

Brief introduction to the survey of insomnia in traditional Chinese and Western medicine

Xingheng Li Huayong Shi Hongtao Chu Junyu Chen*

The Fourth Clinical College of Xinjiang Medical University, Urumqi, Xinjiang, 830000, China

Abstract

Insomnia is a common clinical sleep disorder. Chinese and Western medicine have their own theoretical system and practical characteristics for its etiology mechanism and diagnosis and treatment. Traditional Chinese medicine believes that insomnia is caused by Yin and Yang disorders, zang-fu function disorders, especially in the heart, liver, spleen, kidney dysfunction and the main, the pathology involves phlegm fire, blood stasis and other pathogenic disturbance of God. Syndrome differentiation includes liver fire disturbance of the heart, Yin deficiency of fire, heart and spleen deficiency, etc. The treatment is mainly based on traditional Chinese medicine decoction and non-drug therapy such as acupuncture, gua sha, ear points and acupoint application, emphasizing the overall regulation. Modern medicine believes that insomnia is closely related to neurotransmitter imbalance (such as GABA, 5-HT), hypothalamic-pituitary-adrenal axis disorder and psychosocial factors, and clinical sedative hypnotics and cognitive behavioral therapy (CBT-I) are the main intervention methods. Recent studies have shown that the combination of traditional Chinese and Western medicine can be synergistic, for example, the combination of traditional Chinese medicine can reduce dependence on western medicine, and acupuncture combined with CBT-I can improve sleep quality. In the future, it is necessary to further study the mechanism and explore the integration path of traditional Chinese and western medicine theory, in order to provide new ideas for the individualized treatment of insomnia.

Keywords

insomnia; etiology, pathogenesis; treatment of traditional Chinese and Western medicine

浅谈不寐的中西医研究概况

李星衡 史华勇 褚洪涛 陈俊逾*

新疆医科大学第四临床医学院, 中国·新疆 乌鲁木齐 830000

摘要

不寐是临床常见睡眠障碍, 中西医对其病因机制及诊疗各有理论体系与实践特色。中医认为不寐多因阴阳失调、脏腑功能紊乱所致, 尤以心、肝、脾、肾功能失和为主, 病理涉及痰火、瘀血等实邪扰动神明。辨证分型涵盖肝火扰心、阴虚火旺、心脾两虚等, 治疗以中药汤剂及针灸、刮痧、耳穴、穴位贴敷等非药物疗法为主, 强调整体调节。现代医学认为失眠与神经递质失衡(如GABA、5-HT)、下丘脑-垂体-肾上腺轴紊乱及社会心理因素密切相关, 临床以镇静催眠药、认知行为疗法(CBT-I)为主要干预手段。近年研究显示中西医结合可协同增效, 例如中药配伍可减少西药依赖, 针灸联合CBT-I能改善睡眠质量。未来需进一步开展机制研究, 探索中西医理论融合路径, 以期在不寐的个体化治疗提供新思路。

关键词

不寐; 病因病机; 中西医治疗

1 不寐的中医学研究进展

1.1 病名的由来

不寐病症在马王堆汉墓中出土的珍贵帛书《足臂十一脉灸经》与《阴阳十一脉灸经》中, 古人对于不寐早有记述, 称之为“不卧”“不得卧”或“不能卧”, 诸如“不得眠”乃至“目不瞑”等表述, 可追溯至中医经典之作《黄帝内经》。形象描绘了患者难以安卧的状态。汉代的“医圣”张仲景在其著作《伤寒论》和《金匱要略》中也提及了“不得卧”“不

得眠”“卧起不安”等描述。

《难经》作为中医四大经典之一, 书中第四十六难提及: “老人卧而不寐, 少壮寐而不寤者, 何也?” 紧接道: “少壮者, 血气盛, 肌肉滑, 气道通, 营卫之行不失于常, 故昼日精, 夜不寤也。老人血气衰, 肌肉不滑, 营卫之道涩, 故昼日不能精, 夜不得寐也”, 揭示了老年人因生理机能逐渐衰退、血气不足, 导致白天精神不济, 夜晚则难以入眠的生理病理现象^[1]。

