

BMJ Open, 2015, 5(5):e007512.

[16] 陈锡红, 崔晓琴, 丁萍. 早期乳房穴位按摩配合早吸吮对产妇乳汁分泌和乳房胀痛的影响[J]. 当代护士, 2019, 26(23):65-68.

[17] 朱云飞. 基于经络理论的穴位按摩治疗产后缺乳的效果研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2017.

[18] Ohyama M, Warum H, Yumiko H, et al. Manual expression and electric breast pumping in the first 48h after delivery[J]. *Pediatr Int*, 2010, 52(1):39-43.

[19] Becker G E, Smith H A, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women (Review)[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(2):CD006170.

[20] 杨丽霞, 王晓阳, 罗茵, 等. 六步法乳房按摩促进母婴分离产妇泌乳 II 期启动的效果观察[J]. 解放军护理杂志, 2020, 37(2):36-39.

[21] Matias S L, Dewey K G, Quesenberry C P, et al. Maternal pregnancy obesity and insulin treatment during pregnancy are independently associated with delayed lactogenesis in women with recent gestational diabetes mellitus [J]. *Am J Clin Nutr*, 2014, 99(1):115-121.

[22] 斯蒂文·谢尔弗. 美国儿科学会育儿百科[M]. 北京: 北京科技出版社, 2016:104-105.

[23] Demirci J, Schmella M, Glasser M, et al. Delayed lactogenesis II and potential utility of antenatal milk expression in women developing late-onset preeclampsia: a case series[J]. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018, 18(1):68-85.

[24] 张菊, 牛英群. 早产儿父母创伤后应激障碍的研究进展[J]. 护理学杂志, 2017, 32(5):98-101.

[25] 莫建英, 杨丽萍, 徐志芳. 产后不同时间乳房按摩配合穴位按摩对乳汁分泌与母乳喂养的影响[J]. 中国护理管理, 2017, 17(2):184-187.

[26] 栾丹丹, 于秀荣, 王云芳, 等. NICU 住院早产儿母亲在母婴分离期的泌乳量及相关因素研究[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(1):65-69.

[27] 盛佳, 王靖, 张俊平, 等. 国际认证哺乳顾问的发展现状及启示[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(2):309-312.

[28] 卢群叶, 刘巧云. 新生儿科护士阶段性电话随访对出院新生儿纯母乳喂养率的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2019, 4(21):157-159.

[29] 余静, 张先红, 魏璐, 等. 我国早产儿延续性护理研究现状[J]. 护理学杂志, 2018, 33(21):15-18.

[30] 柏婷, 杨雅卉, 付雪妹, 等. 产妇产后疲乏程度对泌乳发动时间的影响[J]. 中华护理杂志, 2018, 53(4):56-60.

[31] Grzeskowiak L E, Amir L H, Smithers L G. Longer-term breastfeeding outcomes associated with domperidone use for lactation differs according to maternal weight[J]. *Eur J Clin Pharmacol*, 2018, 74(8):1071-1075.

(本文编辑 钱媛)

基于脑卒中后睡眠障碍患者中医体质的个体化护理

刘艳¹, 裴胜利², 杜谢琴³, 姚瑶¹, 刘英⁴, 高芳芳⁵

Effect of individualized nursing care based on TCM physiques for patients developing post-stroke sleep disorders Liu Yan, Pei Shengli, Du Xieqin, Yao Yao, Liu Ying, Gao Fangfang

摘要:目的 观察基于脑卒中后睡眠障碍患者中医体质的个体化护理的临床疗效。方法 将 77 例脑卒中合并睡眠障碍患者按住院时间分为对照组 38 例, 观察组 39 例。对照组给予常规护理。观察组在对照组的基础上, 首先评估患者中医体质, 然后根据患者中医体质给予个体化护理。在治疗后第 21 天评估两组匹兹堡睡眠质量指数、治疗有效率的变化。结果 治疗 21 d 后, 观察组睡眠质量评分及睡眠障碍治疗效果显著优于对照组(均 $P < 0.01$)。结论 基于中医体质的个体化护理能有效改善脑卒中后睡眠障碍患者睡眠质量。

关键词: 脑卒中; 睡眠障碍; 中医体质; 辨证施治; 个体化护理; 中医护理

中图分类号: R473.5; R248.1 **文献标识码:** B **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2020.22.048

