

ICS \*\*. \*\*\*, \*\*  
C\*\*



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*—202\*

## 神志病中西医结合临床诊疗指南-发作性睡病

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for Integrated  
Chinese and Western Medicine -- Narcolepsy  
(文件类型：公示稿)

(完成时间：2022 年 12 月)

20\*\*-\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*-\*\*实施

中华中医药学会发布

# 目 次

前言.....	错
<b>误！未定义书签。</b>	
引言.....	II
1 范围.....	3
2 规范性引用指南.....	3
3 术语和定义.....	3
4 诊断.....	3
5 治疗.....	6
6 疗效评价标准.....	10
7 预防与复发.....	10
8 预后.....	10
9 注意事项.....	11
参考文献.....	12

# 前 言

本文件根据GB/T1.1—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》的相关规则起草。

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提出。

本文件由中华中医药学会神志病分会归口。

本文件起草单位：黑龙江中医药大学附属第二医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、黑龙江神志医院、北京市顺义区精神病医院、首都医科大学附属北京安定医院、上海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、首都医科大学附属北京安定医院、浙江省立同德医院、广西中医药大学附属瑞康医院、辽宁中医药大学针灸推拿学院、北京中医药大学深圳医院。

本文件主要起草人：潘立民、王国才、赵永厚、姚顺宇、尹冬青、于明、李卡、孙珊、杨炳友、贾竑晓、孙颖哲、郭颖、刘兰英、张森、王凯华、王威、毕焕洲。

# 引言

发作性睡病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发作性睡病的循证诊疗指南。《神志病中西医结合临床诊疗指南—发作性睡病》是一部规范发作性睡病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，预期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发作性睡病，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发作性睡病的作用及解决相关研究在国际上缺乏影响力、统一性和认可度的问题。

本文件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Delphi法获得临床专家对指南的共识意见，有效集成专家经验，经专家讨论论证，制定完成本文件。

本文件聚焦于中西医结合治疗发作性睡病的临床实践，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，以及发作性睡病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发作性睡病的所有医疗机构。

# 神志病中西医结合临床诊疗指南—发作性睡病

## 1 范围

本文件规定了发作性睡病的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本文件适用于发作性睡病的中医、中西医结合临床诊疗。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于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指南。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 15657-2021 《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-1997 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-2021 《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 13016-2018 《标准体系构建原则和要求》

GB/T 7714-2015 《信息与文献 参考文献著录规则》

GB/T 14396-2016 《疾病分类与代码》

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》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 发作性睡病 (Narcolepsy)

发作性睡病是一种原因不明的慢性中枢神经系统功能障碍性疾病，临床上以日间过度思睡 (excessive daytime sleepiness, EDS)、猝倒 (cataplexy) 及夜间睡眠紊乱 (nocturnal sleep disturbance) 为主要特征<sup>[1-4]</sup>。相当于中医神志病学“嗜睡”、“嗜卧”、“多寐”等范畴<sup>[5]</sup>。

## 4 诊断

### 4.1 西医诊断

#### 4.1.1 诊断要点

依据国际睡眠障碍分类第3版 (ICSD-3)，将发作性睡病分为2型<sup>[2]</sup>：发作性睡病1型，即Hert缺乏综合征，既往称为伴猝倒的发作性睡病；发作性睡病2型，既往称为不伴猝倒的发作性睡病。

##### 4.1.1.1 发作性睡病1型的诊断标准

必须同时满足以下 2 条标准：

1) 每日出现日间难以克制的困倦欲睡或非预期的日间入睡，症状持续至少 3 个月。

2) 满足以下 1 项或 2 项条件：

(1) 有猝倒发作（符合定义的基本特征），和经过标准的多次睡眠潜伏期试验（multiple sleep latency test, MSLT）检查平均睡眠潜伏期 $\leq 8\text{min}$ ，且出现 $\geq 2$ 次睡眠始发快速眼球运动（rapid eye movement, REM）睡眠现象，即 SOREMP。MSLT 检查前进行夜间多导睡眠监测（nocturnal polysomnography, nPSG）检查，出现 SOREMP（睡眠起始 15min 内出现的 REM 期）可以替代 1 次日间 MSLT 中的 SOREMP。

