



龙芝散结合现代破壁技术治疗 80 例失眠患者的临床观察

李瑜峰¹ 郑斌¹ 陈东琪¹ 李芳² (通讯作者)

(1.长沙医学院 2014 级本科中医一班 湖南长沙 410219 ; (2.长沙医学院长沙医学院中医学院 湖南长沙 410219)

摘要:目的:探究龙芝散结合现代破壁技术治疗 80 例失眠患者的临床观察。方法:筛选出得分在 35 分至 40 分的失眠患者 80 人,随机分为两组,实验组和对照组各 40 人。实验组:运用龙芝散结合现代破壁技术治疗;对照组:龙芝散原方,观察两组临床疗效。结果:实验组总有效率为 95%,对照组总有效率为 90%。两组患者在治疗过程中均未发生严重不良事件。结论:龙芝散结合现代破壁技术治疗失眠患者疗效较为显著,可以应用。

关键词:失眠;龙芝散;破壁技术

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 06-297-01

失眠是指无法正常入睡或难以保持睡眠状态致使睡眠不足的疾病,伴有梦多易醒、醒后难入睡等症状,甚则彻夜难眠。该病常令患者痛苦不堪,严重影响其生活质量。经调查发现,27%的人有睡眠方面的问题。现阶段,我国成年人失眠的患病率已上升为 38.2%。现代医学主要通过综合治疗,包括教育、行为疗法和药物手段,一般撤药后会有反跳性和药物依赖性反应。为改善疗效,笔者采用龙芝散结合现代破壁技术治疗,现报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料:按照国家标准的睡眠状况自评量表(SRSS),对长沙医学院在校学生及周围居民进行随机问卷调查,筛选出得分在 35 分至 40 分的患者 80 人,随机分为两组,实验组和对照组各 40 人。实验组男 20 例,女 20 例,年龄 17~22 岁,平均年龄 19.5 岁。病程 4~8 年,平均病程 6 年,对照组男 20 例,女 20 例,年龄 17~22 岁,平均年龄 19.5 岁。病程 4~9 年,平均病程 6 年,两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 失眠诊断标准[1]:参照《中国精神障碍分类与诊断标准》、《中医内科学》、《中药新药临床研究指导原则》。①睡眠时间较正常同龄人明显偏少,每天夜晚<6 h;②入睡时间长,通常>30min;③睡眠浅,易早醒,醒后 30min 内不再入睡;④醒后有疲惫感,白天疲劳、困倦。

1.2.2 纳入标准:①符合诊断标准且病情稳定;②年龄 17~22 岁;③治疗前未服用其他治疗药物及接受对本研究有干扰的治疗;④自愿参加本次研究,签署知情同意书并能配合临床治疗。

1.2.3 排除标准:①孕妇、哺乳期妇女及精神疾病患者;②由药物或外界干扰等其他因素引起的继发性失眠患者;③合并有心脑血管疾病及肝、肾及造血系统等严重原发性疾病患者;④依从性差,不能配合临床治疗患者。

1.3 治疗方法

实验组:运用龙芝散结合现代破壁技术治疗。龙眼干 10g,蜂蜜 10ml,灵芝孢子粉(吉林省泽康有限公司生产) 2g。用法:用开水冲泡灵芝孢子粉,汤匙搅拌均匀后加入蜂蜜和龙眼干肉。一周为一疗程,服用 4 疗程。对照组:龙芝散原方。给与原方 10 克龙眼干,10 毫升蜂蜜,以及两克的灵芝片(吉林省泽康有限公司生产)药包,每晚睡前煎煮服下。

1.4 观察指标与评价标准

1.4.1 按照国家标准的睡眠状况自评量表(SRSS)。治愈:得分下降了 15 分以上的判定为疗效极佳;显效:得分下降了 10 至 15 分之间的为判定疗效显著;有效:下降分数在 5~10 分以下判定为疗效一般;无效:下降分数在 5 分以下判定为无效。对试验者每个疗程结束后,进行评分。根据数据对比试验者治疗前后的自评量表得分,评判药物疗效。(见表 1、2)其中分别于治疗前,治疗 1 个疗程对比其症候积分变化率。

1.4.2 安全指标:观察记录治疗期间患者发生的不良反应,以评价药物使用的安全性。

表 1 失眠分级标准(主症)

	15 分	10~15 分	5~10 分	5 分
失眠缓解程度	治愈	显效	有效	无效

表 2 失眠分级标准(次症)

次要症状	15 分	10~15 分	5~10 分	5 分
易惊醒	无	轻微	较重	无法入睡

注:治愈 15 分,效果显著 10~15 分,有效 5~10 分,5 分以下无效。

1.5 统计方法

本部分研究主要数据统计。对于所获得数据,采用 spss20.0 统计软件进行统计学分析,探讨其中的规律和相关性。

2. 结果

2.1 临床疗效

实验组总有效率为 95%,对照组有效率为 90%,比较差异具有统计学意义($P<0.05$)

表 3 两组治疗疗效比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
实验组	40	4 (10)	20 (50)	14 (35)	2 (5)	38 (95)

