

ICS 11.020.10
C05



团体标准

T/CACM XXXX.6

代替 ZYYXH/T 455-2015

多寐中医诊疗指南

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment of Drowsiness

(文件类型: 草案)

(完成时间: 2023 年 12 月)

20**-**发布

20**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

| | |
|-------------------------|----|
| 前言 | II |
| 引言 | IV |
| 1 范围 | 1 |
| 2 规范性引用文件 | 1 |
| 3 术语和定义 | 1 |
| 4 诊断 | 1 |
| 5 中医证候分型 | 1 |
| 6 治疗 | 2 |
| 7 中医疗效评价标准 | 4 |
| 8 预后 | 4 |
| 9 注意事项 | 4 |
| 附录 A（资料性附录）指南制订方法 | 5 |
| 参考文献 | 7 |

前 言

本文件按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件代替中华中医药学会2015年发布的《中医神志病临床诊疗指南·多寐》(标准号：ZYYXH/T 455-2015)。与前一版相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下

a) 更改指南名称“中医神志病临床诊疗指南·多寐”为“多寐中医诊疗指南”(见封面)；

b) 更改了“范围”的内容(见第1章，2015年版第1章)；

c) 增加了“规范性引用文件”(见第2章)；

d) 更改了“术语和定义”的具体内容(第3章，2015年版第2章)；

e) 将“诊断与鉴别诊断”更改为“诊断”(第4章，2015年版第3章)，增加了“中医诊断标准”(见4.1)，更改了“临床表现”的内容(见4.2，2015年版3.1.1)，删除了“辅助检查”(见2015年版3.1.2)，更改了“鉴别诊断”的内容(见4.3，2015年版3.2)；

f) 将“辨证”更改为“中医证候分型”(见第5章，2015年版第4章)，增加“辨证要点”(见5.1)、“辨证分型”(见5.2)；

g) 在“辨证分型”中，删除了“心气不足证”(见2015年版4.1)、“肝胆湿热证”(见2015年版4.3)，增加了“脾气虚弱证”(见5.2.1)、“阳气虚衰证”(5.2.3)、“痰湿内阻证”(见5.2.4)；

h) 更改了“治疗原则”中的具体内容(见6.1，2015年版5.1)；将“分证论治”更改为“辨证论治”(见6.2,2015年版5.2)

i) 在“辨证论治”中“，删除了“心气不足证”(见2015年版5.2.1)、“(见2015年版5.2.3)，增加了“脾气虚弱证”(见5.2.1)、“阳气虚衰证”(见5.2.3)、“痰湿内阻证”(见5.2.4)；

j) 将“其他疗法”更改为“中医非药物治疗”(见6.3,2015年版5.3)；

k) 将“体针”更改为“针刺疗法”，将治疗中“耳穴”、“梅花针”的内容并入“针刺疗法”(见6.3.1,2015年版5.3.1、5.3.2、5.3.3)，更改了“推拿疗法”的具体内容(见6.3.2，2015年版5.3.4)，增加了“中医心理疗法”(见6.3.3)、“药膳疗法”(见6.3.4)、“运动疗法”(见6.3.5)；

l) 增加了“中医疗效评价标准”(见第7章)、“预后”(见第8章)、“注意事项”(见第9章)；

m) 增加了本文件中所有证据等级，更改了推荐级别(见6.2.1、6.2.2、6.2.3、6.2.4、6.2.5、6.3.1、6.3.2、6.3.3、6.3.4、6.3.5，2015年版5.2.1、5.2.2、5.2.3、5.2.4、5.2.5、5.3.1、5.3.2、5.3.3、5.3.4、5.3.5)；

n) 将“方法”更改为“指南制订方法”，并列为附录(见附录A，2015年版方法)；

o) 更改了“指南制订方法”中证据分级及推荐级别的标准（见附录 A 第 2 条，2015 年版方法第 2 条）。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利，本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药大学第三附属医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：北京中医药大学第三附属医院，黑龙江中医药大学附属第二医院、厦门市中医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、首都医科大学附属北京康复医院、北京中医药大学东方医院、浙江大学医学院附属妇产科医院、上海中医药大学附属曙光医院宝山分院、锦州市中心医院、珠海市中西医结合医院。