(2) 放射免疫法检测脑脊液中 Hcrt-1 水平 $\leq 110\text{pg/ml}$  或 $<$ 以同一标准检验正常者平均值的 1/3。幼儿期的发作性睡病可能表现为夜晚睡眠时间过长或日间打盹时间延长，如果临床强烈怀疑发作性睡病 1 型，但 MSLT 的诊断标准不能满足，推荐重复 MSLT 检查。患者存在 EDS 和脑脊液 Hcrt-1 水平降低，即使不伴有猝倒发作，仍应诊断为发作性睡病 1 型。

#### 4.1.1.2 发作性睡病 2 型的诊断标准

必须同时满足以下 5 条标准：

1) 每日出现日间难以克制的困倦欲睡或非预期的日间入睡，症状持续至少 3 个月。

2) 标准 MSLT 检查平均睡眠潜伏期 $\leq 8\text{min}$ ，且出现 $\geq 2$ 次 SOREMP。MSLT 检查前进行 nPSG 检查（保证 6h 以上睡眠），出现 SOREMP（睡眠起始 15min 内出现的 REM 期）可以替代 1 次日间 MSLT 中的 SOREMP。

3) 无猝倒发作。

4) 放射免疫反应法检测脑脊液中 Hcrt-1 水平 $> 110\text{pg/ml}$ ，或 $>$ 以同一标准检验正常者平均值的 1/3。

5) 思睡症状和（或）MSLT 结果无法用其他原因，如睡眠不足、OSA、睡眠时相延迟障碍、药物的使用或撤药所解释。

如果患者随后出现猝倒发作，应重新诊断为发作性睡病 1 型；如果诊断做出后，经检测脑脊液 Hcrt-1 浓度 $\leq 110\text{pg/ml}$  或 $<$ 经同一标准检验的正常者平均值的 1/3，应重新修正诊断为发作性睡病 1 型。

#### 4.1.2 临床表现

发作性睡病的主要临床表现为发作性 EDS、猝倒、入睡前幻觉（hypnagogic hallucinations）、睡眠瘫痪（sleep paralysis）、夜间睡眠紊乱<sup>[6-7]</sup>。EDS、猝倒、入睡前幻觉和睡眠瘫痪合称发作性睡病四联症。其中，猝倒、入睡前幻觉、睡眠瘫痪可能与 REM 睡眠相关。此外，发作性睡病还可伴有肥胖、性早熟、精神障碍、认知功能损害、偏头痛等症状。发作性睡病是一类终身性疾病，部分患者的猝倒发作会随着年龄的增长而减轻甚至消失，但 EDS 会持续存在，且病情可能出现波动。

#### 4.1.3 辅助检查

量表评估及相关实验室检查对发作性睡病的诊断有参考意义。

Epworth 嗜睡量表、斯坦福嗜睡量表、Ullanlinna 发作性睡病量表、瑞士发作性睡病量表、情绪触

发猝倒问卷、简易精神状态检查量表、蒙特利尔认知评估量表等评估发作性睡病的核心症状及严重程度。

nPSG、MSLT、脑脊液 Hcrt-1 检测、基因检测、脑影像学检查、免疫相关检测等对于病情的全面评估具有重要价值。

#### 4.2 中医诊断依据<sup>[8]</sup>

(1) 以白天突然发生的难以抑制的发作性嗜睡为主症。呼之能醒，醒后如常，易于安静的环境下发生，下午加重，饭后或温暖的环境中尤易发生。每日发作数次至数十次不等，一般每次持续十几分钟，醒后感到短暂的精神恢复。部分患者有受惊吓等病史。