1.2 古代医书中对于不寐病因病机认识

1.2.1 营卫不和

《灵枢·营卫生会》: “营气行于脉内, 卫气则游走

【作者简介】李星衡(1996-), 男, 硕士, 从事中医内科学神志病研究。

于脉外,两者周流不息,历经五十周次后再次汇聚,如环无端”,阐述了营卫二气的运行规律与睡眠安和之间的紧密关联,该文进一步指出:“卫行于阴二十五度,行于阳二十五度,分为昼夜,故气至阳而起,至阴而止。”这解释了为何人们在夜晚能够入睡,白天则保持清醒。当营气减少而卫气过盛时,就会导致白天精神不佳,夜晚难以入眠^[2];《灵枢·大惑论》中有云:“卫气若无法顺利入于阴分,而常留连于阳分之中,阴阳失衡至此,便导致眼睛无法闭合,即不寐之症。”揭示了卫气运行不畅、阴阳失和与睡眠障碍之间的内在联系,强调了调节卫气运行、平衡阴阳对于改善睡眠质量的重要性。

1.2.2 阴阳失调

《素问》有云:“阴阳者,天地之道也,万物之纲纪,变化之父母,生杀之本始,神明之府也,治病必求于本”,人体疾病的产生便是由于阴阳失调。《灵枢》:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣。”《医效秘传·不得眠》“夜阴盛则眠安,阴虚阳亢则夜不能寐。”《类证治裁·不寐》也提到:“阳气自动而之静,则寐;阴气自静而之动,则寐;不寐者,病在阳不交阴。”由此来看,《黄帝内经》中所论述不寐的病机“阳不入阴”,一直被后世医家沿用^[3]。

1.2.3 外感邪气

《灵枢·邪客》曰:“夫邪气之客入也,或令人目不瞑,不卧出者,何气使然?”邪气导致不寐,是因为痰、瘀、火等邪气侵袭人体,阻碍了卫气的正常运行,使其失其常道,独卫于外,阳气过盛,不能入阴,导致不寐的发生^[4]。因此,外感邪气通过干扰卫气的正常运行,破坏了阴阳相交的平衡状态,进而造成不寐的发生。在治疗这类不寐时,古代医家通常会采用驱邪、化痰、祛瘀、清热等方法,以恢复阴阳平衡和卫气的正常运行,从而改善不寐症状。

1.2.4 脏腑失衡

中医经典《素问·逆调论》中,有言:“胃不和则卧不安”,此句揭示了脾胃功能失调与不寐之间的联系,强调了消化系统的和谐对于优质睡眠的重要性。同样,在《素问·痹论》中提到“肝痹者,夜卧则惊”,体现了肝脏在调节情绪与睡眠中的关键作用。《灵枢·邪客》篇阐述了睡眠的生理机制,认为当外邪侵袭,影响五脏六腑时,卫气会独自留于体表,循行于阳经之中而无法顺利进入阴经以滋养阴液,则阳气亢盛,阴气不足,形成了“阳不入阴”的病理状态,导致人无法安然入睡。正如《灵枢·邪客》所言:“心者,五脏六腑之大主也。”当五脏六腑受到损害,其贮藏的精气无法正常运作,便会导致神志不宁,影响睡眠质量^[5]。

2 不寐的论述及治疗方法

2.1 古代中医医书中对不寐的论治

《医学心悟·不得卧篇》提及,“胃部胀闷疼痛”的不寐多由食积引起,推荐使用保和汤进行治疗,其主要作用

是消食导滞从而改善睡眠;心血亏虚之证,多因思虑过度,耗伤心血,归脾汤可补养心脾,安神定志;惊恐之证,安神定志丸可定惊除烦,安神助眠;痰湿之证,见呕恶、气闷、胸膈不畅,应以二陈汤化痰利湿,痰浊去则卧眠自宁。此段文字归纳了不寐的不同证型与治法^[6]。

《灵枢·邪客》篇深刻探讨了不寐的机理与治疗原则:

“邪气入里,卫行阳,则表阳气盛,阳满于外;阴分因卫气不入,故相对亏虚。如此夜不能寐,治法何在?伯高答曰:当补其阴分,泻其阳分,以畅通阴阳交通;加之祛除客邪,辅以半夏汤,待阴阳和谐,则安然入睡。”针对患者的具体病情,采用补法、泻法或其他调整方法,以达到平衡阴阳、调和气血的目的^[7]。对于胃不和导致的不寐,应去除食积,以恢复胃的正常功能;对于血虚引起的不寐,则需补气养血,以养心安神;对于热邪所致的不寐,应清热泻火;而对于寒邪引起的不寐,则需散寒温阳。这种根据病因病机进行加减方药的治疗方法,通过调整气血阴阳和脏腑功能,使人体恢复平衡状态,从而达到治愈疾病的目的。《灵枢·邪客》中的不寐辨治体现了中医辩证施治的原则和方法,为后世医家提供了宝贵的临床经验和治疗思路^[8]。

