

失眠症中医临床实践指南 (WHO/WPO)

TCM clinical guidelines of insomnia research group (WHO/WPO)

中医中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组

(中国中医科学院, 北京, 100700)

关键词 失眠症; 中医; 临床指南; WHO/WPO

中图分类号: R25 **文献标识码:** A **文章编号:** 2095-7130 (2016) 01-008-025

1 介绍

20 世纪 90 年代以来, 临床睡眠医学得到迅速发展, 引进、运用现代睡眠医学的理论与技术, 结合中医药学的特点, 开展中医睡眠医学理论与临床研究, 在整理和继承中医药传统理论的同时, 发展了现代中医睡眠医学, 促进了中医药在睡眠医学研究领域的进步。

失眠是一种常见的症状, 绝大多数人都有偶尔失眠的经历, 但这并不代表疾病状态。失眠症是临床常见的睡眠障碍之一, 它影响大众身心健康、脑思维、记忆、创新性功能和社会活动功能。由于治疗失眠症仍沿用传统镇静安眠药, 镇静安眠药 (主要是苯二氮䓬类药物) 的不良反应如成瘾性、依赖性、戒断性反应、抑制呼吸、影响昼间觉醒质量、行为和容易出现操作性事故等, 也同样成为严重的医疗、社会问题。失眠患者白天注意力不集中、疲劳和过度嗜睡均可导致警觉性下降、反应迟钝, 这些是引发意外事故的主要原因。中医药治疗失眠症具有明显的特色和优势, 受到人们的普遍关注。

失眠症是中医有效治疗的疾病之一。中国中医科学院和上海市中医医院等单位对失眠症的中医症状、证候辨证诊断和疗效评价规范化进行了系列研究, 以国际通用的 SPIEGEL 量表、美国匹兹堡睡眠质量指数、国家中医药管理局《中医证候诊断疗效标准》、卫生部《中药临床研究指导原则》中失眠症 (5 个) 辨证分型、《中医

睡眠医学》中的 9 个辨证分型和上海市中医失眠症诊疗方案中 (6 个) 辨证证型量化评分法工作经验为基础, 参考《中国失眠的定义、诊断及其治疗专家共识》, 确定失眠症的中医评价标准, 结合其他失眠评价量表, 如阿森斯失眠量表、生存质量量表、失眠症临床评价表 (SPIEGEL 量表), 进行了有效的临床研究, 上海市中医医院还牵头承担了中华中医药学会失眠症临床指南的编写工作。实践证明, 在作为传统医学之一的中医学在失眠症的治疗方面有助于提高人们的生活质量, 减少与失眠症相关的精神障碍、心理障碍、亚健康状态、其他内科疾病的发生。

本指南适用于中医药治疗的成年失眠患者, 以及以失眠为主症的相关疾病的失眠患者。

它可以包括国际睡眠障碍分类中的心理生理性失眠症 (Psychophysiological Insomnia)、调节性失眠 (急性失眠) (Adjustment Insomnia (Acute Insomnia)、异常性失眠症 (Paradoxical Insomnia)、原发性失眠症 (Idiopathic Insomnia) 等。

本指南以中医药的诊断、治疗和康复建议为主要内容, 但不包括蒙医、藏医、回医、壮医等其他传统医学的诊断与治疗方法。

本指南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睡眠医学为主的相关学科医生使用。

本指南的主要目的是推荐具有循证医学证据和中医共识的失眠的中医药诊断与治疗方法；促进临床医生、护理人员规范使用中医药进行医疗实践活动；加强对失眠治疗管理；提高失眠患者的生活质量。

本指南资料来源及检索策略和办法：采用计算机和手工相结合的方法进行检索。

本指南外文资料来源于 MEDLINE、COCHRANE 图书馆、美国国立指南库 (The National Guideline Clearinghouse, NGC) 等，中文资料来源于中国医院数字图书馆，包括中国期刊全文数据库 (CNKI)、CBM-DISK、中国中医药文献数据库、中国优秀博士学位论文全文数据库、中国医用信息资源系统 (维普) 和中文生物医学期刊文献数据库 (CMCC) 等数据库。以 “Insomnia-失眠” 和 “Psychophysiological Insomnia-心理生理性失眠”、“Sleep State Misperception-睡眠质量” 为关键词进行检索。检索的文献期限为 1987 年至 2007 年 12 月。

文献证据分级标准^[1]

针对传统医学的证据分级

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

2 背景

关于失眠的定义有几种情况：失眠、失眠症、失眠综合征。

失眠是一种常见症状，正常人可以偶尔发生，持续性出现失眠症状大多是疾病的表现。失

眠症是指持续相当长时间对睡眠的质和量不满意的状况，不能以统计上的正常睡眠时间作为诊断失眠的主要标准。对失眠有忧虑或恐惧心理可形成恶性循环，从而使症状持续存在。失眠症的定义，其目的之一是要同偶尔失眠或短时失眠 (1 个月以下) 区别开来，以避免滥用药物或给患者造成不必要的负担。若要由精神、神经和躯体等疾病引起的失眠或作为伴发症状，称之为失眠综合征，而不能诊断为失眠症。

失眠通常指患者对睡眠时间和/或质量不足并影响白天社会功能的一种主观体验^[2]。

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^[3]。

目前认为，失眠症的确切定义应从失眠的主观感受，失眠所致的日间不良后果 (如疲劳、注意力下降、打盹等) 与客观检测 (多导睡眠脑电图等) 三方面结合来描述^[4]。

失眠症在世界各国的发病率各有不同，可以通过相关国家的临床报道中获得。可参见 “Epidemiology of sleep—Age, Gender, and ethnicity”^[5]。

David Brown. W. 在《Sleep: A comprehensive Handbook》中援引有关资料指出：“大多数学者估定失眠在人群中的发病率每年在 30% ~ 35% 间。更进一步说，大约有 10% ~ 20% 的人认为自己的睡眠情况很严峻。尽管严重失眠的定义可能有出入，但它通常相当于每天晚上都有睡眠中断或者在至少 2 周内几乎每天晚上 (失眠)，通常白天的症状也包括在内^[6]。

引起失眠的原因有很多，大致可分为以下几种情况：

生理性原因：可见于出差、倒时差、轮班、

坐车船、光线太强、噪声、异常气味的刺激、环境影响（战争、风雨雷电等）、吸烟、饮用兴奋性饮料等。

病理性原因：可见于疼痛、搔痒、呼吸疾病（如咳嗽、哮喘、睡眠呼吸暂停综合征等）、心血管疾病（如严重的高血压、阵发性心动过速等）、消化系统疾病（如胃及十二指肠溃疡、胃及肠的痉挛性疼痛等）、泌尿系统疾病（如尿路感染、水肿等）、神经系统疾病（如三叉神经痛、偏头痛等）、精神疾病（如焦虑症、抑郁症、疑病症、恐惧症、强迫症、精神分裂症等）、内分泌系统疾病（如甲亢、更年期综合征等）。

精神心理性原因：工作紧张、失恋、家庭纠纷、黑白事件、突发事件等。

药物性原因：长期服用抗抑郁药物等引起的失眠。

失眠一般情况下不会造成生命危机，但经常失眠，可以使人产生诸多不适；长期慢性失眠会影响人的生理功能，出现认知、学习、记忆等方面的障碍，而失眠也是一些疾病常见的伴随症状。

失眠，中医学中称为“不寐”、“目不瞑”、“不得眠”、“不得卧”，但内容含义并不完全一致，现代中医学与现代医学称谓相同。

不寐是指患者不能闭目睡眠，但不得卧则不是专指失眠，而是指因病不能平卧，从本质上说是因其它疾病导致的睡眠障碍。

中医学认为，失眠的病因主要有外邪所感，七情内伤，思虑劳倦太过或暴受惊恐，亦可因禀赋不足，房劳久病或年迈体虚所致。其主要病机是阴阳、气血失和，脏腑功能失调，以致神明被扰，神不安舍。

