

自拟益气健脾汤对气血两虚型失眠患者睡眠质量、失眠程度、生存质量的影响

刘晓雯 汪乐铭

【摘要】 目的 探讨自拟益气健脾汤对气血两虚型失眠患者睡眠质量、失眠程度、生存质量的影响。**方法** 选取2015年9月至2016年10月京市宣武中医院中医内科门诊收治的气血两虚型失眠患者88例为研究对象,采用随机数表法分为观察组和对照组各44例,对照组采取常规西药并结合针刺推拿治疗,观察组在此基础上给予归脾汤,两组均治疗2个月,治疗结束以 χ^2 检验比较其治疗有效率、不良反应发生率,应用 t 检验分析两组神经递质水平及睡眠质量、失眠程度、生存质量、抑郁程度评分。**结果** (1)观察组治疗有效率93.2%明显高于对照组77.3% ($P<0.05$);(2)治疗后观察组5-HT、WHOQOL-BREF评分较对照组高($P<0.05$),观察组NE、PSQI评分、ISI评分、HAMD评分较对照组低($P<0.05$);(3)两组不良反应发生率11.4%、4.5%比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 自拟益气健脾汤可有效治疗气血两虚型失眠,改善其睡眠质量、失眠程度、生存质量,值得在临床推广应用。

【关键词】 归脾汤; 气血两虚型; 失眠

【中图分类号】 R256.23 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2017.06.028

失眠为临床神经科常见病、多发病,患者体内5-HT、NE等神经递质水平异常,睡眠质量下降,表现为入睡困难、睡眠时间减少及情绪状况差,严重影响其正常工作与生活^[1]。西医认为精神心理因素、病理生理因素、药物因素及遗传等是失眠症主要病因,因此多采用苯二氮卓类、巴比妥类、抗抑郁类药物治疗,并辅以非药物疗法,但长期服用易出现耐药性、成瘾性,催眠效果逐渐减弱,中医认为失眠症属“不寐”范畴,情志失调或劳神太过使脏腑机能紊乱,精血内耗、肝失

藏精、脾失化源,令气血亏虚、阴阳失调,导致睡眠结构紊乱,因此治疗上应以调节脏腑气血阴阳、补虚泄实为主^[2-3]。归脾汤为临床常用补益剂、补血剂,具有益气补血、健脾养心之效,目前在气血两虚型失眠症中应用较少^[4-5]。本文纳入北京市宣武中医院及北京西鹤年堂医院内科门诊诊治的气血两虚型失眠患者88例,分析自拟益气健脾汤治疗对其睡眠质量及生存质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2015年9月至2016年10月北京市宣武中医院及北京西鹤年堂医院内科门诊收治的气血两虚型失眠患者88例为研究对象,采用随机数表法分为观察组和对照组各44

作者单位:100050北京市宣武中医院中医内科(刘晓雯);北京西鹤年堂医院内科(汪乐铭)

作者简介:刘晓雯(1973-),女,本科,主治医师。研究方向:中医心理及睡眠。E-mail:geren1125@163.com

例,观察组中男 20 例,女 24 例,年龄 28~59 岁,平均(40.57±1.53)岁,病程 1~10 个月,平均(5.58±0.25)个月;对照组中男 21 例,女 23 例,年龄 27~60 岁,平均(40.55±1.54)岁,病程 1~11 个月,平均(5.57±0.26)个月。两组一般资料比较无显著差异($P>0.05$),具有可比性。本研究通过本院伦理委员会审核。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:(1)有失眠典型症状,除睡眠障碍症状外,其他临床症状均继发于失眠,如入睡困难、易醒、多梦、晨醒过早、醒后不能再睡,伴疲乏或困倦;(2)每周睡眠障碍发作至少 3 次,且持续 1 个月以上;(3)精神活动效率下降。中医诊断标准:参照 1994 年国家中医药管理局修订的《中医病症诊断疗效标准》^[6],中医辨证分型为气血两虚型,证见多梦易醒,头晕目眩,心悸健忘,面色少华,肢倦神疲,舌质淡,苔薄白,脉细弱。

