

- (2): 374-375.
- [2] KUO C F, GRAINGE M J, ZHANG W, et al. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence and risk factors [J]. *Nat Rev Rheumatol*, 2015, 11(11): 649-662.
- [3] 尧贵林, 王海勇, 陆涛. 促尿酸排泄药物研究进展[J]. *中国药科大学学报*, 2016, 47(4): 491-496.
- [4] 朱明敏, 孙维峰. 高尿酸血症尿酸合成机制及其中医药研究进展[J]. *广州中医药大学学报*, 2014, 31(3): 484-488.
- [5] 王伟, 赵东宝. 2011年欧洲抗风湿联盟痛风和高尿酸血症最新诊治指南[J]. *中华风湿病学杂志*, 2012, 16(11): 781-782.
- [6] SANG L, LYU Z, SUN L P, et al. Impact of SNP-SNP interactions of DNA repair gene ERCC5 and metabolic gene GSTP1 on gastric cancer/atrophic gastritis risk in a Chinese population [J]. *World J Gastroenterol*, 2018, 24(5): 602-612.
- [7] 尤元梅, 万毅. 痛风患者辨证施护的探讨[J]. *云南中医中药杂志*, 2014, 35(5): 91-93.
- [8] 尹逸丛. SLC22A12及SLC2A9基因多态性与宁夏地区人群低尿酸血症的相关性[J]. *基础医学与临床*, 2018, 38(5): 56-60.
- [9] 张翻弟. SLC22A12、SLC2A9、PDZK1基因多态性与高尿酸血症的相关性研究[D]. 银川: 宁夏医科大学, 2017.
- [10] 彭伟伟. 血清叶酸、VitB12含量及MTHFR基因多态性与三阴性乳腺癌易感性的研究[D]. 昆明: 昆明医科大学, 2016.
- [11] 李静. 复方土茯苓颗粒治疗痛风患者高尿酸血症疗效及基于ABCG2降尿酸机制研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2016.
- [12] 胡东亮. SF-1基因沉默对人肾上腺皮质癌H295R细胞醛固酮分泌调控及细胞增殖的影响[D]. 武汉: 华中科技大学, 2011.
- [13] 韩学尧, 唐勇, 张思敏, 等. 中国汉族人群中GCKR基因的rs780094与空腹血糖、胰岛素敏感性和2型糖尿病相关性研究[J]. *中国糖尿病杂志*, 2013, 21(1): 16-19.

【责任编辑: 陈建宏】

补气升阳法对腹泻型肠易激综合征伴失眠患者疗效的影响研究

张凤敏, 何锦雄, 吕沛东, 董明国
(东莞市中医院, 广东东莞 523000)

摘要:【目的】观察补气升阳法治疗阳气虚证腹泻型肠易激综合征(IBS-D)伴失眠患者的临床疗效。【方法】将50例阳气虚证IBS-D伴失眠患者随机分为治疗组和对照组, 每组各25例。对照组给予常规西医治疗, 治疗组在对照组的基础上加用补气升阳法(补气升阳汤配合艾灸中脘穴和关元穴)治疗, 疗程为12周。观察2组患者治疗前后生活质量健康调查简量表(SF-36)评分、匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分的变化情况, 并评价2组患者的临床疗效。【结果】(1)治疗12周后, 治疗组的总有效率为96.0%(24/25), 对照组为84.0%(21/25); 组间比较, 治疗组的总有效率和总体疗效均优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 2组患者的生活质量SF-36评分均较治疗前明显提高($P < 0.05$), 且治疗组对生活质量的提高作用明显优于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。(3)治疗后, 2组患者的PSQI各维度评分及其总分均较治疗前明显降低($P < 0.05$), 且治疗组对PSQI各维度评分及其总分的降低作用均明显优于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(4)治疗过程中, 2组患者的血、尿、大便常规及肝肾功能等安全性指标均无异常变化。【结论】补气升阳法治疗阳气虚证IBS-D伴失眠患者, 疗效确切, 可有效改善患者临床症状, 提高患者生活质量和睡眠质量。

关键词: 阳气虚证; 腹泻型肠易激综合征; 失眠; 补气升阳汤; 艾灸; 中脘穴; 关元穴

中图分类号: R259.74

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)01-0031-05

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.01.007

收稿日期: 2020-03-17

作者简介: 张凤敏(1979-), 女, 硕士, 副主任中医师; E-mail: 295068420@qq.com

Clinical Efficacy of Therapy of Invigorating Qi and Elevating Yang for Treatment of Diarrhea-predominant Irritable Bowel Syndrome Complicated with Insomnia

