加味甘麦大枣汤联合耳穴压豆与艾司唑仑片治疗血亏阴虚型卒中后失眠临床研究

桑微杰，戴和森，徐津津，王贵

嘉兴市中医医院重症监护室，浙江 嘉兴 314000

［摘要］**目的：**观察加味甘麦大枣汤联合耳穴压豆与艾司唑仑片治疗血亏阴虚型卒中后失眠的疗效。**方法：**选取2022年7月—2025年6月嘉兴市中医医院收治的102例血亏阴虚型卒中后失眠患者作为研究对象，按随机数字表法分为对照组与联合组各51例。对照组给予艾司唑仑片联合耳穴压豆治疗，联合组在对照组基础上加用加味甘麦大枣汤治疗，2组均连续治疗4周。治疗前后评估睡眠质量［匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）评分］，监测多导睡眠图参数（睡眠潜伏期、觉醒时间、总睡眠时间、睡眠效率），检测炎性因子指标［Toll样受体4（TLR4）mRNA、核因子-κB（NF-κB）mRNA、白细胞介素-6（IL-6）］、神经递质指标［肾上腺素（E）、去甲肾上腺素（NE）、多巴胺（DA）］。比较2组的临床疗效及不良反应发生率。**结果：**治疗4周后，联合组总有效率高于对照组（$P<0.05$）。2组PSQI评分均较治疗前降低，睡眠潜伏期、觉醒时间均较治疗前缩短，总睡眠时间均较治疗前增加，睡眠效率均较治疗前提高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。联合组PSQI评分低于对照组，睡眠潜伏期、觉醒时间均短于对照组，总睡眠时间长于对照组，睡眠效率高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。2组TLR4 mRNA、NF-κB mRNA、IL-6及E、NE、DA水平均较治疗前下降（$P<0.05$），联合组上述6项指标均低于对照组（$P<0.05$）。联合组不良反应发生率为9.80%（5/51），对照组不良反应发生率为5.88%（3/51），2组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。**结论：**在艾司唑仑片联合耳穴压豆的基础上加用加味甘麦大枣汤治疗血亏阴虚型卒中后失眠患者，可有效减轻炎症反应，改善睡眠质量，且安全性较好。

［关键词］卒中后失眠；血亏阴虚证；加味甘麦大枣汤；耳穴压豆；睡眠质量；炎性因子；神经递质

［中图分类号］R246.6；R740　［文献标志码］A　［文章编号］0256-7415（2026）09-0007-07

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.09.002

Clinical Study on Modified Ganmai Dazao Decoction Combined with Auricular Point Seed-Pressing and Estazolam Tablets for Post-Stroke Insomnia of Blood Insufficiency and Yin Deficiency Type

SANG Weijie, *DAI Hesen*, *XU Jinjin*, *WANG Gui*

Intensive Care Unit, Jiaxing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiaxing Zhejiang 314000, China

Abstract: Objective: To observe the curative effect of modified Ganmai Dazao Decoction combined with auricular point seed-pressing for post-stroke insomnia of blood insufficiency and yin deficiency type. **Methods:** A total of 102 patients with post-stroke insomnia of blood insufficiency and yin deficiency type admitted to Jiaxing Hospital of Traditional Chinese Medicine from July 2022 to June 2025 were enrolled. The patients were divided into the control group and the combination group using the random number table method, with 51 cases in each group. The control group was treated with Estazolam Tablets combined with auricular point seed-pressing. The combination group was treated with modified Ganmai Dazao Decoction based on the treatment in the control group. Both groups were treated continuously for

