

括屈膝锻炼、行走锻炼等，避免因长期卧床导致的肌肉萎缩^[7]。

通过本研究，笔者发现关节镜术后联合中药熏蒸治疗 KOA，再结合术后常规护理，可以有效促进患者术后康复，同时减轻患者疼痛症状、增加患者关节稳定性，改善患者预后，在临床上值得推广应用。

[参考文献]

- [1] 吴玥, 陈东阳. 关节镜治疗 459 例膝关节骨性关节炎的术后护理[J]. 实用临床医药杂志, 2010, 14(18): 69-70.
- [2] 黄文春. 关节镜下治疗膝关节骨性关节炎围手术期护理现状[J]. 当代护士: 学术版, 2011(7): 10-12.

- [3] 吴华锋. 关节镜结合中药熏蒸治疗膝关节骨性关节炎的临床研究[D]. 武汉: 湖北中医药大学, 2012.
- [4] 熊彦, 刘婷. Orem 护理模式在老年膝关节骨性关节炎术后护理中的应用[J]. 右江医学, 2009, 37(4): 396-398.
- [5] 王思茹, 蔡敏, 古永恒, 等. 中药药熨结合玻璃酸钠治疗膝关节骨性关节炎的护理[J]. 护士进修杂志, 2009, 24(16): 1480-1481.
- [6] 秦莉花, 吴奇峰, 陈晓阳, 等. 中药内服外治膝骨性关节炎的研究概述[J]. 湖南中医药大学学报, 2013, 33(7): 109-112.
- [7] 金艳芳. 膝痹的中医护理干预[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(16): 142-143.

(责任编辑: 刘淑婷, 吴凌)

和解安神方加减治疗肝郁脾虚型不寐临床观察

杨道迪, 牛垚飞 指导: 赵德喜

长春中医药大学 2011 级硕士研究生, 吉林 长春 131000

[摘要] 目的: 观察和解安神方加减治疗肝郁脾虚型不寐的临床疗效。方法: 将 86 例患者随机分为 2 组各 43 例, 治疗组采用自拟和解安神方加减治疗; 对照组予佐匹克隆口服治疗; 疗程均为 3 周。比较 2 组临床疗效。结果: 治疗组总有效率为 90.70%, 高于对照组的 74.42%, 2 组比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。治疗组仅 1 例出现便溏, 药物加减后, 自行好转, 不良反应发生率为 2.33%。对照组日间困倦 4 例, 口干口苦 3 例, 头晕头痛 1 例, 不良反应发生率为 18.60%。2 组不良反应发生率比较, 差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。结论: 和解安神方加减治疗肝郁脾虚型不寐疗效显著。

[关键词] 不寐; 失眠; 肝郁脾虚; 和解安神方; 佐匹克隆

[中图分类号] R256.23 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2014) 03-0082-03

不寐, 即现代医学所指的失眠, 由阳不入阴所引起, 以经常不能获得正常睡眠为特征, 主要表现为睡眠时间、深度的不足, 轻者入睡困难, 或寐而不酣, 时寐时醒, 或醒后不能再寐, 重则彻夜不寐, 常影响人们的正常工作、生活、学习和健康^[1]。笔者跟师赵德喜教授, 运用自拟和解安神方治疗肝郁脾虚型不寐, 疗效显著, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 86 例患者均为 2012 年 2 月~2013 年 3 月长春中医药大学附属医院赵德喜教授门诊患者。随机分为 2 组各 43 例, 治疗组男 17 例, 女 26 例; 平均年龄(42.8±14.5)岁, 病程(10.7±6.8)月。对照组男 16 例, 女 27 例; 平均年龄(41.9±14.8)岁, 病程(10.2±4.6)月。2 组性别、年龄及病程等经

[收稿日期] 2013-08-10

[作者简介] 杨道迪 (1986-), 男, 硕士研究生, 研究方向: 中医脑病临床研究。

统计学处理, 差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》^[2]中不寐的诊断标准。中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[3]中肝郁脾虚证的相关标准。主症: 胃脘或胁肋胀痛, 腹胀, 食少纳呆, 便溏不爽; 次症: 情绪抑郁或急躁易怒, 善太息, 肠鸣矢气, 腹痛腹泻, 泻后痛减, 舌苔白或腻, 脉弦或细。具备以上主症 3 项(胃脘或胁肋胀痛必备), 或主症 2 项(胃脘或胁肋胀痛必备), 次症 2 项, 即可诊断。西医诊断参照《CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准》^[4]有关失眠症的诊断标准。

