

辨证治疗失眠的临床体会

孙巧云 穆秀华 李爱华

(山东省即墨市人民医院 即墨 266200)

摘要:目的:探讨更有效治疗失眠的方法。方法:将 120 例门诊患者随机分为两组。治疗组 61 例按辨证分为肝郁化火型(14 例)、痰火扰心型(13 例)、阴虚火旺型(9 例)、心脾两虚型(12 例)、心胆气虚型(8 例)、血脉瘀阻型(5 例),分别应用丹栀逍遥散、黄连温胆汤、黄连阿胶汤、归脾汤、安神定志丸、血府逐瘀汤加减,每日 1 剂,早、晚煎服,连服 20d 为 1 个疗程。对照组不进行分型治疗,全部用阿普唑仑片 0.4mg,严重者加服三唑仑片 0.25mg,睡前 1h 服。1 周后复诊根据改善情况加减用量。两组均于第 40 日观察结果,进行比较。结果:治疗组总有效率为 90.16%,对照组为 72.88%,两组疗效经统计学处理,差异有显著性意义($P < 0.01$),治疗组无 1 例出现副作用。结论:中药治疗失眠相对于西药来讲,具有副作用少、疗效持久、不易反复、远期疗效显著的特点,值得推广。

关键词:失眠;中医药疗法;辨证分型;临床体会

中图分类号:R 256.23

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0068-03

失眠,《内经》又称“不得卧、不得眠、目不瞑”,是指睡眠的质或量不足的一种病症,常以难以入睡、寐中易醒、醒后不易再眠或时寐时醒、寐而早醒为临床表现。现代社会生活节奏快、压力大,以及夜生活、饮酒等不良生活习惯,都会引发失眠。笔者 2001 年 1 月~2007 年 6 月运用辨证分型治疗失眠 61 例,并设对照组进行疗效观察。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 120 例均为门诊患者,随机分为两组。治疗组 61 例,男 23 例,女 38 例,年龄 26~62 岁,平均(35.2±10.6)岁,病程 1~15 年,平均(4.32±1.57)年。对照组 59 例,男 24 例,女 35 例,年龄 29~60 岁,平均(34.2±10.9)岁,病程 1~16 年,平均(4.52±1.6)年。两组年龄、性别、病程等,经统计学

表 1 男性轻型 β-地贫组和正常对照组的红细胞参数比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	RBC($10^{12}/L$)	Hb(g/L)	MCV(fL)	RBC/Hb	RBC/MCV	MCH(Pg)	RDW(%)
β-地贫组	5.58±0.79*	113±16.36*	65.9±8.25*	0.049±0.005*	8.467±1.213*	21.6±3.77*	16.6±1.87*
正常对照组	4.76±0.23	150±6.75	85.2±2.26	0.032±0.001	5.587±0.365	31.5±1.04	13.4±0.78

注:与正常对照组比较,* $P < 0.01$ 。

表 2 女性轻型 β-地贫组和正常对照组的红细胞参数比较 ($\bar{X} \pm S$)

组别	RBC($10^{12}/L$)	Hb(g/L)	MCV(fL)	RBC/Hb	RBC/MCV	MCH(Pg)	RDW(%)
β-地贫组	5.02±0.57*	106±10.29*	65.3±9.18*	0.047±0.004*	7.688±1.313*	21.4±2.99*	16.3±1.91*
正常对照组	4.17±0.72	126±1.97	87.1±0.41	0.033±0.003	4.788±1.090	30.9±0.23	13.9±1.41

注:与正常对照组比较,* $P < 0.01$ 。

3 讨论

地贫属于小细胞低色素性贫血,轻型 β-地贫患者可表现为无贫血症状或轻度贫血,红细胞表现为大小不均和异形,可见环形红细胞、靶形红细胞和红细胞碎片。但由于影响红细胞形态的因素较多,因此血涂片检查只可作为轻型 β-地贫筛查的辅助项目。