中医治疗失眠症以临床辨证论治为主，配合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。

近20年来，中医睡眠医学的理论与临床研

究逐渐向规范化发展，在临床疗效评价方法逐步采用与现代睡眠医学评价一样的方法，在许多方面形成了共识。并开展了临床睡眠障碍调查研究、辨证论治规律的探讨、中药新药的临床研究、综合治疗方案的随机对照临床试验等，逐步形成了一个较为统一的临床方案。

本指南制定的意义

目前国际上尚无中医药治疗失眠的临床实践指南，采用标准的不统一导致中医药临床应用的不规范，影响了其有效性的体现，妨碍了中医药有效治疗方法在国际上的交流。因此，结合国际上关于失眠症的诊断标准及规范，吸纳目前中医药防治失眠的研究成果和成功经验，借鉴临床流行病学研究方法，形成具有循证医学证据的中医药防治失眠的临床实践指南，对于提高国际上失眠的防治水平，对于世界各国人民采用传统中医药治疗失眠症，减少卫生经济负担都具有重要意义。

3 预防和早期监测

中医治疗失眠症有悠久的历史，并有很多非药物疗法及预防为主的方法，长期失眠可以加速脑功能的衰退，影响学习和记忆能力，导致灵感缺失，应当积极治疗。

中医学关于失眠症的治疗，在不同历史时期有不同的分型方法。如明·戴元礼《秘传证治要诀》提出：“不寐有两种，有病后虚弱及年高阳衰不寐。”明·秦景明（1368-1644B.C）的《症因脉治·不得卧论》专论失眠，从外感和内伤辨证，重在分清寒热虚实。明·张景岳（1563-1640 B.C）提出了从阴引阳，从阳引阴的治疗大法，提出了7种类型，14种方法。《东医宝鉴·内景篇卷之二·虚烦不睡》总结了明以前治疗失眠症的理论与方法，所列方剂都是在临床上常用的，涉及痰浊、心气虚、年高体衰，以及伤寒吐下后、霍乱吐泻伤津，其总以阴虚内热为主，热扰心神，神不收舍。清·吴澄（1249-1333B.C）

在《不居集》中提出了不眠的 12 种原因及治疗方法。清·王清任 (1768-1831B. C) 提出了应用活血化瘀法治疗睡眠障碍的方剂, 并被后世广泛应用。此后, 不同医家有不同辨证分型, 国家中医药管理局也制定了行业标准, 提出了 5 个证候类型。上海市中医医院按照五脏分属, 分成 5 个证型。《中医睡眠医学》中提出了失眠症的 9 个证候类型, 不同中医著作有不同的分型, 但基本围绕上述分型进行。

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; 经常出现失眠的人群, 应当进行亚健康的相关检查, 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 1 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。

失眠症的中医辨证论治, 要注意辨证要点。要掌握失眠的特点、失眠与脏腑虚实的关系、失眠的定性定位以及轻重缓急。

3.1 失眠的表现形式

失眠症按照临床特点主要分为 3 种类型。

I 型 入睡困难型 主要是指入睡困难, 短则 0.5 小时以上, 长则整夜不能入睡。

II 型 睡眠易醒型 主要是指能够入睡, 但睡眠时间很短, 缺乏深睡眠, 一般在入睡后 1 h 就可醒觉, 然后再次入睡, 能在很短的时间内又醒觉。

III 型 睡眠短暂型 睡眠时间与同年龄人的睡眠时间不相符, 一般少于同年龄人睡眠时间 2 h, 醒后有明显的疲劳等症状。

3.2 失眠与脏腑虚实的关系

3.2.1 失眠与脏腑 失眠的主要病位在心脑与脏腑, 主要是心神被扰, 脑神失养, 神不守舍。

3.2.2 失眠与虚实 失眠的病性有虚实之分。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, 多因脾失化源, 肝失藏血, 肾失藏精所致。实证多为热盛扰心, 扰乱心神。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。

失眠的病程按照患病时间长短, 分为急性失眠, 发病时间为 7 天; 亚急性失眠, 时间为 4 周至 6 个月以内; 慢性失眠, 持续时间超过 6 个月以上。

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, 建议采用减量西药治疗的方法, 最终达到以中药治疗为主的目的。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 睡眠养生方法指导

4.1 采用促进睡眠的方法

中医学治疗疾病的方法通常是综合性的, 中医学对于睡眠障碍的患者是采用多种促进睡眠的方法, 尽可能地减少药物的使用。其中常用的方法包括:

4.1.1 芳香中药 利用中药的芳香、清凉、明目的作用, 制成药枕, 一方面治头疾, 一方面促进睡眠。药枕要根据季节的不同定期更换枕芯。春天阳气升发, 万物复苏, 人亦随之而气升, 可选用桑叶青蒿枕, 以舒达肝气; 夏季炎热, 人易汗出, 可选菊花蚕砂枕, 以清热除烦, 安神助眠。秋季应选清凉枕, 以绿豆枕清燥泻火。冬季宜选灯心枕, 以透郁热而利尿。

4.1.2 磁疗枕 磁疗枕对于睡眠障碍有一定的改善作用, 适于短期失眠而对磁疗较为敏感的人群。

4.1.3 按摩与导引 可以舒通经脉, 缓急止痛, 同时也有助于改善睡眠。常用按摩取穴有: 头部选印堂、神庭、睛明、攒竹、太阳、角孙、风池等穴; 腹部选中脘、气海、关元、天枢等穴; 腰

部选心俞、肝俞、脾俞、胃俞、小肠俞、肾俞等穴；四肢选内关、大陵、神门、足三里、丰隆、三阴交等穴。方法：头部可采用一指禅推法、揉法、抹法、按法、扫散法、拿法；腹部多采用摩法、按法、揉法；背部可沿脊柱两侧滚、揉或直擦、横擦，重点揉按背俞穴；四肢穴位多用按、揉手法。导引就是气功，要按照医学气功师的要求，选择适合自己身体情况的气功方法。

4.1.4 食物 食物对人的睡眠有一定影响，既可使疲倦的人们兴奋，也可以使兴奋的人们安然入睡。

4.1.5 刮痧、砭石 通过刮痧、砭石的作用也可以改善睡眠。

4.2 采用辅助性促进睡眠方法

1) 睡眠前要清扫房间，驱散房间中的异味，以使空气新鲜，进而呼吸通畅。

2) 寝室内不要有噪声、强光、蚊虫等外界条件的干扰，室内温度合适，卧具被褥干净整洁，柔软舒适；睡眠时穿宽松、吸汗的睡衣。

3) 催眠诱导的方法有很多种，但均需要由专职的催眠诱导技师进行，不可以滥用。

4.3 慢性失眠患者应当采用的中医睡眠养生方法

1) 对于慢性失眠的患者，一定要在医生的指导下，坚持服用药物。长期使用西药的人，可以适当配合使用抗组胺类药物，如异丙嗪、盐酸氯苯那敏等。短期内服用3~7 d左右，这样可以利用抗组胺药物容易导致瞌睡的副作用来改善患者的睡眠，并减少安眠药物的用量。

2) 长期服用安眠药物的患者如果突然停用药物会使失眠更加严重。应当在继续应用3~7 d的同时，逐渐减少安眠药物的用量。已经形成药物依赖的患者，要首先改换其他药物，同时配合使用中药或者针灸。

3) 睡前要减少看电视的时间，可以听一些柔和的音乐，特别是民俗音乐。失眠可以涉及多

种疾病，因此要分情况区别对待，针对患者的具体情况，采用不同的音乐疗法。

4) 坚持睡前用温水泡脚对睡眠有一定的帮助，还可同时配合足底按摩，或者其他外用的治疗方法。

5) 不要养成熬夜的习惯，要使睡眠时间变得规律。选择适合自己的枕头、被褥，并经常改变睡眠的姿势。连续加班以后，至少要有3 d的正常工作时间，让自身睡眠节律能够自然恢复。

