

中华中医药学会标准

T/CACM ×××—202×

中医神志病诊疗指南

镇静催眠药物所致的精神

和行为障碍

The Tradtional Chinese medicine guidelines for the diagnosis and treatment of mental diseases

Mental and behavioral disorders caused by sedative-hypnotic drugs

（稿件类型：公示稿）

2020-XX-XX发布 2020-XX-XX实施

中 华 中 医 药 学 会 发布

目 次

[**前言**](#_Toc24922)

[**引言**](#_Toc21069)

[1 范围](#_Toc5441)

[2 规范性引用文件](#_Toc25194)

[3 术语和定义](#_Toc10966)

[4 诊断与鉴别诊断](#_Toc15293)

[4.1 诊断要点](#_Toc9971)

[4.2 临床表现 5](#_Toc13887)

[4.3 辅助诊断](#_Toc4232)

[4. 4 鉴别诊断](#_Toc21634)

5辨证分型 5

[6中医治疗 6](#_Toc11015)

[6.1 治疗原则](#_Toc31505)

[6.2 分证论治](#_Toc8019)

[6.3 中医针刺疗法 7](#_Toc2008)

[6.4 中医推拿治疗 7](#_Toc22300)

[6.5 中药足浴治疗 8](#_Toc18289)

[6.6 耳穴疗法 8](#_Toc8657)

6.7 中医心理治疗……………………………………………………………………………………………………………………………….8

6.8 中医灌肠治疗……………………………………………………………………………………………………………………………….9

7结局（预后） 9

8注意事项 9

9禁忌症与慎用症 9

10[参考文献 10](#_Toc6484)

前 言

本标准按照GB/T 1.1-2009给出的规则起草。

本标准由神志病分会提出。

本标准由中华中医药学会归口。

本标准起草单位：宁波大学医学院附属医院、黑龙江神志病医院、宁波大学医学院附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、黑龙江省中医药科学院、北京中医药大学、北京中医药大学附属深圳医院、湖北省十堰市中医医院、辽宁中医药大学、首都医科大学附属北京安定医院、沈阳市精神卫生中心、浙江省立同德医院、北京中医药大学附属第三医院。

本标准主要起草人：樊金卿、高菡璐、赵永厚、刘琳、滕伟、刘志丹、吴康君、李志刚、毕焕洲、艾春启、王威、贾竑晓、都弘、冯斌、李小黎。

引 言

国内外对于镇静催眠药物所致精神和行为障碍的中医诊断及干预治疗仍在发展，新的诊断与治疗方法也在不断出现，而旧的指南和标准治疗方法欠缺完善。因此，本标准在旧版中医诊疗指南的基础上，整合和吸纳国内外中医药防治镇静催眠药物所致精神和行为障碍新的研究成果和成功经验，借鉴循证医学的方法，对镇静催眠药物所致精神和行为障碍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，形成中医防治临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高镇静催眠药物所致精神和行为障碍的临床疗效具有重要作用。

本标准的制订采用了文献检索、德尔菲法（Delphi）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文文献（含现代文献和古籍）、英文文献和现存相关国际指南。参照刘建平教授提出的传统医学证据体的分级建议、高颖教授提出的中医古籍证据分级建议，对文献进行质量评价和证据分级。采用Delphi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。

本标准主要针对镇静催眠药物所致精神和行为障碍，提供中医为主要内容的预防、诊断、治疗、保健建议，推荐有循证医学证据的现代医学和中医药诊断、治疗方法，指导临床医生、护理人员和患者规范使用该方案进行临床实践，提高患者及家属对镇静催眠药物所致精神和行为障碍防治知识的认知程度。

中医神志病临床诊疗指南

镇静催眠药物所致精神和行为障碍

**1 范围**

本《指南》规定了镇静催眠药物所致精神和行为障碍的术语和定义、特点、评判标准、中医药干预原则及中医药干预推荐方案。

本《指南》适用于中医药干预镇静催眠药物所致精神和行为障碍，供神志病科、精神科、心理科的中医、中西医结合医师和护理人员使用。

**2 规范性引用文件**

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《中医病症分类与代码》

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》

ZYYXH/T 442-471-2015 《中医神志病临床诊疗指南》

**3 术语和定义****[1-3]**

下列术语和定义适用于本指南。

3.1 镇静催眠药物（sedative-hypnotic drugs）

是一类中枢神经抑制剂，凡能引起中枢神经系统抑制，使患者精神状态由兴奋、激动和躁动转为安静的药物称为镇静药，凡能引起近似生理睡眠的药物称为催眠药。有时也可以用作抗焦虑药、安眠药、抗痉挛药。

