



团 体 标 准

T/CACM 1373.18—2023

神志病中西医结合诊疗指南 第 18 部分： 神经衰弱

Guidelines for diagnosis and treatment of mental diseases with integrated traditional Chinese and western medicine—Part 18: Neurasthenia

2023 - 04 - 17 发布

2023 - 04 - 17 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前言	II
引言	IV
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	1
4.1 一般原则	1
4.2 西医诊断	1
4.3 鉴别诊断	3
4.4 中医病机及证候分型	3
5 治疗	4
5.1 治疗原则	4
5.2 中西医结合治疗策略	4
5.3 中医治疗	4
5.4 西医治疗	8
5.5 疗程	10
6 预防与调护	10
7 转归和预后	11
8 注意事项	11
附录 A（规范性） 疗效评价标准	12
附录 B（规范性） 安全性指标	13
参考文献	14

前 言

本文件按照 GB/T 1.1—2020 《标准化工作导则 第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件是 T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》的第 18 部分。T/CACM 1373 已经发布了以下部分：

- 第 1 部分：精神分裂症；
- 第 2 部分：疑病症；
- 第 3 部分：非器质性失眠症；
- 第 4 部分：躁狂症；
- 第 5 部分：强迫症；
- 第 6 部分：抽动障碍；
- 第 7 部分：癫痫所致精神障碍；
- 第 8 部分：急性应激障碍；
- 第 9 部分：惊恐障碍；
- 第 10 部分：酒精中毒性精神障碍；
- 第 11 部分：癔病；
- 第 12 部分：中风后精神障碍；
- 第 13 部分：恶劣心境；
- 第 14 部分：发作性睡病；
- 第 15 部分：焦虑障碍；
- 第 17 部分：躯体形式障碍；
- 第 18 部分：神经衰弱；
- 第 19 部分：围绝经期精神障碍；
- 第 20 部分：心理性勃起障碍；
- 第 21 部分：抑郁障碍；
- 第 22 部分：注意缺陷多动障碍。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：黑龙江中医药大学附属第一医院、黑龙江神志医院、黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院。

本文件主要起草人：赵旭。

本文件参与起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、白冰、王健、刘华。

全国团体标准信息平台

引 言

神经衰弱是临床常见精神障碍，尽管中西医结合治疗现已广泛应用到临床实践中，但尚无高质量的中西医结合治疗神经衰弱的循证诊疗指南。《神志病中西医结合临床诊疗指南-神经衰弱》（以下简称本文件）是一部规范神经衰弱中西医结合诊断和治疗，具有一定权威性、约束力及推广应用价值的医疗指南，将对建立和完善相关技术规范，促进中西医结合临床诊疗作用与优势发挥起到示范性作用；对规范应用中西医结合疗法干预治疗神经衰弱，提高临床整体疗效具有重要指导性作用，亦有利于提高中医药治疗神经衰弱的作用及相关研究在国际上影响力、统一性和认可度。

本文件以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化，以及中西医结合疗效的最优化为制定目标，系统整理国内外中医药及中西医结合治疗神经衰弱的治疗方案及临床经验，基于循证诊疗制订方法和最新研究证据，采用文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论相结合的循证医学研究方法，成立多学科编写工作组，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，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标准，按照“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”进行证据分级，采用 Delphi 法获得临床专家对本文件的共识意见，有效集成专家经验，经专家讨论论证制定完成。

本文件聚焦于中西医结合治疗神经衰弱的临床实践，为临床诊疗提供了以中西医结合为主要内容的预防、保健、诊断、治疗建议，推荐具有循证医学证据的中西医结合临床诊疗方案与策略。

本文件的使用者为中医师、中西医结合医师、临床医师、针灸医师和临床药师等专业技术人员，以及神经衰弱诊疗和管理相关医务工作者；应用环境为具备开展中西医结合治疗神经衰弱的所有医疗机构。

T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》拟由以下部分组成。

- 第 1 部分：精神分裂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供精神分裂症中西医结合诊疗指导。
- 第 2 部分：疑病症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供疑病症中西医结合诊疗指导。
- 第 3 部分：非器质性失眠症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供非器质性失眠症中西医结合诊疗指导。
- 第 4 部分：躁狂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躁狂症中西医结合诊疗指导。
- 第 5 部分：强迫症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供强迫症中西医结合诊疗指导。
- 第 6 部分：抽动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抽动障碍中西医结合诊疗指导。

- 第7部分：癫痫所致精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗指导。
- 第8部分：急性应激障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供急性应激障碍中西医结合诊疗指导。
- 第9部分：惊恐障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供惊恐障碍中西医结合诊疗指导。
- 第10部分：酒精中毒性精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗指导。
- 第11部分：癔病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癔病中西医结合诊疗指导。
- 第12部分：中风后精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供中风后精神障碍中西医结合诊疗指导。
- 第13部分：恶劣心境。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供恶劣心境中西医结合诊疗指导。
- 第14部分：发作性睡病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供发作性睡病中西医结合诊疗指导。
- 第15部分：焦虑障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供焦虑障碍中西医结合诊疗指导。
- 第16部分：进食障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供进食障碍中西医结合诊疗指导。
- 第17部分：躯体形式障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躯体形式障碍中西医结合诊疗指导。
- 第18部分：神经衰弱。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供神经衰弱中西医结合诊疗指导。
- 第19部分：围绝经期精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供围绝经期精神障碍中西医结合诊疗指导。
- 第20部分：心理性勃起障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供心理性勃起障碍中西医结合诊疗指导。
- 第21部分：抑郁障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抑郁障碍中西医结合诊疗指导。
- 第22部分：注意缺陷多动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗指导。

