

[文章编号] 1007-0893(2024)13-0040-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2024.13.012

解郁安神汤联合米氮平治疗老年人心理卫生状况诱发难治性失眠的临床疗效

饶新铭 聂榕春 廖秋兰 杨莉虹

(龙岩市第三医院, 福建 龙岩 366400)

[摘要] 目的: 探究解郁安神汤联合米氮平治疗由心理卫生状况所诱发的老年人难治性失眠的临床效果。方法: 选取龙岩市第三医院于2021年9月至2024年3月期间收治的102例心理卫生状况诱发难治性失眠老年患者作为研究对象, 采用区组随机法将其分为观察组与对照组, 各51例。对照组患者予常规心理疏导, 并给予米氮平治疗; 观察组患者在对照组基础上加用解郁安神汤治疗。比较两组患者治疗总有效率及治疗前后中医证候积分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、阿森斯失眠量表(AIS)评分。结果: 观察组患者治疗总有效率为92.16%, 较对照组的76.47%更高, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者中医证候积分较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 观察组患者PSQI评分较对照组更高, AIS评分较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 联合应用解郁安神汤与米氮平对心理卫生状况所诱发的难治性失眠老年患者施治疗效显著, 可有效改善患者失眠症状以及提高其睡眠质量。

[关键词] 难治性失眠; 心理卫生; 解郁安神汤; 米氮平**[中图分类号]** R 741.05 **[文献标识码]** B

失眠是指在舒适的睡眠环境和恰当的睡眠时间仍无法有效入睡或入睡时间过短、睡眠质量差, 造成日间活动受到负面影响的主观体验, 随着我国人口老龄化加剧, 老年群体的健康愈受关注, 但失眠该病的成因主要来源于患者心理卫生问题, 据统计, 在老年人群中存在心理方面问题的老年人占85%以上^[1], 而老年人的心理卫生问题通常是由多种因素叠加而形成的, 例如: 老年人的生理、心理发生了变化, 某些慢性的病痛的出现, 以及一些家庭、社会的因素, 容易让老年人产生失眠、焦虑、抑郁、悲观等情绪。受此诱发且心理卫生问题得不到改善, 则导致患者疾病难以根治。目前临床对于短期失眠的老年患者首选睡眠卫生教育等非药物治疗, 如进行认知行为疗法(cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I)可有效提高老年患者的睡眠质量及睡眠效率, 对于CBT-I无效患者尽早采取药物治疗, 如米氮平、唑吡坦、右佐匹克隆等, 但对于心理卫生状况诱发难治性失眠的老年患者症状改善均不明显, 常服用药物多月却未见睡眠质量有所提升, 且长期服用该类药物对其健康不利, 因此, 需要从患者的心理情志着手, 采取更加安全有效的治疗手段。中医学对失眠的认识为由体内气血失和, 阴阳失调所致, 由心理卫生状况所诱发的难治性失眠老

年患者多存在情志方面的原因, 同肝脏的调畅情志功能息息相关, 肝失调达, 气机不畅, 郁而化火, 火扰心神, 嘈杂不安, 故见失眠。治宜清肝火, 泻心火, 疏肝气, 安心神, 解郁安神汤由白芍、酸枣仁、柴胡等共成方, 具有解郁疏肝, 宁心安神的功效, 可用于治疗肝郁神伤所致的抑郁或失眠^[2]。基于此, 本研究采用解郁安神汤联合米氮平治疗由心理卫生状况所诱发的难治性失眠老年患者, 观察其疗效, 现将研究成果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取龙岩市第三医院于2021年9月至2024年3月期间收治的102例心理卫生状况诱发难治性失眠老年患者作为研究对象, 采用区组随机法将其分为观察组与对照组, 各51例。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, 见表1。本研究经医学伦理委员会审批通过[伦批(2020)5号]。

表1 两组患者一般资料比较 ($n=51$)