6) 在治疗的恢复期，可以根据自己的实际情况，适当选择能够改善睡眠的保健食品。

7) 心理治疗对失眠患者来说是十分重要的，要经常开导那些有各种情绪障碍的人，使之消除抑郁或焦虑，保持良好的心态，要提醒这些人群设法有一个宣泄郁闷的场所。

8) 因为各种原因失眠而导致体重下降的人群，要提醒他们服用一些改善消化吸收功能的中药，增加食欲，提高耐受失眠的能力。

9) 保持家庭的和睦是缓解精神紧张的重要方法，避免不愉快的事件影响睡眠。

10) 请专科医生治疗是提高失眠症临床疗效的关键。

5 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。

临床观察发现，长期失眠的患者多颜面发白，眼眶发黑。特别是长时间服用安眠药物以后，眼眶发黑的现象就更明显。经常服用某些药物的患者，面部的颜色也会变白，缺乏血色。经常多梦的人，双眼常睁得并不大，有明显的眼袋。真正缺少睡眠的人，特别是整夜不眠的患者，眼球结膜往往会出现明显的充血现象，而某些神经症患者的入睡困难者，往往没有这种现象，说明这些患者睡眠很浅；而焦虑症的患者也是如此。

长期使用安眠药物的患者经常会出现口臭的

现象,这是因为安眠药物引起大便困难,使大便排出不畅,胃肠之气上返所致。

问诊内容涉及睡眠史、现病史、家族史、既往史、个人史、诱发因素、个体生活习惯、睡眠效率、睡眠描述、白昼的主诉、相关睡眠检查问卷、睡眠障碍家族史、睡眠障碍的模式、睡眠障碍用药情况、睡眠障碍的治疗效果、睡眠障碍的不良反应、睡眠呼吸情况、夜间肢体运动、其他睡眠问题。

失眠患者的脉象变化较大,急性失眠患者往往呈现弦脉,慢性失眠患者脉沉细。长期失眠的患者体重明显减轻,并有消瘦的倾向。经常失眠的人常有腹部胀满现象^[7]。

6 失眠症的临床表现

6.1 失眠的分类

失眠包括入睡困难、睡眠维持困难、早醒。是睡眠量的不足和/质的不佳。

6.1.1 按临床表现分类

1) 睡期失眠(入睡困难) 睡眠潜伏期 ≥ 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 ≥ 5 min 的觉醒次数在 2 次以上;

全夜觉醒时间 ≥ 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。

6.1.2 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。

6.1.2.1 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。

6.1.2.2 短期或亚急性失眠 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。

6.1.2.3 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。

6.1.3 按严重程度分类

1) 轻度 偶发,对生活质量影响小;

2) 中度 每晚发生,中度影响生活质量,伴随一定症状(易怒、焦虑、疲乏等);

3) 重度 每晚发生,严重影响生活质量,临床症状表现突出。^[2]

6.1.4 按原因分类 失眠症有内因性失眠、外因性失眠、继发性失眠(症状性失眠)。

6.1.4.1 内因性失眠 心理生理性失眠、主观感觉性失眠、特发性失眠。

6.1.4.2 外因性失眠 睡眠卫生不良性失眠、环境性失眠、高原性失眠、食物过敏性失眠、药物依赖性失眠、酒精依赖性失眠、肢体运动障碍性失眠、醒-眠节律失调性失眠。

6.1.4.3 继发性失眠 心理障碍伴发的失眠、躯体疾病伴发的失眠。

6.1.5 按原发、继发分类 失眠症分为原发性失眠症和继发性失眠症。

6.1.5.1 原发性失眠症 是与心理因素或躯体疾病有明显直接关系的长期失眠。

6.1.5.2 继发性失眠症 是由疼痛、焦虑或抑郁引起的失眠^[8]。

6.2 理化检查

6.2.1 物理检查

1) 多导睡眠图 (PSG) 检查 包括心电图 (ECG)、呼吸、血压、脉搏、睡眠结构图、REM 睡眠所占的百分比、NREM 睡眠所占的百分比、血氧饱和度、脑电图 (EEG)、眼球运动、肌电图、鼾声频谱分析等。

2) 多次睡眠潜伏试验 (MAST)

3) 心理学量表的使用

4) 症状和必要的辅助检查。

6.2.2 化学物质变化检查 一般不要求进行, 为鉴别诊断可作下列检查。

6.2.2.1 昼夜内分泌激素的变化 生长激素、甲状腺激素、肾上腺激素、血糖、……。

6.2.2.2 必要的神经递质检查 前列腺 (PGD₂)、5 羟色胺 (5-HT)、去甲肾上腺素、一氧化氮 (NO)、γ-氨基丁酸 (GABA)、……。

7 失眠症的诊断标准

7.1 西医诊断

失眠诊断

7.1.1 一般情况问诊及检查

7.1.1.1 临床症状 包括以下 1~2 项: 入睡困难、睡眠维持障碍 (或早醒伴再入睡困难); 临床症状严重, 影响了觉醒时的躯体和社会功能或导致明显不安。

7.1.1.2 体格检查及实验室检查 除常规检查以外, 脑电图检查是必须的。

7.1.1.3 寻找可能的病因 发现内科及精神科伴发的失眠; 药物治疗; 物质滥用 (如咖啡、可乐、酒精、烟草等), 并加以排除。

7.1.2 专项睡眠情况问诊及检查

7.1.2.1 睡眠习惯 包括: 睡眠参数 (睡眠潜

伏期、觉醒次数、早醒、睡眠质量, 如噩梦等); 失眠发生的频度及持续时间; 促发因素: 突发事件使情绪受打击, 过于兴奋, 旅游以及疲劳过度等; 残留效应; 睡眠卫生 (午休、睡眠形式和习惯、工作及节假日时的就寝和起床时间等); 既往治疗效果 (自我调节的方法及能力)。

7.1.2.2 睡眠日记、睡眠问卷、视觉类比量表 (VAS) 等。

7.1.2.3 多导睡眠图 (Polysomography, PSG) 不作为诊断的常规检查。睡眠习惯问诊和体格检查后, 如发现下列情况需考虑行多道睡眠描记术。a. 与睡眠有关的呼吸系统疾病 (睡眠呼吸暂停综合征); b. 神经肌肉疾病; c. 猝倒症; d. 睡眠倒错; e. 与睡眠有关的癫痫发作; f. 考虑不宁腿综合征或其他疾病导致的周期性肢体运动; g. 通过其诊断的其他疾病。

7.1.2.4 多次睡眠潜伏期试验 (MSLT) 出现睡眠麻痹、睡眠猝倒时应考虑做多次睡眠潜伏期试验 (MSLT), 以排除发作性睡病。

7.1.2.5 体动记录仪 (Actigraph) 失眠患者出现夜间肢体运动障碍时, 应当考虑进行体动记录。

7.1.2.6 催眠药物使用情况 仔细询问患者曾经用过的药物和现在正在服用的药物, 它们的剂量、服法、持续服用时间、有否换药、有否突然停药、药物的疗效怎样等。

7.1.2.7 其他 (包括睡眠剥夺脑电图 EEG、时辰疗法等)