［收稿日期］2025-12-09
［修回日期］2026-02-28
［基金项目］浙江省中医药科技计划项目（2024ZL1070）
［作者简介］桑微杰（1994-），女，护师。

four weeks. Before and after treatment, sleep quality [Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) scores] was assessed, polysomnography parameters (sleep latency, awakening time, total sleep time, sleep efficiency) were monitored, and inflammatory factor indicators [Toll-like receptor 4 (TLR4) mRNA, nuclear factor-κB (NF-κB) mRNA, interleukin-6 (IL-6)] and neurotransmitter indicators [epinephrine (E), norepinephrine (NE), dopamine (DA)] were measured. The clinical efficacy and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results**: After four weeks of treatment, the total effective rate in the combination group was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the PSQI scores in both groups decreased compared with those before treatment, sleep latency and awakening time were shortened compared with those before treatment, total sleep time was increased compared with that before treatment, and sleep efficiency was improved compared with that before treatment, with statistically significant differences ($P<0.05$). The PSQI score in the combination group was lower than that in the control group, sleep latency and awakening time were shorter than those in the control group, total sleep time was longer than that in the control group, and sleep efficiency was higher than that in the control group, with statistically significant differences ($P<0.05$). After treatment, the levels of TLR4 mRNA, NF-κB mRNA, IL-6, E, NE, and DA in both groups decreased compared with those before treatment ($P<0.05$), and the levels of above six indicators in the combination group were all lower than those in the control group ($P<0.05$). The incidence of adverse reactions was 9.80% (5/51) in the combination group and 5.88% (3/51) in the control group, and the difference between the two groups was not statistically significant ($P>0.05$). **Conclusion**: Adding modified Ganmai Dazao Decoction to the treatment with Estazolam Tablets combined with auricular point seed-pressing for patients with post-stroke insomnia of blood insufficiency and yin deficiency type can effectively alleviate inflammatory response, improve the patients' sleep quality, and demonstrate a favorable safety profile.

Keywords: Post-stroke insomnia; Blood insufficiency and yin deficiency syndrome; Modified Ganmai Dazao Decoction; Auricular point seed-pressing; Sleep quality; Inflammatory factors; Neurotransmittersy and yin deficiency syndrome; Modified Ganmai Dazao Decoction; Auricular point pressing beans; Safety

卒中后失眠(PSI)是脑卒中后常见并发症，临床治疗以苯二氮䓬类药物(如艾司唑仑片)为主，但该类药物存在的依赖风险和日间嗜睡等不良反应，可能不利于康复[1]。非药物疗法如认知行为治疗，虽被推荐为一线方案，但受卒中患者认知功能受损治、疗依从性差等因素影响，临床应用与推广受限[2]。PSI归属于中医学不寐范畴，血亏阴虚证是常见证型，病机以阴血亏虚为本，虚热内扰为标，以失眠多梦、心悸健忘、头晕目眩、咽干口燥、五心烦热等为主要表现，治疗当以益气养血、滋阴安神为法[3]。目前单一应用现代医学疗法或外治法难以兼顾疗效与安全性，且无法从中医病机层面实现标本兼顾，加用加味甘麦大枣汤可针对性弥补不足。加味甘麦大枣汤由《金匮要略》甘麦大枣汤加桂枝、生龙骨、生牡蛎化裁而成，具有益气养阴、养血安神、潜阳镇静之效，契合血亏阴虚证病机。耳穴压豆是治疗失眠最为常见且有效的中医外治法，主要通过刺激神门、皮质下、心、肾等穴位，调节中枢神经功能，改善睡眠节律[4]。研究表明，中医药疗法在改善睡眠结构、调节神经递质及抗炎方面具有独特优势[5]。本研究观察加味甘麦大枣汤联合耳穴压豆与艾司唑仑片治疗血亏阴虚型PSI

的疗效，结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 ①卒中诊断标准。参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》[6]拟定急性缺血性脑卒中的诊断标准。急性起病，局灶性神经功能缺损，且症状持续24 h以上，经头颅计算机断层扫描(CT)或磁共振成像(MRI)证实存在责任梗死病灶；突发局灶性神经功能缺损症状者，伴血压明显升高，头颅CT显示脑实质内高密度影，排除外伤、肿瘤、动脉瘤破裂等其他原因导致的脑出血。②失眠诊断标准。参考《中国失眠症诊断和治疗指南》[7]拟定失眠的诊断标准。存在以下1项或多项睡眠异常症状：入睡困难；夜间觉醒次数≥2次，或早醒后无法再次入睡；睡眠质量下降；总睡眠时间减少；日间功能受损。上述睡眠症状每周至少发生3晚，并持续至少1个月。

