

黄连温胆汤合松郁安神方治疗痰热内扰兼肝郁型失眠症 59 例

肖绍坚¹,高毅东¹,王志汕²,黄俊山^{3*}

(1.福建中医药大学附属第三人民医院,福建 福州 350108;

2.福建中医药大学附属人民医院,福建 福州 350004;3.福建省中医药科学院,福建 福州 350003)

摘要: 目的 探讨黄连温胆汤合松郁安神方治疗痰热内扰兼肝郁型失眠症的疗效。方法 选取在福建中医药大学附属第三人民医院就诊的痰热内扰兼肝郁型失眠症门诊患者 124 例,根据随机数字表法分为治疗组和对照组各 62 例,治疗过程中治疗组脱落 3 例,对照组脱落 2 例。对照组口服佐匹克隆片,治疗组在对照组治疗基础上加服黄连温胆汤合松郁安神方,2 组疗程均为 14 d,观察 2 组疗效及治疗前后匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)量表积分及入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数变化情况,并观察 2 组不良反应。结果 治疗组有效率为 96.61%,明显高于对照组的 83.33%($P < 0.05$);与治疗前比较,治疗后 2 组 PSQI 量表积分均明显减低,治疗组减低程度大于对照组($P < 0.05$);与治疗前比较,治疗后 2 组入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数均明显改善($P < 0.05$),治疗组改善程度较对照组更显著($P < 0.05$);2 组均未见明显的不良反应。结论 黄连温胆汤合松郁安神方治疗痰热内扰兼肝郁型失眠症,疗效满意,能明显改善患者睡眠质量的各项指标。

关键词: 失眠症;痰热内扰;肝郁;黄连温胆汤;松郁安神方

中图分类号:R256.23

文献标志码:B

文章编号:1000-338X(2020)06-0009-02

DOI:10.13260/j.cnki.jfjtc.012118

失眠症是以频繁而持续的入睡困难和(或)睡眠维持困难并导致睡眠感不满意为特征的睡眠障碍^[1]。我国成人失眠发生率约为 38.2%^[2],长期失眠严重影响人们的正常工作和生活,并可导致焦虑、抑郁等精神方面的疾病,还会降低人体的免疫力,诱发眩晕、心悸、中风等多种病症^[2]。

目前,西医治疗失眠症以口服镇静催眠药物为主,但长期服用容易产生一些毒副作用,如药物依赖性、戒断性反应等,部分患者还会出现眩晕、疲乏、口干、便秘等不良反应。而中医药治疗失眠症有独特的优势,不仅疗效显著,且毒副作用少。近年来,笔者采用黄连温胆汤合松郁安神方治疗痰热内扰兼肝郁型失眠症患者 62 例,疗效满意,现总结如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 失眠症诊断标准参照《中国失眠症诊断和治疗指南》^[1]。

1.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]辨为痰热内扰型兼肝郁证,主症:入睡困难,

多梦易醒,胸闷脘痞,情志不舒;次症:痰多,头晕目眩,心情抑郁,口苦,善太息,胸胁胀满疼痛;舌脉:舌质红,苔黄腻,脉弦数。具备 4 个主症及舌脉,兼有 2~3 个次症,即可诊断。

1.3 纳入标准 ① 年龄 18~65 岁;② 患者知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 ① 有严重的精神障碍疾病者;② 1 周之内有服用对睡眠有影响的药物者;③ 有严重心、肝、肾功能不全患者;④ 妊娠期或哺乳期妇女;⑤ 治疗依从性差、配合度低,无法顺利完成治疗疗程者。

1.5 一般资料 选取 2017 年 7 月—2019 年 7 月在福建中医药大学附属第三人民医院门诊就诊的痰热内扰兼肝郁型失眠症患者 124 例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组各 62 例,治疗过程中治疗组脱落 3 例,对照组脱落 2 例。2 组性别、年龄、病程、匹兹堡睡眠质量指数^[4](PSQI)量表积分比较,无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表 1。

表 1 2 组一般情况比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	男	女	年龄/岁	病程/月	PSQI 量表积分/分
治疗组	59	27	35	37.34 ± 13.47	15.02 ± 4.56	15.76 ± 2.39
对照组	60	29	33	42.26 ± 11.73	14.71 ± 4.91	15.23 ± 2.99