(2) 常伴有发作性摔倒、入睡幻觉、睡眠瘫痪、夜间睡眠紊乱等症状。

(3) 常见的伴随症状有急躁易怒、神疲乏力、形体肥胖、消谷善饥、大便干结、健忘、口臭、面色萎黄、善太息等。

#### 4.3 鉴别诊断

发作性睡病当与特发性睡眠增多、Kleine-Levin综合征等作出鉴别。

#### 4.4 中医病机及证候分型

##### 4.4.1 中医病因病机

本病的基本病机是阳气不足，痰湿困阻，清窍失养。病位在脑，与心、脾、肾关系密切。病理性质有虚实之分，且多虚实相兼。病理因素为痰湿、气滞、血瘀。脾主运化、主升清，脾虚，则运化失常，水湿停聚，聚而为痰，痰湿蒙蔽清窍，清阳不升而发为嗜睡；脾在志为思，思出于心，脾气亏虚，心脾失调，则心神失养，思虑失常，故出现幻觉及睡眠的紊乱；气虚日久及阳，久病及肾，又可形成脾、肾阳虚之候。脑为髓之海，脑失其用则多寐，肾藏精、生髓，肾气、肾精亏虚，无法生髓充脑，髓海空虚，脑神无主，故则神明逆乱；或素有脑部外伤，脑络瘀阻，瘀血不去，新血不生，或痰瘀互结，阻塞血脉，均可使气血运行不畅，神明失养而成多寐。具体病机有虚实之别，虚者为阳气、精血亏虚，实者指痰浊瘀血内盛。病变初期，或以虚为主，或以实为主，病变发展过程中虚实可相互转化或相互夹杂，总属本虚标实、虚实夹杂，以脾虚为本，在各种因素作用下，痰湿、气滞、瘀血、内风等邪互生，扰乱神明，最终导致寐寤失常<sup>[9-12]</sup>。

##### 4.4.2 中医证候分型

参照中国中医药出版社“十三五”创新教材《中医神志病学》。

(1) 痰湿内阻证

头蒙如裹，昏昏嗜睡，肢体沉重，偶伴浮肿，胸脘痞满，纳少，泛恶，舌淡胖，苔腻，脉濡。

(2) 瘀血阻滞证

神倦嗜睡，头痛头晕，病程较久，或有外伤史，舌质紫暗或有瘀斑，脉涩。

#### (3) 脾气虚弱证

嗜睡多卧，倦怠乏力，饭后尤甚，伴纳少便溏，面色萎黄，舌质淡，苔薄白，脉虚弱。

#### (4) 阳气虚衰证

心神昏浊，倦怠嗜卧，精神疲乏懒言，畏寒肢冷，面色㿔白，健忘，舌淡苔薄，脉沉细无力。

#### (5) 肾精亏虚

怠惰嗜寐，头目昏沉，思维迟钝，神情呆滞，伴有耳鸣、耳聋、健忘，腰膝酸软，夜尿频多，舌质淡，脉沉细弱。

## 5 治疗

### 5.1 中医治疗原则

发作性睡病的治疗以“补其不足，泻其有余，调其虚实”为总体治疗原则。治疗时，一要注重调整脏腑阴阳气血，病初多实证，实证日久，亦可转为虚证。虚者宜补其不足，益气养血，滋补脾肾，实者宜泻其有余，消导和中，虚实夹杂者，应补泻兼顾；二要强调开窍醒神为基本治法，有活血醒神、健脾醒神、益精醒神、温阳醒神、化湿醒神等多种治法；三要注重精神疗法，由于情志不舒，或精神紧张，过度焦虑是导致发作性睡病的常见因素，因此消除顾虑及紧张情绪，保持精神舒畅，是治疗发作性睡病的重要方法之一。

### 5.2 西医治疗原则

儿童患者一般不需特殊治疗，大多 15 岁前后自行消失。成年患者则应进一步检查，明确病因。治疗中应通过心理行为疗法和药物治疗，减少 EDS，控制猝倒、改善夜间睡眠，帮助患者尽可能恢复日常生活和社会功能，尽可能减轻共病的症状、减少和避免药物干预带来的不良反应。