脑卒中后睡眠障碍(Post-stroke Sleep Disorders, PSSD)是脑卒中后最常见的并发症之一, 1/3~1/2 脑卒中患者会出现不同程度的睡眠障碍^[1-2]。PSSD 常见的临床表型包括睡眠障碍性呼吸、睡眠异常、睡眠相关运动障碍、失眠和嗜睡症等^[3]。国内外研究显示, 如不采用有效的干预措施, PSSD 将不仅影响脑卒中患者神经功能康复, 导致患者出现焦虑和抑郁情绪, 严重降低患者生活质量, 还会加重脑卒

中危险因素, 甚至诱发脑卒中复发^[4-8]。PSSD 为现代康复面临的难题, 最新的研究进展发现, 以针刺、体针、耳针为主的中医康复治疗^[9], 和以中医饮食调护、中药足浴、足部穴位按摩、耳穴埋豆为主的中医延续护理能显著提高患者的睡眠质量和生活质量, 且无明显不良反应^[10]。在中医理论中, 患者的体质是辨证施治的核心。鉴此, 本研究探讨基于患者中医体质的个体化护理对 PSSD 患者睡眠质量的影响, 旨在为临床上提高 PSSD 的护理水平和促进临床疗效提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月至 2020 年 2 月武汉市第三医院康复医学科收治的脑卒中合并睡眠障

作者单位: 武汉大学附属同仁医院/武汉市第三医院 1. 疼痛康复科 2.

护理部 3. 外科 4. 整形科 5. 五官科 (湖北 武汉, 430000)

刘艳: 女, 本科, 主管护师, 护士长

通信作者: 裴胜利, 1350794936@qq.com

收稿: 2020-07-03; 修回: 2020-08-10

碍患者病例 77 例,按住院时间分组,以 2019 年 1 月为界分成对照组 38 例、观察组 39 例。纳入标准:年龄 ≥ 40 岁;符合 1995 年中华医学会第四届脑血管病学术会议制订的缺血性脑卒中诊断标准^[11],并经颅脑影像学检查确诊;缺血性脑卒中病程 1~5 年,生命体征稳定;睡眠障碍发生在缺血性脑卒中之后,且病程 3 个月以上;匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI)总分 > 7 分^[12];住院时间 > 21 d;对研究内容充分了解,签署知情同意书。排除标准:生命体征不稳定;合并其他引起睡眠障碍的疾病;合并严重基础疾病或精神类疾病。两组患者一般资料比较,见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	体重指数 ($\bar{x} \pm s$)	并存疾病(例)				吸烟史 (例)
		男	女			高血压	糖尿病	冠心病	高脂血症	
对照组	38	17	21	65.70 ± 1.62	24.08 ± 0.49	38	13	9	25	20
观察组	39	19	20	65.55 ± 1.72	24.62 ± 0.55	38	14	7	26	22
χ^2/t		0.123		1.710	0.516	—	0.024	0.385	0.007	0.111
<i>P</i>		0.726		0.096	0.609	1.000	0.877	0.535	0.935	0.739

1.2.2 观察组

在常规护理的基础上,入院当天首先由专职护理人员负责中医体质评价,参照《中医体质分类与判定》标准^[13],将患者体质分为平和质、气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质和特禀质。对 39 例患者中医体质评估结果显示:气郁质 10 例,痰湿质 9 例,湿热质 7 例,气虚质 6 例,血瘀质 4 例,阴虚质 2 例,阳虚质 1 例,平和质和特禀质分别为 0 例。根据患者体质类型,由责任护士给予个体化护理。个体化护理内容包括耳穴埋豆、艾灸和饮食指导,均由责任护士负责实施。耳穴埋豆采用一次性的耳穴贴(河北贺氏医疗器械有限公司生产,直径 2 mm 的王不留行子),将王不留行子按压在选择好的耳穴上,用示指拇指捻压王不留行子,手法由轻到重,至耳穴处出现酸沉麻木或疼痛等得气感为止;耳穴埋豆治疗从入院后第 1 天起,每穴留置 7 d,至下次治疗更换王不留行子,共治疗 3 次。艾灸治疗从入院后第 1 天起,每日 1 次,连续治疗 5 d,休息 2 d 后再进行下一个疗程,共治疗 15 次。饮食指导由责任护士告知患者家属食疗的方法,根据患者体质制定相应的食谱,嘱患者家属执行,每周给予 2~3 次食疗。

