解郁熄风汤联合穴位注射对不寐证患者临床疗效及睡眠结构影响的研究

王春燕 程学莲 苏云婷 冯小红 张雯静
（上海市杨浦区中医医院，上海，200090）

摘要 目的：探究解郁熄风汤联合穴位注射治疗不寐证患者的临床疗效及对睡眠结构的影响。方法：选取 2017 年 2 月至 2019 年 1 月杨浦区中医医院收治的不寐证患者 114 例作为研究对象，随机分为对照组和观察组，每组 57 例。予以对照组患者解郁熄风汤治疗，予以观察组患者解郁熄风汤联合穴位注射治疗，比较 2 组患者临床治疗效果、治疗前后患者证候（入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛）积分、患者睡眠结构各时期（入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期）睡眠质量评分、患者匹兹堡睡眠质量评分（PSQI）及治疗前后 2 组患者白细胞介素（IL-1β）水平、不良反应情况及治疗满意率。结果：观察组患者治疗有效率（98.25%）高于对照组（87.72%）（$P<0.05$）；治疗前，2 组患者入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛等中医证候积分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后 2 组患者中医证候积分均改善，观察组优于对照组（$P<0.05$）；治疗前，2 组患者睡眠结构各时期（入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期）睡眠质量评分及 PSQI 评分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），治疗后 2 组患者各项评分均有改善，观察组优于对照组（$P<0.05$）；治疗前，2 组患者 IL-1β 水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后各组患者 IL-1β 水平均有改善，观察组优于对照组（$P<0.05$）。2 组治疗过程中均未见不良反应出现；观察组治疗满意率（98.25%）高于对照组（82.46%）（$P<0.05$）。结论：解郁熄风汤联合穴位注射治疗不寐证效果明显，可较好改善患者症状，提升患者睡眠质量，降低炎性因子水平，而且不良反应少，安全性高，患者满意率高，值得推广与应用。

关键词 不寐证；解郁熄风汤；穴位注射；疗效；睡眠结构；不良反应

Effects of Jieyu Xifeng Decoction Combined with Acupoint Injection on Clinical Efficacy and Sleep Structure of Patients with Insomnia

Wang Chunyan[1], Cheng Xuelian[2], Su Yunting[2], Feng Xiaohong[2], Zhang Wenjing[3]
(*Yangpu District Hospital of Traditional Chinese Medicine*, *Shanghai* 3200090, *China*)

Abstract **Objective**: To explore the effects of Jieyu Xifeng Decoction combined with acupoint injection on the clinical efficacy and sleep structure of patients with insomnia. **Methods**: A total of 114 cases of insomnia patients in Yangpu District Hospital of Traditional Chinese Medicine from February 2017 to January 2019 were included in this study. According to the treatment methods, the patients were divided into a control group and an observation group by adopting the random number table method. The control group (57 cases) was treated with Jieyu Xifeng Decoction, and the observation group (57 cases) was treated with Jieyu Xifeng Decoction combined with acupoint injection. The clinical treatment effects, patients with syndrome before and after the treatment (difficulty falling asleep, shallow, night sleep soundly sleeping easy waking early awakening, irritability, fatigue, dry mouth, bitter mouth, hypochondriac pain) integral, sleep structure in each period in patients with stage (sleep, light sleep stage, sleeping, deep sleep and rem sleep) in patients with sleep quality score, Pittsburgh sleep quality score (PSQI) and the level of interleukin (IL-1β), adverse reactions and treatment satisfaction of 2 groups of patients before and after the treatment were compared. **Results**: The effective rate of treatment in the observation group (98.25%) was higher than that in the control group (87.72%) ($P<0.05$). Before treatment, the TCM syndrome scores of difficulty in falling asleep, light sleep easy to wake up, night sleep early wake up, irritability, fatigue, mouth pain, dry mouth, side pain of the 2 groups were similar ($P>0.05$). After treatment, the syndrome points were improved, and the observation group was better than the control group ($P<0.05$); Before treatment, the sleep quality score and PSQI score of patients in the 2 groups at different stages of sleep structure (sleep stage, light sleep stage, deep sleep stage, rapid eye movement stage) were similar ($P>0.05$), and the scores were improved after treatment. The observation group was superior to the control group ($P<0.05$). Before treatment, the levels of IL-1β were similar in the 2 groups ($P>0.05$), and the levels