阿森斯 (Athens, AIS) 失眠量表、匹斯堡睡眠质量量表、失眠症临床观察调查表 (SPIEGEL 量表)。

7.1.3 失眠的诊断标准

7.1.3.1 失眠的主观标准 主诉睡眠障碍; 白天疲乏、头胀、头昏等症状系由睡眠障碍干扰所致; 仅有睡眠量减少而无白日不适不视为失眠。

7.1.3.2 失眠的客观标准 根据多导睡眠图结

果判断,睡眠潜伏期延长(长于 30 min);实际睡眠时间减少(每夜不足 6 h 30 min);觉醒时间增多(每夜超过 30 min)。

7.1.3.3 诊断标准通常包括以下几个方面

1) 睡眠障碍 包括难以入睡,久不能眠,或间断多醒,整夜多梦,似睡非睡或早醒,醒后不能再入睡,或通宵难眠。

2) 上述睡眠障碍每周至少发生 3 次,并持续 1 周以上。

3) 白天出现精神疲乏不振、头晕头胀、心慌心烦等症状,影响工作、学习和社会活动功能。

4) 不是躯体疾病,或其他精神疾病的并发症状。

5) 按国际通用的 SPIEGEL 量表 6 项内容(入睡时间、总睡眠时间、夜醒次数、睡眠深度、做梦情况、醒后感觉)检测评分 ≥ 9 分, < 12 分为失眠, ≥ 12 分为失眠症。失眠症程度: ≥ 12 分为轻度失眠症; ≥ 18 分为中度失眠症; ≥ 24 分为重度失眠症。

7.1.4 国际睡眠障碍分类(ICSD-2 2005 年)

失眠 (Insomnia)

F51.01 睡眠调节障碍 Adjustment Sleep Disorder

F51.02 异常性失眠症 (Paradoxical Insomnia)

F51.03 心理生理性失眠症 (Psychophysiological Insomnia)

F51.04 精神障碍导致的失眠症 (Insomnia due to a Mental Disorder)

G47.01 特发性失眠症 (Idiopathic Insomnia)

Z72.821 不适当的睡眠卫生 (Inadequate Sleep Hygiene)

Z3.81 婴幼儿的动作性失眠症 (Behavioral Insomnia of Childhood)

G47.02 与毒品或物质滥用有关的失眠症 (Insomnia Related to a Drug or Substance)

G47.03 与精神环境有关的失眠症 (Insomnia due to a Mental Condition)

F51.00 与物质滥用或心理环境无关的失眠症 (Other Insomnia not due to a Substance or Physiological Condition Unspecified)

G47.00 不明确的器质性失眠症 Organic Insomnia, unspecified^[9-10]

国际睡眠障碍分类 ICSD-2 中有关失眠的诊断标准,可以参见:ICSD-2 失眠诊断标准。

中国失眠症诊断标准,可以参见中国精神疾病诊断分类,第 3 版 (CCMD-3)。

7.2 中医诊断

7.2.1 诊断

1) 凡是以不易入睡,睡中易醒,甚至彻夜难眠为主要临床临床表现者,均可诊断为失眠。

2) 常因失眠而产生疲劳、倦怠、乏力、不思饮食、工作能力下降等症状。

3) 临床检查未见器质性病变,多导睡眠图检查可见睡眠结构紊乱表现。结合睡眠量表、有关生物化学检查加以确立。

4) 排除郁证等疾病所导致的睡眠障碍。

7.2.2 鉴别诊断 失眠(不寐)应与脏躁、烦躁、胸痹、头痛、郁证相鉴别。

7.2.2.1 失眠与脏躁 失眠的难以入睡与脏躁严重者的难以入睡很相似。但失眠以彻夜难睡或自觉不易入睡为主,心烦不安多为兼症;脏躁以烦躁不安,哭笑无常为主症,睡眠不安为兼症。失眠多因外感病邪、内伤阴血不足、脑失所养、心肾不交等所致;而脏躁多有精神因素,为忧愁思虑过度,情绪抑郁,积久伤心,脑神失养,或产后亡血伤精,心脾阴亏,上扰脑神所致。

7.2.2.2 失眠与烦躁 二者均有烦躁和失眠,也可有同样的病因,失眠所兼的烦躁常发生在失眠以后;而烦躁所伴见的失眠,多是先有烦躁,而后失眠。

7.2.2.3 失眠与胸痹 失眠与胸痹均由疾病的

原因而产生心烦、失眠的表现。但单纯失眠多与精神情志因素有关，而胸痹的失眠多发生在患病后，情绪过为紧张，并有胸中窒闷疼痛的感觉。

7.2.2.4 失眠与头痛 失眠严重时，常因大脑得不到休息，而出现头痛，这种头痛无明显的规律和固定的部位，而头痛可由各种原因引起，常有固定的部位，疼痛表现多样，经过睡眠头痛明显减轻。

7.2.2.5 郁证为情志抑郁之病证 临床表现可见精神恍惚，精神不振，多疑善虑，失眠多梦，久则神思不敏，遇事善忘，神情呆滞。失眠在郁证中是兼证，病情表现比较轻。而失眠症则以失眠为主症，其余症状多是伴发症状。

7.3 证候诊断

7.3.1 肝郁化火证 突发失眠，性情急躁易怒，心烦不能入睡，性情急躁易怒，或入睡后多梦惊醒。胸胁胀闷，善太息，口苦咽干，目赤，小便黄，大便秘结。舌质红苔黄，脉弦数。

7.3.2 痰热内扰证 失眠时作，恶梦纷纭，易惊易醒。头目昏沉，脘腹痞闷，口苦心烦，饮食少思，口黏痰多。舌质红苔黄腻或滑腻，脉滑数。

7.3.3 阴虚火旺证 虚烦不眠，入睡困难，夜寐不安，甚则彻夜难眠。手足心热，盗汗，口干少津，健忘耳鸣，腰酸梦遗，心悸不安。舌质红少苔，脉细数。

7.3.4 胃气失和证 失眠多发生在饮食后，脘腹痞闷。食滞不化，噎腐酸臭，大便臭秽，纳呆食少。舌质红苔厚腻，脉弦或滑数。

7.3.5 瘀血内阻证 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。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。舌质暗红、舌面有瘀点，唇暗或两目暗黑，脉涩或弦紧。

7.3.6 心火炽盛证 心烦难眠，五心烦热。头晕耳鸣，口舌生疮，口干腰酸，梦遗滑精。舌质红苔干，脉细数。

7.3.7 心脾两虚证 头蒙欲睡，睡而不实，多眠易醒，醒后难以复寐。心悸、健忘，神疲乏力，纳谷不香，面色萎黄，口淡无味，食后作胀。舌质淡苔白，脉细弱。

7.3.8 心胆气虚证 心悸胆怯，不易入睡，寐后易惊。遇事善惊，气短倦怠。舌质淡苔白，脉弦细。

7.3.9 心肾不交证 夜难入寐，甚则彻夜不眠。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。舌尖红少苔，脉细^[11]。

7.4 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，应当到睡眠专科进行治疗。推荐的管理措施包括：

对失眠的辨证施治，要针对其特点，注意分清虚实。虚证多因阴血不足，心脑失所养，责之于心、脾、肝、肾、脑；实证多因肝郁化火，食滞痰阻，气滞血瘀，邪毒内闭，则之于肝、胃、肠。