本文件主要起草人：李丹、李岩。

本文件其他起草人：徐峰、张文悦、张志辰、赵瑞珍、李云波、曲凡、郭玉红、陈宇、苏苏。

引 言

随着新的关于多寐的诊断与治疗方法也不断出现,旧版标准和指南在国内外缺乏影响力,缺乏前沿性和认可度。因此,本标准在旧版多寐中医诊疗指南的基础上,整合和吸纳国内外中医药防治多寐新的研究成果和成功经验,借鉴循证医学的方法,对多寐的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐,纳入更高等级的证据,形成全新的中医防治多寐的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高多寐的临床疗效具有重要作用。既让我们一线的临床大夫有最新的标准可以参考,又可以让中医诊疗指南与世界衔接,更好的服务人民群众。开展多寐中医临床诊疗指南的制订工作,可有效规范中医干预多寐诊疗技术的规范化与诊疗优势发挥的最大化,为临床实践提供可靠证据,并确保治疗的安全性和有效性。

基于当前中医神志病学发展现状,将中医神志病学理论内涵引入多寐的标准化、规范化和客观化研究中,依据最新的中医临床诊疗指南制定技术要求,开展多寐的中医辨证、中医诊断、中医治疗及中医疗效评价等标准化研究工作,籍此全面发掘和整理神志病科常见病多寐的临证诊疗经验,对中医诊断与治疗多寐的研究成果进行系统总结,探寻其防治规律,规范诊疗及预后评价体系,挖掘和整理中医古今文献中相关诊治方法,同时结合临床专家经验,将药物疗法、针灸推拿疗法、情志养生方法,以及其他中医与西医的特色疗法、适宜技术等方法进行融合,形成一套完整的,集定义、诊断、治疗和预防为一体的,能够为行业内实际应用、能被行业外广泛接受和认可、并与国际诊疗指南接轨的,具有一定权威性、约束力及推广应用价值的多寐中医临床诊疗指南,并在行业内发布并推广应用,将多寐中医临床诊疗纳入标准化、科学化与规范化的轨道。

多寐中医诊疗指南

1 范围

本文件提出了多寐的诊断、辨证、治疗建议、结局（预后）、注意事项。

本文件适用于神志病专科医院，中医综合医院神志病科、心理科、心身医学科，精神病专科医院，以及西医综合医院相关科室对多寐的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T15657-1995《中医病症分类与代码》

GB/T14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T13016-2020《标准体系表编制原则和要求》

GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》

3 术语和定义^[1-3,5]

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

多寐 Drowsiness

多寐是因心、脾、肾阳气虚损，髓海失充，神明失养，或湿、热、痰、瘀等阻滞脉络，蒙塞清窍所致的以睡眠过度或睡眠发作为核心症状的一类神志疾病，又称“嗜睡”、“多眠”、“好卧”。相当于西医学的“嗜睡症”、“发作性睡病”、“阻塞性睡眠呼吸暂停综合征”等。

4 诊断^[1-8,16,20,21]

4.1 中医诊断标准

多见于儿童期及青壮年男性。有反复发作史，起病突然，经过平稳；突然发作不可抗拒的入睡而无预感，可在任何环境下发生。入睡时间多短暂，亦可达数小时，睡眠后常自动醒转。夜间睡眠多正常。亦可表现为突然仆倒而入睡，部分患者伴有睡眠幻觉。影响正常生活、工作和学习。

4.2 临床表现

不分昼夜，时时欲睡，呼之能醒，醒后复睡，且并无夜间睡眠减少。

4.3 鉴别诊断

多寐当与昏迷、厥病、昏睡作出鉴别。

5 中医证候分型^[1-8]