3.2 镇静催眠药物所致精神和行为障碍（Mental and behavioral disorders caused by sedative-hypnotic drugs）

指在服用镇静催眠药物后出现的与镇静催眠药有相关性症状及体征。临床常见表现主要有轻度可见烦躁、焦虑、抑郁、坐立不安、注意力不集中、反应迟钝、心慌、手抖，重度可见意识模糊、言语含糊不清、幻听/视、妄想等。本状态亦属中医“郁病”“痴呆”“癫狂”“昏迷”的范畴。

**4 诊断与鉴别诊断[1，3，5,7-9,11，13]**

4.1 诊断要点

a)出现临床症状前有明确的服用镇静催眠药物病史。

b)出现临床症状与服用的镇静催眠药物的种类及剂量有正相关性。

c)排除器质性疾病所致的心理、精神和行为障碍。

以上3项必须同时具备才能判定为镇静催眠药物所致精神和行为障碍。

4.1.1戒断状态

戒断状态是依赖综合征的指征之一，如果这些症状是就诊的原因或严重到足以引起医疗上的重视，则戒断状态应作为主要诊断之一。

4.1.2依赖综合症

（1）对使用该物质的强烈渴望或冲动感；

（2）对该物质使用行为的开始、结束及计量难以控制；

（3）当该物质的使用被终止或减少时出现生理戒断症状，其依据为：该物质的特征性戒断综合征；或为了减轻或避免戒断症状而使用同一种该物质的意向；

（4）耐受的依据，必须使用较高剂量的该物质才能获得过去较低剂量的效应；

（5）因使用镇静催眠剂而逐渐忽视其它的快乐或兴趣，在获取、使用该物质或从其作用中回复过来所花费的时间逐渐增加；

（6）固执地使用镇静催眠剂而不顾其明显的危害性后果，应着重调查使用者是否已经了解或估计使用者已经了解损害的性质和严重程度。

4.2临床表现

a)急性中毒  
 巴比妥类：情绪不稳、记忆力减退、共济失调、发音含糊不清、步态不稳、眼球震颤，呼吸减慢，由规则逐渐变为不规则，血压下降、尿量减少、严重者可出现嗜睡、昏迷，瞳孔缩小、腱反射减弱或消失。  
 苯二氮卓类中毒：主要表现为嗜睡、头晕、意识模糊、言语含糊不清、共济失调。较少出现昏迷和呼吸抑制等。  
 b)慢性中毒症状  
　　可表现为轻度中毒症状，如意识障碍、轻躁狂、欣快、言语兴奋、震颤、吐字不清、步态不稳、记忆力减退、理解力下降，工作学习能力减退，人格变化等。  
 c)戒断综合征  
　　长期服用镇静催眠药患者，突然停药或迅速减少药量，可发生戒断综合征。常于突然停药12～24小时出现，主要表现有失眠、头痛、畏食、无力、焦虑、易激惹、震颤。停药2～3日后，戒断症状达到高峰，出现恶心、呕吐、体重减轻、血压下降、抽搐、癫痫、高热、谵妄等。苯二氮卓类药物戒断症状比巴比妥类轻，但部分患者长期服用治疗剂量3个月以后突然停药，也可能出现严重戒断症状。  
 d)依赖综合征  
　　患者因反复使用镇静催眠药导致躯体和心理对镇静催眠药的强烈渴求与耐受，这种渴求导致的行为已大于其他重要活动，有强烈使用镇静催眠药的强烈欲望，对镇静催眠药使用的开始、结束或剂量的自控力下降，知晓镇静催眠药有害仍然使用，对镇静催眠药的耐受性增高，使用镇静催眠药时体验到快感。必须在使用镇静催眠药后才能消除停止服用镇静催眠药引起的戒断反应。

