

## 睡眠医学标准化研究

### Standardization of Sleep Medicine

# 基于个体化的失眠症中医临床实践指南

## Clinical Practice Guidelines of Insomnia Disorder

科技部“十一五”国家科技支撑计划重点课题心理疾患防治研究与示范项目研究课题组

(中国中医科学院广安门医院, 北京, 100053)

关键词 个体化; 失眠症; 临床实践指南; 中医

中图分类号: R256.23 文献标识码: A 文章编号: 2095-7130 (2016) 02-065-079

### 1 介绍

失眠通常指患者对睡眠时间和(或)质量不满足并影响日间社会功能的一种主观体验。失眠表现为入睡困难、睡眠维持障碍、早醒、睡眠质量下降和总睡眠时间减少(通常少于6 h),同时伴有日间功能障碍。失眠根据病程分为:急性失眠、亚急性失眠、慢性失眠。失眠按病因可划分为原发性和继发性两类。原发性失眠通常缺少明确病因,或在排除可能引起失眠的病因后仍遗留失眠症状,主要包括心理生理性失眠、特发性失眠和主观性失眠3种类型。原发性失眠的诊断缺乏特异性指标,主要是一种排除性诊断。当可能引起失眠的病因被排除或治愈以后,仍遗留失眠症状时即可考虑为原发性失眠。继发性失眠包括由于躯体疾病、精神障碍、药物滥用等引起的失眠,以及与睡眠呼吸紊乱、睡眠运动障碍等相关的失眠。失眠常与其他疾病同时发生,有时很难确定这些疾病与失眠之间的因果关系,故近年来提出共病性失眠(Comorbid Insomnia)的概念,用以描述那些同时伴随其他疾病的失眠<sup>[1]</sup>。失眠症是临床常见的睡眠障碍之一,虽不属于危重疾病,但大多病程较长,难以速愈,易反复发作,影响人们的身心健康和社会活动功能,并能加重或诱发心悸、胸痹、眩晕、中风等病证。近年

来,随着社会发展,竞争不断加剧,生活节奏加快,人们生存压力逐渐加大,失眠的发病率呈上升的趋势,导致医疗成本增加,影响经济社会的正常运转,并造成重要的经济损失。但在失眠的治疗上,现代医学仍以传统镇静安眠药为主,其不良反应如成瘾性、依赖性、戒断性反应、抑制呼吸、影响昼间觉醒质量、行为等,也同样成为严重的医疗、社会问题。而应用中国传统医学治疗技术,将有助于降低医疗卫生成本,减少诱发精神疾病的诱因。中医药治疗失眠症的特色和优势越来越受到人们的关注。

本指南基于国家科技部十一五科技支撑计划“中国传统医学对心理疾患的防治研究”项目支持,在世界中医药学会联合会中医心理学专业委员会和世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会的大力支持下,主要目的是建立基于中医药理论、方法、手段的失眠的防治技术和干预方法;建立基于人格、证候等中医理论的失眠诊断量表和防治方案;建立中医药理论、方法、手段的睡眠障碍防治技术体系和示范模式。

本指南是根据科技部课题而提出的基于个体化的失眠中医临床实践指南。中医治疗强调个体化,其个体化的特征主要表现在因人制宜、因时制宜、因地制宜、体质特点、人格特征、量表检

查及相关检查的特点而确定。

个体化是由人体形体结构的状况、心理状况以及体质等因素所构成<sup>[2]</sup>。个体化诊疗是指突出个性特征的临床诊断和治疗<sup>[3-4]</sup>。其中体质、气质、人格、年龄、患病季节和环境体现病人的个性特征，学识、经验和诊疗习惯体现医生的个性特征。中医临床研究的目的是从众多的个性信息中总结共性规律，形成诊疗规范，凸显患者的个性特征，但减少医生的个性特征对诊疗结果的影响<sup>[5]</sup>。

我们按照循证医学原则，参考近年来失眠诊疗领域相关的进展资料，结合我国国情及文化背景，经多次讨论形成“基于个体化的失眠症中医临床实践指南”，并提出中医现代心理疗法治疗失眠症的规范操作流程，旨在为临床医师提供一套基于个体化的中医规范化失眠诊疗框架。在临床实践过程中，医师在参照本指南时仍应结合患者具体病情进行个体化处理。

本指南适用于原发性失眠、精神心理性失眠、睡眠卫生不良综合征导致的失眠等。不包括儿童睡眠障碍和妇女特殊时期的睡眠障碍，以及由明确的内科、精神科、神经科疾病引起的失眠。

本指南可供中医药专业人员及以心理科、睡眠医学科、心身医学科等的专业医生使用。

本指南的证据级别依据证据级别<sup>[6]</sup>参照刘建平教授提出的关于传统医学证据分级的建议。

Ia：来自于至少1篇 RCT 到系列病例的各种证据均表明一致的效应。

Ib：具有足够把握度的单个 RCT。

IIa：队列研究（有对照的前瞻性研究）。

IIb：病例对照研究。

IIIa：历史性对照的系列病例。

IIIb：自身前后对照的病例系列。

IV：病例报告和史料记载，使用时间超过30年。

V：专家观点，临床经验。

推荐强度采用的是 GRADE 工作组 2004 年发表的专家共识，形成以下推荐分级：

推荐使用：有充分的证据支持其疗效，应当使用（基于 I 级证据）。

有选择性的推荐：有一定的证据支持，但不充分，在一定条件下可以使用（基于 II、III 级证据）。

建议不要使用：大多数证据表明效果不良或弊大于利（基于 II、III 级证据）。

禁止使用：有充分的证据表明无效或明显弊大于利（基于 I 级证据）。

IV、V 级证据因为存在疗效的不确定性，无法作为推荐的依据。但是可作为进一步研究的依据或假说，为未来的研究提供线索。

本指南对治疗方案进行推荐时主要参考已有的循证医学资料，兼顾国内现有条件下的临床可操作性，并采用多种形式（专家访谈、会议讨论等）相结合的方法，对指南的推荐方案的可靠性、安全性、应用性进行调研，最终形成了中医药对失眠的病因、诊断标准、临床特点、辨证分型、治疗、预防和调摄，以及社会学特征和整体防治的专家共识和建议。基于循证医学的证据和专家的共识和建议，最终形成了本指南。

## 2 背景

采用心理治疗方法是对原发性性失眠、精神心理性失眠、睡眠卫生不良综合征等失眠症的有效方法和首选方法。失眠症有很多种，其中以精神心理性失眠、睡眠卫生不良、原发性失眠等失眠症最为常见，也是心理治疗的适应疾病。

失眠是一种临床常见的症状，以失眠为主要表现的疾病包括各类失眠症和失眠综合征。

2006 年发表的《中国失眠定义、诊断及药物治疗专家共识》中定义“失眠通常指患者对睡眠时间和/或质量不满足并影响白天社会功能的一种主观体验”<sup>[8]</sup>。

Frank J. Zorick 援引美国国立心脏病、肺和血液研究所失眠工作组对失眠的定义说：“失眠是不充分和质量差的睡眠的体验，表现为下面一个或多个特征：入睡困难，睡眠维持困难，早醒，无舒爽睡眠。失眠也包括白昼的结果，例如疲劳、缺乏精力、注意力不集中、兴奋性降低<sup>[9]</sup>。

