

ICS **.***.**
C**



团 体 标 准

T/CACM ****-20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 —非器质性失眠症

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for Integrated
Chinese and Western Medicine -- Non-organic Insomnia

（文件类型：公示稿）
（完成时间：2021年7月）

目 次

(必备要素)

前言	错误!未定义书签。
引言	II
1. 范围	1
2. 规范性引用文件.....	1
3. 术语和定义.....	1
4. 诊断与鉴别诊断.....	2
5. 治疗	3
6. 疗效评价标准.....	6
7. 安全性指标.....	6
8. 结局	6
9. 注意事项.....	6
10. 禁忌证与慎用证.....	6
参考文献.....	7

前 言

(必备要素)

本标准根据GB/T 1.1—2009的相关规则起草。

随着现代医学模式的转变，精神卫生工作的重要性日益凸显，中医神志病学成为发挥中医药在精神卫生防治中的作用及特色优势的重要阵地，开展相关临床诊疗技术标准化研究工作是中医神志病学现代化发展的首要任务和重要内容。随着医学资源的不断融合，在充分发挥中医药防治优势和对现有西医疗“补短”效应基础上，中西医结合防治精神疾病的临床诊断与治疗业已成为国内外医生关注与患者关切的一个重要医学实践问题，通过相关指南的建立能够有效引导和促进其快速发展。

《神志病中西医结合临床诊疗指南-非器质性失眠症》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础，以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标，在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·非器质性失眠症》（标准号：T/CACM1138-2018）基础上，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导临床诊疗非器质性失眠症的中西医结合临床实践指南。

本标准由中华中医药学会提出。

本标准由中华中医药学会神志病分会归口。

本标准起草单位：黑龙江神志医院。

本标准主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、无锡市精神卫生中心、山西中医药大学、黑龙江中医药大学附属第二医院、辽宁中医药大学针灸推拿学院、北京中医药大学、黑龙江中医药大学、复旦大学附属中山医院、沈阳市精神卫生中心、上海市第九人民医院、上海市第七人民医院、长春中医药大学附属医院、天津中医药大学、陕西中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、上海市中西医结合医院、新疆医科大学附属中医医院。

本标准主要起草人：赵永厚、柴剑波、王群松、赵思涵、潘立民、王威、李志刚、杨炳友、李卡、都弘、孙珊、韩振祥、王健、郭义、贾妮、范军铭、冯蓓蕾、肖春霞。

本标准的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本标准在 20**年**月**日由中华中医药学会审议通过。

本标准由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

引言

(非必备要素)

目前国内外仍缺乏非器质性失眠症中西医结合诊疗的标准和指南,使得中医药治疗非器质性失眠症的研究在国际上缺乏影响力,缺乏统一性和认可度。因此,本标准在非器质性失眠症中医诊疗指南的基础上,整理国内外中医药及中西医结合治疗非器质性失眠症的治疗方案及经验,借鉴循证医学的方法,对非器质性失眠症的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐,形成中西医结合防治非器质性失眠症的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高非器质性失眠症的临床疗效具有重要作用。

本标准的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组,产生初始问题清单,起草 PICO(人群、干预、对照、结局)格式的关键问题及结局,制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略,文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用德尔非法获得临床专家对指南的共识意见,经专家论证形成最终指南。

本标准主要针对非器质性失眠症提供以中西医结合为主要内容的预防、保健、诊断、治疗建议,推荐有循证医学证据的非器质性失眠症现代医学和中医药诊断治疗方法,指导临床医师、非器质性失眠症诊疗和管理相关专业人员规范使用该方案进行临床实践。本指南目标用户:中医、西医、中西医结合领域临床医师,非器质性失眠症诊疗和管理相关专业人员使用。目标人群:成人轻中度非器质性失眠症患者;不适用于儿童、孕产妇非器质性失眠症的诊断与治疗,不适用于重度非器质性失眠症、脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍、神经症的诊断与治疗。适用环境:具备开展中西医结合治疗非器质性失眠症的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—非器质性失眠症

1 范围（必备要素）

本标准规定了非器质性失眠症的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。
本标准适用于非器质性失眠症中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件（非必备要素）

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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/T 15657-1995《中医病证分类与代码》

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 1.1-2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