### 5.3 中西医结合治疗策略

发作性睡病初期，以西医治疗为主，中医治疗为辅；巩固治疗期，中西医治疗并举；维持治疗期，以中医治疗为主，西医治疗为辅，配合心理和康复治疗等。在中西医结合的全程治疗中，不同阶段宜分期采取相应的治疗方式，中西医结合治疗可以互相促进，提高疗效，在药物治疗的基础上，可选择应用针灸等中医非药物疗法与西医心理行为疗法等相结合的方法，控制疾病症状，稳定治疗效果。中医中药可以在疾病的治疗过程中，根据个体情况辨证应用。此外，抗精神病药物临床应用中可采用个体化的治疗方案，从小剂量开始，逐渐加大剂量，尽可能使用最低有效剂量进行治疗，在易感人群和儿童老年患者中应限制使用剂量，对难治性病例可合并作用机制不同药物治疗，应重视合并药物的相互作用。

### 5.4 中医治疗

#### 5.4.1 中药辨证治疗

### （1）痰湿内阻证

治法：化湿除痰，泄浊醒神。

主方：涤痰汤（《济生方》）加减。<sup>[13-15]</sup>（中级证据，强推荐）

常用药：半夏、胆南星、甘草、橘红、人参、茯苓、枳实、竹茹、石菖蒲。

加减：可酌加麻黄、郁金、远志涤痰泄浊醒神；食欲不振，痰涎多者加苍术、厚朴、木香、砂仁以健胃化湿；心烦、小便黄赤者加通草、滑石、淡竹叶清心除烦；若湿邪久蕴，郁而化热，出现口苦口黏，烦躁易怒，胸胁胀痛者加黄连、山栀子、龙胆草清利肝胆湿热。

### （2）瘀血阻滞证

治法：活血化瘀，通络醒神。

主方：通窍活血汤（《医林改错》）加减。<sup>[16-18]</sup>（高级证据，强推荐）

常用药：赤芍、川芎、桃仁、红花、老葱、鲜姜、大枣、麝香、酒。

加减：可酌加石菖蒲、郁金、檀香、降香、乳香、没药活血化瘀，芳香开窍；兼有气滞者加青皮、枳壳、香附；若兼有气虚者，加黄芪、人参、升麻；若兼有阳虚者加附子、桂枝；若兼有痰浊者加半夏、陈皮、天南星、白芥子；孕妇慎用麝香。

### （3）脾气虚弱证

治法：健脾益气，除湿醒神。

主方：香砂六君子汤（《古今名医方论》）加减。<sup>[23-25]</sup>（高级证据，强推荐）

常用药：人参、白术、茯苓、甘草、半夏、陈皮、木香、砂仁。

加减：若脾虚下陷者，加黄芪、升麻、柴胡；纳呆、大便夹杂不消化食物者，可加焦神曲、谷芽、麦芽消食导滞；脾虚便溏者，加山药、扁豆、薏苡仁健脾利湿；倦怠嗜卧者，加石菖蒲、麻黄。

### （4）阳气虚衰证

治法：益气温阳，提神醒脑。

主方：附子理中丸合金匱肾气丸（《太平惠民和剂局方》、《金匱要略》）加减。<sup>[19-22]</sup>（低级证据，弱推荐）

常用药：炮附子、人参、白术、炮姜、炙甘草、桂枝、附子、熟地黄、山药、山萸肉、茯苓、泽泻、丹皮。

加减：舌淡胖苔厚者可减地黄用量，佐以陈皮、半夏以祛湿；五更泻者加补骨脂、吴茱萸、肉豆蔻温补脾肾止泻；腰膝酸软、尿频者，可加仙茅、巴戟、淫羊藿、小茴香补肾阳强腰膝、缩小便；若见心气不足，心悸重者，酌加黄芪、人参、升麻、防风、川芎益心气、升清阳。

