

中西医结合疗法治疗失眠临床效果探讨

蔡经宇

(河南省商丘市第二人民医院 商丘 476000)

摘要:目的:分析中西医结合疗法在失眠临床治疗中的应用情况。方法:选取 60 例失眠患者作为研究对象,对其采取中西医结合疗法进行治疗,分析其应用情况以及治疗效果。结果:本组 60 例失眠患者经中西医结合治疗,治愈 31 例,好转 27 例,无效 2 例,治疗总有效率达 96.67%。结论:对失眠患者采用中西医结合疗法,疗效显著,无不良反应,值得在临床治疗中推广应用。

关键词:失眠;中西医结合疗法;临床疗效

中图分类号:R749.7

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.052

失眠是指无法进入睡眠或者无法保持睡眠状态,导致睡眠的不足,又被称为入睡和维持睡眠障碍^[1]。失眠通常表现为入睡比较困难、睡眠频度或者深度很短、睡眠质量较差以及早醒等,该病的患病率较高,在欧美国家达到 20%~30%,在我国则达到 10%~20%。目前临床上多以镇静催眠药进行治疗,但是长期应用会产生药物依赖、停药反弹以及记忆力下降等不良作用。本文对 60 例失眠患者采取中西医结合疗法,探讨其治疗效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取我院 2011 年 1 月~2012 年 1 月收治的 60 例失眠患者为研究对象,其中男性 24 例,女性 36,年龄 35~83 岁,平均(60.6±3.16)岁,病程 0.5~5 年。60 例患者都符合失眠诊断标准:睡眠时间不足;睡眠深度不足;入睡比较困难,容易早醒,醒后难以再入睡;时睡时醒,睡眠较浅,每晚睡眠时间不超过 6 h,甚至彻夜未眠。排除精神分裂症患者。

1.2 治疗方法 本组 60 例失眠患者均采用中西医结合疗法进行治疗。西医治疗:给予患者服用脑蛋白水解物片,13 mg/次,3 次/d,饭后口服。中医治疗:中药服用自制的宁神安寝汤,采用天麻 10 g、僵蚕 10 g、蝉蜕 10 g、合欢花 15 g、茯神 30 g、龙齿 30 g、牡蛎 30 g、夜交藤 30 g。若患者肝郁气滞、常叹气、失眠多梦、大便不通,加柴胡、乌药、香附各 10 g,枳实、郁金各 15 g;患者肝火扰心、烦躁易怒、失眠甚至彻夜不眠、头昏头痛、便秘尿黄,加丹皮、夏枯草各 15 g,栀子 10 g,灯芯草 6 g;患者失眠健忘、心脾两虚、面色无光彩、头晕乏力、心悸胸闷、舌淡苔白,加黄芪、龙眼肉、党参、炒酸枣仁各 15 g。所有药物水煎取汁约 50 mL,1 剂/d,分 2 次服用。

1.3 疗效标准 痊愈:药物停用 2 个星期,每晚的睡眠时间≥6 h,中途不醒;有效:药物停用 2 个星期,每晚的睡眠时间在 4 h 左右,中途偶尔醒来,醒后可以再次入睡;无效:治疗后失眠无任何改善或者症状加重,不能停用睡眠药物^[2]。

1.4 结果 经过治疗,本组 60 例失眠患者中,痊愈 31 例,有效 27 例,无效 2 例,总有效率达 96.67%。

2 典型病例

患者,女,43 岁,于 2011 年 9 月 3 日来医院就诊。患者长时间以来入睡困难,容易惊醒、早醒,平均每晚的睡眠时间不超过 4 h,有时会出现整夜失眠。经检查该患者消化功能减退、记忆力大幅下降、血压偏高、皮肤较干燥、月经失调,伴有早期糖尿病症状,确诊为失眠。西医治疗:给予脑蛋白水解物片,13 mg/次,3 次/d,饭后口服;中医治疗:经辨证患者属于肝火扰心之证,治法以清心凉肝和疏风清热为主,采用天麻 10 g、蝉蜕 10 g、合欢花 15 g、牡蛎 30 g、茯神 30 g、僵蚕 10 g、龙齿 30 g、夜交藤 30 g、丹皮 10 g、夏枯草 15 g,栀子 10 g,灯芯草 6 g。水煎取汁约 50 mL,1 剂/d,分 2 次服用。持续服用 4 剂药后,失眠症状有所好转,睡觉中途偶尔醒来,但是可以再次入睡。此时对药方进行适当的调整,剔除药方中原有丹皮、夏枯草、栀子、灯芯草等药物,煎熬方法与服用方式相同,在持续用药 1 周后,患者的失眠症状完全消失,面色呈红润状。持续用药 1 个月后,停止用药,并定期复查,随访 1 年期间未出现复发现象。

3 讨论

失眠症是由于各种心理社会因素引起的非器质性睡眠障碍,在中医中属于“不寐”的范畴。中医认为,睡眠是由心神控制的,阴阳的正常运行是心神正常调节睡眠的基础。患者由于工作压力大,心情不愉快,容易郁郁寡欢,进而使得肝失疏泄,从而导致夜不能寐。所以,治疗失眠症应当注重宁心安神。笔者采用的宁神安寝汤中合欢花、茯神以及夜交藤都可养心安神,它们会抑制过度亢进和兴奋的神经细胞活动,抑制中枢神经系统,从而改善中枢神经的功能;龙齿、牡蛎能够摄纳浮阳、平肝熄风、重镇安神,含有丰富的钙、钾、铁等微量元素,可明显地改善失眠多梦症状;天麻主要的功效是平肝清肝,它可以降低大脑皮层的兴奋性,从而延长人们