T/CACM 1138-2018《中医神志病临床诊疗指南·非器质性失眠症》
《中国精神疾病防治指南》

3 术语和定义（非必备要素）

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 非器质性失眠症Non-organic insomnia

指在具备充分的睡眠机会和环境的前提下，发生以失眠为主的睡眠质量不满意的状况，包括难以入睡、睡眠不深、多梦、早醒、醒后不易再睡、醒后不适感、疲乏，或白天困倦，自觉睡眠明显不足等。患者常会出现精神、脑力、肢体等多方面症状，并排除脑器质性病变或躯体因素引起的睡眠与觉醒障碍。失眠症可引起病人焦虑、抑郁，或恐惧心理，并导致精神活动效率下降，妨碍社会功能。相当于中医神志病学“不寐”“目不瞑”“不得眠”“不得卧”范畴。

3.2 病因与发病机制

其病因可分为以下几类。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。

其发病机制未明确。非器质性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。^[1]

4 诊断与鉴别诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病的诊断，再根据中医诊断标准判断属于中医的哪种疾病并进行中医证候诊断。

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

入睡困难，或睡而易醒，醒后不能再睡，或睡眠质量差，重则彻夜难眠。这种睡眠紊乱每周至少3次并持续1个月以上；常伴有多梦、心烦、头昏头痛、心悸健忘、神疲乏力等症状；无妨碍睡眠的其他器质性病变和诱因。

4.1.2 诊断标准^[2]

参照国际疾病分类第十版(ICD-10)中非器质性失眠症的诊断标准：

- 1) 主诉是入睡困难、难以维持睡眠或睡眠质量差；
- 2) 这种睡眠紊乱每周至少发生三次并持续一个月以上；
- 3) 日夜专注于失眠，过分担心失眠的后果；
- 4) 睡眠量和（或）质的不满意引起了明显的苦恼或影响了社会及职业功能。

4.1.3 辅助检查

多导睡眠检测无明显异常。

4.2 中医诊断标准

中医并没有明确提出非器质性失眠症的病名，但根据其特点可归属于中医“不寐”“目不瞑”“不得眠”“不得卧”范畴。非器质性失眠症的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊得到的信息进行辨证，并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

4.3 鉴别诊断

非器质性失眠症当与继发性失眠、失眠亚临床状态、失眠亚健康状态等作出鉴别。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

不寐的病因虽多，但其病理变化，总属阳盛阴衰，阴阳失交。一为阴虚不能纳阳，一为阳盛不得入于阴。其病位主要在心，与肝、脾、肾密切相关。因心主神明，神安则寐，神不安则不寐。而阴阳气血之来源，由水谷之精微所化，上奉于心，则心神得养；受藏于肝，则肝体柔和；统摄于脾，则生化不息；调节有度，化而为精，内藏于肾，肾精上承于心，心气下交于肾，则神志安宁。若肝郁化火，或痰热内扰，神不安宅者以实证为主。心脾两虚，气血不足，或由心胆气虚，或由心肾不交，水火不济，心神失养，神不安宁，多属虚证，但久病可表现为虚实兼夹，或为瘀血所致。^[3]

4.4.2 中医证候分型^[3]