1.2 辨证标准 参考文献[8]拟定血亏阴虚证辨证标准。主症：入睡困难，易醒或早醒；次症：虚烦不安，心悸健忘，头晕目眩，注意力不集中，盗汗，口干咽燥；舌脉象：舌红、少苔，脉细弦。同时具备2项主症与2项次症，结合舌脉即可辨证。

1.3 纳入标准 符合急性缺血性脑卒中与失眠的诊断标准；符合辨证标准；脑卒中发病1个月后发生失眠，病情稳定；年龄40～75岁；匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)[9]评分≥7分；自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并严重心、肝、肾功能不全，恶性肿瘤；既往有精神疾病史或长期服用镇静催眠类药物；对本研究所用药物过敏；妊娠或哺乳期女性；入组前1周使用过镇静催眠类药物或中药安神制剂。

1.5 剔除标准 出现严重不良反应；治疗依从性不佳，实际用药/治疗次数不足治疗方案的80%；合并其他影响睡眠的疾病；自行退出研究。

1.6 一般资料 选取2022年7月—2025年6月嘉兴市中医医院收治的102例血亏阴虚型PSI患者作为研究对象，按随机数字表法分为对照组及联合组各51例。对照组男28例，女23例；年龄45～73岁，平均(61.22±8.71)岁；卒中类型：脑梗死32例，脑出血19例；脑卒中病程1～12个月，平均(4.50±2.12)个月；失眠病程1～8个月，平均(3.23±1.44)个月。联合组男26例，女25例；年龄42～75岁，平均(60.82±9.14)岁；卒中类型：脑梗死30例，脑出血21例；脑卒中病程1～11个月，平均(4.32±2.34)个月；失眠病程1～9个月，平均(3.10±1.67)个月。2组一般资料比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经嘉兴市中医医院医学伦理委员会批准(嘉中医伦审2024研第056号)。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予艾司唑仑片联合耳穴压豆治疗。艾司唑仑片(华中药业股份有限公司，国药准字H42021522，规格：1 mg/片)，每晚睡前30 min口服1 mg，根据患者耐受性可调整至0.5～2 mg，但每天的用药剂量不超过2 mg。耳穴压豆取穴：双侧神门、皮质下、心、肾、交感，采用王不留行籽贴压，每天按压3～5次，每次每穴按压1～2 min，以局部感觉酸胀为度。双耳交替，隔天更换1次。

2.2 联合组 在对照组基础上加用加味甘麦大枣汤治疗。处方：炙甘草10 g，淮小麦20 g，大枣10枚，桂枝10 g，生龙骨(先煎)30 g，生牡蛎(先煎)30 g。每天1剂，上述中药加水500 mL，武火煮沸后文火煎20 min，煎至300 mL，分早、晚饭后30 min温服。

2组均连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①睡眠质量。采用PSQI量

表[9]评估，量表包含7个维度，共18个条目，总分0～21分，评分越高表示睡眠质量越差。于治疗前、治疗4周后各评估1次。②多导睡眠图（PSG）参数。采用PSG仪（德国Embla N7000）监测整夜睡眠，记录总睡眠时间、睡眠效率（睡眠效率=实际睡眠时间/卧床时间×100%）、睡眠潜伏期（睡眠潜伏期=从熄灯到入睡的时间）、觉醒时间（觉醒时间=夜间觉醒总时间）。于治疗前、治疗4周后各监测1次。③炎性指标。采集患者的空腹静脉血5 mL，离心取血清，采用实时荧光定量聚合酶链式反应检测Toll样受体4（TLR4）、核因子-κB（NF-κB）mRNA表达水平（以β-actin为内参，$2^{-\Delta\Delta Ct}$法计算）；采用酶联免疫吸附测定法检测白细胞介素-6（IL-6）水平，试剂盒购自上海酶联生物科技有限公司。于治疗前、治疗4周后各检测1次。④神经递质指标。采集患者的空腹静脉血5 mL，离心取血清，采用酶联免疫吸附测定法检测肾上腺素（E）、去甲肾上腺素（NE）、多巴胺（DA）水平，试剂盒购自南京建成生物工程研究所。于治疗前、治疗4周后各检测1次。⑤不良反应。记录治疗期间不良反应的发生情况。