总的治则为补虚泻实，调整阴阳。补虚则用益气养血，滋补肝肾，补脑安神之法；泻实则用清肝泻火，和中消导，活血化瘀之法。

8 失眠症的辨证论治

本指南征求众多专家意见，参考有关文献，列出下列证候类型。

8.1 实证

8.1.1 肝郁化火证

主症：心烦不能入睡，性情急躁易怒，或入睡后多梦易惊。

次症：胸胁胀闷，善太息，口苦咽干，目赤，小便黄，大便秘结。

舌脉：舌红、苔黄，脉弦数。

病机：肝失疏泄，郁久化火。

治法：疏肝解郁，清热化火。

推荐方药：龙胆泻肝汤（《卫生宝鉴》）

药物组成：龙胆草、生栀子、黄芩、醋柴胡、生地黄、车前子包煎、泽泻、灯心草、淮山药、煅磁石（先煎）、当归、生甘草、人参、天门冬、黄连、知母等。

8.1.2 痰热内扰证

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，不思饮食，口黏痰多。

舌脉：舌红、苔黄腻或滑腻，脉滑数。

病机：痰热内盛，扰乱心神。

治法：化痰清热，和中安神。

推荐方药：温胆汤《备急千金方》加减

药物组成：竹茹、枳实、陈皮、清半夏、云茯苓、生姜、大枣、焦槟榔、生甘草。

8.1.3 阴虚火旺证

主症：虚烦不眠，入睡困难，夜寐不安，甚则彻夜难眠

次症：手足心热，盗汗，口干少津，健忘耳鸣，腰酸梦遗，心悸不安。

舌脉：舌红、少苔，脉细数。

病机：阴精亏损，虚火亢旺。

治法：滋阴降火，清热安神。

推荐方药：黄连阿胶汤（《伤寒论》）加减

药物组成：黄连、阿胶烱化、鸡子黄、白芍、生姜、大枣、牡丹皮、地骨皮、黄芩。

8.1.4 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，噎腐酸臭，大便臭秽，纳呆食少。

舌脉：舌红苔、厚腻，脉弦或滑数。

病机：气机阻滞，胃失和健。

治法：消食导滞，和胃降逆。

推荐方药：保和丸（《丹溪心法》）

药物组成：神曲、焦山楂、云茯苓、清半夏、陈皮、莱菔子、藿香、佩兰、连翘、紫苏叶、川厚朴、甘草。

8.1.5 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：舌暗红、舌面有瘀点，唇暗或两目暗黑，脉涩或弦紧。

病机：气滞血瘀，脉络瘀阻。

治法：活血化瘀，通经活络。

推荐方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）

药物组成：当归、生地黄、桃仁、红花、川芎、柴胡、桔梗、川牛膝、枳实、赤芍、甘草、牡丹皮、香附。

8.1.6 心火炽盛证

主症：心烦难眠，五心烦热。

次症：头晕耳鸣，口舌生疮，口干腰酸，梦遗滑精。

舌脉：舌红、苔干，脉细数。

病机：火热内盛，扰乱心神。

治法：清心泻火，养血安神。

推荐方药：导赤汤（《小儿药证直诀》）合交泰丸（《韩氏医通》）加味

药物组成：生地黄、木通、黄连、肉桂、茯神、夜交藤、杭菊花、白芷。

8.2 虚证

8.2.1 心脾两虚证

主症：头蒙欲睡，睡而不实，多眠易醒，醒后难以复寐。

次症：心悸、健忘，神疲乏力，纳谷不香，面色萎黄，口淡无味，食后作胀。

舌脉：舌淡苔白，脉细弱。

病机：心血不足，脾气虚弱。

治法：益气健脾，养心安神。

推荐方药：人参归脾汤（《正体类要》）

药物组成：人参、白术、黄芪、当归、远志、酸枣仁、茯神、木香、龙眼肉、生姜、大枣、甘草。

8.2.2 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。

舌脉：舌淡苔白，脉弦细。

病机：心血不足，胆气虚弱。

治法：益气养心，镇静安神。

推荐方药：安神定志丸（《医学心悟》）

方药：人参、茯苓、柏子仁、远志、当归、酸枣仁、石菖蒲、乳香、琥珀粉冲服。

如因病后体虚，汗出伤津，而见夜寐不安，则可选用酸枣仁汤《金匱要略》加减：酸枣仁、川芎、知母、炙甘草、茯苓、灯芯草炭。

8.2.3 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。

病机：阴液亏虚，阳气偏亢，既济失调。

治法：交通心肾，补血安神。

推荐方药：交泰丸（《医方集解》）天王补心丹（《摄生秘剖》）

药物组成：生地黄、玄参、丹参、人参、茯苓、远志、五味子、桔梗、柏子仁、黄连、肉桂、莲子心。

9 健康管理

9.1 建议使用的服用药物方法

根据中医阴阳睡眠理论：平旦阳气升，日中阳气隆。结合现代时间生物学的认识和我们的临床体会，建议采用明·许书微提出的服用药物方法：“日午间，夜睡服”。要求失眠患者在每天中午饭后1h和晚饭后1h服用，这种服用药物的方法，古人已有经验，临床常可以收到较好的疗效。

9.2 中药治疗后掌握减用西药的方法

对于已经或正常服用安眠西药的患者来说应当注意下列情况：

1) 长期使用某一种安眠药物容易产生耐药性及依赖性。因此，应当交替使用，一定时间内更换西药，并采用替代治疗而逐渐完全使用中药。

2) 对于服用西药的患者，应当禁用酒和含醇的药物。

9.3 建议参考的测量指标

对于失眠症的评价指标，可以参考使用国际上通用的阿森斯失眠量表、匹斯堡睡眠质量量表、失眠症临床观察调查表（SPIEGEL 量表）。有关以上量表的使用说明可见相关文献报道。

9.4 建议进行的辅助性检查

1) 建议推广使用多导睡眠图（PSG）检查包括心电图（ECG）、呼吸、血压、脉搏、睡眠结构图、REM睡眠所占的百分比、NREM睡眠所占的百分比、血氧饱和度、脑电图（EEG）、眼球运动、肌电图、鼾声频谱分析等。

2) 建议使用心理学量表。

3) 建议进行症状和必要的辅助检查。

10 失眠症的中成药治疗

10.1 常用药目

1) 柏子养心丸，每次6g水蜜丸每日分2次服。适用于心气虚寒，心悸易惊，失眠多梦，健忘等症。

2) 枣仁安神液，10~20 mL/次，1次/d，临睡服。适用于心肝血虚引起的失眠、健忘，头

晕、头痛等症。

3) 人参养荣丸, 每次9 g 蜜丸, 2次/d。适用积劳虚损, 呼吸少气, 行动喘息, 心虚惊悸, 咽干唇燥, 舌淡, 脉细弱无力。

4) 天王补心丹, 蜜丸每次9 d, 2次/d。适用于阴亏血少。虚烦少寐, 心悸神疲, 梦遗健忘, 大便干结, 口舌生疮, 舌红少苔, 脉细而数。

5) 归脾丸, 蜜丸, 每丸重9 d, 空腹时, 服1丸/次, 开水送下, 3次/d。适用于失眠, 易醒, 醒后难以复寐。心悸、健忘, 神疲乏力, 纳谷不香, 面色萎黄, 口淡无味, 食后作胀。舌质淡苔白, 脉细弱。

6) 七叶神安片, 口服, 一次50~100 mg, 3次/d; 饭后服。用于心气不足所致的心悸、失眠、神经衰弱、偏头痛等。

7) 健脑补肾丸, 口服, 淡盐水或温开水送服, 15粒/次, 2次/d。主治: 用于健忘失眠, 头晕目眩, 耳鸣心悸, 腰膝酸软, 肾亏遗精, 神经衰弱和性功能障碍等病症。

8) 朱砂安神丸, 口服, 1丸/次, 日服1~2丸。温开水或灯心汤送下。主治: 心烦失眠、心悸怔忡、舌苔薄黄, 脉细数。

10.2 服用具有安神作用的中成药应当注意的问题

1) 用药前要按照中医辨证论治的原则, 确定患者的疾病状态是属于何种中医证候类型, 依照判断的证候类型, 选择对应的中成药。

2) 感染、中毒、颅脑损伤引起的失眠及由慢性疲劳综合征、抑郁症、焦虑症、精神分裂症等引起的失眠, 不宜自己按照指南选择药物治疗。应当及时到医院由有关专科医生治疗。按照说明书使用, 必要时, 可以与其它中成药联合使用。