4.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病。简明国际神经精神访谈、DSM-IV临床定式访谈、简明精神病评定量表、阴性与与阳性症状量表、汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表、明尼苏达多项人格测验对本病的诊断有参考作用。

4.4鉴别诊断

镇静催眠药物所致精神和行为障碍当与精神分裂症、心境障碍、焦虑症以及其他物质所致精神和行为障碍等做出鉴别。中医鉴别诊断应与癫病和不寐等疾病鉴别[13]。

①药瘾与郁病 药瘾者长期服用镇静催眠药物，戒断则情绪症状明显，如不寐、兴奋、激动、焦虑、抑郁、烦躁易怒，甚至妄闻妄见等。郁病因情志不舒，气机郁滞所致。以抑郁善忧，情绪不宁，或易怒善哭为主症。

②药瘾与癫病 癫病则因情志内伤、脏腑功能功能失调，致痰气郁结，蒙蔽心窍所发。表现精神抑郁，多疑多虑，或焦急胆怯，自语少动，或悲郁善哭，呆痴叹息等为主要表现。药瘾者长期服用镇静催眠药物，戒断则情绪症状明显，如不寐、兴奋、激动、焦躁、忧虑、烦躁易怒，妄闻妄见多见于戒断症状等。

**5** **辩证[2,4,6]**

5.1 肝阳上亢证

悲伤欲哭，不能自主，多梦易醒，头晕，头痛，急躁易怒，面色红，大便干燥，舌红，苔薄白，脉弦数。

5.2 痰热扰心证

急躁易怒，不寐头重，痰多胸闷，恶食嗳气。吞酸恶心，心烦口苦，目眩，苔腻而黄，脉滑数。

5.3 痰湿阻络证

入睡困难，睡后易醒，头晕头重如裹，恶心，食少纳呆，心悸心慌，肢倦神疲，饮食无味，面色萎黄，舌淡，苔白腻，脉弦滑。

5.4 气阴两虚证

多梦易醒，心悸健忘，头晕目眩，胸背烧灼感，手足心烦热，口干，腰膝酸软、盗汗，舌红，苔薄，脉细弱。

5.5 脾胃不足证

不寐多梦，气短倦怠，身体困重，不耐活动，脘腹纳呆，食量减少，大便溏薄，舌淡，苔白腻，脉细滑。

**6** **治疗**

6.1 治疗原则

本病属邪热、痰火等实证者，分别以清热泻火、化痰通络为主，重在祛邪；气阴两虚等虚证以益气滋阴为主，重在扶正。根据急则治标、缓则治本的原则，本病在特殊情况下，可先用安神定志法，后根据阴阳气血偏胜偏衰而调之。在辨治上，还应重视个体特征，必须去除致病源或诱发因素，因势利导，给予语言安慰和心理治疗。

6.2 分证论治

6.2.1 肝阳上亢证(推荐级别E)[6]

治法：平肝潜阳，清心除烦。

方药：镇肝熄风汤（《医学衷中参西录》）加减。

常用药：珍珠母、草决明、石决明、龙骨、牡蛎、川楝子、元胡、丹参、香橼皮、葛根、杜仲。

加减：兼脘闷纳呆者，加陈皮、半夏、茯苓、厚朴；舌质暗、头痛者，加川芎、当归、赤芍；胸背部烧灼感、手足心热者，加知母、黄柏、丹参、丹皮。

6.2.2 痰热扰心证(推荐级别E)[2,6]

治法：化痰清热，和中安神。

方药：温胆汤（《三因极-病证方论》）加减。

组成：胆南星、竹茹、陈皮、半夏、远志、合欢花、合欢皮、丹参、龙骨、牡蛎、代赭石、郁金、青皮、陈皮、茯神。

加减：舌尖红者，栀子、知母；舌质红者，加丹皮、赤芍、川芎；情绪急躁者，加珍珠母、磁石；伴有恶心者，加代赭石、砂仁。

6.2.3 痰湿阻络证(推荐级别E)[2,6]

治法：健脾燥湿，重镇安神。

方药：半夏白术天麻汤（《医学心悟》）加减。

组成：半夏、白术、天麻、代赭石、远志、菖蒲、合欢花、合欢皮、白芍、党参。

加减：伴有食欲差、恶心者，加代赭石、鸡内金、神曲、麦芽；兼脘闷纳呆者，加陈皮、半夏、茯苓、厚朴；舌苔厚腻者，加藿香、佩兰。

6.2.4 气阴两虚证(推荐级别D)[2，10]

