

加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴对肝郁气滞型睡眠障碍患者睡眠进程及睡眠结构的影响^Δ

张万辉^{1*}, 袁萍萍¹, 马艳丽², 赵娜¹, 窦荣花^{1#} (1. 河北省沧州中西医结合医院脑病科, 河北 沧州 061001; 2. 沧州市中心医院神经内科, 河北 沧州 061014)



中图分类号 R932 文献标志码 A 文章编号 1672-2124(2022)12-1468-05
DOI 10.14009/j.issn.1672-2124.2022.12.009

摘要 目的:探讨加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴对肝郁气滞型睡眠障碍患者的睡眠及情志的影响。方法:将2020年6月至2021年6月于河北省沧州中西医结合医院就诊的肝郁气滞型睡眠障碍患者100例随机分为对照组(右佐匹克隆片)及观察组(加味柴胡舒肝散颗粒联合穴位贴敷),每组50例。观察3个月,比较两组患者的睡眠状况自评量表(SRSS)评分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分、多导睡眠图、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分,并分析相关性。结果:观察组患者的总有效率为90.0%(45/50),明显高于对照组的74.0%(37/50),差异有统计学意义($P<0.05$)。观察组患者治疗2周后的PSQI评分显著低于对照组($P<0.01$),治疗4周后的SRSS评分明显低于对照组($P<0.05$),差异均有统计学意义。与对照组相比,观察组患者的睡眠总时间、快速眼动睡眠潜伏期时间、N2期睡眠时间和N3期睡眠时间显著延长,N3期睡眠比例、睡眠效率显著升高;睡眠潜伏期时间、觉醒时间显著缩短,N1、N2期睡眠比例显著降低,差异均有统计学意义($P<0.05$)。HAMD、HAMA评分与总睡眠时间、N3期睡眠时间呈显著负相关,与PSQI评分呈显著正相关。结论:加味柴胡舒肝散颗粒联合穴位敷贴对肝郁气滞型睡眠障碍患者的主观睡眠质量、客观睡眠结构及睡眠进程的总体改善程度更佳,能缓解患者的焦虑抑郁情绪,提高睡眠质量。睡眠障碍与患者焦虑、抑郁状态具有相关性。

关键词 睡眠障碍; 加味柴胡疏肝散; 穴位敷贴; 肝郁气滞; 睡眠进程; 睡眠结构

Effect of Modified Chaihu Shugan Powder Combined with Acupoint Application on Sleep Process and Sleep Structure in Patients with Sleep Disorder of Liver-Depression and Qi-Stagnation^Δ

ZHANG Wanhui¹, YUAN Pingping¹, MA Yanli², ZHAO Na¹, DOU Ronghua¹ (1. Dept. of Encephalopathy, Hebei Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine, Hebei Cangzhou 061001, China; 2. Dept. of Neurology, Canzhou Central Hospital, Hebei Cangzhou 061014, China)

ABSTRACT **OBJECTIVE:** To probe into the effects of modified Chaihu Shugan powder combined with acupoint application on sleep and emotions in patients with sleep disorder of liver-depression and qi-stagnation. **METHODS:** A total of 100 patients with sleep disorder of liver-depression and qi-stagnation admitted into Hebei Cangzhou Hospital of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine from Jun. 2020 to Jun. 2021 were selected and randomly divided into control group (dextopiclone tablets) and observation group (modified Chaihu Shugan powder combined with acupoint application), with 50 cases in each group and observed for 3 months. Scores of Self Rating Scale of Sleep (SRSS), Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), polysomnogram, Hamilton Anxiety Scale (HAMA) and Hamilton Depression Scale (HAMD) were compared between two groups, and the correlation were analyzed. **RESULTS:** The total effective rate of the observation group was 90.0% (45/50), which was significantly higher than that of the control group (74.0%, 37/50), with statistically significant difference ($P<0.05$). The PSQI score of the observation group after 2 weeks of treatment were significantly lower than that of the control group ($P<0.01$), the SRSS score of the observation group after 4 weeks of treatment were significantly lower than that of the control group ($P<0.05$), with statistically significant differences. Compared with the control group, the total sleep time, REM sleep latency, N2 and N3 stage sleep times of the observation group were significantly prolonged, the proportion and efficiency of N3 stage

Δ 基金项目:河北省中医药管理局2022年度中医药类科研计划课题(No. 2022599)

