ICS：01.040.11
C00/09

团　　体　　标　　准

T/CACM 023—2017

全国团体标准信息平台

针灸治疗焦虑障碍临床诊疗指南

Clinical diagnosis and treatment guidelines of acupuncture for anxiety disorder

全国团体标准信息平台

2017-11-14 发布　　2017-11-14 实施

中 华 中 医 药 学 会　发布

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

目　　次

前言 …… Ⅰ
引言 …… Ⅲ
1 范围 …… 1
2 规范性引用文件 …… 1
3 术语及定义 …… 1
4 流行病学特点 …… 1
5 针灸治疗本病的优势 …… 1
6 诊断及特征 …… 2
7 针灸治疗 …… 5
8 并发症的预防 …… 8
9 康复调摄 …… 8
10 指南制定方法 …… 8
参考文献 …… 12

全国团体标准信息平台
全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

前　言

全国团体标准信息平台

本指南按照 GB/T1. 1—2009《标准化工作导则第 1 部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本指南由北京中医药大学东直门医院提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：北京中医药大学东直门医院、山东中医药大学、首都医科大学附属北京市中医医院、安徽中医药大学、湖北中医药大学、江西中医药大学、南京中医药大学。

本指南起草组（按姓氏笔画排序）：王军、王朋、王子辰、王欣君、白鹏、刘存志、刘然、迟振海、张佳佳、陈三三、陈晟、赵吉平、高树中、唐巍、倪金霞、申峰、谭程。

指南执笔人：王军、陈晟。

指南编写秘书：陈晟、张佳佳。

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

引　言

本指南主要针对焦虑障碍的针灸治疗，包括针灸治疗广泛焦虑障碍和惊恐发作，主要适用于中国内地针灸从业者、中医药院校的教师和学生以及从事针灸专业的科研工作者，其他相关科室医生参考使用。主要目的是推荐有循证医学证据的焦虑障碍的针灸临床治疗方案，指导临床、教学及科研工作。

针灸治疗焦虑障碍的相关症状历史悠久，且优势明显，不仅有较好的临床疗效，而且没有明显的副作用。但国内外迄今为止尚未形成针灸治疗本病规范化的治疗方案，还没有一套基于循证医学方法研究、由权威机构发布的针灸治疗焦虑障碍的临床诊疗指南，缺乏处理各类针灸专业技术问题共同遵守的规范，有必要采用基于循证医学方法并结合专家共识的形式对针灸治疗焦虑障碍进行系统评价整理，制定一个规范化的有效的诊疗方案，这将有利于针灸治疗焦虑障碍在中国乃至全世界范围内广泛推广。

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

全国团体标准信息平台

针灸治疗焦虑障碍临床诊疗指南

1 范围

本指南适用于确诊为焦虑障碍的患者的针灸治疗，包括广泛焦虑障碍和惊恐障碍，轻者可以单独应用，重者可以配合药物或心理疏导治疗。继发性焦虑障碍也可以参照本指南进行临床操作。

本指南的使用范围包括中国内地的针灸从业者、中医药院校的教师和学生以及从事针灸专业的科研工作者。

2 规范性引用文件

下列文件对于本指南的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅所注明日期的版本适用于本指南。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版本）适用于本指南。

中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版，CCMD－3

GB/T 30232—2013 针灸学通用术语

GB/T 12346—2006 腧穴名称与定位

GB/T 21709.21—2013 针刺技术操作规范 第 21 部分：毫针基本刺法

GB/T 21709.8—2007 针刺技术操作规范 第 8 部分：皮内针

GB/T 21709.3—2008 针刺技术操作规范 第 3 部分：耳针

GB/T 21709.11—2009 针刺技术操作规范 第 11 部分：电针

3 术语及定义

下列术语和定义适用于本指南。

3.1

焦虑障碍 Anxiety Disorder

焦虑障碍（CCMD－3 编码：43.2）又称焦虑性神经症，是以焦虑情绪体验为主要特征的神经症，是这一大类疾病中最常见的一种。临床可分为原发性焦虑障碍，包括慢性焦虑（广泛性焦虑症）、急性焦虑发作（惊恐障碍）两种形式和继发性焦虑障碍，如中风后焦虑障碍及癌症、药物依赖引起的焦虑障碍等。