1.2.2.1 气虚质 气虚质人群多伴语声低微、气短乏力、疲劳自汗、眩晕健忘等临床表现。护理:①耳穴埋豆,穴位选择心、脾、肾、神门、交感;艾灸选择关元、气海、足三里、肾俞、肺俞、脾俞、神阙等益气穴位,每日选择 2~3 穴位,在患者背侧和腹侧交替进行艾灸,灸至穴位皮肤潮红或有温热传导感为度。②指导患者多食用黄芪、枸杞、大枣补气补血食物,推荐食谱黄

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 由责任护士给予常规护理,合理安排患者日常活动和康复治疗,指导患者建立良好睡眠习惯。①嘱患者饮食清淡,忌食辛辣、油腻、不易消化、易引起兴奋(如咖啡、浓茶)等食物,忌睡前饮食过饱,睡前 1 h 不饮水;②保持大便通畅,若出现排便不畅及时使用开塞露,避免腹胀腹痛影响睡眠;③康复治疗和输液尽量安排在 9:00~17:00,让患者白天保持适度的运动量;④对患者进行心理疏导,及时告知病情好转程度,提高患者康复的信心,减少焦虑和抑郁情绪;⑤对患者家属及其培训进行健康教育,嘱咐其日间加强与患者沟通,夜间保持安静,给患者营造舒适的睡眠环境。

芪枸杞大枣鸡汤、红枣汁、姜枣茶。

1.2.2.2 阳虚质 阳虚质人群多伴虚寒畏冷。护理:①耳穴埋豆,选择心、脾、肾、神门、交感、皮质下等耳穴;艾灸治疗选择关元、大椎、命门、足三里、涌泉等固护和补益阳气的穴位。②指导患者多食用小米、瘦羊肉等补阳补气食物,推荐食谱枸杞红枣小米粥、生姜清炖羊肉汤。

1.2.2.3 阴虚质 阴虚质人群多伴口干尿频、骨蒸潮热、盗汗多梦等阴虚火旺症状。护理:①耳穴埋豆,选择心、肝、肾、神门、交感、皮质下等耳穴;这类人群不进行艾灸,避免加重阴虚火旺症状。②指导患者多饮水、饮食清淡、适当食用百合、银耳、枸杞、鸭肉等滋阴降火食物,推荐食谱百合红枣银耳汤,冬瓜枸杞鸭肉汤。

1.2.2.4 痰湿质 痰湿质人群多伴体胖痰多。护理:①耳穴埋豆,选择脾、胃、神门、交感、皮质下等耳穴,艾灸选择穴位丰隆、曲池、足三里、脾俞等穴健脾化湿祛痰。②指导患者多饮水、饮食清淡、适当食用陈皮、薏米等健脾祛湿食物,推荐食谱陈皮薏米排骨汤。

1.2.2.5 湿热质 湿热质人群多伴面垢油光、口干口苦、急躁易怒。护理:①耳穴埋豆,选择脾、胃、神门、交感、皮质下等耳穴,艾灸选择大椎、曲池、足三里、脾俞等穴化湿清热。②指导患者多饮水、饮食清淡、适当食用薏米、冬瓜等化湿利水清热食物,推荐食谱冬瓜薏米排骨汤,薏米小米白米粥。

1.2.2.6 血瘀质 血瘀质人群以面色晦暗、舌质紫暗为主要特征。护理:①耳穴埋豆,选择心、肝、脾、三焦、神门、交感、皮质下等耳穴,艾灸选择血海、

足三里、脾俞等穴活血化瘀穴位。②指导患者适当食用白芍、川芎等药膳，嘱患者家属在排骨汤或者鸡汤中放入适量的黄芪、白芍和川芎，每种药材 8 g。

1.2.2.7 气郁质 气郁质人群以肝郁气滞、情志不畅为主要特点。护理：①耳穴埋豆，选择心、肝、三焦、神门、交感、皮质下等耳穴；艾灸选择穴位血海、足三里、脾俞等活血化瘀穴位。②加强与患者的交流，并鼓励患者与他人的交流，增强患者对康复及生活的信心。③饮食清淡，食滞腹胀者给予山楂泡水，以理气消胀，或以玫瑰花、菊花代茶饮。

