

半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型失眠的疗效评价

贺梅娟

(北京市丰台区卢沟桥社区卫生服务中心,北京 100141)

【摘要】目的:研究脾胃湿热型失眠患者行半夏泻心汤加减治疗的效果。**方法:**数据取自本院2019年3月~2021年9月收治的84例脾胃湿热型失眠患者,“随机取样法”分基础组(西医治疗,n=42)、研讨组(半夏泻心汤加减,n=42),2组疗效比较。**结果:**用药前比较2组中医症状积分、睡眠质量无差异,用药后比较2组不良反应也无差异, $P>0.05$;用药后与基础组比较,研讨组中医症状积分、PSQI评分更低;研讨组总有效率(95.24%)高于基础组(80.00%), $X^2=4.764$, $p=0.029$, $P<0.05$ (具有统计学意义)。**结论:**半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型失眠可减缓不适程度、改善睡眠质量,提高临床疗效、保证用药安全,值得推崇。

【关键词】半夏泻心汤加减;脾胃湿热型;失眠;中医症状积分;睡眠质量

【中图分类号】R256.32

【文献标识码】B

【文章编号】1672-3783(2022)04-10-180-03

临床常见神经内科病症为失眠,是指:患者不能获得正常睡眠,或睡眠不深、易惊醒、醒后难入睡等^[1],具患病率高、病程长及预后差等特点,分析病因尚未明,可能与遗传、睡眠环境差、睡眠不规律及心理压力等因素有关,多在焦虑症、抑郁症人群中发生^[2],患病后表现为时睡时醒、入睡困难等临床症状,若疾病持续进展,则影响日常生活、工作,故早期提供针对性治疗是关键。崔志江^[3]证实,目前治疗此病以艾司唑仑为主,其为苯二氮卓类药,具备抗焦虑、镇静催眠效果,协助患者消除烦躁、紧张等症状,利于改善睡眠质量,但长期用药易引起副作用、影响疾病恢复,未获得患者青睐认可,鉴于此,本文选择本院2019年3月~2021年9月收治的84例脾胃湿热型失眠为对象,分析半夏泻心汤加减治疗脾胃湿热型失眠的价值,汇总:

1 资料和方法

1.1 基线资料

将本院2019年3月~2021年9月收治的84例脾胃湿热型失眠患者纳入研究,研讨组(42例):男女比例23:19,年龄35~64岁,均值(48.53±2.67)岁;病程1~3年,均值(1.85±0.27)年;BMI值19~26kg/m²,均值(23.54±0.41)kg/m²;基础组(42例):男女比例24:18,年龄36~65岁,均值(48.61±2.54)岁;病程1~4年,均值(1.98±0.35)年;BMI值18~25kg/m²,均值(23.42±0.39)kg/m²。 $P>0.05$ 、可比较。患者知情、签署“知情同意书”,经伦理委员会审批同意。

【西医诊断标准】①与《中医精神障碍分类与诊断标准(第3版)》^[4]诊断标准相符;②呈入睡慢、入睡困难、早醒及日渐困倦乏力等表现;③失眠次数>3次/周,持续时间>1个月;④24h内睡眠时间<5h;

【中医诊断标准】①与《中医病症诊断疗效标准》^[5]相符,

证型为脾胃湿热型;②主症为容易醒、睡眠不踏实、睡眠状况不佳及口干、口苦;③次症为头部昏沉、尿黄灼热、黏滞不爽、胸闷暖气等;④舌红苔黄腻、脉滑数;

【纳入标准】①与上述中西医诊断标准相符;②年龄范围35~65岁、病程>1月;③可独立交流沟通;④干预前2周内未行任何治疗;⑤有完整资料。

【排除标准】①身体及心理疾病引起继发性失眠;②近3个月内曾接受其他临床试验;③心肝肾功能异常;④伴传染性疾病、恶性肿瘤;⑤酗酒、药物滥用及药物依赖史;⑥用药禁忌症;⑦严重精神-心理疾病;⑧中途转院。

1.2 方法

基础组(西医治疗):给予患者单次口服1mg艾司唑仑(厂家:广东台城制药股份有限公司,国药准字H44021098,规格20mg),1次/d,睡前30min服用。

研讨组(半夏泻心汤加减):涉及中药材有:桑白皮、法半夏、黄芩、藿香、苍术、茯苓、厚朴、小通草、党参各10g,干姜、黄连及炙甘草各3g,滑石20g,上述中药材清水煎煮取汁300ml,早晚餐后30min服用,1剂/d。

2组持续治疗时间均为3周。

1.3 观察指标

中医症状积分:参考“中药新药临床研究指导原则^[6]”,涉及入睡困难、入睡慢、困倦乏力及头昏脑胀,各维度总分0~3分,0分为无,1分为轻度,2分为中度,3分为重度,得分越低越好。