本研究从 326 例轻型 β-地贫患者的血分析结果中发现,患者的 MCV 和 MCH 均显著降低,与缺铁性贫血(IDA)不易鉴别,但轻型 β-地贫患者的红细胞总数高于正常对照组,血红蛋白含量低于正常组,采用 RBC/Hb 指标发现,轻型 β-地贫组明显高于正常对照组。原因可能是 β-地贫患者体内促红细胞生成素(EPO)的生成增加,造血功能活跃,从而导致红细胞数量增加,但增加的红细胞数量并不能有效地执行红细胞的功能^[3]。本研究同时采用 RBC/MCV 指标,同样证实了轻型 β-地贫患者具有 RBC 与 MCV 分离现象,且各例轻型 β-地贫患者 RBC/MCV 均 >6 。IDA 虽然也属于小细胞低色素性贫血,但红细胞数量并不增加,且通常低于正常人群。除 MCV 外,RDW 也是反映红细胞大小不等的

客观指标,有观点认为测定 RDW 值可用于小细胞低色素性贫血的鉴别诊断,即 IDA 和轻型地贫均可见 MCV 下降,但 IDA 时 RDW 增大,而轻型地贫 RDW 正常。本研究发现多数轻型 β-地贫患者 RDW 值高于本室正常范围,数值介于 14.6~18.2 之间(本室正常范围为 11.5~14.5),此结果与陈和平等^[4]报道的结果相符。蔡洪英等^[5]认为 RDW 值增高与肽链合成减少引起红细胞内血红蛋白减少、红细胞异形性增加以及慢性溶血产生较多的红细胞碎片有关。因此,由于近年来国内报道的 RDW 的正常值各有差异, RDW 对地贫及 IDA 的鉴别诊断有待进一步更全面完善的探讨。

总之,考虑到 β-地贫患者可无贫血症状,只有进行大规模筛查才能达到有效的防治,而利用血常规中红细胞参数的分析是一种简单、经济且快捷的筛查方法,为 β-地贫患者的进一步确诊提供最直接的实验依据。

参考文献

- [1]张俊武,龙桂芳.血红蛋白与血红蛋白病[M].南宁:广西科学技术出版社,2003.218
- [2]覃西,毛炜,吴洁,等.非基因法检测地中海贫血现状[J].中国优生与遗传杂志,2007,15(3): 122-124
- [3]Afro M, Shamsi TS, Syed S. Predictive value of MCV/RBC count ratio to discriminate between iron deficiency anaemia and beta thalassaemia trait[J].JPMA,1998,48(1):18
- [4]陈和平,陈冬,李明,等.缺铁性贫血和地中海贫血在血常规中的鉴别诊断[J].中国实验诊断学杂志,2006,10(1): 90-92
- [5]蔡洪英.MCV 与 RDW 在地中海贫血筛查中的价值(附 660 例分析)[J].海南医学,2006,17(1): 129-130

(收稿日期: 2009-06-28)

处理均无显著性差异 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《中国精神疾病分类及诊断标准》(《CCMD-2-R》) 中失眠症的诊断标准: (1) 以睡眠障碍为几乎唯一的症状, 其他均继发于失眠, 包括难以入睡、睡眠不深、易醒、多梦、疲乏或白天困倦; (2) 睡眠障碍每周至少发生 3 次, 并持续 1 个月以上; (3) 失眠引起显著的苦恼, 或精神活动效率下降, 或妨碍社会功能; (4) 无躯体疾病或精神障碍。排除既往有精神疾病、滥用药物及酒精史者。