1.3 评价方法

在患者干预 21 d 后由 1 名专职护士统一进行疗效评估。

1.3.1 睡眠质量评分 采用 PSQI 评估睡眠质量，由患者自评。PSQI 包括入睡时间、睡眠质量、睡眠时间、睡眠效率、催眠药物等 7 个维度，每个维度按 0~3

分 4 个等级计分，各个维度累积得分即为 PSQI 总分。睡眠障碍的评判标准为 PSQI 总分 > 7 分，得分越高表示睡眠障碍的程度越重。

1.3.2 治疗效果 参照既往文献报道计算有效率^[14]。痊愈：恢复正常睡眠时间或至少为 6 h，睡眠质量好，睡醒后精神状态好。显效：睡眠质量明显好转，睡眠时间为 3 h 以上。有效：睡眠时间有所增加，但不足 3 h。无效：临床症状无任何改善，甚至有加重的趋势。总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效) 例数 / 总例数 × 100%。

1.4 统计学方法 采用 SAS9.3 软件进行统计分析，行 *t* 检验、 χ^2 检验和秩和检验，检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后 PSQI 评分比较 见表 2。

2.2 两组治疗效果与总有效率比较 见表 3。

表 2 两组干预前后 PSQI 评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	时间	例数	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	PSQI 总分
对照组	干预前	38	2.24 ± 0.63	1.82 ± 0.65	1.98 ± 0.47	1.24 ± 0.68	1.57 ± 0.32	1.11 ± 0.49	1.71 ± 0.57	11.45 ± 2.47
	干预后	38	2.10 ± 0.51	1.69 ± 0.23	1.95 ± 0.45	1.06 ± 0.43	1.56 ± 0.26	1.08 ± 0.34	1.67 ± 0.36	11.23 ± 2.32
观察组	干预前	39	2.21 ± 0.62	1.74 ± 0.50	2.02 ± 0.56	1.18 ± 0.66	1.61 ± 0.51	1.18 ± 0.33	1.55 ± 0.51	11.47 ± 2.33
	干预后	39	1.02 ± 0.61	0.83 ± 0.18	0.84 ± 0.31	1.03 ± 0.55	0.85 ± 0.21	1.01 ± 0.19	0.65 ± 0.29	6.20 ± 2.14
<i>t</i> ₁			0.183	0.591	0.961	0.398	1.146	0.547	1.285	0.079
<i>P</i> ₁			0.856	0.556	0.340	0.692	0.256	0.586	0.206	0.940
<i>t</i> ₂			8.480	5.707	9.041	0.554	13.162	0.836	9.558	14.684
<i>P</i> ₂			0.002	0.004	0.009	0.581	0.000	0.406	0.001	0.001

注：*t*₁、*P*₁ 为两组干预前比较；*t*₂、*P*₂ 为两组干预后比较。

表 3 两组治疗效果与总有效率比较 例(%)

组别	例数	治疗效果				总有效
		痊愈	显效	有效	无效	
对照组	38	4(10.53)	8(21.05)	18(47.37)	8(21.05)	30(78.95)
观察组	39	12(30.77)	16(41.02)	9(23.08)	2(5.13)	37(94.90)
统计量		<i>Z</i> = -3.535				$\chi^2 = 12.737$
<i>P</i>		0.000				0.002

3 讨论

PSSD 是特指继发于脑卒中后的睡眠障碍综合征，随着人们对睡眠的重视度提高，目前 PSSD 已成为重要的公共卫生问题。研究证实睡眠在神经可塑性和神经网络重组中发挥重要作用，可改善脑卒中患者学习和记忆功能，在脑卒中后的神经康复中起关键作用^[15]。睡眠紊乱会损害脑卒中后神经康复，睡眠障碍，如睡眠障碍性呼吸，失眠和不宁腿综合征在脑卒中患者中很常见，并存 PSSD 的患者往往伴随较差的神经康复结果^[15]。