4 流行病学特点

随着社会发展和竞争的日益激烈，患焦虑障碍的人数不断上升。焦虑障碍的发病大约在 16～40 岁，18～30 岁最多见]，女性多于男性。英国的一项研究估计在正常人群中终身患病率为 3%～38%，美国为 5%。焦虑障碍若长期得不到处理，40%～50% 的患者会出现抑郁症状，甚至会自杀。据 WHO 统计，目前全球心理疾病患者总数超出 15 亿，焦虑患者 4 亿，而得到治疗和控制的患者仅占 1%，并且仍有增长趋势。《中国精神卫生工作规划（2002～2010）》指出，神经精神疾病在我国总负担中排名首位，其中焦虑障碍占近半数。焦虑障碍对患者的社会功能影响大，患者的生活质量下降，工作效率低下，缺勤率升高，造成了巨大的经济损失。1999 年 Greenberg 等评估美国每年在焦虑障碍的直接和间接花费高达 420 亿美元。按照 DSM－Ⅳ 诊断标准，2001～2005 年一项全国性的包括山东、浙江、青海和甘肃 4 个省 96 个城市和 267 个农村地区的调查显示，焦虑障碍的月患病率为 5.6%。2016 年针对石家庄地区年龄 >18 岁的 11932 例成年人进行流行病学调查，发现焦虑障碍总患病率为 3.20%。其主要受到工作、家庭、婚姻等方面，以及收入、年龄、性别等多种因素的影响。

5 针灸治疗本病的优势

在中医古代文献中并无“焦虑障碍”这一病名的记载，但是与其有关的记载和对其病因病机的论述十分丰富。综合历代医家的学说和临床经验，中医学认为，焦虑障碍属于中医的“虚烦”“郁证”“不寐”“卑惵”“奔豚”“灯笼病”“梅核气”“百合病”“脏躁”“惊悸”“心悸”“怔忡”等

范畴。

历代医家对焦虑障碍的认识不断发展而逐渐完善，为中医临床实践提供了有益的理论指导。针灸治疗属于传统中医的治疗方法之一，重在“调气”，强调“气至而有效”，对本病治疗效果显著且取效迅速；可供选择的针灸治疗方法较多，临床中可以根据具体情况灵活应用。近几十年来，许多学者根据中医学的基本原理及西医学对焦虑障碍病因病理的认识，从临床与实验研究入手，深化了中医学对焦虑障碍病因病机的认识，使中医辨证治疗焦虑障碍更具客观性和科学性。

6 诊断及特征

6.1 临床特点

6.1.1 病史

6.1.1.1 遗传因素

焦虑障碍有家族聚集性，即存在某种程度的遗传性。对双生子的研究及家系调查的发现均说明遗传因素在焦虑障碍的病因学上有重要作用。而且焦虑倾向作为一种人格特征，至少部分是由遗传所决定的，有焦虑倾向的人在不良社会环境影响或应激状态下，较易产生病理性焦虑。尽管引起焦虑的直接原因是社会和环境因素，但其潜在的原因为遗传。

6.1.1.2 生物学因素

6.1.1.2.1 乳酸盐的作用

乳酸在体内代谢为碳酸，进而水解为二氧化碳（CO_2）和水；CO_2 通过血脑屏障使脑干腹侧髓质的氧化还原状态发生改变，或导致蓝斑核内去甲肾上腺素能神经元冲动发放增加，从而引起焦虑发作。另一种观点是乳酸的增加，有氧代谢异常，β－肾上腺素能活动亢进，外周儿茶酚胺过度释放，中枢化学感受器敏感性增加，从而导致焦虑发作。