* 主治医师。研究方向:脑病。E-mail:rlgd16711@21cn.com

通信作者:主任医师。研究方向:神经内科方向。E-mail:ronghuad@sina.com

sleep were significantly increased; the sleep latency and wake time of the observation group were significantly shortened, the proportions of N1 and N2 stage sleep were significantly decreased, with statistically significant differences ($P<0.05$). The HAMD and HAMA scores were significantly negatively correlated with the total sleep time and N3 stage sleep, and significantly positively correlated with PSQI score. CONCLUSIONS: The combination of modified Chaihu Shugan powder with acupoint application has better overall improvement on subjective sleep quality, objective sleep structure and sleep process in patients with sleep disorder of liver-depression and qi-stagnation, and can alleviate patients' anxiety and depression, improve their sleep quality. Sleep disorders are correlated with patients' anxiety and depression status.

KEYWORDS Sleep disorder; Modified Chaihu Shugan powder; Acupoint application; Liver-depression and qi-stagnation; Sleep process; Sleep structure.

失眠是一种睡眠障碍性疾病, 研究结果显示, 成人睡眠障碍的发病率约为 40%^[1-3]。超过 50% 的老年人出现睡眠障碍, 而且随着年龄增长, 睡眠障碍发生率也随之升高^[4-6]。肝郁气滞型睡眠障碍为临床常见的类型, 右佐匹克隆是西医治疗常用药, 属于非苯二氮䓬类药物, 具有催眠、镇静、抗焦虑等功效, 但长期使用容易产生药物依赖^[7-8]。中医对失眠的研究历史悠久, 具有方法多、经验丰富、安全性高等优势^[9]。柴胡疏肝散出自明代医典《医学统旨》, 为理气剂, 具有疏肝理气、活血止痛等作用, 是治疗肝气郁滞证的经典方^[10]。本研究在该方基础上加味得到加味柴胡疏肝散, 用于肝郁气滞型睡眠障碍的治疗, 重在观察加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴对肝郁气滞型睡眠障碍患者睡眠及情志的影响, 以期为该病的中医治疗提供有价值的方案。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集 2020 年 6 月至 2021 年 6 月河北省沧州中西医结合医院脑病科收治的睡眠障碍患者 100 例。纳入标准: 慢性失眠的诊断标准参照《《国际睡眠障碍分类》(第三版)》^[11]; 不寐诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[12], 证型参照《中医内科学》^[13]中肝郁气滞证的论述; 匹兹堡睡眠质量指数量表 (PSQI) 总分 > 7 分; 患者对本研究方案知情同意, 配合度高。排除标准: 药物过敏者; 妊娠期患者; 存在意识障碍或有严重精神疾病者。本研究经医院伦理委员会批准 [批件号: 2021119(申)]。依据随机对照法将患者分为观察组、对照组, 每组 50 例。观察组患者中, 男性 12 例, 女性 38 例; 年龄 24~67 岁, 平均 (41.42±11.66) 岁; 病程 2~83 个月, 平均 (78.37±50.18) 个月。对照组患者中, 男性 14 例, 女性 36 例; 年龄 21~64 岁, 平均 (38.17±12.25) 岁; 病程 1~79 个月, 平均 (82.15±51.31) 个月。两组患者的一般资料具有可比性。

1.2 方法

对照组患者使用右佐匹克隆片 (规格: 3 mg) 3 mg/d 睡前口服。观察组患者予以加味柴胡疏肝散: 柴胡 10 g, 香附 15 g, 川芎 10 g, 陈皮 6 g, 白芍 15 g, 枳壳 10 g, 炒白术 15 g, 酸枣仁 10 g, 甘草 10 g, 选用免煎中药, 服药方法为 1 日 1 剂, 于早、晚餐后 30 min 分 2 次以开水冲服; 联合应用穴位敷贴, 于 20:00 时统一贴于腕部内侧皮肤表面 (覆盖内关穴、神门穴), 24 h 后替换新贴片。两组患者均连续治疗 4 周, 随访

2 个月。

1.3 观察指标

1.3.1 睡眠情况: 患者睡眠情况通过睡眠状况自评量表 (SRSS)^[14]、PSQI 进行评估^[15]。采用飞利浦多导睡眠仪 (Alice 5) 对患者睡眠进行监测, 监测时间 > 6 h, 记录多导睡眠图 (PSG)。PSG 的指标可分为睡眠进程参数 (总睡眠时间、睡眠潜伏期、觉醒时间、REM 潜伏期、睡眠效率) 和睡眠结构参数 [非快速眼动睡眠 (NREM)、快速眼动睡眠 (REM)]; 其中 NREM 根据睡眠各阶段百分比, 又分为 N1 期、N2 期和 N3 期 3 个睡眠阶段]。主要的睡眠测定和分析指标包括总睡眠时间、觉醒时间、睡眠潜伏期、睡眠效率、REM 和 NREM。分别于治疗前, 治疗 2 周、4 周后, 治疗后 1 个月、2 个月由专业医师记录相应指标。