PSSD 的发生机制复杂，其病因病机与以下因素有关：①各种原因导致脑类淋巴系统脑脊液和组织间液的交换功能下降，大分子溶质在大脑堆积，破坏脑内环境稳态，可能损害睡眠与觉醒系统^[16]。②脑卒中，尤其是缺血性脑梗死，当病灶发生在和睡眠相关

的脑区时，就会出现相应的睡眠障碍。与睡眠相关的脑区包括额叶底部、视上核、被盖部巨细胞区、蓝斑、缝核、延髓网状结构抑制区以及脑干上行网状激动系统等。此外，下丘脑前部的视交叉上核是调节昼夜节律的中枢。当上述脑区出现梗死、水肿、压迫或血流量改变，缺血缺氧及兴奋性氨基酸等毒性物质的释放会干扰睡眠-觉醒系统，引起不同程度的睡眠障碍^[17-18]。③脑卒中后中枢去甲肾上腺素、5-羟色胺等神经递质含量下降，进而影响单胺能通路受损，引起焦虑、抑郁情绪，继而影响睡眠。患者脑卒中后社会角色、生活状态等发生突然变化，造成患者悲观、抑郁等消极情绪，也会进而影响睡眠^[17]。虽然现代医学对 PSSD 的发病机制的研究取得一些进展，但西医对 PSSD 仍缺乏特效治疗。

在中医学，睡眠障碍属于“不寐”“少寐”范畴。丁舟^[19]对脑卒中后睡眠障碍的中医病因病机进行了系统分析，认为气血虚衰、阴阳失调、劳倦内伤，五脏受损；脾失健运，痰浊内生；五志所伤，七情过极；外感邪气，营卫失和是脑卒中后睡眠障碍的关键病因病机。正如《灵枢·营卫生会》所述：“老人之夜不瞑者，何气使然？老者之气血衰，其肌肉枯，气道涩，五脏之气相

搏,其营气衰少而卫气内伐,故昼不精,夜不瞑。”明确指出不寐多发生在老年人,与老年人年老体弱或久病体虚引起气血虚衰,营卫失和有关。

准确辨别患者中医体质是中医辨证论治的首要前提。既往中医体质的辨别均以望闻问切和中医师的主观经验为主,难以实现标准化,由于中医师临床经验的差异,可能出现偏差,从而影响辨证论治的临床疗效。《中医体质分类与判定》标准的制定为患者中医体质的辨别实现了定量和定性标准。临床研究通过对失眠患者中医体质进行量化评估,发现失眠患者中医体质不同,其失眠症状也不同,如裴清华等^[20]发现失眠患者中最多的 3 种单一体质为气虚质、阴虚质及痰湿质,3 种兼夹体质为气虚兼夹阳虚体质、气虚兼夹阴虚体质以及阳虚兼夹痰湿体质;王晓秋等^[21]发现气虚质、气郁质、血瘀质、阳虚质四种中医体质与失眠发生呈正相关。临床研究证实,耳穴埋豆治疗失眠有一定疗效,可提高患者的睡眠质量^[22]。而基于中医体质,有针对性地选择耳穴埋豆的穴位,对特定穴位进行按压治疗能有效改善阴虚质、气虚质、湿热质、气郁质患者睡眠质量,其临床疗效明显高于常规穴位埋豆治疗^[23]。虽然上述研究证实了中医体质在以原发性失眠为主的睡眠障碍的发病和治疗中的重要性,但关于 PSSD 的中医体质分型及不同体质的 PSSD 患者中医护理的有效性仍未见报道。本研究通过阐明患者中医体质可以实现对失眠患者的个体化管理,主要体现在耳穴埋豆、艾灸、针刺等中医治疗的选穴上,根据不同的体质选择不同的穴位能提高临床疗效。在系统评估观察组 PSSD 患者中医体质的基础上,针对患者体质给予个体化的护理措施,在常规护理的基础上,制定了个体化的耳穴埋豆、艾灸治疗和饮食指导。这种基于患者中医体质的个体化护理不仅可以治标(改善睡眠),还可以治本(调理体质)。

本研究是对基于 PSSD 患者中医体质的个体化护理效果的初步探讨,仍存在一些不足之处,如观察样本量较小,缺乏有效的随机分组,接下来还需要大样本的随机对照临床研究提供更高质量的循证医学证据。

参考文献:

[1] Pontes-Neto O M, Fernandes R M, Sander H H, et al. Obstructive sleep apnea is frequent in patients with hypertensive intracerebral hemorrhage and is related to perihematoma edema[J]. *Cerebrovasc Dis*, 2010, 29(1): 36-42.