睡眠质量:参考“匹兹堡睡眠质量指数^[7](PSQI)”,涉及睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍及催眠药物,各维度总分21分,得分越低越好。

临床疗效:显效:症状消退,PSQI减分率75%~100%,睡

眠恢复正常;有效:症状减缓,PSQI减分率50%-74%,睡眠基本恢复正常;无效:未达上述标准且病情加重,有效率

$$= \frac{(\text{显效} + \text{有效})\text{例数}}{42} \times 100\%$$

不良反应:记录2组出现白天嗜睡、心慌气短及四肢乏力的例数。

1.4 统计学方法

excel表整理,SPSS22.0软件分析,计量资料均数±标准差($\bar{x} \pm s$),t检验。计数资料构成比[n(%)], χ^2 检验。检验水准P=0.05。

2 结果

2.1 中医症状积分

用药前比较2组中医症状积分无差异,P>0.05;与用药前比较,用药后中医症状积分下降,且研讨组低于基础组(P<0.05),见表1。

表1 中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	入睡困难				入睡慢			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=42)	2.34±0.32	0.72±0.11*#	31.027	<0.05	2.41±0.39	0.69±0.17*#	26.201	<0.05
基础组(n=42)	2.31±0.29	1.25±0.31*	16.183	<0.05	2.45±0.35	1.18±0.25*	19.136	<0.05
t	0.450	10.442	--	--	0.495	10.504	--	--
p	0.654	<0.05	--	--	0.622	<0.05	--	--
组别	困倦乏力				头昏脑胀			
用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p	
研讨组(n=42)	2.47±0.35	0.54±0.15*#	32.847	<0.05	2.26±0.29	0.61±0.17*#	31.810	<0.05
基础组(n=42)	2.45±0.32	1.38±0.29*	16.057	<0.05	2.25±0.24	1.24±0.23*	19.691	<0.05
t	0.273	16.673	--	--	0.172	14.275	--	--
p	0.785	<0.05	--	--	0.864	<0.05	--	--

注:组内比较,*P<0.05;组间比较,#P<0.05。

2.2 睡眠质量

用药后PSQI评分下降,且研讨组低于基础组(P<0.05),见表2。

用药前比较2组睡眠质量无差异,P>0.05;与用药前比较,

表2 睡眠质量比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	睡眠时间				睡眠效率			
	用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p
研讨组(n=42)	16.24±3.21	7.12±2.19*#	15.210	<0.05	14.39±3.34	6.14±2.05*#	13.643	<0.05
基础组(n=42)	16.22±3.19	12.34±2.35*	6.346	<0.05	14.42±3.48	10.25±2.17*	6.590	<0.05
t	0.029	10.531	--	--	0.040	8.923	--	--
p	0.977	<0.05	--	--	0.968	<0.05	--	--
组别	睡眠障碍				催眠药物			
用药前	用药后	t	p	用药前	用药后	t	p	
研讨组(n=42)	15.84±3.39	5.35±2.11*#	17.025	<0.05	17.34±3.12	8.12±2.09*#	15.911	<0.05
基础组(n=42)	15.75±3.42	11.23±2.29*	7.117	<0.05	17.28±3.19	13.69±2.45*	5.784	<0.05
t	0.121	12.238	--	--	0.087	11.209	--	--
p	0.904	<0.05	--	--	0.931	<0.05	--	--

注:组内比较,*P<0.05;组间比较,#P<0.05。

2.3 临床疗效

与基础组比较, 研讨组有效率更高 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 临床疗效比较 [(n), %]

组别	显效	有效	无效	有效率
研讨组 (n=42)	31(73.81)	9(21.43)	2(4.76)	40(95.24%)
基础组 (n=42)	22(52.38)	10(23.81)	10(23.81)	32(80.00%)
χ^2	--	--	--	4.764
p	--	--	--	0.029

2.4 不良反应

2 组比较不良反应发生率无差异 ($P > 0.05$), 见表 4。

表 4 不良反应比较 [(n), %]

组别	白天嗜睡	心慌气短	四肢乏力	发生率
研讨组 (n=42)	1(2.38)	1(2.38)	0(0.00)	2(4.76%)
基础组 (n=42)	0(0.00)	2(4.76)	1(2.38)	3(7.14%)
χ^2	--	--	--	0.213
p	--	--	--	0.645

