

ICS 11.020.10  
C05



# 团体标准

T/CACM \*\*\*\*.8

代替 ZYYXH/T 453-2015

## 惊病中医诊疗指南

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment of Shock

(文件类型：草案)

(完成时间：2023 年 12 月)

20\*\*-\*\*发布

20\*\*-\*\*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 .....	1
5 中医证候分型 .....	2
6 治疗 .....	2
7 中医疗效评价标准 .....	3
8 预后 .....	3
9 注意事项 .....	3
附录 A .....	5
参考文献 .....	7

# 前 言

本文件按照 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》的规定起草。

本文件代替中华中医药学会2015年发布的《中医神志病临床诊疗指南·惊病》(标准号：ZYYXH/T 453-2015)。与前一版相比，除结构调整和编辑性改动外，主要技术变化如下：

a) 更改指南名称“中医神志病临床诊疗指南·惊病”为“惊病中医诊疗指南”(见封面)；

b) 更改了“范围”的内容(见第1章，2015年版第1章)；

c) 增加了“规范性引用文件”(见第2章)；

d) 更改了“术语和定义”的具体内容(见3.1，2015年版第2章)；

e) 将“诊断与鉴别诊断”更改为“诊断”(见第4章，2015年版第3章)，增加了“中医诊断标准”(见4.1)，删除了“辅助检查”(见2015年版3.1.2)，更改了“鉴别诊断”的内容(见4.3，2015年版3.2)；

f) 将“辨证”更改为“中医证候分型”的章节号(见第5章，上版第4章)，增加了“辨证要点”(见5.1)、“辨证分型”(见5.2)；

g) 在“辨证分型”中，将“心胆气虚证”更改为“心虚胆怯证”并更改了具体内容(见5.2.1，2015年版4.1)，将“阴血亏虚证”更改为“阴血不足证”(见5.2.2，2015年版4.2)，将“痰火上扰证”更改为“痰火扰心证”并更改了具体内容(见5.2.3，2015年版4.3)，将“心火旺盛证”更改为“心火亢盛证”并更改了具体内容(见5.2.4，2015年版4.4)，更改了“肝郁血虚证”的具体内容(见5.2.5，2015年版4.5)；

h) 更改了“治疗原则”中的具体内容(见6.1，2015年版5.1)，将“分证论治”更改为“辨证论治”(见6.2，2015年版5.2)；

i) 在“辨证论治”中，将“心胆气虚证”更改为“心虚胆怯证”并更改了具体内容(见6.2.1，2015年版5.2.1)，将“阴血亏虚证”更改为“阴血不足证”并更改了具体内容(见6.2.2，2015年版5.2.2)，将“痰火上扰证”更改为“痰火扰心证”并更改了具体内容(见6.2.3，2015年版5.2.3)，将“心火旺盛证”更改为“心火亢盛证”并更改了具体内容(见6.2.4，2015年版5.2.4)，更改了“肝郁血虚证”的具体内容(见6.2.5，2015年版5.2.5)；

j) 将“其他疗法”更改为“中医非药物治疗”见(6.3，2015年版5.3)，将“针灸疗法”更改为“针刺疗法”并更改了具体内容(见6.3.1，2015年版5.3.1)，删除了“气功疗法”、“单验方”(见2015年版5.6.2、5.3.3)，增加了“推拿疗法”、“情志疗法”(见6.3.2、6.3.3)；

k) 增加了“中医疗效评价标准”(见第7章)、“预后”(见第8章)、“注意事项”(见第9章)；

1) 增加了本文件中所有证据等级并更改了推荐级别(见 6.2.1、6.2.2、6.2.3、6.2.4、6.2.5、6.3, 2015 年版 5.2.1、5.2.2、5.2.3、5.2.4、5.2.5、5.3);

m) 将“方法”更改为“指南制订方法”, 并列为附录(见附录 A, 2015 年版方法);

n) 更改了“指南制订方法”中证据分级及推荐级别的标准(见附录 A 第 2 条, 2015 年版方法第 2 条)。

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。

本文件由黑龙江中医药大学附属第二医院提出。

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二医院、北京中医药大学第三附属医院、黑龙江中医药大学附属第一医院、北京中医药大学东方医院、浙江大学医学院附属妇产科医院、上海中医药大学附属曙光医院宝山分院、锦州市中心医院、珠海市中西医结合医院

