

和营安眠汤联合穴位贴敷治疗营卫失调型失眠的临床观察*

张 贇, 夏旭梦, 牛红萍, 李晓燕[△]

(云南中医药大学, 云南 昆明 650500)

摘要: **目的** 观察和营安眠汤联合穴位贴敷治疗营卫失调型失眠的临床效果。**方法** 将符合纳入标准的营卫失调型失眠患者 60 例随机分为 2 组, 30 例/组。治疗组口服和营安眠汤, 3 次/d, 1 剂/d, 联合穴位贴敷, 2 次/周, 对照组睡前口服艾司唑仑片, 1 mg /次, 1 次/d, 临睡前服, 2 组疗程均为 30 d。利用多导睡眠监测仪监测 2 组患者治疗前后睡眠数据, 检测治疗前后 5-羟色胺(5-HT), γ -氨基丁酸(GABA), 去甲肾上腺素(NE), 多巴胺(DA)和褪黑素水平, 比较 2 组治疗前后的临床症状积分、临床疗效、睡眠数据、神经递质含量情况以及治疗后不良反应情况。**结果** 治疗组患者在中医证候疗效、PSQI 及各项睡眠时长方面明显优于对照组 ($P<0.05$), 2 组患者治疗前后 5-HT、GABA、NE、DA 和褪黑素水平变化有明显差异($P<0.05$)。治疗组不良反应发生率为 10.0%, 对照组不良反应发生率为 26.7%($P<0.05$)。**结论** 和营安眠汤联合穴位贴敷在 PSQI 疗效、中医证候疗效、改善睡眠各项时长、调节神经递质等方面, 疗效优于艾司唑仑, 治疗营卫失调型失眠疗效显著, 安全性更高。

关键词: 失眠; 营卫失调; 和营安眠汤; 穴位贴敷; 神经递质

中图分类号: R256.23

文献标志码: A

文章编号: 1000-2723(2022)05-0018-06

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2022.05.005

Clinical Observation of Heyinganmian Decoction Combined with Acupoint Application in the Treatment of Yingwei Disorder Insomnia

ZHANG Yun, XIA Xumeng, NIU Hongping, LI Xiaoyan

(Yunnan University of Chinese Medicine, Kunming 650500, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the clinical effect of Heyinganmian Decoction combined with acupoint application in the treatment of Yingwei disorder insomnia. **Methods** A total of 60 patients with Yingwei disorder insomnia who met the inclusion criteria were randomly divided into two groups, 30 cases in each group. The treatment group took Heyinganmian Decoction orally, 3 times a day, 1 dose a day, combined with acupoint application, 2 times a week, while the control group took estazolam tablets orally, 1 mg once a day before going to bed. Two groups were treated as a course of 30 days. Polysomnography was used to monitor the sleep data of the two groups before and after treatment. The levels of 5-hydroxytryptamine (5-HT), γ -aminobutyric acid (GABA), norepinephrine (NE), dopamine (DA) and melatonin were detected before and after treatment. The clinical symptom score, clinical efficacy, sleep data, neurotransmitter content and adverse reactions after treatment were compared between the two groups before and after treatment. **Results** The treatment group was significantly better than the control group in TCM syndrome efficacy, PSQI and sleep duration ($P<0.05$). There were significant differences in the levels of 5-HT, GABA, NE, DA and melatonin between the two groups before and after treatment ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was 10.0% in the treatment group and 26.7% in the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Heyinganmian Decoction combined with acupoint application is superior to estazolam in terms of PSQI efficacy, TCM syndrome efficacy, improvement of sleep duration, regulation of neurotransmitters and other aspects, and has significant efficacy and higher safety in the treatment of Yingwei disorder insomnia.

