

失眠症的诊断与治疗研究进展

● 林仲辉

关键词 失眠 诊疗 综述

失眠症属于祖国医学之“不寐”范畴,《内经》中称之为“不得卧”“目不瞑”,是以经常不能获得正常睡眠为特征的一类病证,主要表现为睡眠时间、深度不足,轻者入睡困难,或寐而不酣,时寐时醒或醒后不能再寐,重者则彻夜不眠^[1]。近年来,随着社会竞争的加剧,生活节奏的加快,失眠症的发病率呈上升趋势,美国人群中失眠发生率为 32% ~ 35%,英国为 10% ~ 14%,芬兰为 11.9%,德国为 15%,日本为 21%^[2-3]。中国于 2002 年 3 月 21 日在北京、上海、广州和杭州进行的一项 10079 例失眠流行病学调查表明,有 42.5% 的被调查者在回答阿森失眠量表(AIS)时表明他们的整体睡眠质量不理想^[4]。众多学者对失眠症的诊断依据以及治疗进行了大量的研究,故笔者查阅大量文献,将近年相关的研究进展总结如下。

1 现代医学对失眠症诊断及治疗的研究

1.1 失眠的定义及临床常见症状

失眠通常指患者对睡眠时间和

(或)质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验^[5]。按临床常见的失眠症状有:(1)睡眠潜伏期延长:入睡时间超过 30min;(2)睡眠维持障碍:夜间觉醒次数 ≥ 2 次或凌晨早醒;(3)睡眠质量下降:睡眠浅、多梦;(4)总睡眠时间缩短:通常少于 6h;(5)日间残留效应:即次晨感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力等。

1.2 失眠症的分类及诊断标准

失眠症目前没有独立的和通用的分类方法及诊断标准,国际上常用的有三种分类方法,即美国睡眠障碍联合会(ASDA)制定的 ICSD^[6]、ICD-10^[7]及 DSM-IV^[8],我国常用的分类及诊断标准为《中国精神障碍诊断标准》第 3 版(CCMD-3)^[9]。这些分类方法即有交叉重叠,也存在差异。赵郝锐^[10]对这些诊断标准进行了比较,他认为 ICD-10 对每种睡眠障碍的诊断要点中,都鉴别了该障碍由器质性因素、精神障碍或躯体障碍引起的症状;DSM-IV 在诊断特点中,强调了个体主观感受和社会功能受损;而 CCMD-3 对各类型睡眠障碍的症状描述则更为详细。目前

国内医疗界仍较多的使用结合本国实际情况,对症状解释较为清晰的 CCMD-3 标准;而国际上最常使用的标准为 ICSD。国际睡眠障碍性疾病分类(ICSD)于 1990 年第一次出版,但随着新的监测和治疗技术的出现,对睡眠障碍性疾病的认识也不断扩展和加深,2005 年发布了新的国际睡眠障碍性疾病分类。这一次修订采用了不同于以往的结构形式,并与国际疾病分类法第九版及第十版(ICD-9 和 ICD-10)的命名学相结合,构成一个协调的国际疾病分类体系^[11]。

1.3 失眠症的检测评价方法 随着医学科学的快速发展,目前对失眠症的诊断,除依据临床症状外,量表及科学仪器的使用也逐渐普及。科学仪器中,多导睡眠图(PSG)的运用最为普遍,它是一种可以在整夜睡眠过程中,根据需要,在病人的睡眠中连续并同步的监测与记录多项生理指标的检查方法,这些指标包括脑电图(EEG)、心电图(EKG)、眼电图(EOG)、肌电图(EMG)和呼吸描记器等,根据这些客观指标,不仅可对病患失眠的程度进行评价,而且有助于失眠症的鉴别。除此之

外,目前也有学者报道睡眠日记、体动记录仪等可对失眠的诊断及病情的发展提供客观的依据。失眠症的评估量表中,国际上最普遍使用的是匹兹堡睡眠指数(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI),其他如抑郁自评量表,焦虑自评量表,及睡眠状况自评量表的也被广泛运用于失眠症的诊断当中,这样的一些标准化量表的使用使临床评估更为直观。

1.4 失眠症的治疗

1.4.1 失眠症的药物治疗 目前催眠药物主要是通过以下两条途径起催眠作用:(1)选择性地抑制脑干网状结构的上行激活系统;(2)促进中枢抑制性递质 γ -氨基丁酸的释放及突触传递,从而诱导睡眠。药物总体上可分为五大类:(1)苯二氮卓类;(2)抗抑郁药类,如阿米替林、多虑平;(3)抗组织胺药,如安泰乐、异丙嗪;(4)巴比妥类,如巴比妥、鲁米那;(5)抗精神病药及其它镇静药,如氯丙嗪、氯氮平等。目前临床上应用最广泛的为苯二氮卓类药物。同时对失眠症进行药物治疗时应遵循下列原则:应用最小有效剂量求得最佳治疗效果,实行间断性用药(每周 2-4 次),避免连续用药,采用短期用药(不超过 3-4 周),要逐渐减量停药;防止停药后复发或反跳。因此,失眠患者一定要遵医嘱治疗,切忌擅自滥用安眠药,以免病情的进一步加重。