组别	性别/例		年龄	体质量指数	病程
	男性	女性	$\bar{x} \pm s$, 岁	$\bar{x} \pm s$, $\text{kg} \cdot \text{m}^2$	$\bar{x} \pm s$, 年
对照组	27	24	71.03 ± 2.49	22.69 ± 2.18	3.19 ± 0.65
观察组	25	26	70.41 ± 2.56	22.78 ± 2.21	3.14 ± 0.67

[收稿日期] 2024-05-06**[作者简介]** 饶新铭, 男, 副主任医师, 主要研究方向是老年医学。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 (1) 符合西医失眠的诊断标准^[3], 且是由心理卫生状况诱发的难治性失眠, 持续服用助眠药物 3 个月以上病情仍未改善; (2) 中医辨证为“不寐”“不得卧”“目不瞑”肝郁化火证型^[4]: 失眠或入眠易醒、多梦, 情绪急躁易怒, 心烦不得眠, 或见精神抑郁, 胸胁胀满, 口苦目赤, 小便黄短, 大便秘结, 舌红苔黄, 脉弦。(3) 每周至少 3 d 出现睡眠紊乱或无法入睡; (4) 患者目前神志较清楚, 能够正常交流及配合治疗工作; (5) 患者或其家属教育水平在初中或以上, 能够按实际情况完成研究内使用量表; (6) 患者均对本研究知情同意。

1.2.2 排除标准 (1) 患有重性精神类或传染性疾病者; (2) 近 3 个月有接受相关研究治疗或服用抗抑郁药物者; (3) 伴有心、肝、肾等重要脏器严重疾病者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 给予常规心理疏导, 从患者或其家属了解患者目前主要的心理问题, 并对其进行分析给予适当建议或对患者进行宽慰舒缓其心理压力, 指导其进行听音乐、跳广场舞等分散注意力手段改善心理卫生状况, 尽可能转移患者对失眠及其心理问题的关注点; 并给予米氮平片(哈尔滨三联药业, 国药准字 H20060702) 每晚睡前 0.5 h 口服 15 mg, 若服用后感觉效果不明显, 可加大服用剂量, 每次服用不超过 30 mg, 连续服药 3 周。

1.3.2 观察组 在对照组治疗基础上予以解郁安神汤服用, 组方: 炒酸枣仁 15 g, 酒炒柴胡 15 g, 炒白芍 15 g, 合欢花 10 g, 合欢皮 10 g, 僵蚕 3 g, 蝉蜕 3 g, 灯心草 1.5 g。1 剂·d⁻¹, 水煎服, 取汁 200 mL, 于夜晚睡前 30 min 趁温服用, 连续服用 3 周。

1.4 观察指标

1.4.1 疗效指标 治疗后每日睡眠时间显著增加, 较治疗前多达 3 h 或以上, 且无入睡困难或易醒等症状, 为显效; 治疗后, 每日睡眠时间较治疗前延长但小于 3 h, 入睡困难等症状有明显改善, 为有效; 治疗后, 较治疗前睡眠时长与失眠症状均无好转, 为无效^[5]。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%。

1.4.2 中医证候积分 根据患者表现失眠或入眠易醒、多梦、情绪异常、胸胁胀满、口苦目赤、大小便异常 6 项主要症状的严重程度由轻到重分别按照 4 级评分标准给予 0~3 分, 且根据该证舌象脉象的有无分别给 2、0 分, 总分满分 22 分, 分数越高代表患者症状越严重^[6]。

1.4.3 睡眠质量与失眠程度 分别在治疗前后采用匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)^[7]与阿森斯失眠量表(Athens insomnia scale, AIS)^[8]让两组患者进行填写。PSQI 包括 18 项睡眠质

量自评问题分为 7 个部分, 每部分按照 4 级评分标准记为 0~3 分, 总分满分 21 分, 分数越高代表患者睡眠质量越高; AIS 包括 8 项条目, 患者根据自身失眠程度填写选项, 选项从“无”到“严重”按照 4 级评分标准分别给 0、1、2、3 分, 总分满分 24 分, 分数越高代表患者失眠越严重。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 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。