治法：滋阴清热，养心安神。

方药：天王补心丹（《校注妇人良方》）加减。

组成：太子参、麦冬、天冬、葛根、玄参、当归、远志、党参、茯神、酸枣仁、生地、地骨皮、丹参、丹皮、青蒿。

加减：心血不足者，加熟地、白芍、阿胶；不寐较重者，加柏子仁、五味子；兼脘闷纳呆者，加陈皮、半夏、茯苓、厚朴。

6.2.5 脾胃不足证(推荐级别D)[2，10]

治法：益气镇惊，安神定志。

方药：参苓白术散（《太平惠民和剂局方》）加减。

组成：党参、白术、茯苓、陈皮、半夏、白扁豆、薏苡仁、山药、莲肉、砂仁。

加减：心悸气短者，加麦冬、五味子；善悲欲哭者，加玫瑰花、佛手、香橼。

6.3 中医针刺疗法(推荐级别D)[1,10]

肝阳上亢证选穴以足厥阴肝经、足太阴脾经穴为主,针刺手法采用泻法。取穴：期门、太冲、丰隆、脾俞、足三里、天突。随证配穴：胸胁痞闷者，加内关。腹胀、便溏者，加上巨虚、天枢。

痰热扰心证选穴以足厥阴肝经、足少阳胆经穴为主,针刺手法采用泻法。取穴：行间、侠溪、三阴交、中极。随证配穴：阴囊潮湿者，加阴陵泉。小腹灼热者，加由泉。

痰湿阻络证选穴以手太阴肺经、足太阴脾经穴和背俞穴为主,针刺手法采用泻法。取穴：印堂、膻中、神门、丰隆、太冲、中脘、阴陵泉。随证配穴：兼郁闷不舒者，加内关。

气阴两虚证选穴以手少阴肾经、足太阴脾经穴和背俞穴为主,针刺手法采用补法。取穴：肺俞、脾俞、肾俞、三阴交、足三里、中脘、气海。随证配穴：阴阳两虚者，加关元、命门。

脾胃不足证选穴以手少阴心经、足太阴脾经穴和背俞穴为主，针刺手法采用补法。取穴：神门、心俞、脾俞、三阴交、足三里、中脘、章门。随证配穴：兼郁闷不舒者，加内关、太冲。

操作：每日针刺治疗1次，每次留针30分钟，l5次为1个疗程。

6.4 中医推拿疗法(推荐级别D)[2,12]

治疗原则：疏肝理气，宁心安神，活血化瘀，调畅气机。

虚证辅以滋阴养血，补益心脾，实证佐以疏肝、清热化痰。

基本推拿治法

6.4.1 头面、颈肩及后背部操作：

6.4.1.1 取穴：印堂、神庭、睛明、攒竹、太阳、百会、四神聪、角孙、风池、肩井等穴。

6.4.1.2 手法：一指禅推法、揉法、抹法、按法、扫散法、震颤法、拿法。

6.4.1.3 操作：患者仰卧于治疗床上，医生先用拇指的指腹螺纹面从印堂开始向上推抹至神庭穴，往返5-6次；再从印堂推抹向两侧，沿眉弓至太阳穴，往返5-6次;用拇指或食中两指点揉太阳穴后行震颤法； 用一指禅推法推整个面部，印堂作为起点，顺眉弓至太阳，向上推至头维，沿发髻下缘至神庭，神庭向下至印堂，用一指禅偏峰推或者大鱼际揉法沿眼眶部行“∞ ”字推法3 周，再沿鼻翼侧推至口周，顺时针及逆时针各推3 圈；用扫散法在头两侧胆经循行部位治疗，配合按角孙；拿五经，用双手五指从前向后拿捏头部 5 ～8 遍; 点按百会、头维、印堂、阳白、太阳、耳门、下关、迎香等穴，结束头部治疗。然后拿揉颈肩部，充分放松颈肩部肌群，重点点按风池，按揉颈部夹脊穴，点按天宗，拿肩井、反复数次，时间约10分钟；患者俯卧位，医生在患者后背膀胱经第一侧线及第二侧线做滚法、擦发及按揉法，重点点按背俞穴，时间约10分钟。结束手法治疗。推拿力度视患者体质及耐受程度而定，以患者感觉酸沉，治疗后轻松舒适，似欲入寐为佳。