1.4.2 失眠症的非药物治疗 现代医学认为治疗失眠最主要的应是消除导致失眠的各种原因,较理想的是综合治疗——除了药物治疗外,还涉及教育、心理疗法、行为疗法、物理疗法等。非药物治疗适用于各种类型失眠,其治疗失眠的方法可单独使用,也可与药物治疗

联合应用。非药物治疗主要包括睡眠卫生教育、睡眠约束、放松训练、矛盾意向训练、刺激行为矫正疗法、光疗、时相疗法以及相关心理疗法等^[12]。目前心理疗法中认知行为治疗运用的较多,它是通过寻求改变失眠患者的非适应性睡眠习惯,减少自主神经和认知上的唤醒,改变关于睡眠的不良信念和态度,进行健康睡眠实践教育,以达到改善睡眠的效果。非药物治疗避免了用药带来的副作用,并且具有肯定的作用效果,得到了美国心理卫生学会的确定,但它的缺点是起效作用时间长,见效慢^[13]。

2 中医学对失眠症的认识及治疗

2.1 病因病机 《灵枢·大惑论》曰:“卫气不得入阴,常留于阳……故目不瞑。”说明阳不交阴是失眠的病机。《金匱要略》:“虚劳虚烦不得眠,酸枣仁汤主之。”说明肝阴不足、心血不足可导致郁热内生、心神不安,故虚烦不得眠。《景岳全书·不寐》将其分为有邪与无邪两种情况,认为:“有邪者多实证,无邪者多虚证”,“寐本乎阴,神其主也,神安则寐,神不安则不寐。其所以不安者,一由邪气之扰,一由营气之不足耳。”《辨证录》曰:“有人昼夜不能寐,心甚躁烦,此心肾不交也,盖日不能寐者,乃肾不交于心;夜不能寐者,乃心不交于肾也。今日夜俱不寐,乃心肾两不相交耳!”《医宗必读·不得卧》将失眠原因概括为“一曰气盛,一曰阴虚,一曰痰滞,一曰水停,一曰胃不和”五个方面。《医学心悟·不得卧》曰:“有胃不和卧不安者,胃中胀闷疼痛者,此食积也,保和汤主之。有心血空虚,卧不安者,此因思虑太过,神不藏也,归脾汤

主之。”

综上,失眠症的病因虽多,但不外虚实二端,实邪有火、热、郁、痰、湿、食等,虚则责之于气血阴阳。其基本病机以气血阴阳失调进而导致心失所养及由心火偏亢、肝郁、痰热、胃失和降等进而导致心神不安两方面为主。其病位在心,但与肝、胆、脾、胃、肾关系密切。

2.2 中医治疗

2.2.1 辨证论治 刘连尊等^[14]

采用中医辨证治疗失眠取得了较好疗效,治疗组分为 5 型,肝郁化火型:治以疏肝泄热,佐以安神,药用龙胆草、黄芩、车前子、栀子、泽泻、当归、生地、柴胡、龙骨、牡蛎;痰热内扰型:治以化痰清热,和中安神,药用陈皮、半夏、枳实、竹茹、黄连、栀子、茯苓;阴虚火旺型:治以滋阴降火,养心安神,药用朱砂安神丸加黄连、阿胶、酸枣仁、柏子仁;心脾两虚型:治以补养心脾,以生气血,药用人参、白术、黄芪、甘草、远志、枣仁、茯神、龙眼肉、当归、木香、熟地、合欢花;心胆气虚型:治以益气镇惊,安神定志,药用人参、龙齿、茯苓、石菖蒲、酸枣仁、川芎、知母。马云枝等^[15]从气血论治失眠取得明显疗效,分为气郁化火、阴血不足、气郁血瘀、气郁痰热及气血亏虚 4 型,分别予以丹栀逍遥散加味、血府逐瘀汤、黄连温胆汤加味、归脾汤或酸枣仁汤治疗,临床效果佳。严晓丽^[16]从肝论治 295 例失眠患者取得明显疗效,分 6 个证型进行辨证,即肝阳上亢、肝郁瘀阻、肝郁化火(或化风)、肝郁犯胃(或横逆)、肝郁犯心、肝亢肾虚等,以平肝潜阳、活血安神为治疗原则随症加减治疗,结果治疗 2 周总体有效率为 81.94%,治疗 4 周总体有效率为