2.2 现代中医医家对不寐的论述

现代中医学者在继承传统理论的基础上,通过循证医学研究和现代技术手段,对失眠症的病理机制进行了系统性深化、研究。国家著名老中医朱良春认为不寐之病,以肝为主,虚多实少,血阴两虚、肝胃不和、脾肾两虚、心脾两虚等,导致气机逆乱,心失所养,肝阳上亢,扰乱神明,从而不寐^[9]。马云枝教授认为,三焦是人体气机升降的通路,负责调节气机的运行。不寐的病机在于三焦气机不畅,导致心肾不交。三焦气机失衡,致脏腑经络及气血津液紊乱,引发气虚、血虚、痰饮、瘀血等病理因素,再有外感六淫、伤食等,均为不寐的诱因^[10]。周仲瑛辨治不寐重视分析病机特点,指出明辨病因是提高不寐临床疗效的关键。白昼时,阳气活跃于外;夜幕降临时,阳气内敛归心,当阳气自然生长收藏的过程受到干扰,由阳入阴的途径受阻,心神则无法由动转静,从而导致不寐病症^[11]。严石林倡不寐提出失眠症的虚实辨证体系,将不寐证候系统分为虚证、实证和复合证型三大类。虚证主要包括心气虚、心阴虚、心阳虚及心血虚等心系虚证;实证涵盖邪热扰心、瘀血内阻及痰热扰心等类型;另有心肾不交、心肝血虚等跨脏腑证型,需综合考量^[12]。邓铁涛教授提出,失眠症的发病机制涉及多系统功能失调,其病理基础主要与心主神明功能失常、脾胃升降失调、肝胆疏泄失司密切相关,形成“五脏相关”的复杂病机网络。临床观察显示,约78.3%的病例存在至少两个脏腑功能失调,其中心脾同病占比最高(42.7%),其次为肝胆不和(31.2%),脾胃失调(26.1%)相对较少。病因多样,尤以情志受损最为普遍。实证多痰热、瘀血、内火;虚证则心脾血虚、心肾不交、心胆气虚为主。邓教授强调,在临床上大多数不寐的

患者都兼有瘀血的情况。虽然由瘀血直接导致不寐的情况不多见,但瘀血作为病因会导致气机运行不畅,留瘀日久,新血不能生成又导致血虚,从而加重不寐的症状^[13]。因此,在治疗不寐时,邓教授注重活血化瘀的方法,以改善气血循环,促进新血的生成,从而缓解不寐症状。赵素丽主张不寐根源多系脾胃,脾胃乃后天之本,其亏损易诱发他脏病变,滋生病理产物。人体阴气的来源主要依赖于食物的五味来供养脏腑,如果五味偏食,会伤害人体的阴气,导致脏腑失养而生百病,故而赵教授强调在治疗不寐时应当顾护脾胃,以维持人体阴气的平衡^[14]。张毅之教授则侧重于营卫失和作为不寐的主要病机。他认为营卫二者在脉中脉外相偕而行,互根互用。当脾胃虚弱导致营卫失和时,卫气强而营阴弱,卫气不固,营阴失守,进而可能导致不寐^[15]。

虽然现代医家对不寐的病因病机各有偏重,但多数医家还是认为不寐的关键在于阳不入阴。

2.3 现代中医医家对不寐的治疗方法

梁贻俊的治疗经验中,认为顽固性不寐为心脾两虚、神失所养,方用归脾汤合酸枣仁汤。归脾汤的功效在于补气养血,使气血充盈,心神得以安藏;而酸枣仁汤则具有宁心安神、清虚热的作用,使阳气能够顺利进入阴分,从而消除不寐症状。证属瘀血内停、神不安舍者,宜用血府逐瘀汤,活血化瘀,气机顺畅,气血调和,阴阳相交,则神安眠甜。对于痰热内扰、心神不宁者,宜用温胆汤清热化痰、除烦安神,痰热去除,阳气得复而能安睡^[16]。张珍玉在治疗不寐病症上,强调明确病因的重要性。对于单纯肾阴虚型不寐选用六味地黄丸化裁,通过“三补三泻”配伍调节下丘脑-垂体-靶腺轴功能;若兼见心火亢盛证候,则用黄连阿胶汤,该方通过黄连、黄芩抑制交感神经兴奋性,配合阿胶、白芍滋阴养血,实现心肾相交、水火既济的治疗目标^[17]。张欣通过对比分析不寐患者的匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分,评估镇静安神针法与针刺经外奇穴法,特指安眠穴与印堂穴,相比之下,镇静安神针法在改善睡眠质量方面展现出了更为优越的疗效^[18]。张宝文等人针对不寐症进行了针药结合治疗的临床观察,60例患者被随机分为两组:治疗组接受酸枣仁汤与生脉饮的中药治疗,并辅以针灸疗法,选取神庭、四神聪、百会、内关、足三里、安眠等穴位进行针刺;研究结果显示,治疗组总有效率93.27%,而对照组的总有效率76.66%,表明针药结合治疗不寐症相较于单纯药物治疗具有更为显著的疗效^[19]。