4.4.2.1 肝郁化火证

突然失眠，急躁易怒，心烦不易入睡，或入睡后多梦惊醒，胸胁胀闷，善太息，口苦咽干，头晕头胀，目赤耳鸣，便秘溲赤，舌红苔黄，脉弦数。

4.4.2.2 痰热扰心证

心烦不寐，恶梦纷纭，易惊易醒，头目昏沉，脘腹痞闷，口苦心烦，不思饮食，口黏痰多，舌质红，苔黄腻或滑腻，脉滑数。

4.4.2.3 瘀血内阻证

不寐日久，面色青黄，或面部色斑，头痛痛如针刺而有定处，或内热瞀闷，或心悸怔忡，舌质暗红、舌面有瘀点，唇暗或两目暗黑，脉涩或弦紧。

4.4.2.4 心脾两虚证

不易入睡，睡而不实，多梦易醒，醒后难以复寐，心悸健忘，神疲乏力，四肢倦怠，纳谷不香，面色少华，口淡无味，腹胀便溏，舌淡苔薄，脉细弱。

4.4.2.5 心肾不交证

心烦不寐，入睡困难，心悸多梦，头晕耳鸣，腰膝酸软，潮热盗汗，五心烦热，咽干少津，男子梦遗，女子月经不调，舌红少苔，脉细数。

4.4.2.6 心胆气虚证

虚烦不寐，触事易惊，胆怯心悸，气短自汗，倦怠乏力，舌淡，脉弦细。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 非器质性失眠症的中医治疗可按“不寐”“目不瞑”“不得眠”“不得卧”进行辨治。对非器质性失眠症的中医治疗当以补虚泻实，调整脏腑阴阳为原则。实证泻其有余，如疏肝泻火，清化痰热，活血化瘀；虚证补其不足，如益气养血，健脾补肝益肾。在此基础上安神定志，如养血安神，镇惊安神，清心安神。

5.1.2 非器质性失眠症的西医治疗以药物治疗为主，苯二氮卓类药物是治疗失眠的主力军。失眠者常常试图以服药来应对自己的紧张情绪。服药剂量越来越大、服药种类越来越多，疗效越来越差，信心越来越低。一旦形成恶性循环，失眠问题更加突出。长期服用镇静催眠药，可造成药物依赖、个性改变、情绪不稳。^[4]

5.2 中西医结合治疗策略^[4-6]

中西医结合治疗可以扬各自之长，避各自之短，提高各自疗效。中医对非器质性失眠症的治疗同其他疾病一样，强调整体观。在中西医结合的全程治疗中，不同的病期用不同的方式。例如，在疾病的急性期，以西医为主，中医为辅；在疾病的巩固治疗期，中西医并举；在维持治疗期，以中医为主，西医为辅，配合心理治疗和康复措施。单方、验方及非药物治疗法价格低廉、取材容易、使用方便，对个别病例的疗效较好。此外，中医药在缓解抗精神病药物治疗非器质性失眠症过程中发生的锥体外系反应、粒细胞减少等不良反应方面，也有独到之处。因此，中医药治疗非器质性失眠症的方向在于维持治疗期和缓解抗精神病药物治疗非器质性失眠症过程中发生的不良反应。

5.3 中医治疗

5.3.1 辨证论治

5.3.1.1 肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾，养脑安神。

方药：加味逍遥散^[16-19]（《内科摘要》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：柴胡、郁金、香附、白芍药、百合、党参、茯苓、川芎、炒白术、山茱萸、炒枣仁、炒麦芽。

加减：食欲不振者，加神曲；便溏者，加白扁豆、大枣。

5.3.1.1 肝郁化火证

治法：疏肝泻火，镇心安神。

代表方：龙胆泻肝汤^[7-9]（《卫生宝鉴》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、车前子、当归、生地、醋柴胡、炙甘草、生龙

骨、生牡蛎、磁石等。

加减：胸闷胁胀，善太息者，加香附、郁金、佛手；头晕目眩，头痛欲裂，不寐躁怒，大便秘结者，可用当归龙荟丸。

5.3.1.2 痰热扰心证

治法：清化痰热，和中安神。

代表方：黄连温胆汤^[10-12]（《六因条辨》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：清半夏、陈皮、竹茹、枳实、山栀、黄连、茯苓、远志、柏子仁、甘草。

加减：伴胸闷暖气，脘腹胀满，大便不爽，苔腻脉滑，加用半夏秫米汤；饮食停滞，胃中不和，噎腐吞酸，脘腹胀痛，加神曲、焦山楂、莱菔子。

5.3.1.3 瘀血内阻证

治法：活血化瘀。

代表方：血府逐瘀汤^[13]（《医林改错》）加减。（低级证据，强推荐）

常用药：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。

加减：气滞血瘀，加柴胡、枳壳；兼气虚，加黄芪、党参、黄精。

5.3.1.4 心脾两虚证

治法：补益心脾，养血安神。

代表方：归脾汤^[14-20]（《济生方》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：人参、白术、黄芪、当归、茯神、木香、远志、龙眼肉、酸枣仁、合欢皮、甘草。

加减：心血不足较甚，加熟地、芍药、阿胶；不寐较重者，加五味子、夜交藤、合欢皮、柏子仁养心安神，或加生龙骨、生牡蛎、琥珀末；脘闷纳呆，苔腻，重用白术，加苍术、半夏、陈皮、茯苓、厚朴。