88.37%。

2.2.2 自拟方 殷可婧等^[17]自拟宁神汤治疗失眠32例,治疗组采用基本方:黄连10g,丹参15g,茯苓30g,炒枣仁20g,刺五加30g,牛膝12g,干姜10g,痰湿重可加菖蒲、远志;脾胃亏虚可加白术、砂仁;阴虚火旺可加生地、丹皮;肝火盛可加黄芩、焦栀子;惊惕不安者可加生龙牡;对照组给予舒乐安定2mg。结果总有效率93.75%,与对照组相比,差异有统计学意义($P < 0.05$)。凌桂梅^[18]自拟活血安神汤(当归15g,川芎9g,赤芍12g,生地15g,桃仁12g,红花12g,牛膝15g,丹参15g,桔梗9g,酸枣仁15g,灵磁石30g,柏子仁15g,夜交藤30g,远志9g,甘草6g)为基础方随症加减,治疗组55例,痊愈23例,显效18例,有效10例,无效4例,总有效率为92.7%。

2.2.3 中成药 李全志等^[19]将330例失眠患者分为治疗组与对照组,治疗组用心神宁片治疗,对照组用艾司唑仑片治疗,疗程为20天,结果治疗组临床痊愈79例(43.8%),有效91例(50.9%),无效10例(5%),总有效率为93.34%;对照组临床治愈37例(24.6%),有效54例(36%),无效59例(39.3%),总有效率为60.6%,治疗组临床疗效明显优于对照组($P < 0.05$)。詹淑琴等^[20]采用活力苏治疗失眠,随机将100例失眠患者分为活力苏口服液组、活力苏合并思诺思按需服用组及单用思诺思按需服用组,结果显示活力苏治疗失眠有较好的效果,但短期疗效不及思诺思。张隔芝等^[21]采用参松养心胶囊治疗神经衰弱睡眠障碍60例疗效观察,痊愈38例,有效15例,无效7例,总有效率为88.3%。

2.3 针刺及其他疗法 王莉莉等^[22]以循环针法治疗单纯性失眠68例,治疗第1天取百会、安眠、曲池、合谷、足三里、太冲穴;第2天取大椎、大杼、肺俞、心俞、膈俞、肝俞穴;第3天取命门、肾俞、气海俞、关元俞、委中、承山穴;第4天取中脘、天枢、气海、关元、阴陵泉、三阴交穴,经过2个疗程的治疗后,痊愈20例,显效35例,有效12例,无效1例,总有效率为98.5%。68例患者治疗后PSQI各项评分及总分与治疗前比较,差异均具有统计学意义($P < 0.01$),提示循环针法能够改善患者睡眠质量。马树田等^[23]将80例失眠症患者,随机分为治疗组42例及对照组38例,治疗组予针刺结合推拿治疗,对照组予以口服艾司唑仑治疗,5周后进行疗效评定,结果两组的愈显率及有效率比较差异均有统计学意义($P < 0.01$),治疗组优于对照组。吴仁定等^[24]以耳穴贴压治疗失眠症56例,取耳穴神门、心、脾、皮质下、交感。一般单侧耳穴贴压,两耳交替,隔日更换1次。将王不留行籽粘压在相应耳穴敏感点上,每穴按以中、重强度刺激30s~1min,使局部产生痛、热、胀感,并嘱患者每日自行按压5~6次,每次按压1~2min,10d为1个疗程,共治疗3个疗程,结果痊愈20例,占35.7%;显效21例,占37.5%;有效8例,占14.3%;无效7例,占12.5%,总有效率达87.5%。

3 讨论

综观现代有关失眠症的文獻报道,可以发现由于生活节奏的改变,越来越多的人患有不同程度的失眠,失眠已成为影响人类身体健康,降低人类生活质量的主要疾病

之一。治疗上,现代医学对失眠证尚无特效治疗,安眠镇静类药物毒副作用较大,不能长期使用,而中医药治疗方法多,副作用小,有一定的优势。但目前中医药关于失眠证的研究仍然存在以下问题:(1)从文献的角度来看,目前个案报道多,研究中样本例数较少,缺乏对照;(2)证型诊断的依据难以统一,药物治疗患者的病情基线不一致。近年发表的有关失眠的中医药论文中多数论文没有病证诊断标准;再者,关于失眠证的病证诊断,中医药学过度依赖患者的主观症状,研究中极少使用现代睡眠检测仪器对患者的状态进行客观描述。由于缺乏统一的病证诊断标准,所以研究者的证候诊断及临床疗效评价都带有明显的主观性,其研究成果的可重复性低,不利于更深入的科学研究;(3)对于中医治疗失眠证的特色与优势,推广的力度还远远不够,以上均是我们在今后的工作之中要尽快改进的问题。

参考文献

- [1]周仲瑛. 中医内科学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2007:146.
- [2]Cochran H. Diagnose and treat primary insomnia[J]. Nurse Pract,2003, 28:15.
- [3]Morin CN, Hauri PJ, Espie CA, et al. Non-pharmacologic treatment of chronic insomnia: An American academy of sleep medicine review[J]. Sleep, 1999,22:1134.
- [4]陈兴时,张明岛. 加强睡眠障碍的临床及监测工具研究[J]. 上海医学,2004,27(1):1.
- [5]失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 失眠定义、诊断及药物治疗专家共识(草案)[J]. 中华神经科杂志,2006;39(2),141.
- [6]American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual[M]. 2nd ed Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine,2005.
- [7]世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍

分类/临床描述与诊断要点[M]. 北京:人民卫生出版社,1993:436-461.