1.3.2 焦虑抑郁情况: 通过汉密尔顿焦虑量表 (HAMA)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 评估患者焦虑、抑郁状态。HAMA 评分 > 14 分为焦虑状态; HAMD 评分 > 17 分为抑郁状态; 评分越高, 表明焦虑、抑郁状态越明显^[16]。

1.4 疗效评定标准

临床疗效评定以《中药新药临床研究指导原则》^[17] 为参考: 治愈, 夜晚入睡时间 ≥ 6 h, 睡眠深沉, 醒后精力充沛; 显效, 夜晚入睡时间较治疗前增加 ≥ 3 h, 且睡眠深度增加, 失眠症状、伴随症状有明显改善; 有效, 夜晚入睡时间较治疗前增加 < 3 h, 失眠症状、伴随症状有所减轻; 无效, 失眠症状仍在, 无明显改善或无改善。总有效率 = (治愈病例数 + 显效病例数 + 有效病例数) / 总病例数 × 100%。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行统计学分析, 计量资料服从正态分布的采用 *t* 检验, 正态分布的数据以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 不服从正态分布的采用秩和检验; 计数资料组间比较采用 χ^2 检验; 等级资料采用非参数秩和检验进行分析。HAMD 评分、HAMA 评分与 SRSS 评分、PSQI 评分、PSG 间的相关性采用 Pearson 相关分析。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床疗效比较

治疗后, 观察组患者的总有效率为 90.0%, 对照组为 74.0%, 观察组患者的总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($\chi^2=4.336, P=0.037$), 见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

Tab 1 Comparison of clinical efficacy between two groups [cases (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组 (n=50)	15(30.0)	19(38.0)	11(22.0)	5(10.0)	45(90.0)
对照组 (n=50)	10(20.0)	16(32.0)	11(22.0)	13(26.0)	37(74.0)

2.2 两组患者治疗前后 SRSS 评分、PSQI 评分比较

2.2.1 两组治疗前 SRSS 评分的差异无统计学意义 (P>0.05)。治疗后,两组患者的 SRSS 评分均较治疗前明显降低 (P<0.01);观察组患者从治疗 4 周后起,SRSS 评分开始低于对照组 (P<0.05),差异均有统计学意义,见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SRSS 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 2 Comparison of SRSS scores between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗后 1 个月	治疗后 2 个月
观察组 (n=50)	35.62±5.01	32.12±4.50 ^{##}	25.70±4.01 ^{##*}	23.78±3.44 ^{##*}	22.64±2.95 ^{##*}
对照组 (n=50)	35.04±5.08	31.68±4.75 ^{##}	27.78±4.26 ^{##}	25.34±3.79 ^{##}	24.42±3.56 ^{##}

注:与对照组比较,*P<0.05;表示与本组治疗前比较,##P<0.01
Note:rs. the control group,*P<0.05;rs. the same group before treatment,##P<0.01

表 3 两组患者治疗前后 PSQI 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

Tab 3 Comparison of PSQI scores between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, points)

组别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后	治疗后 1 个月	治疗后 2 个月
观察组 (n=50)	15.64±1.48	14.16±1.47 ^{##*}	9.92±1.34 ^{##**}	7.86±0.97 ^{##**}	6.52±0.81 ^{##**}
对照组 (n=50)	16.02±1.52	15.08±1.38 [#]	12.36±1.26 ^{##}	10.42±1.13 ^{##}	8.64±1.08 ^{##}

注:与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01;与本组治疗前比较,#P<0.05,##P<0.01
Note:rs. the control group,*P<0.05,**P<0.01;rs. the same group before treatment,#P<0.05,##P<0.01

表 4 两组患者治疗前后睡眠进程参数比较($\bar{x}\pm s$)

