

• 临床研究 •

基于心身医学的镇静安神针法对老年失眠症的应用效果研究^{*}

李鹏磊¹, 李向坦²

(河南中医药大学第三附属医院:1. 疼痛科;2. 骨病科, 河南 郑州 450000)

[摘要] **目的** 探讨基于心身医学的镇静安神针法对老年失眠症的应用效果。**方法** 该研究为前瞻性研究,选取 2022 年 6 月至 2023 年 6 月该院收治的老年失眠症患者 90 例作为研究对象,应用抽签法分为常规组和针刺组,每组 45 例。常规组予以常规药物治疗,针刺组采用基于心身医学的镇静安神针法辅助常规药物治疗。比较 2 组患者证候积分(失眠心悸、神疲体倦、纳食减少、腹胀便溏等),脑部血流动力学参数(脑血容量、脑血流量、中央动脉平均血流速度、动脉峰值流速等),血清炎症指标(C 反应蛋白、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 、降钙素原等),不良情绪和睡眠质量评分(健康问卷抑郁症候群量表、广泛性焦虑量表、匹兹堡睡眠质量指数等)。**结果** 针刺组患者失眠心悸、神疲体倦、纳食减少、腹胀便溏等证候积分[分别为(2.35 $\pm$ 0.26)、(2.21 $\pm$ 0.41)、(2.33 $\pm$ 0.28)、(2.28 $\pm$ 0.36)分],健康问卷抑郁症候群量表-9、广泛性焦虑量表、匹兹堡睡眠质量指数评分[(3.35 $\pm$ 0.24)、(3.29 $\pm$ 0.32)、(8.22 $\pm$ 1.35)分],以及 C 反应蛋白、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子- α 、降钙素原水平[分别为(8.16 $\pm$ 1.25)mg/L、(35.22 $\pm$ 5.41)pg/mL、(8.44 $\pm$ 1.27)ng/mL、(0.33 $\pm$ 0.14)ng/mL]均明显低于常规组[分别为(3.11 $\pm$ 0.27)、(3.05 $\pm$ 0.46)、(3.18 $\pm$ 0.45)、(3.09 $\pm$ 0.42)、(4.28 $\pm$ 1.33)、(4.11 $\pm$ 1.35)、(10.35 $\pm$ 2.42)分,(10.32 $\pm$ 2.34)mg/L、(38.25 $\pm$ 5.22)pg/mL、(10.39 $\pm$ 2.45)ng/mL、(0.65 $\pm$ 0.11)ng/mL],脑血容量、脑血流量、中央动脉平均血流速度、动脉峰值流速水平[分别为(3.48 $\pm$ 0.26)mL/(100 g $\cdot$ min)、(45.37 $\pm$ 10.25)mL/100 g、(55.36 $\pm$ 10.41)cm/s、(70.29 $\pm$ 10.43)m/s]均高于常规组[分别为(2.56 $\pm$ 0.73)mL/(100 g $\cdot$ min)、(40.21 $\pm$ 10.35)mL/100 g、(50.42 $\pm$ 10.23)cm/s、(65.29 $\pm$ 10.34)m/s],差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 基于心身医学的镇静安神针法能改善老年失眠症患者的临床证候,对促进患者脑血流动力学、减少炎症反应,以及不良情绪、睡眠质量的恢复均具有积极意义。

[关键词] 入睡和睡眠障碍; 老年人; 心身医学; 镇静安神针法

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2025.09.029 **中图法分类号:**R592;R245.3

文章编号:1009-5519(2025)09-2153-05 **文献标识码:**A

Research on the application of Zhenjing Anshen acupuncture method based on psychosomatic medicine for elderly patients with insomnia^{*}

LI Penglei¹, LI Xiangtan²

(1. Department of Pain; 2. Department of Bone Disease, The Third Affiliated Hospital of Henan University of Chinese Medicine, Zhengzhou, Henan 450000, China)

[Abstract] **Objective** To observe the application effect of sedative and calming acupuncture method based on psychosomatic medicine on insomnia in the elderly patients. **Methods** This study was a prospective study. A total of 90 elderly patients with insomnia admitted to the Third Affiliated Hospital of Henan University of Traditional Chinese Medicine from June 2022 to June 2023 were selected as the research subjects and divided into the conventional group and the acupuncture group by lottery, with 45 cases in each group. The control group was received conventional drug treatment, while the acupuncture group was assisted with conventional drug treatment by sedative and calming acupuncture based on psychosomatic medicine. The syndrome scores (insomnia, palpitations, fatigue, reduced appetite, bloating and loose stools, etc.), and cerebral hemodynamic parameters (cerebral blood volume, cerebral blood flow, central artery mean blood flow velocity, arterial hemodynamics) were compared between the two groups of patients. Peak flow velocity, serum in-