2 治疗方法

2.1 对照组 参照《中国失眠症诊断和治疗指南》^[1]推荐的诊疗方案:佐匹克隆片(吉林金恒制药股份有限公司) 7.5 mg 口服,每天 1 次,临睡前服,连续

治疗 2 周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加服黄连温胆汤合松郁安神方加减,组成:黄连 6 g,法半夏 10 g,竹茹 10 g,枳实 6 g,陈皮 10 g,甘松 10 g,郁金 10 g,茯苓 15 g,北柴胡 10 g,合欢皮 15 g,酸枣仁 15 g,夜交藤 30 g,炙甘草 6 g。随症加减:眩晕者加天麻 10 g,石决明 15 g,珍珠母 30 g;脘腹胀满、纳呆者加川厚朴 10 g,焦麦芽各 30 g,建神曲 10 g;大便

收稿日期:2020-08-15

作者简介:肖绍坚(1967—),男,副主任医师,硕士生导师,主要从事老年病中西医结合临床工作。

通信作者:黄俊山(1958—),男,主任医师,教授,医学博士,博士生导师。E-mail:hjshan0825@126.com

秘结者加火麻仁 15 g,瓜蒌仁 15 g,生大黄 6 g。中药由福建中医药大学附属第三人民医院煎药室代煎,1剂煎成2袋,180 mL/袋,每次1袋,1d2次,早晚饭后服用,连续治疗2周。

2组均遵守以下医嘱:①保持精神舒畅,情绪稳定;②劳逸结合,避免过度劳作;③定时就寝,养成良好的睡眠习惯;④服药期间,忌食肥甘厚味,慎饮浓茶、咖啡,戒烟酒。

2.3 观察指标

2.3.1 睡眠质量评估 ①采用PSQI量表积分评估^[4]。PSQI量表分为18个条目、7个成份,每个成份按0~3等级由高到低分别记为3、2、1、0分,累积各成份得分即为PSQI量表积分,分值为0~21分,分值越高,说明睡眠质量越差。治疗前1天及治疗后1天各测评1次。②治疗前后对患者入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数进行记录。

2.3.2 疗效判定标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[3]制定。痊愈:睡眠恢复正常或夜间睡眠时间达6h以上,睡眠深,醒后精神饱满,临床症状消失;显效:睡眠时长有明显改善,或睡眠时长增加3h以上,临床症状得到明显改善;有效:睡眠有所好转,但总睡眠时间较前增加不足3h,临床症状减轻;无效:睡眠无明显改善或反而加重,临床症状无改善。

2.3.3 安全性观察 治疗前后检测2组血常规、肝功能、肾功能三项指标,并观察记录治疗期间2组不良反应情况。

表4 治疗前后2组入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	睡眠时间/h	入睡时间/min	入睡后觉醒次数/次
治疗组	59	治疗前	5.03±0.54	56.98±7.54	2.01±1.04
		治疗后	6.12±1.04 ¹⁾²⁾	20.78±3.19 ¹⁾²⁾	0.89±0.40 ¹⁾²⁾
对照组	60	治疗前	5.01±0.51	56.96±7.48	2.19±1.15
		治疗后	5.46±1.12 ¹⁾	43.08±4.74 ¹⁾	1.13±0.53 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

3.5 安全性观察 在治疗前后2组血常规、肝功能、肾功能检测均无异常。治疗期间对照组出现头晕2例,治疗组出现头晕1例、胃肠道轻度不适反应1例,均休息后症状缓解,余无不良反应。

4 讨论

中医学将失眠症称为“不寐”“目不瞑”或“不得卧”等,其基本病机为阳盛阴衰,阴阳失交,阴盛不能入阳,阳盛不能入阴^[5]。黄俊山教授认为“失眠是一种特殊类型的心理疾患,是阴阳气不相顺接导致,其病位在心,但与肝脏关系最为密切”^[6]。当前社会生活节奏加快,工作、家庭各种压力大,人们多情志不畅、紧张焦虑,肝木郁结,久则化火;又因饮食不节,损伤脾胃,脾失健运,水湿内停,酿生痰热,邪火痰热内扰心神,故不得安寐^[5]。故临床上失眠症患者以痰热内扰兼肝郁证多见,因而笔者方选用黄连温胆汤合松郁安神方治疗。

黄连温胆汤具有清热燥湿、化痰和中之功,在

2.4 统计学方法 采用SPSS 26.0进行数据处理。计量数据符合正态分布的进行Welch's t 检验分析,不符合正态分布的进行 U 检验分析;计数资料采用 χ^2 检验。