与心理相关的失眠产生的主要原因有：如焦虑、烦躁不安或情绪低落、心情不愉快；生活中意外事件的打击、工作与学习的压力、未遂的意愿及社会环境的变化等，会使人产生心理和生理反应，导致神经系统的功能异常，造成大脑的功能障碍，从而引起失眠。药物性对心理的影响因素：在不良心理因素的影响下，人们服用安眠药物增加，导致药物依赖性失眠的发生；过多饮酒或不恰当地服用兴奋性饮料进一步加重失眠。对失眠的恐惧引起的失眠：有的人对睡眠的期望过高，增加了睡眠的压力，易导致失眠。

中医学非常重视心理治疗，金元医家张子和首创心理疗法治疗失眠症；明·张景岳《景岳全书·不寐》较全面地归纳和总结了不寐的病因病机及其辨证施治方法，“寐本乎阴，神其主也，神安则寐，神不安则不寐。其所以不安者，一由邪气之扰，广由营气之不足耳”，还认为“饮浓茶则不寐，心有事亦不寐者，以心气之被伐也。”

失眠给病人带来长期的精神痛苦，甚至造成对安眠药物的依赖，而长期服用安眠药物又可引起医源性疾病。中医药通过调整人体脏腑气血阴阳的功能，常能明显改善睡眠状况，且不引起药物依赖及医源性疾患，因而越来越受到人们的重视。中医治疗失眠症以临床辨证论治为主，配合心理治疗、针灸等非药物治疗方法，并对失眠症恢复期给予养生指导，促进心身健康的恢复。

### 3 预防和早期监测

当失眠只是偶然发生时，应当建议此类人群注意调养，在发生失眠的次日给予适当的睡眠补充，并给于健康教育；经常出现失眠的人群，应

当进行健康的相关检查，并采取一定的干预措施，减少失眠的次数，通过饮食调补和修养，恢复正常的睡眠节律。失眠持续一周时，应当进行心理学的检查，并适当应用药物治疗。当失眠持续并符合失眠症的诊断时，应当按照失眠症治疗。

3.1 失眠的一般问诊 包括询问一般情况（姓名、年龄等），主诉、现病史（当前症状的开始时间，诱因，部位，持续时间等），既往史，家族史等。

失眠主诉症状纷繁复杂，主要分为三个方面：一是入睡困难，医者不能仅仅了解“入睡困难”，应更深入询问晚上休息的时间、入睡困难的原因、睡眠潜伏期时间、躺下后的感觉、思维活动等。有些患者上床休息时间过早，几个小时仍不能入睡，但却以入睡“困难”就诊，此时应防止被误导。引起入睡困难的原因可能是光线、声音（包括耳鸣）、轮班、时差、更换睡觉地点等，亦有无明显诱因引起的入睡困难。有些入睡困难表现为临睡前、看电视等睡意强烈，一旦躺上床转为清醒，辗转反侧，思绪纷繁，胡思乱想，越是想睡反而越睡不着。还要询问入睡困难伴有的其他症状如疼痛、汗出、头疼等。二是睡眠维持障碍，表现为睡眠过程中的中途醒来、多梦、眠浅、早醒等。医者应该进一步询问醒来的原因、醒来后能否再次入睡、需要多长时间再次入睡、能否回忆起梦及做梦的内容、有无连续的做梦等。三是失眠后的后续效应，失眠后第二天的主观感觉，有无疲倦乏力、头疼、是否影响白天的工作、是否因困倦而小睡等。对于失眠的症状和相关信息掌握的越细致，对于失眠的心理治疗越有利。

3.2 第一次失眠的经历 在失眠患者第一次就诊时，应该着重询问第一次失眠发生的情况，询问第一次失眠发生的年龄、有无明显诱因等，所有的失眠的患者多数都能回忆起第一次失眠的经

历,失眠发生前具体不良生活事件和心境、失眠发生时的情绪和心理状态,第一次治疗的情况、以及对而后失眠发作的影响。第一次失眠发作的诱因常常是明确的,常常为具体的不良生活事件,其类似的因素往往会导致失眠的复发或者加重。第一次失眠的经历对于心理治疗有十分重要的意义,对于第一次失眠的问诊越详细、越明确,其治疗思路越清晰,首次治疗的疗效越好。就诊时患者深受失眠之苦往往所述症状杂乱,不乏失眠带来的不良心境体验,医者须反复追溯至失眠最早发生的时间。

**3.3 失眠发生发展的过程** 问诊过程中医者应注意询问患者回忆失眠发生发展的整个过程,包括失眠发作的诱因、加重或减轻的程度及原因、连续或间断发作、患者失眠的心境体验等等。系统回忆个体失眠发生发展的经过可以使医者能够清晰地把握失眠过程的发展脉络,构建失眠的发病路线图并按照个体回忆的经过按照时间顺序医者进行认知、睡眠情绪剥离等心理治疗。

**3.4 治疗的经过** 大多数患者就诊时并不是失眠初次发作,部分患者经过多次治疗无效后发展成为慢性失眠。此时必须了解患者失眠治疗的详细过程,仔细询问患者使之按照失眠发生、发展、治疗、疗效情况的时间顺序详细告知医者。如目前(曾经)采取药物治疗需了解服用药物的种类、服用时间、药物剂量、加减变化及疗效等。掌握失眠患者治疗的经过有助于我们推进心理治疗中的认知治疗,特别是对药物的心理依赖的认知问题的纠正,帮助建立睡眠的信心。

**3.5 人格和发展水平问诊** 目前在临床上初步发现,原因较为单一,人格较为完善的原发性失眠患者经过几次心理治疗之后,往往起效较快,并且疗程较短。而失眠伴有精神、心理疾患,也可以在治疗精神、心理疾患之前或者同时治疗失眠的症状。有时在失眠症状方面亦能取效。而对于难治性失眠,其心理量表检查明尼苏达多项人

格量表(MMPI)、症状自评量表(SCL-90)经常在某些因子得分较高。此时,某些人格的特点在一定程度上成为失眠发病的内部因素和基础因素,在排除其他生理疾病之后,这些人格的因素很大程度上影响着失眠的发展和加重,而所谓的引起失眠的原因即某一些特定的生活事件并不是失眠发病的核心因素,仅仅是诱因,决定失眠是否发病关键在于患者本人(人格)的内部因素。如果不纠正这些不良的基础因素,失眠往往会反复发作。按照发展心理学的观点,某些疾病的形成并不能简单地理解为一个疾病本身的状态,应该理解为是个体异常发展过程的结果<sup>[11]</sup>。目前我们忆溯性发展水平问卷正在研究中,探索教育教养方式对人格影响以及人格特质的发展与疾病的相关性,其中原发性失眠与人格因子的相关研究正在进行。所以在问诊过程中有必要询问一些问题来探知患者的人格及教育教养成长的过程,例如“平时爱不爱钻牛角尖”、“做事是否追求完美”、“有没有反复检查或重复一个动作的习惯”、“父母管教是否严格”等等。通过患者的主诉和简单的交流,能进行简单的筛查,并结合相应的心理检查进行。

上述几个方面的问诊有助于医者理清失眠发生发展的脉络,问诊过程得到的疾病信息最为丰富,虽然便于操作,但是如果能在很短的时间内从纷杂的问诊信息中提炼有助于治疗的关键信息点,提纲挈领,有助于医生准确地把握失眠的心理发病机制,形成失眠发病机制的一条主线,从而对失眠进行有效的心理干预。