神志病中西医结合诊疗指南 第18部分：神经衰弱

1 范围

本文件界定了神经衰弱的术语与定义，给出了中西医结合治疗的优势、中医发病机制、中医诊断、治疗、临床问题的推荐意见及证据描述等内容。

本文件适用于神经衰弱的中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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。

国际疾病分类第十版（ICD-10）

神志病中西医结合诊断学 [中国中医药出版社（2016）]

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

神经衰弱 neurasthenia

临床以精神活动能力减弱，无器质性病变的一系列自主症状为主要特征的综合性精神疾病。

注：相当于中医神志病学“郁证”、“神劳”、“心劳”等范畴。

4 诊断与鉴别诊断^[2-5]

4.1 一般原则

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。

4.2 西医诊断

4.2.1 诊断要点

诊断神经衰弱需符合以下条件：

- a) 或为用脑后倍感疲倦的持续而痛苦的主诉；或为轻度用力后身体虚弱与极度疲倦的持续而痛苦的主诉；

- b) 至少存在以下两条：
 - 1) 肌肉疼痛感；
 - 2) 头昏；
 - 3) 紧张性头痛；
 - 4) 睡眠紊乱；
 - 5) 不能放松；
 - 6) 易激惹；
 - 7) 消化不良。
- c) 任何并存的植物神经症状或抑郁症状在严重度和持续时间方面不足以符合本分类系统中更为特定障碍的标准。

4.2.2 临床表现

神经衰弱大多起病缓慢，病程呈慢性波动性，症状的反复与心理冲突有关。易感素质个体疾病往往波动，病程迁延，难以治愈。主要表现为：

- a) 脑功能衰弱：精神易兴奋与易疲劳。即不由自主的联想和回忆增多，注意力很难集中；同时感到脑子反应迟钝、记忆力减退、思维不清晰、思考效率下降、疲乏、困倦、全身无力等；
- b) 情绪症状：易激惹、易烦恼和易紧张；
- c) 心理生理症状：躯体不适症状，多与患者的心理状态有关，觉得头重、头胀、头痛、头部紧箍感，或颈部或腰背部酸痛；睡眠障碍；自主神经功能障碍，如心慌、耳鸣、胸闷、心悸、多汗、厌食、消化不良、便秘或腹泻、尿频，月经不调、阳痿或早泄等。

4.2.3 诊断标准

依照《国际疾病分类第十版》中神经衰弱的诊断标准，症状标准为：

- a) 符合神经症的诊断标准；
- b) 以脑和躯体功能衰弱症状为主，特征是持续和令人苦恼的脑力易疲劳（如感到没有精神，自感脑子迟钝，注意不集中或不持久，记忆差，思考效率下降）和体力易疲劳，经过休息或娱乐不能恢复，并至少有下列症状中的 2 项：
 - 1) 情感症状，如烦恼、心情紧张、易激惹等常与现实生活中的各种矛盾有关，感到困难重重，难以应付。可有焦虑或抑郁，但不占主导地位；
 - 2) 兴奋症状，如感到精神易兴奋（如回忆和联想增多，主要是对指向性思维感费力，而非指向性思维却很活跃，因难以控制而感到痛苦和不快），但无言语运动增多。有时对声光很敏感；
 - 3) 肌肉紧张性疼痛（如紧张性头痛、肢体肌肉酸痛）或头晕；
 - 4) 睡眠障碍，如入睡困难、多梦、醒后感到不解乏，睡眠感丧失，睡眠觉醒节律紊乱；
 - 5) 其他心理生理障碍。如头晕眼花、耳鸣、心慌、胸闷、腹胀、消化不良、尿频、多汗、阳痿、早泄，或月经紊乱等。

严重标准为：病人因明显感到脑和躯体功能衰弱，影响其社会功能，为此感到痛苦或主动求治。

病程标准为：符合症状标准至少已 3 个月。

排除标准为：

- a) 排除以上任何一种神经症亚型；
- b) 排除分裂症、抑郁症。

4.2.4 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室等检查排除其他躯体性疾病，同时符合汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表及明尼苏达多项人格测验等相关量表对本病的评定。

4.3 鉴别诊断

中医并没有明确提出神经衰弱的病名，但根据其特点可分属于中医“不寐”、“郁病”、“脏躁”、“百合病”等范畴。神经衰弱的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证，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。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

本病的病因病机较为复杂，但古代医家主要认为与心血不足、阳不入阴有关。由于心血不足，心神失养，心主神明，故出现记忆力减退、惊恐胆怯，精神恍惚，不能自主等表现。阴液亏虚，阴不敛阳，阳气偏盛，故出现易兴奋，失眠、多梦等症状，从而发生本病。病位在阴阳，与心、肝、脾相关。

4.4.2 中医证候分型

依照《神志病中西医结合诊断学》^[2-6]，进行如下分型诊断：

a) 肝气郁结证

精神抑郁，易怒少寐，善太息，胸胁胀闷，脘闷暖气，纳差，女子月经不调，倦怠乏力。舌质淡红，苔薄白，脉弦；

b) 痰热内扰证

心烦少寐，胸闷呕恶，惊悸不宁，多梦，头痛头晕，口苦口干，痰多黄稠。舌质红，苔黄腻，脉滑数；

c) 阴虚火旺证

烦躁多疑，少寐多梦，五心烦热，头晕耳鸣，心悸盗汗，神疲健忘，腰膝酸软，口干少津。舌质红，苔少，脉细数；

d) 心脾两虚证

心悸不寐，神疲健忘，短气乏力，头晕目眩，面色萎黄，食少便溏，月经失调。舌质淡，苔薄白，脉细弱；

e) 心胆气虚证

心悸不安，胆怯易惊，恶闻声响，不寐多梦，神疲乏力，气短自汗，食少纳呆。舌质淡，苔薄白，脉弦细；

f) 肾阳不足证

精神疲惫，头昏耳鸣，气短乏力，健忘少寐，面色苍白，阳痿早泄，畏寒肢冷，夜尿多。舌质淡，苔白，脉沉细无力。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