本文件主要起草人: 李书霖、李丹、李岩。

本文件其他起草人: 张志辰、赵瑞珍、李云波、曲凡、郭玉红、陈宇、苏苏。

## 引 言

随着新的关于惊病的诊断与治疗方法不断出现，旧版标准和指南在国内外缺乏影响力，缺乏前沿性和认可度。因此，本标准在旧版惊病中医诊疗指南的基础上，整合和吸纳国内外中医药防治惊病新的研究成果和成功经验，借鉴循证医学的方法，对惊病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，形成全新的中医防治惊病的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高惊病的临床疗效具有重要作用。既让我们一线的临床大夫有最新的标准可以参考，又可以让中医诊疗指南与世界衔接，更好的服务人民群众。开展惊病中医临床诊疗指南的制订工作，可有效规范中医干预惊病诊疗技术的规范化与诊疗优势发挥的最大化，为临床实践提供可靠证据，并确保治疗的安全性和有效性。

基于当前中医神志病学发展现状，将中医神志病学理论内涵引入惊病的标准化、规范化和客观化研究中，依据最新的中医临床诊疗指南制定技术要求，开展惊病的中医辨证、中医诊断、中医治疗及中医疗效评价等标准化研究工作，籍此全面发掘和整理神志病科常见病惊病的临证诊疗经验，对中医诊断与治疗惊病的研究成果进行系统总结，探寻其防治规律，规范诊疗及预后评价体系，挖掘和整理中医古今文献中相关诊治方法，同时结合临床专家经验，将药物疗法、针灸推拿疗法、情志养生方法，以及其他中医与西医的特色疗法、适宜技术等方法进行融合，形成一套完整的，集定义、诊断、治疗和预防为一体的，能够为行业内实际应用、能被行业外广泛接受和认可、并与国际诊疗指南接轨的，具有一定权威性、约束力及推广应用价值的惊病中医临床诊疗指南，并在行业内发布并推广应用，将惊病中医临床诊疗纳入标准化、科学化与规范化的轨道。

# 惊病中医诊疗指南

## 1 范围

本文件提出了惊病的诊断、辨证、治疗建议、结局（预后）、注意事项。

本文件适用于神志病专科医院，中医综合医院神志病科、心理科、心身医学科，精神病专科医院，以及西医综合医院相关科室对惊病的诊断和治疗。

## 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。

GB/T15657-1995《中医病症分类与代码》

GB/T14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T13016-2020《标准体系表编制原则和要求》

GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分：标准的结构和编写》

## 3 术语和定义<sup>[1, 5, 6, 13]</sup>

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

#### 惊病 Shock

惊病是因心虚胆怯，气血亏虚，或痰火扰神，或猝受惊扰，使神无所依所引起的一种七情失度类神志疾病，又名“善惊”、“易惊”。以易受惊吓，易紧张害怕、惕惕然不安，或经常无故自觉惊慌、心悸，且难以自止而惊惕失度等表现为特征的一类疾病。相当于西医学中精神分裂症、更年期精神障碍、反应性精神障碍及神经症等以善惊为主症者。

## 4 诊断<sup>[1-6]</sup>

### 4.1 中医诊断标准

骤然起病，有惊吓等情志过极史；不能控制的惊慌、心悸，心中惕惕然不安的临床表现。

### 4.2 临床表现

易受惊吓，见人即惊避，闻响即惊，紧张害怕，惕惕然不安，神志恍惚，爱居暗室，时而急躁易怒，乍惊乍喜等。

### 4.3 鉴别诊断

惊病当与恐病、怔忡作出鉴别。惊病为不自知，事出突然而受惊吓；恐病为自知而胆怯，乃内生之恐惧；怔忡为久病体虚，心脏受损所致，无外在因素也会出现。

## 5 中医证候分型<sup>[1-6]</sup>

### 5.1 辨证要点

惊病之辨证以虚实为主。情志不遂，肝郁化火，耗伤阴血，则肝郁血虚易惊。肝郁化火，炼津成痰，痰火上扰心而易惊。久病暗耗阴精，阴血亏虚，髓海不足，脑神失养而易惊。心虚胆怯，脑神失于决断而处事易惊。