**3.6 四诊合参、辨证论治** 中医“望、闻、问、切”四诊信息紧密结合、密不可分,其中任何一诊都要同其他三诊相结合,四诊信息相互补充、相互为用。失眠的望诊应注意观察患者的面部表情。因为很多失眠患者会伴有心理、精神方面的问题,如失眠伴有焦虑的患者多眉头紧锁、一副痛苦纠结状面容,失眠伴有抑郁的患者多情绪低

落、垂目低眉、行动稍迟缓等。闻诊应注意倾听患者的声音，声音高亢洪亮、喋喋不休兴奋性高者多伴有焦虑；语声低沉、言语不多的患者多伴有抑郁情绪等。另外，经过问诊之后，需要借助现代医学的检查检验手段的患者需要进一步检查以确诊，临诊不可偏废，不可过于相信医生个人的主观经验，需要综合评估以明确诊治。

**3.6.1 辨脏腑** 失眠的主要病位在心与脑，由于心神失养或不安，神不守舍而失眠，但与肝、胆、脾、胃、肾的阴阳气血失调相关。如急躁易怒而失眠，多为肝火内扰；遇事易惊，多梦易醒，多为心胆气虚；面色少华，肢倦神疲而失眠，多为脾虚不运，心神失养；嗝腐吞酸，脘腹胀满而失眠，多为胃腑宿食，心神被扰；胸闷，头重目眩，多为痰热内扰心神；心烦心悸，头晕健忘而失眠，多为阴虚火旺，心肾不交，心神不安等。

**3.6.2 辨虚实** 失眠虚证，多属阴血不足，心失所养，临床特点为体质瘦弱，面色无华，神疲懒言，心悸健忘，多因脾失运化，肝失藏血，肾失藏精所致。实证为火盛扰心，临床特点为心烦易怒，口苦咽干，便秘溲赤，多因心火亢盛或肝郁化火所致。

**3.6.3 辨人** 即针对不同个体从而制定不同的治疗方案，不同的个体除外不同的年龄、体质、症状表现。如前所述，中医临床心理学认为：辨人更重要的在于个体之间人格的不同，而人格是发展水平的体现，了解而这恰恰也是关乎疗程的长短，失眠的预后及是否复发的关键因素所在。失眠患者伴有抑郁人格、强迫人格、偏执人格倾向的治疗相对复杂一些。在对症治疗的基础上，还要注意配合再成长治疗。

本病因属心神病变，故尤应注意精神调摄，做到喜恶有节，解除忧思焦虑，保持精神舒畅；养成良好的生活习惯，并改善睡眠环境；劳逸结合等，对于提高治疗失眠的效果，改善体质及提

高工作、学习效率，均有促进作用。

中医治疗失眠证在规范化治疗的同时，强调个体化治疗，同时注意到个别患者长期服用安眠药物的事实，建议采用逐渐以非药物治疗及中药治疗为主，最终达到以恢复良好睡眠为目的。考虑到科学研究的需要，应当密切注意治疗过程中的动态变化，进行必要的观察。

#### 4 失眠症的临床特征

中医治疗失眠通常采用望闻问切四诊结合的方法，寻找治疗失眠症的分型依据，为辨证论治提供临床依据。

##### 4.1 失眠的临床分类

###### 4.1.1 按临床表现分类

1) 入睡期失眠（入睡困难） 睡眠潜伏期  $\geq 30$  min；

2) 睡眠维持期失眠（睡眠不实） 指觉醒的次数过多和/或时间过长，包括以下1至数项。

全夜  $\geq 5$  min 的觉醒次数在2次以上；

全夜觉醒时间  $\geq 40$  min；

觉醒时间占睡眠总时间的10%以上。

由于频繁觉醒的睡眠周期零乱，称为睡眠破碎。

3) 睡眠表浅 主要指 NREMs、Ⅲ、Ⅳ期深睡眠减少，不到总睡眠时间的10%。NREMs所占比例减少，也表明睡眠的深度不足。睡眠质量下降，睡眠浅、多梦。

4) 早醒（睡眠结束期失眠） 睡眠觉醒时间较正常时间提前30 min以上，甚至比平时早醒1~2 h，总的睡眠时间少于6 h。

5) 日间残留效应 次晨感到头昏、精神不振、嗜睡、乏力等。

4.1.2 按病程分类 可分为一过性失眠或急性失眠、短期或亚急性失眠、慢性失眠。

1) 一过性或急性失眠 一过性即是偶尔失眠；急性失眠病程小于4周；这类失眠一般由多种应激刺激所引起。大部分人在经历压力、刺

激、兴奋、焦虑时；生病时；至高海拔的地方；或者睡眠规律改变时（如时差、轮班工作等）都会有短暂性失眠障碍。这类失眠一般会随着应激刺激的消失或时间的延长而改善，具有自限性。

2) 短期或亚急性性失眠 病程大于4周，小于3~6个月；严重或持续性压力，如重大躯体疾病或手术、亲朋好友的过世，严重的家庭、工作或人际关系问题等可能会导致短期性失眠。这种失眠与压力有明显的相关性。

3) 长期或慢性失眠 病程大于6个月；慢性失眠的原因很复杂，且较难发现，许多慢性失眠是由多种原因所致，应当及时加以鉴别。

4.2 精神心理性失眠的临床特征 精神心理性失眠是由于患者过分全神贯注于睡眠问题而引起的一种失眠类型，患者表现为持续相当长时间地对睡眠的质和量不满意，因此产生忧虑或恐惧，并在心理上形成恶性循环，而使本症持续存在；多伴晨起后头晕，感觉程度不等的不适、焦虑、急躁、疲劳和情感压抑，常表现消极和精力不足，注意力、警觉和对食物关注下降。可由任何原因引起的情绪冲突而诱发，患者病前多有敏感、警觉性高、对健康要求过高、易激惹、急躁等特征<sup>[12]</sup>。

#### 4.2.1 认识及辨别方法<sup>[13]</sup>

4.2.1.1 辨症 失眠的症状表现有入睡困难、多梦或噩梦、易醒、早醒、醒后不易或不能再次入睡、第二天醒后的昏沉等不适感。其中入睡困难入睡时间长短不一，甚至是彻夜难眠等情况。另外，患者还有诸如以下症状描述：看电视时迷迷糊糊，一旦躺上床就完全没有睡意；或因出差等转换睡眠环境引起入睡困难；或睡眠环境光线、声音问题导致入睡困难；或躺下之后就会不由自主想事，越不想去想越是控制不住想事的念头引起的入睡困难。多梦或噩梦，有患者描述为闭上眼整晚都在做梦，或做梦犹如“连续剧”一样，或因梦的内容不同的多梦或噩梦症状。易醒

表现为无原因的中间多次醒来或因睡眠环境的光线、声音等问题导致睡眠中间多次醒来，或因过往照顾孩子中间醒来引起的易醒症状。有因担心失眠或担心醒来之后不能再次入睡、担心睡不好会影响第二天的状态等引起的困扰。另外，还有不少患者存在睡眠时间和睡眠质量方面的问题，如非平素固定的上床入睡时间睡觉就会入睡困难，自觉多梦引起的睡眠质量下降等。追求8h的“足够”睡眠时间或因前一天失眠增加第二天白天所谓的“补偿”睡眠等睡眠心理需求的问题。总之，患者就诊时的失眠症状表现多样，大多情况下以其中的一项症状为主，兼有其他症状，亦有多种症状皆现的情况。

