

柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型失眠的临床疗效

刘瑞粉

(河南省濮阳市第六人民医院临床一科 濮阳 457000)

摘要:目的:探讨柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型失眠的临床疗效。方法:选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月收治的 90 例肝气郁结型失眠患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 45 例。对照组予以艾司唑仑治疗,观察组在对照组的基础上加用柴胡疏肝散加减,两组均治疗 4 周。对比两组患者中医证候积分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)和抑郁自评量表(SDS)评分、临床疗效。结果:治疗后,两组中医证候积分均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗后,两组催眠药物、入睡时间、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能评分以及总分均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组 SDS 评分明显低于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。结论:柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型失眠,可改善中医症状,提高患者睡眠质量,减轻抑郁情绪,有效提升临床疗效。

关键词:失眠;肝气郁结;柴胡疏肝散加减;临床疗效

中图分类号:R246.6

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.01.011

随着社会的发展,人们生活压力和工作压力逐渐增加,失眠已经成为神经内科的常见疾病。失眠的主要表现为早醒、易醒、入睡困难等,常伴有善哭易怒、情绪不畅、郁郁寡欢等不良情绪^[1]。失眠常与情志异常相互关联,导致肝失疏泄,出现脏腑气机失常象,最终造成“气郁-失眠-气郁”恶性循环的局面^[2]。失眠虽不会直接威胁人类生命健康,但长此以往必会影响整体身心健康。西医临床常用苯二氮草类药物治疗失眠,并辅以抗抑郁、抗焦虑等药物^[3-4]。因西药毒副作用较大、药物依赖性强、停药后复发率高,因此不宜长期服用。中医治疗失眠无明显药物依赖性,不良反应比较小,且其疗效独特,值得深度挖掘。柴胡疏肝散具有调和气血,促进肝气条达之功效^[5]。本研究探讨柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型失眠的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 2 月至 2021 年 2 月我院收治的 90 例肝气郁结型失眠患者作为研究对象,随机分为对照组与观察组,每组 45 例。观察组男 20 例,女 25 例;年龄 18~70 岁,平均年龄(48.29 ± 6.81)岁;病程 4~36 个月,平均病程(17.35 ± 2.46)月;体质量指数 18~25 kg/m²,平均体质量指数(23.42 ± 0.83) kg/m²。对照组男 22 例,女 23 例;年龄 18~70 岁,平均年龄(49.11 ± 6.23)岁;病程 5~36 个

月,平均病程(18.15 ± 2.37)个月;体质量指数 18~25 kg/m²,平均体质量指数(23.28 ± 0.91) kg/m²。两组患者基本资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),组间可比。本研究经医院医学伦理委员会审核通过。纳入标准:符合《中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分》^[6]中肝气郁结型证诊断标准,临床主要表现为失眠,并伴有胸部胀满、抑郁不悦、情绪不佳、胸胁部胀痛、善太息、脘闷嗳气,脉弦;符合《中国精神疾病分类方案与诊断标准》^[7]关于失眠症的诊断标准;年龄>18 岁;患者及家属知情本研究并签署知情同意书。排除标准:妊娠期以及哺乳期妇女;合并焦虑症、精神分裂症等精神障碍者;合并严重肝、肾、心、肺功能障碍者;因环境因素、人为因素等引发的继发性失眠者;对本研究所用药物过敏者。

1.2 治疗方法 对照组予以艾司唑仑片(国药准字 H31021534)治疗,每日遵医嘱服用 1~2 mg,睡前服,连续治疗 4 周。观察组在对照组的基础上加用柴胡疏肝散加减,组方:陈皮、香附、炒枳壳、炒柴胡、川芎各 10 g,炒白芍 15 g,炙甘草 5 g。兼脾气者虚加炒白术 10 g、炙黄芪 15 g;兼心血虚者加当归 10 g、酸枣仁 20 g;兼肝郁化热者加黄芩 10 g、黄连 3 g;兼痰浊内扰者加竹茹 10 g、法半夏 10 g。每日煎服 1 剂(200 ml),睡前 1 h 一次性服下,连续治疗 4 周。

