

疏肝养心汤治疗失眠 52 例临床观察

阳航¹ 蔡艳²

(1 湖南中医药大学第一附属医院 长沙 410007; 2 湖南中医药大学 长沙 410007)

关键词: 疏肝养心汤; 失眠; 中医药疗法

中图分类号: R 256.23

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.010

随着现代经济社会的快速发展,人们生活和工
作节奏的加快,各方面的压力不断增加,失眠是最
常见的睡眠障碍,不仅严重影响人们的正常生活和
工作,长期失眠还可导致抑郁或其他生理、心理问
题,从而带来严重的社会问题。笔者在临床上从肝
立论治失眠症,取得了很好的效果。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2009 年 2~8 月我院门诊和住
院失眠病人 104 例,按随机数字表法分为治疗组和
对照组。治疗组 52 例,男 30 例,女 22 例;年龄
18~60 岁,平均 42.5 岁;平均每晚睡眠时间 4.5h。对
照组 52 例,男 28 例,女 24 例;年龄 20~65 岁,平均
41.6 岁;平均每晚睡眠时间 4.3h。两组在性别、年
龄、病程等方面经统计学处理无显著性差异 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照中华医学会精神学会
制定的《中国精神疾病分类与诊断标准》^[1]: (1) 有失
眠的典型症状,以睡眠障碍为几乎唯一的症状,其
它症状均继发于失眠,包括入睡困难,易醒,多梦,
晨醒过早,醒后不能再睡,醒后感不适、困乏或白天
困倦。(2) 上述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,或神经活动
效率下降,或妨碍社会功能。(4) 不是任何一种躯体
疾病或精神障碍症状的一部分。

1.2.2 中医诊断标准 参照《中医病症诊断疗效标
准》^[2]中失眠的诊断标准。证属肝气郁结型,临床表
现为不寐少寐,多梦易醒,心烦易怒,坐卧不宁,胸
胁胀满,喜太息,情志抑郁,易怒,舌红苔黄,脉弦。

1.3 统计学方法 样本均数比较采用单侧或双侧 t
检验,样本率比较采用 χ^2 检验,疗效比较采用 Ridit
分析。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用疏肝养心汤治疗。药物组成:柴
胡 10g,陈皮 10g,川芎 10g,香附 10g,枳壳 10g,白
芍 15g,炙甘草 6g,酸枣仁 12g,茯神 10g,夜交藤
10g,麦冬 15g,青皮 10g,合欢花 10g,郁金 10g,佛手
10g。头晕头胀明显者,加用天麻 15g 祛风潜阳;大
便秘结者,加用柏子仁 10g、郁李仁 10g 润肠通便安

神;心烦口苦者,加黄连 6g 清心除烦。每日 1 剂,水
煎服,分早晚服用。

2.2 对照组 口服舒乐安定 1mg, QN。两组患者均
停用其它治疗本病药物,且晚餐后禁饮茶及咖啡,
按时睡卧,排除心中杂念。观察时间为 15d。

3 疗效观察

3.1 疗效标准 参照《中医病症诊断疗效标准》^[2]
中失眠疗效标准拟定。临床治愈: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: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。

3.2 治疗结果 治疗组治愈 31 例,显效 10 例,有
效 5 例,无效 6 例,总有效率 88.5%;对照组治愈 29
例,显效 11 例,有效 4 例,无效 8 例,总有效率
84.6%。两组总有效率比较有明显差异($P < 0.05$),治
疗组疗效优于对照组。

4 讨论

中医学将失眠症称之为“不寐”、“不得眠”、“不
得卧”、“目不瞑”等^[3],是临床上常见的睡眠障碍,以
睡眠不足、入睡困难或寐而不酣、时寐时醒、醒后不
能再寐、甚则彻夜不眠为主要症状。多由外感六淫、
七情所伤、思虑劳倦太过或暴受惊恐等原因引起。
其病机是多源的,现代临床中主要病机表现为阴阳
不交,阳不入阴,涉及五脏六腑,以心肝二脏最为相
关^[4,5]。肝主疏泄,可调节情志,协调气血运行,肝失条
达,久郁则化热,热久必生火,火热上扰心神致心火
亢盛,则夜不安寐。《素问·刺热》曰:“肝热病者……
胁满痛,手足躁,不得安卧。”肝藏魂,其魂随寐而出
入游返于内外,如肝被邪热所扰,气机不发,则魂不
入肝,反张于外,神不安居而致不寐。《血证论》谓:
“阳浮于外,魂不入肝,则不寐。”《内经》曰:“肝者,
将军之官,谋虑出焉。肝藏魂,主情志,喜条达,恶抑
郁。若数谋不决或情志不畅则肝气郁结,气枢不转,
欲伸则内扰神魂而致不寐。”《景岳全书·不寐》中
谓:“血虚则无以养心,心虚则神不守舍。”故临床上
从心肝两脏治疗失眠症,往往能够取得满意的疗
效。疏肝养心汤从疏肝养心两方面着手,疏肝行气,
养心安神,兼顾心肝两脏,对于失眠效果显著。方中

埃索美拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎疗效观察

熊亮¹ 程立²

(1 解放军第 94 医院 江西南昌 330002; 2 江西师范大学医院 南昌 330027)