1.3 纳入标准

(1)匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分 >7 分,且病程在 6 个月以上;(2)知情同意本研究,签署知情同意书;(3)入组前服用安眠类药物者需停药 1 周以上。

1.4 排除标准

(1)近一周内出现感染、使用过可能影响睡眠的药物者;(2)合并严重器质性疾病及其他精神性疾病者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)高血压、糖尿病、甲状腺功能亢进等内科慢性疾病控制不稳定者。

1.5 治疗方法

对照组给予常规药物治疗,包括地西泮片(国药准字 H11020898,生产单位:北京益民药业有限公司,规格:2.5 mg/片,2 片/次,1 次/晚)、舒乐安定(国药准字 H37023047,生产单位:山东信谊药业有限公司,规格:1 mg/片,1~2 片/次,1 次/晚),其他药物根据个体类型选择,并结合针刺、推拿治疗,同时建议患者睡前禁饮酒、大量进食,在安静舒适环境中入睡,并给予心理辅导。观察组在对照组基础上给予自拟益气补血归脾汤,由归脾汤合补中益气汤而来,方剂组成:白术、当归、茯苓、黄芪(炒)、龙眼肉、远志、酸枣仁(炒)、人参各 30 g,木香 15 g,甘草(炙)10 g,加减化裁:肝气郁滞者加香附、延胡索、郁金各 15 g;阴虚者加熟地黄、鳖甲、知母各 15 g;脾胃湿热者加黄芩、黄连各 10 g,血压低者加升麻 15 g,以清水浸泡药物 1 小时后煎煮,煮沸后改为文火煎煮 30 分钟,1 剂/天,午饭与晚饭各分 2 次服用。两组均以 15 天为一个疗程,均观察 2 个疗程。

1.6 观察指标

(1)治疗有效率比较:参照上述《中医病症诊断疗效标准》中失眠症诊断标准设定疗效评定标准:治愈:睡眠时间恢复正常,夜间睡眠达 6 小时以上,睡眠较深,醒后精神良好;显效:睡眠时间增加 3 小时以上,夜间睡眠深度增加,睡眠明显好转;有效:临床症状有所减轻,但睡眠增加时间在 3 小时以下,睡眠深度轻度增加;无效:临床症状、睡眠深度及睡眠质量无改善甚至恶化^[7];(2)睡眠质量比较:应用匹茨堡睡眠质量指数量表(PSQI)、失眠严重程度指数(ISI)比较

两组睡眠质量,PSQI 量表总分 0~21 分,得分越高,睡眠质量越差,ISI 量表满分 0~28 分,得分越高,睡眠质量越差^[8];(3)神经递质水平测定:脑电超慢涨落分析仪检测两组 5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(NE)水平;(4)生存质量及情绪状况比较:应用世界卫生组织生存质量测定表简表(WHOQOL-BREF)和汉密顿抑郁他评量表(HAMD)分析其生活质量及情绪改善情况,WHOQOL-BREF 量表,得分越低,生存质量越差 HAMD 量表含 17 个条目,大部分采用 0~4 分评分,部分 0~2 评分, ≥ 7 分有意义,得分越高,抑郁症状越严重;(5)观察不良反应。

1.7 统计学处理

采用 SPSS 19.0 软件处理数据,治疗有效率、不良反应发生率等计数资料以百分比表示,采取 χ^2 检验,5-HT、NE 及 PSQI、ISI、WHOQOL-BREF、HAMD 评分等计量资料经正态性检验,治疗前后该项评分均符合正态性,以($\bar{x}\pm s$)表示,采取 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗有效率比较

两组治疗总有效率比较,观察组治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

治疗前两组 5-HT 与 NE 水平比较无显著差异($P>0.05$),治疗后观察组 5-HT 较对照组升高($P<0.05$),观察组 NE 低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 1 两组治疗有效率比较($n, \%$)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	有效率(%)
观察组	44	16	14	11	3	93.2
对照组	44	12	9	13	10	77.3

表 2 两组神经递质水平比较($\bar{x}\pm s, n=44$)