3.2　统计学方法　应用SPSS27.0统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差（$\bar{x}\pm s$）表示，组内比较采用配对样本t检验，组间比较采用独立样本t检验。计数资料以百分比（%）表示，采用χ^2检验。$P<0.05$表示差异有统计学意义。

4　疗效标准与治疗结果

4.1　疗效标准　参照《中药新药临床研究指导原则》[10]制定疗效标准。痊愈：睡眠状况恢复正常（每夜总睡眠时间≥6 h），入睡安稳且睡意浓实，醒后体力与精神状态充沛；显效：睡眠状况显著好转（每夜总睡眠时间较治疗前增加≥3 h），睡眠深度明显加深；有效：睡眠状况一定程度好转（每夜总睡眠时间较治疗前增加＜3 h），并伴见相关不适减轻；无效：睡眠未见好转，甚至恶化。

4.2　2组临床疗效比较　见表1。治疗4周后，联合组总有效率为94.12%，对照组为78.43%，2组比较，差异有统计学意义（$P<0.05$）。

4.3　2组治疗前后PSQI评分、PSG参数比较　见表2。治疗前，2组PSQI评分、总睡眠时间、睡眠效率、睡眠潜伏期、觉醒时间比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组PSQI评分均较治疗前降低，睡眠潜伏期、觉醒时间均较治疗前缩短，总睡眠时间均较治

表1　2组临床疗效比较　例（%）

组　别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	51	18（32.29）	13（25.49）	9（17.65）	11（21.57）	40（78.43）
联合组	51	24（47.06）	17（33.33）	7（13.73）	3（5.88）	48（94.12）
χ^2值						5.298
P值						0.021

表2　2组治疗前后PSQI评分、PSG参数比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	例数	PSQI评分（分）		总睡眠时间（h）		睡眠效率（%）		睡眠潜伏期（min）		觉醒时间（min）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	9.38±2.24	5.49±1.89①	3.12±1.86	4.98±2.57①	72.34±8.56	78.45±9.12①	42.36±10.25	28.74±8.63①	35.60±9.84	22.58±7.45①
联合组	51	9.74±2.68	4.75±1.37①	3.28±1.91	6.35±2.68①	71.89±9.02	85.63±8.47①	43.15±11.02	20.36±7.92①	36.24±10.13	15.42±6.78①
t值		0.736	2.263	0.428	2.634	0.258	4.119	0.374	5.109	0.323	5.076
P值		0.463	0.025	0.669	0.009	0.796	＜0.001	0.708	＜0.001	0.746	＜0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

疗前增加，睡眠效率均较治疗前提高，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。联合组PSQI评分低于对照组，睡眠潜伏期、觉醒时间均短于对照组，总睡眠时间长于对照组，睡眠效率高于对照组，差异均有统计学意义（$P<0.05$）。

4.4　2组治疗前后TLR4 mRNA、NF-κB mRNA、IL-6水平比较　见表3。治疗前，2组TLR4 mRNA、NF-κB mRNA、IL-6水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组TLR4 mRNA、NF-κB mRNA、IL-6水平均较治疗前下降（$P<0.05$），联合组上述3项指标均低于对照组（$P<0.05$）。