3 治疗结果

3.1 脱落情况 治疗过程中治疗组脱落3例,对照组脱落2例,最终完成治疗119例,其中治疗组59例,对照组60例。

3.2 2组疗效比较 见表2。

表2 2组疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	有效率/%
治疗组	59	22	24	11	2	96.61 ¹⁾
对照组	60	15	19	16	10	83.33

注:与对照组比较,1) $P<0.05$ 。

3.3 治疗前后2组PQSI量表积分比较 见表3。

表3 治疗前后2组PSQI量表积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	时间	PSQI量表积分/分
治疗组	59	治疗前	15.78±2.42
		治疗后	5.53±1.55 ¹⁾²⁾
对照组	60	治疗前	15.34±2.91
		治疗后	6.97±2.13 ¹⁾

注:与治疗前比较,1) $P<0.05$;与对照组比较,2) $P<0.05$ 。

3.4 治疗前后2组入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数比较 见表4。

清朝陆廷珍所著的《六因条辨》中记载,其主治“心胆虚怯,触事易惊,或梦寐不祥,或异象惑……坐卧不安”。现代药理研究表明:黄连温胆汤治疗失眠是通过调节大脑兴奋性和抑制性氨基酸的平衡以达到治疗效果。其中黄连具有抑制单胺氧化酶的作用,通过释放5-羟色胺从而达到抗焦虑、抗抑郁从而治疗失眠症^[7];半夏通过抑制神经末梢与神经通路的传导而达到镇静安神的目的^[8]。松郁安神方系福建省名中医黄俊山教授的经验方,有疏肝解郁、养血安神功效,笔者曾运用此方治疗肝气郁结型失眠症取得良好疗效。有研究表明该方可提高大鼠海马组织中5-HT_{1A}R、cAMP及PKA含量,从而改善失眠症状^[9]。黄连温胆汤合松郁安神方功能清热化痰、疏肝解郁、养血安神,故本研究采用本方治疗痰热内扰兼肝郁型失眠症,疗效满意。

本研究结果表明:与单用西药治疗相比,联合
(下转第13页)

络中医证型较多的是风痰阻络证和气虚血瘀证,阴虚风动证、肝阳暴亢证和痰热腑实证较少。风痰阻络证患者病变部位在内囊基底节最多,且以腔隙性脑梗死为主,这是由内囊基底节的解剖特点决定的。内囊基底节区主要由豆纹动脉供血,豆纹动脉细少,呈直角发出,而且缺乏侧支吻合,容易闭塞引起缺血,从而导致腔隙性脑梗死。基底节区病变的临床表现是运动异常和肌张力变化,风痰阻络证的临床表现是手足麻木、口眼歪斜、半身不遂。两者类似,这也诠释了中经络辨证分型与发病部位的关系^[4]。气虚血瘀证患者病变部位多发生于脑叶,以中小面积脑梗死为主。阴虚风动证多由肝肾阴虚,水不涵木,筋脉失养,或者肝阳内动,风痰瘀阻而致。肝阳暴亢证作为中风的基础证,很少单独出现,常兼有合并症,故搜集到的病例较少。痰热腑实证往往是由病邪深重,风痰上扰,腑气不通所致。急性期缺血性中风中经络患者 MR 影像学的病灶面积以腔隙性脑梗死最多,其次是中小面积脑梗死,大面积脑梗死最少。

3.2 急性期缺血性中风中经络中医证型与 MR 影像学表现的相关性 急性期缺血性中风的临床表现由脑梗死的病变部位和面积大小决定,而缺血性中风辨证分型以患者临床表现为基础,因此探讨缺血性中风的颅脑 MR 影像学表现与中医证型相关性具有重大的意义。缺血性中风的病理基础是病灶水肿^[5],这也是 MR 诊断基础。脑血管阻塞导致脑组织缺血缺氧,进而导致脑组织形态及功能的损伤^[6]。MR 能准确地判断脑梗死病灶部位、大小、数量、临床分期及病理生理改变^[7],已成为临床诊治中风病的亮点,也是研究的热点。不少学者对缺血性中风中经络辨证分型与 MR 影像学表现的相关性进行了研究,采用了不同的影像检查方法,得出的结论也有所争议。陈永芊^[8]研究中风中经络患者的辨证分型与 CT、MR 影像表现的相关性,结果显示病变部位与中经络中医证型有关,风痰阻络证病灶部位