5.3.1.5 心肾不交证

治法：滋阴降火，交通心肾。

代表方：黄连阿胶汤^[21-23]（《伤寒论》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：黄连、阿胶、黄芩、生地、白芍、肉桂、黄柏。

加减：心阴不足为主者，可用天王补心丹；心烦不寐，彻夜不眠者，加朱砂、磁石、龙骨、龙齿。

5.3.1.6 心胆气虚证

治法：益气镇惊，安神定志。

代表方：安神定志汤^[24-26]（《医学心悟》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：人参、茯苓、柏子仁、远志、当归、酸枣仁、石菖蒲、乳香、琥珀粉、川芎、知母、炙甘草、灯芯草。

加减：心肝血虚，惊悸汗出者，重用人参，加白芍、当归、黄芪；肝不疏土，胸闷，善太息，纳呆腹胀者，加柴胡、陈皮、山药、白术。

5.3.2 针刺治疗

体针：依照《灵枢·营卫生会》之病因病机，以交通阴阳，宁心安神为主，主穴：照海、申脉、神门、三阴交、安眠、四神聪。配穴：肝郁化火配行间、太冲；痰热扰心配丰隆、劳宫；瘀血内阻配血海、膈俞；心脾两虚配心俞、脾俞；心肾不交配心俞、肾俞；心胆气虚配心俞、胆俞。操作：泻申脉，补照海；背俞穴注意针刺的方向、角度和深度；余穴常规针刺。^[27-35]（高级证据，强推荐）

耳针：耳针主穴选用为神门、心、皮质下、交感。配穴对应证型分别肝郁化火配肝、胆；痰热扰心配胃、内分泌；瘀血内阻配肝、脾；心脾两虚配脾、内分泌；心肾不交配肝、肾；

心胆气虚配胆、内分泌。常用操作为每次选用主穴1~2个，配穴1~2个。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王不留行籽的胶布对准选定的耳穴贴紧并加压。嘱患者每天自行按压2~3次，力度应逐渐加大，以最大忍受为度，并使按压后全耳出现微微发热为佳。上述治疗隔日1次，5次为1个疗程。^[36-39]（中级证据，弱推荐）

穴位贴敷：穴位贴敷选择药物处方为夜交藤15g、白芷12g、败酱草10g等。常规操作为将上药粉碎，加入辅料，制成丸状。睡前，用医用胶布贴敷于太阳、神门、涌泉。^[40-43]

（中级证据，弱推荐）

5.3.3 滚针疗法

滚针刺刺激背部足太阳经脉循行的第一、二侧线及督脉。背部足太阳膀胱经第一侧线从肺俞至肾俞，由上而下；第二侧线从大杼至志室，由上而下；督脉从命门至大椎，由下而上。偏实证型，治疗开始时即可用力稍重；偏虚证型，开始时可用力稍轻；滚动15~20 min。注意事项：伴有恶性、消耗性疾病，背部治疗部位皮肤溃疡或疮疡患者不适用。^[44-45]（低级证据，弱推荐）

5.3.4 热敏灸疗法

热敏穴位以头面部、腰背部及小腿内侧为高发区，多出现在百会、至阳、心俞、脾俞、胆俞、三阴交等区域。每次选取上述2~3组穴位。每次治疗以灸至感传消失为度，每天1~2次。10次为1个疗程。疗程间休息2~5 d，共2~3个疗程。^[46-47]（低级证据，弱推荐）

5.3.5 穴位埋线

取心俞、内关、神门、足三里、三阴交、肝俞、脾俞、肾俞、安眠穴。每次取3~5个穴位。将羊肠线1.5 cm装入9号一次性埋线针中，按基本操作方法埋入选定穴位中。半月埋线一次，1个月一疗程。^[48-52]（中级证据，强推荐）

5.3.6 浅针疗法

取印堂、太渊(双侧)、太溪(双侧)、大陵(双侧)，用补法。若兼有外感或胃肠紊乱者，加合谷(双侧)、足三里(双侧)，用泻法；兼喘咳，加期门(双侧)、足三里(双侧)、列缺(双侧)，用补法；兼虚烦、惊悸者，加气海、三阴交(双侧)，用补法；兼胁痛、易怒，加章门(双侧)、气冲(双侧)，用泻法。每日1次，10次为一疗程，疗程间隔1星期。^[53]（低级证据，弱推荐）