KEY WORDS: insomnia; Yingwei disorder; Heyinganmian Decoction; acupoint application; neurotransmitters

收稿日期: 2022-04-19

* 基金项目: 全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2022]75号); 第五批全国老中医药专家学术经验继承工作(国中医药人教函[2012]123号)

第一作者简介: 张贇(1992-), 女, 在读硕士研究生, 研究方向: 中医内科学老年病方向。

[△]通信作者: 李晓燕, E-mail: ynlxiaoyan@126.com

失眠是最常见的睡眠障碍性疾病之一。长期失眠会严重影响人们的生活质量、工作及身心健康,使患者产生或加重焦虑、抑郁等精神问题^[1]。帅焘教授是云南省首批名中医,第五、六批全国老中医药专家学术经验继承指导教师,师承著名中医学家胡少五,从医60余载,学验俱丰,对失眠的治疗有独到见解,和营安眠汤是其治疗失眠的经验方。李晓燕副教授作为帅焘教授学术经验继承人,在临床实践中发现该方治疗失眠效果显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2020年6月-2021年12月云南省中医医院老年病科门诊及住院部符合纳入标准的60例患者,采取随机数字表法分为2组,30例/组。治疗组:男16例,女14例;年龄26~67岁,平均 (53.80 ± 11.23) 岁;病程1~180月,平均 (35.17 ± 8.10) 月。对照组:男14例,女16例;年龄30~68岁,平均 (56.07 ± 9.31) 岁;病程1~240月,平均 (46.53 ± 11.05) 月。2组患者在年龄、性别、病程等方面比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医证候诊断标准 参照《中医内科学》^[2]、《中药新药临床研究指导原则(2002)》^[3]和国家中医药管理局发布的2016版《中医病证诊断疗效标准》^[4]将营卫不调型不寐的中医诊断标准制定如下:主症见入睡困难;睡而易醒,或睡而不实;晨醒过早;彻夜不寐。次症见心悸,健忘,晨起倦怠,头目昏沉,多梦易醒,汗出,咽干;舌红,苔白,脉细数。主症具有1项,同时兼有次症2项,结合舌脉象可诊断。

1.2.2 西医诊断标准 参照《中国精神障碍分类与诊断标准》(CCMD-3)^[5]失眠诊断标准。①失眠为主的睡眠质量差,如难入睡、睡眠浅容易醒、多梦、早醒、醒后不易再入睡、醒后不适感,或白天体倦乏力;②失眠造成焦虑、抑郁或恐惧心理,使精神活动效率降低,影响正常社会功能;③以上症状每周发生 ≥ 3 次,持续时间 ≥ 2 周。

1.2.3 纳入标准 ①年龄在18~70岁之间;②符合西医诊断标准;③符合营卫不调型不寐诊断标准;④PSQI积分表评分 >7 分;⑤近1个月未使用镇静催眠相关精神类药品及激素类药品治疗;⑥无严重精神及

躯体疾病;⑦自愿参与配合治疗,且签署临床研究知情同意书。

1.2.4 排除标准 ①艾司唑仑不耐受者、过敏体质者;②中药过敏者;③合并严重精神疾病者;④合并感染性疾病、内分泌性疾病(垂体瘤、库新综合征、肾上腺瘤等)或处于急性应激(急性脑梗、心梗、外伤等)状态者;⑤具有严重的原发性心脑血管、肝、肾、血液免疫系统疾病患者,恶性肿瘤患者;⑥妊娠期、哺乳期妇女;⑦近1个月使用过镇静催眠相关精神类药品及激素类药品治疗者;⑧正在参加或近3个月内曾参加过其他临床试验者。

1.3 治疗方法 对照组:采用艾司唑仑片(规格:1 mg $\times$ 20片/盒,华中药业股份有限公司,国药准字H42021522)作为对照药物,口服,1 mg/次,1次/d,临睡前服,连续服用4周。