手术源性干眼的病因分析与防治

谢洪涛 张慧莉

(湖北省孝感市中心医院 孝感 432000)

关键词: 手术源性干眼; 病因分析; 人工泪液; 积极干预措施; 干眼有效率

中图分类号: R777

文献标识码: B

doi: 10.3969/j.issn.1671-4040.2013.07.053

手术源性干眼是眼科手术患者的一种常见疾病, 可因多种因素引发, 损伤患者的眼部健康。临床上存在多种治疗手术源性干眼的药物及方法, 但效果不一, 对此, 本文选择 2010 年 10 月~2012 年 10 月我院收治的 38 例行手术眼科疾病患者的临床资料进行分析。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2010 年 10 月~2012 年 10 月我院收治的 38 例行手术的眼科疾病患者, 按照患者个人意愿, 将其划分为观察组与对照组, 患者年龄 23~50 岁, 平均 36.3 岁; 其中男性 20 例, 女性 18 例, 男女比例为 10:9。两组患者的临床基本资料无显著性差异, 有可比性。

1.2 方法 对照组患者术后进行基础治疗, 即点滴人工泪液, 点滴方法: 轻症患者点滴黏稠度较小的人工泪液, 5 次/d; 中、重度患者点滴黏稠度较大的人工泪液, 3 次/d。观察组患者在对照组基础上加用积极干预措施: 对于出现炎症患者, 给予四环素(国药准字 H20064732) 250 mg, 开始时 4 次/d, 炎症逐渐消退后, 改为 1 次/d^[1]。同时对患者进行心理、饮食护理, 以期改善眼部症状。

1.3 观察指标 观察两组患者治疗效果。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 软件分析数据。计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 $(\bar{X} \pm S)$ 表示, 采用 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗后两组患者眼部症状均有一定程度的改善, 患者的泪液质量、动力学恢复正常。两组有效率差异显著, 有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

的睡眠时间; 蝉蜕、僵蚕祛风化痰、平肝清热, 具有良好的催眠作用, 并且僵蚕主降, 蝉蜕主升, 两者合用, 一升一降, 使得气机通调、气血和畅, 从而睡觉才会踏实。整个药方组方合理, 配伍比较恰当, 使得阴阳和谐、心静肝平, 从而睡眠恢复正常状态。脑蛋白水解物片是一种活性肽类物质, 为健康猪的新鲜大脑组织中进行提取的, 含有多种脑磷脂、卵磷脂、氨基酸、肽类神经生长因子等, 可以促进突触的形成, 诱导神经元的分化, 调节神经元的代谢, 有助于

表 1 两组患者的治疗效果比较 例

组别	n	有效	有效率(%)
观察组	19	17	89.5
对照组	19	12	63.2

3 讨论

部分眼部患者术后因眼部的泪液质和量异常, 或泪液动力异常, 进而诱发眼部泪膜不稳定和眼表出现损伤, 以至发生手术源性干眼, 其病因比较复杂, 需谨慎分析。经调查分析, 诱发手术性干眼病的一大因素与眼部手术有着密切联系, 如青光眼、角膜屈光手术、翼状胬肉切除术及白内障手术均可影响眼表泪膜, 进而产生干眼病。分析其原因如下: (1) 手术过程中使用较多表面麻醉药物, 同时术后又应用含防腐剂的滴眼液, 进而在眼表上皮中产生毒性, 改变泪膜功能^[2]。(2) 术中、术后为避免出现瘢痕, 对患者应用的抗代谢药物可产生细胞毒性, 造成眼球表面粗糙不平, 引发泪膜稳定性急速下降。且药物毒性可改变泪液分泌量, 影响泪膜功能^[3]。(3) 术后所应用的糖皮质激素滴眼液, 破坏泪膜稳定性。由于糖皮质激素滴眼液会加速蛋白质和脂肪分解, 降低代谢合成, 进而影响脂质层和黏液层, 导致泪液的分泌量必然下降。针对性上述原因探索合适的防治方法: (1) 术前应当对患者进行干眼测试, 了解患者的角膜情况, 充分了解患者病史, 行术前治疗及预防, 以期选择最佳手术时机。(2) 术中应尽量缩短手术时间, 减少手术室灯光对眼皮表面的刺激。其次, 注意应用麻醉药, 进行内眼手术时, 医生以保护患者眼睛为最基本目的, 对患者应用黏弹剂, 尽最大努力保护患者的角膜上皮和角膜内皮, 处理后应彻底将所应用的抗代谢药(下转第 94 页)

改善失眠、烦躁、头晕、头痛、记忆力减退等症状。综上所述, 对失眠患者应用中西医结合疗法进行治疗, 疗效显著, 并且无不良反应, 值得在临床治疗中推广应用。

参考文献

- [1] 范瑞明, 杨丽. 失眠症的临床治疗进展[J]. 中国临床康复, 2006, 10(10): 149-151
- [2] 钱惠峰. 中西医结合治疗失眠症疗效观察[J]. 中国现代医生, 2007, 45(18): 72

(收稿日期: 2013-06-14)