

● 临床论著 ●

引用:陆素琴,顾植山,吴贞,景慧,范魏伟,徐利飞. 十二味乌梅汤治疗丑时夜醒型失眠74例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2023,39(7):7-10,29.

十二味乌梅汤治疗丑时夜醒型失眠74例临床观察

陆素琴¹,顾植山²,吴贞²,景慧¹,范魏伟¹,徐利飞¹

(1. 南京中医药大学镇江附属医院/镇江市中医院,江苏 镇江,212000;

2. 无锡市惠山区中医医院,江苏 无锡,214100)

[摘要] 目的:观察十二味乌梅汤治疗丑时夜醒型失眠的临床疗效。方法:将睡眠持续困难、以丑时(1:00~3:00)夜醒为主症的失眠志愿者148例随机分为治疗组(74例)、对照1组(37例)、对照2组(37例)。治疗组采用十二味乌梅汤加西药安慰剂治疗,对照1组采用艾司唑仑加中药安慰剂治疗,对照2组采用西药安慰剂加中药安慰剂治疗,比较3组治疗前后中医证候积分、匹兹堡睡眠指数量表(PSQI)积分、不良反应和临床疗效。结果:治疗组、对照1组、对照2组总有效率分别为98.65%(73/74)、67.57%(25/37)、5.41%(2/37),治疗组与对照1组、对照2组比较,以及对照1组与对照2组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,治疗组较本组治疗前中医证候积分、PSQI积分均有所降低,且与对照1组、对照2组比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。3组在治疗过程中均未出现不良反应。结论:十二味乌梅汤治疗睡眠持续困难、丑时夜醒型失眠的患者,不仅能提高其睡眠质量,还可显著改善诸多伴随症状,具有较好的临床适用性。

[关键词] 失眠;丑时夜醒;十二味乌梅汤;中医证候积分;匹兹堡睡眠指数量表

[中图分类号] R256.23 **[文献标识码]** A **DOI:**10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.07.002

Clinical effect of twelve-ingredient Fructus Mume decoction in treatment of insomnia with nighttime awakenings during the period of the day from 1 a. m. to 3 a. m. :A analysis of 74 cases

LU Suqin¹, GU Zhishan², WU Zhen², JING Hui¹, FAN Weiwei¹, XU Lifei¹

(1. Zhenjiang Hospital Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine/Zhenjiang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhenjiang 212000, Jiangsu, China;

2. Wuxi Huishan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Wuxi 214100, Jiangsu, China)

[Abstract] Objective: To investigate the clinical effect of twelve-ingredient Fructus Mume decoction in the treatment of insomnia with nighttime awakenings during the period of the day from 1 a. m. to 3 a. m. Methods: A total of 148 volunteers with insomnia who had the main symptoms of persistent difficulties in sleeping and nighttime awakenings during the period of the day from 1 a. m. to 3 a. m. were enrolled and randomly divided into treatment group with 74 volunteers, control group 1 with 37 volunteers, and control group 2 with 37 volunteers. The volunteers in the treatment group were given twelve-ingredient Fructus Mume decoction combined with Western medicine placebo, those in the control group 1 were given estazolam combined with traditional Chinese medicine (TCM) placebo.

基金项目:江苏省镇江市“金山医者”医学领域人才培养项目;江苏省镇江市科技创新资金(重点研发计划——社会发展)项目(SH2021077);江苏省镇江市第三批老中医药专家学术经验继承项目(镇卫中医2022[7]号)

第一作者:陆素琴,女,硕士,主任中医师,研究方向:中西医结合治疗神经系统疾病

通信作者:徐利飞,男,硕士,主治中医师,研究方向:针灸与脑效应机制的研究, E-mail: xulifei0202@163.com

bo, and those in the control group 2 were given Western medicine placebo combined with TCM placebo. The three groups were compared in terms of TCM syndrome score, Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) score, adverse reactions, and clinical outcome before and after treatment. Results: The overall response rate was 98.65% (73/74) in the treatment group, 67.57% (25/37) in the control group 1, and 5.41% (2/37) in the control group 2, and there was a significant difference between the treatment group and the control groups 1/2 and between the control group 1 and the control group 2 ($P < 0.05$). After treatment, the treatment group had reductions in TCM syndrome score and PSQI score, and there were significant differences between the treatment group and the control groups 1/2 ($P < 0.01$). No adverse reactions were observed during treatment. Conclusion: In the treatment of insomnia with persistent difficulties in sleeping and nighttime awakenings during the period of the day from 1 a. m. to 3 a. m., twelve-ingredient Fructus Mume decoction can improve sleep quality and various accompanying symptoms and has good clinical applicability.