5.1 辨证要点

多寐以虚实辨证为主。虚者多由思虑过度，耗伤心气，脑神失养；或年迈体虚，或房劳过度，肾精亏乏，脑神失充。实者多由情志不遂，蕴生湿热，蒙塞脑神；或气血瘀滞，脑络不通，神机失用。

5.2 辨证分型

5.2.1 脾气虚弱证

嗜睡多卧，神疲倦怠，脘腹胀满，食后尤甚，纳少便溏，面白不华，四肢乏力，舌淡苔白，脉细无力。

5.2.2 肾精亏虚证

怠惰嗜寐，耳鸣耳聋，头昏健忘，神情呆顿，任事精力不支。舌质淡，苔薄，脉细弱。

5.2.3 阳气虚衰证

昏昏嗜睡，睡眠过度，时寐时醒，多梦，精神萎靡，少气懒言，面色苍白，畏寒肢冷，舌淡苔白，脉沉细无力。或兼心悸气短，健忘易惊，自汗或动则汗出，或兼腰膝酸软，五更泄泻，夜尿频数。

5.2.4 痰湿内阻证

嗜睡困倦，头重如裹，肢体沉重，胸脘痞闷，纳少，泛恶，舌苔厚腻，脉滑，或口苦咽干，烦躁易怒，胸胁胀痛，舌苔薄黄或黄腻，脉滑。

5.2.5 瘀血阻窍证

神疲嗜睡，头痛头昏，或头部外伤史。舌质紫黯或有瘀斑，脉涩。

6 治疗

6.1 治疗原则

多寐治疗应注重调治阳气，通过调治脏腑，提神醒脑，解除多寐状态。初期多以邪实为主，治疗当祛邪为主，根据湿邪、痰浊、瘀血、热邪之偏重，运用燥湿健脾、祛化痰浊、清利肝胆湿热、活血化瘀通络之法，提振阳气，醒脑提神；发展中期以虚实夹杂多见，治疗当扶正祛邪，攻补兼施；后期以正虚为主，以脾肾阳虚，心阳虚衰，肾精亏虚，髓海空虚，脑神失养，阳气不足为其病本，因而治疗以温补心脾肾三脏阳气，滋肾填精生髓为其治本之法。但应注意祛邪不可峻猛，温阳不可太过，以防伤阴耗气。

6.2 辨证论治

6.2.1 脾气虚弱证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)^[1, 6, 7, 9, 10, 15, 17, 18]

治法：健脾和胃，益气提神。

方药：香砂六君子汤（《古今名医方论》）加减：人参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、木香、砂仁。

加减：若脾气下陷，气短，脱肛者，可加升麻、柴胡升举清阳；若气血俱虚，兼见心悸气短，应重用党参、黄芪、加当归、阿胶以养心生血。

6.2.2 肾精亏虚证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)^[1-5, 15, 19]

治法：滋肾填精，补髓健脑。

主方：左归丸（《景岳全书》）加减。

常用药：熟地、山药、山茱萸、枸杞子、川牛膝、菟丝子、鹿角胶、龟板胶。

加减：任事精力不支者，加何首乌、桑葚子；耳鸣耳聋甚者，加磁石。

6.2.3 阳气虚衰证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)^[1, 3-5, 11, 12, 15, 19]

治法：益气温阳，提神醒脑。

方药：肾气丸（《金匮要略》）加减：熟地、山茱萸、山药、附子、桂枝、干姜、丹皮、白术、党参、茯苓、炙甘草。

加减：若尿少浮肿，加真武汤温阳利水；食少纳呆，咳吐痰涎，舌苔腻者，减熟地黄的用量，加半夏、竹茹、陈皮以健脾祛痰湿；腹痛喜按，五更泄泻者，加四神丸；心悸气短，易惊者，加茯神、酸枣仁、柏子仁、远志、五味子补心安神定悸；黄芪、当归益气补血，养心提神；多梦者加生龙骨、生牡蛎以定志安神。