ZHANG Feng-Min, HE Jin-Xiong, LYU Pei-Dong, DONG Ming-Guo

(Dongguan Traditional Chinese Medicine Hospital, Dongguan 523000 Guangdong, China)

Abstract: Objective To observe the therapeutic effect of therapy of invigorating *qi* and elevating yang for the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome (IBS-D) complicated with insomnia. **Methods** A total of 50 IBS-D patients complicated with insomnia and differentiated as the syndrome of yang-*qi* deficiency were randomly divided into treatment group and control group, each group having 25 cases. The two groups were given conventional western medicine treatment, and additionally the treatment group was treated with the therapy of invigorating *qi* and elevating yang by oral use of *Buqi Shengyang* Decoction combined with moxibustion on the acupoints of *Zhongwan* (CV12) and *Guanyuan* (CV4). The course of treatment lasted for 12 weeks. Before and after treatment, the scores of the 36-item short-form health survey (SF-36) and the scores of Pittsburgh sleep quality index (PSQI) in the two groups were observed. And after treatment, the clinical efficacy in the two groups was evaluated. **Results** (1) After 12 weeks of treatment, the total effective rate in the treatment group was 96.0% (24/25), and that in the control group was 84.0% (21/25). The intergroup comparison showed that the treatment group had higher total effective rate and stronger efficacy than the control group, and the differences were statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the SF-36 scores in the two groups were obviously increased in comparison with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on increasing the SF-36 scores in the treatment group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (3) After treatment, the dimension scores of PSQI and the overall PSQI scores in the two groups were obviously decreased in comparison with those before treatment ($P < 0.05$), and the effect on decreasing the dimension scores of PSQI and the overall PSQI scores in the treatment group was superior to that in the control group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (4) During the trial, the results for the routine test of blood, urine and stool, and for the examination of liver function, kidney function and electrolytes in the two groups showed no abnormalities. **Conclusion** Therapy of invigorating *qi* and elevating yang is effective for the treatment of diarrhea-predominant irritable bowel syndrome complicated with insomnia and differentiated as the syndrome of yang-*qi* deficiency by relieving the clinical symptoms and increasing the quality of life and sleep quality.

Keywords: syndrome of yang-*qi* deficiency; diarrhea-predominant irritable bowel syndrome; insomnia; *Buqi Shengyang* Decoction; moxibustion; *Zhongwan* (CV12); *Guanyuan* (CV4)

肠易激综合征 (irritable bowel syndrome, IBS) 是一种缺乏胃肠道结构和生化异常的肠道功能紊乱性疾病, 是一种常见的功能性胃肠病。肠易激综合征的生理病理机制至今仍未完全清楚, 肠道感染与炎症反应激活、胃肠道动力紊乱、黏膜通透性和肠上皮屏障功能改变、“脑-肠-菌”轴失调、遗传易感性、内脏高敏感性增加及精神心理因素异常等起了一定的作用。研究证明, 功能性胃肠病患者抑郁、焦虑程度与胃肠道症状分级均

呈正相关^[1]; 临床上大部分患者存在不同程度的失眠症状, 其可能与5-羟色胺(5-HT)水平有关^[2-3]。目前, 该病还没有特效的治疗药物, 主要以改善症状、提高生活质量和消除顾虑为主, 但疗效不尽人意。而中医药在治疗该病方面有一定优势^[4]。基于此, 本研究采用补气升阳法治疗阳气虚证腹泻型肠易激综合征 (diarrheal-predominant irritable bowel syndrome, IBS-D) 伴失眠患者, 取得较好的临床疗效, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组 选取2018年8月~2019年11月在东莞市中医院门诊部就诊的阳气虚证IBS-D伴失眠患者,共50例。根据患者就诊顺序,采用随机数字表将患者随机分为治疗组和对照组,每组各25例。本研究经医院医学伦理委员会批准,且所有患者均签署了临床试验知情同意书。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 (1)IBS诊断参照2016年修订的功能性胃肠疾病的罗马IV标准^[5]:反复发作的腹痛,最近3个月平均每周发作至少1d,合并以下症状至少两项:①腹痛与排便相关;②伴有排便频率改变;③伴有大便性状改变。其中IBS-D患者松散粪或水样粪占当日排便次数的比例>25%,同时合并有以下症状,支持IBS-D的诊断:①排便频率异常(>3次/d);②粪便松散或水样便;③排便急迫感或不尽感;④黏液便;⑤腹胀。(2)失眠诊断参照《中国精神障碍分类与诊断标准第3版》^[6]相关诊断标准:有入睡困难、眠浅、睡眠总时间短、睡眠中易醒或早醒、多梦、日间功能障碍,每周至少发生3次,持续至少1个月,且匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)评分 ≥ 7 分者^[7]。