多集中于基底节区,气虚血瘀证病灶以脑叶较为多见。李宝然^[1]研究显示缺血性中风气虚血瘀证患者病灶多位于脑叶,风痰阻络证多位于内囊基底节,病变大小与辨证分型具有一定的相关性。王振强等^[9]运用 MR 弥散加权成像探讨中医证型与 MR 弥散加权成像 ADC 值的变化关系,结果显示 ADC 值的变化与不同中医证型具有一定的相关性。本研究结果显示:MR 影像学表现的病变部位、面积大小与风痰阻络证及气虚血瘀证关系密切。但肝阳暴亢证、痰热腑实证和阴虚风动证收集的病例样本数较少,这是本研究的不足之处,还需要进一步扩大样本量,深入研究。

综上所述,急性期缺血性中风中经络中医证型的 MR 影像学表现具有特征性,可为临床更有效地辨治缺血性中风,降低致死率、致残率,提高患者的生存质量提供客观的参考依据^[10]。

参考文献

- [1] 李宝然. 缺血性中风中经络辨证分型与颅脑影像学征象的相关性研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(9): 1010-1012.
- [2] 中华医学会第四次全国脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [4] 刘宇慧, 陈阳, 陶弘武, 等. 缺血性中风中经络中医辨证 MRI 研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(6): 190-193.
- [5] 卑贵光, 李松柏, 马虹, 等. 脑梗死非溶栓治疗出血性转化的 MR 分型与预后相关性研究[J]. 中国临床医学影像杂志, 2011, 22(8): 533-536.
- [6] 梁诗文, 陶弘武, 苏琦. 中风中经络中医辨证 MRI 研究[J]. 辽宁中医药大学学报, 2015, 17(3): 157-159.
- [7] 韦勇, 邓丹琼, 张庭庭, 等. 热带地区急性缺血性中风中医证型与 DWI 脑梗死容积关系研究[J]. 海南医学, 2015, 26(5): 676-678.
- [8] 陈永芊. 中风中经络辨证类型与 CT、MRI 影像诊断的关系[J]. 中医药导报, 2014, 20(9): 66-68.
- [9] 王振强, 李雪云. 缺血性中风患者急性期 DWI 影像 ADC 值与中医证候的关系探讨[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2011, 9(5): 391-393.
- [10] 严文广, 黄政德. 缺血性脑卒中中西医治疗的现状及展望[J]. 中国临床康复, 2004, 8(34): 7780-7781.

(上接第 10 页)

使用中药治疗失眠症在疗效和降低 PSQI 量表积分上改善明显, 治疗后 2 组入睡时间、睡眠时间、入睡后觉醒次数均较治疗前改善明显, 且治疗组改善程度更显著。这说明黄连温胆汤合松郁安神方能够更好地改善痰热内扰兼肝郁型失眠症患者的睡眠质量, 提高临床疗效。

治疗体会: ① 失眠症是一种慢性病, 疗程长, 易反复, 医者应加强与患者沟通, 进行心理疏导, 鼓励患者树立战胜疾病信心。② 失眠症患者多伴抑郁、焦虑症, 多属肝郁气滞证, 在辨证下使用疏肝理气药物可增强疗效。③ 重镇安神之品质重碍胃, 脾胃虚弱者, 不宜久服。④ 加强饮食、运动与治疗相配合, 可提高疗效, 缩短疗程。

参考文献

- [1] 韩芳, 唐向东, 张斌. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志, 2017, 97(24): 1844-1856.

- [2] 李勇, 李恒飞. 调任通督针法联合疏肝安神汤治疗失眠的疗效及对 5-羟色胺和多巴胺水平的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2017, 26(32): 3561-3564.
- [3] 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: 20.
- [4] 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]. 中华精神科杂志, 1996, 29(2): 103-107.
- [5] 周仲英. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 154-160.
- [6] 沈银河, 赵欢欢, 黄真花. 黄俊山教授从肝论治失眠临床经验[J]. 亚太传统医药, 2015, 11(2): 77-78.
- [7] 尹丽丽. 黄连的药理作用及现代研究进展[J]. 中医临床研究, 2016, 28(8): 144-146.
- [8] 姚军强. 半夏的药理作用及其临床配伍运用[J]. 中医研究, 2013, 26(2): 4-7.
- [9] 李璟怡, 黄俊山, 陈沁, 等. 松郁安神方对失眠大鼠海马 cAMP/PKA 信号通路的影响[J]. 北京中医药大学学报, 2020, 43(3): 212-217.