治疗组:采用口服和营安眠汤联合穴位贴敷治疗。口服和营安眠汤,1剂/d,3次/d,饭后服用,连续服用4周。具体方药组成:桂枝10 g,白芍15 g,黄芪20 g,合欢皮15 g,炒酸枣仁20 g,当归10 g,茯神30 g,炙远志15 g,龙骨30 g,川芎15 g,煅牡蛎30 g,首乌藤15 g,炙甘草5 g。穴位贴敷,将和营安眠汤方药打粉,并按照和营安眠汤:白醋:蜂蜜=1:1.5:1.5配比制作穴位贴敷膏药,使用同一品牌同一型号的白醋和蜂蜜,每次治疗前现配,使用同一批次外径5 $\times$ 5 cm,内径1.5 cm无纺布透气贴制作穴位贴敷,每次贴敷穴位固定为安眠(双侧)、神阙、气海、关元、足三里(双侧)、三阴交(双侧)。2次/周,每次间隔3 d,嘱患者贴敷6 h后取下。

1.4 疗效观察

1.4.1 观察指标

1.4.1.1 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)^[6] 根据PSQI量表要求进行计分,把PSQI量表总分 >7 分作为睡眠有问题的参考界值,治疗前后分别进行评分,分值越大说明睡眠质量越差。

1.4.1.2 中医证候自评量表 中医证候临床疗效采用《中药新药临床研究指导原则(2002)》^[3]积分法,具体分级标准:根据无、轻、中、重度情况对主症与次症分别记分。治疗前、后根据尼莫地平法计算证候积分百分比,分值越高,睡眠质量越差。

1.4.1.3 多导睡眠监测仪(PSG)监测下的有效睡眠数据 在环境舒适、安静的房间,室温控制为 22~25℃,进行整夜多导睡眠监测。患者先于房间适应性睡眠两晚。治疗前后各监测 1 次,时点为 22 时至次日 6 时,PSG 监测下的治疗前后有效睡眠数据导出。

根据美国睡眠医学学会的睡眠和相关事件评分手册,睡眠可分为两个阶段,快速眼动(REM)睡眠和非快速眼动(NREM)睡眠,非快速眼动睡眠可根据 PSG^[7]收集的脑电波的特征模式细分为 N1、N2 和 N3 阶段。PSG 是睡眠评价的金标准,本次导出的主要数据包括:睡眠总时长(TST)、深睡时长(N3)、浅睡时长(N1+N2)、快速眼动(REM)睡眠时长。

1.4.1.4 2 组患者治疗前后 5-HT、GABA、NE、DA 和褪黑素水平情况 采用酶联免疫吸附法检测 2 组患者治疗前后 5-羟色胺(5-HT)、 γ -氨基丁酸(GABA)、去甲肾上腺素(NE)、多巴胺(DA)和褪黑素水平。5-HT、GABA 试剂盒采用上海通蔚生物工程有限公司试剂盒,NE、DA 试剂盒采用南京建成生物工程研究所有限公司试剂盒,褪黑素试剂盒采用武汉博士德生物工程有限公司试剂盒,检测步骤均严格按说明书执行。

1.4.1.5 不良反应监测 密切监测患者治疗过程中是否出现口干、嗜睡、头昏、乏力、肝功能异常、肾功能异常等不良反应,并进行详细记录。

1.4.2 疗效标准

1.4.2.1 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)疗效评定 参照尼莫地平法,基于 PSQI 减分率评定临床疗效:①痊愈:75%<减分率 $\leq$ 100%;②显效:50%<减分率 $\leq$ 75%;③有效:25%<减分率 $\leq$ 50%;④无效:减分率 $\leq$ 25%。

减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times$ 100%。

总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数 $\times$ 100%。

1.4.2.2 中医证候自评量表疗效评定 参照尼莫地平法,基于中医证候积分表疗效指数评定疗效:①临床治愈:疗效指数 $\geq$ 95%;②显效:70% $\leq$ 疗效指数<95%;③有效:30% $\leq$ 疗效指数<70%;④无效:疗效指数<30%。

疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times$ 100%。

总有效率=(临床治愈+显效+有效)/总例数 $\times$ 100%。

1.5 数据处理 数据利用 SPSS 26.0 统计软件进行数据处理及统计分析,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,若呈正态分布,采用 t 检验。若呈非正态分布,采用秩和检验。计数资料采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者 PSQI 疗效比较 将 2 组患者 PSQI 疗效进行分析,经检验得出 2 组疗效差异有统计学意义($Z=-2.122, P=0.034<0.05$),表明在 PSQI 疗效方面治疗组明显优于对照组。见表 1。

表 1 2 组患者 PSQI 疗效指数比较 [$n(\%)$, $n=30$]

组别	痊愈	显效	有效	无效	有效率/%
治疗组	11(36.67)	14(46.67)	4(13.33)	1(3.33)	96.67
对照组	5(16.67)	14(46.67)	8(26.67)	3(10.00)	90.00

2.2 2 组患者中医证候疗效比较 将 2 组病例中医证候疗效进行分析,经检验得出 2 组疗效差异有统计学意义($Z=-1.993, P=0.046<0.05$),表明在中医证候疗效方面治疗组明显优于对照组。在比较治疗后单项中医证候积分时,与对照组比较,治疗组在入睡困难方面有明显改善($P<0.05$)。见表 2、表 3。

表 2 中医证候疗效比较 [$n(\%)$, $n=30$]

组别	治愈	显效	有效	无效	有效率/%
治疗组	7(23.33)	18(60.00)	4(13.33)	1(3.33)	96.67
对照组	3(10.00)	16(53.33)	8(26.67)	3(10.00)	90.00

2.3 2 组患者 PSG 睡眠数据比较 在多导睡眠仪监测睡眠各项数据时,2 组治疗后与治疗前比较,睡眠时长均有较大改善($P<0.05$),且在治疗后 REM 中,与对照组比较,治疗组可显著增加快速眼动期的睡眠时长($P<0.05$)。见表 4。

2.4 2 组患者治疗前后 5-HT、GABA、NE、DA 和褪黑素水平比较 与治疗前比较,2 组患者治疗后 5-HT、GABA、NE、DA 和褪黑素水平均有明显改善($P<0.05$),且在治疗后,治疗组 5-HT、GABA、褪黑素水平均高于对照组($P<0.05$),NE、DA 水平均低于对照组($P<0.05$)。见表 5。

表 3 治疗后单项中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分, $n=30$)

症状	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
入睡困难	治疗组	4.99±1.23	1.00±0.67	-3.751	0.000	-2.082	0.037
	对照组	4.89±1.02	1.50±0.83	-3.953	0.000		
寐而不酣,时寐时醒	治疗组	4.59±1.41	1.11±0.94	-3.453	0.000	-1.180	0.238
	对照组	4.25±0.94	1.38±0.86	-3.716	0.000		
寐而早醒	治疗组	3.72±1.28	0.94±0.93	-2.555	0.011	-1.431	0.152
	对照组	3.77±0.75	1.29±0.48	-3.247	0.001		
彻夜不寐	治疗组	2.00±0.00	1.00±0.00	-1.414	0.157	-1.296	0.195
	对照组	4.00±2.00	1.94±1.23	-1.826	0.068		
心悸易惊	治疗组	2.63±0.79	1.00±0.00	-2.333	0.020	-1.844	0.065
	对照组	2.94±0.32	1.44±0.71	-2.739	0.006		
头目昏沉	治疗组	2.74±0.49	1.16±0.69	-2.232	0.026	-0.301	0.763
	对照组	2.69±0.50	1.19±0.44	-2.598	0.009		
晨起困倦	治疗组	2.74±0.49	1.00±0.58	-2.401	0.016	-0.000	1.000
	对照组	2.56±0.84	1.00±0.00	-2.121	0.034		
健忘	治疗组	2.33±1.16	1.00±0.00	-1.414	0.157	-1.323	0.186
	对照组	2.78±0.50	1.72±0.96	-1.414	0.157		
汗出	治疗组	1.56±0.89	0.83±0.45	-1.414	0.157	-1.757	0.079
	对照组	2.22±0.50	1.50±0.58	-1.732	0.083		
多梦易醒	治疗组	3.00±0.00	1.07±0.93	-2.588	0.010	-1.372	0.170
	对照组	2.72±0.48	1.67±0.95	-2.428	0.015		
咽干	治疗组	2.56±0.76	0.86±0.64	-2.598	0.009	-0.540	0.589
	对照组	1.50±0.55	1.00±0.00	-1.732	0.083		