1.2.2 中医辨证标准 参照国家中医药管理局制定的《中医病证诊断疗效标准》^[8],中医证型为阳气虚证:畏寒肢冷,自汗,神疲乏力,少气或懒言,大便溏薄,小便清长,夜尿多,舌淡胖或有齿痕,苔白滑,脉沉迟无力或虚。

1.3 纳入标准 ①符合上述IBS-D诊断标准,且在诊断前病程至少6个月以上;②符合上述失眠的诊断标准;③中医证型为阳气虚证;④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准 ①胃镜发现有溃疡、糜烂、肿瘤等器质性病变的患者;②既往有腹部手术史的患者;③妊娠期或哺乳期妇女;④合并有严重的心、肝、肾等系统疾病患者;⑤精神病患者;⑥依从性差,未按规定进行治疗,或自行加用其他有治疗作用的药物,从而影响疗效判定的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组 给予常规西医治疗,包括:去除诱发因素,消除患者顾虑,指导患者建立良好的生活和饮食习惯;同时,根据临床实际情况,给予解痉剂、止泻剂、5-HT₂拮抗剂、抗精神病药和干预肠

道菌群等药物治疗。

1.5.2 治疗组 在对照组的基础上加用补气升阳法(补气升阳汤配合艾灸)治疗。(1)中药治疗。补气升阳汤的方药组成:党参20g,炒白术20g,炙甘草5g,干姜5~10g,黑顺片5~15g(先煎),黄芪15~30g,陈皮5~15g,升麻3~5g,柴胡3~5g,当归5g,茯神15g。血虚者加川芎10g;阳虚甚者加补骨脂10g、杜仲10g;气滞甚者加砂仁5g(后下);眠差甚者加石菖蒲5~10g、远志5~10g。每日1剂,水煎服。(2)艾灸治疗。取穴:中脘和关元穴;教会患者自行艾灸中脘穴和关元穴,每日1次,取仰卧位,每穴每次约艾灸10min,以局部发红即可。病情好转时,隔2~5d服药、艾灸以巩固疗效,防其复发。

1.5.3 疗程 2组疗程均为12周。

1.6 观察指标及疗效评价

1.6.1 疗效评价 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9],根据症状严重程度,于治疗前后对2组患者大便溏稀、大便频数、腹痛、腹胀、失眠等症状进行评分,以上各症状评分之和为症状总积分。再根据症状改善百分率评价疗效:症状改善百分率=(治疗前总积分-治疗后总积分)/治疗前总积分 $\times 100\%$ 。疗效显著:症状改善百分率 $\geq 75\%$;疗效较好:50% \leq 症状改善百分率 $< 75\%$;疗效一般:25% \leq 症状改善百分率 $< 50\%$;无效:症状改善百分率 $< 25\%$ 。总有效率=(显著例数+较好例数+一般例数)/总病例数 $\times 100\%$ 。

1.6.2 生活质量评价 采用浙江大学李鲁教授提供的汉化版健康调查简易量表(SF-36)对患者的生活质量进行评价,该量表包括了生理功能、生理职能、躯体疼痛、总体健康、活力、社会功能、情感职能、精神健康等8个维度36个条目,各维度评分之和为该量表总评分。观察2组患者治疗前后SF-36量表总评分的变化情况。得分越高,表示生活质量越好。

1.6.3 睡眠质量评价 采用匹兹堡睡眠质量指数(PSQI)对患者睡眠质量进行评分。PSQI量表包括睡眠效率、入睡时间、睡眠时间、睡眠障碍、睡眠质量、功能障碍、催眠药物等7个维度18个自评条目,各维度评分之和为PSQI量表总评分,分值为0~21分。观察2组患者治疗前后PSQI量表评分的变化情况。得分越高,表示睡眠质量越差。