### （5）肾精亏虚证

治法：滋肾填精，补髓醒神。

主方：左归丸（《景岳全书》）加减。<sup>[26-27]</sup>（低级证据，弱推荐）

常用药：山药、熟地黄、山萸肉、枸杞子、牛膝、菟丝子、龟板胶、鹿角胶。

加减：可酌加益智仁、石菖蒲、远志通窍醒神益智；若肾阳不足者可用右归丸以温补肾阳。

## 5.4.2 中医非药物治疗

### （1）毫针疗法<sup>[31-33]</sup>（高级证据，强推荐）

治法：宁心安神，清热除烦。取手少阴经、八脉交会穴为主。

主穴：神门、三阴交、百会、安眠、照海、申脉。

辅穴：四神聪。

配穴：痰湿内阻者加脾腧、关元、丰隆、中脘；阳气虚衰者加肾腧、命门、关元；瘀血阻滞者加次髎、膈腧、血海、三阴交；脾气虚弱者加脾腧、天枢、合谷、足三里；肾精亏虚者加太溪、涌泉、肾腧。

操作：神门、四神聪等穴，用平补平泻法；对于较重的不寐患者，四神聪可长留针，照海用补法，申脉用泻法。配穴按照虚补实泻操作。百会平刺 0.5~0.8 寸，三阴交直刺 1.0~1.5 寸，太冲直刺 0.5~0.8 寸，神门直刺 0.3~0.5 寸，四神聪平刺 0.5~0.8 寸，照海直刺 0.5~0.8 寸，申脉直刺 0.5~0.8 寸。

#### (2) 耳针疗法<sup>[28-30]</sup>（中级证据，强推荐）

取皮质下、交感、神门、心点、脾点、肝点、肾点，埋压王不留行籽。

随证加减：早醒加重前。

方法：在穴位处寻找敏感点压痛点，用胶布贴生王不留行籽，嘱患者每日自行按压 4~6 次。

#### (3) 电针疗法<sup>[34-36]</sup>（中级证据，弱推荐）

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 1 分钟，接上电针仪，选择连续波频率为 5.0Hz，电流强度以患者能耐受为准，通电 30 分钟，去电后留针 1 小时，针灸每日 1 次，治疗 4 周为一疗程

## 5.5 西医治疗

### 5.5.1 一般治疗<sup>[40]</sup>

日间规律小睡可持续改善觉醒水平，并有助于减少兴奋性药物和抗抑郁剂的使用剂量。建议任何年龄未服药和服用兴奋性药物的患者均进行日间规律小睡，以改善主观和客观的过度思睡症状。每日安排特定时间小睡 2-3 次，每次 15-20min，对缓解 EDS 和提高警觉性有显著效果。对学龄期患者，应重视午休的重要性。对多数患者，短时间的小睡（不超过 30min）对缓解症状即有明显帮助，但幼儿发作性睡病患者需要相对较长时间的小睡才能获益。

良好的睡眠卫生习惯可有效缓解 EDS、减少共病和提高治疗依从性。这些习惯措施包括：维持有利于睡眠的环境（如房间安静，光线、温度适宜等），保持规律的睡眠-觉醒节律；避免睡眠剥夺，保证充足高质量夜间睡眠，夜间睡眠时间至少 8h，条件允许时可适当延长，达到睡眠满足；避免不当使用镇静剂；加强体育运动，管理体重。

### 5.5.2 心理治疗（低级证据，弱推荐）<sup>[41-43]</sup>

通过社会家庭支持，在患者的学习、工作、生活等方面给予理解和帮助。家长、老师应对患儿表示理解，鼓励其采取积极的、健康的生活态度，学业负担不宜太重。允许患者根据日间小睡时间安排学习与工作任务。另外，发作性睡病患者发生交通和职业事故的风险增加，患者在择业方面应避免驾驶、高空及水下作业等高危性的工作。帮助患者认识发作性睡病的症状、掌握症状出现后的应对措施，了解不同药物对疾病的疗效、不良反应以及预后，了解疾病症状对人际关系、工作等的影响，从而减少患者由