5.3.7 情志疗法

说理开导法、暗示解惑法、习见习闻法、移情易性法、导引气功疗法均适用于本病。^[54-57]（中级证据，强推荐）

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[58]（高级证据，强推荐）

催眠药物可作为辅助治疗，但应注意避免药物依赖的形成，一般选择半衰期短、副作用和成瘾性较少的抗焦虑药和镇静催眠，睡前服用，疗程以1~2周为宜。

5.4.2 认知行为疗法^[59]（中级证据，强推荐）

认知行为疗法是治疗非器质性失眠症的所有方法中最具有循证医学依据的非药物疗法，其主要是通过分析产生失眠的原因，改善患者对睡眠的错误认识，纠正不良睡眠习惯，重新建立正确的睡眠理念及习惯，包括睡眠限制治疗、认知治疗及睡眠卫生教育三部分，从而建立一种程序化的睡眠行为，达到治疗失眠的目的。

5.4.3 心理治疗^[60]（中级证据，强推荐）

心理治疗是非器质性失眠症治疗的一部分。根据患者的具体情况选择心理治疗的方法，有利于患者改善患者睡眠状态和睡眠持续时间。精神分析疗法、森田疗法、催眠疗法均适用于本病。

5.5 疗程

目前暂无中西医结合疗程的相关研究。建议对患者病情进行系统评估,若治疗效果明显,功能恢复达到病前水平,病情稳定且无复发倾向,则可在密切关注病情的前提下逐步撤减抗精神病药用量以缩短疗程。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[61]

治愈:症状消失,情绪正常;

好转:症状减轻,情绪基本稳定;

未愈:症状、情绪均无改善。

6.2 睡眠质量评估量表

匹兹堡睡眠质量指数(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)的根据美国匹兹堡大学精神科医生 Buysse 博士等人经多年对临床失眠患者的研究后编制,以累计计分的方式,编制出 19 个自评项目和 5 个他评项目。并规定得分多少与睡眠质量成反比关系。在 1999 年,我国在 PSQI 的基础上,依据中国人的睡眠特点,修订其标准,规定了判断睡眠质量问题的界值和睡眠障碍的程度。此次修订使该表更加完善和全面,量化和修改的内容,是从我国当代人的作息习惯、年龄特点、生活方式等实际情况出发,兼顾了影响国人失眠的各个因素,更符合本国失眠患者的病情,沿用至今,可信度极高,故已成为目前国内外临床研究睡眠质量疗效评定的最常用的量表。

7 安全性指标

7.1 定期监测血压、心率、肝肾功等。

7.2 副反应量表(TESS)

适用于精神科医师评定各种精神药物引起副作用的成年病人。请根据病人报告,体格检查结果以及实验室报告作出相应评定,有些项目,还应向病人家属或病房工作人员询问。评定时间为治疗前及治疗后 2 周、4 周和 6 周各评定一次。

8 结局(预后)

本病病情单纯,病程短者易治愈;而病程长且虚实夹杂者,多难以短期治愈,且与病因是否去除关系密切。不寐病是一种多因素引起的病证,包括生理性原因如时差、环境、噪声,心理性原因如焦虑抑郁,躯体性原因如疼痛、瘙痒等,通过睡眠卫生宣传教育,改变患者的对失眠的错误认知观念以及建立良好的睡眠卫生习惯,往往也可影响其预后。

9 注意事项

本指南不适用于儿童、孕产妇非器质性失眠症的诊断与治疗,不适用于重度非器质性失眠症的诊断与治疗。

10 禁忌证与慎用证

应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除非器质性失眠症外的其他疾病，如：继发性失眠、失眠亚临床状态、失眠亚健康状态，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