6.4.2 头部推拿：①用双手拇指桡侧缘交替推印堂至神庭30次；②用双手拇指螺纹面分推攒竹至太阳穴30次：③用拇指螺纹面按摩百会、角孙、四神聪各30－50次；④用拇指螺纹面按太阳穴前后各转15次；⑤轻轻拿捏风池10次；⑥由前向后用五指拿头顶，至后头部改为三指拿，顺势从上向下拿捏项肌3－5次；⑦用双手大鱼际从前额正中线抹向两侧，在太阳穴处按揉3－5次，再推向耳后并顺势向下颈部，做3遍。

6.4.3 辩证加减，严重患者在专业医师指导下调整药方组成及用量

6.4.3.1 肝阳上亢：按、揉腹部、脊柱两侧部、骶髂部；中脘、气海、关元、曲骨、神阙、肝俞、命门、八髎、血海、三阴交、丘墟、太溪、水泉、太冲、百会、合谷、气冲、足三里、阴陵泉、地机。每穴约1分钟，以透热为度。

6.4.3.2痰热扰心：背部两侧用滚法治疗，重点在胃俞、脾俞、心俞，手法要轻柔。时间约5分钟。横擦左侧背部基底部八髎穴，以透热为度。

6.4.3.3 痰湿阻络：按、腹部、脊柱两侧部、带脉：天枢 (双) 、中脘、气海、翳风、大迎、太冲、丰隆，法要轻柔。每个穴位时间约5分钟。横擦左侧背部带脉，以透热为度。

6.4.3.4气阴两虚：推桥弓穴：先推一侧桥弓20～30次，再推另一侧。横擦肾俞、命门部，以透热为度。再擦两侧涌泉穴以引火归元。

6.4.3.5脾胃不足：按、揉心俞、肝俞、胃俞、足三里。每穴约1分钟。横擦左侧背部及直擦背部督脉，以透热为度。

6.4.4刮痧取穴：以督脉、足太阳膀胱经为主。每周1次，5次为1个干预周期。

6.4.5拔罐干预周期：留罐法和闪罐法隔日一次，留罐法每次20-25分钟，走罐法7天一次，10次为1个干预周期，两个干预周期间休息3-5天。

6.5中药足浴疗法(推荐级别D)[4]

针对不同患者，辩证予进行足浴，在活跃足底末梢神经的同时使药液充分渗透至皮肤经血液循环而输布到全身脏腑，并配合足底特定反射区的按摩刺激，以疏通腠理，养血、通络、补气、健脾、滋阴、养肝安神。严重患者在专业医师指导下调整药方组成及用量。

6.5.1 方法：水煎1000ml，水温约37度左右，浸没双足，浸泡20分钟，一日一至两次，10次为1疗程。

6.5.2 辩证加减：

6.5.2.1 肝阳上亢型：当归10g 川芎10g 百合10g 珍珠粉3g 龙骨30g 牡蛎30g 川楝子10g 白芍10g 山茱萸10g 。6.5.2.2 痰热内扰型：黄芪15g 当归10g 百合10g 首乌藤15g 煅龙骨30g 煅牡蛎30g 怀牛膝10g 南星10g 竹茹10g 黄连10g。

6.5.2.3 痰湿阻络型：首乌藤15g 熟地15g 白芍10g 赤芍10g 合欢花10g 地龙10g 仙灵脾10g 苍术10g 瓜蒌10g。

6.5.2.4 气阴两虚型：党参10g 白术10g 补骨脂10g 生山药10g 茯神10g 首乌藤15g。

6.5.2.5 脾胃不足型：半夏10g 白术10g 珍珠母30g 苡仁30g 山药10g 首乌藤10g。

6.5.3 禁忌症：足部活动期皮炎，有明确中药过敏者。

6.6 耳穴疗法(推荐级别D)[2,12]