于过度担忧造成的心理负担。

### 5.5.3 行为治疗（低级证据，弱推荐）<sup>[44-46]</sup>

生物反馈、自我催眠等治疗方法可改善睡眠前紧张。

### 5.5.4 药物治疗<sup>[37-38]</sup>

（1）白天嗜睡的治疗：盐酸哌甲酯（Methylphenidate），分短效及长效缓释片两种，前者服药后半小时左右起效，持续约3~4小时，不影响患者的午休。

（2）发作性猝倒的治疗：三环类抗抑郁药如丙咪嗪、去甲丙咪嗪和氯丙咪嗪等都是最早用于治疗发作性猝倒的药物。它们通过抑制单胺的再摄取而抑制异常REM睡眠的发生，从而改善猝倒症状，疗效确实可靠。新型的抗抑郁药5-羟色胺再摄取抑制剂如氟西汀、帕罗西汀均用于治疗发作性睡病，但效果弱于三环类抗抑郁药。文拉法辛（Venlafaxine）具有抑制肾上腺能及5-羟色胺再摄取的双重作用，在低于抗抑郁的剂量时即可发挥强的抗猝倒作用，且影响性功能的不良反应很小，同时还有轻微的促醒作用。需要指出的是，以上药物需规律服用，骤然停药会造成撤药性猝倒反跳，患者猝倒症状暂时性加重，持续3-7天可自行缓解。

（3）夜间睡眠紊乱的治疗： $\gamma$ 羟丁酸钠(sodium oxybate)通过兴奋GABA-B受体发挥中枢神经系统抑制作用，同时能够显著增加慢波睡眠及REM睡眠的比例，是唯一一种对嗜睡及猝倒均有较强疗效的药物。2002年美国FDA批准其治疗发作性睡病，最大的问题是长期应用可能出现药物依赖。

## 5.6 中西医结合分期治疗

### 5.6.1 发作期

主要治疗目标是控制症状，防止严重的药物不良反应。发作性睡病急性期建议首选催眠药物配合抗精神病药物，可考虑联合中医药及非药物治疗、心理治疗等。并定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。

### 5.6.2 恢复期

主要治疗目标是维持症状持续缓解，预防复发；监测药物不良反应，调整药物剂量，提高治疗的依从性，促进社会功能的恢复。推荐在抗精神病药治疗基础上联合中医药治疗，稳定症状，改善残留症状，预防复发。推荐结合心理疗法，有助于降低复发风险，提高药物治疗的效果与依从性。

## 5.7 疗程

目前暂无有关疗程的临床研究。根据发作性睡病症状的发生和持续时间分类，短期出现症状的时间

不超过3个月，一般与应激、心理、环境改变有关，通常疗程较短；慢性出现症状的时间在3个月以上，通常治疗周期较长，以疗程症状改善为标准。

## 6 疗效评价标准

### 6.1 中医疗效评价标准

参照国家中医药管理局发布中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》<sup>[39]</sup>：

治愈：白天多睡、猝倒等症状消失或基本消失；

显效：白天多睡、猝倒等症状明显改善；

有效：白天多睡、猝倒等症状均有好转；

无效：白天多睡、猝倒等症状均无明显改善，甚或加重。

### 6.2 西医疗效评价标准

结合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，可以根据治疗前后量表评估、睡眠监测、脑脊液 Hcrt-1 检测、发作性睡病四联症症状平均起效时间及平均消失时间等对于病情进行临床疗效评估。

### 6.3 安全性指标

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

## 7 预防与调护

发作性睡病的预防主要是避免诱发因素，如适当缓解压力、营造舒适的睡眠环境、纠正不良的睡眠习惯等，适度运动也有助于改善睡眠状况。平时需要养成良好的作息习惯，改变不良的生活习惯，戒烟、戒酒，避免喝浓茶、咖啡，禁食刺激性的食物。在睡觉前需要保持安静的环境。

中医认为人与自然是一个统一整体，重视人与自然的协调统一，应重视患者的四季情志调护。春夏，天地之气升腾，应鼓励参加户外活动，利于疏通阳气；秋冬，阳气收敛，当使神气内收、宁静舒畅。

## 8 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，难以短期治愈，且与病因是否去除关系密切。发作性睡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，纠正患者对失眠的不良认知以及建立良好的睡眠卫生习惯，往往也可影响其预后。本病一般情况下不会造成生命危险，但经常睡眠障碍，可以使人产生诸多不适。

