光的环境下生活，体内阳气受到戕伐；夜生活丰富，动辄熬夜，大量耗伤人体阳气，致人体阳气生发不足，耗散有余，依个人先后天调养之差异，逐渐衍生为气虚、阳虚等体质之人群。就性别而言，女性比男性更容易失眠。从生理学因素来讲，女性有经、带、胎、产、乳的独特生理表现，每致气血不足，故女性体质易虚；从个性认知因素来讲，女性心思细腻，情绪敏感，性格内向，在心理上较易具有依赖性，倾向于内化应激，更易处于负性生活体验中，更易出现焦虑、抑郁等情绪障碍^[9]，故女性失眠患者中气郁质、阳虚质、气虚质多见。本研究结果显示，男性湿热质、痰湿质比例高于女性，可能与男性在工作之余应酬多，且多有吸烟、饮酒的习惯有关，脾胃运化功能失常，聚湿生痰，故男性在体质上多表现为湿热质及痰湿质。

相对于证型来说，体质更稳定也更简化。各种易变的证型相当于一个点或片段，而相对稳定的体质却贯穿始终。体质因素决定着疾病的发生和临床证型，也决定着证候的转归和疾病的预后。如果能针对失眠患者的失衡体质进行长期调整，则更能体现中医学“治病求本”和“整体治疗”的原则。就失眠而言，不仅要掌握它的一般规律，更要从中寻求相同体质人群发病、传变和转归的特殊规律^[10]。同时体质又具有一定的可调性，在对失眠患者进行体质分型的基础上，针对不同的体质类型制定相应、个体化的治疗方案和调养方法，通过后天因素多环节、多渠道来逐步调整患者的偏颇体质，可有效改善患者的症状。对失眠患者采用“辨体-辨病-辨证”相结合的方法，通过辨体质而后再辨证论治，不仅有利于提高临床辨证的准确度，而且更有利于提高临床疗效和指导治疗。本研究通过分析失眠人群的中医体质特征，为系统化干预治疗提供依据。

【参考文献】

- [1] 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.
- [2] 汪东为, 刘艳娇, 慈书平. 睡眠障碍的中西医结合诊疗基础与临床[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 182.
- [3] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 118-119.
- [4] 王琦, 朱燕波, 薛禾生, 等. 中医体质量表的初步编制[J]. 中国临床康复, 2006, 10(3): 12-14.
- [5] 中华中医药学会. ZYYXH/T157-2009 中医体质分类与判定[S]. 北京: 中国中医药出版社, 2009.
- [6] 刘贤臣, 唐茂芹, 胡蕾, 等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
- [7] 王琦. 9种基本中医体质类型的分类及其诊断表述依据[J]. 北京中医药大学学报, 2005, 28(4): 1-8.
- [8] 许红. 失眠症1018例相关因素调查分析—附553例疗效观察[J]. 辽宁中医杂志, 2005, 32(2): 114-115.
- [9] 姜莉, 赵仓焕. 女性失眠的生理心理学探析[J]. 辽宁中医杂志, 2008, 35(7): 1024-1025.
- [10] 林宥廷, 李玉梅, 杨毅灵, 等. 失眠与中医体质关系的研究[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(7): 450-452.

(责任编辑: 吴凌)