6.2.4痰湿内阻证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

治法：除湿化痰，和中醒神。

方药：温胆汤（《三因极一病证方论》）加减：半夏、竹茹、茯苓、枳实、郁金、陈皮、甘草。

加减：若湿邪久蕴，郁而化热者，口黏而苦，小便黄，苔黄腻，脉濡数，治宜清热化湿，去厚朴、生姜，加黄芩、山栀、通草、薏苡仁等；若兼有食积者，加枳壳、焦三仙消积化滞。若痰郁化热加黄芩、黄连、石菖蒲、胆南星、黛蛤散、远志等以清热化痰，醒脑通窍、提神。若小便短赤加通草、滑石、竹叶；若肝胆湿热，加龙胆草、茵陈、黄柏；胸腹胀满加瓜蒌仁、柴胡、莱菔子；食欲不振加苍术、厚朴、木香、砂仁。

6.2.5瘀血阻窍证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)^[3,4,6,7,15,19]

治法：活血化瘀，通络醒神。

主方：通窍活血汤（《医林改错》）加减。

常用药：桃仁、赤芍、川芎、红花、石菖蒲、葱白、生姜、大枣、郁金。

加减：气滞者，加青皮、陈皮、枳壳、香附；热胜者，加黄芩、栀子；阴虚者，加生地、丹皮、丹参；气虚者，加黄芪、党参；阳虚者，加桂枝、附子；痰浊者，加半夏、陈皮、白芥子。

6.3 中医非药物治疗^[1,5-7,13,14,15,22,23]

6.3.1针刺疗法(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

取穴以任督二脉、脾经及胆经为主，其配穴总以利湿化痰，提神醒脑为原则，体针可针刺心俞、肾俞、神门、内关、百会、足三里、三阴交等穴，用平补平泻手法。耳针取神门、心点、脑点、皮质下、交感、肾上腺等穴。梅花针叩刺督脉、膀胱经和胆经。虚证多寐，艾灸取百会，或无名指第2节尖处悬灸。

6.3.2推拿疗法(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

用双手中指点揉颈后上脉、颈后中脉、颈后下脉，然后再用拇指搓揉额部。用双手中指点揉眉上脉，再用食指和中指点揉眉中脉，用拇指点揉和拍打背部督脉、膀胱经和胆经。

6.3.3中医心理疗法(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

采用以情制情法，可以用音乐、文娱、色彩、声疗等，使之喜乐、振奋、激动、欢快为原则，以助清阳之气上升，行气活血，使患者精神振奋，有助于防止多寐的发作。

6.3.4药膳疗法(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

对于脾气不足之多寐，将山药50g切成薄片，粳米50g，同煮成粥，早晚食用。针对饱食便卧，食后尤甚的嗜睡症，用麦芽10g捣末，日服3次。湿邪困脾者，先煮薏苡仁60g，沸后入粳米60g，共煮成粥食之。脾肾阳虚之多寐，取羊骨1000g洗净槌碎煎汤，入葱、姜，粳米100g，同煮为粥。

6.3.5 运动疗法(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)

可采用五禽戏，八段锦等健身运动，配合日光浴、空气疗法等，振奋人体阳气，使全身气血流畅，有利于协助多寐的治疗。

7 中医疗效评价标准

临床痊愈：24 小时内睡眠时间减少到发病前的情况，夜间睡眠时间与一般正常人相同；显效：睡眠时间明显减少，或睡眠时间与一般人相同；有效：多寐症状减轻；无效：治疗后症状无改善或加重者。

8 预后

从总体上看，多寐若及时有效治疗一般预后较好。其中由湿、痰、瘀、热等实邪上扰脑神所致实证，病程较短，预后较好。而心脾肾阳虚、年老精亏、先天禀赋异常的多寐虚证，病程较长，预后较差。