## 9 注意事项

应用本文件时应先明确诊断，躯体疾病引起的本病需要积极治疗原发疾病，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

文件中的主要内容仅用以指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据文件中的内容并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为本文件中的内容已经囊括了发作性睡病临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论必须建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单地依据本文件中的相关内容来做出判断或评价。本文件制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在本文件使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作。

## 参 考 文 献

- [1] Billiard M,Cadilhac J.Narcolepsy[J].Rev Neurol (Paris) ,1985,141 (8-9) :515-527.
- [2] American Academy of Sleep Medicine.ICSD:3 International classification of sleep disorders [M].3rd ed.Darien IL:American Academy of Sleep Medicine,2014:143-161.
- [3] Dauvilliers Y,Arnulf I,Mignot E.Narcolepsy with cataplexy[J].Lancet,2007,369 (9560) :499-511.
- [4] Scammell TE.The neurobiology,diagnosis,and treatment of narcolepsy[J].Ann Neurol,2003,53(2): 154-166.
- [5] 中华中医药学会.中医内科常见病临床诊疗指南[M].中国中医药出版社.2008.
- [6] 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.
- [7] 中华中医药学会.中医内科常见病诊疗指南[S].北京: 中国中医药出版社, 2008: 33-36.
- [8] 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.
- [9] 王宁, 马华, 马天成.酸枣仁汤及其加减方治疗失眠的 Meta 分析[J].中西医结合心脑血管杂志, 2018, 16 (1) : 32-34.
- [10] 杨帆, 刘国华, 祖娜, 等.浅析阳虚失眠的病因病机与治疗思路[J].中医杂志, 2018, 59 (4) : 295-297.
- [11] 徐浩, 汪洋鹏, 楼招欢, 等.中医治疗失眠病症常用中药药对研究进展[J].中华中医药杂志, 2017, 32 (2) : 693-695.
- [12] 吕玉娥.“施今墨对药”“吕景山对穴”组方治疗失眠 59 例临床观察[J].世界中西医结合杂志, 2013, 8 (7) : 714-716.
- [13] 张伟霞.从痰论治老年顽固性失眠临床观察[J].中国社区医师(医学专业), 2011, 13(36): 191.
- [14] 乐启华.涤痰汤治疗痰热失眠证 52 例[J].成都中医药大学学报, 1997(03): 27-28+33.
- [15] 刘柏青.涤痰汤治疗内科疑难杂症 56 例小结[J].湖南中医杂志, 1995(06): 28-29.
- [16] 覃琼明.通窍活血汤和养血安神药加减治疗老年性失眠 30 例[J].内蒙古中医药,2014,33(30): 29.
- [17] 马洁琼.通窍活血汤治疗失眠及老年性痴呆临床观察[J].河南中医, 2013, 33(11): 1947-1948.
- [18] 李军.通窍活血汤治疗失眠、老年性痴呆的效果分析[J].中国医药指南, 2012, 10(17): 606-607.
- [19] 郑璇.阳虚失眠辨治举隅[J].中国民间疗法, 2019, 27 (24) : 97-98.
- [20] 辛海.从太阴病论治失眠的理论及医案举隅[J].环球中医药, 2019, 12 (07) : 1086-1088.
- [21] 钱旭, 赫媛媛.附子理中丸配合针刺辨证取穴治疗失眠的临床观察[J].河西学院学报, 2017, 33 (05) : 72-76.
- [22] 韦祎, 唐汉庆, 李克明, 李晓华, 朱晓莹.脾阳虚证失眠大鼠模型的建立和附子理中汤的干预效应[J].中国实验方剂学杂志, 2013, 19 (16) : 289-292.
- [23] 刘扬. 加减香砂六君子汤治疗肝脾不调型失眠的临床研究[D].山西中医药大学, 2017.
- [24] 芦玥, 贾跃进, 张译心, 郭璟瑾, 刘毅, 王瑞敏.贾跃进基于“胃不和则卧不安”治疗失眠经

验[J].中国民间疗法, 2022, 30(03): 25-28.