4.5　2组治疗前后神经递质水平比较　见表4。治疗前，2组血清E、NE、DA水平比较，差异均无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组血清E、NE、DA水平均较治疗前下降（$P<0.05$），联合组上述3项指标均低于对照组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后TLR4 mRNA、NF-κB mRNA、IL-6水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	TLR4 mRNA		NF-κB mRNA		IL-6（ng/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	1.52±0.38	1.18±0.29①	1.68±0.42	1.31±0.35①	25.47±5.68	19.83±4.32①
联合组	51	1.55±0.41	0.92±0.25①	1.71±0.39	1.02±0.28①	25.82±5.47	16.14±4.11①
t值		0.383	4.849	0.373	4.620	0.317	4.419
P值		0.702	<0.001	0.709	<0.001	0.751	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

表4　2组治疗前后神经递质水平比较（$\bar{x}\pm s$）

组　别	例数	E（pg/mL）		NE（pg/mL）		DA（pg/mL）	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	51	235.75±30.50	110.11±20.20①	508.81±57.12	310.55±30.54①	164.23±35.38	124.52±20.75①
联合组	51	237.13±32.44	98.72±16.64①	512.83±60.10	274.32±29.72①	168.05±37.10	109.75±17.44①
t值		0.221	3.108	0.346	6.071	0.532	3.890
P值		0.825	0.002	0.729	<0.001	0.595	<0.001

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$。

4.6　2组不良反应发生率比较　见表5。联合组不良反应发生率为9.80%，对照组为5.88%，2组比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。

表5　2组不良反应发生率比较　例（%）

组　别	例数	恶心	头晕	口干	便秘	合计
对照组	51	0	1（1.96）	1（1.96）	1（1.96）	3（5.88）
联合组	51	1（1.96）	2（3.92）	2（3.92）	0	5（9.80）
χ^2值						0.136
P值						0.713

5　讨论

PSI的发生机制至今仍未阐明，当前有研究表明该病的发生与神经递质紊乱、炎症反应及卒中后神经功能损伤密切相关[11-12]。因此，调节神经递质的平衡状态，并有效抑制相关炎性因子的释放，有望改善卒中后神经功能损伤引发的睡眠结构紊乱与失眠症状。

从中医角度分析，气血亏虚、阴血不足为PSI的常见病机。卒中后患者因气血耗伤，心失所养，神不守舍，加之阴虚生内热，虚火扰神，导致夜不能寐。针对血亏阴虚证，应以益气养血、滋阴安神为主要治法。本研究所用的加味甘麦大枣汤由炙甘草、淮小麦、大枣、桂枝、生龙骨、生牡蛎组成。方中炙甘草补养心气、和中缓急、调和诸药；淮小麦养肝补心、除烦安神；大枣补中益气、润燥缓急。三者合用，共奏养心安神、缓急除烦之功。配伍桂枝

温通经脉、助阳化气，既可温养心阳以助血行，又防阴柔之品碍胃；生龙骨、生牡蛎重镇安神、潜阳敛阴，通过平抑肝阳、收敛浮越之火，改善心烦不寐、耳鸣腰酸等症状。全方配伍严谨，共奏养心阴、补心血、安神除烦之效，契合PSI血亏阴虚之病机。有研究表明，甘麦大枣汤可通过调节血清DA、5-羟色胺水平，缓解卒中后失眠[13]。有研究发现，桂枝甘草龙骨牡蛎汤能通过调节神经递质及性激素的表达来改善更年期失眠[14]。提示加味甘麦大枣汤可能通过类似机制调控神经-内分泌-免疫网络，改善PSI患者的睡眠结构，为其临床应用提供理论依据。

相较于单一治疗，联合中医外治法能进一步提高失眠的临床疗效[15]。耳穴压豆作为中医外治法之一，通过对神门、皮质下、心、肾、交感等穴位的刺激，可调节中枢神经系统功能，改善睡眠节律。神门穴为镇静安神要穴，可调节大脑皮质的兴奋性，改善焦虑情绪和睡眠；皮质下穴能调节中枢神经功能，改善睡眠-觉醒周期与情绪；心穴可养心安神、清心除烦；肾穴能滋补肾阴、交通心肾；交感穴可调节自主神经功能，平衡交感与副交感神经的兴奋性[16-18]。诸穴共同发挥宁心安神、调和阴阳的作用。