^{*} **基金项目:** 河南省中医药科学研究专项课题(20-21ZY2077)。
作者简介: 李鹏磊(1989—), 本科, 主治中医师, 主要从事老年失眠症的研究。
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1632.008\(2025-06-03\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1129.R.20250530.1632.008(2025-06-03))

flammatory markers (C-reactive protein, interleukin-6, tumor necrosis factor alpha), Procalcitonin, negative emotion score, and sleep quality score (Health Questionnaire Depression Questionnaire, Generalized Anxiety Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index). **Results** In the acupuncture group, the scores of insomnia and palpitation, tiredness and body fatigue, reduced appetite for food, abdominal distension and loose stool were (2.35 ± 0.26) , (2.21 ± 0.41) , (2.33 ± 0.28) and (2.28 ± 0.36) points, respectively. Health Questionnaire-9, Generalized anxiety Disorder Scale, Pittsburgh sleep Quality index score [(3.35 ± 0.24) , (3.29 ± 0.32) , (8.22 ± 1.35) points]; And the levels of C-reactive protein, interleukin-6, tumor necrosis factor- α , procalcitonin [(8.16 ± 1.25) mg/L, (35.22 ± 5.41) pg/mL, (8.44 ± 1.27) ng/mL, (0.33 ± 0.14) ng/mL, respectively] were significantly lower than those in the conventional group [(3.11 ± 0.27) , (3.05 ± 0.46) , (3.18 ± 0.45) , (3.09 ± 0.42) , (4.28 ± 1.33) , (4.11 ± 1.35) , (10.35 ± 2.42) points, (10.32 ± 2.34) mg/L, (38.25 ± 5.22) pg/mL, (10.39 ± 2.45) ng/mL, (0.65 ± 0.11) ng/mL, respectively], The levels of cerebral blood volume, cerebral blood flow, mean blood flow velocity of central artery and peak arterial flow velocity [(3.48 ± 0.26) mL/(100 g $\cdot$ min), (45.37 ± 10.25) mL/100 g, (55.36 ± 10.41) cm/s, (70.29 ± 10.43) m/s, respectively] were higher than those in the conventional group [(2.56 ± 0.73) mL/(100 g $\cdot$ min), (40.21 ± 10.35) mL/100 g, (50.42 ± 10.23) cm/s, (65.29 ± 10.34) m/s, respectively], the differences were statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** The sedative and calming acupuncture method based on psychosomatic medicine can improve the clinical symptoms of elderly patients with insomnia, and has a positive effect on promoting cerebral hemodynamics, reducing inflammatory responses, and restoring negative emotions and sleep quality in patients.

[Key words] Sleep initiation and maintenance disorders; The elderly; Psychosomatic medicine; Sedative and calming acupuncture technique

失眠为临床常见睡眠障碍类型,若每周有至少 3 次睡眠紊乱且睡眠紊乱情况持续时间大于 3 个月即可判定为慢性失眠^[1-2]。长期失眠除会影响患者日常生活、工作质量外还可增加罹患各类健康问题的风险,在明确患者发病原因基础上予以针对性药物、物理治疗或中医治疗对改善患者睡眠、生活质量具有重要意义^[3]。此病属中医“不寐”范畴,老年失眠症患者发病多与心脾不足、气血亏虚、心神失养等相关,传统西医治疗能在一定程度上缓解失眠症状,但难以从根本上消除病机^[4]。心身医学认为,失眠症为一种心身疾病,发病原因除与心脾两虚相关外还可能与七情内伤相关,针对此类患者应遵循心身同治、调神以治原则。镇静安神针法是一种基于整体观念的中医外治法,通过针刺四神聪、神门、三阴交穴即可达到养神、调神、醒脑等治疗目的^[5-6]。本研究探讨了基于心身医学的镇静安神针法对老年失眠症的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 一般资料 本研究为前瞻性研究,选取 2022 年 6 月至 2023 年 6 月本院收治的老年失眠症患者 90 例作为研究对象,应用抽签法分为常规组和针刺组,每组 45 例。常规组患者中男 25 例,女 20 例;年龄 65~75 岁,平均 (70.23 ± 5.22) 岁;病程 3~6 个月,平均 (4.52 ± 0.31) 个月;身体质量指数(BMI)20~26 kg/m²,平均 (23.44 ± 5.12) kg/m²。针刺组患者中男 23 例,女 22 例;年龄 68~72 岁,平均 (70.35 ± 5.18)