参 考 文 献

- [1] 中医科学院失眠症中医临床实践指南课题组. 失眠症中医临床实践指南(WHO/WPO) [J]. 世界睡眠医学杂志, 2016, 3(01):8-25.
- [2] 世界卫生组织 ICD-10 精神与行为障碍分类[M]. 人民卫生出版社, 1993.
- [3] 赵永厚, 中医神志病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 253-254.
- [4] 瞿萍, 陈贵海. 失眠的药物治疗[J]. 临床药物治疗杂志, 2012, 10(02):50-54.
- [5] 张娟, 辛效毅, 全福英. 失眠的中西医研究进展[J]. 新疆中医药, 2020, 38(05):68-70.
- [6] 高治国, 杨中高. 睡眠障碍的中西医结合研究进展[J]. 中医研究, 2013, 26(07):77-80.
- [7] 刘雨杭. 龙胆泻肝汤加减治疗 96 例失眠症的疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2009, 30(19):2415-2416.
- [8] 任大为. 龙胆泻肝汤加减治疗不寐 30 例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(02):44-45.
- [9] 陈欣. 龙胆泻肝汤治疗肝火扰心型失眠临床观察[J]. 光明中医, 2013, 28(06):1178-1179.
- [10] 叶守姣, 常柏. 黄连温胆汤加减与舒乐安定治疗失眠的临床观察[J]. 天津中医药大学学报, 2015, 34(04):211-214.
- [11] 王伟. 黄连温胆汤加减治疗失眠痰热内扰型 26 例临床观察[J]. 基层医学论坛, 2015, 19(33):4698-4699.
- [12] 朱薇. 黄连温胆汤联合舒乐安定治疗痰热内扰型失眠的临床观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(03):309-311.
- [13] 赵伟呐. 血府逐瘀汤加减治疗瘀血内阻型失眠的临床观察[D]. 河南中医药大学, 2018.
- [14] 李建宏, 朱小红. 归脾汤加减治疗失眠症 31 例临床疗效观察[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2014, 17(04):645-648.
- [15] 高国旗. 归脾汤加减治疗心脾两虚型不寐证 38 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2011, 9(17):23.
- [16] 吴宝金, 陈甦. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 40 例临床观察[J]. 福建中医药大学学报, 2014, 24(06):47-48.
- [17] 陈伟. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 45 例效果分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(10):111-113.
- [18] 杨晓莲. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 50 例的疗效观察[J]. 贵阳中医学院学报, 2012, 34(04):103-104.
- [19] 傅俊杰. 归脾汤加减治疗心脾两虚型失眠 55 例[J]. 中医临床研究, 2013, 5(15):28-29.
- [20] 憨兰. 归脾汤加减治疗心脾两虚型原发性失眠临床观察[J]. 山西中医, 2017, 33(04):49-50.
- [21] 方海川. 黄连阿胶汤加减对阴虚火旺型不寐的疗效观察[J]. 心理月刊, 2019, 14(24):231.
- [22] 乔平, 崔永霞. 黄连阿胶汤加减联合右佐匹克隆治疗老年阴虚火旺型失眠的疗效[J]. 深圳中西医结合杂志, 2018, 28(14):42-43.