本病的治疗当辨病机，分虚实。实证以疏肝解郁，清热化痰为主；虚证当以养心健脾，益气镇惊，滋补脾肾为主。然无论虚实，皆由心神不宁而致病，安神之法贯穿所有证型治疗中。针灸治疗以宁心安神为法，取手少阴心经、手厥阴心包经穴及背俞穴为主，采用捻转与提插补泻手法，补虚泻实。

5.1.2 西医治疗原则^[7]

西医治疗以心理治疗为主；药物仅是对症治疗，包括改善睡眠及情绪症状，可适当应用益智药和脑代谢药；同时注重对工作、生活节律进行调整。

5.2 中西医结合治疗策略^[9-12]

神经衰弱的中西医结合治疗以中医药疗法和西医心理治疗为主，必要时辅以西医药物治疗。在中医整体观念和辨证论治的指导下，运用中药及针灸等中医特色疗法，调节人体气血阴阳的盛衰，改善躯体不适症状。同时，配合心理治疗和西医抗抑郁、抗焦虑药物治疗，可有效缓解患者的抑郁和焦虑情绪，患者的症状通过药物治疗得到减轻，即使是暂时的减轻，对患者的心情会产生良好的影响，也有利于说服患者，增加心理治疗的效果。中西医结合治疗神经衰弱，能使患者的躯体、心理得到全面康复，从而取得较好的疗效。疗效评价标准见附录 A。治疗过程中需要监测和评估的安全性指标，见附录 B。

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

针对不同的分型，辨证后进行下列中药治疗：

a) 肝气郁结证

治法：疏肝解郁，宁心安神。

主方：加味逍遥散（《太平惠民和剂局方》）加减^[14-16]。（高级证据，强推荐）^[13]

常用药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、炙甘草、生姜、薄荷。

加减：不寐者，加夜交藤、炒枣仁；精神抑郁甚者，加合欢皮；两胁胀痛者，加川芎、佛手；

b) 痰热内扰证

治法：化痰清热，和中安神。

主方：黄连温胆汤（《六因条辨》）加减^[17]。（中级证据，强推荐）

常用药：黄连、制半夏、陈皮、茯苓、甘草、生姜、枳实、竹茹。

加减：肝郁者，加柴胡、郁金；热盛者，加栀子、丹皮、石菖蒲；失眠少寐者，加酸枣仁、夜交藤；

c) **阴虚火旺证**

治法：滋阴降火，安神定志。

主方：黄连阿胶汤（《伤寒论》）加减^[18,19]。（中级证据，强推荐）

常用药：黄连、黄芩、白芍药、鸡子黄、阿胶。

加减：肾阴亏虚甚者，可与并左归饮合用；心火亢盛者，可与并朱砂安神丸合用；心悸甚者，可与天王补心丹合用；

d) **心脾两虚证**

治法：健脾益气，养心安神。

主方：归脾汤（《济生方》）加减^[20,21]。（中级证据，强推荐）

常用药：黄芪、当归、人参、白术、茯苓、甘草、木香、龙眼肉、远志、酸枣仁。

加减：心胸郁闷、精神不舒者，加柴胡、郁金、佛手；遇事易惊、夜多恶梦者，加龙齿、生牡蛎、琥珀粉；悲伤欲哭者，加浮小麦、大枣；

e) **心胆气虚证**

治法：益气镇惊，安神定志。

主方：安神定志丸（《医学心悟》）加减^[22,23]。（中级证据，弱推荐）

常用药：石菖蒲、远志、茯神、茯苓、龙齿、党参、朱砂。

加减：心火炽盛症见心烦不眠者，加栀子、牡丹皮；心脾两虚者，可与归脾汤合用；心肾不交者，可与交泰丸合用；

f) **肾阳不足证**

治法：温补肾阳，补益心神。

主方：右归饮（《景岳全书》）加减^[24]。（低级证据，弱推荐）

常用药：熟地、山药、山茱萸、枸杞、甘草、杜仲、肉桂、附子

加减：肢冷者，加淫羊藿、仙茅；不寐者，加炒枣仁、百合；泄泻腹痛者，加人参、肉豆蔻；腰膝软痛者，加当归、白芍。

5.3.2 中成药

建议的中成药适用分型如下：

- a) 甜梦胶囊（口服液）适用于心脾两虚型神经衰弱^[25-27]；（高级证据，强推荐）
- b) 枣仁安神胶囊适用于心脾两虚型神经衰弱^[28]；（高级证据，强推荐）
- c) 活力苏口服液适用于心脾两虚型神经衰弱^[29-31]。（高级证据，强推荐）

5.3.3 中医非药物治疗

5.3.3.1 针灸疗法

针灸疗法包括以下内容：

a) 毫针疗法^[32-34]（高级证据，强推荐）

治法：宁心安神。以手少阴心经、手厥阴心包经穴及背俞穴为主。

主穴：神门、内关、三阴交、足三里、心俞、肝俞、肾俞。

配穴：心脾两虚者加太白、脾俞；心胆气虚者加足临泣、胆俞；肝郁化火者加太冲、少府；痰气内郁者加丰隆、合谷；心肾不交者加照海、少府；心肾阳虚者加关元、命门。失眠者加百会、神庭；胸闷者加膻中、天突；腕闷者加中腕；腹胀者加天枢；尿便障碍者加中极、关元。