Tab 4 Comparison of sleep process parameters between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	总睡眠时间/min	睡眠潜伏期/min	觉醒时间/min	REM 潜伏期/min	睡眠效率/%
观察组 (n=50)	治疗前	259.12±40.13	62.17±20.74	139.07±52.63	69.60±38.16	43.26±8.73
	治疗 2 周后	291.34±37.96 ^{##}	51.28±18.24 [#]	106.57±32.53 ^{##}	78.26±25.94 [#]	56.74±8.41 [#]
	治疗 4 周后	368.62±41.32 ^{##*}	34.51±16.27 ^{##**}	68.52±15.92 ^{##*}	94.73±29.75 ^{##*}	72.52±9.76 ^{##*}
	治疗后 1 个月	403.78±49.51 ^{##*}	23.61±12.89 ^{##**}	50.08±29.37 ^{##**}	102.34±13.67 ^{##**}	79.24±7.62 ^{##*}
	治疗后 2 个月	409.25±51.26 ^{##*}	21.37±9.82 ^{##**}	48.92±20.26 ^{##**}	104.72±14.62 ^{##**}	81.32±8.79 ^{##*}
对照组 (n=50)	治疗前	264.12±48.72	64.32±19.31	128.43±36.78	66.86±35.68	46.41±6.54
	治疗 2 周后	289.32±35.78 [#]	56.47±13.98	108.36±27.92 [#]	72.34±26.31	54.26±7.78
	治疗 4 周后	332.14±41.97 ^{##}	43.68±17.21 ^{##}	82.35±18.73 ^{##}	86.34±20.22 ^{##}	68.31±9.23 ^{##}
	治疗后 1 个月	358.63±49.67 ^{##}	39.89±18.25 ^{##}	76.81±48.26 ^{##}	89.67±27.21 ^{##}	72.46±6.98 ^{##}
	治疗后 2 个月	362.54±43.94 ^{##}	38.72±17.64 ^{##}	74.52±32.48 ^{##}	90.32±28.33 ^{##}	74.25±9.47 ^{##}

注:与对照组比较,*P<0.05,**P<0.01;与本组治疗前比较,#P<0.05,##P<0.01
Note:rs. the control group,*P<0.05,**P<0.01;rs. the same group before treatment,#P<0.05,##P<0.01

2.3.2 睡眠结构参数比较:与本组治疗前比较,两组患者 N1 期、N2 期、N3 期和 REM 期睡眠时间延长,N3 期、REM 期睡眠比例均提高,而 N1 期、N2 期睡眠比例降低;与对照组比较,观察组患者治疗第 4 周,其 N3 期睡眠比例显著提高,N3 期、REM 期睡眠时间显著延长,而 N1 期、N2 期睡眠比例显著降低,差异均有统计学意义 (P<0.05),见表 5。

2.4 HAMA 评分、HAMD 评分与 SRSS 评分、PSQI 评分、PSG 的相关性分析

Pearson 相关分析结果表明,HAMA 评分与 SRSS 评分 (P=0.234)、REM 睡眠 (P=0.949) 无相关性;HAMD 评分与 SRSS 评分 (P=0.458)、REM 睡眠 (P=0.550) 无相关性。HAMD 评分、HAMA 评分与总睡眠时间、N3 期睡眠时间呈显著负相关,与 PSQI 评分呈显著正相关,见表 6。

2.2.2 治疗前,两组患者 PSQI 评分的差异均无统计学意义 (P>0.05)。治疗 2 周后,观察组患者的 PSQI 评分低于对照组,差异有统计学意义 (P<0.05);治疗 4 周后及治疗后 1、2 个月,观察组患者的 PSQI 评分明显低于对照组,差异均有统计学意义 (P<0.01),见表 3。

2.3 两组患者治疗前后 PSG 比较

2.3.1 睡眠进程参数比较:与本组治疗前比较,治疗后两组患者的总睡眠时间、REM 潜伏期显著延长,睡眠潜伏期、觉醒时间缩短,睡眠效率提高,差异均有统计学意义 (P<0.05);与对照组比较,观察组患者从治疗 4 周后起,其睡眠进程参数各指标均显著改善,差异均有统计学意义 (P<0.05),见表 4。

3 讨论

睡眠障碍属于中医“不寐”范畴,情志因素是不寐发生的重要原因之一。《伤寒论》记载,“怏怏不得眠”;《问斋医案·不寐》记载,“忧思抑郁最伤心脾。心主藏神,脾司智意……无故多思,通宵不寐”,阐述了情志与不寐关系密切。情志过极、不遂,致肝气郁而滞,气血则不畅,营卫失和,阴阳失交,脏腑功能紊乱,神不安而不寐^[18]。现代研究认为,睡眠障碍的发病原因及机制十分复杂,其发病与精神状态有密切的交互联系。睡眠障碍常常增加焦虑、抑郁等不良精神状态的风险,慢性失眠患者出现焦虑、抑郁的概率约为 80%,两者相互影响,具有较高的共病率^[19]。情志失调既是不寐、抑郁、焦虑的诱因,亦是不寐引发的症状,在发病与转归中发挥着重要作用。故提出以和法为要,调和阴阳,从肝论治,疏导情志,养心安神。柴胡汤类方

