

中西医结合治疗精神疾病伴发睡眠障碍述评

郭苏嫣

丰台区精神病防治院 北京 100071

摘要: **目的:** 探讨中西医结合治疗精神疾病伴发睡眠障碍的疗效和价值。**方法:** 选取丰台区精神病防治院2019年1月至2020年3月期间门诊就诊的76例精神疾病伴发睡眠障碍患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,各38例。对照组给予常规西医治疗,观察组在对照组基础上联合中医治疗,比较两组患者的睡眠情况、治疗效果及不良反应发生率。**结果:** 经治疗观察组患者的匹兹堡睡眠质量评分表(PQSI)各项目评分低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者治疗总有效率为97.37%,高于对照组的73.68%,差异具有统计学意义($P < 0.05$);观察组患者不良反应发生率为5.26%,低于对照组的31.58%,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 在精神疾病伴发睡眠障碍中给予中西医结合治疗可改善患者睡眠质量,提高临床疗效,降低不良反应发生率。

关键词: 中西医结合;精神疾病;睡眠障碍

一、资料与方法

1. 一般资料

选取本院2019年1月至2020年3月期间门诊就诊的76例精神疾病伴发睡眠障碍患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,各38例。其中观察组男22例,女16例,年龄38~64岁,平均年龄(57.61 ± 2.67)岁,病程2~31个月,平均病程(15.06 ± 1.58)个月;对照组男20例,女18例,年龄35~63岁,平均年龄(57.47 ± 2.25)岁,病程2~30个月,平均病程(15.12 ± 1.63)个月。两组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2. 纳入标准

(1) 符合《国际疾病分类(ICD-10)应用指导手册》^[2]中关于精神疾病伴发睡眠障碍相关诊断标准;(2) 近期末使用助眠药物;(3) 无药物过敏和相关禁忌证;(4) 资料完整且自愿参与研究。

3. 排除标准

(1) 过敏体质;(2) 妊娠、哺乳期女性;(3) 言语交流和沟通障碍;(4) 资料缺失以及中途退出。

4. 方法

患者入组后均基于抗精神药物治疗,口服利培酮治疗精神疾病(西安杨森制药有限公司,国药准字H20010309)初始剂量为 $1\text{mg} \cdot \text{次}^{-1}$, $1 \sim 2\text{次} \cdot \text{d}^{-1}$,连续用药1周后将其剂量增加至 $2 \sim 4\text{mg} \cdot \text{次}^{-1}$,第2周可增加至 $4 \sim 6\text{mg} \cdot \text{次}^{-1}$,并在此后时间维持该药量不变或者根据患者具体情况酌情选择。

(1) 对照组 在其基础上给予佐匹克隆片(广东华润润峰药业有限公司,国药准字H10980247)初次用药

以 $3.75\text{mg} \cdot \text{次}^{-1}$ 临睡用药,若睡眠欠佳,可增加剂量至 $7.5\text{mg} \cdot \text{次}^{-1}$,连续用药30d。

(2) 观察组 在对照组基础上联合中医治疗,联合应用安神定志解郁汤进行治疗,具体药方为:合欢皮10g,川郁金10g,甘草5g,茯苓10g,白芍10g,柴胡10g,当归10g,白术10g,紫丹参10g,生黄芪10g,西党参10g。此为1剂药量,用水煎服,分早晚两次服用,治疗2个月后,对两组患者的治疗效果进行评价。

5. 观察指标

(1) 以匹兹堡睡眠质量评分表(Pittsburgh sleep quality index, PQSI)评价两组治疗前后睡眠情况,内容包括睡眠时间、睡眠质量、睡眠效率和使用药物等7项,各项目分值为0~3分,总分21分,得分越高表示睡眠质量越差。(2) 比较两组疗效变化,评定标准参照《中药新药临床研究指导原则》和PQSI评分变化,其中显效:症状消失,PQSI改善程度 $\geq 80\%$ 且停药后不复发,夜晚睡眠质量良好;有效:症状明显改善且PQSI改善程度在60%~80%,停药后有部分反复;无效:未达到上述标准;总有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。(3) 记录两组不良反应发生情况。

6. 统计学方法

采用SPSS 22.0软件进行数据处理,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用t检验,计数资料用百分比表示,采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者治疗前后PQSI评分比较

治疗前,两组患者PQSI量表各项目评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后,观察组患者睡眠质