基金项目：上海市杨浦区科研计划项目（yp17zm14）
作者简介：王春燕（1967.01—），女，博士，副主任医师，研究方向：中医药治疗神经内科疾病，E-mail：zhengyanghong187@sina.com
通信作者：张雯静（1977.07—），女，博士，主任医师，研究方向：神志病，E-mail：1072@szy.sh.cn

of IL-1β were improved in each group after treatment ($P < 0.05$). The observation group was superior to the control group ($P < 0.05$). No adverse reactions were found in the 2 groups during the treatment, and the adverse reaction rate was 0.00% ($P > 0.05$). The treatment satisfaction rate (98.25%) in the observation group was higher than that in the control group (82.46%) ($P < 0.05$). **Conclusion**: Jieyu Xifeng Decoction combined with acupoint injection for the treatment of insomnia has a good effect, which can better improve the symptoms of patients, improve the sleep quality of patients, improve the level of inflammatory factors, with few adverse reactions, high safety, high satisfaction rate of patients, and it is worthy of promotion and application.

Key Words　Insomnia syndrome; Jieyu Xiefeng Decoction; Acupoint injection; Curative effect; Sleep structure; Adverse reactions

中图分类号:R256.23;R245.9+5　　**文献标识码**:A　　**doi**:10.3969/j.issn.1673-7202.2019.12.057

不寐证为临床常见疾病,患者主要表现为睡眠异常、睡眠时间、深度不足。不寐证对患者生活、学习及工作、健康影响较大[1]。最新中国睡眠研究会调查结果显示,每年约有 33.00% 人群睡眠障碍,17.00% 人群严重失眠障碍[2]。中国成年人仅失眠的发生率为 38.2%。由于现代生活节奏快,压力大,失眠已成为的一种常见的疾病。为了提升不寐证患者临床治疗效果,临床诸多学者对该病治疗方案进行研究,发现中医治疗该病具有良好效果,故而引起临床重视[3]。中医学认为不寐多由脏腑功能紊乱、阴阳平衡失调、邪气阻滞、卫气营血运行失常、神志不宁所致。解郁熄风汤,又叫熄风解郁汤,是全国名老中医王翘楚的多年经验方,解郁熄风汤及穴位注射均对不寐症具有积极影响,可较好改善患者症状,帮助患者恢复健康[4]。本研究选取我院收治的 114 例不寐证患者,分组探究解郁熄风汤及穴位注射联合治疗效果,现报道如下。

1　资料与方法

1.1　一般资料　选取 2017 年 2 月至 2019 年 1 月杨浦区中医医院收治的不寐证患者 114 例作为研究对象,随机分为对照组和观察组,每组 57 例。对照组中男 38 例,女 19 例,年龄 20 ~ 68 岁,平均年龄(55.45 ± 4.63)岁,病程 15 ~ 96 d,平均病程(45.31 ± 10.45)d;观察组中男 39 例,女 18 例,年龄 21 岁 ~ 69 岁,平均年龄(55.42 ± 4.60)岁,病程15 ~ 99 d,平均病程(45.38 ± 10.42)d。一般资料经统计学分析,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　西医诊断标准　参照《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》[5]:1)患者睡眠障碍,难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒,醒后感不适、疲乏;2)以上睡眠障碍患者每周发生 3 次以上,持续精神障碍症状一些部分继发性失眠时间 1 个月以上;3)睡眠数量、质量不满,患者表现出苦恼,社会功能受损。

1.2.2　中医诊断标准　参照《中华人民共和国中医药行业标准中医内科病证诊断疗效标准》[6]肝郁化火型失眠:1)主证如下:患者心烦不能入睡,且烦躁易怒;2)次证如下:患者胸胀胁痛、头痛、面红目赤、便秘尿黄;3)舌脉如下:舌红、苔黄、脉弦数。

1.3　纳入标准　1)患者符合不寐症诊断标准,中医失眠肝郁化火证,病程 1 个月以上;2)患者匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)7 分以上;3)患者年龄 18 ~ 65 岁;4)患者自愿参与研究。

1.4　排除标准　1)全身性疾病和外界环境干扰导致的失眠患者;2)妊娠或哺乳期妇女;2)酗酒、精神药物(含安眠药)滥用及依赖患者;4)药物过敏史患者;5)未按规定用药患者;6)同时参加其他临床研究患者。

