

滋水泻火法治疗失眠的临床研究

洪之友 徐 晓 戴 琴

(上海奉贤区中医医院,上海,201400)

摘要 目的:观察滋水泻火法治疗失眠的临床疗效。方法:将 50 例患者随机(按随机方法)分为治疗组(25 例)和对照组(25 例),2 组均常规使用西药治疗,治疗组在此基础上加用滋水泻火法中药治疗。治疗 3 个月后观察 2 组患者的临床疗效及 AIS 评分变化情况。结果:2 组 AIS 评分治疗后均较治疗前显著降低($P < 0.01$);治疗后组间比较,治疗组 AIS 评分较对照组显著降低($P < 0.01$)。治疗组 AIS 评分显效率为 92%,对照组为 60.0%;2 组差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论:滋水泻火法治疗失眠有一定疗效。

关键词 失眠;滋水泻火;中药

The Treatment of Insomnia by Nourishing Water and Reducing Fire Method

Hong Zhiyou, Xu Xiao, Dai Qin

(Fengxian Traditional Chinese Medicine Hospital, Shanghai 201400, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effects of nourishing water and reducing fire method to treat insomnia. **Methods:** A total of 50 patients were randomly divided into the treatment group (25 cases) and control group (25 cases). Patients in the treatment group were treated by nourishing water and reducing fire method plus western medicine, and those in the control group were treated only by western medicine. After three months of treatment, to observe the clinical efficacy and AIS score changes of the two groups. **Results:** AIS score after treatment significantly reduced in both of the groups ($P < 0.01$) and the treatment group was in a larger degree than the control group ($P < 0.01$). AIS score efficiency in the treatment group is 92% and 60.0% in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). **Conclusion:** It is effective to use nourishing water and reducing fire method to treat insomnia.

Key Words Insomnia; Nourishing water and reducing fire method; Traditional Chinese medicine (TCM)

中图分类号:R271.116 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.11.020

失眠是以睡眠时间不足,睡眠深度不够及不能消除疲劳、恢复体力与精力为主要特征的病证,其中包括了难以入眠、睡眠不深、易醒多梦、早醒及醒后不易入睡、醒后不适感、疲倦或白天困倦等^[1]。失眠易可导致患者焦虑、抑郁或者是恐惧心理,严重的导致精神活动效率的下降。引起失眠的原因很多,而心理性原因为失眠的主要致病因素。抑郁、焦虑以及神经衰弱等均可导致失眠的产生,主要的表现为入睡困难、早醒、醒后难以再次入睡,更严重者可以导致彻夜不眠^[2]。

病程半年以上者为顽固性失眠。睡眠是人体生命活动所必需的过程,是机体复原、整合以及记忆巩固的一个重要环节,是健康中不可缺少的组成部分^[3]。随着生活节奏加快,竞争的加剧,其发病率有逐年增高趋势,是临床常见病和多发病。失眠是临床的常见病症,其发生率非常高。在我国中小学教师^[4]失眠发病率为 12.9%,大学生^[5]失眠发病率为 13.93%,中老年人^[6]失眠发病率在 26.27%,而且年龄越大失眠越多。失眠虽然由于现代社会生活节与西药相比,中医药对失眠的治疗具有不良反应少

的优点。在失眠尤其是顽固性失眠的治疗中,中医药发挥着重要作用。我科在临床中运用滋水泻火法治疗失眠,现报道如下。

1 临床资料

1.1 研究对象 选取 2013 年 5 月至 2015 年 5 月在我院神经内科住院部就诊的患者 50 例,随机(按随机方法)分为 2 组,每组各 25 例。治疗组男 10 例,女 15 例;年龄 43~86 岁,平均(55.8±6.4)岁;病程 3~35 年,平均(18.26±1.6)年;对照组男 9 例,女 16 例;年龄 42~85 岁,平均(54.9±6.3)岁;病程 2.5~33 年,平均(18.24±1.5)年;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 1)参照《中医病症治疗标准与选用》中阴虚火旺型,兼见:a.心烦不寐或多梦易醒;b.心悸不安;c.头晕健忘;d.腰膝酸软;e.五心烦热;f.大便干结;g.咽干口渴;h.舌红、脉细数。其中 1~3,8 项必须具备,4~7 项中具备 2 项。2)西医诊断标准参照符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)失眠症诊断^[7]。3)无药物滥用史。

1.3 纳入标准 1)符合中国精神障碍分类与诊断标准第三版失眠症的诊断标准。2)病程6个月以上。3)阿森斯失眠量表(AIS)总分均大于6分。4)用汉密尔顿抑郁量表(17项表)评分小于8分,汉密尔顿焦虑量表(14项表)评分小于7分以排除焦虑症、抑郁症。5)无严重肝肾功能损害。6)无明显药物过敏和不能耐受者。7)中医诊断符合阴虚火旺型;2组患者的性别,年龄,病程等进行配对。