2 治疗

2.1 治疗组 根据辨证分型服药, 每日 1 剂, 早、晚煎服, 服法遵许叔微“日午夜卧服”一煎晚间睡前服, 二煎午睡睡前服, 连服 20d 为 1 个疗程。

2.1.1 肝郁化火型 (14 例) 症见: 心烦多梦, 胸胁闷胀, 易发火, 目赤, 小便赤, 大便秘, 舌质红, 苔黄, 脉弦数。治则: 疏肝清热, 解郁安神。用丹栀逍遥散加味: 丹皮 15g、栀子 15g、当归 15g、白芍 15g、柴胡 15g、酸枣仁 15g、茯神 12g、白术 12g、黄连 10g、薄荷 10g、炙甘草 10g、珍珠母 30g、夜交藤 30g、生姜 6g。

2.1.2 痰火扰心型 (13 例) 症见: 头重胸闷, 口苦目眩, 饮食不佳, 大便稀溏, 健忘, 舌暗, 纳少, 心烦口苦, 苔腻微黄, 脉滑。治则: 清热化痰, 和中安神。用黄连温胆汤加味: 半夏 10g、陈皮 10g、茯苓 10g、枳实 10g、山栀 10g、竹茹 10g、焦山楂 10g、黄连 3g、莱菔子 15g、珍珠母 15g、磁石 15g、百合 15g。

2.1.3 阴虚火旺型 (9 例) 症见: 心烦不寐, 心悸不安, 头晕耳鸣, 健忘, 五心烦热, 腰膝酸软, 口干少津, 舌红, 脉细数。治则: 滋阴清心安神。黄连阿胶汤合酸枣仁汤加减: 黄连 6g、阿胶 15g (烊化)、酸枣仁 15g、生地 15g、百合 15g、山萸肉 15g、夜交藤 15g、五味子 10g、茯苓 10g、知母 10g、麦冬 10g、莲子 10g、川芎 9g、甘草 9g、阿胶 (烊化冲服) 12g、鸡子黄 2 枚。

2.1.4 心脾两虚型 (12 例) 症见: 不易入睡或睡中多梦易醒, 醒后再难入睡, 或兼见心悸、心慌、神疲乏力, 口淡无味或食后腹胀, 不思饮食, 面色萎黄, 舌质淡, 苔薄白, 脉象缓弱。治则: 益气健脾, 养血安神。方选归脾汤加减: 党参 15g、黄芪 15g、远志 15g、枣仁 15g、龙眼肉 15g、龙齿 15g、熟地黄 15g、白术 10g、茯神 10g、当归 10g、木香 10g、合欢花 10g、陈皮 10g、白芍 10g、阿胶 10g、甘草 10g、五味子 6g。

2.1.5 心胆气虚型 (8 例) 症见: 失眠多梦, 易惊醒, 心悸胆怯, 遇事易惊, 倦怠无力, 小便清长, 舌质淡, 脉弦细。治则: 益气镇惊, 安神定志。方用安神定志丸加减: 党参 15g、龙齿 15g、酸枣仁 15g、珍珠母 15g、夜交藤 15g、茯神 10g、远志 10g、石菖蒲 10g、川

芎 10g、知母 10g、琥珀粉 1.5g。

2.1.6 血脉瘀阻型 (5 例) 症见: 失眠多梦, 烦躁不安, 口干、口苦, 头晕乏力, 腰酸腿软, 大便干结, 小便发黄或短赤, 舌质红或暗红, 边有齿印或瘀斑, 苔黄腻或薄黄, 脉弦细或濡迟。治则: 补气活血, 宁心安神。方用血府逐瘀汤合酸枣仁汤: 当归 20g、生地黄 20g、桃仁 12g、枳壳 8g、赤芍 8g、柴胡 10g、桔梗 10g、川芎 8g、怀牛膝 15g、酸枣仁 20g、知母 10g、茯苓 15g、甘草 8g。

2.2 对照组 对照组不进行分型治疗, 全部用阿普唑仑片 0.4mg, 严重者加服三唑仑片 0.25mg, 睡前 1h 服。1 周后复诊, 根据改善情况加减量。所有患者均嘱其改善生活方式, 消除不利于心理和身体健康的行为和习惯, 辅以适当的心理疏导及调适。