4.2.1.2 辨人 即针对不同个体从而制定不同的治疗方案，不同的个体除外不同的年龄、体质、症状表现，中医心理辨人更重要的在于个体之间人格的不同，而这恰恰也是关乎疗程的长短，失眠的预后及是否复发的关键因素所在。我们在门诊治疗过程中，发现失眠伴有抑郁倾向人格、强迫倾向人格、偏执倾向人格倾向的患者治疗相对复杂一些，失眠患者容易将上述人格倾向特征用于睡眠，如躺下之后不由自主想事、非平素上床时间睡觉则出现入睡困难、“连续剧”梦等都很有可能是强迫人格或强迫人格倾向在睡眠中的体现。另外，抑郁症患者的失眠多有早醒的症状，如果不对抑郁人格进行矫正，采用单纯的对症治疗，很有可能治疗不彻底或再次复发。

4.2.1.3 辨因 重点分析引起失眠或失眠症状加重的原因，如紧张、愤怒、恐惧等不良情绪刺激或应急生活事件，增加或减少催眠药物药量过程中出现的症状加重等。辨因要结合病史和失眠的症状进行。

#### 4.2.2 鉴别诊断<sup>[12]</sup>

4.2.2.1 抑郁症 精神心理性失眠和抑郁症相区别的基础在于抑郁症患者可存在其他“自主神经症状”，如食欲减退、明显的昼夜性情感节律

波动和消化道不适等。临床上可见抑郁症的生物学指标如 REM 睡眠潜伏期缩短、早醒等。

4.2.2.2 广泛性焦虑障碍 广泛性焦虑障碍患者在觉醒状态下也可见到焦虑症状，社会适应能力明显受损，而精神心理性失眠患者的核心症状表现为失眠，相关的临床症状为持续觉醒状态的后果。

4.2.2.3 特发性失眠 典型精神心理性失眠中的许多患者在儿童和青少年期的睡眠就处于正常人的边缘状态。通常情况下，除了遭遇应激性事件导致短暂的睡眠不良外，大多可忍受；而特发性失眠患者在儿童时期即出现连续性睡眠不佳。

4.2.2.4 调节性睡眠障碍 精神心理性失眠患者在临床症状出现前，也可能因为各种应激性事件导致调节性睡眠障碍，表现为一段时间的失眠，当应激性因素消失后，睡眠可以恢复正常。但此时如果患者仍然过分的全神贯注于自己的睡眠问题或担心自己睡不着，则表现出精神心理性失眠的临床特点。

## 5 失眠症的诊断标准

### 5.1 现代医学诊断

5.1.1 临床评估 病史采集：临床医师需仔细询问病史，包括具体的睡眠情况、用药史以及可能存在的物质依赖情况，进行体格检查和精神心理状态评估。睡眠状况资料获取的具体内容包括失眠表现形式、作息规律、与睡眠相关的症状以及失眠对日间功能的影响等。可以通过自评量表工具、家庭睡眠日记、症状筛查表、精神筛查测试以及家庭成员陈述等多种手段收集病史资料。推荐的病史收集过程（1-7 为必要评估项目，8 为建议评估项目）如下。

1) 通过系统回顾明确是否存在神经系统、心血管系统、呼吸系统、消化系统和内分泌系统等疾病，还要排查是否存在其他各种类型的躯体疾病。如皮肤瘙痒和慢性疼痛等；

2) 通过问诊明确患者是否存在心境障碍、

焦虑障碍、记忆障碍，以及其他精神障碍；

3) 回顾药物或物质应用史，特别是抗抑郁药、中枢兴奋性药物、镇痛药、镇静药、茶碱类药物、类固醇以及酒精等精神活性物质滥用史；

4) 回顾过去 2~4 周内总体睡眠状况，包括入睡潜伏期（上床开始睡觉到入睡的时间），睡眠中觉醒次数、持续时间和总睡眠时间。需要注意在询问上述参数时应取用平均估计值，不宜将单夜的睡眠状况和体验作为诊断依据；

5) 进行睡眠质量评估，可借助于匹兹堡睡眠质量指数（Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI）问卷等量表工具；

6) 通过问诊或借助于量表工具对日间功能进行评估。排除其他损害日间功能的疾病；

7) 针对日间思睡（Daytime Sleepiness）患者进行 Epworth 思睡量表（Epworth Sleepiness Scale, ESS）评估，结合问诊筛查睡眠呼吸紊乱及其他睡眠障碍；

8) 如有可能，在首次系统评估前最好由患者和家人协助完成为期 2 周的睡眠日记，记录每日上床时间，估计睡眠潜伏期，记录夜间觉醒次数以及每次觉醒的时间，记录从上床开始到起床之间的总卧床时间，根据早晨觉醒时间估计实际睡眠时间。计算睡眠效率（即实际睡眠时间/卧床时间 $\times 100\%$ ），记录夜间异常症状（异常呼吸、行为和运动等），日间精力与社会功能受影响的程度，午休情况，日间用药情况和自我体验。

5.1.2 量表测评 包括自评与他评失眠相关测评量表。

1) ESS；

2) 失眠严重程度指数（Insomnia Severity Index, ISI）；

3) PSQI；

4) Beck 抑郁量表；

5) 状态特质焦虑问卷（State - Trait Anxiety Inventory, STAI）；

6) 疲劳严重程度量表 (Fatigue Severity Scale);

7) 生活质量问卷 (SF-36);

8) 睡眠信念和态度问卷 (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire)。

5.1.3 客观评估 与健康人相比,失眠患者由于神经心理或认知行为方面的改变<sup>[14-15]</sup>,对睡眠状况的自我评估更容易出现偏差<sup>[16]</sup>。必要时需采取客观评估手段进行甄别。

1) 整夜多导睡眠图 (Polysomnogram, PSG) 主要用于睡眠障碍的评估和鉴别诊断。对慢性失眠患者鉴别诊断时可以进行 PSG 评估。

2) 多次睡眠潜伏期试验 (Multiple Sleep Latency Test, MSLT) 用于发作性睡病和日间睡眠过度 (EDS) 等疾病的诊断与鉴别诊断。

3) 体动记录仪 (actigraph) 可以在无 PSG 监测条件时作为替代手段评估患者夜间总睡眠时间和睡眠模式。

5.1.4 失眠的诊断必须符合以下条件<sup>[17]</sup>

1) 存在以下症状之一:入睡困难、睡眠维持障碍、早醒、睡眠质量下降或日常睡眠晨醒后无恢复感。

2) 在有条件睡眠且环境适合睡眠的情况下仍然出现上述症状。

3) 患者主诉至少下述 1 种与睡眠相关的日间功能损害: a. 疲劳或全身不适; b. 注意力、注意维持能力或记忆力减退; c. 学习、工作和(或)社交能力下降; d. 情绪波动或易激惹; e. 日间思睡; f. 兴趣、精力减退; g. 工作或驾驶过程中错误倾向增加; h. 紧张、头痛、头晕,或与睡眠缺失有关的其他躯体症状; i. 对睡眠过度关注。