1.5　治疗方法

1.5.1　对照组　对照组单用解郁熄风汤治疗,汤剂如下:淮小麦、合欢皮各 30 g,苦参、焦山栀、黄芩、地骨皮各 15 g,生甘草、白僵蚕各 10 g,蝉蜕 6 g 等加减,水煎煮,每日 1 剂,口服,2 次/d。

1.5.2　观察组　观察组在对照组治疗基础上联合腺苷钴胺(重庆药友制药有限责任公司,国药准字 H20066850)穴位注射治疗,治疗方法为用 2 mL 注射器将 1.5 mL 注射用水稀释 0.5 mg 腺苷钴胺,垂直刺入太阳穴,待有酸、麻、胀感觉时,回抽无血液缓慢注入药物。穴位注射隔日 1 次。2 组患者都连续治疗 4 周。

1.6　观察指标　观察比较 2 组患者临床治疗效果、治疗前后患者证候(入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛)积分、患者睡眠结构各时期(入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期)睡眠质量评分、患者匹兹堡睡眠质量评分(PSQI)及治疗前后 2 组患者白细胞介素(IL-1β)水平、不良反应情况及治疗满意率。中医证候积分[8]:记录治疗前后患者入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛等中医证候积分,根据症状轻重,积分 0 ~ 3 分,分值越高症状越严重。

睡眠结构[9]评分：评估患者治疗前后入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期各个时期睡眠评分，评分均为100分，分值越高表示各时期睡眠质量越佳。匹兹堡睡眠质量评分[10]：睡眠质量量表，分值0～21分，分值越高表示睡眠质量越差。白细胞介素检测：采取酶联免疫吸附实验测定患者治疗前后IL-1β水平。满意度和不良反应调查：记录患者不良反应情况，采取院内自制满意率问卷调查患者治疗满意度。

1.7 疗效判定标准 临床治疗效果判定[7]：痊愈：患者证候基本消失，减分率76%～100%。显效：患者证候明显改善，减分率51%～75%。有效：患者证候改善，减分率26%～50%。无效：患者证候无改善，减分率0%～25%。总有效率＝痊愈率＋显效率＋有效率。

1.8 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件对研究数据进行统计分析，计量资料用均数±标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，采用t检验，计数资料用百分比（%）表示，采用χ^2检验，以$P<0.05$为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者疗效比较 观察组临床总效率为98.25%，对照组为87.72%，2组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表1。

2.2 2组患者治疗前后中医证候积分比较 治疗前，2组患者入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛等中医证候积分比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$），治疗后2组患者证候积分均有改善，观察组优于对照组，2组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表2。

2.3 2组患者治疗前后各睡眠结构评分变化 治疗前，2组患者入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期评分差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后2组时期睡眠结构各期评分均有改善，观察组优于对照组，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表3。

2.4 2组患者治疗前后PSQI总评分和IL-1β水平比较 治疗前，2组患者PSQI总评分差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后2组患者PSQI评分均有改善，且观察组优于对照组，2组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表4。治疗前，2组患者IL-1β水平比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），治疗后2组患者的IL-1β水平均有改善，且观察组优于对照组，2组比较差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表4。

表1 2组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组（$n=57$）	27(47.37)	14(24.56)	9(15.79)	7(12.28)	50(87.72)
观察组（$n=57$）	36(63.16)	13(22.81)	7(12.28)	1(1.75)	56(98.25)
χ^2值					4.839 6
P值					0.027 8

表2 2组患者治疗前后中医证候积分比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	入睡困难	浅睡易醒	夜寐早醒	烦躁易怒	乏力	口苦口干	胁痛
对照组（$n=57$）							
治疗前	4.79±2.00	3.55±1.13	2.45±0.65	2.26±0.66	1.88±0.33	1.79±0.20	1.82±0.17
治疗后	3.59±1.16*	2.21±1.05*	1.77±0.23*	1.45±0.22*	1.21±0.20*	1.31±0.11*	1.20±0.15*
观察组（$n=57$）							
治疗前	4.81±2.01	3.58±1.11	2.39±0.66	2.21±0.57	1.85±0.31	1.80±0.19	1.83±0.18
治疗后	2.31±0.56*△	1.56±1.01*△	1.04±0.23*△	0.91±0.22*△	0.68±0.16*△	0.55±0.14*△	0.48±0.10*△