1.4 疗效观察 疗效判定标准:参照阿森斯失眠量表(AIS)由8个症状项目组成。包括入睡时间(关灯后到睡着时间);夜间苏醒;比期望的时间早醒;总睡眠时间;白天情绪;总睡眠质量;白天身体功能;白天思睡。按4级评分,0级正常,1级轻微,2级显著,3级严重。总分小于4分为无睡眠障碍,4~6分为可疑失眠,大于6分为失眠。临床疗效按照阿森斯量表总分进行评估,小于4分为临床治愈,4~6分为有效,大于6分为无效。

1.5 统计学方法 资料的统计学处理由SPSS 10.0统计软件包完成,采用 t 检验分析, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 治疗方法

2组患者均常规服用艾司唑仑西药。治疗组加滋水泻火中药治疗,中药:生地黄30g,山茱萸15g,山药15g,茯苓12g,牡丹皮12g,泽泻12g,黄连8g,黄芩6g,白芍10g,鸡子黄2枚,阿胶9g,龟甲20g,大枣10枚。入阿胶烱尽,稍冷,入鸡子黄,搅匀,每次温服200mL,3次/d。2组均以3个月为1个疗程,1个疗程结束后评价疗效。

3 结果

3.1 阿森斯量表评分变化 治疗前2组评分统计学差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗3个月后,2组治疗后阿森斯量表评分较治疗前均明显下降,统计学差异有统计学意义($P < 0.01$);治疗前后AIS减分比较,治疗组减分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗组与对照组组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组各阶段AIS评分及治疗前后减分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后减分
治疗组	25	16.33 ± 3.66	2.83 ± 2.57	13.50 ± 4.34
对照组	25	16.58 ± 1.68	6.51 ± 3.08	10.07 ± 3.04

注:与对照组比较, $P < 0.01$ 差异有统计学意义。

3.2 显效率分析 根据AIS评分,治疗组显效率为92%,对照组为60.0%,组间比较差异有统计学意义($P < 0.01$);

表2 2组显效率的比较(n)

组别	例数	临床治愈	有效	无效	总有效率
治疗组	25	11	12	2	92%
对照组	25	5	10	10	60%

注:与对照组比较, $P < 0.01$,差异有统计学意义。

4 讨论

失眠在中医属于“不寐”范畴,是指经常不能获得正常睡眠为特征的一种病症,亦称“不得眠”“不得卧”“目不瞑”。老年人脏气衰退,加上久病肾阴亏虚,不能上奉于心,水不济火,心火内盛,不能下交与肾,热扰神明,神志不宁因而不寐,正如《景岳全书·不寐》所说:“真阴精血之不足,阴阳不交,而神有不安其室耳”。心者主火,又主神明,神衰则火为患,故补心者必清其火而神始安,故临床治疗采用滋水泻火法治疗以滋阴养血,补心安神为主,方中重用生地黄以滋水补阴,养血润燥,黄连味苦入心,性凉解热,故重用之以解心中发烦,二药共为君;辅以黄芩,恐心中之热扰及肺也,又肺为肾之上源,清肺亦所以清肾也。芍药味兼苦酸,其苦也善降,其酸也善收,能收降浮越之阳,使之下归其宅,而性凉又能滋阴,兼能利便,故善滋补肾阴,更能引肾中外感之热自小便出也。阿胶其性善滋阴,又善潜伏,能直入肾中以生肾水。鸡子黄中含有副肾髓质之分泌素,推以同气相求之理,更能直入肾中以益肾水,山茱萸、山药补肾,肾水充足,自能胜热逐邪以上镇心火之妄动,以上共为臣;牡丹皮泻君相之伏火。茯苓渗脾中湿热,而通肾交心,泽泻泄肾利湿,并可防止生地黄过于滋腻,龟甲滋阴潜阳,为佐药;大枣养血安神,为使药。诸药共凑滋阴泻火,养血安神之功。

根据现代医学研究,其实失眠的产生涉及人体的许多方面,包括其自身内在素质(生理易感素质和心理易感素质),躯体疾病、神经精神性疾病、药物、社会心理因素,长期的非适应性睡眠习惯、临床安眠药的不当使用等等诸多因素^[8]。一般认为,理想催眠药应在30min内诱导入睡,维持正常睡眠6~8h,次日不残留镇静作用^[9]。所用的苯二氮草类催眠药多数有次日头晕、记忆受损或认知障碍等不良发应,而且长期用药易产生依赖,骤然停药后又易出现反跳和焦虑等。研究显示,催眠药自身的药动学特点,特别是消除半衰期($t_{1/2}$)应的长短,是决定其不良反应严重程度和发生率的重要因素^[10-11]。中药和艾司唑仑的联合应用,可发挥协同作用,且安全可靠,具有相对于单纯西药治疗更为明显的优势,可减轻

(下接第1722页)

能恢复,直接作用于皮肤肌肉,使手法的机械能转化为热能,促进毛细血管扩张^[12-13],增加局部皮肤和肌肉的营养供应,有利于 SHS 患者的康复。从结果来看,治疗组采用中药泡洗与针灸推拿相结合的方式与仅采用常规治疗相比,患者 NRS 得分更低,FMA 和肩关节活动度更大,表明中医方治疗对于 SHS 患者的上肢疼痛肿胀以及功能恢复方面效果明显更好。

综上所述,中药泡洗与针灸推拿相结合治疗 CI 后 SHS 疗效显著,是临床上治疗 SHS 的较佳选择。

参考文献

[1] Li N, Tian F, Wang C, et al. Therapeutic effect of acupuncture and massage for shoulder-hand syndrome in hemiplegia patients: a clinical two-center randomized controlled trial[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2012, 32(3) : 343-349.