自古以来,中医学家们对不寐的病因病机及辨证施治均持有独到而深刻的见解,历代医家不仅继承了丰富的治疗经验,更在此基础上不断创新^[20],衍生出多种新颖且疗效显著的治疗方法,为不寐患者提供了更为全面和个性化的治疗选择。

3 现代西医对不寐(不寐)的研究进展

3.1 不寐的病因

三大核心因素:诱发因素、易感因素以及持续因素,是现代医学将不寐成因的归类。诱发因素包括疾病状态占比比较高,易感因素涵盖生理与心理层面的脆弱性,如情绪波动等,它们构成了不寐发生的内在基石,以及环境因素和外界刺激^[21]。而持续因素则聚焦于个体睡眠习惯,这些习惯在入睡环境、床铺与卧室之间建立了固定的条件反射,一旦环境发生变化,便易触发不寐现象^[22]。

3.2 不寐的发病机制

近年来,随着科学技术的进步,研究者们运用多种生理监测手段深入探索睡眠的奥秘,揭示了人体在睡眠与觉醒之间存在着精细而复杂的主动调节机制。这一机制依据脑电图、眼动电图等生理指标的变化,被划分为两个主要阶段:慢波睡眠(NREM)与快波睡眠(REM)^[23]。总结如下:

3.2.1 视交叉上核

现代科学研究已明确,生物钟的关键部位位于视交叉上核(SCN),这一区域内置有精密的自我调控昼夜节律振荡器,能够有效地将机体内在的昼夜节律系统与外部环境的明暗周期进行同步协调。而下丘脑视交叉上核的结构与功能异常,则被广泛认为是引发不寐现象的生物学核心基础^[24]。

3.2.2 丘脑、下丘脑

睡眠-觉醒节律的调控机制是一个复杂的双重系统,既涉及激起觉醒的机制,也包含诱导睡眠状态的要素。瑞士学者通过电刺激丘脑的实验发现,丘脑若发生弥漫性变形,则会扰乱正常的睡眠-觉醒节律,导致难治性不寐的出现^[25]。

3.2.3 脑干中缝核、孤束核

脑干作为睡眠与觉醒调控的核心区域,其内的中缝核与孤束核扮演着诱导睡眠的关键角色,它们紧密协作,构建起一个高效的上行抑制系统。这一系统通过精细调控,促进大脑从清醒状态逐渐过渡到睡眠状态。与此形成鲜明对比的是,脑桥背内侧被盖区域的蓝斑头部神经元,其轴突网络则是维持觉醒状态的重要支柱,对保持个体的警觉与清醒状态不可或缺^[26]。

3.2.4 大脑皮层

美国研究团队(McCormick et al.)通过神经药理学研究揭示了四种关键神经递质系统在大脑皮层中的调控机制:去甲肾上腺素能(NAergic)、胆碱能(Cholinergic)、组胺能(Histaminergic)及谷氨酸能(Glutamatergic)通路。研究表明,这些递质系统通过调节皮层神经元兴奋性和突触可塑性,在意识状态转换、睡眠-觉醒周期(sleep-wake cycle)及昼夜节律(circadian rhythm)调控中发挥核心作用。具体而言,NA通过激活 $\alpha 1$ 受体增强皮层兴奋性,Ach经由M1受体促进快速眼动睡眠(REM sleep),组胺

通过 H1 受体维持觉醒状态,而谷氨酸则通过 NMDA 受体调控慢波睡眠。这些发现为理解睡眠-觉醒神经环路(neural circuitry)的分子机制提供了重要依据。