注：与治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

表3 2组患者治疗前后睡眠结构各时期评分变化情况比较（$\bar{x} \pm s$，分）

组别	入睡期	浅睡期	熟睡期	深睡期	快速动眼期
对照组（$n=57$）					
治疗前	56.46±7.45	58.56±5.55	55.23±2.56	53.24±5.55	55.33±2.22
治疗后	67.45±4.52*	69.63±3.56*	64.34±3.12*	60.34±4.11*	63.25±4.78*
观察组（$n=57$）					
治疗前	56.34±7.14	58.23±5.39	55.66±2.67	53.76±5.17	55.67±2.19
治疗后	77.45±4.12*△	79.64±4.21*△	78.45±2.88*△	80.34±3.33*△	82.55±2.31*△

注：与治疗前比较，*$P<0.05$；与对照组比较，△$P<0.05$

表 4　2 组患者治疗前后 PSQI 总评分和 IL-1β 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	PSQI 评分(分)	IL-1β(pg/L)
对照组(n =52)		
治疗前	17.34 ±2.11	119.45 ±4.52
治疗后	7.34 ±2.45 *	124.56 ±5.63 *
观查组(n =52)		
治疗前	17.84 ±2.05	119.56 ±4.37
治疗后	4.55 ±1.45 * △	129.56 ±4.12 * △

注:与本组治疗前比较,* P <0.05;与对照组治疗后比较,△ P <0.05

2.5　2 组患者治疗不良反应比较　2 组患者治疗过程中均未发现不良反应。

2.6　2 组患者治疗满意率比较　观察组患者治疗满意率为 98.25%(56/57),高于对照组的 82.46%(47/57),2 组比较差异有统计学意义(P <0.05)。

3　讨论

中医学将不寐症归属于“目不瞑”“不得眠”“不得卧”等范畴,患者脏腑功能紊乱、阴阳平衡失调、邪气阻滞、卫气营血运行失常、神志不宁,关于其辨证思路,历代医家亦各有论述,有肝郁化火、心火炽盛、痰热内扰之实证,阴虚火旺、心脾亏虚之虚证[11]。不寐有虚实之分。实证可归纳为郁、火、痰,虚证则可分为肾精不足,心神失养,心脾亏虚[12-13]。《类经》提出“情志病”,发病与患者情志刺激相关[14]。《素问·阴阳应象大论》指出:“人有五脏化五气,以生喜怒悲忧恐”。五脏藏精,化气生神,神动于内,情现于外,情志与脏腑功能状态息息相关。《灵枢·平人绝谷》指出[15]:“五脏安定,血脉和利,精神乃居”。《灵枢·寿夭刚柔》记载:“忧恐忿怒伤气,气伤脏,乃病脏”。肝为刚脏,体阴而用阳,生理状态表现为阴揉、调达,病理状态表现为急躁、亢奋。肝主疏泄,掌管体内气机运行,喜调达而恶抑郁,调畅气机,调和血行,调节患者情志活动[16]。《王孟英医案》[17]记载:“肝主一身之气,七情之病必由肝起”。《临证指南医案》[18]记载:“肝者将军之官,相火内寄,得真水以涵濡。盖因情志不和则生郁,言语不投则生嘆,谋虑过度则自竭。斯罢极之本,从中变火,攻冲激烈”。《素问·六微旨大论》记载:“出入废,则神机化灭;升降息,则气立孤危。故非出入,则无以生、长、壮、老、已;非井降,则无以生、长、化、收、藏。是以升降出入,无器不有”。肝位下焦,主升,肺位上焦,主降,肝升肺降,维持人体气机[19]。《知医必辨》记载[20]:“人之五脏,惟肝易动而难静。肝气一动,即乘脾土,作痛作胀……又或上而冲心,致心跳不安;又或上而侮肺,……致肺之清肃不行而哈咳不已,……又或疏泄太过,致肾不闭藏”。患者五脏心异常则影响卫气正常,导致不寐证。肝失疏泄为失眠病机。中医学博大精深,治疗不寐症具有丰富经验,其根据中医理论体系,辨证治疗,调节患者主要脏腑阴阳,使得患者气血顺畅,达到扶正祛邪目前,改善患者不眠症状,改善患者睡眠,具有良好的应用前景和临床意义,值得深入探究。