5.2 证候诊断 参见《失眠症中医临床实践指南》(WHO/WPO)。

5.2.1 心胆气虚证 主症:心悸胆怯,不易入睡,寐后易惊。

次症:遇事善惊,气短倦怠,自汗乏力。

舌脉:舌质淡苔白,脉弦细。

5.2.2 肝火扰心证 主症:突发失眠,性情急躁易怒,不易入睡或入睡后多梦惊醒。

次症:胸胁胀闷,善太息,口苦咽干,头晕头胀,目赤耳鸣,便秘溲赤。

舌脉:舌质红苔黄,脉弦数。

5.2.3 痰热扰心证 主症:失眠时作,恶梦纷纭,易惊易醒。

次症:头目昏沉,脘腹痞闷,口苦心烦,饮食少思,口粘痰多。

舌脉:舌质红苔黄腻或滑腻,脉滑数。

5.2.4 胃气失和证 主症:失眠多发生在饮食后,脘腹痞闷。

次症:食滞不化,嗝腐酸臭,大便臭秽,纳呆食少。

舌脉:舌质红苔厚腻,脉弦或滑数。

5.2.5 瘀血内阻证 主症:失眠日久,躁扰不宁,胸不任物,胸任重物,夜多惊梦,夜不能睡,夜寐不安。

次症:面色青黄,或面部色斑,胸痛、头痛日久不愈,痛如针刺而有定处,或呃逆日久不止,或饮水即呛,干呕,或内热瞀闷,或心悸怔忡,或急躁善怒,或入暮潮热。

舌脉:舌质暗红、舌面有瘀点,唇暗或两目暗黑,脉涩或弦紧。

5.2.6 心脾两虚证 主症:不易入睡,睡而不实,多眠易醒,醒后难以复寐、心悸健忘。

次症:神疲乏力,四肢倦怠,纳谷不香,面色萎黄,口淡无味,腹胀便溏。

舌脉:舌质淡苔白,脉细弱。

5.2.7 心肾不交证 主症:夜难入寐,甚则彻夜不眠。次症:心中烦乱,头晕耳鸣,潮热盗汗,男子梦遗阳痿,女子月经不调,健忘,口舌生疮,大便干结。舌脉:舌尖红少苔,脉细。

3 个体特征判断 参见王琦教授所提出的中

医九种体质辨识方法。

## 6 健康管理

对于失眠的管理应当因人而异,从源头开始。当偶尔出现失眠症状时,应当给予心理治疗;经常间断出现的失眠,应当建议患者到社区卫生中心咨询并进行相应的检查;符合失眠症诊断标准的,应当到心理科及睡眠医学科进行治疗。

失眠症的治则在补虚泻实,调整脏腑气血阴阳的基础上辅以安神定志是本病的基本治疗方法。实证宜泻其有余,如疏肝解郁,化痰清热,消导和中。虚证宜补其不足,如益气养血,健脾、补肝、益肾。实证日久,气血耗伤,亦可转为虚证,虚实夹杂者,治宜攻补兼施。安神定志法的使用要结合临床,分别选用养血安神、镇惊安神、清心安神等具体治法,并注意配合精神治疗,以消除紧张焦虑,保持精神舒畅。

6.1 失眠症心理治疗的总体目标 是尽可能明确病因,达到以下目的:改善睡眠质量和(或)增加有效睡眠时间;恢复社会功能,提高患者的生活质量;减少或消除与失眠相关的躯体疾病或与躯体疾病共病的风险;避免药物干预带来的负面效应<sup>[1]</sup>。

对于精神心理性失眠,应当以心理疏导为主,非药物治疗为辅,严重的患者使用药物治疗。使用药物治疗可以参见《失眠症中医临床实践指南》(WHO/WPO),依次介绍心理治疗、非药物治疗、中药治疗、西药减药治疗、正确使用西药等。

6.2 推荐使用中医心理疗法 广义中医心理疗法主要包括四大类:传统中医心理疗法、现代中医心理疗法、本土心理疗法以及中医心身调节技术。狭义一般是指传统中医心理疗法及现代中医心理疗法。

6.2.1 现代中医心理疗法 本指南推荐低阻抗意念导入疗法(Low Resistance State Thought In-

duction Psychotherapy, TIP)。有关该疗法理论及具体方法详见汪卫东著《低阻抗意念导入疗法》<sup>[18]</sup>。其规范操作流程如下。

6.2.1.1 首次接待过程 包括病史采集和简易支持疗法。

6.2.1.2 低阻抗状态营造技术 采用中医推拿、针灸、音乐等方法降低患者心理阻抗,融洽医患关系。包括以下几个方面:1)音乐放松诱导;2)动功放松诱导,如放松训练、三线放松功、瑜伽功等;3)深化诱导技术,心理医师根据治疗的需要采取各种诱导的方法,如想象电梯、大草原等深化患者的入静深度和程度,适用于放松过程中营造低阻抗状态不佳的患者,或帮助患者回忆病史及成长过程等;4)睡眠抗干扰技术。

6.2.1.3 记忆与病史追溯技术 包括病史资料采集的问诊过程,但在问诊过程中,患者由于种种原因,对某些涉及治疗的核心出现“遗忘”。此时要采用如想象技术、“顺时回忆”或“逆时回忆”等记忆与病史追溯技术来尽可能获取必要的治疗信息。(IV级,需要进一步研究)

6.2.1.4 认知导入技术 针对患者所存在对睡眠的不同认知问题进行分析,纠正患者对睡眠各种症状的错误认知,导入合理的认知,用新的理念和行为代替过去不合理的理念和行为,逐步矫正患者对睡眠的非理性信念和认知。(Ib级,推荐使用)

1) 针对失眠症状的认知导入<sup>[19]</sup>:关于入睡困难的认知;关于多梦或噩梦的认知;关于中途易醒的认知;关于醒后不易入睡的认知;关于早醒的认知;关于睡眠浅的认知;关于睡眠时间与睡眠质量的关系认知;关于睡眠与白天状态的认知;关于入睡前强迫症状的认知;关于其它认知;(Ib级,推荐使用)

2) 针对易感性人格倾向的认知导入:根据异常发展心理学原理<sup>[11]</sup>,设计纠正异常发展的信息模块,再将这些模块导入。如焦虑性失眠的认

知导入；依恋性失眠的认知导入；胆怯性失眠的认知导入；强迫性失眠的认知导入：比如晚睡强迫、早醒强迫、早睡强迫、固定时间醒来、超过固定时间不能入睡等导入；（IV级）

3) 针对影响失眠的各种事件认知导入。

6.2.1.5 意念导入性分析领悟技术 医生重点分析失眠的发病原因，尤其是第一次出现失眠症状的原因分析，治疗的过程、加重的原因及对药物的依赖情况和对失眠症状的过程等。

上述第3、4两种技术在治疗过程中结合应用，导入信息涉及到一项关键的治疗技术——“信息模块”技术，此项技术是根据发展心理学和发展治疗学的原理，结合现代数字化技术，将“意念导入”的内容，构建不同阶段、不同状态并且根据不同心理治疗需求而形成的“信息模块”，这个技术称之为“信息模块技术”。由于精神与心理疾病及其心理治疗的复杂性与语言表达的多样性，利用“信息模块技术”有助于初学者掌握 TIP 技术，治疗包括其他各种心理治疗的基本原则和导入方法。这项技术是对心理治疗技术的一大突破，为心理治疗的教学创造了一个崭新的教学模式。其作用原理是为应对初学治疗者技巧缺乏而设计的一种导入模式。根据我们对心理治疗中规范治疗和灵活治疗的关系的认识，“信息模块”是比较规范的，同时也是非常有效的<sup>[19]</sup>。主要包括以下三方面的“信息模块”：一是“对症”治疗：采用不同的“信息模块”针对入睡困难、多梦、早醒等不同的失眠症状进行认知、分析领悟治疗。二是“对人”治疗：对不同人格和人格倾向制定不同侧重点的“在成长信息模块”，针对每一位患者的不同人格或不同人格倾向进行“再成长”治疗，如恐惧性（人格或人格倾向）失眠、依恋性（人格或人格倾向）失眠、焦虑性（人格或人格倾向）失眠、强迫性（人格或人格倾向）失眠等。三是“对因”治疗：根据失眠前的各种生活事件引起的情绪变化

