

170 例失眠症患者病机特点分析

★ 黄韬¹ 唐文超¹ 安圣海¹ 黄平¹ 指导:王翘楚² (1.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院 上海 200437;2.上海中医药大学附属中医医院 上海 200071)

摘要:目的:探讨失眠症患者病机特点。方法:对失眠专科 2007 年 3 月~12 月收治的有完整资料的 170 例失眠症患者的发病因素、主症及常见兼症和临床治疗情况进行分析。结果:失眠症患者大多与精神情志因素有关,病程较长,除入睡困难,易醒,醒后难于入睡,早醒等主症外,多见头晕、乏力、眼皮沉重、口干、易汗、畏寒等兼症表现,治疗多以益阴和阳,调肝化痰、祛痰利湿而取效。结论:失眠症病机特点以肝郁血结,气化不利,阴阳二虚为本,气机失调,痰湿、瘀血互结为标。

关键词:失眠症;兼症;辨证论治;病机特点

中图分类号:R 256.23 **文献标识码:**A

失眠症临床病机复杂,中医治疗除需考虑多梦、易醒、早醒等主症外,发病因素及诸多兼症及疗效观察也是临床辨证的重要依据。为此,我们对我院失眠专科 2007 年 3 月~12 月以来收治确诊,有完整资料的 170 例失眠症患者的发病因素、主症及常见兼症、临床治疗情况进行总结分析,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 170 例患者中男性 46 例,女性 124 例;年龄 18~38 岁 47 例,39~50 岁 44 例,51~58 岁 40 例,年龄 59~75 岁 39 例;病程 3~6 个月 12 例,6~12 个月 14 例,1~2 年 75 例,2 年以上 69 例。发病因素:精神情志因素 76.66%,躯体性因素 20.01%,药物反应占 3.33%,无明显诱因的占 25.8%。

1.2 诊断标准 (1)均符合失眠症的诊断标准:①参照《中国精神疾病分类方案与诊断标准》第 3 版(CCMD-3)^[1]以及《中医病证诊断疗效标准》^[2];②匹茨堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PsQI)大于 12 分。(2)排除躯体疾病及其他精神疾病引起的失眠,一过性失眠,及药物或酒精引起的失眠。

1.3 主症及兼症表现 170 例患者中表现入睡困难 129 例(76.19%),易醒多梦 15 例(8.57%),早醒 28 例(16.19%),三种症状具二种 56 例(33.33%),有头晕、头胀等不适 90 例(52.9%),头痛或偏头痛 38 例(22.4%),乏力 94 例(55.3%),不耐劳 124 例(72.9%),眼皮沉重 99 例(58.2%),耳鸣或颅鸣 60 例(35.3%),口腔溃疡 6 例(3.5%),口干 111 例(65.3%),口苦 39 例(22.9%),口涎多或口感粘腻 4 例(2.4%),自觉时有潮热 13 例(7.6%),眼干 9 例(5.3%),咽喉不适或喉中有痰感 54 例(31.8%),肩颈部疼痛或有板滞感 70 例(41.2%),胸闷 53 例(31.2%),心慌或

心悸 88 例(51.8%),胃纳不佳 33 例(19.4%),胃脘部有胀满、疼痛等不适 21 例(25.7%),伴返酸、嗝气、恶心症状 6 例(3.5%),腰背酸痛 64 例(37.6%),肋肋部胀痛等不适 5 例(2.9%),尿多或尿意频数 38 例(22.4%),尿黄 11 例(6.5%),大便干结或排解不畅 28 例(16.5%),大便溏薄 41 例(24.1%),下肢关节酸痛 26 例(15.3%),睡时或醒转易汗 93 例(54.7%),不易出汗 20 例(11.8%),畏寒怕冷 83 例(48.8%),怕热 56 例(32.9%)。