本研究结果显示，联合组总有效率高于对照组，在改善总睡眠时间、睡眠效率、缩短睡眠潜伏期及觉醒时间方面均优于对照组。提示加味甘麦大枣汤可更全面地调节睡眠-觉醒周期。

TLR4/NF-κB/MLCK信号通路是机体炎症反应的核心通路，在促炎因子IL-6的分泌中发挥重要作用，该通路经TLR4 mRNA激活后，可调控NF-κB mRNA表达，进而促进IL-6等促炎因子释放，过度释放的IL-6会损伤海马体等睡眠调节中枢，引发睡眠异常[19-21]。因此，调控该通路可有效改善失眠症状。本研究结果显示，联合组TLR4 mRNA、NF-κB mRNA及IL-6水平均低于对照组，提示该方案可能通过抑制TLR4/NF-κB信号通路激活，阻断炎症级联反应，从而减轻神经炎症对睡眠结构的破坏。有研究表明，甘麦大枣汤含甘草酸、小麦多糖等成分，具有抗炎及神经保护作用[22]；耳穴压豆通过刺激神门、心等穴位，可调节迷走神经张力，进一步抑制炎症反应[23]。

在神经内分泌调节相关指标中，E、NE、DA均为单胺类神经递质，可动态调控睡眠-觉醒状态的转换，长期失眠或应激状态可导致NE、DA水平升高，通过干预降低NE、DA水平，可有效改善失眠症状[24-27]。本研究结果显示，联合组E、NE、DA水平均低于对照组，提示加味甘麦大枣汤可能通过调控E、NE、DA的表达，改善PSI患者的睡眠结构，提高睡眠质量。笔者分析认为，炙甘草、淮小麦、桂枝、生龙骨、生牡蛎等成分及耳穴刺激可能协同调节神经内分泌功能，降低神经递质水平，从而改善睡眠。

本研究结果显示，联合组不良反应发生率略高于对照组，但差异无统计学意义（$P>0.05$），提示加用加味甘麦大枣汤未显著增加不良反应风险，安全性良好。

综上所述，在艾司唑仑片联合耳穴压豆的基础上加用加味甘麦大枣汤治疗血亏阴虚型PSI患者，可有效减轻炎症反应，改善睡眠质量，且安全性较好。

[参考文献]

[1] DAI X H，BAI R，XIE B，et al. A Metabolomics-Based Study on the Discriminative Classification Models and Toxicological Mechanism of Estazolam Fatal Intoxication[J]. Metabolites，2023，13(4)：567.
[2] 蔡李佳，王赞. 失眠认知行为疗法联合药物或物理疗法治疗失眠专家共识[J]. 中国实用内科杂志，2025，45(7)：576-587.
[3] 李子恒，刘鑫，王平，等. 酸枣仁汤通过影响脑、心、肝脏腑功

能治疗失眠的研究进展[J]. 中国实验方剂学杂志，2021，27(16)：59-66.

[4] 蔡仕霞，周春姣，龙璐，等. 耳穴压豆治疗肝癌患者术后睡眠障碍的临床观察[J]. 中国普通外科杂志，2024，33(11)：1930-1934.

[5] ZHAO J H，GAO L B，KANG Y，et al. Efficacy and safety of self-made Jianpi Huoxue Jieyu formula in treating ischemic stroke-related insomnia with Qi deficiency and blood stasis:A randomized controlled trial[J]. Medicine(Baltimore)，2025，104(31)：e43514.

[6] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志，2018，51(9)：666-683.

[7] 中国睡眠研究会. 中国失眠症诊断和治疗指南[J]. 中华医学杂志，2017，97(24)：1844-1856.

[8] 国家市场监督管理总局，国家标准化管理委员会. GB/T 16751.2-2021 中医临床诊疗术语第2部分：证候[S]. 北京：中国标准出版社，2021.

[9] KHAZAEI S，AYUBI E，KHAZAEI M，et al. Sleep Quality and Related Determinants among Stroke Patients: A Cross-Sectional Study[J]. Iran J Psychiatry，2022，17(1)：84-90.