1.3 观察指标 (1)采用本院自制中医证候积分量

表,根据症状程度分为无症状、轻度症状、中度症状、重度症状,依次予以 0~3 分。(2)采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评估两组患者治疗前后睡眠质量,量表包括催眠药物、入睡时间、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能等共 7 个因子,每个因子 0~3 分,分值范围 0~21 分,患者的睡眠质量与得分呈反比。(3)使用抑郁自评量表(SDS)评估患者的心理状态,量表分界值为 53 分,不良情绪严重程度和分数呈正比。(4)根据 PSQI 评分评估患者临床疗效。治愈:患者夜间睡眠时间 ≥ 6 h,睡眠状态恢复正常,醒后精力充足,PSQI 评分至少下降 75%;显效:患者夜间睡眠时间与治疗前相比至少增加 3 h,睡眠深度明显改善,PSQI 评分下降 51%~74%;有效:患者夜间睡眠时间与治疗前相比增加不足 3 h,PSQI 评分下降 25%~50%;无效:患者夜间睡眠时间未发生改善,PSQI 积分下降不足 25%。临床总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法 采取 SPSS20.0 统计学软件分析数据,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料用率表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 3 两组 PSQI 各项因子评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)									
组别	n	催眠药物		入睡时间		睡眠质量		睡眠时间	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	2.05 $\pm$ 0.52	0.67 $\pm$ 0.79*	2.34 $\pm$ 0.51	1.11 $\pm$ 0.36*	2.34 $\pm$ 0.62	1.39 $\pm$ 0.34*	2.56 $\pm$ 0.51	1.32 $\pm$ 0.53*
对照组	45	2.07 $\pm$ 0.61	1.82 $\pm$ 0.21*	2.42 $\pm$ 0.48	1.68 $\pm$ 0.52*	2.36 $\pm$ 0.59	1.88 $\pm$ 0.45*	2.58 $\pm$ 0.49	1.98 $\pm$ 0.59*
t		0.167	9.437	0.766	6.046	0.157	5.828	0.190	5.582
P		0.868	0.000	0.446	0.000	0.876	0.000	0.850	0.000
组别	n	睡眠效率		睡眠障碍		日间功能		总分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	45	2.45 $\pm$ 0.63	1.29 $\pm$ 0.37*	2.09 $\pm$ 0.79	1.24 $\pm$ 0.43*	2.41 $\pm$ 0.54	1.19 $\pm$ 0.65*	16.24 $\pm$ 5.49	8.21 $\pm$ 2.13
对照组	45	2.53 $\pm$ 0.72	1.82 $\pm$ 0.41*	2.11 $\pm$ 0.82	1.74 $\pm$ 0.92*	2.47 $\pm$ 0.62	2.12 $\pm$ 0.72*	16.54 $\pm$ 5.86	13.04 $\pm$ 2.35
t		0.561	6.438	0.118	3.303	0.490	6.432	0.309	5.520
P		0.576	0.000	0.906	0.001	0.625	0.000	0.758	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.4 两组临床疗效比较 治疗后,观察组临床总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	45	21(46.67)	14(31.11)	8(17.78)	2(4.44)	43(95.56)
对照组	45	16(35.56)	13(28.89)	7(15.56)	9(20.00)	36(80.00)
t						5.075
P						0.024

2 结果

2.1 两组中医证候积分比较 治疗后两组中医证候积分均下降,观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组中医证候积分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	45	13.24 $\pm$ 4.67	3.98 $\pm$ 2.76*
对照组	45	14.32 $\pm$ 3.98	8.75 $\pm$ 3.22*
t		1.181	7.545
P		0.241	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.2 两组 SDS 评分比较 治疗后,观察组 SDS 评分明显低于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	45	58.64 $\pm$ 2.37	39.06 $\pm$ 3.48*
对照组	45	59.16 $\pm$ 2.26	44.37 $\pm$ 3.72*
t		1.065	6.963
P		0.290	0.000

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.3 两组 PSQI 各项因子评分比较 治疗后,两组催眠药物、入睡时间、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、日间功能评分以及总分均下降,且观察组低于对照组($P<0.05$)。见表 3。

3 讨论

中医学认为失眠发病机制是热邪滋扰，致使气血阴阳出现失调，诱发胃腑失和，病变之位在于心，于表面外扰，于肝脏、肾脏、脾胃等组织内扰^[8]。中医辨证法将失眠分为脾虚湿盛型、肝气郁结型、心脾两虚型、肝肾两虚型，肝气郁结型失眠为常见类型，因肝气郁结，气血运行过程受阻，脾气受损，进而心失所养，故致失眠^[9]。轻者难以入寐或者寐而易醒，甚至醒后不寐，重者整夜难以入眠。因内伤、外感等因素，引发胃、肾、胆、脾、心、肝等脏腑功能出现失调现象。心虽为不寐病位，但受肝脏影响，因气机不畅、肝失疏泄等可诱发肝气郁结型不寐^[10]。肝气郁结型不寐临床症状为少寐、坐卧不宁、多梦易醒、脘闷暖气、精神抑郁或焦虑、不思饮食且苔白、脉弦细，治疗以安神解郁、理气疏肝为主^[11]。柴胡疏肝散具有理气疏肝之功效，方中柴胡为主药，可解郁疏肝，与香附、川芎、炙甘草等药材合用，可平衡阴阳、调和气血。