操作：神门直刺 0.3 寸~0.5 寸，内关直刺 0.5 寸~1.0 寸，三阴交直刺 1.0 寸~1.5 寸，足三里直刺 1.0 寸~2.0 寸，心俞、肝俞均斜刺 0.5 寸~0.8 寸，肾俞直刺 0.5 寸~1.0 寸，太白、太冲直刺 0.5 寸~0.8 寸，脾俞斜刺 0.5 寸~0.8 寸，足临泣直刺 0.5 寸~0.8 寸，胆俞斜刺 0.5 寸~0.8 寸，合谷直刺 0.5 寸~1.0 寸，丰隆直刺 1.0 寸~1.5 寸，照海直刺 0.5 寸~0.8 寸，少府直刺 0.3 寸~0.5 寸，关元直刺 1.0 寸~1.5 寸，命门向上斜刺 0.5 寸~1.0 寸，百会、神庭均平刺 0.5 寸~0.8 寸，膻中平刺 0.3 寸~0.5 寸，天突先直刺 0.2 寸~0.3 寸，然后将针尖向下，仅靠胸骨柄后方刺入 1.0 寸~1.5 寸，中腕直刺 1.0 寸~1.5 寸，天枢直刺 1.0 寸~1.5 寸，中极直刺 1.0 寸~1.5 寸。

心肾不交与痰气内郁用平补平泻法；心脾两虚、心肾阳虚用提插捻转补法，心肾阳虚可用灸神阙、命门、关元；肝郁化火用提插捻转泻法。膻中用提插捻转泻法。

b) 耳针疗法^[34-36]（中级证据，强推荐）

处方：神门、脑、皮质下、内分泌、心、肝、交感。

操作：每次选 2 个~3 个穴，每日或隔日 1 次，针刺或耳穴埋针，或用王不留行籽贴压，每日睡前自行按压 2 min~3 min，每 3 天~4 天更换 1 次。

c) 电针疗法^[37,38]（中级证据，强推荐）

处方：

1) 神门、间使；

2) 三阴交、足三里。

操作：分为两组，交替使用。每组两个穴，进针得气后，分别接电麻仪正负极，接通电麻仪，选择疏波，刺激量以患者耐受为度。

d) 皮肤针疗法^[3]（低级证据，弱推荐）

处方：督脉或夹脊穴。

操作：用梅花针叩刺，由上至下，皮肤潮红为度，每日 1 次或隔日 1 次，10 次~15 次为 1 疗程。

e) 水针疗法^[39]（低级证据，弱推荐）

处方：内关、肝俞、心俞、三阴交、足三里。

操作：每次选择 2 个~3 个穴，用维生素 B1 注射液每穴内注入 0.5 mL，每日 1 次，10 次为 1 个疗程。

f) 头针疗法^[40]（低级证据，弱推荐）

处方：顶中线、额中线、额旁 1 线。

操作：常规消毒后，采用 0.35 mm×(40~50) mm 毫针，与头皮呈 30° 刺入头皮下，以 200 转/min 速度捻针，持续捻转 3 min，留针 30 min，期间捻转 3 次。每日 1 次，连续 14 天。

g) 指针疗法^[3]（低级证据，弱推荐）

1) 头颈部：

- 以两拇指呈“八”字型点按喉头旁的人迎穴；
- 以双手合掌，用掌尺侧面叩击印堂；
- 用中指点按百会，再用五指点按头部膀胱经、胆经、督脉经等 4 遍~5 遍诸穴（从前发际后到后发际）；
- 用中指点旋两侧太阳穴、点按睛明、丝竹空及颞颥经诸穴；
- 食指、中指拨下颌骨下缘；
- 拿颈部两侧胸锁乳突肌，前、中、后斜角肌。

2) 胸腹部：点弹胸部两侧的中府、神封、灵墟，神藏及任脉的中脘，关元穴。

3) 四肢部分：

- 上肢：点拨极泉，拿肱二头肌，点拨合谷，神门穴；
- 下肢：拿髌关及股四肌，点拨委中，拿腓肠肌及跟腱昆仑、解溪、三阴交穴；
- 返回点拨腋下双侧极泉穴。

4) 腰背部：单手四指并拢，用四指尖端从上到下分别点按两侧脊穴和两侧膀胱经 4 遍~5 遍，最后拿风池和肩井穴，双食指点弹双肾俞穴。每日按摩上述穴位 1 次。

h) 艾灸疗法^[41]（低级证据，弱推荐）

处方：百会、心俞、肝俞、肾俞、脾俞、足三里、关元。

操作：采用艾条温和灸法，依次施灸上述穴位，共计 30 min，每日 1 次；或艾柱无瘢痕灸，每次选 3 个~5 个穴，施灸 2 壮~3 壮，隔日 1 次，10 日为 1 个疗程。

i) 拔罐疗法^[42]（低级证据，弱推荐）

1) 取穴：任脉与督脉。

方法：在任脉与督脉循行线上，采用单纯拔罐法，每次 2 个~4 个罐，每日或隔日 1 次，阴虚阳盛者可刺血拔罐；阳虚阴盛者可用罐后加灸法。

2) 取穴：背俞穴与募穴。

方法：按照辨证分型选择相应的背俞穴与募穴，心脾两虚者心俞、脾俞、关元；心胆气虚者心俞、胆俞、日月；痰气内郁者脾俞、中脘；心肾不交者心俞、肾俞、关元；心肾阳虚者心俞、肾俞、关元；失眠者心俞；胸闷者膻中；脘闷者加中脘；腹胀者加天枢；尿便障碍者中极、关元。采用单纯拔罐法，每次 2 个~4 个罐，每日或隔日 1 次，阴虚阳盛者可刺血拔罐；阳虚阴盛者可用罐后加灸法。