岁;病程 4~5 个月,平均 (4.49 ± 0.43) 个月;BMI 21~25 kg/m²,平均 (23.26 ± 5.26) kg/m²。2 组患者性别、年龄、BMI、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。本研究获得本院医学伦理委员会审批(HT176-2022)。

1.1.2 纳入标准 (1)符合失眠症西医诊断要点^[7]:在足够睡眠时间 & 适宜睡眠环境下每周仍有至少 3 次睡眠紊乱且睡眠紊乱情况持续时间大于 3 个月,非其他病理因素所致睡眠困难;(2)符合中医心脾两虚型失眠症诊断要点^[8]:主证为失眠心悸、神疲体倦,次证为纳食减少、腹胀便溏,舌苔淡薄、脉细弱;(3)年龄大于或等于 65 岁;(4)参与本研究前 1 个月已停用相关治疗药物;(5)充分了解、理解本研究内容并自愿参与。

1.1.3 排除标准 (1)伴其他病理性因素所致失眠;(2)合并严重精神疾病或认知障碍;(3)存在针刺禁忌或过敏反应;(4)合并肝、肾功能不全。

1.2 方法

1.2.1 样本量计算 采用 PASS 软件计算样本量。

1.2.2 治疗方法

1.2.2.1 常规组 予以常规药物治疗。口服艾司唑仑片(上海信谊药厂有限公司,国药准字 H31021534,规格:1 mg),每次 1~2 mg,每天 3 次,连续服用 30 d。

1.2.2.2 针刺组 采用基于心身医学的镇静安神针法辅助常规药物治疗:(1)取穴包括四神聪、双侧神门、双侧三阴交穴等,针刺器械均为 25.0 mm $\times$

0.3 mm 一次性医用无菌毫针[岳阳民康医用材料有限公司,国食药监械(准)字 2010 第 3150877 号]。(2)患者取仰卧位,对上述穴位消毒后以直刺法刺入,进针深度分别为 1.25~2.64、0.75~1.32、1.25~3.30 cm,得气后经捻转法、补法行针,留针 30 min 后每隔 10 min 行针 1 次,每天午后治疗 1 次,连续治疗 7 d 为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程,每个疗程间隔 3 d,总治疗周期为 30 d,并按每次 1~2 mg、每天 3 次剂量连续服用 30 d 艾司唑仑片。

1.2.3 观察指标

1.2.3.1 证候积分 采用本院自制中医证候积分量表检测 2 组患者治疗开始前 1 d、治疗结束后次日失眠心悸、神疲体倦、纳食减少、腹胀便溏等证候积分,计分范围为 1~6 分,积分越高表示证候越严重,对日常工作及生活的影响更大。

1.2.3.2 脑血流动力学参数 采用 Optima CT660 型脑部 CT[北京瑞强兴达医疗设备有限公司,国食药监械(进)字 2011 第 3301715 号]扫描全脑检测 2 组患者治疗开始前 1 d、治疗结束后次日脑血容量(CBV)、脑血流量(CBF)、中央动脉平均血流速度(Vm)、动脉峰值流速(Vp)等脑血流动力学参数。

1.2.3.3 炎症指标 采集 2 组患者治疗开始前 1 d、治疗结束后次日清晨空腹肘静脉血 5 mL 作为检测样本,在血液样本中加入乙二胺四乙酸抗凝剂进行抗凝处理后 3 000 r/min 离心(半径 0.5 cm)3 min 后取上清液备用,应用酶免法检测 C 反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子-α(TNF-α)、降钙素原(PCT)等炎症指标,检测设备为 Elx 800TS 酶标仪(美国伯腾仪器有限公司,国械注进 20192220616)。

1.2.3.4 不良情绪和睡眠质量 采用健康问卷抑郁症候群量表(PHQ-9)^[9]、广泛性焦虑量表(GAD-7)^[10]