[**Keywords**] insomnia; nighttime awakenings during the period of the day from 1 a. m. to 3 a. m.; traditional Chinese medicine syndrome score; Pittsburgh Sleep Quality Index

失眠是以经常不能获得正常睡眠为主要特征的一种疾病^[1],其临床表现为入睡困难、睡眠持续困难(容易夜醒)、早醒,该三者或以某一症状为主,或兼而有之,并且伴有日间不适为主诉。据统计,世界上有40%~50%的人口睡眠不足^[2]。长期失眠可导致失眠者记忆力减退、免疫功能降低,甚至引发焦虑症、抑郁症等精神类疾病^[3]。研究还表明,睡眠障碍与心血管疾病等器质性疾病的发生发展也密切相关^[4]。西医治疗常采用认知行为(CBT-I)非药物疗法,以及催眠、抗焦虑等处方药物治疗。尽管CBT-I安全有效,但患者对CBT-I的认可度不高,从而依从性较差;而长期服用处方药物易产生耐药性、依赖性等诸多不良反应,让患者产生抵触、恐惧心理,从而加重身心负担^[5]。中医药在治疗失眠上具有靶点多、疗效好、安全可靠的独特优势,基于此,笔者采用十二味乌梅汤治疗睡眠持续困难、夜醒主要集中在丑时(1:00~3:00)的患者,获得满意疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2021年12月1日至2022年11月30日于南京中医药大学镇江附属医院/镇江市中医院失眠门诊和无锡市惠山区中医医院(五运六气推广工作站)门诊就诊的睡眠持续困难、以丑时夜醒为主症的失眠志愿者148例,将其按2:1:1的比例随机分为治疗组、对照1组、对照2组。其中治疗组74例,男18例,女56例;年龄16~74岁,平均 (48.59 ± 10.90) 岁;病程1~30年,平均 (8.48 ± 3.66) 年。对照1组37例,男12例,女25例;年龄24~74岁,平均 (50.86 ± 9.83) 岁;

病程1~29年,平均 (8.36 ± 3.29) 年。对照2组37例,男6例,女31例;年龄16~69岁,平均 (46.32 ± 11.57) 岁;病程1~28年,平均 (7.48 ± 4.29) 年。3组志愿者性别、年龄及病程比较,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 西医诊断标准 参考《中国失眠障碍诊断和治疗指南》^[6]及睡眠障碍国际分类第3版(ICSD-3)标准^[7]制定。1)睡眠困难症状:入睡困难,睡眠维持困难,觉醒时间比期望早,睡眠时间仍不愿睡觉等。2)相关日间症状:疲劳或萎靡不振;注意力、专注力或记忆力下降;社交、家庭、职业或学业功能减退;情绪不稳或易激惹;日间瞌睡;行为问题,如活动过度、冲动或具有攻击性;动力、精力或工作主动性下降;易犯错或易出事故;对自身睡眠质量非常关注或不满意。3)上述睡眠困难及相关日间症状每周至少出现3次,且至少持续3个月。4)上述睡眠困难及相关日间症状无法用其他睡眠障碍进行更好的解释。

1.2.2 中医辨证标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定不寐厥阴证的辨证标准。1)主症:夜寐不宁,夜醒1次以上,多集中在丑时,醒后可入睡或难以入睡,甚至醒后一直不睡至天亮起床。2)次症:四肢不温,尤其以下肢不温为主,或心烦口渴,或饮食喜温,或便溏,或便秘。3)舌脉:舌红、苔薄微腻,脉沉弦,重按无力。