[25] 刘扬, 刘志慧, 芦玥, 梁晶晶, 贾跃进. 贾跃进活用加减香砂六君子经验[J]. 中医药临床杂志, 2016, 28(09): 1232-1233.

[26] 安琼, 钟琳. 左归丸治疗顽固型失眠随机平行对照研究[J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(02): 74-76.

[27] 刘素贞. 左归丸加减治疗肝肾阴虚型绝经前后诸证的临床研究[D]. 广州中医药大学, 2012.

[28] 吴盛炎, 官芳萍, 刘小群, 林美琴. 耳针结合情志护理对住院精神病患者失眠疗效观察[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2012, 33(08): 1079-1080.

[29] 林燕华, 郑发鑫, 江沧州, 黄燕熙. 右佐匹克隆结合电针耳针治疗原发性失眠症的有效性及安全性[J]. 海峡药学, 2020, 32(06): 151-152.

[30] 刘丹. 耳针联合米氮平治疗失眠症的临床观察[J]. 中国基层医药, 2017, 24(17): 2675-2678.

[31] 苏丽, 刘智艳. 不同针刺方法治疗阳气虚衰型抑郁症睡眠障碍随机对照试验[J]. 中医杂志, 2013, 54(11): 942-945.

[32] 吴快英, 冷辉林. 化痰安神汤合并针刺治疗失眠临床观察[J]. 宜春学院学报, 2011, 33(04): 81-82.

[33] 姚新, 孟晴, 刘兴山. 药膳配合针刺对妇女围绝经期失眠症的实验研究[J]. 吉林医学, 2016, 37(12): 3016-3017.

[34] 李建华, 李建中. 电针治疗失眠的临床观察[J]. 长治医学院学报, 2007(06): 465-466.

[35] 廖恒, 高玉姣, 廖莎. 电针治疗失眠症 30 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2013, 45(07): 45-46.

[36] 赵婧宇, 纪昌春. 头穴电针法对原发性失眠患者睡眠质量影响的临床观察[J]. 现代中医药, 2018, 38(03): 14-17.

[37] 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.

[38] 张鹏, 赵忠新. 《中国成人失眠诊断与治疗指南》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2013, 13(5): 363-365.

[39] 国家中医药管理局发布中华人民共和国中医药行业标准——《中医病证诊断疗效标准》[J]. 中医药管理杂志, 1994, (06): 2.

[40] 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组. 中国发作性睡病诊断与治疗指南(2022版)[J]. 中华神经科杂志, 2022, 55(05): 406-420.

[41] 许丽燕, 罗群, 詹兆能, 黄幼昌. 帕罗西汀联合心理疗法治疗抑郁症并发睡眠障碍 35 例临床观察[J]. 中国民族民间医药, 2016, 25(11): 102.

[42] 张昕红, 陈钊, 裴靖远, 姜彩霞. 森田疗法合并佐匹克隆治疗轻型脑卒中患者睡眠障碍疗效观察[J]. 内蒙古民族大学学报(自然科学版), 2019, 34(06): 529-531.

[43] 周蓉. 药物联合心理治疗老年脑卒中后睡眠障碍的疗效[J]. 世界睡眠医学杂志, 2018, 5(12): 1434-1435.

[44] 庄晓勇. 认知行为疗法与药物治疗治疗失眠症的临床效果比较[J]. 临床合理用药杂志, 2016, 9(25): 56-57.

[45] 张颖, 苏俊, 王锦权, 唐光政, 胡炜, 毛洪京, 任婉文, 刘义, 余正和. 认知行为疗法联合右佐匹克隆片治疗 ICU 转出患者睡眠障碍的疗效观察[J]. 浙江医学, 2018, 40(07): 717-721.

[46] 吕园园, 陈宝嫦, 乔胜宇. 认知行为疗法治疗失眠症患者的效果研究[J]. 中国当代医药, 2018, 25(19): 66-68.