2 结果

2.1 两组患者治疗总有效率比较

观察组患者治疗总有效率为 92.16%, 较对照组的 76.47% 更高, 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 [$n = 51, n(\%)$]

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	17(33.33)	22(43.14)	12(23.53)	39(76.47)
观察组	31(60.78)	16(31.37)	4(7.84)	47(92.16) ^a

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后中医证候积分比较

两组患者治疗后中医证候积分均减少, 且观察组患者中医证候积分较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组患者治疗前后中医证候积分比较 ($n = 51, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	主要证候	舌象脉象
对照组	治疗前	15.01 ± 1.40	2.89 ± 0.95
	治疗后	7.14 ± 1.16 ^b	1.09 ± 0.32 ^b
观察组	治疗前	14.89 ± 1.44	3.17 ± 0.91
	治疗后	6.48 ± 1.09 ^{bc}	0.94 ± 0.28 ^{bc}

注: 与同组治疗前比较, ^b $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者治疗前后睡眠质量与失眠程度比较

两组患者治疗后 PSQI 评分均增加, AIS 评分均减少, 且观察组患者 PSQI 评分较对照组更高, AIS 评分较对照组更低, 差异具有统计学意义($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组患者治疗前后睡眠质量与失眠程度比较

($n = 51, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	PSQI 评分	AIS 评分
对照组	治疗前	6.25 ± 1.57	20.29 ± 3.01
	治疗后	14.92 ± 2.73 ^d	8.56 ± 1.78 ^d
观察组	治疗前	6.16 ± 1.49	20.32 ± 3.08
	治疗后	16.61 ± 3.07 ^{de}	7.61 ± 1.56 ^{de}

注: PSQI 一匹兹堡睡眠质量指数; AIS 一阿森斯失眠量表。与同组治疗前比较, ^d $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ^e $P < 0.05$ 。

3 讨论

我国老年人群大多受教育程度较低，易遭受生活各方面打击，对自我心理卫生的处理无法如现代年轻人一般调节自我心态，故积累各种不良情绪，进而导致严重失眠症状。中医学将失眠归属于“不寐”“目不瞑”等范畴，并按其病因将证型归纳为实证与虚证，实证多为脏腑阴阳的失衡导致，虚证多为气血不足所引发。老年难治性失眠患者多因思虑太过、情志不畅而导致肝失疏泄，肝气郁结，心神失养，心火偏亢而引发该病。本研究以肝郁化火证型患者为研究对象，采用解郁安神汤与米氮平共同治疗，以期改善老年人心理卫生状况所诱发的难治性失眠症状。

本研究结果显示，观察组患者治疗总有效率较对照组更高，且治疗后的中医证候积分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明解郁安神汤联合米氮平具有更好地提高老年患者睡眠质量及改善失眠症状的作用，因此有着更为理想的疗效。究其原因，观察组所用解郁安神汤由酸枣仁、柴胡、白芍、合欢花、合欢皮、僵蚕、蝉蜕、灯心草中药组方，其中酸枣仁性平味甘，具有宁心养肝，安神敛汗之功，主治虚烦不得眠，惊悸怔忡等；白芍性微寒，味酸、苦，归肝、脾经，平肝止痛，养血调经，同酸枣仁共用，取其酸甘化阴之效，清肝火同时可助肝阴化生；柴胡性微寒味苦，具有和解表里，疏肝解郁功效；合欢花、合欢皮性平味甘，均具有解郁安神功效，主治心神不安及忧郁失眠症状，合欢皮还具有活血消肿功效，可用于肺痈疮肿及外伤等治疗；僵蚕性平味咸、辛，祛风定惊，化痰散结；蝉蜕性寒味甘，具有散风除热，利咽退翳等功效；灯心草性微寒味甘、淡，主治心烦失眠，具有清心火，利小便之功^[9-10]。全方具有解郁疏肝，宁心安神之功，适用于该证肝郁神伤而致失眠的治疗，故观察组治疗总有效率相较于对照组更高。