### 5.2 辨证分型

#### 5.2.1 心虚胆怯证

心悸易惊，胆小怕事，气短乏力，语言低微，甚则不出家门，怕见生人，静卧怕声，闻声则惊，少眠多梦。舌淡苔薄，脉细弱无力。

#### 5.2.2 阴血不足证

遇事易惊，虚烦少寐，潮热盗汗，手足心热，面色无华。舌红少苔，脉细。

#### 5.2.3 痰火扰心证

夜寐易惊，突然暴惊，心烦意乱，坐卧不安，口苦咽干。舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

#### 5.2.4 心火亢盛证

心烦易惊，面红目赤，周身瘙痒，渴喜冷饮，口舌生疮，自语自笑。舌尖红，苔黄，脉数。

#### 5.2.5 肝郁血虚证

遇事易惊，情怀不畅，面色爪甲苍白，夜寐不佳。舌红，苔白或黄，脉细弦。

## 6 治疗

### 6.1 治疗原则

本病治疗以养心安神，化痰通络，镇惊定志为总则。惊病主要表现为神无所倚，故安神镇惊法贯穿于治疗的始终。“惊者平之”为正治，正治多养心脑，扶正多补精血。

### 6.2 辨证论治

#### 6.2.1 心虚胆怯证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)<sup>[1、3-7、11、15、21、25]</sup>

治法：益养心脑，化痰温胆。

方药：四君子汤（《和剂局方》）合温胆汤（《千金方》）加减：人参、白术、半夏、陈皮、枳实、竹茹、茯苓、甘草、生姜、大枣。

加减：心惊频作者加紫石英（先煎），以增强镇心安神之功；若舌转红，口干，睡中易惊，多汗者去半夏、枳实，以免耗气伤阴，并加柏子仁、酸枣仁、生牡蛎养心定惊；若心血不足，可酌加阿胶、首乌、龙眼肉；若夜寐不安者，加夜交藤、合欢皮。

#### 6.2.2 阴血不足证(证据等级：高级证据；推荐级别：强推荐使用)<sup>[1-5、9-12、14、20、21]</sup>

治法：填精充髓，养血宁心。

方药：归芍地黄汤（《中医药大辞典》）加减：熟地、山药、山茱萸、茯苓、泽泻、丹皮、当归、白芍。

加减：惊骇重者加珍珠母、琥珀末；药后若伴胸痞脘胀纳差者，熟地加砂仁拌捣，并酌加陈皮、香橼行气之品，以静中求动，有利于药效发挥；若无发热而感怯寒，加鹿角胶、巴戟天以温肾益脑，敛阳

益阴。

### 6.2.3痰火扰心证(证据等级:高级证据;推荐级别:强推荐使用)<sup>[1、4、5、8-10、15、21、22]</sup>

治法:清火豁痰,宁心安神。

方药:黄连温胆汤(《六因条辨》):黄连、竹茹、枳实、半夏、橘红、茯苓、甘草、生姜。

加减:若舌干苔剥、口干渴饮者去枳实、半夏,加生地、麦门冬、白芍药、地骨皮甘寒滋阴。若痰热互结,大便秘结者加生大黄通腑泄浊,釜底抽薪。火郁伤阴,加麦冬、玉竹、天冬、生地养阴清热。兼见脾虚者,加党参、白术、谷麦芽、砂仁益气醒脾。

### 6.2.4心火亢盛证(证据等级:高级证据;推荐级别:强推荐使用)<sup>[1、4、5、9-11、21]</sup>

治法:清心泻火、凉血镇惊。

方药:泻心导赤散(《医宗金鉴》)加减:木通、生地、黄连、甘草。

加减:若有惊搐加石决明、牡蛎、钩藤、白芍药、僵蚕以平肝熄风;若便秘者加大黄通腑;若痰火交结,舌苔黄腻,质红,加胆南星、天竺黄;若心火亢盛较重,上扰心神,可用朱砂安神丸;若睡不安,可用孔圣枕中丹。

### 6.2.5肝郁血虚证(证据等级:高级证据;推荐级别:强推荐使用)<sup>[1、4、5、21]</sup>

治法:疏肝解郁、补血养血

方药:逍遥散(《太平惠民和剂局方》)加减:当归、白芍、白术、柴胡、茯苓、薄荷、甘草。

加减:食欲不振者加麦芽、焦三仙;不寐者加炒枣仁、远志;若胸胁胀痛,时作时止,可加川楝子、郁金理气宽胸;若腹痛肠鸣,泻后痛减可用痛泻要方;若神疲乏力、纳呆、脾虚证显者,加党参、扁豆、鸡内金等益气健脾开胃。

## 6.3 中医非药物治疗(证据等级:高级证据;推荐级别:强推荐使用)<sup>[1、5、6、16-19、21、23、24]</sup>

### 6.3.1 针刺疗法

取穴:①人中、百会、听宫、合谷、内关、三阴交、太冲、大椎、心俞;②劳宫、涌泉、大陵、神门、丰隆、合谷;③肝俞、脾俞、丰隆、神门、心俞。用平补平泻手法,三组穴交替使用。