3) 婴幼儿、老年人、孕妇和哺乳期妇女出现的失眠, 建议由医生诊断后, 按照医嘱选择适

合的药物。

4) 伴有心悸的患者, 应当及时查明原因, 积极治疗心悸或脉结(早搏)。

5) 出现新的疾病时, 可以考虑暂停使用中药。

6) 治疗失眠中成药的服用方法与汤剂的服用方法完全一致。

7) 外感发热、经常咳嗽、复发性哮喘等呼吸系统疾病的人, 谨慎使用安眠药物。

11 失眠症推荐使用针灸治疗

11.1 体针

主穴: 神门、三阴交、百会

辅穴: 四神聪

配穴:

心脾两虚加心俞、厥阴俞、脾俞穴。

肝郁化火证加肝俞、胆俞、期门、太陵、行间。

心肾不交加心俞、肾俞、照海穴。

肝火上扰加肝俞、行间、太陵穴。

胃气不和加中脘、足三里、内关穴。

痰热内扰证加神庭、中脘、天枢、脾枢、丰隆、内关、公孙。

阴虚火旺证加神庭、太溪、心俞、肾俞、郄门、交信。

心胆气虚证加神庭、太陵、阴郄、胆俞、气海、足三里、丘墟。

11.2 皮内针

在心俞、肾俞穴埋入皮内针, 可单侧或双侧埋之, 取皮内针或5分细毫针刺入穴中, 使之有轻度酸胀感, 3 d换1次, 注意穴位清洁。

11.3 耳针

1) 取皮质下、心点、脾点、神门, 埋压王不留行或绿豆。中等刺激, 使患者有胀感, 每天自行按摩数次, 3~5 d换压1次。

2) 常用穴: 皮质下、交感、神门、枕、心、脾、肝、肾。

3) 随证加减: 早醒加垂前。

4) 方法: 在穴位处寻找敏感压痛点, 用胶布贴生王不留行籽, 嘱患者每日自行按压4~6次, 每次10~15下, 以穴位局部疼痛, 发热, 有烫感为佳。隔日换贴1次, 双耳交替选用, 10次1个疗程。

11.4 水针 可参见有关临床报道。

11.5 皮肤针(梅花针) 可参见有关临床报道。

11.6 电针

常用穴: 百会、印堂、足三里、阳陵泉、内关、三阴交、四神聪。

方法: 穴位常规消毒, 选用28号1.5寸毫针, 刺入深度不超过1寸, 进针得气后, 行快速小角度捻转1min, 接上电针仪, 选择连续波频率为5.0~6.0 Hz, 电流强度以患者能耐受为准, 通电30min, 去电后留针1~2h, 针灸1次/d, 4周1个疗程。

12 按摩治疗

可咨询专科医生。

13 推荐使用刮痧调理

用刮痧板, 在下列俞穴部位进行刮痧治疗。

1) 头颈部: 太阳穴、额旁、额顶带后1/3, 顶颞后斜下1/3(双侧); 胆经的双侧风池穴。奇穴——四神聪、安眠穴。

2) 背部: 膀胱经——双侧心俞、脾俞、肾俞。

3) 上肢: 心经——双侧神门穴。

4) 下肢: 脾经——双侧三阴交穴。

14 推荐使用气功调理

气功是中医治疗疾病的重要方法之一, 对于失眠的治疗应当首选静功、八段锦、内养功等, 古人还有睡功也可供参考。

一般来说, 应用气功治疗失眠, 可用以下简易方法。

1) 晚临睡前, 先观想一下百会穴、涌泉穴, 从这两个穴位吸入天地自然之精气, 使之在脐正

中的神厥穴化合, 再上行至手心劳宫穴, 对治疗失眠大有益处。

2) 卧床后, 排除杂念, 身体放松, 默念“六字诀”以诱导入睡, 六字诀即呼气声念: “嘘、呵、呼、泗、吹、嘻”六字配六组, 即“嘘”配肝, “呵”配心, “呼”配脾, “泗”配肺, “吹”配胃, “嘻”配三焦。此法对诱导入睡有益处。

3) 取坐式。默念“空”、“松”, 面带笑意。“空”须同时默念: “身松息均意入静, 意守丹田体似空, 导引有疗经络通, 人天合一乐无穷”。“松”, 首先从百会穴想起, 头顶松→印堂松→人中松→喉头松→两肩松→胸部松→腹部松→臀和大腿松→膝和小腿松→涌泉松。“笑意”, 嘴角微翘带笑意。每日早晚各式1次, 20min/次, 逐步增加至1~2h。

对于失眠患者施用气功疗法最好在医院进行, 回家练习时一定要听从医学气功师的指导。不要采用动作较大的气功疗法, 注意了解每一种气功疗法的禁忌证。出现气功偏差时, 及时到医院治疗。

15 推荐使用催眠治疗

催眠治疗的种类很多, 如催眠术、催眠诱导技法、催眠音乐等。

催眠治疗是用暗示手法刺激视觉、听觉或触觉, 或采用某些药物使人进入睡眠的生理心理状态。从而使患者不假思索地接受医生的治疗性建议。

暗示作用, 能增进和改善人的心理、行为和机体的生理功能, 是一种有效的心理治疗方法。暗示可以在催眠或觉醒状态下, 后者又可分为两种, 即他暗示与自暗示。他暗示是暗示者把某种观念暗示给被暗示者, 使这种观念在被暗示者的意识与下意识中发挥作用。催眠术、催眠诱导技法中均存在这种成分。自暗示是人自己把已经理解的某种暗示作用于自己, 使自己产生舒适、安

静、瞌睡、心理放松的诸种感觉。某些静功就是这种作用。在催眠状态下，暗示的治疗作用是非常明显的，它可以使患者的意识阈狭窄，思维与联想受限、分析批判能力减弱，使被暗示者自觉接受施术者的暗示指令。当然，有时的催眠暗示亦并不是由人发出的，而是由机器或音乐所产生的，但它同样是暗示在起作用的。

催眠治疗的实施步骤：

向被施术者说明催眠术的性质、意义、方法和要求，让被施术者认真地去。

要用一种简单的暗示测一测被施术者对暗示的承受能力，选择容易接受暗示人进行催眠治疗。

催眠治疗应在光线柔和、暗淡、安静的室内进行。令被施术者平躺在床上，安定情绪，放松肌肉。开始时要让被施术者凝视头部上方的微小灯光或其他发亮的物体，久视之后将产生视觉疲劳，然后进行语言的诱导暗示，反复耐心进行，直到被施术者进入催眠状态。

当被施术者进入催眠状态后，要根据其病症特点用事先准备好的暗示性语言进行治疗。

当施术即将结束时，应缓慢解除催眠状态，并逐渐暗示被施术者自我感觉良好，使其逐渐从被催眠状态下逐渐醒来，以免发生不适反应。

不是所有的催眠术都适应于失眠患者，可以采用比较柔和的音乐催眠，关键是要建立正常的睡眠节律，使患者恢复自然睡眠。

16 推荐使用心理治疗

本指南推荐多种心理治疗方法，可请专科医生诊治。

16.1 情志疏导法

16.2 以情胜情法

16.3 移情易性法

16.4 释疑解惑法

16.5 顺情从欲法

16.6 行为指导法

16.7 习以平惊法

16.8 入静诱导法

16.9 阴阳调适法

16.10 精神内守法

参见有关心理治疗书籍，或请心理治疗师治疗。

17 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。

18 推荐护理方法

护理是配合医生对患者或年老者、残疾人等进行治疗和照顾。护理包括基础护理和专科护理。基础护理工作包括生活护理、基本诊疗技术、病情观察、饮食营养、消毒隔离、清洁卫生等。