表 5 两组患者治疗前后睡眠结构参数比较 ($\bar{x}\pm s$)Tab 5 Comparison of sleep structure parameters between two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	时间	N1 期睡眠时间/ min	N1 期睡眠比例/ %	N2 期睡眠时间/ min	N2 期睡眠比例/ %	N3 期睡眠时间/ min	N3 期睡眠比例/ %	REM 期睡眠 时间/min	REM 期睡眠 比例/%
观察组($n=50$)	治疗前	63.48±28.57	24.52±10.47	112.68±14.67	43.53±7.49	30.73±11.62	11.86±7.13	52.13±12.65	20.14±5.86
	治疗 2 周后	65.85±23.56	22.63±12.54	114.65±13.97	39.42±8.17 [#]	46.03±18.51 [#]	15.81±6.39 [#]	64.62±17.35	22.24±7.83
	治疗 4 周后	73.04±23.58 [#]	19.85±6.57 ^{#*}	136.62±12.84 ^{###}	36.97±9.34 ^{###*}	75.29±16.37 ^{###*}	20.46±7.27 ^{###*}	84.04±23.52 ^{###*}	22.83±9.26
	治疗后 1 个月	75.82±29.97 [#]	18.76±4.26 [#]	143.61±32.27 ^{###*}	35.63±7.95 ^{###**}	85.87±21.32 ^{###**}	21.25±4.87 ^{###**}	98.34±28.91 ^{###*}	24.34±6.33 ^{###}
	治疗后 2 个月	74.97±23.54 [#]	18.33±5.39 [#]	143.15±21.35 ^{###*}	34.95±8.04 ^{###**}	89.74±18.73 ^{###**}	21.94±6.33 ^{###**}	103.63±21.47 ^{###*}	25.34±8.72 ^{###}
对照组($n=50$)	治疗前	63.62±27.64	23.86±9.58	116.42±17.32	43.92±8.26	32.12±12.09	12.12±5.53	52.82±11.61	20.18±6.17
	治疗 2 周后	64.64±21.75	22.37±8.12	122.94±19.24	42.54±7.91	40.47±13.86 [#]	13.98±4.69	61.06±14.82 [#]	21.13±5.95
	治疗 4 周后	71.84±20.89	21.64±8.36	136.89±24.76 [#]	41.23±9.93	51.92±16.27 [#]	15.64±7.38 [#]	71.82±23.65 [#]	21.63±6.31
	治疗后 1 个月	72.26±21.53 [#]	20.04±7.41	145.31±37.95 ^{###}	40.74±8.35	57.73±21.32 ^{###}	16.07±6.40 [#]	86.33±29.08 ^{###}	24.04±8.31 ^{###}
	治疗后 2 个月	70.43±22.58	19.38±6.73 [#]	146.34±32.28 ^{###}	40.27±7.64	58.84±19.93 ^{###}	16.19±7.31 [#]	88.04±25.72 ^{###}	24.12±7.63 ^{###}

注:与对照组比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与本组治疗前比较,[#] $P<0.05$,^{###} $P<0.01$

Note:rs. the control group,* $P<0.05$,** $P<0.01$;rs. the same group before treatment,[#] $P<0.05$,^{###} $P<0.01$

表 6 HAMA 评分、HAMD 评分与 PSQI 评分、PSG 的相关性分析

Tab 6 Correlation analysis of HAMA, HAMD and PSQI, PSG

指标	HAMA 评分	HAMD 评分
总睡眠时间		
r	-0.011	-0.272
P	0.015	0.006
N3 期睡眠时间		
r	-0.215	-0.247
P	0.032	0.013
PSQI		
r	0.245	0.301
P	0.014	0.002