本研究结果发现观察组患者治疗后 PSQI 评分高于对照组，且 AIS 评分低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。说明观察组对于调控由心理状况诱发的难治性失眠老年患者具有更理想改善失眠症状及提高睡眠质量的功效。究其原因，药理研究发现柴胡成分柴胡皂苷能够对脑内 5-羟色胺 (5-hydroxytryptamine, 5-HT) 水平进行调节，酸枣仁总皂苷可促进 5-HT 等神经递质的释放并调控失眠患者促肾上腺皮质激素释放激素 (corticotropin releasing hormone, CRH) 及促肾上腺皮质激素，合欢皮及合欢花提取物可降低脑内 γ -氨基丁酸、

5-HT 等水平^[11]。5-HT 为睡眠-觉醒周期调节的重要单胺类神经递质组分，其含量变化可反映患者睡眠情况，CRH 分泌受下丘脑-垂体-肾上腺轴 (the hypothalamic-pituitary-adrenal axis, HPA or HTPA axis) 调控，失眠患者常出现 HPA 轴的失调进而导致 CRH 分泌紊乱^[12]，上述药物通过对其水平调节从而可发挥抗失眠、焦虑及抑郁的作用，可在一定程度上改善患者心理卫生状况，从而缓解其不良情绪，以提升患者睡眠质量。

综上所述，采用解郁安神汤与米氮平联合对于改善心理卫生状况所诱发的难治性失眠老年患者失眠症状及提高其睡眠质量效果理想，疗效显著。

【参考文献】

- [1] 申莉, 贾光耀, 李佳遇, 等. 基于中国健康与养老追踪调查的老年人疼痛、睡眠与抑郁关系研究 [J]. 中国预防医学杂志, 2023, 24 (2): 156-160.
- [2] 喻平, 孙军刚. 安神解郁汤治疗亚健康态失眠临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2020, 38 (11): 122-125.
- [3] 苏亮, 陆峥. 2017 年中国失眠症诊断和治疗指南解读 [J]. 世界临床药物, 2018, 39 (4): 217-222.
- [4] 薛博瑜, 吴伟. 中医内科学 [M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 106.
- [5] 郑筱萸. 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: 276-287.
- [6] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南 [J]. 中华神经科杂志, 2012, 45 (7): 534-540.
- [7] DOI Y, MINOWA M, UCHIYAMA M, et al. Psychometric assessment of subjective sleep quality using the Japanese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-J) in psychiatric disordered and control subjects [J]. Psychiatry Res, 2000, 97 (2/3): 165-172.
- [8] 杨颐, 王麟鹏, 张蕾, 等. 失眠量表在针刺临床研究中的选择与应用 [J]. 中国针灸, 2013, 33 (11): 1039-1042.
- [9] 段盈竹, 张欢, 张颖, 等. 基于中医传承辅助平台分析于睿治疗失眠用药规律 [J]. 辽宁中医杂志, 2023, 50 (3): 17-20, 后插 1.
- [10] 宋宝华, 戴红, 沈仲夏, 等. 解郁清心安神汤联合平腕立指针刺手法治疗抑郁症临床疗效及安全性观察 [J]. 中华中医药学刊, 2020, 38 (5): 158-161.
- [11] 乔明亮, 梁硕, 孟毅, 等. 柴胡皂苷 A 调节 cAMP/PKA/CREB 信号通路对失眠大鼠的改善作用及机制研究 [J]. 中药新药与临床药理, 2024, 35 (5): 633-638.
- [12] 高翰博, 王广政, 巩晴晴, 等. 基于下丘脑-垂体-肾上腺轴对比杂交天麻及其亲本醇提物镇静催眠药效学研究 [J]. 中南药学, 2024, 22 (4): 871-877.