1.3 纳入标准 1)年龄16~75岁,性别不限;2)病程3个月以上;3)符合西医诊断及中医辨证标准;4)坚持服药,并配合量表评分;5)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)有严重器质性疾病及并发症,或合并有精神疾病;2)妊娠期或哺乳期妇女;3)对治疗药及对照药有过敏史;4)失眠由全身性疾病或术后疼痛等其他原因引起。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用中药加西药安慰剂治疗。1)十二味乌梅汤:乌梅 30 g,细辛(先煎)3 g,黄连 10 g,炒黄柏 8 g,当归 10 g,花椒 3 g,干姜 6 g,制附片(先煎)3 g,酸枣仁(先煎)20 g,炙远志(先煎)10 g,炒党参 10 g,川桂枝 9 g。以上药物由南京中医药大学镇江附属医院制剂室制备,其中先煎细辛、制附片、酸枣仁、炙远志 60 min 后,纳入余药浓煎成 200 ml/包,1 包/d,睡前 1h 顿服。2)西药安慰剂:维生素 B₆(杭州民生药业股份有限公司,批准文号:国药准字 H33022505,规格:10 mg/片),10 mg/次,临睡前顿服。

2.2 对照 1 组 采用西药加中药安慰剂治疗。1)西药:艾司唑仑(常州四药制药有限公司,批准文号:国药准字 H32020699,规格:1 mg/片),1 mg/次,临睡前顿服。2)中药安慰剂:采用外形相同、口味相似的辅料合剂(由南京中医药大学镇江附属医院制剂室制备),200 ml/包,1 包/d,睡前 1h 顿服。

2.3 对照 2 组 采用中药安慰剂加西药安慰剂治疗,用药及服用方法同前。

3 组疗程均为 2 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 中医证候积分 症状条目有 10 条:夜醒 1 次以上,主要集中在丑时,醒后难以入睡 30 min 以上,多梦,四肢凉或下肢凉为主,心烦口渴,饮食喜温,腰膝酸冷,便溏或便秘,白天困倦。中医证候积分参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]对其程度进行评价,按无、轻、中、重分别计为 0、1、2、3 分,总分范围为 0~30 分,积分越高表示症状越严重。

3.1.2 匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)积分 PSQI 包含为睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍 7 个成分,共 18 个条目,每个成分的计分等级为 0~3 分,将各成分得分累积,即为 PSQI 总积分。总积分范围为 0~21 分,国内将 PSQI 积分 ≥ 8 分作为判定睡眠障碍的标准,得分越高表示睡眠质量越差^[9]。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》^[10]制定。中医证候积分为主要指标,PSQI 积分为次要指标。中医证候积分减少率(n)=(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分 $\times 100\%$ 。治愈:症状消失或基本消失,n $\geq 95\%$,PSQI 总分 < 8 分;显效:症状明显改善,n $\geq 70\%$ 、但 $< 95\%$,PSQI 总分 ≥ 8 分且积分减少率 $\geq 50\%$;有效:症状有所好转,n $\geq 30\%$ 、但 $< 70\%$,PSQI 总分 ≥ 8 分且积分减少率 $< 20\%$ 、但 $< 50\%$;无效:症状无改善,n $< 30\%$,PSQI 总分 ≥ 8 分且积分减少率 $\leq 20\%$ 。

3.3 统计学方法 采用 EpiData 3.0 软件录入资料,应用 SPSS 27.0 软件对数据进行分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 *t* 检验、单因素方差分析(邦弗伦尼法、韦尔奇检验及 LSD 检验);计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验;*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 3 组综合疗效比较 治疗组、对照 1 组、对照 2 组总有效率分为 98.65%、67.57%、5.41%,治疗组与对照 1、2 组比较,以及对照 1 组与对照 2 组比较,差异均有统计学意义(*P* < 0.05)。(见表 1)

表 1 3 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	74	6(8.11)	56(75.68)	11(14.86)	1(1.35)	73(98.65)
对照 1 组	37	0	0	25(67.57)	12(32.43)	25(67.57)
对照 2 组	37	0	0	2(5.41)	35(94.59)	2(5.41)
Z 值						-2.86
P 值						0.04