[8] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders [M]. 4th, ed. Washington DC, 1994.

[9] 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,2001:118-122.

[10] 赵郝锐. 睡眠障碍的诊断标准与方法[J]. 井冈山医学学报,2009,16(2):13.

[11] 张景行. 睡眠障碍国际分类第 2 版内容简介[J]. 中国新药与临床杂志,2007,(10):772-774.

[12] 纪芳,张立亮. 睡眠及睡眠障碍[J]. 山东精神医学 1998,11(4):57-59.

[13] American Psychological Association Task force on promotion and dissemination psychologi-

cal procedures. Training in and dissemination of empirically - validated psychological treatment.

ClinPsychologist,1995;48:323.

[14] 刘连尊,张书义. 辨证论治失眠 90 例[J]. 医学理论与实践,2008,21(6):664-665.

[15] 马云枝,左庆选. 从气血论治失眠经验初探[J]. 中医研究,2007,20(2):49-50.

[16] 严晓丽. 从肝论治失眠症 295 例临床观察[J]. 四川中医,2011,29(1):87-88.

[17] 殷可婧,杨斌,陶根鱼. 自拟宁神汤治疗失眠症 32 例[J]. 现代中医药,2012,32(1):19-20.

[18] 凌桂梅. “活血安神汤”治疗顽固性失眠 55 例临床观察[J]. 江苏中医药,2009,41(11):271.

[19] 李全志,刘志强. 心神宁片治疗失眠症

180 例临床观察[J]. 中国实用医药,2011,6(3):172-173.

[20] 詹淑琴,王玉平. 活力苏治疗失眠临床疗效观察[C]. 南京:第二届中国睡眠医学论坛,2007:114.

[21] 张隔芝,刘绍炼,童欢. 参松养心胶囊治疗神经衰弱睡眠障碍 60 例观察[J]. 实用中医药杂志,2008,24(10):661.

[22] 王莉莉,任莉. 循环针法治疗单纯性失眠 68 例[J]. 上海针灸杂志,2012,31(1):43-44.

[23] 马树田,汪玉忠,陈丽丽. 针刺结合推拿治疗失眠症的临床观察[J]. 广州医药,2012,43(1):45-46.

[24] 吴仁定,林凌峰. 耳穴贴压治疗失眠症 56 例[J]. 福建中医药,2009,40(4):381.

(上接第 54 页)

有寒中之变。”枸杞甘寒性润,《本草求真》中载其可祛风明目,强筋健骨,补精壮阳,然究因于肾水亏损,服此甘润,阴从阳长,水至风息,故能明目强筋,是明指为滋水之味,又枸杞平而不热,有补水制

火之能,故《本草通玄》中言其与地黄同功。菊花善清利头目,宣散肝经之热。久病则瘀,患者失眠日久,口唇暗,依古训“顽疾多瘀血”再加入少许地鳖虫活血化瘀,全方

伍用,共奏滋养肝肾,滋阴泻火之功。此乃“壮水之主,以制阳光”的具体表现,从而达到“心火欲其下降,肾水欲其上升,斯寤寐如常也。”

(上接第 56 页)

胸阳方药:自拟郁檀香贝方。郁金 15g,玉竹 12g,檀香 3g,神曲 9g,焦楂 6g,浙贝 9g,瓜蒌 12g,合欢皮 9g。水煎服,日 1 剂。用药 6 剂,头晕恶心消失,腹痛缓解,汗出减少,纳增,后住院中西医结合治疗 4 周,痊愈出院。

按 舌红苔白厚腻为素有痰湿,湿遏痰滞,阳气不振,道路不畅,故中根剥脱。舌质红近根 1 / 3 中部舌乳头星点突起形大,舌诊辨病为心病征;左寸近关为心脏病变脉象位点,弱小、势敛证属胸阳不振,心脉壅滞,心脏快速射血

期脉来初期沉取散在涩搏提示有心肌炎症可能。综合舌脉征,辨病为胸痹,心肌炎;辨证痰湿痹阻,胸阳不振,心脉壅滞;确立治法化痰湿、通痹阻、振胸阳,自拟郁檀香贝方。