3) 取穴：阿是穴。

方法：根据患者疼痛麻木等不适症状的部位，选择拔罐部位，包括胸腹背腰及四肢，取肌肉较丰满处，采用单纯拔罐法，每次 2 个~4 个罐，每日或隔日 1 次，阴虚阳盛者可刺血拔罐；阳虚阴盛者可用罐后加灸法。

5.3.3.2 中药敷贴疗法^[35,43]（中级证据，强推荐）

药物组成：当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、桂枝、丁香、乳香、白芷、砂仁、白术、木香、吴茱萸等研成极细末，调成糊状。

腧穴：内关、心俞、大椎、神阙、脾俞、肾俞、足三里、涌泉。

5.3.3.3 医疗气功^[44,45]（中级证据，弱推荐）

患者坐于椅子上，双腿分开自然踏地，双手放在大腿上，手心向下，头颈和上身坐直，全身放松，松而不懈，紧而不僵，舌抵上颚，双目微闭，口微闭，牙关不要咬紧，然后排出杂念，意守丹田。意守时用意不要太浓，若有若无，调整呼吸，吸气时默念“静”，呼吸时默念“松”，使呼吸自然柔和，舒适自得。在开始练功时不要急于求成，先从胸式呼吸开始，平稳后过度到腹式呼吸，通过锻炼使呼吸达到细、长、均匀，息息归根，气归丹田。每次练呼吸 10 min~30 min，每日 1 次~2 次。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[4]（高级证据，强推荐）

药物治疗是对症处理，应根据患者的不同症状特点而加以选择。患者的症状如头部不适、失眠和心情烦躁等症状，通过药物治疗得到减轻，即使是暂时的减轻，对患者的心情会产生良好的影响，也有利于说服患者，增加心理治疗的效果。因此，药物治疗也是一种手段，能使患者相信他的病是可以暂时减轻甚至永久治愈的。通过以下药物进行治疗：

- a) 抗焦虑剂：如阿普唑仑 0.4 mg，每日 1 次~2 次；舒乐安定 1 mg~2 mg，每日 2 次等。可用于治疗情绪症状，疗程控制在 1 个月以内；
- b) 睡眠障碍严重者可选用氯硝安定 2 mg~4 mg，睡前服，疗程在 1 周~2 周；或唑吡坦 10 mg，睡前服，疗程在 1 周~2 周；必要时可几种药物交替或间断使用；
- c) 伴有轻度抑郁和焦虑者，可选用三环类抗抑郁剂和 SSRI 类药物；
- d) 伴有交感神经功能亢进者，可选用 β 受体阻滞剂心得安 10 mg~30 mg，每日 3 次；
- e) 明显躯体不适、紧张性疼痛者，可选用西肽普兰 10 mg~20 mg，每日 1 次，早餐后服；阿米替林 25 mg~50 mg，每日 1 次，睡前服，2 个月~3 个月为 1 疗程；
- f) 对衰弱症状为主者，予以兴奋药和促脑代谢药为主，如适当剂量的咖啡因、刺五加片，或喝浓茶、咖啡等；对以兴奋症状为主的，予以苯二氮卓类药物；表现为白天以衰弱症状为主，而晚上出现兴奋症状者，则白天给予兴奋药，晚上给予安定类药物，以改善这种生物节律的颠倒状态。

5.4.2 认知治疗^[4]（低级证据，弱推荐）

神经衰弱通常与患者的个性特征、生活事件均有关联，往往会有某些心理冲突。患者常将目标设得超出自己的能力范围所及。认知治疗能改变病人这种不良认知，如降低不切实际的过高目标；消除负性情绪，如焦虑及紧张等。一方面可帮助患者分析事件的主、客观因素，降低目标期望值，量力而为，或将一个大的目标化解成多个稍加努力就能达到的小目标，让自己经常能体验到成功的快乐，以增强自信心，减轻精神压力。另一方面，可帮助患者调整价值观，以宽容、感恩的心态，正确评价客

观事件，减轻心理冲突。同时，指导患者调整应对策略，改善应付技巧，学会放弃，如果确实自己的能力问题，或被疾病缠身，无法实现自己的愿望，虽然拿得起，但要放得下，退一步海阔天空。

5.4.3 放松疗法^[4]（低级证据，弱推荐）

神经衰弱患者大多有紧张、烦躁的情绪，伴有紧张性头痛、失眠等。放松训练有助于肌肉与情绪的松弛，缓解紧张疼痛与焦虑，帮助睡眠。最简单方法就是缓慢深呼吸。在幽静的环境中，让自己处于舒适的坐姿或睡态，闭上眼睛，缓慢地深吸一口气，然后慢慢地、轻轻地呼出来，想象鼻子下放着一支羽毛，呼气时千万别吹动了它，反复做10 min~15 min。生物反馈训练可帮助学会如何放松，还有气功、瑜伽术等，均有放松作用。

5.4.4 支持性心理治疗^[46,47]（中级证据，强推荐）

通过解释、疏导，让病人认识所患疾病的性质是由于长期的工作负担、精神负担所引起的，使患者相信他没有什么严重的器质性疾病，是“疯不了、死不了和傻不了的”，医生通过和患者的接触，了解患者的各种问题，并与患者建立良好的、可以谈心的关系，运用医学知识解释患者的各种顾虑，指导患者发掘影响疾病的各种心理社会因素，帮助患者认识并分析自己的困难处境，面对它而不是回避它，靠自己的力量，用自己的方法来消除或缓和自己的心理冲突，从而消除症状。医生在心理治疗中所起的作用是指导和帮助，最终还是患者靠自己的决心和主动性给自己治病。