目前不寐证患者多存在肝郁化火的病机变化,患者肝、胆功能失调,影响严重,为疾病常见病因。随着患者身处环境改变,生活习惯改变,随着工作及学习、生活等压力不断增加,患者进而气机不畅,化火扰神,心情压抑、肝气郁结导致发病[4]。我们通过总结临床治疗经验,查阅不寐症相关治疗医案、报道等,得出以“疏肝解郁,清热安神”方案治疗不寐症,改善患者症状。故而本研究选取上海市中医院神志病基地协定方解郁熄风汤治疗不寐症,同时联合穴位注射治疗,探究其联合用药机制及疗效。解郁熄风汤方为全国名老中医王翘楚经验方,该汤剂主要由以下中药组成淮小麦、合欢皮各 30 g,苦参、焦山栀、黄芩、地骨皮各 15 g,生甘草、白僵蚕各 10 g,蝉蜕 6 g 等加减,方中淮小麦可益气、养心、敛汗、养心安神;合欢皮可解郁、和血、宁心、消痈肿;苦参可平喘祛痰、安神定志;焦山栀凉血止血、清热解毒;黄芩泻实火,除湿热,止血;地骨皮可凉血除蒸、清肺降火、止血、降血压;生甘草可补脾益气,清热解毒;而白僵蚕具有熄风解痉、祛风止痛功效;蝉蜕可散风除热,诸药合用,共奏疏肝解郁,清热安神之功效,并临床随症加减。若患者伴有头胀痛临床症状,则肝郁化火,循经上炎,故此加用菊花及天麻、钩藤中药,达清肝降火功效。若患者伴躁扰不宁、口舌生疮、舌边尖红等临床症状,表明患者心肝火盛,故此加黄连、莲子芯清火安神;若患者伴有焦虑不安等症状,且患者舌红苔少,则表明患者肝郁化火、心阴暗耗,故而在基础方上加用养心安神之甘麦大枣汤,清火、养阴。通过辨证治疗,从根据改善不寐证患者病证,改善患者睡眠质量。穴位注射疗法为临床常用治疗方法,该治疗方法通过药物穴位注射,不但药物可发挥其药效,此外通过作用患者经络俞穴,还可延长药物对经络俞穴刺激时间,治疗效果加倍,故而临床应用广泛,深受医患好评。天麻素以及维生素 B_1 为目前临床较为常用的穴位注射药物,药物效果显著。本次笔者给予不寐证患者腺苷钴胺穴位注射,该药无不良反应,注射后可快速吸收,是细胞生长繁

殖、维持神经系统髓鞘完整必须物质。本次通过穴位注射,药物局部弥漫渗透,达到较好治疗效果。运用腺苷钴胺穴位注射治疗失眠症,标本兼治,安全、有效、经济。本次研究显示,观察组患者治疗有效率(98.25%)高于对照组(87.72%),差异有统计学意义($P<0.05$),提示解郁熄风汤联合穴位注射可显著提升不寐证患者临床治疗效果;治疗前,2 组患者入睡困难、浅睡易醒、夜寐早醒、烦躁易怒、乏力、口苦口干、胁痛等中医证候积分相当($P>0.05$),治疗后证候积分均改善,观察组优于对照组($P<0.05$),提示解郁熄风汤联合穴位注射可较好改善不寐证患者临床病证。睡眠期分快眼运动睡眠相(RME),及非快眼运动睡眠相(NREM),后者又分 4 期:S1(入睡期),S2(浅睡期),S3(中度睡眠期),S4 为深度睡眠期,患者睡眠以 S1、S2 期浅睡眠为主,而慢波睡眠 S3、S4 期缺乏、减少,REMS 压缩,S3、S4、REMS 睡眠比例、绝对时间减少,从而导致患者睡眠质量差。治疗前,2 组患者睡眠结构各时期(入睡期、浅睡期、熟睡期、深睡期、快速动眼期)睡眠质量评分及 PSQI 评分相当($P>0.05$),治疗后各项评分改善,观察组优于对照组($P<0.05$),提示经解郁熄风汤联合穴位注射治疗后,不寐证患者各时期睡眠质量、睡眠总体质量显著改善;治疗前,2 组患者 IL-1β 水平相当($P>0.05$),治疗后各组患者 IL-1β 水平改善,观察组优于对照组($P<0.05$),经解郁熄风汤联合穴位注射治疗后,不寐证患者 IL-1β 水平显著改善。2 组治疗过程中均未见不良反应出现,不良反应率均为 0.00%,差异无统计学意义($P>0.05$),观察组治疗满意率(98.25%)高于对照组(82.46%),差异有统计学意义($P<0.05$),提示解郁熄风汤联合穴位注射治疗不寐证安全可靠,患者高度认可,认为该方案切实、可行。