2 分型论治

由于失眠症患者大多症状多样,证型兼杂,因此根据患者主症及各项兼证的主要表现进行如下分型治疗。170 例观察病例中主要表现为入睡困难,早醒,头晕头痛、口苦、小便黄赤者,诊为肝郁阳亢型,合计 32 例,治予平肝解郁,清热安神,益阴和阳,方以柴胡加龙骨牡蛎汤、天麻钩藤饮等加减,治愈 10 例,显效 15 例,有效 5 例,总有效率为 93.75%。主要表现为入睡困难,心烦心慌、头晕、尿多或尿意频数,口干者,诊为心肾不交型,合计 46 例,治予滋阴降火,交通心肾,方以交泰丸、十四友丸、黄连阿胶汤等加减,治愈 23 例,显效 13 例,有效 6 例,总有效率为 91.30%。主要表现为入睡困难,头晕头胀、眼皮沉重、乏力纳呆、大便偏稀或便溏者,诊为肝郁脾虚型,合计 35 例,治予疏肝健脾,升清降浊,方以柴胡疏肝散、葛根芩连汤、理中丸、黄芪桂枝五物汤加减,治愈 18 例,显效 8 例,有效 7 例,总有效率为 94.28%。主要表现为入睡困难,易醒,胃脘痞满、纳呆、大便干结、嗝气、返酸者,诊为胃失和降型,合计 23 例,治予和胃通降,方以半夏秫米汤、越鞠丸合旋覆代赭汤、桃核承气汤、甘露饮等加减,治愈 7 例,显效 9 例,有效 6 例,总有效率为 95.65%。主要表现为入睡困难,易醒,醒后难于入睡,头晕、乏力困倦、精神不振、面色不华者,诊为气血两虚型,合计 9 例,

治予养心健脾,调补气血,方以养心汤、归脾丸、黄芪桂枝五物汤等加减,治愈3例,显效3例,总有效率为66.67%。主要表现为入睡困难,早醒,咽喉不适或喉中有痰感、肢体困重、心烦口苦、尿黄者,诊为痰热内蕴型,合计14例,治予清热化痰安神,益阴和阳,方以黄连温胆汤、十味温胆汤、黄芪桂枝五物汤等加减,治愈5例,显效4例,有效3例,总有效率为85.71%。主要表现为入睡困难,早醒肩颈部疼痛或有板滞感、胸闷、四肢关节酸痛者,诊为瘀血阻络型,合计11例,治予活血化瘀,益阴和阳安神,方以血府逐瘀汤、黄芪桂枝五物汤、酸枣仁汤、桂附地黄丸加减,治愈5例,显效1例,有效2例,总有效率为72.27%。各型在治疗中,注重表里、上下同治,益阴和阳,祛痰化湿,调肝活血。

3 讨论

根据上述170例失眠患者临床主症及兼症和辨证治疗分析,概括其病机特点如下:

3.1 肝郁血结,气化不利,阴阳二虚为本 本文总结的170例失眠病人,发病因素中精神情志因素占76.66%,从主症及兼症辨为肝郁阳亢型和肝郁脾虚型67例,并从平肝、疏肝治疗兼调阴阳而取效,而从脾胃治疗、心肾不交治疗、益气养血治疗也不离缓肝、平肝、疏肝、柔肝治疗,失眠症发病中精神情志因素为主要因素,以肝郁为因,郁久化热,热郁化火,肝阳上亢,肝肾之阴耗竭,最后血郁阴络,阻滞气机,造成气化功能障碍,既使卫阳或不足或被阻滞,又使肝失所养,相火失制,导致营卫失和,神失所养而失眠,其病机本质是肝郁血结,气化不利,阴阳不和。从上述统计数据中我们可以看出,病程超过1年者占84.7%,可见观察病例中大多病程较长,已为久病方来就医。症状常表现出畏寒、畏热,乏力、不耐劳,睡时或醒转易汗、大便偏稀,脉虚等阴阳两虚的特点,治疗也以从表里、上下同治,益阴和阳,祛痰化瘀而取效。因此失眠症治疗上调节阴阳甚为重要,尤其需注重扶助阳气和机体的气化功能,阳气是脏腑活动的动力,气化是气的升降出入运动,无阳则病邪势必缠绵,难以祛除,气化不利则阴阳气血不和,治疗应先注重扶阳助气化,再根据脏腑的阴阳偏盛的情况补其不足、泻其有余^[3],使神、魂、魄、意、志各有所化,睡眠自安。