9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，对于躯体疾病伴发的多寐，应积极治疗原发病。注意区分本病与昏迷、厥病、昏睡，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

附录 A
(资料性附录)
指南制订方法

1 临床证据的检索策略

以“多寐”、“多眠”、“嗜睡”、“睡病”、“诊断”、“治疗”、“中医药”、等作为关键词，检索中国期刊数据库（CNKI）、中文科技期刊数据库（维普）、万方全文数据库、中国优秀硕士学位论文全文数据库等，检索年限从 1984 年 1 月到 2020 年 3 月，选择中医治疗性的随机对照文献作为评价对象，对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献（对与战国至今的书籍文献及 1965 年至 1984 年的中医杂志，则采用手检的方式）。

2 证据分级和推荐级别

《中医神志病临床诊疗指南》制定的证据分级和推荐级别方法按国际通用的 GRADE 证据级别与推荐轻度评价方法。

2.1 证据分级

表 1 GRADE 证据分级标准

| 证据等级 | 研究类型 |
|-------|---|
| 高级证据 | RCT 质量升高二级的观察性研究 |
| 中级证据 | 质量低一级的 RCT 质量升高一级的观察性研究 |
| 低级证据 | 质量降低二级的 RCT 观察性研究 |
| 极低级证据 | 质量低三级的 RCT 质量低一级的观察性研究 系列病例观察 个案报道 |

2.2 证据升降级因素

表 2 升降级因素

| | |
|------------|--|
| RCT 的降级因素 | 偏倚风险：-1 严重；-2 非常严重 不一致性：-1 严重；-2 非常严重 间接性：-1 严重；-2 非常严重 不精确：-1 严重；-2 非常严重 发表偏倚：-1 严重；-2 非常严重 |
| 观察性研究的升级因素 | 效应量大：+1 大；+2 非常大 剂量效应：+1 梯度量效证据 所有可能的剩余混杂因素：+1 降低所展示的效应；+1 如未观察到效应意味着是一种假效应 |

2.3 推荐级别

表 3 推荐级别分级标准

| | |
|-------|------------------------|
| 强推荐使用 | 干预措施利大于弊或弊大于利 |
| 弱推荐使用 | 利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当 |

3 专家调查问卷

依据德尔菲法的基本原则[24]，同时根据中医学特色以及共识需要形成的主题，制定调查问卷。问卷组成：诊断标准、证候分型、临床特征、分证论治、遣方用药、其他疗法、预防调护[25]。通过 3 轮专家咨询后进行统计分析。

专家对各指标评价结果的统计学分析，主要包括积极系数、专家的意见集中程度、专家意见的协调度、专家权威程度 4 个方面。专家积极系数用问卷回收率表示，专家的意见集中程度用指标的重要性赋值均数、等级和表示，专家意见的协调程度用变异系数、专家协调系数表示。结构效度的检验用因子分析，效标关联用相关分析[26]。

依据德尔菲法计算专家积极系数、专家意见的集中程度和协调度[27]，采用均数 (\bar{x})、不重要百分比 (R)、等级和 (S)、变异系数 (CV) 等指标进行相关统计学分析。

专家调查问卷统计学分析中各项指标的含义和计算方法

①均值 (\bar{x}) 的计算方法：即计数对象的平均值；

②各项指标赋值出现的频数 (f)：即专家对各项信息的赋值 0、1、2 出现的次数；

③标准差 (S)：是方差的正平方根，其量纲与原变量值相同。方差也称均方差，反映一组数据的平均散离水平；标准差 $S = \sqrt{\delta}$

④变异系数 (CV)：多用于观察指标单位不同时，或均数相差较大时，它实指上是一个相对变异指标； $CV = \frac{S}{\bar{x}} \times 100\%$ (S 代表标准差， \bar{x} 代表均数)