1.3 纳入标准 符合上述中医及证候诊断标准和西医诊断标准; 年龄 17~69 岁。

1.4 排除标准 躯体疾病或脑器质性疾病引起的失眠; 精神障碍症状引起的失眠及乙醇、咖啡、茶或药物依赖引起的失眠; 严重肝、肾功能不全, 失代偿肺功能不全或合并其他各系统严重疾病; 年龄在 18 周岁以下或 70 周岁以上者及妊娠期、哺乳期妇女; 酗酒和精神药物滥用和依赖所致失眠; 未按规定用药, 无法判断疗效或资料不全等影响疗效判断者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用和解安神方加减治疗, 处方: 柴胡、生牡蛎(先煎)各 25 g, 黄芩、清半夏、炙甘草、生姜各 10 g, 夏枯草 20 g, 党参 15 g, 生龙骨(先煎) 50 g, 大枣 8 个。加减: 若不寐较重者, 加夜交藤、紫石英(先煎)各 20 g, 远志 10 g, 合欢皮 15 g 或琥珀粉(睡前冲服)5 g; 若脾虚明显者, 加茯苓、茯神各 20 g, 白术 15 g; 若肝郁明显者, 加川楝子 15 g, 延胡索 10 g; 若有血瘀者, 加三棱 10 g, 莪术 15 g; 若痰湿较重, 加青礞石(先煎)20 g, 木通、竹叶各 10 g。每天 1 剂, 煎 2 次共取汁 200 mL, 每次 100 mL 分早餐前 0.5 h 及晚上临睡前 1 h 共 2 次口服。服药期间忌食生冷辛辣油腻。

2.2 对照组 佐匹克隆 7.5 mg, 睡前 0.5 h 口服。

均连服 3 周后进行疗效评定。同时让患者认识睡眠、学习睡眠, 养成良好的睡眠习惯和生活规律, 树立战胜疾病的信心。

3 统计学方法

采用四格表法, 对数据进行 χ^2 检验, 统计分析使用软件 SPSS19.0 完成。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[2]相关标准。痊愈: 睡眠时间恢复正常, 睡眠时间在 6 h 以上, 醒后精力充沛, 无疲乏感, 伴随主要临床症状消失; 显效: 睡眠明显好转, 睡眠时间较治疗前延长 2 h 以上, 深度较前增加, 伴随症状改善; 有效: 睡眠时间较治疗前有所增加, 但不足 3 h; 无效: 睡眠无明显改善或反加重, 症状无任何改善。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。总有效率治疗组为 90.70%, 高于对照组的 74.42%, 2 组比较, 差异有显著性意义($P<0.05$)。

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	43	11	15	13	4	90.70 ^①
对照组	43	9	12	11	11	74.42

与对照组比较, ① $P<0.05$

4.3 2 组不良反应发生率比较 治疗组仅 1 例出现便溏, 药物加减后, 自行好转, 不良反应发生率为 2.33%。对照组日间困倦 4 例, 口干口苦 3 例, 头晕头痛 1 例, 不良反应发生率为 18.60%。2 组不良反应发生率比较, 差异有显著性意义($P<0.05$)。

5 病案举例

杨某, 女, 36 岁, 教师。2012 年 6 月 7 日初诊, 患者以“失眠 1 年余”为主诉。患者于 1 年前, 因工作压力大, 出现夜间入睡困难, 多梦, 时重时轻, 曾就诊于附近西医院, 诊断为失眠、抑郁症, 给予安定类药物及抗抑郁药, 开始服用, 效果明显, 后疗效不佳, 近一周症状加重, 为求中医药治疗来本院门诊。症见: 入睡困难, 易醒, 醒后 1~2 h 不能续睡, 每晚睡眠 2~3 h, 胸闷心烦, 焦虑, 胁肋胀痛, 脘闷纳呆, 小便可, 大便溏, 舌质暗红、体大、苔白腻, 脉弦。既往否认糖尿病、冠心病、高血压等相关病史, 否认肝炎、结核等传染病病史, 否认食物、药物等过敏史。中医诊断: 不寐, 辨证为肝郁脾虚证。西医诊断: 失眠。治宜疏肝健脾, 和解安神。自拟和解安神方加减, 处方: 柴胡、生牡蛎(先煎)各 25 g, 黄芩、清半夏、远志、炙甘草、生姜各 10 g, 石菖蒲、夏枯草、茯苓、茯神各 20 g, 白术、党参各 15 g, 生龙骨(先煎)50 g, 大枣 8 个。7 剂, 每天 1 剂, 水煎取汁 200 mL, 早晚分服。6 月 13 日二诊, 患者诉睡眠症状明显好转, 每晚可睡 3~4 h, 仍有