3 疗效观察

3.1 疗效判断标准 参照《中医病证诊疗标准与方剂选用》^[1]和《中药新药临床研究指导原则》^[2]中失眠疗效标准。临床治愈: 临床症状消失, 睡眠时间恢复正常或睡眠时间在 6h 以上, 睡眠深沉, 醒后精力充沛; 显效: 临床症状基本消失, 睡眠明显好转, 睡眠时间增加 3h 以上, 睡眠深度增加; 有效: 症状减轻, 睡眠时间较前增加不足 3h; 无效: 治疗后失眠无明显改善或加重者。两组均于第 40 日观察结果。

3.2 治疗结果 两组临床疗效比较见表 1。

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
治疗组	61	20	19	16	6	90.16
对照组	59	9	15	19	16	72.88

注: 两组总有效率比较, $P<0.01$ 。

3.3 不良反应 对照组有 13 例头晕、乏力, 9 例口干、多汗、精力不集中, 2 例嗜睡, 2 例出现兴奋不安, 1 例出现肌肉轻颤动。

4 典型病例

男, 50 岁, 患失眠 10 年余, 因工作压力大、精神紧张引起。曾辗转治疗数年, 诊断为神经衰弱, 服用六味地黄丸、朱砂安神丸等药, 久治不效, 每于情志不遂时加甚, 自觉十分痛苦。现症: 每晚上床后 3h 尚无法入眠, 甚则彻夜难眠, 易醒, 醒后难以入睡, 白天工作无精打采, 伴有心悸, 胸部刺痛, 寡欢抑郁, 烦躁易怒, 面色晦暗, 舌质暗红, 苔薄白, 脉细涩。血液流变学检测提示: 血黏度增高, 血小板聚集增强。证属血脉瘀阻型, 治宜疏肝理气、活血化瘀、养血安神, 方用血府逐瘀汤加减。药用: 桃仁 10g、红花 6g、酸枣仁 15g、川芎 10g、当归 12g、赤芍 10g、丹参 15g、生地 12g、柴胡 10g、桔梗 10g、枳壳 10g、川牛膝 10g、甘草 6g。服药 7 剂后, 上床后即能入睡, 醒

外伤性血气胸 62 例急救治疗体会

徐帅 胡瑞行 叶和军 钱君君

(武警浙江省总队医院 嘉兴 314000)

摘要:目的:探讨外伤性血气胸的早期诊断和治疗方法。方法:对本院 2006 年 5 月~2008 年 9 月来收住的 62 例外伤性血气胸的诊治经验加以分析和总结。结果:62 例血气胸经救治后,一次性治愈 57 例;死亡 5 例,均合并多发伤。轻度少量血气胸通过观察自行吸收治愈 7 例,胸腔穿刺治愈 12 例,胸腔闭式引流治愈 35 例,剖胸手术治愈 2 例,胸腔镜手术治愈 1 例。结论:及时准确的诊断、尽早恢复胸腔负压、及时处理合并伤、保持完整固定的胸廓结构是减少死亡、提高救治效果的关键。

关键词:外伤性血气胸;胸腔闭式引流术;多孔有机玻璃板外固定

中图分类号:R 561.4

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)06-0070-03

近年来,随着现代交通业的迅猛发展及建筑业
的兴旺,交通事故及工伤事故等因素所引起胸部多
发伤的发生率呈上升趋势,我院收治外伤性血气胸
病人较前明显增多。我院自 2005 年 5 月~2007 年 9
月共收治外伤性血气胸病人 62 例,现将其诊治体
会报告如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 本组男 48 例,女 14 例;年龄 6~72
岁,平均 42 岁,20~45 岁占 68%。

1.2 外伤原因及伤情 车祸伤 37 例,高处坠落伤
18 例,锐器伤 3 例,挤压伤 3 例,爆炸伤 1 例;其中
闭合性 58 例,开放性 4 例;单纯血气胸未合并骨
折、湿肺者 5 例,血气胸合并肋骨骨折 50 例,合并
后易续睡,每晚可睡眠时间明显延长,自觉工作效
率大增。药已中病,原方再进 5 剂,恢复正常睡眠。