3.4.2 3 组治疗前后中医证候积分比较 治疗前,3 组中医证候积分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后,治疗组较治疗前中医证候积分有所降低,且与对照 1、2 组比较,差异均有统计学意义(*P* < 0.01)。而对照 1、2 组治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均无统计学意义(*P* > 0.05)。(见表 2)

表 2 3 组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	74	25.03 $\pm$ 4.52	5.31 $\pm$ 3.45	27.75	< 0.01
对照 1 组	37	25.35 $\pm$ 4.62	19.16 $\pm$ 2.60	14.39	0.06
对照 2 组	37	24.70 $\pm$ 4.46	21.59 $\pm$ 4.52	14.95	0.74
F 值		0.19	72.27		
P 值		0.83	< 0.01		

3.4.3 3 组治疗前后 PSQI 积分比较 治疗前, 3 组 PSQI 积分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。治疗后, 治疗组较治疗前 PSQI 积分有所降低, 且与对照 1、2 组比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.01$)。而对照 1、2 组治疗前后组内比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 但治疗后组间比较, 对照 1 组优于对照 2 组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 3 组治疗前后 PSQI 积分比较($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	74	14.20±2.83	6.49±2.18	22.13	<0.01
对照 1 组	37	15.51±2.38	11.73±2.42	9.67	0.06
对照 2 组	37	12.89±2.65	11.19±2.64	12.76	0.74
F 值		8.86	82.44		
P 值		0.07	<0.01		

3.4.4 不良反应 治疗过程中, 3 组均未出现不良反应。

4 讨 论

“失眠”首见于唐代《外台秘要》, 在唐之前称“不得卧”“目不瞑”(《黄帝内经》)。睡眠机制最早记载于《灵枢·大惑论》:“夫卫气者, 昼日常行于阳, 夜行于阴, 故阳气尽则卧, 阴气尽则寤”, 阐明了人体卫气随自然界昼夜节律变化而出阳入阴, 与营卫协调运行共同为睡眠机制, 并强调卫气更为密切。《灵枢·邪客》曰:“卫气独卫其外, 行于阳, 不得入于阴……阴虚, 故目不瞑”, 提出失眠的基础病机是阴阳失调, 阳不交阴。后世医家多有记载, 如《诸病源候论》中“阴气虚, 卫气独行于阳, 不入于阴, 故不得眠”, 以及《类证治裁》中的“不寐者, 病在阳不交阴”。

《伤寒论》曰:“厥阴病欲解时, 从丑至卯上。”顾植山教授认为《伤寒论》“欲解时”是辨析“六经”的时间节点, 实为“相关时”^[11], 并提出临床意义最大的是第 1 个时辰, 丑时虽然是三阴病“欲解时”的交集, 但却是厥阴病“欲解时”的第 1 个时辰, 由此在丑时的病情变化均归为厥阴病证^[12]。睡眠持续困难, 集中在丑时夜醒者亦当从厥阴病证角度考虑。《素问·至真要大论》言厥阴“两阴交尽也”, 清代医家钱天来道:“太少两阴交尽之经, 为阴极阳回之处”, 此时两阴交尽, 一阳初生, 为阴阳转化、阴尽阳生之枢机。若转化时阴阳失调, 阴中阳气生发不利, 或生发太过, 或不及, 均会发为厥阴病。厥阴病