评估 2 组患者治疗开始前 1 d、治疗结束后次日不良情绪,采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)^[11]评估 2 组患者治疗开始前 1 d、治疗结束后次日睡眠质量。PHQ-9 满分为 27 分,GAD-7 满分为 21 分,PSQI 满分为 21 分。PHQ-9、GAD-7 得分越高表示不良情绪越严重,PSQI 得分越高表示睡眠质量越差。

1.3 统计学处理 应用 SPSS22.0 统计软件进行数据分析,计数资料以率或构成比表示,采用 χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组患者治疗前后证候积分比较 2 组患者治疗前证候积分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);针刺组患者治疗后失眠心悸、神疲体倦、纳食减少、腹胀便溏等证候积分均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

2.2 2 组患者治疗前后脑血流动力学参数比较 2 组患者治疗前脑血流动力学参数比较,差异无统计学意义($P>0.05$);针刺组患者治疗后 CBV、CBF、Vm、Vp 水平均明显高于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

2.3 2 组患者治疗前后炎症指标比较 2 组患者治疗前炎症指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$);针刺组患者治疗后 CRP、IL-6、TNF-α、PCT 水平均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

2.4 2 组患者治疗前后不良情绪和睡眠质量比较 2 组患者治疗前不良情绪和睡眠质量比较,差异均无统计学意义($P>0.05$);针刺组患者治疗后 PHQ-9、GAD-7、PSQI 评分均明显低于常规组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 4。

表 1 2 组患者治疗前后证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	失眠心悸				神疲体倦			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	4.35±1.33	2.35±0.26	9.900	<0.001	4.28±1.45	2.21±0.41	9.215	<0.001
常规组	45	4.26±1.41	3.11±0.27	5.374	<0.001	4.31±1.27	3.05±0.46	6.258	<0.001
t	—	0.312	13.601	—	—	0.104	9.145	—	—
P	—	0.756	<0.001	—	—	0.917	<0.001	—	—

组别	n	纳食减少				腹胀便溏			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	4.06±1.32	2.33±0.28	8.601	<0.001	4.23±1.34	2.28±0.36	9.428	<0.001
常规组	45	4.11±1.25	3.18±0.45	4.696	<0.001	4.21±1.25	3.09±0.42	5.698	<0.001
t	—	0.185	10.758	—	—	0.071	9.823	—	—
P	—	0.854	<0.001	—	—	0.944	<0.001	—	—

注:—表示无此项。

表 2 2 组患者治疗前后脑血流动力学参数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CBV(mL/(100 g·min))				CBF(mL/100 g)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	1.37±0.26	3.48±0.26	38.495	<0.001	28.44±5.27	45.37±10.25	9.854	<0.001
常规组	45	1.42±0.14	2.56±0.73	10.288	<0.001	28.36±5.31	40.21±10.35	6.834	<0.001
t	—	1.136	7.964	—	—	0.072	2.376	—	—
P	—	0.259	<0.001	—	—	0.943	0.020	—	—

组别	n	Vm				Vp			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	38.24±5.44	55.36±10.41	9.778	<0.001	40.23±10.22	70.29±10.43	13.809	<0.001
常规组	45	37.61±5.29	50.42±10.23	7.461	<0.001	41.25±10.36	65.29±10.34	11.018	<0.001
t	—	0.557	2.271	—	—	0.470	2.284	—	—
P	—	0.579	0.060	—	—	0.639	0.025	—	—

注：—表示无此项。

表 3 2 组患者治疗前后炎症指标比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CRP(mg/L)				IL-6(pg/mL)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	25.42±5.33	8.16±1.25	21.149	<0.001	60.25±10.24	35.22±5.41	14.498	<0.001
常规组	45	25.36±5.43	10.32±2.34	17.063	<0.001	60.36±10.14	38.25±5.22	13.005	<0.001
t	—	0.053	5.462	—	—	0.051	2.704	—	—
P	—	0.958	<0.001	—	—	0.959	0.008	—	—

组别	n	TNF-α(ng/mL)				PCT(ng/mL)			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	25.75±5.31	8.44±1.27	21.268	<0.001	5.44±1.26	0.33±0.14	27.039	<0.001
常规组	45	25.42±5.16	10.39±2.45	17.651	<0.001	5.51±1.18	0.65±0.11	27.509	<0.001
t	—	0.299	4.740	—	—	0.272	12.057	—	—
P	—	0.766	<0.001	—	—	0.786	<0.001	—	—

