

原发性失眠症患者的血府逐瘀汤加减联合针灸治疗效果分析

殷明

(高台县中医医院风湿骨病科 甘肃省张掖市 734300)

摘要：目的：探究原发性失眠症患者使用血府逐瘀汤加减联合针灸治疗的效果。方法：在 2020 年 10 月至 2022 年 10 月期间开展此次研究，选取此期间在我院治疗的原发性失眠患者 58 例，应用随机数表法将其分为对照组 (n=29) 及观察组 (n=29)，对照组接受常规西药治疗，观察组接受血府逐瘀汤加减联合针灸治疗，对比两组患者治疗有效率、中医证候积分、睡眠质量评分 (PSQI)、抑郁 (HAMA)、焦虑评分 (HAMD)。结果：观察组治疗有效率 (96.55%) 高于对照组 (68.96%) ($P<0.05$)。治疗前，两组中医证候积分相比较差异不显著 ($P>0.05$)；治疗后，两组中医证候均下降，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。治疗前，两组 PSQI 评分相比较差异不显著 ($P>0.05$)；治疗后，两组 PSQI 评分均下降，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。治疗前，两组 HAMA、HAMD 评分相比较差异不显著 ($P>0.05$)；治疗后，两组 HAMA、HAMD 均降低，且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。结论：原发性失眠患者采用血府逐瘀汤加减联合针灸治疗，可提高治疗有效率，改善睡眠质量，缓解抑郁、焦虑症状，疗效确切。

关键词：原发性失眠；血府逐瘀汤；加减治疗；针灸

随着经济快速的发展，社会工作压力逐渐增大，临床医学研究显示，有约 33% 以上的社会人群出现一定程度的睡眠障碍，其中有约 15% 的患者睡眠障碍非常严重。严重睡眠会影响大众的正常生活及工作，并给失眠患者的身心带来严重的影响。失眠也就是睡眠障碍，入睡困难、入睡后易惊醒、醒后再睡困难为主要症状，长时间失眠患者容易出现睡眠障碍。随着社会竞争压力的逐渐增大，原发性失眠的发病率逐渐升高。临床中治疗原发性失眠主要以西药治疗为主，在患者进行治疗期间，主要选择镇静、安眠为主的治疗方案，但是治疗效果不尽人意。祖国医学认为，失眠属于“目不瞑、不得眠”的范畴，以本虚标实为病理，致病位在心脑、肝脾肾。因此，在治疗上应该以补气血、调理脏腑为主。血府逐瘀汤在治疗血府、血瘀导致的各种疾病效果显著。但血府逐瘀汤治疗原发性失眠的报道较少。为此，本文为探究血府逐瘀汤治疗原发性失眠的临床疗效，使用分组对照的方式加以探究，现做如下报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料

在 2020 年 10 月至 2022 年 10 月期间开展此次研究，选取此期间在我院治疗的原发性失眠患者 58 例，应用随机数表法将其分为对照组 (n=29) 及观察组 (n=29)。其中对照组男性患者和女性患者的比例为 15:14，年龄跨度 22-65 岁，平均年龄 (49.02 ± 2.37) 岁；病程跨度 1-8 年，平均病程 (4.39 ± 0.48) 年；观察组男性患者和女性患者的比例为 14:15，年龄跨度 23-68 岁，平均年龄 (49.47 ± 2.42) 岁；病程跨度 2-9 年，平均病程 (4.52 ± 0.49) 年；

纳入标准：(1) 根据《中国成人失眠诊断与治疗指南》对患者进行诊断，诊断要点为：①睡眠障碍；②入睡困难；③睡后易惊醒；④惊醒后再睡困难。(2) 以上症状一周出现至少 4 次。(3) 患者知情同意。