### 6.3.2 推拿疗法

拿大椎穴,掐委中穴,或运五经,推脾土,揉五指节,运内八卦,分阴阳,推上三关,揉涌泉、揉足三里。

### 6.3.3 情志疗法

详细了解病情发展的过程及生长过程中发生的相关生活事件,广泛收集完整可靠的病史。通过对病人基本资料的全面了解,结合病人当前状态,分析病人内在心理因素,因人而异地制定中医心理治疗方案,可以运用言语开导法等。

## 7 中医疗效评价标准

以中医临床症状改善程度结合急性应激障碍量表(ASDS)减分率作为评价指标,痊愈:症状消失,社会功能恢复,并且减分率 $\geq 75\%$ ;好转:症状部分消失,社会功能部分恢复,并且减分率 $\geq 25\%$ ;未愈:症状无明显减轻,社会功能未恢复,并且减分率 $< 25\%$ 。

## 8 预后

本病预后多较好。病程较短,以邪实为主要病理基础时,若及时治疗,用药合理,预后较好。病程较长,反复发作,以正虚为主要病理基础时,难治,预后较差。

## 9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除惊病外的其他疾病，如继发于躯体疾病，应积极治疗原发病。注意区分恐病、心悸、怔忡，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

附录 A  
(资料性附录)  
指南制订方法

### 1 临床证据的检索策略

以“惊证”、“惊恐”、“惊病”、“善惊”、“诊断”、“治疗”、“中医药”等作为关键词，检索中国期刊数据库（CNKI）、中文科技期刊数据库（维普）、万方全文数据库、中国优秀博士学位论文全文数据库等，检索年限从 1984 年 1 月到 2020 年 3 月，选择中医及中西医结合治疗性的随机对照文献作为评价对象，对于来自同一单位同一时间段的研究和报道以及署名为同一作者的实质内容重复的研究和报道，则选择其中一篇作为目标文献（对与战国至今的书籍文献及 1965 年至 1984 年的中医杂志，则采用手检的方式）。

### 2 证据分级和推荐级别

《中医神志病临床诊疗指南》制定的证据分级和推荐级别方法按国际通用的 GRADE 证据级别与推荐轻度评价方法。

#### 2.1 证据分级

表 1 GRADE 证据分级标准

证据等级	研究类型
高级证据	RCT 质量升高二级的观察性研究
中级证据	质量低一级的 RCT 质量升高一级的观察性研究
低级证据	质量降低二级的 RCT 观察性研究
极低级证据	质量低三级的 RCT 质量低一级的观察性研究 系列病例观察 个案报道

#### 2.2 证据升降级因素

表 2 升降级因素

RCT 的降级因素	偏倚风险：-1 严重；-2 非常严重 不一致性：-1 严重；-2 非常严重 间接性：-1 严重；-2 非常严重 不精确：-1 严重；-2 非常严重 发表偏倚：-1 严重；-2 非常严重
观察性研究的升级因素	效应量大：+1 大；+2 非常大 剂量效应：+1 梯度量效证据 所有可能的剩余混杂因素：+1 降低所展示的效应；+1 如未观察到效应意味着是一种假效应

## 2.3 推荐级别

表 3 推荐级别分级标准

强推荐使用	干预措施利大于弊或弊大于利
弱推荐使用	利弊不确定或无论质量高低的证据均显示利弊相当

### 3 专家调查问卷

依据德尔菲法的基本原则，同时根据中医学特色以及共识需要形成的主题，制定调查问卷。问卷组成：诊断标准、证候分型、临床特征、分证论治、遣方用药、其他疗法、预防调护。通过 3 轮专家咨询后进行统计分析。

专家对各指标评价结果的统计学分析，主要包括积极系数、专家的意见集中程度、专家意见的协调度、专家权威程度 4 个方面。专家积极系数用问卷回收率表示，专家的意见集中程度用指标的重要性赋值均数、等级和表示，专家意见的协调程度用变异系数、专家协调系数表示。结构效度的检验用因子分析，效标关联用相关分析。

依据德尔菲法计算专家积极系数、专家意见的集中程度和协调度，采用均数 ( $\bar{x}$ )、不重要百分比 (R)、等级和 (S)、变异系数 (CV) 等指标进行相关统计学分析。

专家调查问卷统计学分析中各项指标的含义和计算方法

①均值 ( $\bar{x}$ ) 的计算方法：即计数对象的平均值；

②各项指标赋值出现的频数 (f)：即专家对各项信息的赋值 0、1、2 出现的次数；

③标准差 (S)：是方差的正平方根，其量纲与原变量值相同。方差也称均方差，反映一组数据的平均散离水平；标准差  $S = \sqrt{\delta}$

④变异系数 (CV)：多用于观察指标单位不同时，或均数相差较大时，它实指上是一个相对变异指标； $CV = \frac{S}{\bar{x}} \times 100\%$  (S 代表标准差， $\bar{x}$  代表均数)