组别	5-HT(mHz)		NE(mHz)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	10.24±1.52	11.46±1.45 ^{ab}	7.35±1.15	6.26±0.08 ^{ab}
对照组	10.25±1.51	10.87±1.04 ^a	7.36±1.13	6.77±0.21 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

2.2 两组睡眠质量比较

治疗后观察组 PSQI、ISI 评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组睡眠质量比较($\bar{x}\pm s, n=44$)

组别	PSQI 评分(分)		ISI 评分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	18.73±1.55	5.34±0.71 ^{ab}	25.49±1.24	9.73±1.16 ^{ab}
对照组	18.70±1.58	10.56±1.25 ^a	25.50±1.22	15.29±1.24 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

2.4 两组生存质量及情绪改善情况比较

治疗后观察组 WHOQOL-BREF 评分较对照组高,观察

组 HAMD 评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组生存质量及情绪改善情况比较 ($\bar{x} \pm s, n = 44$)

组别	WHOQOL-BREF 评分(分)		HAMD 评分(分)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	55.32±1.88	86.75±1.59 ^{ab}	45.87±1.22	13.45±1.31 ^{ab}
对照组	55.35±1.86	76.32±2.15 ^a	45.90±1.19	20.98±1.55 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

2.5 两组不良反应发生率比较

观察组出现头痛 2 例,恶心 1 例,皮疹 2 例,对照组出现头痛 2 例,两组不良反应发生率 11.4%、4.5% 比较无显著差异 ($\chi^2 = 1.397, P > 0.05$)。

3 讨论

西医认为失眠症病因在于大脑边缘系统、周围植物神经功能紊乱、日间认知功能障碍,有研究发现失眠症与抑郁症在症状层次、疾病层面上均有密切关系,因此在治疗失眠症时应从改善其睡眠质量与抑郁情绪等方面入手^[9]。失眠症在《内经》中又被称为“不得卧”“不得眠”“目不瞑”,中医认为其病机为脏腑功能紊乱、气血亏虚、阴阳失调,其中气滞血瘀型常见,气血两虚型次之,阴虚内热型再次,亦有肝火上炎型、阳气虚弱型、痰火上扰型,对于气血两虚型,多责于患者忧思过度耗伤气血,气血亏虚则心神失养,出现脾气虚弱、血不养心之象^[10-12]。近年来西医治疗睡眠的研究取得很大进展,但因存在不良反应而未能达到满意疗效,中医药素有辨证治疗优点,因此在治疗气血亏虚失眠症上衍生出许多中药汤方,但较少从益气补血、健脾养心入手^[13]。归脾汤为白术、人参、黄芪、当归、甘草、茯苓、远志、酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣组成的补益剂、补血剂,具有益气补血、健脾养心之效,有研究发现归脾汤加减化裁治疗慢性疲劳综合征的总有效率达 91.1%,但其在气血两虚型失眠患者中应用研究较少,而补中益气汤是中医补益名方,具有补中益气、升阳举陷之效,主治脾虚气陷症,用于气血两虚型失眠药症相对,有研究显示应用补中益气汤治疗失眠疗效达 94.34%,因此推测将归脾汤结合补中益气汤化裁可能提高疗效^[14-15]。

孟祥月等^[16]采用归脾汤加减配合脑功能治疗仪治疗心脾两虚型不寐 32 例,结果显示临床治疗总有效率为 93.75%,王东岩等^[17]采用针刺配合推拿治疗失眠患者 40 例,结果显示观察组治疗有效率(95%)较对照组(75%)高,两组治疗后 PSQI 评分各成分及总分对比差异均有显著性,本研究将归脾汤合中医补益名方补中益气汤,自拟益气补血归脾汤治疗气血两虚型失眠患者 88 例,结果显示观察组治疗有效率明显高于对照组,观察组治疗后睡眠质量、抑郁及神经递质水平较对照组明显改善,而两组不良反应发生率比较无统计学意义,这与上述研究结果相似,因此归脾汤化裁治疗气血两虚型失眠患者效果较好,能有效辅助中医针刺推拿法提高西药对失眠患者神经递质 5-HT、NE 的改善作用,进而降低 PSQI、ISI 评分,使其睡眠结构恢复正常,且不会增