表 4 多导睡眠仪监测睡眠各项数据时长比较 ($\bar{x} \pm s$, min, $n=30$)

阶段	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				<i>Z</i>	<i>P</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
N3	治疗组	38.46±5.44	51.20±4.14	-4.785	0.000	-0.208	0.835
	对照组	40.33±4.74	51.07±5.68	-11.470	0.000		
N1+N2	治疗组	181.94±19.46	229.30±22.00	-4.787	0.000	-0.704	0.481
	对照组	179.87±12.66	227.48±18.47	-4.784	0.000		
REM	治疗组	55.33±5.83	78.80± 9.83	-4.785	0.000	-2.066	0.039
	对照组	54.31±6.64	72.70±10.98	-11.520	0.000		
TST	治疗组	275.76±20.72	359.52±27.80	-4.784	0.000	-1.235	0.217
	对照组	274.83±15.94	350.93±29.26	-4.783	0.000		

表 5 2 组患者治疗前后 5-HT、GABA、NE、DA 和褪黑素水平 ($\bar{x} \pm s, n=30$)

指标	组别	治疗前	治疗后	组内比较		组间比较	
				Z	P	Z	P
5-HT/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)	治疗组	9.66 $\pm$ 1.79	20.02 $\pm$ 2.93	-24.36	0.000	-4.303	0.000
	对照组	9.67 $\pm$ 1.66	16.75 $\pm$ 2.34	-4.782	0.000		
GABA/($\text{mg} \cdot \text{L}^{-1}$)	治疗组	205.71 $\pm$ 15.78	319.19 $\pm$ 28.82	-22.51	0.000	-6.736	0.000
	对照组	206.25 $\pm$ 18.19	284.82 $\pm$ 22.04	-4.782	0.000		
NE/($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	治疗组	5.22 $\pm$ 0.39	3.36 $\pm$ 0.25	27.32	0.000	-6.737	0.000
	对照组	5.25 $\pm$ 0.46	4.19 $\pm$ 0.38	-4.783	0.000		
DA/($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	治疗组	565.32 $\pm$ 47.31	335.60 $\pm$ 36.96	-4.782	0.000	-6.084	0.000
	对照组	573.06 $\pm$ 55.10	436.11 $\pm$ 55.43	-4.782	0.000		
褪黑素/($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	治疗组	18.51 $\pm$ 1.79	30.33 $\pm$ 1.41	-4.784	0.000	-6.736	0.000
	对照组	18.80 $\pm$ 1.58	27.54 $\pm$ 1.87	-4.783	0.000		

2.5 不良反应 2 组患者治疗后,治疗组不良反应发生率显著低于对照组($P<0.05$)。见表 6。

表 6 2 组患者治疗后不良反应比较 [$n(\%)$, $n=30$]

组别	口干	嗜睡	头昏	乏力	肝功能异常	肾功能异常	累计发生例数
治疗组	1(3.33)	0(0)	1(3.33)	1(3.33)	0(0)	0(0)	3(10.00)
对照组	1(3.33)	1(3.33)	2(6.67)	1(3.33)	2(6.67)	1(3.33)	8(26.67)

3 讨论

《灵枢·口问》曰:“卫气昼日行于阳,夜半行于阴。阴者主夜,夜者卧……阳气尽,阴气盛,则目瞑,阴气尽而阳气盛则寤矣。”指出人体随着天地自然的阴阳消长变化而有营卫交合、昼精夜瞑的周期性生理现象。营卫二气的循行是人与自然相应的关键,人体睡眠节律的调节与营卫二气的循行息息相关^[8]。帅焘教授受《黄帝内经》启发并根据多年临证经验,认为营卫不调是导致失眠的关键病机。调和营卫、交通阴阳,是治疗失眠的关键。