本研究结果显示，治疗后，两组中医证候积分均下降，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)，说明柴胡疏肝散加减联合艾司唑仑治疗肝气郁结型失眠，可有效改善患者症状。艾司唑仑是一种抗焦虑药物，可抑制中枢神经系统，通过对苯二氮草受体产生药效，加强中枢神经中的 γ -氨基丁酸受体的作用，从而使边缘系统功能受到抑制。西药长期使用易成瘾，而且艾司唑仑具有一定的延迟反应，用药后的第 2 天仍感觉不适，因此并非治疗失眠的理想药物^[12-13]。柴胡疏肝散包含陈皮、香附、炒枳壳、炒柴胡、川芎、炒白芍、炙甘草共 7 味中药，根据患者实际病情可酌情加减。方中柴胡可入肝胆，疏肝解郁、调达肝气；香附、白芍、枳壳可促使肝胆之气舒畅，柔肝行气；陈皮可健脾，亦可化肝郁之痰结；川芎可活血行气；炙甘草可调和诸药，补益心脾。诸药合用可调和气血，促使肝气条达，其寐遂安^[14]。

本研究结果还显示，治疗后观察组 SDS 评分明显低于对照组 ($P<0.05$)，且观察组临床总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$)。说明柴胡疏肝散加减改善失眠症状的同时，可缓解患者不良情绪，提高患者临床疗效。柴胡疏肝散可恢复机体神经内分泌的功能，调节应激功能，改善免疫功能，其成分可抑制 5-羟

色胺神经功能，进而缓解抑郁、焦虑等不良情绪^[15]。且柴胡疏肝散中香附擅理气疏肝，川芎属血中气药，陈皮擅行滞理气，进而和胃，诸药合用可确保气机畅通无阻，疏解郁滞，恢复升降，使肝条达，诸症自消。临床失眠病因病机较为复杂，症状多样，治疗应以主症为主，可减少诊疗时间，促进症状改善，提高治疗效率，若单一用药效果不佳，可采用联合用法，进一步提高疗效，降低不良反应。

综上所述，柴胡疏肝散加减治疗肝气郁结型失眠，可改善中医症状，提高患者睡眠质量，减轻抑郁情绪，有效提升临床疗效，值得推广使用。

参考文献

[1]Johnson KA,Gordon CJ,Chapman JL,et al.The association of insomnia disorder characterised by objective short sleep duration with hypertension, diabetes and body mass index: A systematic review and meta-analysis[J].Sleep Med Rev,2021,59:231.
[2]洪秋阳,杨惠民,赵吉平,等.灵龟八法结合火针治疗心脾两虚型失眠疗效观察[J].中华全科医学,2018,16(2):296-298.
[3]李欧静,王凡.针刺五脏俞加膈俞配神门穴治疗女性更年期失眠临床研究[J].中国针灸,2018,38(5):469-472.
[4]Komstovtseva L,Rotar O,Alieva A,et al.Is semrepor ted insomnia associated with increased cardiovascular risk [J].Journal of Hypenension,2019,37:e138.
[5]朱益幡,周洁,蒋建明.酸枣仁汤代茶饮联合柴胡疏肝散治疗春季失眠疗效观察[J].山西中医,2020,36(8):47,49.
[6]中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南·中医病证部分[M].北京:中国中医药出版社,2008.50.
[7]中华医学会精神科学会.中国精神疾病分类方案与诊断标准[M].南京:东南大学出版社,1995.94.
[8]Cao CX,Huang ZQ,Xie YP.Clinical study on the treatment of perimenopausal stagnation of liver-qi insomnia with acupuncture for soothing the liver and regulating the mind combined with Xiaoyao powder [J].Shandong Journal of Traditional Chinese Medicine, 2020,39(2):145-148.
[9]刘国卿.养肝益肾安神颗粒配合耳穴贴压治疗中风后失眠的临床研究[J].中医临床研究,2019,11(33):27-28.
[10]王云超,夏永良,孙海燕.解郁养心汤治疗肝气郁结型失眠的临床观察[J].浙江临床医学,2019,21(4):538-539.
[11]廖娟,韩布新,赵楠,等.揸针联合五行音乐改善晚期肿瘤患者肝气郁结型失眠的疗效观察[J].世界科学技术-中医药现代化,2018,20(2):219-223.
[12]Li XB.The effect of Suanzaoren decoction combined with Estazolam in the treatment of insomnia of liver depression and blood deficiency [J].World Journal of Sleep Medicine,2021,8(5):812-813.
[13]Aschenbrenner DS.Common insomnia dmgs receive black box waming[J].Am J Nurs,2019,119(8):22.
[14]黎斌,陈凌,孙慧静,等.柴胡疏肝散与针刺联合认知行为疗法治疗亚健康失眠临床研究[J].新中医,2021,53(11):44-48.
[15]高秋爽,王利朝,马爱江,等.柴胡疏肝散加减治疗缺血性脑卒中后抑郁伴高血脂症疗效及对血清 TNF- α 、CRP、IL-6 水平影响[J].现代中西医结合杂志,2021,30(28):3138-3142.