[2] Chen Y K, Lu J Y, Mok V C, et al. Clinical and radiologic correlates of insomnia symptoms in ischemic stroke patients[J]. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011, 26(5): 451-457.

[3] Hepburn M, Bollu P C, French B, et al. Sleep medicine: stroke and sleep[J]. *Mo Med*, 2018, 115(6): 527-532.

[4] 张雁,杨孝菊,任晓兰,等.老年缺血性脑卒中后睡眠障碍

患者睡眠参数与生活质量的关系[J]. *中国老年学杂志*, 2020, 40(7): 1541-1543.

[5] 张磊,马燕桃,李瑞芳,等.主诉失眠的门诊就诊者主客观评估的睡眠质量与生命质量[J]. *中国心理卫生杂志*, 2011, 25(10): 746-750.

[6] 张瑾,潘凤华,吴晋.急性脑梗死患者睡眠障碍与焦虑、抑郁情绪的相关性研究[J]. *世界睡眠医学杂志*, 2019, 6(9): 1176-1178.

[7] Chun M H, Chang M C, Lee S J. The effects of forest therapy on depression and anxiety in patients with chronic stroke[J]. *Int J Neurosci*, 2017, 127(3): 199-203.

[8] 刘红,杨劲,唐向东,等.原发性失眠主客观睡眠质量与日间功能损害的关系[J]. *华西医学*, 2013, 28(2): 209-213.

[9] 王一斯,王莹,赵红.卒中后睡眠障碍的中医诊疗新进展[J]. *河北中医*, 2016, 38(8): 1271-1276.

[10] 曹亚芬,李丽娟,肖利亚.卒中后睡眠障碍患者中医延续护理的效果评价[J]. *护理学杂志*, 2018, 33(18): 90-93.

[11] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病分类诊断要点[J]. *中华神经杂志*, 1996, 42(29): 379.

[12] Buysse D J, Reynolds C F 3rd, Monk T H, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research[J]. *Psychiatry Res*, 1989, 28(2): 193-213.

[13] 中华中医药学会. 中医体质分类与判定(ZYYXH/T157-2009)[J]. *世界中西医结合杂志*, 2009, 4(4): 303-304.

[14] 朱学庆,王东红,单蕊.康复护理对脑卒中后睡眠障碍患者的影响研究[J]. *世界睡眠医学杂志*, 2019, 6(5): 626-628.

[15] Duss S B, Seiler A, Schmidt M H, et al. The role of sleep in recovery following ischemic stroke: a review of human and animal data[J]. *Neurobiol Sleep Circadian Rhythms*, 2016, 2: 94-105.

[16] Xie L, Kang H, Xu Q, et al. Sleep drives metabolite clearance from the adult brain[J]. *Science*, 2013, 342(6156): 373-377.

[17] 张素美,李伟荣,陈烜,等.卒中后抑郁、卒中后睡眠障碍关系及发病机制探讨[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2017, 17(64): 48.

[18] 王娇,梅丽.脑卒中后睡眠障碍的临床相关因素研究[J]. *脑与神经疾病杂志*, 2013, 21(4): 281-284.

[19] 丁舟.卒中后睡眠障碍中医病因病机探讨[J]. *北京中医药*, 2010, 29(10): 768-769.

[20] 裴清华,李侠,许静,等.308 例原发性失眠患者的中医体质分布与睡眠质量的相关性研究[J]. *北京中医药大学学报*, 2018, 41(10): 859-862.

[21] 王晓秋,吴文忠,刘成勇,等.基于中医体质失眠影响因素的 Logistic 回归分析[J]. *中国中西医结合杂志*, 2020, 40(3): 304-308.

[22] 杨媛媛,王燕,李文文,等.耳穴贴压治疗失眠疗效的 Meta 分析[J]. *护理学杂志*, 2015, 30(5): 4-8.

[23] 李剑霜,郑婷婷,郑娅,等.基于中医体质辨识观察耳穴贴压治疗阴虚火旺型失眠患者的疗效[J]. *浙江中医杂志*, 2019, 54(8): 585-586.