⑤不重要百分比 (R)：即专家对各项信息赋值为 0 的频数与参评专家总个数的比值；

⑥等级和 (S)：即为专家对各项信息的赋值的代数和。

统计结果加权处理，以保留专家认为重要且可行条目。

参考文献

- [1]赵永厚,蔡定芳.中医神志病学[M].上海市“十一五”重点图书.上海:上海中医药大学出版社.2009,9:153-161.
- [2]张宏耕.中西医结合精神病学[M].新世纪全国高等医药规划教材.北京:中国中医药出版社.2005,10:258-263.
- [3]施杞.临床中医脑病学[M].北京:科学出版社.1997,4:102-103.
- [4]王永炎.临床中医内科学[M].北京:北京出版社.1994,12:548-557.
- [5]王彦恒.实用中医精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2000,10:98-107.
- [6]王永炎.实用中医内科学[M].上海:上海科学技术出版社.2009,9:245-248.
- [7]黄文东.实用中医内科学(第一版)[M].上海:上海科学技术出版社.1985,6:349-352.
- [8]张伯礼.中医内科学(第二版)[M].卫生部“十二五”规划教材.北京:人民卫生出版社,2002,1:100.
- [9]刘占雷,崔云涛.补中益气法治疗多寐30例[J].陕西中医,2003,24(02):119.
- [10]曹艳杰,曹彦英.补气轻身汤治疗多寐症20例[J].实用中医药杂志,2009,25(06):378.
- [11]郭伟伟.藿香正气丸治疗湿困多寐43例[J].吉林中医药,2007,27(02):31.
- [12]刘同珍,刘昭坤.醒脾化湿汤治疗嗜眠症42例[J].新中医,2006,38(10):82.
- [13]陈维渝.电针治疗多寐108例[J].中国针灸,2004,19(04):36.
- [14]宋利,白丽华,黄玉莹,周围,于春玲.推拿为主治疗发作性睡病32例疗效观察[J].吉林中医药,1998,41(3):43.
- [15]姜德友,姜亚楠.多寐病源流考[J].世界中西医结合杂志,2018,13(04):471-474.
- [16]许洁,王晞星.王晞星治疗多寐病验案举隅[J].中医药临床杂志,2017,29(06):823-824.
- [17]裘辉,张丽萍,裘昌林.裘昌林以脾虚论治发作性睡病经验[J].中华中医药杂志,2017,32(06):2548-2551.
- [18]宋立家,郭花珍.治疗多寐方剂组方规律分析[J].世界医学睡眠杂志,2015,2(02):73-76.
- [19]梁志浩,孙立军.浅析中医辨证治疗嗜睡病[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(09):161.
- [20]郎奕,冯淬灵,白文,戴中,杨嘉颐.基于1205例文献病例的发作性睡病中医证候及证候要素研究[J].时珍国医国药,2019,30(03):754-755.
- [21]郎奕,刘莹莹,冯淬灵,白文,滕羽鸥,杨嘉颐.发作性睡病临床特征及中医证候特征10年变化分析[J].中华中医药杂志,2019,34(03):1232-1235.
- [22]张艳宏,白文静,刘艳骄,何丽云,刘保延.发作性睡病的针灸治疗研究现状[J].中华中医药杂志,2019,34(01):226-229.
- [23]敖与天,孙敬青.中医治疗发作性睡病临床现状[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(07):801-804.
- [24]张怀亮.多寐证治五法[J].辽宁中医志,2009,36(11):1889-1890.
- [25]蒋健,郁证发微(二十)——郁证多寐论[J].上海中医药杂志,2017,51(03):8-12.
- [26]赵成思,蔡霞,刘艳骄.再谈《伤寒杂病论》中的多寐病[J].世界睡眠医学杂志,2018,5(05):564-566.
- [27]许彦臣,刘艳骄,孙书臣,汪卫东.嗜睡中医临床评价初步研究[J].中国中医基础医学杂

志, 2013, 19(07):753-757.

[28]董园莉, 王朋, 李玫, 戴中, 冯淬灵, 王少杰. 发作性睡病中医证候研究概况[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33(04):1452-1455.