[10] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则：第1辑[M]. 北京：中国医药科技出版社，1993：187.

[11] ZHAO L，SUN T，TONG P，et al. A cross-sectional study investigating the underlying inflammatory mechanisms of post-stroke insomnia[J]. Cytokine，2025，192：156975.

[12] WANG Y M，CHEN Y F，YANG J B，et al. Electro-Acupuncture Therapy Alleviates Post-Stroke Insomnia by Regulating Sirt1 and the Nrf2-ARE Pathway[J]. Neuromolecular Med，2025，27(1)：37.

[13] 匡美琴，刘佩，刘小丰，等. 中和甘麦大枣汤联合隔姜炙治疗失眠及对负性情绪的影响[J].

[14] 蔡艳，张晓丹，李家英，等. 桂枝甘草龙骨牡蛎汤加味治疗更年期失眠的效果评价[J]. 辽宁中医杂志，2025，52(5)：92-96.

[15] 张华军，岳丽军，马倩，等. 择时耳穴压豆治疗缺血性脑卒中后失眠的临床观察[J]. 中华中医药杂志，2022，37(2)：1198-1200.

[16] 姚旭，谭克平. 针刺阿是穴及安神六穴治疗紧张型头痛伴情绪障碍的疗效观察[J]. 中华中医药杂志，2019，34(1)：398-400.

[17] 柳琳琳，夏猛，雷雨迟，等. 耳穴压豆治疗肝癌患者睡眠障碍的研究[J]. 广西大学学报(自然科学版)，2020，45(3)：717-722.

[18] 魏心昶，陆瑾，李静，等. 舌针联合体针对围绝经期失眠患者血清性激素水平以及睡眠质量的影响：随机对照研究[J]. 针灸临床杂志，2024，40(4)：11-15.

[19] WANG X，WANG Z，CAO J，et al. Gut microbiota-derived metabolites mediate the neuroprotective effect of melatonin in cognitive impairment induced by sleep deprivation[J]. Microbiome，2023，11(1)：17.

[20] 梁玉洁，邹俊波，张小飞，等. 润肺宁神方治疗新型冠状病毒肺炎致失眠的网络药理学机制[J]. 西北药学杂志，2022，37(6)：81-88.

[21] 王雅静，杨伟丽，刘艳蕊，等. 基于TLR4/NF-κB/MLCK通路探讨百合地黄汤治疗失眠伴肠道菌群失调小鼠的机制[J]. 中药新药与临床药理，2024，35(5)：681-693.

[22] ZHANG B Q，JI J Q，ZHANG X S，et al. Gan-Mai-Da-Zao decoction ameliorates depressive-like behaviors in CUMS mice via the microbiota-metabolism-inflammation axis[J]. Phytomedicine，2025，145：157018.

[23] 蔡晨伟，陈超超，李晓华，等. 择时耳穴压豆联合穴位贴敷对缺血性脑卒中后失眠患者神经功能和睡眠质量的影响[J]. 新中医，2025，57(10)：141-145.

[24] 马哲，黎应新，谢光璟，等. 酸枣仁安神合剂对失眠小鼠的影响和作用机制[J]. 世界中医药，2025，20(12)：2093-2100.

[25] 边哲，高珺，郑富霞，等. 调神醒脑针法对缺血性脑卒中后失眠患者的影响[J]. 辽宁中医杂志，2025，52(7)：167-170.

[26] 高政园，王东升，高孜爽. “调神潜阳”针法联合经皮耳迷走神经刺激治疗缺血性卒中后失眠的临床疗效及对患者神经递质的调节作用[J]. 世界睡眠医学杂志，2023，10(7)：1501-1505.

[27] 池彩霞，许文威. 基于子午流注理论的埋针疗法治疗脑卒中后心肾不交型失眠的临床疗效观察[J]. 世界睡眠医学杂志，2025，12(5)：1085-1087，1091.

[责任编辑：郭雨驰，吴凌，蒋维超(英文)]