和失眠后引起的情绪变化设计信息模块，对引起或（和）加重失眠症状的不同原因采用不同的“信息模块”进行治疗。（IV级，需要进一步研究）

6.2.1.6 睡眠调控技术<sup>[20]</sup>包括睡眠环境调控、情绪—睡眠剥离术、睡眠信心增强技术等。睡眠环境调控在于使患者对各种睡眠环境的适应，不再追求一种绝对的安静的舒适的睡眠环境。情绪—睡眠剥离技术在于纠正不良情绪与失眠的认知，使患者认识到不良的情绪与睡眠之间无直接的因果关系，睡眠是最自然的心理生理过程。使患者不再惧怕失眠，建立起对睡眠的信心。（Ib级，推荐使用）

睡眠刺激适应技术是一项“刺激—惊醒—安静—再入睡”的诱导过程。在放松入静状态中给予刺激，医生站在患者身边，用手掌盖在离患者的眼睛上方约 10 cm 的地方，给患者以绝对的安全感，并迅速给予新的诱导：很好，你现在处在很安全的状态，请你轻轻的闭上眼睛，你很快会再一次放松下来，保持原来的放松入静状态，而且进入更深的入静状态。你很快就会睡下去的。在上述基础上，再一次进行诱导：你是安全的，你很快又再一次入睡了。而且睡得越来越得越沉，无论什么干扰都不会影响你的睡眠了。（Ib级，推荐使用）

情绪—睡眠剥离技术大多数人的情绪如思虑、兴奋或焦虑烦恼并不会影响睡眠。虽然在以前的事件发生过程中，当时的思虑、兴奋或焦虑烦恼曾经给你带来了失眠的症状，但那些事件毕竟已经过去，不会再影响到你现在的睡眠。即使你在白天遇到了各种烦恼的事件，有着各种不良的情绪，那也是正常的。只要你在睡眠前能够做到“先睡心，后睡眼”，理性排除各种情绪的干扰，使其“非理性”地断然认为失眠与情绪关系并不相关，这样对改善睡眠更为有益。如果在放松入静状态下进行认知疗法效果更好。（Ib级，

推荐使用)

睡眠信心增强技术“低阻抗状态下的睡眠调控技术”作为一种针对性很强的新的治疗技术,其理论并不高深,技术也不复杂,但只要对低阻抗的诱导方法掌握得当,同时对睡眠医学的知识又有一定的理解,在临床上用这种特殊的心理治疗技术改善睡眠却收效良好,值得进一步作深入的临床研究。(Ib级,推荐使用)

6.2.1.7 正常睡眠“前瞻”治疗技术 在对症治疗或分析领悟等之后,在低阻抗状态下对患者进行睡眠预期体验治疗,使患者提前进入当晚的睡眠过程中,使其提前体验自然的睡眠过程,这可以使治疗起效更快,巩固治疗的效果,还可增强失眠患者的睡眠信心,有利于后续的治疗,以提高临床疗效。每次治疗20~30 min,2次/周,8次为1个疗程。(IV级,需要进一步研究)

以上为TIP治疗失眠症的操作流程,经过不断的临床验证、总结、补充,已经趋于规范化,所有操作技术贯穿于失眠治疗过程的始终,根据患者的个体差异和治疗过程中的症状变化、程度等进行不同技术和治疗侧重的调整。患者的第一次治疗尤为关键,对提高失眠疗效和患者的依从性十分重要,这就要求医者能够对上述的病史采集、辨病过程、操作流程进行熟练掌握。对发病过程的机制路线图越清晰,对疾病的把握和理解越透彻,第一次的治疗效果越明显,疗程越短。TIP技术治疗失眠的操作流程逐渐规范化以后,使TIP技术不仅适用于个体治疗,而且还可应用于团体治疗,也可结合行为疗法等其他的治疗方法。不可否认的是每一种治疗方法都有其适用的范围,TIP技术可以适用于原发性失眠、调节性失眠、急性失眠、精神心理性失眠、睡眠卫生不良综合征、异常性失眠、药物滥用所致失眠、部分精神障碍导致的失眠和内科疾病所致失眠等。

6.2.2 传统中医心理疗法(IV级) 本指南推荐以下中医心理治疗方法,可请专科医生诊治。

6.2.2.1 情志疏导法 指引情-“情景”再现;述情-尽情诉说;共情-理解与同情;动情-诱导性宣泄;知情-问诊诊断;解情-解除心中“情结”;移情-转移脱离痛苦情感;激情-激励干预对象。通过对上述几种方法单独或组合应用,来治愈疾病的方法。

6.2.2.2 以情胜情法 以情胜情法:基于中医学的整体观念,以五行相胜的原理为指导,运用一种情志活动控制或调节因某种情志刺激引起的疾病,而达到治愈疾病的目的。一般规律为“怒伤肝,悲胜怒”;“喜伤心,恐胜喜”;“思伤脾,怒胜思”;“忧伤肺,喜胜忧”;“恐伤肾,思胜恐”。

6.2.2.3 移情易性法 移情易性法:指治疗者采取某种措施来转移患者的注意力,排遣患者的忧思悲情,转移患者的消极心志,创设一个治愈患者的良好心理环境,从而达到治疗目的的方法。

6.2.2.4 释疑解惑法 释疑解惑法:指治疗者用言语或行为解除病人疑虑,使患者通达致病和愈病之理,使其坚持对病态心理作自我抑制,而达到治愈之目的。

6.2.2.5 顺情从欲法 顺情从欲法:指顺从患者的意志、情绪,满足患者心身需要以达到愈病目的的方法。

6.2.2.6 行为指导法 行为指导法是一种运用心理学原理塑造良好个体行为,矫正不良个体行为的一种方法。通过激励积极行为,减少消极行为,来增加自制观念,促进人格自我完善的方法。

6.2.2.7 习以平惊法 习以平惊法:通过渐进的方式进行反复练习,使患者对原本会受惊吓的刺激逐渐习惯,从而恢复常态的心理疗法。

6.2.2.8 入静诱导法 将调息与意念结合起来诱导入静的方法。

6.2.2.9 阴阳调适法 阴阳调适法:调节患者

阴阳失去平衡后出现的各种病理变化的方法。

6.2.2.10 精神内守法 精神内守法：指精神内存，即寻求安闲、内敛的精神状态，不存邪心杂念，不心存妄想，不心浮气躁，保持内心的安宁状态。参见有关心理治疗书籍，或请心理治疗师治疗。

6.3 推荐使用中医辨证论治<sup>[21-30]</sup> 建议采用《失眠症中医临床实践指南》（WHO/WP 列举的证候与方药）。

6.4 推荐使用针灸治疗<sup>[38-44]</sup>（Ib/II b/III b，推荐使用）

6.4.1 心胆气虚证 取穴：心俞、胆俞、膈俞、气海补法，神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