此外,诱导睡眠的研究主要在生化和神经元水平上进行^[27]。诱导睡眠的研究已深入至生化与神经元层面,多项实验成果证明,在经历睡眠剥夺后,血浆中的白细胞介素 IL-1 和肿瘤坏死因子 TNF- α 样物质含量显著上升,这一现象被认为是加速恢复睡眠的生理反应^[28]。

3.3 不寐的诊断标准

目前,失眠障碍的诊断体系主要采用双重标准:国际层面依据 WHO 发布的 ICD-10 分类系统(2016 版),该标准涵盖睡眠起始性、维持性及质量评估等维度;国内则同步实施《中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版》(CCMD-3),其在 ICD-10 基础上增加了中医证候分型,并优化了文化适应性条目在不寐的客观诊断与治疗过程中,一系列先进的诊疗工具和技术手段发挥着关键作用,以适应国内临床需求。在不寐的客观诊断与治疗过程中,一系列先进的诊疗工具和技术手段发挥着关键作用。这些包括脑电图,用于监测大脑电活动;多导睡眠图,全面评估睡眠结构与质量;多次睡眠潜伏期试验与觉醒维持试验,分别用于评估日间嗜睡倾向与维持清醒的能力;这些技术手段为不寐症的精准诊断与个性化治疗提供了坚实的科学依据。

睡眠情况评估是一个综合性的过程,重点在于收集患者的睡眠习惯、不寐病史、当前用药情况等基础信息,以便为后续分析提供背景资料。常用的不寐评估量表包括匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)、阿森不寐量表、爱沃斯睡眠问卷以及视觉类比量表等。其中,PSQI 以其简洁易用、信度和效度高的特点,尤其受到青睐。PSQI 总分反映整体睡眠质量,细分为入睡时间、睡眠效率及日间功能等因子,为临床诊治提供全面参考。

3.4 不寐的治疗

不寐的药物治疗策略涵盖了镇静催眠药物与非镇静催眠药物两大类。这些药物通过不同的作用机制,旨在改善患者的睡眠质量,缓解不寐症状,同时尽量减少对日间功能的不良影响^[29]。

不寐病症的现代治疗方案主要分为药物和非药物干预两大类。镇静催眠药物包括苯二氮卓类(如地西泮、阿普唑仑)和非苯二氮卓类(如右佐匹克隆、唑吡坦),虽可延长总睡眠时间(TST)但存在耐药性和戒断反应等风险;抗精神病药(如氯氮平)因严重副作用已限制使用;抗抑郁药(如帕罗西汀)多作为辅助用药。新型 MT 受体激动剂(如瑞美替昂)通过调节昼夜节律改善睡眠质量。非药物疗法(认知行为疗法 CBT-I、运动疗法)因安全性高、依从性好,已成为一线推荐方案^[30]。

4 总结

睡眠作为人类生活中不可或缺的一环,占据了生命三分之一的时间,其重要性不言而喻。科学研究揭示,睡眠不足与糖尿病、心血管疾病等健康问题的风险增加密切相关,这促使现代社会对睡眠障碍的研究与干预日益重视。

中西医基于不同理论体系对其病因病机及诊疗策略进行了深入探索。中医以“整体观念”与“辨证论治”为核心,认为不寐的关键病机在于“阳不入阴”,涉及营卫失和、脏腑失衡(如心、肝、脾胃功能失调)、阴阳失调及外感邪气等多因素交互作用。而现代西医从神经生物学角度解析失眠机制,聚焦于视交叉上核、脑干核团及神经递质(如 5-HT、褪黑素)对睡眠-觉醒周期的调控,并通过镇静催眠药物(如苯二氮卓类、褪黑素受体激动剂)及非药物疗法(认知行为疗法、物理治疗)改善症状。当前,学术界对于不寐的研究与治疗不断深入,不仅聚焦于疾病本身的治疗策略,还积极开展预防性研究,特别关注易感人群及不寐引发的心理危害,力求从源头减少不寐的发生。然而,西药治疗存在耐药性、成瘾性等局限性,长期应用可能加重健康负担。在治疗方法上,西医主要依赖镇静催眠药物虽能迅速诱导睡眠,但其副作用如呼吸抑制、乏力等,以及产生的耐药性和成瘾性,成为不容忽视的问题。相比之下,中医以整体观念和辨证论治为核心,治疗不寐展现出独特优势。鉴于此,中西医结合治疗旨在结合两者之长,既快速缓解症状又减少副作用,为患者提供更为全面和个性化的治疗方案。值得注意的是,这一领域作为睡眠障碍研究的新探索点,蕴含着丰富的科研价值和临床潜力,有待我们进一步挖掘与探索。此外,加强流行病学调查与循证医学研究,建立标准化疗效评价体系,将为实现不寐的个性化、多维度治疗提供科学依据,通过跨学科合作与深入研究,更加有助于为睡眠异常状态者提供更为科学的解释和有效的干预手段,全面提升人类的睡眠质量与健康水平。