注：—表示无此项。

表 4 2 组患者治疗前后不良情绪和睡眠质量比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	PHQ-9				GAD-7				PSQI			
		治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P	治疗前	治疗后	t	P
针刺组	45	15.23±3.31	3.35±0.24	24.014	<0.001	13.22±3.25	3.29±0.32	20.398	<0.001	16.33±3.25	8.22±1.35	15.459	<0.001
常规组	45	16.29±3.28	4.28±1.33	22.763	<0.001	14.15±3.46	4.11±1.35	18.134	<0.001	17.23±3.31	10.35±2.42	11.259	<0.001
t	—	1.526	4.616	—	—	1.314	3.965	—	—	1.302	5.156	—	—
P	—	0.131	<0.001	—	—	0.192	<0.001	—	—	0.197	<0.001	—	—

注：—表示无此项。

3 讨 论

失眠症为一种多因素导致的睡眠障碍,目前,此病已成为神经系统门诊的第二大疾病,发病率仅次于头痛,且与青壮年群体比较,慢性失眠更多见于老年群体,发病率约为 38%。发病原因较为复杂,在明确患者发病原因基础上予以对症治疗能在一定程度上改善临床症状,并促进其日间功能恢复^[12-13]。目前,西医针对此病常予以积极药物治疗,药物治疗能改善患者睡眠质量、日间功能,但部分患者治疗后可能出现药物耐受现象或戒断反应^[14]。

心身医学是一门研究心理因素对疾病影响的新

兴学科,核心在于探讨心理、社会因素与躯体的关联,与中医整体观念存在一定交互性,中医整体观念强调人是一个与自然界、社会环境息息相关的有机整体,其内在各个经络系统均是相互连结、相互影响的,而失眠症则是一种与情志内伤相关,以失眠心悸、神疲体倦为证候表现的疾病^[15-16]。本研究结果显示,针刺组患者治疗后中医主证、次证积分均较常规组更低,提示在采用艾司唑仑片治疗时对老年失眠症患者实施镇静安神针法治疗能进一步改善患者临床证候。

《景岳全书》曾指出,人的睡眠质量与“神”关系密切,心、脑均为藏神之所,心可调神,脑可生神,二者相

互协调即可稳定人的精神、情志。老年失眠症发病多与机体心脾两虚相关,王富春教授的新三因学说认为,失眠症主因为阳不入阴、心神失守,次因为气机逆乱、营卫失和,辅因为精髓不足、脑失所养,心脾两虚型失眠症的病因繁多,但其核心病因均可归于“神”,针对此类患者主张以调治神,施以镇静安神针法治疗^[17]。本研究所用镇静安神针法所取穴位包括四神聪、神门、三阴交穴等,四神聪穴为经外奇穴,四穴分别位于百会前侧、后侧、左侧及右侧,涉及督脉、膀胱经,两脉均为阳经络入络于脑,针刺四神聪穴能产生养神、醒脑、开窍等功效。神门穴属手少阴心经,为心经之原穴,针刺此穴能自律神经、补益心气。三阴交穴为足太阴脾经常用腧穴,也是肝、脾、肾等足三阴经交会穴位,针刺此穴可通调三经气血,可通过调理脏神而助眠。上述穴位相互配伍能协同增效,在并调理心神、脑神的同时可并治肝、脾、肾三脏。本研究结果显示,针刺组患者治疗后 CBV、CBF、Vm、Vp 水平均明显高于常规组,提示镇静安神针法在改善失眠症患者脑血流动力学方面具有一定优势。

有学者指出,脑血流动力学异常可能导致脑血管痉挛,并进一步影响睡眠质量,而脑血流动力学异常多与脑组织炎症反应所致血液黏度升高、血管阻力下降相关^[18]。CRP、IL-6、TNF- α 、PCT 等均为临床常见炎症标志物,有学者指出,焦虑、抑郁等不良情绪均可能激活机体免疫系统并促进局部炎症反应,其表达除可用于评估炎症反应程度外还能用于评估个体是否存在焦虑、抑郁等不良情绪^[19]。本研究结果显示,针刺组患者治疗后 CRP、IL-6、TNF- α 、PCT 水平均明显低于常规组,提示镇静安神针法在改善失眠症患者不良情绪方面也具有一定优势。四神聪穴分布于百会穴周围,现代医学认为,刺激四神聪穴能在一定程度上促进脑部血液循环,可通过增加大脑血供而缓解头痛、失眠症状。本研究结果显示,针刺组患者治疗后 PHQ-9、GAD-7、PSQI 评分均明显低于常规组,提示镇静安神针法还能改善患者不良情绪。分析其原因是刺激神门穴能在一定程度上激活丘脑腹前核及网状核系统,可通过抑制丘脑的过度激活状态而调节大脑中枢神经功能,对调节患者情绪、睡眠质量均具有积极意义^[20-21]。