6.4.2 肝火扰心证 取穴：肝俞、行间、大陵穴、合谷、太冲、中院、丰隆、内关，以泻为主，神庭、四神聪、本神、百会、神门、三阴交平补平泻法。

6.4.3 痰热扰心证 取穴：太冲、丰隆泻法，神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

6.4.4 胃气失和证 取穴：中脘、足三里、阴陵泉、内关、神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

6.4.5 瘀血内阻证 取穴：肝俞、膈俞、血海、三阴交，以泻为主，神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

6.4.6 心脾两虚证 取穴：心俞、厥阴俞、脾俞、太冲、太白、中院、足三里、神门、神庭、四神聪、本神、三阴交平补平泻法。

6.4.7 心肾不交证 取穴：心俞、肾俞、照海、太溪、神庭、四神聪、本神、神门、三阴交平补平泻法。

6.5 推荐的耳穴疗法<sup>[45-47]</sup>（II b/III b，有选择的推荐使用）

取穴：神门、心、脾、肾、皮质，配穴取

脑、枕、交感、内分泌、神经衰弱点。每次选用6~8穴，主穴配穴合用，随证加减。

操作：治疗前先用耳穴探测棒在耳穴上寻找阳性点，用75%酒精消毒耳廓后用耳针或将粘有王不留行籽的胶布对准选定的耳穴贴紧并加压，使患者有酸麻胀痛或发热感。失眠伴头晕头痛，急躁易怒者用重手法，年老体弱、倦怠纳差者用轻手法，嘱患者每天自行按压2~3次，每次每穴30s。上述治疗隔日进行1次，5次为1个疗程。

6.6 推荐的穴位贴敷<sup>[48-49]</sup>（Ib级，推荐使用）

用夜交藤15g、白芷12g、败酱草10g等。将上药粉碎，加入辅料，制成丸状。夜晚睡前，用医用胶布贴敷于太阳穴、神门、涌泉穴。

6.7 推荐的中药足浴（IIIa级，有选择性的推荐使用）

取中草药威灵仙30g、鸡血藤30g等，加水5升煎煮约1h，滤出中药渣，当中药凉到可以放入脚时，令患者伸入双脚，浸泡15min。取出双脚用毛巾擦干，再将要按摩的足底按摩区上均匀地涂上上述药物。每次按摩的时间为15~30min，1次/d，1周后改为隔日1次或每周2次，10次为1个疗程。

6.8 推荐的导引疗法

6.8.1 三线放松法 第一条线：由头顶百会穴→面部→前颈部→胸部→腹部→两大腿前面→两小腿前面→两脚脚背和脚趾放松。

第二条线：头顶百会穴→后枕部→后颈部→背部→腰部→臀部→两大腿后面→两小腿后面→两脚跟及脚心涌泉穴。

第三条线：头顶百会穴→两侧颞部→两侧颈部→两肩→两上臂→两前臂→两手，然后意守两手心劳宫穴片刻，再重复做。

6.8.2 分段放松法 头部放松→颈部放松→肩与上肢放松→胸背放松→腹腰放松→大腿放松→

小腿放松→足放松。一般反复做3~5遍即可。

6.8.3 局部加强放松法 在整体放松后,通过意念的调节有侧重地放松身体的某一局部。例如:过于紧张、疼痛的部位或某一穴位,可在此局部或穴位加强放松数分钟,乃至半个小时。

6.8.4 默念词句放松法 即通过默念词句来帮助放松。通过默念良好的词句,不但可以帮助排除杂念,放松入静,而且这些词句对大脑皮质还是一种良性刺激,通过第二信号系统,对操练者能起很好的心理治疗作用。默念的词句可根据具体情况有针对性地选择,如有高血压或兴奋占优势的神经官能症患者,易焦虑紧张,可以默念“松、静”或“松静好”等。默念词句一般与呼吸配合,如吸气时默念“静”,呼气时默念“松”,同时随意念向下放松。

## 6.9 推荐预防方法

1) 失眠为脑神的异常,故调摄精神状态,使喜怒有节,心情舒畅,脑神当有所养,则失眠即可避免。

2) 劳逸结合,越是紧张的工作,越要注意休息,使体劳和脑劳相互协调。

## 7 总结

本指南基于国家科技部十一五科技支撑计划“中国传统医学对心理疾患的防治研究”项目支持,由世界中医药学会联合会中医心理学专业委员会和世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会联合发布,主要目的是建立基于中医药理论、方法、手段的失眠症防治技术体系和示范模式。

在整个指南编写过程中,得到各界专家的大力支持,并采用问卷调查、专家访谈、会议讨论等形式对指南的推荐方案就其可靠性、安全性、应用性进行调研。中国中医科学院广安门医院举行了多期关于失眠症的临床实践指南研讨会,邀请国内外中西医心理学著名专家和临床各专业的专家针对失眠症的发病、临床诊断、临床特点、中医辨证分型、治疗、预防等多方面进行了深入

探讨,对指南的编写提供了很多宝贵意见。2011年5月在北京召开了中医心理学大会,邀请国内外治疗失眠的著名专家和学者,再次对指南进行论证和评议。将专家对指南的建议汇总后,进行指南修改,形成本文摘。

本课题组按照循证医学原则,参考近年来失眠诊疗领域相关的进展资料,结合我国国情及文化背景,经多次讨论形成“基于个体化的失眠症中医临床实践指南”,并首次提出中医现代心理疗法治疗失眠症的规范操作流程,旨在为临床医师提供一套基于个体化的中医规范化失眠诊疗框架。本指南根据中医药治疗失眠急性、亚急性、慢性失眠病程各阶段的动态变化随时变换治疗方法,强调个体化治疗,同时注意到个别患者长期服用安眠药物的事实,建议采用以非药物治疗及中药治疗为主,最终达到以恢复良好睡眠为目的。治疗手段包括中医心理疗法、中药汤剂、中成药、针灸、推拿、药浴及导引治疗等。根据不同病期的临床特点和患者病情选择上述方法,以综合治疗方案为宜,充分体现了传统医学个体化治疗的特点,促进患者节律紊乱逐渐恢复正常,提高对失眠症的调节功能。

## 参考文献

- [1] 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.
- [2] 刘保延, 胡镜清, 谢雁鸣, 等. 中医药学现代化个体诊疗体系建立的构想与研究 [J]. 世界科学技术-中医药现代化, 2003, 5 (1): 1-7.
- [3] 胡镜清, 刘保延, 王永炎. 中医临床个体化诊疗信息特征与数据挖掘技术应用分析 [J]. 世界科学技术——中医药现代化, 2004, 6 (1): 14-16.
- [4] 刘保延, 胡镜清, 谢雁鸣, 等. 中医药学现代个性特征体系建立的构想与研究 [J]. 世界科学技术——中医药现代化, 2003, 5 (1): 1-5.
- [5] 王永炎, 张启明, 赵宜君. 对中医个体化诊疗的理解与解释 [J]. 环球中医药, 2009, 2 (3): 161-163.
- [6] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议 [J].