参考文献

- [1] 刘文博.“镇静安神针法”治疗心肾不交型不寐的随机对照研究[D].长春中医药大学,2024.DOI:10.26980/d.cnki.gcczc.2024.000174.
- [2] 党梓铭.现代时间规律融合子午流注纳子学说治疗不寐的理论研究[D].长春中医药大学,2013.
- [3] 杨磊.不寐病机“阳不入阴”的理论研究[D].中国中医科学院,2022.
- [4] 黄咨庆(Wong Wan Yuan).仲景辨治不寐理论及其临床应用研究[D].南京中医药大学,2014.
- [5] 张延丞.《黄帝内经》养神理论与应用研究[D].北京中医药大学,2021.
- [6] 孙洪生.不寐病证的文献研究与学术源流探讨[D].北京中医药大学,2006.

- [7] 曹国双.基于五行人理论的针刺法治疗不寐的临床研究[D].长春中医药大学,2023.
- [8] 赵冀校.基于六经开阖枢辨治不寐的理论研究[D].北京中医药大学,2021.
- [9] 凌燕,冼绍祥,刘树林.古代医家对不寐病因病机的认识[J].长春中医药大学学报,2014,30(1):169-172.
- [10] 邱志济,朱建平,朱良春治疗顽固不寐的用药经验和特色[J].辽宁中医杂志,2001,28(4):205-206.
- [11] 朱世瑞,沈晓明,宋清.马云枝从三焦论治顽固性不寐经验[J].中医杂志,2015,56(6):466-468.
- [12] 王长松.周仲瑛治疗不寐经验[J].山东中医杂志,2006,25(7):487-488.
- [13] 严石林,李正华.从心辨证治不寐[J].成都中医药大学学报,2002,25(3):59.
- [14] 徐云生.邓铁涛教授治疗不寐的经验[J].新中医,2000,32(6):5-6.
- [15] 赵素丽,赵克华.从脾论治不寐症探析[J].辽宁中医药大学学报,2008,10(10):20-21.
- [16] 张毅之,王评.《伤寒论》六经辨治不寐探讨[J].江苏中医药,2010,42(9):1-2.
- [17] 侯丕华,刘春芳.梁貽俊教授辨治顽固性不寐经验[J].中国临床医生,2003(06):55-56.
- [18] 毛海燕,张珍玉辨治不寐经验.山东中医杂志,2002,21(6):369-370.
- [19] 张欣,严兴科,王富春.镇静安神针法与针刺经外奇穴法治疗不寐的临床研究阴[J].南京中医药大学学报,2010,26(1):24-26.
- [20] 张欣,严兴科,王富春.镇静安神针法与针刺经外奇穴法治疗不寐的临床研究阴[J].南京中医药大学学报,2010,26(1):24-26.
- [21] 相永梅,王健.电耳针结合体针治疗不寐80例疗效观察[J].辽宁中医杂志,2007,34(12):1793.
- [22] 钟海平,张光霁.不寐的病因与发病机制[J].基础研究论著,2009,33(3):307-308.
- [23] 许红.不寐 1018 例相关因素调查分析[J].宁中医杂志,2005,32(2):114.
- [24] Arias-Carrion O. Hypocretin system and narcolepsy [J]. Rev Med Chil,2009,137(9): 1209-1216.
- [25] Jouvet M. Neurophysiology of the states of sleep [J]. Physiol Rev,1967,47(2):117-177.
- [26] 黄蓉,黄席珍.睡眠与细胞因子[J].中华老年医学杂志,2002,21(1):7-8.
- [27] 许晓伍.基于线粒体途径探讨安寐汤抑制不寐大鼠皮质神经元兴奋机制[D].广州中医药大学,2013.
- [28] 黄贇,徐俊冕.不寐的药物治疗进展[J].World Clinical Drugs,2006,7.
- [29] 陆维君.抗不寐药物的临床应用[J].中国现代药物应用,2010,4(6):235.
- [30] 刘萍,颜红.音乐疗法用治不寐[J].长春中医药大学学报,2011,27(02).