⑤不重要百分比 (R)：即专家对各项信息赋值为 0 的频数与参评专家总个数的比值；

⑥等级和 (S)：即为专家对各项信息的赋值的代数和。

统计结果加权处理，以保留专家认为重要且可行条目。

## 参考文献

- [1]赵永厚,蔡定芳.中医神志病学[M].上海市“十一五”重点图书.上海:上海中医药大学出版社,2009,9:253-258.
- [2]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,2005,10:207-211.
- [3]施杞.临床中医脑病学[M].北京:科学出版社,1997,4:133-135.
- [4]王永炎.临床中医内科学[M].北京:北京出版社:1994,12:734-738.
- [5]王彦恒.实用中医精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2000,10:177-183.
- [6]王永炎.实用中医内科学(第二版)[M].上海:上海科学技术出版社.2009,9:215-227.
- [7]赵玲茏.补心宁神法治疗心胆气虚型惊恐障碍近期临床疗效观察[D].北京中医药大学,2014,5.
- [8]臧超越,马晓峰.《金匱要略》惊发致四部病各议[J]四川中医,2011,29(4):47-48.
- [9]沈洁,张谦,潘能荣.焦虑、惊恐和抑郁病人的中医辨证分型[J].青岛大学医学院报.2009.45(2):113-118.
- [10]陈邦芝.经方治疗疑难病症举隅[J].光明中医,1996(3):24-26.
- [11]包来发.试谈惊恐[J].福建中医药,1985:10-12.
- [12]李锡涛.张仲景对神志异常的辨证论治一管窥《伤寒论》之惊、狂、谵语症[J].中国药学报,1985,5:20-21.
- [13]李雅方,梁瑞琼,邱鸿钟.中医惊与恐情态结构的现象学研究[J].中医杂志,2019,60(12):1071-1073.
- [14]王娆,孙文军,马向锋,张雅杰,唐启盛.从肾论治惊恐障碍辨析[J].北京中医药,2015,34(05):374-376.
- [15]杨国华,李宁,吴晓青,顾秀玲,董涛,董永丽,易璐莹,王志平,赵腾腾,林兰梅,赵玲茏.补心益胆、安神定志法治疗163例惊恐障碍疗效观察[J].中国中医基础医学杂志,2013,19(05):594-596.
- [16]熊抗美,赵志付.中医辨证加认知行为疗法治疗恐惧症惊恐障碍体会[J].中国中医药信息杂志,2005(02):90-91.
- [17]徐义勇,艾志福,朱丽娟,田真真,万红娇.精神分裂症中医药治疗概况[J].江西中医药大学学报,2018,30(06):121-124.
- [18]钟正,潘洪权,黄焕琳,任晓娜,黄泳.针灸治疗成人惊恐发作取穴规律探讨[J].针灸临床杂志,2015,31(03):62-64.
- [19]吴希,胡慧.内关穴合谷刺治疗惊恐发作19例[J].中国针灸,2014,34(02):155-156.
- [20]陆艳秀,贺泽龙.中药治疗惊恐障碍失眠验案一则[J].湘南学院学报(医学版),2019,21(04):31-32.
- [21]董永丽,蔡静怡,刘全喜,龙星宇,杨国华.中医药治疗惊恐障碍研究现状[J].河北中医,2015,37(02):292-297.
- [22]李旭.温胆汤加减治疗惊恐障碍的临床观察[J].中医临床研究,2014,6(19):82-83.
- [23]孟泳铮.安神定惊法联合中医心理疗法治疗惊恐障碍的临床分析[J].北方药

学, 2016, 13(07):114-115.

[24]魏佳. 安神定惊法联合中医心理疗法治疗惊恐障碍的临床观察[C]. 世界中医药学会联合会中医心理专业委员会、世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会. 第五届国际中医心理学学术大会、第五届国际睡眠医学学术大会、第五届海峡两岸中医心理学·睡眠医学高峰论坛论文集. 世界中医药学会联合会中医心理专业委员会、世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会:世界中医药学会联合会睡眠医学专业委员会, 2015:141-152.

[25]高燕. 精神分裂症癫痫患者不同中医分型与认知功能的相关性探讨[J]. 中国社区医师, 2019, 35(28):93-95.