- 中国中西医结合杂志, 2007, 27 (12): 1061.
- [7] 田德禄. 中医内科学 [M]. 人民卫生出版社, 2002.
- [8] 失眠定义、诊断及药物治疗共识专家组. 中国失眠定义、诊断及药物治疗专家共识 (草案) [J]. 中华神经科杂志, 2006 (2): 141-143.
- [9] National Heart, Lung, and Blood Institute Working on Insomnia. Insomnia: assessment and management in primary care [J]. Am Fam Physician, 1999, 59: 3029-3038.
- [10] 中国睡眠研究会. 找回失去的睡眠 [J]. 中国医药报, 2007, 41.
- [11] 汪卫东. 发展治疗学——基于异常发展的心理治疗理论体系 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 125.
- [12] 赵忠新. 临床睡眠障碍诊疗手册 [M]. 上海: 第二军医大学出版社, 2006.
- [13] 杜辉, 洪兰, 汪卫东. 低阻抗意念导入疗法治疗不寐临床操作规范 [J]. 中国中医药信息杂志, 2013, 4 (20), 1-2.
- [14] 麻小莉, 何金彩. 慢性原发性失眠患者的前瞻性记忆研究 [J]. 中华神经科杂志, 2012, 45: 36-39.
- [15] 李志华, 陈贵海. 九盒迷宫试验检测慢性失眠者记忆功能 [J]. 中华神经科杂志, 2011, 44: 524-527.
- [16] 张鹏, 李雁鹏, 赵忠新, 等. 失眠患者与健康人睡眠感知水平的对比分析 [J]. 中国现代神经疾病杂志, 2008, 8: 212-216.
- [17] American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed [J]. Diagnostic and coding manual. Westchester: One Westbrook, 2005.
- [18] 汪卫东. 低阻抗意念导入疗法—TIP技术体系的理论与实践 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [19] 汪卫东, 刁倩, 洪兰. TIP技术中睡眠认知信息模块设计思路 [J]. 国际中医中药杂志, 2012, 34 (7): 581-583.
- [20] 汪卫东, 闵妍, 吕学玉. 气功入静状态下的睡眠调控技术 [J]. 国际中医中药杂志, 2009, 31 (4): 349-350.
- [21] 倪国栋. 安神定志丸合酸枣仁汤治疗顽固性失眠36例体会 [J]. 现代中西医结合杂志, 2007, 16 (8): 1099-1100.
- [22] 刘齐林, 张静术. 龙胆泻肝汤治疗失眠79例临床观察 [J]. 中国医药指南, 2011, 9 (32): 174-175.
- [23] 苏莉娟, 刘现峰. 黄连温胆汤治疗失眠的临床观察 [J]. 社区医学杂志, 2008, 6 (16): 58-59.
- [24] 陈治林. 加味黄连温胆汤治疗失眠症32例 [J]. 云南中医中药杂志, 2010, 31 (10): 34-35.
- [25] 李夏林. 血府逐瘀汤治疗失眠96例临床观察 [J]. 中医药导报, 2012, 18 (10): 49-50.
- [26] 陈献红. 加味血府逐瘀汤治疗失眠症临床观察 [J]. 中国中医药咨询, 2011, 3 (18): 163.
- [27] 马君兴. 归脾汤治疗失眠40例疗效观察 [J]. 四川生殖卫生学院学报, 2009, (3): 44.
- [28] 孙韶华, 莫中周, 李新平. 加味归脾汤治疗失眠症50例 [J]. 陕西中医, 2005, 26 (2): 129-130.
- [29] 潘新彦. 六味地黄丸合交泰丸加味治疗老年失眠症31例 [J]. 中国现代医生, 2012, 50 (30): 76-77.
- [30] 李梦. 六味地黄丸合交泰丸治疗更年期失眠症40例 [J]. 浙江中医杂志, 2011, 46 (6): 408-409.
- [31] 刘凯军. 温胆宁心颗粒治心胆气虚失眠临床观察 [J]. 江西中医药, 1999, 30 (2): 37-38.
- [32] 张敬锋. 酸枣仁膏治疗原发性失眠的临床疗效评价及其方法学研究 [D]. 中国中医研究院硕士学位论文, 2003.
- [33] 刘红丽, 赵郴. 柏子养心丸配合三唑仑治疗失眠46例疗效观察 [J]. 中国医学创新, 2009, 6 (13): 67-68.
- [34] 郭长学, 李书霞, 王剑英. 天王补心丹加减治疗失眠40例临床观察 [J]. 云南中医中药杂志, 2012, 33 (1): 44-45.
- [35] 沈建平, 吉庆. 天王补心汤治疗阴虚内热型失眠36例疗效评价 [J]. 天津中医药, 2011, 28 (3): 217.
- [36] 俞建良. 归脾丸治疗失眠症20例 [J]. 现代中西医结合杂志, 2008, 17 (32): 5044-5045.
- [37] 王军. 七叶神安片治疗原发性失眠42例观察 [J]. 山东医药, 2008, 48 (31): 3.
- [38] 全晓艳. 针灸治疗失眠的36例临床观察 [J]. 中医临床研究, 2012, 4 (17): 35-36.
- [39] 丁艳. 针灸治疗失眠30例疗效观察 [J]. 按摩与康复医学, 2012, 3 (18): 179-180.
- [40] 孙军喜. 针灸治疗失眠证 [J]. 按摩与康复医学, 2012, 3 (17): 194.
- [41] 张敬翠. 针灸治疗失眠症60例 [J]. 中国实用医药, 2012, 7 (7): 25-226.
- [42] 赵立勤. 针灸治疗失眠的临床疗效观察 [J]. 中国医药指南, 2012, 10 (13): 270-271.
- [43] 罗昌凤. 针灸治疗失眠症62例临床观察 [J]. 按摩与康复医学, 2012, 3 (5): 192-193.
- [44] 高端红. 针灸治疗失眠症40例 [J]. 实用中医药杂志, 2012, 28 (1): 37.

- [45] 何素芬. 耳穴治疗失眠 42 例 [J]. 按摩与康复医学, 2012, 3 (9): 208 - 209.
- [46] 高亚莉. 耳穴治疗失眠症 60 例 [J]. 实用医技杂志, 2007, 14 (29): 4018 - 4019.
- [47] 郭之平. 辨证运用耳穴治疗失眠证 56 例 [J]. 陕西中医, 2005, 26 (8): 825.
- [48] 马春. 中药穴位贴敷治疗失眠的临床观察 [J]. 中国医药指南, 2011, 9 (26): 115 - 116.
- [49] 沙丽君. 中药穴位贴敷治疗失眠症 72 例的护理体会 [J]. 光明中医, 2011, 26 (2): 389 - 390.

### 失眠症指南编写组

组长: 汪卫东

成员 汪卫东 刘艳骄 郭荣娟 李莉 李涛 闫雪 吕学玉 等所有课题组成员

执笔: 李涛博士 (神经内科学、睡眠医学)、闫雪博士 (睡眠医学)、吕学玉博士 (心理学)

审阅

刘艳骄 汪卫东

参加讨论专家 (按姓氏拼音顺序排列):

郭荣娟 刘艳骄 汪卫东 许建阳 洪兰  
王志青 徐欣

注: 本指南编写参考刘艳骄教授所编制的《失眠症中医临床实践指南》(WHO/WPO)、国家中医药管理局“十一五”重点专科协作组不寐诊疗方案、中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组 2012 年发布的《中国成人失眠诊断与治疗指南》。

发布: 世界中医药学会联合会中医心理学专业委员会, 世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会, 版次: 2013 年第 1 版发布日期: 2013 年 1 月