3.2 气机失调,痰湿、瘀血互结为标 失眠症虽多由情志因素引起,但其发生、进展皆与脏腑功能相关。因此,古籍文献记载不寐症多以心主神明为中心,同时广泛涉及肝、脾、肾等相关脏腑症候。情志最易伤肝,肝气不舒,郁而化火,肝阳上亢。正如《丹溪心法》云:“郁者,结聚而不得发越也。当升者不升,当降者不降,当变化者不得变化也。”肝之阻

遏气机,使清气不升,清窍失养,观察病例中便常见有头晕、二颞胀痛、眼皮沉重等症状。治从舒肝解郁、升清降浊取效,肝与脾胃之关系密切,肝郁日久可横逆犯脾胃,肺失宣肃,亦可影响脾胃之气化,以致作为气机升降枢纽之脾胃功能异常。若脾虚则升清无力,在观察病例中多见大便偏稀或便溏等表现,治从升清平肝健脾入手。若胃失和降,便可见“胃不和则卧不安”。传统认为“胃不和”,是指食糜积于胃腑不能被运化腐熟,导致气机阻滞,胃气失其通降之功,不降反逆出现的各种临床改变。因此历代医家理解“胃不和则卧不安”亦多为实证、热证。然而从统计数据中看出情况并非如此,多从虚实并治而收效。唐代孙思邈《备急千金要方》曰:“夫心者火也,肾者水也,水火相济”,水火相济即阴阳平和,如此方能心神宁、夜寐安。若心肾气机升降失常,肾阴与心阳互不交通,也是失眠症的重要成因。170例观察病例中心慌、心悸、口干、腰背酸痛、尿多或尿意频数等心肾不交之症也较为常见,且大多呈现出上热下寒的表现。因此治疗上也应根据辨证情况,选择清心火、滋肾水,补心肾,温肾阳等交通心肾之法。

痰湿与瘀血既是病理产物,又是致病因素,多以情志变化、精神刺激为主因,引起肝气郁滞,脾运失常,以致气虚血瘀,或气滞血瘀,或痰热互结,或瘀热扰心。常与久病主症并见,因此失眠患者多见舌质暗淡,脉弦或滑涩等痰瘀交阻之体征,正如王清任《医林改错》中说“失眠一证乃气血凝滞”。痰湿与瘀血的存在不仅导致失眠症的反复难愈,也往往掩盖了患者真实的证情,如寒痰日久可化热,兼之痰湿外裹,而呈现内热外寒之象,为临床辨证造成了困难。170例患者中多见咽喉不适或喉中有痰感、肩颈部疼痛或有板滞感、胸闷、下肢关节酸痛等症状亦为其特点体现,治疗上需根据患者个体情况,从活血化瘀、祛湿化痰、益阴和阳之法并举。

综上所述,现今失眠症患者大多呈现肝郁血结,气化不利,阴阳二虚为本,气机失调,痰湿、瘀血互结为标的病机特点,治疗应以气血阴阳并补为主,辅以祛邪、宁心、安神之法,并根据患者兼症不同辨证加减用药。

参考文献

- [1] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(ccmd-3)[S]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 118-119.
- [2] 上海市卫生局. 上海市中医病证诊疗常规[M]. 上海: 上海中医药大学出版社, 1998: 41-42.
- [3] 夏宝伟. 由金元四大家说阴阳[J]. 中国民族民间医药杂志, 2003, 62: 130.

(收稿日期: 2009-04-28 责任编辑: 李丛)