表1 两组患者治疗前后PQSI评分比较 (n=38, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	睡眠质量	睡眠潜伏期	睡眠持续性	睡眠效率	睡眠紊乱	使用药物	白天功能紊乱	合计
对照组	治疗前	2.51 ± 0.97	2.32 ± 0.94	2.04 ± 0.89	2.19 ± 0.95	1.79 ± 0.67	1.70 ± 0.76	2.59 ± 1.05	14.93 ± 2.71
	治疗后	1.86 ± 0.82	1.93 ± 0.83	1.74 ± 1.02	1.64 ± 0.88	1.58 ± 0.85	1.36 ± 0.50	1.47 ± 0.75	10.88 ± 2.23
观察组	治疗前	2.53 ± 1.01	2.36 ± 0.97	2.08 ± 0.92	2.20 ± 0.99	1.75 ± 0.64	1.73 ± 0.78	2.57 ± 1.02	14.65 ± 2.60
	治疗后	0.92 ± 0.83 ^a	0.94 ± 0.43 ^a	0.83 ± 0.52 ^a	0.76 ± 0.88 ^a	0.85 ± 0.47 ^a	0.44 ± 0.33 ^a	0.67 ± 0.27 ^a	5.28 ± 1.53 ^a

与对照组治疗后比较, ^aP < 0.05

注: PQSI — 匹兹堡睡眠质量评分表

量、睡眠潜伏期以及睡眠效率等各项目评分均低于对照组, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表1。

2. 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为97.37%, 高于对照组的73.68%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表2。

表2 两组患者治疗总有效率比较 [n=38, n (%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	15 (39.47)	13 (34.21)	10 (26.32)	28 (73.68)
观察组	20 (52.63)	17 (44.74)	1 (2.63)	37 (97.37) ^b

与对照组比较, ^bP < 0.05

3. 两组患者的不良反应发生率比较

观察组患者不良反应总发生率为5.26%, 低于对照组的31.58%, 差异具有统计学意义 (P < 0.05), 见表3。

表3 两组患者的不良反应发生率比较 [n=38, n (%)]

组别	便秘	乏力	口干	心悸	总发生
对照组	2 (5.26)	3 (7.89)	4 (10.53)	3 (7.89)	12 (31.58)
观察组	1 (2.63)	0 (0.00)	1 (2.63)	0 (0.00)	2 (5.26) ^c

与对照组比较, ^cP < 0.05

三、讨论

精神病患者多数会伴随睡眠障碍, 以及情绪问题, 包括焦虑和抑郁情况, 加大了临床上的治疗难度。出现精神疾病的原因有很多, 包括免疫系统、基因、心理等很多因素。临床上对大多精神病患者多应用抗精神病药物和安眠药进行治疗, 疗效并不明显, 同时易出现厌食、恶心和口感等不良反应。因此有学者开始推荐中西医结合治疗睡眠障碍, 同时也提出尝试中西医结合治疗精神疾病, 如精神分裂症^[2]。临床上, 精神疾病是中医情志病的一种, 属于中医“癫”“狂”“呆”“郁证”等神志病范畴。患者多表现为心神失养、气血凝滞、情感

抑郁等, 因此推荐应用安神定志解郁汤进行治疗。药方之中川郁金能够治疗胸闷胸痛, 甘草治疗心悸、心气虚, 茯苓、合欢皮能健脾宁心, 白芍可治疗癫痫, 当归、柴胡、白术可治疗四肢倦怠、脾胃虚弱, 紫丹参具有安神宁心的效果, 生黄芪可以治疗气血虚弱, 诸药合用, 具有安神、定志、解郁的效果^[3]。而本研究中, 通过中西医结合治疗患者PQSI评分显著降低且其疗效提高, 其研究结果和上述学者基本相符, 分析其原因主要是因为中药治疗, 本身具备中和药性的功能且中药副作用小。但单纯西药治疗其副作用较高, 而不良反应的发生不仅会影响患者的康复, 甚至还会影响其心理状况^[4]。由此可见, 给予中西医结合治疗精神疾病伴发睡眠障碍其效果值得肯定。

四、结束语

综上所述, 对精神病患者应用中西医结合治疗, 能够提升患者的治疗效果, 对于改善患者睡眠情况效果显著。

参考文献:

- [1]张宏耕, 王杨, 范荣, 等. 精神分裂症的中医证候规范化研究[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45 (2): 271-274.
- [2]朱金华, 徐义勇, 万红娇, 等. 温胆汤对精神分裂症模型大鼠海马组织PI3K, Akt和GSK3 β 的影响[J]. 中国实验方剂学杂志 2019, 25 (1): 101-106.
- [3]王界成. 百乐眠胶囊联合劳拉西泮治疗脑卒中睡眠障碍的临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15 (20): 2626-2629.
- [4]李静. 舍曲林联合舒眠胶囊治疗抑郁症睡眠障碍的疗效和安全性[J]. 中西医结合研究, 2016, 8 (2): 86-87.