胁肋胀痛,焦虑,食欲减退,二便正常。舌体大、质暗、苔白腻,脉弦。根据目前的症、舌、脉,在前方的基础上加竹叶 20 g,木通 10 g 以清热淡渗利湿。7 剂,煎服同上。6 月 20 日三诊时,患者诉睡眠基本正常,可睡 6~7 h,偶有心烦,再服 7 剂巩固疗效后停药观察。随访 3 月,病未复发。

6 讨论

《内经》中称失眠为“不得卧”、“目不瞑”等,《难经》将此病称为“不寐”。而在东汉时期张仲景所著《伤寒杂病论》中又将此病称为“不得眠”、“不眠”等。但后世中医统称之“不寐”。不寐是临床常见病和多发病,其病机为气血阴阳失和,阳不入阴。宋·许叔微《普济本事方·卷一》论述不寐的病因时说:“平人肝不受邪,故卧则魂归于肝,神静而得寐。今肝有邪,魂不得归,是以卧则魂扬若离体也”。肝有邪,魂不守舍,影响心神而发生不寐。又,脾主运化,藏意,主思;若肝郁乘脾,脾失健运,或思虑过度,气机不畅,以致气血化源不足,不能养心安神,亦致不寐。所以不寐因肝气郁滞而得。随着社会的发展,竞争日趋激烈,人们面对诸多诱惑、欲望之心急剧膨胀,以及承受着各个方面前所未有的精神压力,易肝气郁结,肝郁木旺,横克脾土,而致肝郁脾虚。再者,现代人常饮食不节或恣食肥甘厚味,脾胃受损,肝木凌之,致肝郁脾虚。赵教授认为,每个时代都有不同时代的疾病,如张仲景时代,因受经济条件的制约,加上气候环境的影响,外感疾病较多,伤寒即为当时的时代病。以此提出“肝郁脾虚时代”,并根据自己多年临证经验在小柴胡汤和柴胡加龙骨牡蛎汤基础上化裁自拟和解安神方,方中柴胡,苦、辛,微寒,归肝、胆经,《本经》:“主心腹肠胃结气,饮食积聚,寒热邪气,推陈致新”,疏肝解郁,升举阳气,为君药。黄芩,苦,寒,归肺、胆、胃大肠经,《本经疏正》:“黄芩协柴胡,能清气分之热”。夏枯草,苦、辛,寒,归肝、胆经,《本草正义》:“善于宣泄肝胆木火之郁窒,而顺利气血之运行”,《本草疏证》:“通阴阳……治不眠”。二药可清泻肝胆经郁火,共为臣药。清半夏,辛,温,归脾、胃、肺经,其味辛可助柴胡而散邪;其性降,可

降逆止呕,同时,与柴胡一升一降,开通少阳之路,祛除肝胆经之郁滞。且半夏得阴而生,夏枯草得阳而长,二药配合可使营卫运行于常道,使人昼精而夜瞑;半夏又可燥湿化痰,可防脾虚生痰。党参,甘,平,归脾、肺经,补中益气,扶正以祛邪,《本草从新》:“补中,益气,和脾胃,除烦渴。中气微虚,用以调补,甚为平安”,助柴胡祛肝胆之郁滞。白术,苦、甘,温,归脾、胃经,补气健脾,燥湿利水,《本草汇言》:“乃扶植脾胃,散湿除痹,消食除痞之要药也。脾虚不健,术能补之;胃虚不纳,术能助之”。甘草,甘,平,归脾、胃、肺、心经,《本草汇言》:“甘草,和中益气,补虚解毒之药也。健脾胃,固中气之虚羸,协阴阳,和不调之营卫”。半夏、党参、白术、甘草固中焦脾胃,是防肝胆木郁克土之意,为佐药。生龙骨,甘、涩,微寒,归心肝经,镇心安神,平肝潜阳,《名医别录》:“疗汗出,夜卧自惊,恚怒……养精神,定魂魄,安五脏”,《本草纲目》:“能收敛浮越之正气”。远志,辛、苦,微温,归肺心经,性善宣泄通达,既能交通心肾,又能助心气,开心郁,安神益智,通利心窍,《本经》:“除邪气,利九窍,益智慧,耳目聪明,不忘,强志倍力”,宁心安神,祛痰开窍,与生龙骨共为使药。全方散结气,清郁热,使枢机通畅,营卫调和,阴阳有序,寤寐有常,是治疗失眠的良好方剂。应用和解安神方加减治疗肝郁脾虚型不寐疗效明显优于对照组,副作用小,疗效满意,值得进一步研究推广。

[参考文献]

- [1] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2010: 146.
- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.
- [3] 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社, 2002.
- [4] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社, 2001: 118.

(责任编辑:骆欢欢)