排除标准：(1) 精神疾病者。(2) 认知障碍者。(3) 其他疾病导致失眠者。

本次研究开始前，患者均了解研究过程，并自愿参与研究，两组患者年龄、性别等基线资料无显著差异 ($P>0.05$)；

1.2 方法

对照组接受常规西药治疗，服用艾司唑仑 (华中药业股份有限公司；国药准字 H42021522) 口服，每次 2mg，每天 1 次。治疗 30 天。

观察组接受血府逐瘀汤联合针灸治疗。血府逐瘀汤方剂组成为：桃仁 10g，当归、牛膝 9g，生地黄、赤芍、红花、枳壳 6g，川芎、桔梗 5g，柴胡、甘草 3g；根据患者症状加减用药：

患者如为气虚者则加黄芪、党参各 15g；如患者为痰热者则加黄芪 15g，浙贝母 150g，胆南星 10g，竹茹 10g；如果患者为血虚者则加熟地黄 20g，制黄精 15g，当归 10g；使用温水煎服，每天服用 1 剂，早晚饭后服用，服用 30 天。针灸穴位选择：主穴为四神聪穴，穴位选择为从上之下、从左至右，四个方向刺向百会穴。针灸方法为：指导患者保持仰卧位，对穴位周围皮肤使用 75% 乙醇进行消毒处理，使用 0.25mm*25mm 毫针对患者前伸聪穴进行针刺，使用行捻转补泻手法刺入百会穴，在患者主诉皮下酸胀为度，使用高手法连续对后聪穴、左聪穴、右聪穴进行针灸，针刺均刺向百会穴，针灸 30min，间隔 10min 使用平补平泻手法行针 1 次。配穴选择为：如患者为心脾两虚型则选择内关穴和阴陵泉穴；如果患者为心胆气虚型则选择内关穴和阳陵泉穴；如患者为心肾不交型则选择内关穴和关元穴；如患者为肝郁气滞型则选择太冲穴和行间穴；针灸手法为：指导患者保持仰卧位，对针灸周围皮肤使用 75% 乙醇进行消毒处理，使用 0.25*25mm 毫针直刺，使用行捻转补泻手法进行针灸，每天进行 1 次，连续针灸 30 天。

1.3 观察指标

1.3.1 对比两组治疗有效率。痊愈：患者治疗后，睡眠恢复正常，症状全部消失；有效：患者治疗后，症状改善显著；无效：患者治疗后，无任何改善。

1.3.2 对比两组中医证候积分。中医证候积分参照《中医病症诊断标准》，包括入睡困难、多梦、易醒、心悸、健忘、不良情绪、头晕、头痛、易惊醒等 9 项内容，无、轻、中、重 4 个等级，0-3 分，总分 27 分，分数越低证候评价约优，反之越差。

1.3.3 对比两组睡眠质量评分。采用 PSQI 量表进行评价，量表包括 7 个维度，满分 21 分，分数越高睡眠质量越差。

1.3.4 对比两组抑郁、焦虑评分。使用 HAMA、HAMD 量表进行评价，分数越高症状越严重。

1.4 统计学分析

计数资料需采用计算机中的 SPSS26.0 软件进行统计、分析、比较。($\bar{X} \pm S$) 作为计量的资料，[n, (%)] 表示计数资料，检验可用 t 、 χ^2 数据比较后若 $P<0.05$ ，则证明数据相比差异较大有统计学意义。

2 结果

2.1 有效率

观察组治疗有效率 (96.55%) 高于对照组 (68.96%) ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗有效率对比 (n, %)

组别	n	特别满意	一般满意	不满意	满意度
----	---	------	------	-----	-----

观察组	29	18	10	1	96.55%
对照组	29	13	7	9	68.96%
χ^2	-	-	-	-	7.733
P	-	-	-	-	0.005

2.2 中医证候积分

治疗前,两组中医证候积分相较差异不显著 ($P>0.05$); 治疗后,两组中医证候均下降,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表2。

表2 两组中医证候积分对比 ($\bar{X} \pm S$)