由于神经衰弱病程大多迁延波动，不少患者即使此次症状已消失，仍害怕哪天病情又会卷土重来，常问“这种病怎么能够根治？”“复发了怎么办？”，出现预期性焦虑。为此，医生可以明确告诉患者，“神经衰弱是一种复杂的心理情绪性疾病，病情波动是可能的，但该病的性质是可治的”。让患者能扔掉心理负荷，转移其对自身疾病的关注，增强治疗信心，保持自己最佳的工作与学习效率，提高对治疗的动机和信心。

5.4.5 催眠疗法^[48,49]（中级证据，强推荐）

患者取卧位或坐位，使之进入催眠状态。在催眠状态下的暗示诱导语为：“你已经进入了非常舒适的催眠状态，会越来越舒适。你没有任何躯体疾病，也没有其他神经官能症，你只是有点神经衰弱，神经衰弱只是一种轻型的疾病，是一种良性的疾病，这种疾病往往是精神紧张引起的，很容易治疗。你现在情绪就很稳定，精神也很轻松，因此你所有的神经衰弱症状也就随之消失了，你的睡眠也改善了，只要一躺在床上睡觉，就会立即入睡，而且睡的很舒服，醒后会感到精力充沛。你的头痛和肌肉疼痛也是由紧张引起的，现在紧张情绪消除了，头痛和肌肉疼痛也就消失了”。唤醒患者，解除催眠状态。

5.4.6 森田疗法^[50,51]（高级证据，强推荐）

长期神经衰弱的患者病因对其来讲已不是重要问题，而怎样与自己的不良情绪和症状作斗争，成了首要问题。常有患者讲“我现在什么都不在乎了，只要你能想办法让我别紧张就好了”。正是这种对于症状越是想摆脱，越是被症状所缠绕的恶性循环，影响和限制了神经衰弱治疗的效果。我们都知道，人如果通过对抗的形式来解决焦虑、紧张，只会适得其反，进一步强化这种不良症状，如失眠患者，睡觉前总是在想，我怎样才能睡着，这种“事前焦虑”引起患者对失眠的过度注意，反而强化了失眠

症状。森田疗法的核心是“顺其自然，为所当为”。该疗法认为症状只不过是情绪变化的一种表现，而且神经衰弱患者所表现出来的症状，通常是正常心身变化被敏感夸大的结果。因此不问症状只重视行动，在实际行动中接受治疗，一方面既让患者作为正常人过普通人的生活，一方面又给他们以生活指导式治疗，以促进患者生活态度的转变，从“我不要紧张、烦恼；变成“我要干些什么”逐渐恢复身心健康，治疗的重点是改善行动，症状和情绪是次要的。

5.4.7 音乐疗法^[52-54]（中级证据，弱推荐）

通过听音乐来达到舒缓紧张情绪，减轻压力，消除疲劳等作用。音乐的选择根据患者的不同情况而定。入睡困难的患者可选择有催眠作用的音乐；易疲惫则可选择消除疲劳音乐；情绪易激动的患者可选择减压音乐。

5.4.8 运动治疗^[55,56]（中级证据，弱推荐）

运动疗法对神经衰弱的治疗有独特的优势。长时间、中小负荷、小球类的体育锻炼，能建立全身血液循环与重新调整静态血液分配的条件反射，加强大脑皮层运动中枢的良性优势兴奋灶，有效的抑制由神经衰弱引起的皮层劣势兴奋灶，加强和改善大脑兴奋或抑制过程相互转换的能力和稳定性，对活动紊乱的皮层有积极的调整作用，使有些顽固兴奋灶转入抑制状态，从而收到治疗神经衰弱的效果。运动的时间和强度应根据患者的体制、感觉和状态，随时调整，无论选择什么运动，都要持之以恒才能收到良好的效果。

5.4.9 饮食调治^[4,57,58]（中级证据，弱推荐）

神经衰弱的饮食调治可根据中医辨证进行调养。如肝郁化火型失眠可选用具有清肝泻火、养心安神作用的食物，如：竹笋、鲜藕、芹菜、莼菜、黄花菜、菠菜、油菜、荠菜、冬瓜、苦瓜、小麦、桑椹、梨、桃、葵花子、绿豆、桂圆、鸡蛋、羊肉、鸭肉、乌骨鸡、蜂蜜等。心肾不交者可选用滋阴清热、通交心肾的食物，如银耳、鹅肉、猪肺、猪胰、糯米、红枣、百合、酸枣仁、枸杞、冬瓜、苦瓜、茄子、鲫鱼等。心脾两虚、心胆气虚型的神经衰弱伴失眠类患者可选用大麦、胡萝卜、南瓜、西红柿、粳米、糯米、小米、黄豆及制品、奶类、人参、鲤鱼、牛肉、羊心、桂鱼、猪肝、猪肚、兔肉、鸽蛋等具有健脾益气、补血养心作用的食物加以调理。

5.5 疗程

目前暂无神经衰弱疗程的相关临床研究。根据神经衰弱症状的发生及持续时间，以及患者的个人性格特点，通过对病情进行系统评估来确定具体疗程。

6 预防与调护

神经衰弱目前尚不能根治，只能通过积极的治疗改善患者的症状，提高生活质量。如果治疗不及时、不规范，常反复发作。建议继续对患者进行定期随访，制订复发的短期和长期治疗计划。

根据中医学“情志相胜”理论，即人的情志活动之间存在着相互制约关系，实施中医辨证施护，充分发挥中医情志疗法在疾病诊治预防中的积极作用，能有效提高疗效、缩短病程，有利于疾病康复