对照组	40	4 (10)	14 (35)	18 (45)	4 (10)	36 (90)
-----	----	--------	---------	---------	--------	---------

注:两组比较, $P<0.05$

2.2 不良反应 两组患者在治疗过程中未见发生严重不良事件。

3. 讨论

中医药在失眠防治方面有其独特而高效的诊治思路,有灵活多样的干预手段,有数千年医疗实践积累下来的宝贵经验。中医主要以五脏精气学说为根本治疗失眠,从汉代开始,张仲景的《伤寒杂病论》丰富和发展了《内经》治疗失眠的理论和方法,他确立的辨证治疗的思想,为后世医家治疗失眠开拓了思路。首先以心为论治要点,崔春凤认为,心主,神,失眠有心神失养及心神受扰两大类。“心藏脉,脉舍神”,心主神明,五志惟心所使。《类经·疾病论》指“心为五藏六腑之大主,而总统魂魄,兼赅志意。”“心为事扰则神动,神动则不静,是以不寐也”。心主血脉,当柔软滋润,若心火亢盛、心神内扰则发为失眠[2]。心为君主之官,其主神明,心神宜收敛而不宜涣散,宜宁静而不宜狂越。若心火亢盛时当用生地黄、阿胶等咸味滋养柔润之品,以软之补之。缓者,神志涣散不收,出现失眠、多梦、焦虑之症时,当用酸枣仁、五味子、白芍等酸收之品,凝神固心。

其次以肝为主要论治要点,肝藏魂,为将军之官,《黄帝内经》云:“随神往来谓之魂”肝藏血,血舍魂,肝血不足,魂无所居常引起失眠。《金匮要略·血痹虚劳病脉证并治第六》指出“虚劳虚烦不得眠,酸枣仁汤主之”。由于肝血不足,肝不养心,神魂不安,故不得眠。酸枣仁汤中重用酸枣仁补肝血以安神,川芎调肝气,知母清虚热,茯苓、甘草健脾宁心[3]。若因实邪阻滞,肝失条达,也可影响肝藏魂而导致失眠。不寐本于肝不舍魂,《内经》谓:“夜卧血归于肝,肝藏血,血舍魂,夜则入寐。”若肝血虚,血不舍魂,则难入寐。治以珍珠母丸养肝血镇肝魂。再从脾胃论治,自古以来,脾胃不和则卧不安,一直都是失眠的要症,清代张琦在《素问释义》中指出:“卫气昼行于经则寤,夜行于藏则寐,而胃气之出入依乎胃气,阳明逆则诸阳皆逆,不得入于阴,故不得卧”[4]。杨明会教授结合现代脑肠轴理论,认为现代失眠的发病与胃肠密切相关。基本病机为:胃失和降、卫气不能由阳入阴或胃失和降、神失安宁,提出“和胃安神法”治疗“胃不和”型失眠,经长期临床验证,疗效显著。

虽然有如此多对于不同失眠类型的治疗方法,但均有中药煎煮之繁杂,更加上长期服用中药对脾胃功能亦有损害,而且对龙芝散这种简便易行的民间方也尚未提及。另外,破壁技术在现代也有很广泛的应用,天然植物活性物等的有效成分往往包埋在细胞壁或液泡内,与原料母体之间存在某种物理或化学结合力,例如,胡椒碱、胡椒精油等成分存在于胡椒细胞之中,在胡椒细胞未破裂前,细胞壁的阻力会使萃取速度变慢,油脂的提取率极低。因而需要通过物理或化学方法消除细胞壁的阻碍,克服待萃取成分与母体间的作用力,使得萃取成分容易从母体的束缚中释放出来。花粉细胞壁的外壁坚硬,内壁柔软,因此花粉破壁处理也是影响花粉多糖产量的重要途径。本课题所用灵芝原产于亚洲东部,在我国江西分布最广。灵芝孢子油是从灵芝孢子中萃取得到的,占灵芝孢子总质量的 15%~34%,含有丰富的三萜类灵芝酸、不饱和脂肪酸和灵芝多糖等化合物,因而具有更加广泛的生理活性。为了充分利用灵芝孢子中的有效成分,提高灵芝孢子油的得率,对灵芝孢子进行破壁处理。由此可见破壁处理在现代生活中有广泛的应用。综上所述,龙芝散结合现代破壁技术治疗失眠患者疗效较为显著。

参考文献

- [1]科技部“十一五”国家科技支撑计划重点课题心理疾患防治研究与示范项目研究课题组,汪卫东,李涛,闫雪,吕学玉.基于个体化的失眠症中医临床实践指南[J].世界睡眠医学杂志,2016,3(02):65-79.
- [2]贾玉,贾跃进,郑晓琳.中医对失眠认识的探讨及展望[J].中华中医药杂志,2015,30(01):163-166.
- [3]李桂侠,王处渊,周璇梓.中医对失眠症病因病机的认识[J].世界睡眠医学杂志,2014,1(03):183-188.
- [4]周法根,徐红,叶远玲.灵芝颗粒治疗失眠症 100 例临床观察[J].中国中医药科技,2004(05):309-311.

基金项目:大学生研究性学习和创新性实验项目长医教〔2017〕18 号—223