加不良反应,考虑可能是因为自拟益气补血归脾汤根据归脾汤及补中益气汤化裁而来,同用参、芪、术、草以益气补脾,前者以补气药配伍养心安神药,意在心脾双补,后者为补气药配伍升阳举陷药,意在补气升提,两者联合得益气补血归脾汤,方中人参味甘微苦,入脾肺心经,可大补元气,复脉固脱,补脾益肺,生津安神,携黄芪、白术、甘草益气补脾;当归养血补心;龙眼肉补益心脾、养血安神;茯苓、远志、酸枣仁宁心安神;大枣补中益气、养血安神;木香行气止痛、健脾消食;生姜回阳通脉、温肺化饮,甘草调和药性,诸药共奏益气补血、健脾养心之效,故气血两虚型失眠得治。

综上,自拟益气补血归脾汤治疗气血两虚型失眠患者可有效改善其 PSQI、ISI、WHOQOL-BREF 评分,对其抑郁情绪及神经递质水平亦有积极调节作用,值得在临床推广应用。

参 考 文 献

- [1] 潘维梅. 中医护理干预对 2 型糖尿病失眠患者血糖及睡眠质量指数的影响[J]. 西部中医药, 2014, 27(5): 120-121, 122.
- [2] 王志丹, 陈少玫. 失眠症中西医疗研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(3): 355-356.
- [3] 滕飞燕, 蒋钦云, 黄艳娜, 等. 近年来中医药治疗失眠进展综述[J]. 世界中医药, 2013, 8(7): 836-839.
- [4] 古春青, 张慧俭, 任珊, 等. 归脾汤加减治疗失眠临床研究[J]. 中医学报, 2014, 29(4): 582-583.
- [5] 果春雨. 归脾汤治疗不寐之心脾两虚证疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2013, 22(23): 2581-2583.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [7] 李超群, 李秀玉. 加味小柴胡汤联合米氮平治疗成人慢性失眠 36 例[J]. 环球中医药, 2016, 9(4): 476-478.
- [8] 马杰, 严骅, 徐燕, 等. 通督宁神方治疗督脉失和型失眠 48 例临床观察[J]. 中医杂志, 2016, 57(11): 933-937.
- [9] 张继辉, 刘亚平, 潘集阳, 等. 失眠与抑郁关系 2008-2013 年研究进展及存在问题[J]. 中国心理卫生杂志, 2015, 29(2): 81-86.
- [10] 陈聪, 宋咏梅. 基于现代中医医案的失眠辨证规律分析[J]. 安徽中医药大学学报, 2014, 33(3): 6-8.
- [11] 凌燕, 洗绍祥, 刘树林, 等. 古代医家对失眠病因病机的认识[J]. 长春中医药大学学报, 2014, 30(1): 169-172.
- [12] 潘超, 郑丰杰. 刘景源教授应用经方辨治失眠经验述要[J]. 环球中医药, 2016, 9(4): 467-469.
- [13] 李海聪, 杨毅玲, 李求兵, 等. 中医药治疗老年顽固性失眠及改善患者生存质量的临床研究[J]. 世界睡眠医学杂志, 2014, 1(2): 82-88.
- [14] 曹建恒. 归脾汤加减治疗慢性疲劳综合征 45 例[J]. 四川中医, 2005, 23(6): 54.
- [15] 王晓燕. 补中益气汤治疗失眠随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(1): 42-43.
- [16] 孟祥月, 牛壹飞, 史宇航, 等. 归脾汤加减配合脑功能治疗仪治疗心脾两虚型不寐 32 例[J]. 吉林中医药, 2013, 33(11): 1133-1134.
- [17] 王东岩, 王俊涛, 董旭, 等. 针刺配合推拿对失眠患者睡眠质量改善程度的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(8): 5-7.

(收稿日期: 2017-01-31)

(本文编辑: 禹佳)