和健康管理。另外，习练太极拳或者八段锦等古中医导引术，促进形体活动和呼吸运动相结合，强身健体，调畅情志，对疾病的康复大有裨益。

7 转归和预后

神经衰弱经过药物、心理的及时治疗，预后一般良好。急性起病、有明显诱因但短期内能解除、治疗及时正确者，为正气未虚，病程短，收效快，则预后较好；若起病缓慢、无起病诱因且精神因素长期不能解除、反复就医而未得到正确治疗，贻误治疗时机者，正气虚，病程长，起效慢，则预后不佳。

8 注意事项

制定本文件时未考虑特殊群体治疗差异性，故本文件不适用于特殊群体（儿童、妊娠哺乳期妇女、老年人）的神经衰弱的诊断与治疗。应用本文件时应先明确诊断，本文件不能应用于精神分裂症、抑郁症、慢性疲劳综合征等除神经衰弱外的其他疾病。罹患本病严重影响社会功能者，建议在精神科规范治疗下，参考本文件进行中医药辨证治疗。

附录 A (规范性) 疗效评价标准

A.1 中医疗效评价标准^[1,8,59]

参照 ZY/T 001.1—1994, 评价标准为:

- a) 治愈: 症状消失, 情绪正常。
- b) 好转: 症状减轻, 情绪基本稳定。
- c) 未愈: 症状、情绪均无改善。

A.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现, 以及体格检查结果和相关实验室检查报告, 可以根据治疗前后明尼苏达多项人格问卷 (MMPI)、症状自评量表 (SCL-90)、汉密尔顿抑郁量表 (HAMD) 及汉密尔顿焦虑量表 (HAMA) 各项评分及总分进行临床疗效评估。

附 录 B
(规范性)
安全性指标

B.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期复查心电图检查，血常规、血糖、血脂、肝功能、肾功能等实验室检查；必要时进行血药浓度检测。

B.2 量表评定

使用以下量表进行评定：

a) 副反应量表 (TESS)

TESS 适用于评定各类抗精神病药物引起的副作用。根据体格检查结果以及实验室报告，结合患者的实际病情，作出相应评定。一般治疗前及治疗后 2 周、4 周和 6 周进行评价。

b) 抗抑郁药副反应评定量表 (SERS)

SERS 适用于评定抗抑郁药物引起的副作用。SERS 共 14 项，分别在治疗前及治疗后 2 周、4 周、6 周时进行评分。

参 考 文 献

- [1] ZY/T 001.1—1994 中医内科病证诊断疗效标准
- [2] 郭雅明, 汪金涛, 李文芳. 中西医结合治疗精神疾病发展和现状[A]. 第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第18次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学年会论文集[C]. 中国中西医结合学会: 2019: 3.
- [3] 贾竑晓, 张宏耕. 神志病中西医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [4] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [5] 邹伟, 苏建民. 神志病中西医治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [6] 王豪. 中医辨证论治神经衰弱[J]. 家庭医药. 就医选药, 2021(04):46.
- [7] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 9:168.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准·中医内科病证诊断疗效标准(第一版)[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [9] 张宏耕. 中西医结合精神病学[M]. 新世纪全国高等医药规划教材. 北京: 中国中医药出版社, 2005, 10:227-231.
- [10] 任彩连. 中西医结合治疗神经衰弱症的疗效研究[J]. 中外医疗, 2020, 39(17):25-27.
- [11] 赵冬芝. 中西医结合治疗神经衰弱 100 例疗效观察[J]. 心理月刊, 2018(07):214.
- [12] 吉晓岩. 中西医治疗神经衰弱临床观察 300 例[J]. 中国保健营养, 2012, 22(12):2282-2283.
- [13] 陈薇, 方赛男, 刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39(03):358-364.
- [14] 贾艳, 李莉, 邓欣. 加味丹栀逍遥散合并帕罗西汀治疗神经衰弱 60 例观察[J]. 中国民康医学, 2014, 26(21):79-80.
- [15] 章玲. 逍遥散加味治疗神经衰弱 56 例[J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(01):90.
- [16] 刘建孝. 逍遥散治疗神经衰弱 90 例[J]. 河北中医, 2005(01):31.
- [17] 太鑫, 王俊霞. 黄连温胆汤治疗大学生神经衰弱临床应用举隅[C]. 2009 年全国基层优秀中医表彰大会暨全国第二次民间验方、诊疗技术学术研讨会会议论文集., 2009:154.
- [18] 王霞. 黄连阿胶汤治疗神经衰弱 60 例[J]. 现代医药卫生, 2003(09):1162-1163.
- [19] 贾全铭, 武小妮, 陈华. 黄连阿胶汤加减治疗神经衰弱 36 例临床观察[J]. 河北中医, 1994(05):22.
- [20] 衡向阳. 逍遥散合归脾汤治疗神经衰弱 42 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(11):110-111.
- [21] 仇锦珠. 归脾汤加减治疗神经衰弱 60 例疗效观察[J]. 中国校医, 2007(06):643+645.
- [22] 黄育冬. 安神定志汤治疗神经衰弱 60 例[J]. 湖南中医杂志, 1996(S1):38.
- [23] 郭仁旭, 李中志. 安神定志汤加减治疗神经衰弱 57 例临床观察[J]. 中医临床与保健, 1993(03):21-22.