注: 2 组经停药或对症处理后, 不良反应均消失。

3 讨论

中医学认为^[8], 脾胃湿热型失眠的病机为中焦失运、湿热扰神, 患者情志过极、饮食所伤及思虑过度则有损脾胃、湿热团聚, 情志急躁、素体湿热则易湿热阻滞中焦, 熏蒸扰神难眠, 且繁多思虑、过极情绪及不健康饮食起居, 则引起脾胃不和、脾胃虚弱, 外来湿热易乘、内有湿热中生, 且食用寒凉食物易伤胃, 导致胃失通降、气机受阻, 则熏蒸扰神难眠, 故需以健脾安神、清热祛湿治疗为主。有文献报道, 半夏泻心汤加减用于脾胃湿热型失眠治疗中具有可行性, 分析发现: ①其出自张仲景的《伤寒论》, 其中君药为法半夏, 具有和胃降逆、消痞散结、交通阴阳功效; 干姜有辛温、温中散寒功效; 黄芩、黄连有苦寒泄热功效; 党参有补脾益气、甘温益气功效; 炙甘草有补脾和中、调和诸药功效, 诸药联合有寒热平调、气机得调及阴阳平和作用;

②现代药理学表明^[9], 半夏泻心汤可调节脑内 5-HT 含量, 增强安神、镇静效果, 调节机体免疫、使觉醒下降, 趋近于平和秩序, 促进患者深睡眠、提高失眠治疗效果, 并提高药物使用效率、减轻不适程度, 在发挥疗效的同时、保证用药安全, 减少副作用发生、利于促进疾病恢复、改善预后效果, 疗效较理想。

本研究示: ①研讨组中医症状积分低于基础组 ($P < 0.05$), 分析: 患者因入睡慢、入睡困难等表现, 影响日常生活, 故半夏泻心汤治疗可减轻病情、促进其回到日常生活, 减缓病情; ②研讨组 PSQI 评分低于基础组 ($P < 0.05$), 分析: 患者因失眠导致身心状态欠佳, 影响睡眠质量, 故半夏泻心汤治疗可改善睡眠质量, 促进治疗进展顺利; ③ 2 组比较不良反应占比无差异 ($P > 0.05$), 分析: 受个体差异影响, 不同患者用药后有副作用, 影响疾病恢复, 故半夏泻心汤治疗可保证用药安全性, 避免副作用发生, ④研讨组较基础组有效率更高 ($P < 0.05$), 说明本文与张红艳^[10]文献相似, 故半夏泻心汤治疗可提高疗效、缩短疗程, 减轻患者经济负担, 具实践价值。

综上所述: 脾胃湿热型失眠患者行半夏泻心汤加减治疗

可减缓不适症状、提高睡眠质量, 增强疗效的同时、保证用药安全, 效果显著。

参考文献

- [1] 王诗恒, 刘剑锋, 秦培洁, 等. 半夏泻心汤治疗失眠症的研究进展与临床经验概述 [J]. 海南医学院学报, 2021, 27(19): 1517-1520.
- [2] 张芳华. 半夏泻心汤合黄连温胆汤及劳拉西泮治疗顽固性失眠临床观察 [J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(8): 1047-1048.
- [3] 崔志江. 加味半夏泻心汤膏方与汤剂治疗不同体质失眠人群的疗效分析 [J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(24): 10-46.
- [4] 徐楚楚, 罗梦雪, 方霜霜, 等. 基于网络药理学探讨半夏泻心汤 "异病同治" 慢性萎缩性胃炎和失眠共同作用机制 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(9): 118-124.
- [5] 阎加民, 史玉梅, 朱世丽, 等. 网络式失眠认知行为疗法联合艾司唑仑对慢性失眠患者的临床疗效 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2021, 30(12): 1089-1094.
- [6] 张福琴, 钟华, 朱利莉, 等. 臭氧大自血疗法联合艾司唑仑对失眠症患者临床疗效、睡眠质量及生活质量的影响 [J]. 解放军医学杂志, 2020, 32(12): 90-93.
- [7] 李鹏, 范振威, 张敏. 艾司唑仑联合八段锦治疗脑卒中患者失眠、焦虑及抑郁的效果研究 [J]. 中华养生保健, 2021, 39(4): 157-158.
- [8] 阮娟娟, 魏霞. 艾司唑仑联合自拟黄连清热化痰方对痰热内扰型卒中后失眠患者生活质量的影响 [J]. 承德医学院学报, 2021, 38(4): 314-317.
- [9] 薛凤玲, 段丽君. 归脾汤联合艾司唑仑对心脾两虚型亚健康失眠症患者睡眠和生命质量的影响 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(3): 422-423.
- [10] 张红艳, 池发斌, 张宁等. 艾司唑仑联合黄连阿胶汤加减对脑卒中后失眠血亏阴虚证大鼠的影响 [J]. 中成药, 2019, 41(6): 1403-1406.