综上所述,解郁熄风汤联合穴位注射治疗不寐证疗效佳,患者症状消失,睡眠质量改善,未见不良反应,安全性高,患者满意率高,可推广应用。

参考文献

[1]唐蕾,韩旭. 韩旭教授从老年偏颇体质论治不寐症经验[J]. 浙江中医药大学学报,2018,42(3):238-241.

[2]朱丹,杨华,史菲,等. 补中益气汤联合右佐匹克隆片治疗脾胃气虚型不寐症[J]. 西北药学杂志,2018,33(2):257-259.

[3]黄湲,朱广旗. 温胆汤治疗不寐症的理论探讨[J]. 陕西中医,2017,38(2):246-247.

[4]李莉,郭娟,游秋云,等. 耳穴排籽结合对压改善不寐症患者睡眠结构的机制研究[J]. 中医学报,2017,32(10):2017-2021.

[5]庄红艳,刘杰,尹冬青,等. 黄连阿胶汤治疗不寐症的研究进展[J]. 中国药师,2018,21(12):2223-2226.

[6]陈璐,韦丹,刘正茂,等. 耳穴贴压治疗心肾不交型不寐 40 例临床观察[J]. 光明中医,2018,33(4):486-487,503.

[7]张云城,胡世平. 胡世平老师治疗不寐临床经验[J]. 中国当代医药,2017,24(10):134-136.

[8]郑萍红,李洁,郝宗霞,等. 血府安神汤治疗中风后遗症期痰瘀互结型不寐的临床疗效观察[J]. 中国全科医学,2018,21(z1):480-482.

[9]王斌,王晓红,李志勇,等. 针刺联合益气聪明汤治疗气虚络脉瘀阻型老年性失眠 80 例[J]. 内蒙古中医药,2016,35(13):141.

[10]江张曦,申敏. 王坤根老师"从肝论治不寐"经验举隅[J]. 浙江中医药大学学报,2018,42(1):42-44.

[11]谢丹. 秦氏头皮针治疗肝阳上亢型无先兆偏头痛的临床观察[D]. 广州:广州中医药大学,2015.

[12]潘君萍,李放,张辉. 杞菊地黄丸加减治疗阴虚火旺证不寐的疗效观察[J]. 实用药物与临床,2017,20(9):1061-1063.

[13]王若男,应达时,王中男,等. 王中男教授治疗阴虚火旺型不寐合并郁证[J]. 吉林中医药,2017,37(6):548-550.

[14]梁燕梅,田亚伟. 中医点穴配合催眠疗法治疗不寐症的临床疗效[J]. 深圳中西医结合杂志,2018,28(24):47-49.

[15]涂轶佳,朱燕芬,陈理,等. 更眠安汤与乌灵胶囊治疗肾阴虚型更年期失眠的临床对比研究[J]. 河北中医药学报,2018,33(2):30-33.

[16]周珊珊,万晓刚. 半夏泻心汤治疗消渴不寐经验[J]. 环球中医药,2018,11(2):238-239.

[17]许文杰,周一心,詹青,等. 王翘楚教授治疗不寐病医案 4 则[J]. 中国医药导刊,2017,19(1):87-87,90.

[18]孔祥飞. 穴位注射配合针刺治疗顽固性失眠疗效观察[J]. 中国民间疗法,2017,25(12):25-25.

[19]辛亚然,李海燕,刘景璐,等. 解郁宁心安神法为主综合治疗失眠的疗效分析[J]. 河北中医药学报,2017,32(1):17-20.

[20]雷玉娇,张燕平. 李燕梅教授治疗帕金森病睡眠障碍的经验[J]. 光明中医,2017,32(14):2022-2023.

(2019-05-08 收稿 责任编辑:王杨)