和营安眠汤由桂枝加黄芪汤化裁而来,由桂枝、白芍、黄芪、合欢皮、炒酸枣仁、当归、茯神、炙远志、龙骨、川芎、煅牡蛎、首乌藤、炙甘草组成。方中桂枝辛温,助卫阳,通经络,为君药,白芍酸甘而凉,益阴敛阴,敛固外泄之营阴,桂枝配白芍,既治卫强,又治营弱,合则调和营卫,引阳入阴,阴阳协调;加黄芪增强补脾益气之功,使阳生阴长。合欢花昼开夜合,生长规律与昼夜阴阳消长规律相符,并具有安神作用,合欢

皮、首乌藤可引卫气转阳入阴^[9],两药一收一引,调整阴阳开阖而安神,协调阴阳之气,使阴阳配合,序行营卫,交通阴阳。黄芪配当归气血双补,龙骨、牡蛎镇心安神,潜阳入阴,使阴阳平衡,营卫和调,交通阴阳,张景岳曰:“盖寐本于阴,神其主也,神安则寐,神不安则不寐”^[10]。心藏神,心血不足则神不守舍,则不寐,故加酸枣仁养血宁心安神;炙甘草补益心脾之气,调和诸药,全方共奏调和营卫,交通阴阳,宁心安神之效。现代药理研究发现黄芪、当归、炒酸枣仁这类益气、养心药物配伍共奏益气补血,宁心安神之效^[11-13]。首乌藤煎剂具有明显镇静催眠作用,利于延长睡眠时间^[14]。酸枣仁作用于神经系统时,具有镇静催眠、抗抑郁、抗焦虑的作用^[15]。

穴位贴敷不止是单纯的穴位与药物结合,而是通过两者相互作用激发和调节人体产生神经免疫调节^[16]。三阴交是足三阴经交会穴,属于足太阴脾经,可健脾养血,滋养营阴,调和阴阳;足三里属足阳明胃经,配合三阴交补脾和胃,补益气血,脾胃运化得当,则气血充盈,营卫相合,气道畅通以助睡眠;安眠穴属于经外奇穴,主治失眠^[17];神阙、气海、关元同属任脉上的穴位,薄智云教授^[18]认为神阙是腹部中心,是人体第 2 个生理核心,具有调控各器官组织气血输布的功能;气海、关元具有培元固本,益气助阳之功,选取三穴有调和阴阳,滋养营阴,以助营卫相合之意。

有研究表明:5-HT、NE、DA 多离散在脑干部位,共同调节睡眠—觉醒周期。5-HT 作为抑制性神经递

质,主要促进慢波睡眠,NE含量降低可导致快波睡眠被抑制,行为觉醒与兴奋性神经递质DA水平关系密切^[19];GABA可维持神经细胞抑制,可维持兴奋功能平衡,GABA含量升高能抑制神经兴奋性从而达到抑制失眠的作用^[20]。褪黑素由松果体分泌,能够有效的治疗与缓解睡眠障碍^[21]。5-HT、GABA、褪黑素、NE、DA共同调节睡眠,结合睡眠监测的时间以及神经递质的增减,和营安眠汤联合穴位贴敷组相对于对照组有较好疗效,治疗组5-HT、GABA、褪黑素水平升高($P<0.05$),NE、DA数值降低($P<0.05$),深睡期、浅睡期、REM、睡眠总时长较治疗前有较大提升($P<0.05$),和营安眠汤联合穴位贴敷在治疗中可能调节了神经递质的传导,对5-HT、GABA、褪黑素的释放或作用机制有一定的调节作用,因此深睡、浅睡、REM时长、睡眠总时长有较大改善,从而改善睡眠。对比2组不良反应情况,和营安眠汤联合穴位贴敷较艾司唑仑具有减轻口干、嗜睡、头昏、乏力等不良反应的优势($P<0.05$),且具备安全性,对睡眠的改善是安全有效的。