的病机是阴尽阳生枢机不利, 其病位在肝(胆), 病性是寒热错杂, 虚实相兼。

失眠的治则最早出自《黄帝内经》, 其《灵枢·邪客》载:“补其不足, 泻其有余, 调其虚实, 以通其道, 而去其邪”, 即补虚泻实, 调和阴阳。《素问·至真要大论》提出厥阴病的具体治疗大法, 即“厥阴之胜, 治以甘清, 佐以苦辛, 以酸泻之”。乌梅丸出自张仲景的《伤寒论》, 是厥阴病的主方。乌梅味酸、性平, 当归味甘辛、性温, 均归厥阴经; 人参味甘微苦、性平, 干姜味辛、性热, 蜀椒味辛、性温, 归足太阴经; 附子味辛、性大热, 细辛味辛、性温, 桂枝味辛、性温, 黄连味苦、性寒, 黄柏味苦、性寒, 归少阴经。此方兼顾三阴, 又以乌梅量大, 故以厥阴为主。乌梅丸中虽仅一味乌梅味酸, 但用量最大, 除热烦满, 安心调中; 味辛者最多, 如当归、附子、细辛、桂枝、干姜、蜀椒共六味, 温达阳气, 怡养元神; 当归、人参两味药味甘, 益气养血安神; 黄连、黄柏乃味苦者, 可清热除烦、安神定志; 以上十药, 共奏辛开苦降酸泻之功。《西溪书屋夜话录》云:“盖苦、辛、酸三者, 为泄肝之主法也”, 可见乌梅丸偏重泄肝。此外, 附子、干姜、蜀椒、桂枝性热与性寒之黄连、黄柏寒热并用, 即契合寒热错杂之厥阴病病机。十二味乌梅汤是由乌梅丸加酸枣仁、炙远志而成。酸枣仁味甘酸、性平, 《神农本草经》述其“主烦心不得眠”, 《本草害利》称其“补心猛将”“用疗彻夜无眠”, 后世医家多用以治疗失眠。王好古提出该药炒服可治胆虚寒也, 生用治胆实热也; 孙思邈提出“夫胆者, 心之母也……胆气一虚, 而脏腑之气皆无所遵从, 而心尤无主”, 因此厥阴夜醒施治时佐以酸枣仁, 可清泻胆火以安神。远志既能开心气、宁心安神, 又能通肾气而强识不忘, 具有交通心肾、安神益智、解郁益智之功^[13]。《神农本草经》载其“味苦, 温。主咳逆伤中, 补不足, 除邪气, 利九窍, 益智慧, 耳目聪明, 不忘, 强志倍力。”现代研究结果表明, 远志中主要含有三萜皂苷、甾酮、寡糖酯类成分, 具有改善记忆、抗痴呆、保护脑、镇静催眠的药效^[14]。

本研究结果显示, 十二味乌梅汤对睡眠持续困难、丑时夜醒型失眠不仅有显著的临床疗效, 还可改善四肢不温或畏寒、心烦口渴、腰膝酸冷、便溏等诸多症状, 具有较好的实用性, 值得临床进一步推广和运用。

便。相关文献显示治疗卒中后排尿功能障碍以足太阳经腧穴为主^[9]。有学者根据督脉和膀胱经循行入脑,选此两经穴位为主,治疗中风后癫痫以协调脏腑、交通阴阳为主,能提高患者生活质量,减少抗癫痫药物不良反应发生风险^[10]。部分学者基于“生理解剖”“全息理论”等取穴。如赵彬等^[11]运用星状神经节埋线联合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征,借助理线治疗达到神经阻滞效果,结果发现治疗效果优于电针组、单纯康复组。张慧和等^[12]将96例卒中后吞咽障碍分为治疗组、对照组,治疗组选取舌三针、完骨和风池,联合背俞穴埋线治疗,结果发现治疗组治疗后洼田饮水试验评分明显低于对照组,吞咽功能评定评分明显高于对照组,治疗组总有效率为89.58%,优于对照组的70.83%。亦有研究表明,脑血管意外所致的失语症主要是由于皮质语言功能区及其相关脑实质受损所致,穴位埋线百会、头穴语言区等可以改善颅脑供血,促进语言中枢受损功能恢复^[13-14]。

综上所述,本研究证明穴位埋线治疗脑卒中后相关疾病疗效确切、应用广泛,安全便捷,易于推广。但研究中检索文献存在一定局限,需扩大文献研究数量,提高文献纳入标准,深度挖掘临床资料,以期获得更有效的穴位埋线治疗脑卒中后相关疾病的方法,为临床及循证医学提供依据。

参考文献

- [1] 中国医师协会神经外科学分会神经重症专家委员会,上海卒中学会,重庆市卒中学会. 脑卒中病情监测中国多学科专家

(上接第10页)