取穴：神门、心、脾、肾、皮质下，配穴取枕、交感、内分泌、神经衰弱点。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30秒。上述治疗隔日进行1次，5次为1个疗程。严重患者在专业医师指导下调整药方组成及用量。

6.7中医心理疗法(推荐级别E)[2]

唐代扬上善在《黄帝内经太素》中也说:“喜怒优思伤神者,先须以理,清神明性,去喜怒优思,然后以针药裨而助之。据统计，中医文献中有记载的心理治疗医案高达六百多例。将其中常用的心理治疗方法进行分析归类，可概括为八种心理疗法。

6.7.1 具体方法：

6.7.1.1说理开导疗法 ：说理开导疗法是医生通过解释病情，阐明道理，让病人了解致病原因、后果及危害性，从而消除疑虑、恐惧等消极情绪，纠正不良行为，以获满意疗效的一种心理治疗方法。

6.7.1.2 移精变气疗法：医生可采用各种方法转移和分散病人的精神意念，以达到调整气机，促使疾病康复。

6.7.1.3 物证释疑疗法：此法是指对因疑而生病的人，医生可借用一些物件，同时配合语言诱导，消除致病的心理因素。

6.7.1.4 以情胜情疗法：以情胜情疗法是指医生依据中医五行相克理论，运用某种方式唤起病人新的情志抵消或制约原有的过盛之情志，从而治愈疾病的一种心理治疗方法。

6.7.1.5 相反情绪疗法：相反情绪疗法是依据中医阴阳学说将相关联的情志进行阴阳组合，利用情志活动在阴阳属性上的对立性，选择一种情志反向调节原有过激之情志，从而治愈疾病的一种方法

6.7.1.6 激情刺激疗法：激情刺激疗法是指医生有意识地诱发病人强烈而短暂的情绪，以达到治病的目的。

6.7.1.7 习以为常疗法：习以为常疗法是医生通过反复操作以使患者习惯的方式，消除因受惊所致心理障碍的一种行为疗法。

6.7.1.8 气功导引疗法；它是以自身为对象，有意识地松驰机体，宁静心神，意守丹田，调整呼吸，以达到自我调控心理生理活动，纠正心身紊乱状态，防治心身疾病。

6.7.2 注意事项

要与患者建立良好的医患关系，依据患者具体情况，制定治疗目标，注意变通交流技巧，避免带给患者更大的心理负担。

6.8 中药灌肠治疗(推荐级别D)[4]

辩证使用“灌肠方”，将药物经肛门灌入直肠，保留在直肠及结肠内，经肠粘膜吸收，从而补益肝肾、化痰燥湿通络、滋阴降火、化痰祛瘀，达到调理脏腑、舒畅情志的功效。

6.8.1 方法：将加温至35-40°的中药药液装入一次性灌肠器（注意不要过高，也不要过低），把输液管排空空气后，前端涂上液体石蜡，把灌肠器插入患者肛门缓慢滴入，平卧或侧卧保留30分钟左右，灌肠治疗导管插入深度：成年人：10-20cm；儿童：5-10cm。体位：成年人一般取左侧卧位，小儿一般取卧位或俯卧位。每日1次，10次为1疗程。严重患者在专业医师指导下调整药方组成及用量。