1.6.4 安全性评价 观察2组患者治疗前后血、

尿、大便常规及肝肾功能等安全性指标的变化情况。

1.7 统计方法 采用SPSS 20.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,治疗前后比较采用配对样本 t 检验,组间比较采用两独立样本 t 检验;计数资料用率或构成比表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料组间比较采用Ridit检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者基线资料比较 治疗组25例患者中,男13例,女12例;年龄18~70岁,平均(40.7 \pm 10.3)岁;病程0.5~5年,平均(2.5 \pm 1.4)年。对照组25例患者中,男14例,女11例;年龄19~70岁,平均(43.6 \pm 10.4)岁;病程0.5~5年,平均(2.7 \pm 1.3)年。2组患者的性别、年龄、病程、病情轻重程度等基线资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2.2 2组患者临床疗效比较 表1结果显示:治疗12周后,治疗组的总有效率为96.0%(24/25),对照组为84.0%(21/25);组间比较,治疗组的总有效率(χ^2 检验)和总体疗效(Ridit检验)均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 2组患者治疗前后生活质量SF-36评分比较 表2结果显示:治疗前,2组患者生活质量SF-36评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者的生活质量SF-36评分均较治疗前明显提高($P < 0.05$),且治疗组对生活质量的提高作用明显优于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)伴失眠患者临床疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy in the IBS-D patients with insomnia of the two groups after treatment [例(%)]

组别	例数(例)	显著	较好	一般	无效	总有效
治疗组 ^①	25	12(48.0)	10(40.0)	2(8.0)	1(4.0)	24(96.0) ^①
对照组	25	5(20.0)	13(52.0)	3(12.0)	4(16.0)	21(84.0)

① $P < 0.05$, 与对照组比较

表2 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)伴失眠患者治疗前后SF-36评分比较

Table 2 Comparison of the SF-36 scores in the IBS-D patients with insomnia of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
治疗组	25	68.54 \pm 7.26	128.19 \pm 8.65 ^{①②}
对照组	25	69.06 \pm 7.18	96.34 \pm 8.87 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

2.4 2组患者治疗前后PSQI评分比较 表3结果显示:治疗前,2组患者PSQI各维度评分及其总分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组患者PSQI各维度评分及其总分均较治疗前明显降低($P < 0.05$),且治疗组对PSQI各维度评分及其总分的降低作用均明显优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.5 安全性评价 治疗过程中,2组患者的血、尿、大便常规及肝肾功能等安全性指标均无异常变化。

表3 2组腹泻型肠易激综合征(IBS-D)伴失眠患者治疗前后PSQI评分比较

Table 3 Comparison of PSQI scores in the IBS-D patients with insomnia of the two groups before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	时间	睡眠质量	日间功能障碍	睡眠时间	睡眠障碍	催眠药物	入睡时间	睡眠效率	总评分
治疗组	25	治疗前	2.52 \pm 0.48	1.97 \pm 0.67	2.46 \pm 0.41	2.09 \pm 0.52	1.52 \pm 0.49	2.71 \pm 0.51	2.67 \pm 0.45	13.94 \pm 2.48
	25	治疗后	1.12 \pm 0.32 ^{①②}	0.63 \pm 0.31 ^{①②}	1.18 \pm 0.27 ^{①②}	0.85 \pm 0.23 ^{①②}	0.56 \pm 0.14 ^{①②}	1.31 \pm 0.25 ^{①②}	1.21 \pm 0.31 ^{①②}	5.86 \pm 1.28 ^{①②}
对照组	25	治疗前	2.48 \pm 0.45	2.05 \pm 0.62	2.49 \pm 0.48	2.03 \pm 0.51	1.61 \pm 0.45	2.69 \pm 0.51	2.65 \pm 0.43	14.05 \pm 2.52
	25	治疗后	1.78 \pm 0.33 ^①	1.43 \pm 0.35 ^①	1.76 \pm 0.45 ^①	1.47 \pm 0.24 ^①	1.37 \pm 0.18 ^①	1.76 \pm 0.52 ^①	1.82 \pm 0.45 ^①	9.36 \pm 1.39 ^①