参考文献

- [1] 韩芳,唐向东,张斌. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志,2017,97(24):1844-1856.
- [2] BIN HEYAT MB, AKHTAR F, ANSARI MA, et al. Progress in detection of insomnia sleep disorder: A comprehensive review[J]. Curr Drug Targets, 2021, 22(6): 672-684.
- [3] 皮燕,唐源,王政研,等. 针刺治疗原发性失眠对匹兹堡睡眠质量量表各因子的影响[J]. 四川中医,2017,35(11):188-191.
- [4] 秦聪聪,金鑫,王静,等. 睡眠障碍与心血管疾病关系研究进展[J]. 心脏杂志,2023,35(1):76-82.
- [5] 陆素琴,陆淑萍. 运气理论对失眠的辨治[J]. 世界睡眠医学杂志,2020,7(6):965-968.
- [6] 刘帅,张斌. 《中国失眠障碍诊断和治疗指南》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志,2017,17(9):633-638.
- [7] AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. International classification of sleep disorders[M]. Darien: American Academy of Sleep

- Medicine, 2014: 19-47.
- [2] 王陇德,刘建民,杨弋,等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34(2): 105-119.
- [3] 秦莉花,黄娟,李晟,等. 脑卒中流行病学及与性激素的相关性[J]. 中国老年学杂志,2018,38(20):5099-5103.
- [4] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:29-130.
- [5] 宋晓磊,冯晓东. 穴位埋线治疗脑卒中后肌张力障碍临床研究[J]. 中医学报,2011,26(12):1533-1534.
- [6] 刘宏玲,涂林芬,何或颀,等. 任督二脉穴位埋线治疗脑卒中后肌张力增高临床研究[J]. 实用中医药杂志,2014,30(5):438-440.
- [7] 杨杏萍. 背腧穴埋线法联合康复训练治疗脑卒中后上肢痉挛患者的临床研究[J]. 中国实用医药,2015,10(30):277-278.
- [8] 杜嘉,刘昊,许静,等. 穴位埋线法治疗中风后便秘:多中心随机对照研究[J]. 中国针灸,2020,40(5):493-497.
- [9] 黄河,梁妮,钟洁. 埋线治疗卒中后尿失禁临床观察30例[J]. 中医临床研究,2020,12(32):63-65.
- [10] 陈立昌,李善华. 穴位埋线治疗中风后癫痫疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2013,32(5):340-341.
- [11] 赵彬,唐强,王艳,等. 星状神经节埋线结合康复训练治疗脑卒中后肩手综合征疗效观察[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(5): 110-113.
- [12] 张慧和,陈妙,李玮,等. 局部取穴联合背俞穴埋线治疗中风后吞咽障碍的临床效果[J]. 中华全科医学,2021,19(8):1370-1372,1389.
- [13] 王煜明,李爱萍,王浩,等. 针刺配合语言训练治疗中风后失语症疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2011,27(11):19-20.
- [14] 王旭静. 针灸配合穴位埋线治疗脑血管意外失语症[J]. 光明中医,2013,28(11):2335-2336.

(收稿日期:2023-02-17)

[编辑:刘珍]

- Medicine, 2014: 19-47.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994.
- [9] 刘贤臣,唐茂芹,胡蕾,等. 匹兹堡睡眠质量指数的信度和效度研究[J]. 中华精神科杂志,1996,29(2):103-107.
- [10] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:105-108.
- [11] 陶国水. 顾植山谈六经病“欲解时”及临床应用[J]. 时珍国医国药,2017,28(7):1707-1709.
- [12] 刘金星. 从“欲解时”论乌梅丸治厥阴病[J]. 中国民间疗法, 2021, 29(5): 59-60.
- [13] 姚辛敏,周晓洁,周妍妍,等. 远志化学成分及药理作用研究进展[J]. 中医药学报,2022,50(2):103-107.
- [14] 刘露,冯伟红,刘晓谦,等. 中药远志的研究进展[J]. 中国中药杂志,2021,46(22):5744-5759.

(收稿日期:2023-01-27)

[编辑:韩晗]