摘要:目的:探讨埃索美拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎的临床疗效。方法:将 90 例经内镜证实的反流性食管炎患者随机分成埃索美拉唑联合莫沙必利组(A 组)、奥美拉唑联合莫沙必利组(B 组),A 组口服埃索美拉唑 20mg,2 次/d,莫沙必利 5mg,3 次/d;B 组口服奥美拉唑 20mg,2 次/d,莫沙必利 5mg,3 次/d。两组疗程均为 6 周,停药后复查胃镜,观察镜下治愈率,并记录症状改善情况及不良反应。结果:治疗 6 周后,A、B 组的症状改善总有效率分别为 97.83%、86.36%,胃镜下有效率分别为 95.65%、81.82%,组间相比均有显著性差异($P<0.05$)。结论:埃索美拉唑联合莫沙必利治疗反流性食管炎,有较高的治愈率和症状改善率,临床疗效明显优于奥美拉唑联合莫沙必利。

关键词:埃索美拉唑;莫沙必利;反流性食管炎

中图分类号:R 571

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.03.011

反流性食管炎(refluxesophagitis,RE)是由于胃或十二指肠内容物反流入食管,引起食管组织黏膜损伤,临床上常出现反酸、烧心、胸骨后疼痛等症状。随着生活方式的改变、社会老龄化,近年来 RE 国内发病率有逐渐上升的趋势。其治疗原则是减少胃食管反流,降低反流液的酸度,增强食管清除力和保护食管黏膜。药物治疗以抑酸及促进胃排空为主。埃索美拉唑是第一个发展为异构体的质子泵抑制剂,莫沙必利也是新一代促胃动力药。本研究将二药联合治疗反流性食管炎,取得了满意的疗效。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 我院消化专科经内镜检查符合 RE 诊断标准^[1]的患者 90 例,其中男 58 例,女 32 例;年龄 18~81 岁,平均 51 岁。均因反酸、烧心、反食等胃食管反流相关症状就诊,胃镜证实为反流性食管炎,并除外消化性溃疡等其他消化系统疾病及可致胃肠道症状的其他全身性疾病,4 周内未服用过抑酸剂及其他影响胃肠道功能的药物。90 例随机分为埃索美拉唑联合莫沙必利组(A 组)和奥美拉唑联合莫沙必利组(B 组),A 组 46 例,B 组 44 例。两组病人在性别、年龄、病程、症状、内镜下表现等方面均无统计学意义,具有可比性。

1.2 治疗方法 A 组口服埃索美拉唑 20mg,每日 2 次,莫沙比利 5mg,每日 3 次。B 组口服奥美拉唑 20mg,每日 2 次,莫沙比利 5mg,每日 3 次。两组疗程均为 6 周,停药后复查胃镜。

柴胡疏肝解郁,白芍敛阴养血柔肝,与柴胡合用以补养肝血、条达肝气;陈皮、川芎、香附、枳壳、郁金、佛手、青皮加强疏肝理气之功效;炙甘草、茯神、麦冬、合欢花、夜交藤养心安神;酸枣仁甘酸质润,入心肝二经,在此以养血补肝、宁心安神。全方合用,疏肝养心安神,以达到治疗疾病的目的。

除药物治疗之外,还应注意病人的精神因素,劝其努力解除烦恼,消除思想顾虑,避免情绪激动,睡前不吸烟、不饮酒、不饮浓茶,并采用热水泡脚、揉按足心等养生方法,适当参加体育运动。失眠患

次,莫沙比利 5mg,每日 3 次。B 组口服奥美拉唑 20mg,每日 2 次,莫沙比利 5mg,每日 3 次。两组疗程均为 6 周,停药后复查胃镜。

1.3 疗效评价

1.3.1 临床症状评价标准 根据烧心、反酸、胸痛进行症状分级。0 级:无症状;1 级:偶有症状;2 级:常有症状,部分影响生活;3 级:不能忍受,严重影响生活。下降 2 级或降为 0 级为显效;下降 1 级为有效;无减轻或加重为无效。

1.3.2 内镜下疗效评价标准 根据中华医学会 1999 年烟台会议标准进行分级。0 级:正常;1 级:点状或条状发红、糜烂,无融合现象;2 级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性;3 级:病变广泛,发红、糜烂,融合,呈全周性或溃疡。愈合:内镜下为 0 级;有效:病变好转 ≥ 1 个级别;无效:病灶好转 <1 个级别或恶化。

1.4 不良反应 第 4 周和第 6 周复查时记录病人不良反应主诉,并复查血、尿常规和肝、肾功能等实验室指标。

1.5 统计学处理 计数资料采用 SPSS10.0 软件包行 χ^2 检验和秩和检验。

2 结果

2.1 临床疗效比较 两组治疗 4、6 周时,A 组临床症状改善总有效率明显高于 B 组,统计学比较有显著者大多病程较长,治疗难取速效,应坚持长期服药,守方治疗,方能取得良好的效果。

参考文献

[1]中华医学会精神科分会.中国精神疾病分类与诊断标准[M].第 2 版.南京:东南大学出版社,1995.94
[2]国家中医药管理局.中医病症诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994.30-31
[3]田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002.125
[4] 张光霁. 关于中医病因致病相对性的商榷 [J]. 中国医药学报, 2004,19(7): 404-405
[5] 张光霁.论中医病因、致病因素、邪气、邪之关系[J].浙江中医药大学学报,2007,31(6): 676-678

(收稿日期: 2009-12-19)