综上,和营安眠汤联合穴位贴敷在治疗营卫不调型失眠上有较好疗效,能延长睡眠时间,改善PSQI疗效,改善中医证候,调节机体神经递质水平,且疗效优于艾司唑仑,安全性较高。

参考文献:

- [1] 梁晓涛,梁小珊,杨路,等. 谢炜教授“调肝安神,调和阴阳”辨治失眠[J]. 环球中医药,2021,14(10):1815-1818.
- [2] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:320.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京:中国医药科学技术出版社,2002:29-31.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京:中国中医药出版社,2016:32.
- [5] 中华医学会精神科分会. 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,2001:112-119.
- [6] BUYSSE D J, REYNOLDS C F, MONK T H, et al. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. Psychiatry Res, 1989, 28(2):193-213.
- [7] IBER C, ANCOLI-ISRAEL S, CHESSON A L, et al. The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: rules, terminology and technical specifications[S]. American Academy of Sleep Medicine, 2007.
- [8] 张心平,杨美霞,张守中,等. 《黄帝内经》不寐证的理论探讨及临床应用[J]. 中华中医药杂志,2019,34(12):5765-5767.
- [9] 杨熠文,吴攸,李丽娜,等. 治疗不寐的引阳入阴类药物研究[J]. 安徽中医药大学学报,2020,39(4):13-16.
- [10] 王佳明,许明辉,林柳. 中医外治法治疗围绝经期失眠研究近况[J]. 中华针灸电子杂志,2015,4(6):271-274.
- [11] 赵娜,李玮,胡万华. 多导睡眠图评价归脾汤结合耳穴埋豆治疗卒中后失眠的疗效[J]. 浙江中医杂志,2016,51(9):625-627.
- [12] 杨慧华,杨香华,朱仡,等. 热敏灸辅助耳穴贴压联合归脾汤治疗心脾两虚型失眠的效果观察[J]. 护理与康复,2018,17(10):71-72.
- [13] 袁芳,赵旭颖,黄育玲,等. 归脾汤联合针灸治疗失眠气血两虚证老年患者疗效评价[J]. 中国药业,2018,27(19):34-37.
- [14] DAVIES J, RAE T C, MONTAGU L. Long-term Benzodiazepine and Z-drugs use in England: a survey of general practice [corrected][J]. Br J Gen Pract, 2017, 67(662): e609-e613.
- [15] 卢建政,蒙冰,王少华,等. 归脾汤联合西医治疗心脾两虚型亚健康失眠症患者疗效及对睡眠质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2018,27(3):321-323.
- [16] 王拓然,韩颖,杜茂波,等. 穴位贴敷疗法治疗失眠障碍的应用现况与分析[J]. 中医杂志,2021,62(17):1546-1552.
- [17] 张琼琼,刘平,赵金蕾,等. 基于数据挖掘近30年针灸治疗失眠临床取穴规律研究[J]. 世界科学技术-中医药现代化,2018,20(9):1596-1602.
- [18] 张秀英,哈静,王银宁. 薄氏腹针加艾灸气海关元穴治疗失眠临床研究[J]. 双足与保健,2019,28(20):36-38.
- [19] 吴建丽,王天琪,王永亮,等. 电项针对失眠大鼠脑干单胺类神经递质含量的影响[J]. 长春中医药大学学报,2017,33(3):358-361.
- [20] 魏文静,仝立国,仲启明,等. 蛇床子催眠活性组分对对氯苯丙氨酸致失眠大鼠海马钟基因与氨基酸类神经递质表达的影响[J]. 中草药,2018,49(11):2614-2619.
- [21] 张如意,王平,张舜波,等. 褪黑素治疗睡眠障碍的作用机制探讨[J]. 中华中医药学刊,2018,36(2):308-310.