项目	对照组 (n=29)		观察组 (n=29)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
入睡困难	2.58 ± 0.53	1.13 ± 0.15*	2.51 ± 0.49	0.81 ± 0.09*#
易惊醒	2.87 ± 0.52	1.20 ± 0.23*	2.91 ± 0.58	0.75 ± 0.08*#
多梦	2.66 ± 0.63	1.36 ± 0.29*	2.69 ± 0.64	0.86 ± 0.07*#
早醒	2.71 ± 0.67	1.40 ± 0.31*	2.75 ± 0.69	0.74 ± 0.11*#
情绪低落	2.79 ± 0.83	1.54 ± 0.52*	2.81 ± 0.85	0.66 ± 0.05*#
心烦意乱	1.97 ± 0.79	1.02 ± 0.71*	1.95 ± 0.84	0.54 ± 0.06*#
心悸	1.86 ± 0.34	1.07 ± 0.22*	1.88 ± 0.38	0.60 ± 0.07*#
头晕头痛	1.96 ± 0.47	1.03 ± 0.18*	1.98 ± 0.51	0.48 ± 0.04*#
健忘	2.79 ± 0.53	1.35 ± 0.20*	2.81 ± 0.57	0.81 ± 0.16*#
总分	22.04 ± 0.16	11.10 ± 0.17*	22.27 ± 0.18	6.25 ± 0.17*#

注: *与治疗前比较 $P<0.05$; #与对照组比较 $P<0.05$ 。

2.3 睡眠质量

治疗前,两组 PSQI 评分相较差异不显著 ($P>0.05$); 治疗后,两组 PSQI 评分均下降,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表3。

表3 两组睡眠质量评分 ($\bar{X} \pm S$)

项目	对照组 (n=29)		观察组 (n=29)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
日间功能障碍	2.19 ± 0.78	1.66 ± 0.52*	2.17 ± 0.79	0.95 ± 0.23*3
睡眠时间	2.28 ± 0.61	1.71 ± 0.56*	2.32 ± 0.53	1.15 ± 0.51*#
睡眠质量	2.31 ± 0.64	1.47 ± 0.59*	2.38 ± 0.65	0.82 ± 0.58*#
入睡时间	2.66 ± 0.69	1.95 ± 0.63*	2.71 ± 0.71	1.01 ± 0.53*#
睡眠效率	2.64 ± 0.71	1.84 ± 0.63*	2.69 ± 0.74	0.99 ± 0.61*#
睡眠药物	1.93 ± 0.51	1.05 ± 0.42*	1.06 ± 0.47	0.53 ± 0.13*#
睡眠障碍	1.98 ± 0.55	1.12 ± 0.42*	1.95 ± 0.61	0.60 ± 0.33*#
总分	15.99 ± 0.83	10.80 ± 0.48*	15.31 ± 0.17	6.05 ± 0.22*#

注: *与治疗前比较 $P<0.05$; #与对照组比较 $P<0.05$ 。

2.4 抑郁、焦虑评分

治疗前,两组 HAMA、HAMD 评分相较差异不显著 ($P>0.05$); 治疗后,两组 HAMA、HAMD 均降低,且观察组低于对照组 ($P<0.05$)。见表4。

表4 两组抑郁、焦虑评分对比 ($\bar{X} \pm S$)

组别	n	HAMA		HAMD	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	29	23.98 ± 1.29	17.28 ± 1.03	24.01 ± 1.43	16.25 ± 1.35
观察组	29	24.03 ± 1.31	8.81 ± 0.88	24.17 ± 1.48	6.79 ± 0.17
t	-	0.146	33.669	0.419	37.440
P	-	0.884	0.000	0.677	0.000