[2] Ni H, Cui X, Hu Y, et al. Effect of combining acupuncture and functional training on post-stroke functional impairment of hand[J]. Journal of Acupuncture and Tuina Science, 2013, 11(6) : 349-352.

[3] 李乐军, 陈丽萍, 刘晓丽, 等. 中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合征 62 例[J]. 南京中医药大学学报, 2013, 29(3) : 283-286.

[4] Lin Z, Yan T. Long-term effectiveness of neuromuscular electrical stimulation for promoting motor recovery of the upper extremity after stroke[J]. Journal of Rehabilitation Medicine, 2011, 43(6) : 506-510.

[5] 赵树琴. 中药泡洗及护理干预对卒中后肩手综合征患者生活质量

的影响[J]. 河南中医, 2013, 33(12) : 2263-2264.

[6] Lee J A, Park S W, Hwang P W, et al. Acupuncture for shoulder pain after stroke: a systematic review[J]. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 2012, 18(9) : 818-823.

[7] 徐琰, 李万瑶, 刘洁等. 针灸与康复治疗脑卒中后肩手综合征疗效比较的系统评价与 Meta 分析[J]. 时珍国医国药, 2013, 24(7) : 1794-1798.

[8] 杨进, 马勇. 益肾蠲痹汤治疗脑卒中后肩手综合征 26 例[J]. 河南中医, 2012, 32(5) : 610-611.

[9] Han E Y, Jung H Y, Kim M O. Absent median somatosensory evoked potential is a predictor of type I complex regional pain syndrome after stroke[J]. Disability & Rehabilitation, 2013, 36(13) : 1-5.

[10] 包艳, 刘海兰, 周晓燕, 等. 五苓散冷热浸泡结合康复训练对脑卒中后肩手综合征患者的影响[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(24) : 2269-2270.

[11] Huang S C, Wong A M, Chuang Y F, et al. Effects of neuromuscular electrical stimulation on arterial hemodynamic properties and body composition in paretic upper extremities of patients with subacute stroke[J]. Biomedical journal, 2014, 37(4) : 205.

[12] Perlman AI, Ali A, Njike VY, et al. Massage therapy for osteoarthritis of the knee: a randomized dose-finding trial[J]. PLoS One, 2012, 7(2) : e30248.

[13] 郭友华, 陈红霞, 杨志敬, 等. 冷热中药交替浸浴疗法结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(4) : 303-304.

(2014 - 09 - 18 收稿 责任编辑:徐颖)

(上接第 1718 页)

西药的不良反应,并且随着睡眠的改善可逐渐减停西药,可作为失眠治疗的可靠方法加以推广。

参考文献

[1] 李国祥. 中西医结合治疗顽固性失眠镇静催眠药成瘾的临床研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2009, 18(7) : 742-744.

[2] 衡向阳. 中西医结合治疗顽固性失眠临床观察[J]. 中国民间疗法, 2010, 18(6) : 49.

[3] 贾春林, 秦冰. 顽固性失眠治疗体会[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2005, 3(12) : 1119.

[4] 李作佳. 中小学教师睡眠质量及其影响因素的研究[7]. 中国心理卫生杂志, 1996, 10(3) : 118.

[5] 刘肾巨. 学生睡眠质量 1 及其相关因素[J]. 中国心理卫生杂志, 1995, 9(4) : 148.

[6] 李跳. 中老年人失眠状况的调查分析[1]. 中国中医基础医学杂志, 2002, 8(1) : 41.

[7] 王彦恒. 实用中医精神病学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000 : 89-98.

[8] 张新, 吴旭东. 失眠症因素分析与对策[J]. 陕西中医学院学报, 2002, 9(25) : 13 - 14.

[9] Wheatley D. Prescribing short-acting hypnotic sedatives[J]. Drug Safety, 1992, 7(2) : 106-111.

[10] Roth T, Roehrs TA. Issues in the use of benzodiazepine therapy[J]. J Clin Psychiatry, 1992, 53(Suppl) : S14-S18.

[11] Vgontzas AN, Kales A, Bixler ED. Benzodiazepine side effects; role of pharmacokinetics and pharmacodynamics[J]. Pharmacology, 1995, 51(4) : 205-223.

(2015 - 08 - 12 收稿 责任编辑:洪志强)