① $P < 0.05$, 与治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与对照组治疗后比较

3 讨论

目前,腹泻型肠易激综合征(IBS-D)临床治疗主要是采用对症治疗方案,即通过解痉、纠正内

脏感觉、抗抑郁焦虑、止泻和调节肠道微生态等来改善相应症状,短期内有一定的疗效,但远期效果差,停药后容易复发,且副作用较多。因

此,寻找针对IBS-D的有效治疗方法仍然是当前的研究热点。

中医学中虽无IBS-D病名,但根据其临床表现,可将其归属于“泄泻”的范畴。腹泻日久,患者多表现为阳虚、气虚和气陷。该病为身心疾病,患病日久,患者均存在不同程度的焦虑、抑郁、失眠等症,且生活质量普遍下降。失眠用镇静催眠药起效较快,但可引起药物耐受性,停药后易复发,而且易成瘾,易导致体倦乏力,甚至产生睡眠-觉醒周期紊乱^[10]。失眠在《黄帝内经》称为“不寐”,又称为“不得眠”“不得卧”。《灵枢·口问》曰:“阳气尽,阴气盛,则目瞑;阴气尽而阳气盛,则寤矣。”《类证治裁·不寐》曰:“不寐者,病在阳不交阴。”指出其不能入眠者为阳不入阴所致。明代李中梓认为:“不寐之故,大约有五:一曰气虚,……一曰胃不和”,指出气虚和胃不和是失眠的重要病机。《景岳全书》云:“人于寐时,则卫气入于阴分,此其时,非阳虚于表者何?”失眠日久,卫气行于阳分而不能藏于阴分,必致卫气损伤,而出现顽固性失眠^[11]。若肾阳虚衰,一则真阳不潜,浮越于外,阳不交阴而失眠;二则不能蒸腾肾阴上济于心火,使心阳独亢而不眠。同时,足少阴肾经又为卫气出入阴阳的枢纽,肾阳不足,卫气亏虚,运行不利则不寐^[12]。故失眠日久,患者以阳虚、气虚多见。我们在临床中发现IBS-D伴失眠患者也以阳气虚多见。

基于以上病机认识,本研究采用补气升阳法治疗阳气虚证IBS-D伴失眠患者,选方补中益气汤合四逆汤加味。补中益气汤出自李东垣的《脾胃论》,能补气健脾、升阳举陷。四逆汤能温下元,兼防升散太过。火生土,补火则土坚。同时,柴胡既能升阳,也能疏肝解郁,起到一药二功之效。另外,方中加用川芎以养血活血、升阳安神;加用茯神以利尿通阳止泻,防药太燥,兼能安神。诸药合用,共奏健脾益气、升阳安神之功效。

艾灸方面,《扁鹊心书》认为:“保命之法,艾灼第一,丹药第二,附子第三,常灸关元……中脘……可保百年寿矣”。中脘穴位于上腹部前正中线上,胸骨下端和肚脐连接线中点,是任脉中的胃经募穴,八会穴之腑会,具有健脾和胃、补中益气之功效。关元穴位于腹部,身体前正中线上,脐中下3寸处,为任脉腧穴,与肝、脾、肾三经交会,具有培补元气、温肾壮阳等作用。用3年

以上的陈艾,艾灸中脘、关元穴,“能回垂绝之阳”(《本草从新》);又能“灸百病,开关窍,醒一切沉痾伏匿内闭诸疾”(《本草汇言》)。该法简单、方便、易学,不会增加患者心理负担。可见,中药与艾灸合用,补气升阳,使阳气归其位,则泄泻自除,同时配合少量养血药以引阳交阴,使阴阳复常,从而改善患者焦虑、抑郁、失眠等症,提高患者生活质量。

本研究结果显示,治疗12周后,治疗组的总有效率和总体疗效均优于对照组,且治疗组在改善生活质量SF-36评分和PSQI各维度评分方面均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明补气升阳法治疗阳气虚证IBS-D伴失眠患者,疗效确切,可有效改善患者临床症状,提高患者生活质量和睡眠质量,值得临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 张成. 功能性胃肠病伴抑郁、焦虑状态与胃肠道症状严重程度的相关性研究[J]. 中医临床研究, 2018, 10(18): 22-24.
- [2] 姚秋菊, 韩旭. 5-羟色胺与失眠的相关性及中医辨证治疗的研究进展[J]. 中医药导报, 2013, 19(2): 108-110.
- [3] 燕李晨, 张爱国. 肠易激综合征与5-羟色胺相关性的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2017, 17(92): 27-28.
- [4] 苏国彬, 刘文华, 陈海滨, 等. 以痛泻要方为基本方治疗肠易激综合征随机对照试验的系统评价[J]. 广州中医药大学学报, 2009, 26(2): 113-119.
- [5] MEARIN F, CIRIZA C, MINGUEZ M, et al. Clinical practice guideline: irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult [J]. Rev Esp Enferm Dig, 2016, 108(6): 332-363.
- [6] 中华医学会精神病学分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[S]. 3版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 85-94.
- [7] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国成人失眠诊断与治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2012, 45(7): 534-540.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002.
- [10] UZUN S, KOZUMPLIK O, JAKOVLJEVIC M, et al. Side effects of treatment with benzodiazepines [J]. Psychiatr Danub, 2010, 22(1): 90-93.
- [11] 老膺荣, 杨志敏, 李艳, 等. 卫气不利成失眠, 扶阳助卫治不寐——从《黄帝内经》论不寐的基本病机及治则[J]. 辽宁中医药大学学报, 2008, 10(5): 23-25.
- [12] 王秀, 冯学功. 浅谈阳虚失眠证治[J]. 河北中医, 2014, 36(5): 692-693.

【责任编辑: 陈建宏】