18.1 基础护理

1) 对失眠患者首先要针对病因，耐心细致地做好心理工作，进而消除紧张和忧虑。

2) 睡前不要喝茶、咖啡等兴奋性饮料。

3) 睡时关闭音响，拉好窗帘，关闭灯光，养成良好的睡眠习惯。

4) 按时服用中药，及时治疗相关疾病。

18.2 睡眠姿势

一般采用右侧卧位，尽可能不要仰卧、俯卧。

18.3 睡眠饮食

服用可以促进睡眠的饮食和保健食品。

18.4 使用睡眠促进方法

药枕、按摩导引、食疗、外治。

18.5 改善睡眠用具

选择适合自己睡眠习惯的睡眠用具，或功能性睡眠用具。

18.6 推荐健康教育方法

- 1) 建立合适的睡眠环境。
- 2) 睡眠前有放松时间。
- 3) 将一切与睡眠无关的东西从卧室中清除。
- 4) 避免在担心睡不着上花时间。
- 5) 避免酒精、咖啡因和尼古丁。
- 6) 进行一顿富含色氨酸的晚餐（如温牛奶、香蕉等）。
- 7) 傍晚或清晨进行适当锻炼。

19 概述

多年的临床实践表明对失眠患者，根据辨证论治的理论，选择药物治疗是首选，其次是针灸、推拿等非药物治疗方法，心理治疗有积极意义。

19.1 益气养血法 夏朝云等采用 CCMD-3 诊断标准和中医辨证为虚证型的失眠症患者随机分为 2 组，随机对照临床试验。采用阿森斯失眠量表 (AIS) 及病情严重程度评定临床疗效，用不良反应量表 (TESS) 评定不良反应。结果显示治疗组总有效率为 80%，略高于对照组 (70%)，但差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 (I b 级证据)^[12]

康广山依照《中药新药临床研究指导原则》中失眠的诊断标准。排除有严重心脑血管肝肾疾病患者。随机对照临床试验。随机分为 2 组，2 组在性别、年龄、病程等方面经统计学处理差异无统计学意义，具有可比性。治疗方法观察组采用自拟酸枣安神汤。2 组临床疗效比较：与对照组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。与本组治疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。 (II a 级证据)^[13]

19.2 养血安神法 针对更年期患者常常有失眠的症状，黄各宁等将 42 例失眠患者随机分为 2 组。治疗组用养血清脑颗粒；对照组用谷维素。2 组均连续服药 8 周后评定疗效。观察治疗前后睡眠效果及血清 E_2 、FSH、LH 含量的变化。结果 2 组治疗后失眠均有所改善，但 2 组显效率与有效率比较均差异有统计学意义 ($P < 0.01$ 或

0.05)，治疗组明显为优。对内分泌激素影响，对照组治疗前后 E_2 、FSH、LH3 项指标比较差异无显著性 ($P > 0.05$)；治疗组治疗后血清 E_2 上升，FSH 下降，与治疗前比较均差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。 E_2 、FSH 与对照组治疗后比较也差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 (II a 级证据)^[14]

童林萍将 86 例失眠患者随机分为 2 组，分别用丹参枣仁汤和安定片治疗，观测 2 组疗效。对照组用安定片 25 mg，1 次/d，睡前口服。2 组均治疗 15 d 后进行疗效判定。在治疗失眠方面 2 组比较，差异有显著性。 (II a 级证据)^[15]

19.3 清心泻火法 黄泽辉将 122 例患者随机分为 2 组，治疗组 62 例，给予加味导赤散治疗；对照组 60 例，给予舒乐安定、谷维素治疗。观察治疗前后睡眠改善情况，1 个疗程为 20 d。2 组比较，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 (II a 级证据)^[16]

19.4 调肝安神法 韩会玲对古方“甲乙归藏汤”治疗失眠的效果进行临床研究。对照组给以脑乐静口服液，30 mL/次，3 次/d，1 个月为 1 个疗程。结果治疗组有效率 90%，对照组总有效率 65%。 (IV 级证据)^[17]

19.5 清热化痰法 黄韬等选择无器质性病变，根据 CCMD-3 诊断标准诊断为失眠症，随机分为治疗组（百合温胆汤治疗 32 例）和对照组（安慰剂 30 例），对照药物为外形相同、口味相似的合剂（安慰剂，主要成分为上药的辅料）。2 组病例均服药 2 次/d，分别于早饭后及临睡前 0.5 h 各服 20 mL。连续服药 14 d 后评价临床疗效。2 组病例均于服药前、服药后 2 周分别记录 SPIGEL 量表和中医症状、证候量表评分。结果治疗 2 周后，2 组痊愈、显效和总有效率均差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。治疗组证候积分治疗前后有明显改善（均 $P < 0.05$ ，治疗后组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。 (I b 级证

据)^[18]

肖郡芳用加味温胆汤治疗更年期失眠 80 例,应用加味温胆汤治疗更年期失眠,并与舒乐安定治疗作对照。按 2:1 随机分为 2 组。治疗组以加味温胆汤治疗 2 次/d,早晚服用,1 个疗程为 3 周。对照组以舒乐安定治疗,每晚 2 片,睡前口服,1 个疗程为 3 周。治疗结果:治疗组有效率 87.50% 对照组有效率 65.00%,2 组比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 (I b 级证据)^[19]

19.6 滋肾养阴法 张万廷治疗阴血亏虚型失眠 66 例,随机分为 2 组,治疗组和观察组。2 组病例一般情况比较,差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。经过检验,2 组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。 (III 级证据)^[20]

19.7 活血化瘀法 孟磊采用加味血府逐瘀汤,设对照组给以安神补脑液 10 mL,1 次/d,1 个月为 1 个疗程。结果:治疗组总有效率 89%,对照组总有效率 75%。 (IV 级证据)^[21]

赵恒志等用血府逐瘀汤化裁的化瘀定志汤治疗失眠。随机分为对照组和治疗组。治疗组用自拟化瘀定志汤治疗,对照组服用西药谷维素、维生素 B₁、安定治疗。所有病例均观察睡眠时间与质量。10 d 为 1 个疗程,连续观察 3 个疗程。并嘱患者服药期间忌烟酒、浓茶,解除精神因素,作息有序,保持安静的环境。2 组疗效经统计学处理,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。 (IV 级证据)^[22]

19.8 益肾健脑法 邱全观察根据古方“孔圣枕中丹”配制的孔圣枕中液治疗失眠 50 例,并与运用刺五加片治疗 40 例进行对照观察。90 例单纯性失眠患者,随机分为 2 组。治疗组口服孔圣枕中液。对照组口服刺五加片。与对照组比较 $P < 0.05$ 。 (III 级证据)^[23]

19.9 其他 赵忠新等对比观察百乐眠胶囊与复方酸枣仁胶囊治疗失眠的临床疗效。将失眠患者随机分组为百乐眠组和枣仁组。百乐眠组给予百

乐眠胶囊,枣仁组给予复方酸枣仁胶囊。疗程均为 14 d。经证明百乐眠胶囊和复方酸枣仁胶囊治疗失眠的临床有效率无统计学意义,百乐眠胶囊对于失眠部分参数的改善优于复方酸枣仁胶囊,提示 2 种药物诱导睡眠的作用机制可能存在着差异。 (II a 级证据)^[24]

建议到失眠专科就诊,以降低医疗成本,获得满意的治疗和康复指导。

陶建青等评价 3 种中成药治疗失眠症的药物经济学效果。将 78 例门诊失眠症患者随机接受舒眠胶囊 (A 组)、甜梦胶囊 (B 组)、复方枣仁胶囊 (C 组),以药物经济学方法进行成本-效果分析。结果:A、B、C 组的总成本 (C) 分别为 288.20、163.08、139.22 元,匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) 总分减少量 (E_1) 分别为 515.8、8.88、11.84,有效率 (E_2) 分别为 26%、46%、64%;平均成本-效果比 C/E_1 分别为 55.96、18.36、11.76, C/E_2 分别为 11.08、3.55、21.8;与 C 组比较,A 组和 B 组增量成本-效果比 $\Delta C/\Delta E_1$ 分别为 -22.27—、-8.06—, $\Delta C/\Delta E_2$ 分别为 -3.92—、-1.33。结论:3 种中成药中,复方枣仁胶囊治疗失眠症较经济。 (II b 级证据)^[25]