总之,基于心身医学的镇静安神针法能改善老年失眠症患者的临床证候及脑血流动力学,对促进患者不良情绪和睡眠质量恢复也具有积极意义。

参考文献

[1] SHAHA D P. Insomnia management: a review and update [J]. J Fam Pract, 2023, 72(6 Suppl): S31-S36.
[2] MATHESON E M, BROWN B D, DECASTRO A O. Treatment of chronic insomnia in adults [J]. Am Fam

Physician, 2024, 109(2): 154-160.
[3] 刘奥博, 汤永红. 老年慢性失眠症治疗研究进展 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2021, 8(2): 367-370.
[4] 吴晶晶, 刘勤, 刘静. 刘勤从虚实论治慢性失眠经验 [J]. 江西中医药, 2023, 54(12): 36-38.
[5] 雷翰霖, 邓奕辉. 中医外治法治疗失眠症的研究进展 [J]. 云南中医中药杂志, 2024, 45(5): 85-89.
[6] 肖妹云, 徐建, 易夏阳. 从心身医学解读失眠症的临床诊疗方案 [J]. 中国临床医生杂志, 2021, 49(10): 1141-1144.
[7] 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 (2023 版) [J]. 中华神经科杂志, 2024, 57(6): 560-584.
[8] 袁彩彩, 张震中. 老年慢性失眠症患者的多导睡眠图特征及其中医证型分析 [J]. 中国现代医生, 2024, 62(17): 17-20.
[9] COSTANTINI L, PASQUARELLA C, ODOE A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a systematic review [J]. J Affect Disord, 2021, 15(279): 473-483.
[10] GONG Y Q, ZHOU H X, ZHANG Y, et al. Validation of the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) as a screening tool for anxiety among pregnant Chinese women [J]. J Affect Disord, 2021, 282: 98-103.
[11] HAN Q Q, LIU B, LIN S M, et al. Pittsburgh sleep quality index score predicts all-cause mortality in Chinese dialysis patients [J]. Int Urol Nephrol, 2021, 53(11): 2369-2376.
[12] 中国睡眠研究会. 基层医疗机构失眠症诊断和治疗中国专家共识 [J]. 中华医学杂志, 2024, 104(25): 2296-2307.
[13] MORIN C M, JARRIN D C. Epidemiology of insomnia: prevalence, course, risk factors, and public health burden [J]. Sleep Med Clin, 2022, 17(2): 173-191.
[14] 冯庭宇, 许晓伍. 失眠症的药物治疗进展 [J]. 世界睡眠医学杂志, 2023, 10(3): 691-696.
[15] 商秀丽. 心身疾病与器质性疾病的纠葛与分辨 [J]. 中华医学信息导报, 2024, 39(3): 14.
[16] 曾景娇, 胡秀武. 不同频次镇静安神针法治疗慢性失眠临床观察 [J]. 光明中医, 2024, 39(5): 950-953.
[17] 于千惠, 盛诗淼, 王富春, 等. 基于心身医学视角下镇静安神针法治疗失眠理论探析 [J]. 吉林中医药, 2024, 44(3): 274-278.
[18] 徐黎青, 王超. 王超应用助眠汤治疗失眠症经验 [J]. 四川中医, 2024, 42(1): 21-23.
[19] 权青云, 于丽, 黄河. 老年轻度血管性认知障碍患者血清 C-反应蛋白和白细胞介素-6 水平与抑郁情绪的相关性 [J]. 武警医学, 2023, 34(5): 407-409.
[20] 何雷. 电针四神聪改善慢性失眠患者睡眠及认知损害的影响 [J]. 光明中医, 2023, 38(15): 2998-3001.
[21] 杜莉, 宋孝军, 李仲文, 等. 神门、三阴交穴位配伍改善失眠症患者焦虑、抑郁状态: 随机对照研究 [J]. 中国针灸, 2022, 42(1): 13-17.