是和法的主要代表方剂,柴胡汤类方——加味柴胡疏肝散是治疗情志失调的经典方剂,常用于肝郁气滞证的治疗^[20]。加味柴胡疏肝散方中以和药之要药柴胡为君,除疏肝解郁外,还有调和阴阳之效;川芎、香附二者为臣药,有行气止痛之效,助柴胡疏肝解郁;陈皮、白术理气健脾,行滞燥湿;枳壳行气疏肝理脾,酸枣仁宁心益肝养血,白芍柔肝解郁安神,与柴胡相伍,养肝之体,和肝之用,四者俱为佐药;甘草为使药,一者调和药性,二者缓急止痛;诸药合用,起疏肝解郁、柔肝养血、健脾益气、行滞和中、宁心安神之效。现代药理研究发现,君药柴胡所含的柴胡皂苷可增加小鼠的慢波睡眠Ⅱ期及快动眼睡眠期,延长睡眠时间^[21]。香附可能是通过提高 5-羟色胺含量,改善焦虑小鼠的症状^[22]。白芍总苷能改善失眠大鼠的睡眠参数^[23]。加味柴胡疏肝散是中医临床常用于治疗失眠、焦虑抑郁症、更年期综合征等情志失调病症的经典方剂,临床研究结果显示,其对缓解焦虑烦躁、失眠具有很好的疗效^[24]。

肝郁气滞型睡眠障碍患者,有总睡眠时间少、睡眠周期短、潜伏期长、睡眠效率低和觉醒次数多的特点^[25]。本研究结果表明,加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴的疗法可改善患者的睡眠进程及睡眠结构。HAMA 评分、HAMD 评分与 PSQI 评分呈正相关,HAMA 评分、HAMD 评分与总睡眠时间、N3 期睡眠时间呈负相关,观察组治疗方案能缓解患者的焦虑抑郁情绪,提高患者的睡眠质量,可能是从改变患者总睡眠时间及深睡期(N3)时间来完成的。

综上所述,加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴治疗肝郁气滞型睡眠障碍的临床可操作性强,疗效确切,可更大程度地改善患

者的临床症状及焦虑抑郁情绪,近期回访疗效满意。但由于本研究样本量小,加味柴胡疏肝散联合穴位敷贴改善肝郁气滞型睡眠障碍的机制有待进一步研究和挖掘。

参考文献

- [1] 郑卉,申志祥,范滢清,等.南京市老年人群睡眠障碍流行病学调查及危险因素分析[J].实用老年医学,2018,32(7):677-681.
- [2] 熊凤,赖玉清,涂嘉欣,等.中国老年人群睡眠障碍流行特征的 Meta 分析[J].中国循证医学杂志,2019,19(4):398-403.
- [3] 袁潇,孙美珍.发作性睡病的流行病学特征及临床研究进展[J].中国现代医学杂志,2022,32(2):49-53.
- [4] 宋海齐,王莉斐,吴森森,等.睡眠障碍与高血压相关研究热点与趋势分析[J].中国全科医学,2022,25(14):1674-1680.
- [5] 刚思琪,朱雨岚.发作性睡病并发心血管疾病相关因素的研究进展[J].卒中与神经疾病,2022,29(1):86-88,92.
- [6] 马国玉,蔡乐,杨家甜,等.云南省宁洱县农村老年人睡眠质量现状及与心血管疾病的关系研究[J].中华疾病控制杂志,2019,23(4):431-435.
- [7] 贾敏,黄金莎,刘群会,等.右佐匹克隆的临床研究现状[J].中国临床药理学与治疗学,2019,24(11):1300-1304.
- [8] 何明,郑芝伟.右佐匹克隆与艾司唑仑治疗老年痴呆伴睡眠障碍患者的比较[J].国际精神病学杂志,2021,48(2):264-266.
- [9] 许飞,陈正远.中医药治疗失眠症研究进展[J].中国中医药图书情报杂志,2022,46(1):72-76.
- [10] 王业群,方无杰.疏肝解郁类方治疗卒中后抑郁研究进展[J].中医临床杂志,2021,33(9):1842-1845.
- [11] 高和.《国际睡眠障碍分类》(第三版)慢性失眠障碍的诊断标准[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(5):555-557.
- [12] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:30-31.
- [13] 田德禄.中医内科学[M].北京:人民卫生出版社,2002:343.
- [14] 李建明.睡眠状况自评量表(SRSS)简介[J].中国健康心理学杂志,2012,20(12):1851.
- [15] HAN Q, LIU B, LIN S, et al. Pittsburgh Sleep Quality Index score predicts all-cause mortality in Chinese dialysis patients[J]. Int Urol Nephrol, 2021,53(11):2369-2376.
- [16] PIES R W. Antidepressants, the Hamilton depression rating scale conundrum, and quality of life[J]. J Clin Psychopharmacol, 2020,40(4):339-341.

(下转第 1475 页)