- [24] 程华. 中西医结合治疗神经衰弱 50 例[J]. 中原医刊, 2003(19):37.
- [25] 姜华, 高聚, 肖展翊. 甜梦胶囊联合黛力新对神经衰弱失眠的治疗研究[J]. 中风与神经疾病杂志, 2015, 32(11):1025-1026.
- [26] 景莉玲, 陈更业. 甜梦胶囊对神经衰弱患者慢波睡眠结构影响的研究[J]. 宁夏医学杂志, 2006(10):779-780.
- [27] 胡富清. 甜梦胶囊治疗神经衰弱 228 例疗效观察[J]. 脑与神经疾病杂志, 2005(04):309.
- [28] 吴敏, 邵敏, 沈志华, 等. 枣仁安神颗粒结合脑安颗粒治疗老年神经衰弱的超声评估观察[J]. 中华中医药学刊, 2015, 33(02):360-361.
- [29] 佟伟宗, 孙大宝, 马延, 等. 活力苏口服液治疗神经衰弱疗效观察[J]. 河北中医, 2007(10):938-939.
- [30] 秦修平, 程庆璋, 范存济. 活力苏口服液治疗神经衰弱的临床疗效[J]. 华西药学杂志, 2006(01):106-107.
- [31] 许良, 胡晔, 郑舜华. 活力苏口服液治疗肝肾精血亏虚型神经衰弱临床疗效的观察[J]. 成都中医药大学学报, 2004(01):41-43.
- [32] 张训浩, 陈伟. 针刺五心穴和四关穴治疗神经衰弱 40 例疗效观察[J]. 山东中医杂志, 2014, 33(06):456-457.
- [33] 丁鲁, 宋梦玉. “醒脑开窍”刺法结合颈夹脊穴治疗神经衰弱 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2012, 10(07):48.
- [34] 张广平. 针刺结合耳压治疗不寐(神经衰弱)78 例疗效分析[J]. 中外医疗, 2010, 29(28):88.
- [35] 吴海燕, 曾瑶, 陈丽莉. 耳穴压豆联合穴位贴敷在神经衰弱病人中的应用效果[J]. 护理研究, 2017, 31(09):1097-1099.
- [36] 陶文娟. 耳穴疗法治疗神经衰弱体会[J]. 中国民间疗法, 2016, 24(02):70-71.
- [37] 张玲如, 尤雪梅, 郭岩, 等. 电针治疗联合帕罗西汀对神经衰弱患者症状及睡眠质量的影响[J]. 山西医药杂志, 2019, 48(22):2774-2776.
- [38] 马长林, 杨兆荣, 杨晓丽. 智能电针仪治疗神经衰弱 33 例疗效分析[J]. 职业与健康, 2004(05):118-119.
- [39] 陈作霖, 钱汉卿. “水针”治疗神经衰弱 21 例疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 1958(05):27-30.
- [40] 魏素荣, 张乾益. 眼头针治疗中学生神经衰弱 35 例[J]. 菏泽医专学报, 1996(03):18-19.
- [41] 孟云凤. 艾灸百会治疗神经衰弱[J]. 针刺研究, 1998(03):193-194.
- [42] 国振声. 拿穴拔罐疗法治疗神经衰弱[J]. 天津医药, 1977(02):83.
- [43] 陈丽莉, 陈阳阳, 谭怡萍. 穴位贴敷联合中医情志护理对神经衰弱患者心理及 PSQI 指数的影响研究[J]. 光明中医, 2020, 35(14):2241-2243.
- [44] 钟志兵, 万志莉, 章文春. 健身气功易经筋对神经衰弱学生的健身效应研究[J]. 江西中医药大学学报, 2016, 28(01):37-38+81.
- [45] 熊永强. 气功导引、按摩治疗神经衰弱 120 例[J]. 按摩与导引, 2005(03):15-16.
- [46] 徐丽琴, 刘攀, 李红英. 帕罗西汀联合心理治疗对神经衰弱临床疗效的观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2019, 6(08):3-4.

- [47] 黄中坚. 神经衰弱的心理治疗[J]. 中国现代药物应用, 2009, 3(02):196-197.
- [48] 姚振东, 周湛菁, 辛斌. 催眠疗法对神经衰弱的治疗[J]. 校园心理, 2016, 14(03):196-198.
- [49] 李建军. 神经衰弱症的催眠疗法[J]. 健康天地, 2007(01):67.
- [50] 赵俊来, 张慧娟, 赵岩, 等. 门诊森田疗法治疗神经症临床对照研究[C]//中华医学会精神病学分会第九次全国学术会议论文集. Chinese Medical Journals Publishing House Co. 2011:180-181.
- [51] 郭学军. 电针耳压配合森田心理疗法治疗神经衰弱[J]. 新乡医学院学报, 1991(04):302-303.
- [52] 陈华, 圣文. 音乐放松治疗联合呼吸训练对神经衰弱患者 MRI 检查前心理压力和配合度的影响[J]. 中国健康心理学杂志, 2019, 27(01):113-117.
- [53] 邹琴妮, 高木英. 侨鑫经络通治疗仪辅以音乐治疗神经衰弱的临床研究[J]. 中国民族民间医药, 2014, 23(17):34.
- [54] 张明廉. 音乐治疗对神经衰弱的疗效观察[C]. 中国音乐治疗学会二十周年会庆暨第九届学术年会论文集. 2009:110-113.
- [55] 王欣东. 谷维素联合运动疗法治疗神经衰弱患者的临床效果观察[J]. 河南医学研究, 2017, 26(15):2798-2799.
- [56] 张颖. 心理护理联合运动疗法用于神经衰弱患者的效果[J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(02):299-300.
- [57] 陈继英. 神经衰弱者的药膳食疗[J]. 健康博览, 2011(11):55.
- [58] 邹路. 神经衰弱的中医药疗法和中医饮食疗法[J]. 中外医疗, 2010, 29(33):121-122.
- [59] 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.
-