3 讨论

原发性失眠在临床中非常多见,致病因素尚不明确。随着经济的发展,大众工作压力随之加大,失眠患者的发病率逐年

上升。原发性失眠的病理特征较为明显,与多因素都有密切关系。因此,在治疗原发性失眠时,需要结合患者的实际情况,帮助选择适当的治疗方案,促进患者康复。失眠在祖国医学中属于“目不瞑、不得眠”范畴,也将其称为“不寐”,不寐指的是机体脏器功能紊乱,气血亏虚致使不能够正常入睡的病证。轻度失眠患者易醒,且醒后不寐,严重患者整夜难以入睡,通畅伴有头晕、头痛、多梦等。中医认为神不安则不寐,但安神需要阴血充养,肝气调达,心肾相济,促使气血阴阳想调,得以安眠。长时间失眠患者,容易导致气虚无力,心情烦躁,进而出现乏力、抑郁、焦虑的情况。血府逐瘀汤具有益气、活血的效果,药剂中的生地黄能够凉血、补肝,桃仁能够抗炎、祛瘀,桔梗能够补气、养肺,柴胡能够疏肝、解郁,因此血府逐瘀汤能够改善患者睡眠质量,再加之针灸能够调节肝肾功能,促使血脉流通,血府逐瘀汤联合针灸可提升质量效果。本文结果显示,观察组治疗有效率高于对照组,中医证候积分低于对照组,睡眠质量较优,抑郁、焦虑评分低于对照组。可见血府逐瘀汤联合针灸可显著改善原发性失眠临床症状。药理研究显示,血府逐瘀汤具有:(1)该汤剂能够改善患者微循环,进而改善病理状态下的微血管,促使血液加快流动,使得毛细血管扩张加强。(2)扩张血管进行增加血流量。使得冠状动脉血流量增加,促使脑血管阻力降低,提高脑供血。(3)该汤剂能够抗血小板聚集,使得血液黏度下降,改善纤维蛋白原指标,提升肝脏清除能力。降血府逐瘀汤联合针灸质量,通过内外施治,从根源调节机体气机,促使阴阳平衡,进而调节脏腑,改善睡眠质量、抑郁、焦虑情绪。

综上所述,原发性失眠患者采用血府逐瘀汤加减联合针灸治疗,可提高治疗有效率,改善睡眠质量,缓解抑郁、焦虑症状,疗效确切。

参考文献:

- [1]周锐钧,周光辉. 血府逐瘀汤加减联合针灸治疗中风后不寐患者的临床研究[J]. 光明中医,2018,33(16):2367-2369.
- [2]吕晓蕊,甘逾超,刘光婉. 血府逐瘀汤加减配合针灸治疗原发性失眠症 80 例临床观察[J]. 中医临床研究,2022,14(28):81-84.
- [3]熊琴. 血府逐瘀汤加减联合针灸对中风后不寐患者的干预效果分析[J]. 中国保健营养,2019,29(27):347-349.
- [4]吕晓蕊,甘逾超,刘光婉. 血府逐瘀汤加减配合针灸治疗原发性失眠症 80 例临床观察[J]. 中医临床研究,2022,14(28):81-84.
- [5]张压西,叶之华. 慢性病毒性肝炎肝郁血瘀证失眠患者失眠特征及加味血府逐瘀汤的干预作用[J]. 中国中医药信息杂志,2012,19(5):10-12.
- [6]杜伯龙. 柴胡疏肝散联合血府逐瘀汤治疗亚健康伴肝气郁结型失眠患者效果研究[J]. 现代养生,2021,21(06):34-36.
- [7]陈建波. 观察血府逐瘀汤加减治疗中老年 2 型糖尿病失眠患者的临床疗效[J]. 世界睡眠医学杂志,2020,7(01):55-57.
- [8]杨不清. 加减血府逐瘀汤治疗冠心病合并失眠症的临床疗效及睡眠质量影响评价[J]. 家庭医药. 就医选药,2018(08):20-21.
- [9]纪涛,岳小强. 血府逐瘀汤治疗失眠的适应症及其用药规律分析[J]. 辽宁中医杂志,2010,37(04):593-594.
- [10]张凤. 血府逐瘀汤加减联合心理干预治疗顽固性失眠疗效及对血清细胞因子 IL-1 β 、TNF- α 及 IL-6 的影响[J]. 心理月刊,2021,16(12):86-87.