- [23]张华,郝华,刘谦,李彬,杨洋,张玉.黄连阿胶汤联合劳拉西泮片治疗阴虚火旺证不寐的疗效及对 PSG 和 PSQI 的影响[J]. 中医药导报, 2019, 25(09):101-103+106.
- [24]霍晓晓. 安神定志汤加减联合盐酸曲唑酮片治疗失眠症的临床研究[D]. 河北中医学院, 2019.
- [25]马顺利. 安神定志汤治疗失眠 50 例[J]. 现代中西医结合杂志, 2008(16):2454.
- [26]尹俊. 中国抑郁症药物治疗现状、患者认识及其治疗满意度的回顾和前瞻性调查[D]. 复旦大学, 2008.
- [27]胡艺潇. “培土养心” 刺灸法治疗心脾两虚失眠的临床研究[D]. 云南中医药大学, 2019.
- [28]苏维维. 背俞穴温针灸治疗心脾两虚型失眠的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2019.
- [29]涂韶恒. 温针灸治疗心脾两虚型失眠的临床研究[D]. 湖北中医药大学, 2018.
- [30]郭苏爱,曾庆栈,梁春玲. 引气归元针法联合桂枝龙骨牡蛎汤加减治疗非器质性失眠症的临床观察[J]. 中国民间疗法, 2020, 28(05):43-44.
- [31]李美红,黄瑞聪,陈广进,郑佳. 针刺“四关”穴配合柴胡加龙骨牡蛎汤治疗气郁质非器质性失眠症的临床观察[J]. 内蒙古中医药, 2020, 39(09):126-127.
- [32]付爱强. 针刺宁神穴结合腹针治疗心脾两虚型失眠症的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2016.
- [33]王炫德. 针刺配合耳穴压籽治疗心脾两虚型不寐的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2012.
- [34]宋吉芳. 针刺治疗心肾不交型不寐的临床研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2013.
- [35]李永宏,李虎成,汪军,高齐,谢燕,王敏杰,黎涛. 针灸治疗慢性失眠症临床研究[J]. 系统医学, 2020, 5(22):136-138.
- [36]岳爱霞. 耳针配合高压氧治疗慢性非器质性失眠的疗效观察[J]. 北方药学, 2014, 11(01):83-84.
- [37]柴路. 经络针刺结合耳针治疗失眠 40 例[J]. 光明中医, 2010, 25(05):821-822.
- [38]李健. 麦粒灸结合耳针治疗心脾两虚型慢性失眠症的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2018.
- [39]赵倩. 俞募配穴法结合耳针治疗心肾不交型失眠的临床观察[D]. 黑龙江中医药大学, 2020.
- [40]赵雪玮. “不寐贴”治疗原发性失眠(心脾两虚型)的临床研究[D]. 长春中医药大学, 2020.
- [41]郝玉芳. 安神散脐部穴位贴敷治疗失眠疗效观察[D]. 辽宁中医药大学, 2016.
- [42]姜昊. 丹硫散穴位贴敷治疗失眠症 30 例临床疗效观察[D]. 新疆医科大学, 2018.
- [43]胡金霞,张磊,胡晓灵,魏清. 应用中药穴位贴敷治疗不寐的临床疗效观察[J]. 光明中医, 2013, 28(10):2103-2105.
- [44]黄莉莎,王丹琳,王成伟,胡幼平,周建伟,李宁. 滚针治疗非器质性慢性失眠症患者 90 例临床研究[J]. 中医杂志, 2007(04):331-334.
- [45]罗玲. 滚针治疗失眠症临床疗效研究[D]. 成都中医药大学, 2005.
- [46]吴志红,莫丽莎,余学龙,曾建斌,万蝉俊. 热敏灸联合穴位按摩治疗冠心病合并失眠的临床疗效观察及对血清 IL-2、IL-6 水平的影响[J]. 江西中医药大学学报, 2019, 31(03):60-63.
- [47]张月腾. 热敏灸治疗心脾两虚型肿瘤相关性失眠的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2017.
- [48]黄运旋. 背俞穴埋线治疗失眠症的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2013.
- [49]孙学兰,徐福. 穴位埋线法治疗心脾两虚型不寐证临床观察[J]. 山西中

医, 2012, 28(08):29-30.

- [50]程昊, 赵喜新. 穴位埋线治疗不寐的临床观察[J]. 中医临床研究, 2014, 6(16):28-29.
- [51]章少颖, 徐福, 周海江, 胡迎秋, 诸剑芳, 陈益丹. 穴位埋线治疗气血两虚型失眠症的临床观察[J]. 上海中医药杂志, 2017, 51(04):63-66.
- [52]刘志娟. 穴位埋线治疗心脾两虚型失眠症的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2012.
- [53]何琪. 浅针疗法治疗抑郁症相关性失眠的疗效观察[D]. 广州中医药大学, 2018.
- [54]王芳. TIP 中医心理疗法治疗肝郁化火型安眠药依赖性失眠的临床研究[D]. 中国中医科学院, 2014.
- [55]徐忠良, 王中男, 刘影. 五行音乐疗法和心理疗法治疗心脾两虚证不寐的临床疗效[J]. 中国药物经济学, 2014, 9(S2):86-87.
- [56]宋洪娟. 中医认知行为疗法治疗肝气郁结型失眠的临床研究[D]. 成都中医药大学, 2012.
- [57]刘颖利. 中医心理睡眠调控技术治疗心胆气虚型失眠症的临床疗效研究[D]. 北京中医药大学, 2019.
- [58]陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京:人民卫生出版社, 2017
- [59]侯璇, 严兴科, 马重兵, 魏威, 周艳. 非药物治疗失眠临床研究进展[J]. 甘肃中医药大学学报, 2020, 37(05):96-100.
- [60]吴艳霞, 王兰爽. 失眠症的心理治疗研究进展[J]. 科技风, 2008(14):52+56.
- [61]国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 北京:南京大学出版社, 1994:20-21.