5 讨论

睡眠良好是身心健康的主要标志,长期失眠给
患者造成极大痛苦,也易并发多种疾病,应该加以
重视。西医认为失眠证的发生原因主要有病理性
(疼痛、躯体活动障碍、呼吸道炎症、乙型肝炎等)
和心理失衡、用药不当、环境因素^[1]等。治疗失眠症
的方法很多,主要以药物为主,有研究显示苯二氮
卓类中艾司唑仑、阿普唑仑、安定等仍为目前临床
最常使用的第一线药物^[2]。阿普唑仑口服吸收快速
而完全,血浆蛋白结合率高(80%),体内蓄积量极少,
三唑仑作用强而快速。尽管现在西医的镇静催眠
药副作用越来越小,短期作用效果明显,但是长期
服用这些药物可能会引起一些负面效果,包括白
天残余的镇静作用、共济失调、认知能力受损、
药物依赖性以及停药后的反跳现象等,仍然会给
患者带来生理或心理上的负担。

中医治疗失眠具有疗效持久、副作用少等优
点,容易为病人所接受^[3]。辨证论治是中医认识
和治疗疾病的基本原则,是中医学对疾病的一种
特殊的研究和处理方法,也是中医学的基本特点
之一。辨

创伤性湿肺 45 例,兼有者 38 例。胸部外伤合
并其他部位损伤 25 例,其中外伤颅内出血者 5
例,心脏大血管挫伤 2 例,合并腹部空腔或实质
脏器损伤 7 例,合并其他部位骨折 11 例。

1.3 治疗方法 少量血气胸患者 7 例经保守
治疗积气积液吸收好转;单纯胸腔穿刺术治愈
12 例;胸腔闭式引流术 40 例,其中单侧胸腔
闭式引流 33 例,双侧同时置管引流 7 例;闭式
引流后胸引流瓶引出血性液体较多转开胸探
查手术 2 例;胸腔镜下肋间血管出血止血术 1
例,非胸科合并伤由相应科室配合治疗。

2 结果

治愈 57 例,复查胸部 X 线或 CT 均显示肺
复张,从本而治,着重调治脏腑及其气血阴
阳,以“补其不足,泻其有余,调其虚实”为总
则,治疗中应注意各型之间的联系,甚至互相
转化。在药物的配伍上,以安神药为主,或重
镇安神,或滋养安神。从历代中医文献分析中
也发现安神药是历代医家治疗失眠的高频药^[4]
,并酌情配伍补益药、清热药、化痰药、理气
药、固涩药、活血祛瘀药、平肝息风药、开窍
药、交通心肾药、消食健脾药等,使气血和
畅,阴阳平衡,脏腑功能恢复正常,心神守舍,
则失眠可愈。除药物治疗外,还应保持心情舒
畅,注意睡眠卫生,适当参加体育活动等,对于
提高治疗失眠的效果也有促进作用。

参考文献

- [1]戴慎,薛建国.中医病证诊疗标准与方剂选用[M].北京:人民卫生出版社,2001.378-385
- [2] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].1993.186-187
- [3]钱彦方.失眠症病因及其中医调治[J].中国临床康复,2006,27(10):139-142
- [4]刘连启,刘贤臣,刘兆望,等.山东省城市老年人失眠现患率及催眠类药物应用情况流行病学调查[J].中华流行病学杂志,2002,23(5):410
- [5]吴雅文,姜亚军.失眠的中医辨治[J].新疆中医药,2006,24(3):78-80
- [6]杨俊业,徐建国,周玲,等.夜交藤煎剂的镇静催眠作用[J].华西医科大学学报,1990,21(2):175-177

(收稿日期: 2009-05-18)