20 总结

中医治疗失眠症有着悠久的历史,认识不断深入,但因社会环境的不断变化和交通运输速度的改变,失眠症治疗又有了新的发展。经过长期的积累和探索,已经形成了一些具有循证医学证据,但又不很完善的治疗方法,在常用的中医证候及治疗方药上达成了共识。中医药治疗失眠强调以辨证论治为原则,根据急性、亚急性、慢性失眠病程各阶段的证候动态变化随时变换用药。急性期以安魂镇魄、健脑安神、活血化瘀为主要治法,亚急性期和慢性期以交通心肾、补益心脾等方法。治疗手段包括中药汤剂、中成药、针灸、推拿、药浴及催眠治疗等。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,可促进患者节律紊乱快速或逐渐恢复正常,提高对失眠症的调节功能。

本症一般预后良好,长期失眠可对学习和记忆能力产生影响。

参考文献

- [1] 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): 1061-1069.
- [2] 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) [S]. 中华神经科杂志, 2006 (2): 141-143.
- [3] National Heart, Lung, and Blood Institute Working on Insomnia. Insomnia: assessment and management in primary care [J]. Am Fam Physician, 1999, 59: 3029-3038.
- [4] 范新刚, 白月先, 王学昌. 失眠症的诊断及临床治疗进展 [J]. 临床荟萃, 1999, 14 (15): 713-714.
- [5] Kenneth L, Lichstein. Epidemiology of sleep—Age, Gender, and ethnicity. Lawrence Erlbaum Associates, Inc, Printed in U. S. A, 2004: 11-13.
- [6] Teofilo Lee-Chiong. M. D. Sleep: A Comprehensive Handbook [M]. Published by John Wiley & Sons. inc. Hoboken. New Jersey. published simultaneously in canada, 2006: 93.
- [7] 刘艳骄, 李茵. 睡眠障碍临床诊断技巧 [J]. 中国中医基础医学杂志, 2006 (5): 332.
- [8] 牛世芹. 失眠的诊断与治疗原则 [S]. 中国临床医生, 2003, 31 (6): 5.
- [9] Jack D. Edinger, Melanie K. Means. Insomnia. Principles and Practice of Sleep Medicine (fourth edition). A Harcourt Health Sciences company. U. S. A2004: 704.
- [10] American Academy of Sleep Medicine Westchester. IL Th International Classification of Sleep disorders. Second Edition. American Academy of Sleep Medicine. 2005.
- [11] 刘艳骄, 高荣林. 中医睡眠医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 349.
- [12] 夏朝云, 夏承义, 邓世平, 等. 夏氏睡眠1号治疗虚证型失眠症60例临床观察 [J]. 中医杂志, 2007, 48 (1): 38.
- [13] 康广山. 自拟酸枣安神汤治疗失眠50例疗效观察 [J]. 实用中医内科杂志, 2005, 19 (5): 426.
- [14] 黄各宁, 陈积优. 养血清脑颗粒对妇女更年期失眠的疗效及其对内分泌激素的影响 [J]. 中医药临床杂志, 2007 (1): 42.
- [15] 童林萍. 丹参枣仁汤治疗失眠54例观察 [J]. 浙江中医药大学学报, 2007, 31 (1): 71.
- [16] 黄泽辉. 加味导赤散治疗顽固性失眠的临床疗效观察 [J]. 新中医, 2007 (3): 55.
- [17] 韩会玲. 甲乙归藏汤加减治疗失眠70例 [J]. 现代中医药, 2006, 26 (3): 16.
- [18] 黄韬, 陈青锋. 百合温胆汤治疗痰热内扰型失眠症的随机单盲对照试验研究 [J]. 上海中医药杂志, 2006, 40 (5): 15.
- [19] 肖郡芳. 加味温胆汤治疗更年期失眠80例 [J]. 河南中医, 2005, 25 (5): 64-65.
- [20] 张万廷, 杨宏宇. 天王补心丹加味治疗阴血亏虚型失眠66例 [J]. 河南中医学院学报, 2006 (2): 57.
- [21] 孟磊. 加味血府逐瘀汤治疗失眠48例 [J]. 陕西中医, 2004, 25 (8): 700-701.
- [22] 赵恒志, 郭玉兰. 化痰定志汤治疗顽固性失眠86例临床观察 [J]. 河南中医, 2005, 25 (12): 44-45.
- [23] 邱全. 孔圣枕中液治疗失眠50例 [J]. 河北中医, 2001, 23 (6): 438-439.
- [24] 赵忠新. 窦林平百乐眠胶囊与复方酸枣仁胶囊治疗失眠临床疗效比较 [J]. 现代中西医结合杂志, 2006, 15 (21): 1192.
- [25] 陶建青, 尹雪冰, 梁佳. 3种中成药治疗失眠症的成本-效果分析 [J]. 中国药房, 2005, 16 (14): 1069-1070.

附

本文起草为中国中医科学院刘艳骄博士所领导的指南研究组,由中国中医研究睡眠的重点科研和医疗机构专家组成。总体方案由刘艳骄博士负责的小组(史欣德、闫雪)进行;循证证据的分析与引用由何丽云负责的小组(张艳红、刘为民)提供;临床用药由齐向华博士负责的小组(滕晶、田财军)推荐;临床评价方法由王翘楚先生指导,徐建、许良睡眠专业医师领导的小组提出,催眠及非药物治疗由汪卫东和孙书臣医生所领导的小组书写。此外,邀请加拿大米歇尔女士作为翻译顾问,闫雪、吕学玉、吕梦涵、王芳、靖猛等人参与了翻译工作,在广泛征求各方面专家意见的基础上集体编写而成。

指南提供机构

世界卫生组织

中国中医科学院、上海市中医医院、山东中医药大学附属医院

指南执行小组

王永炎院士（组长）（中国中医科学院，中医内科，神经内科）；刘艳骄博士（中国中医科学院研究生院，中医内科，睡眠医学科）、齐向华博士（山东中医药大学附属医院，神经内科，睡眠医学科）、汪卫东（中国中医科学院广安门医院，心理医学科，催眠治疗师）、徐建、许良睡眠专业医师（上海市中医医院中医睡眠疾病研究所，中医内科，睡眠医学科），何丽云博士、刘为民博士、张艳红临床评价医师（中医临床基础研究所临床评价中心）等。

指南专家委员会

王永炎院士（中国中医科学院，中医内科，神经内科），陈彦方（北京大学附属回龙观医院，教授，精神医学，睡眠医学）、王翹楚（上海市中医医院，睡眠医学科）、高荣林（中国中医科学院广安门医院，中医内科学，睡眠医学科）、董奇（北京师范大学，智能科学）、刘保延（中

国中医科学院，针灸学，临床评价）、谢雁鸣（中国中医科学院中医临床基础研究所，临床评价）、王平（湖北中医学院，内科学，睡眠医学科）

指导委员会：

王永炎 曹洪欣 陈可冀 刘保延 梁菊生
翁维良 吕爱平 刘建平

统审小组：

（中文稿）：王永炎 晁恩祥 李乾构 沈绍功
谢雁鸣 韩学杰 王志国 王泓午
张明雪 王 忠 刘 岷 黎元元 王丽颖
（英文稿）：吕爱平 谢竹藩 王 奎 朱明
邹建华 薛崇成 刘建平 张允岭

项目办公室：邹建华 谢雁鸣 赵宜军 张咏梅 刘 岷

翻译

闫雪，吕学玉，吕梦涵，米歇尔（加拿大），王芳，滕晶，张艳红

校对

米歇尔（加拿大），胡春宇，刘艳骄
词汇表、方剂索引（略）

注：本指南已由中国中医药出版社正式出版

投稿邮箱：www. sjsmyxzz. com：8080