6.8.2 禁忌症：凡肛门、直肠、结肠癌术后，严重腹泻，急腹症，疑又有肠穿孔或肠坏死，女性月经期，产褥期。

6.8.2.1 肝阳上亢

症状：失眠多梦，口苦目眩，神疲倦怠，头晕乏力，粪质不干硬，矢气，虽有便意，但临厕努挣乏力,难以排出，数日一次，便后乏力，舌淡红，苔白，脉细弱。

治则：平肝潜阳,润肠通便。

药物组成：炒枣仁30g煅龙骨30g煅牡蛎30g蒲公英9g肉苁蓉9g当归9g，决明子9g，川楝子9g，

6.8.2.2 痰热扰心

症状：失眠多梦，头胀痛，烦躁易怒，头蒙，胸闷、恶心，形胖，失眠多梦，舌暗，苔腻，脉滑或涩。

治则：清热化痰，活血通络。

药物组成：首乌藤15g 茯神15g 赤芍 9g 远志10g 百合10g 柏子仁15g 炒枣仁30g 珍珠母30g龙骨30g，大黄10g，芒硝10g。

6.8.2.3 痰湿阻络  
症状：头重，痰多胸闷，恶食嗳气，吞酸恶心，心烦口苦，目眩，大便干结,数日一解，苔腻而黄，脉滑数。

治则：健脾燥湿，化痰通络

药物组成：白术9g 全瓜蒌15g 柏子仁15g 炒枣仁30g 煅龙骨30g 煅牡蛎30g 薏苡仁30g

6.8.2.4气阴两虚

症状：头痛乏力，胸闷气短，少食懒言，目眩，失眠多梦，多疑善惊，大便干结,，小便清长数日一解，苔腻而黄，脉滑数。

治则：补气健脾，安神定志

药物组成：白术9g 黄芪15g 牛膝15g 炒枣仁30g 煅龙骨30g 煅牡蛎30g 薏苡仁30g，党参15g

6.8.2.5脾胃不足  
症状：心烦失眠，头痛乏力，便溏稀薄，形体消瘦神疲倦怠，面色无华，舌质淡，苔薄白，脉沉细。

治则：补脾益肾，安神镇惊

药物组成：生龙骨30g 生牡蛎30g 珍珠母30g 蒲公英10g 首乌藤15g 炒枣仁30g 合欢花9g 合欢皮9g

6.8.2.4

7 结局（预后）

本病患者对药物在生理和心理上易产生依赖，如果停止服用，正常的代谢功能难以正常进行，发生严重的戒断综合征，因此戒除一般较困难，甚至最终导致死亡。戒瘾综合征包括焦虑、烦躁不安、易于激动、流眼泪、周身酸痛、失眠、交替发汗和发冷、呕吐、全身抽搐、失水、体重减轻、精神亢奋、肠蠕动过分迟缓、胃分泌过多等症状。因此，戒断过程应到专业机构，采用正确的治疗方法，配合心理、康复综合治疗，可强制戒毒。

8 注意事项

接纳情绪反应，采用适合自己的方法作为解压手段，进行积极调整。加强体育锻炼，劳逸结合，开展太极拳、五禽戏等中医传统导引术，帮助改善情绪症状。在接受干预措施期间宜禁食辛辣、刺激性食物，忌浓茶、咖啡等兴奋性饮品。

9 禁忌症与慎用症

应用本指南时应先明确诊断，如：精神分裂症、心境障碍、焦虑症以及其他物质所致精神和行为障碍，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

参 考 文 献

[1]陆林.沈渔邨精神病学[M].第六版,北京:人民卫生出版社,2017

[2]赵永厚,中医神志病学[M].北京:中国中医药出版社,2016

[3]陈家扬,实用中医精神病学[M].北京:北京出版社,1985

[4]中华中医药学会世界中医药学会联合学会中医特色诊疗研究专业委员会.ZYYXH/T 165-2010中医保健技术操作规范第8部分 足浴保健［S］北京：中国医药科技出版社, 2010.

[5]郑玉红.催眠镇静药的合理选用与药学研究[J].中国医药导报,2010，7（2）：44-45.

[6]冯志芬，江恩社.从肝、从瘀论治镇静催眠药依赖型失眠[J]. 中国实验方剂学杂志,2013,19（11）:308-310.

[7]王晓枫.镇静催眠药物中毒的临床诊治分析[J]. 现代中西医结合杂志,2007,16（33）:4982-4983.

[8]李太一.镇静药的临床用心得[J].光明中医，2009,24（1）：138.

[9]季淑梅，韩延芹，李华荣.767例住院患者使用镇静催眠药的调查分析[J].中国药业，2007,16（24）：49-50.

[10]王凌云. 养心安神针法配合背俞穴走罐治疗失眠[J]. 湖北中医杂志,2014,07:60-61.

[11]朱天民,金荣疆,陈骥,钟晓鸣,李辉. 电针对互联网成瘾综合征患者抑郁状态及血清5-HT变化影响的研究[J]. 中国康复医学杂志,2008,10:940-942.

[12]何玲玲. 穴位按摩结合情志疗法对高校学生心理亚健康的干预[J]. 甘肃中医学院学报,2012,06:62-64.

[13]邹伟，苏健民.神志病中西医结合诊断学[M].北京：中国中医药出版社，2016