6.1.1.2.2 神经介质

中枢 5－羟色胺（5－HT）活动具有保持警觉和控制焦虑的作用。5－HT 在焦虑的消长中起重要作用，当 5－HT 释放增加时，出现明显焦虑反应。

6.1.1.2.3 受体

焦虑障碍患者体内可能产生某种物质干扰了 BDZ 受体功能，导致了广泛性焦虑的发作。

6.1.1.3 中枢神经系统的作用

6.1.1.3.1 中枢神经系统的杏仁核、下视丘等部位参与焦虑障碍的发病。有人在动物实验时刺激杏仁核，引起动物的警觉性增加，再加重刺激可引起恐惧和愤怒。

6.1.1.3.2 边缘叶是人体愤怒、警觉和恐惧的基本情绪产生处，边缘结构激惹性病变，可引起恐惧和惊吓反应，有学者认为预期性焦虑与边缘叶功能损害有关。

6.1.1.3.3 脑电图表明，焦虑障碍患者的 α 活动多在较高频率的范围内，表明焦虑障碍患者处于高度警觉状态。

6.1.1.4 社会心理因素

6.1.1.4.1 生活事件

一些心理社会事件，尤其是较严重的生活事件，都会使人产生应激反应，如意外不幸、亲人病危、工作调动、人际关系紧张等，如果个体体验到威胁或者危险时，就会诱发焦虑反应，以后在适当的时候，亦会重新唤起患者当时的体验。

6.1.1.4.2 人格特征

各种神经症性格有一个共同特点：易强迫性。

6.1.2 症状和辅助检查

6.1.2.1 症状

6.1.2.1.1 焦虑和烦恼

经常的、持续的、无明确客观对象的惊恐不安，提心吊胆、忧心忡忡等。

6.1.2.1.2 运动不安

坐立不安、来回踱步，甚则搓手顿足或感叹不已。可伴有眼、面肌或手指震颤及肌肉紧张、疼痛等症状，精神紧张时更为明显。紧张性头痛多表现为顶、枕区的紧压感；肌肉紧张和强直主要在背部和肩部。

6.1.2.1.3 自主神经功能亢进

心悸、气促、胸痛、头痛或头晕、多汗、面色发红或苍白、口干、吞咽困难、胃部不适、恶心、呕吐、胀气、肠鸣、腹泻、呼吸困难或呼吸急促及尿频、尿急、阳痿、性感缺乏、月经时不适或无月经等症状，甚则有窒息感。

6.1.2.1.4 过分警觉和神经过敏

惶恐、易惊吓，心胸狭窄、易激惹，难以入睡和易惊醒等。

6.1.2.2 辅助检查

6.1.2.2.1 实验室检查

血尿常规、血生化、甲功八项、激素六项等，对焦虑障碍的鉴别诊断起重要作用。

6.1.2.2.2 影像学检查

X 线胸片、头颅 CT 或 MRI、消化道造影、腹部 CT 等排除器质性病变。

6.1.2.2.3 相关的神经系统检查

如脑电图、脑电波的检查、生物检测、头颅 MRI、肌电图、神经肌肉电活动等以期明确病变部位。

6.1.2.2.4 其他相关检查

心电图、胃镜、肠镜、甲状腺 B 超、腹部 B 超等辅助进行疾病鉴别诊断。

6.2 诊断标准

6.2.1 西医诊断标准（中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版，CCMD－3）

6.2.1.1 广泛性焦虑症（CCMD－3 编码：43.22）的诊断标准

症状标准：①符合神经症的诊断标准；②以持续的原发性焦虑障碍状为主，符合下列 2 项：a. 经常或持续的无明确对象和固定内容的恐惧或提心吊胆；b. 伴有自主神经症状或运动性不安。

严重标准社会功能受损，病人因难以忍受又无法解脱而感到痛苦。

病程标准符合症状标准至少已 6 个月。

6.2.1.2 惊恐障碍（CCMD－3 编码：43.21）的诊断标准

症状标准：①符合神经症的诊断标准。②惊恐发作需符合以下 4 项：a. 发作无明显诱因，无相关的特定情境，发作不可预测；b. 在发作间歇期，除害怕发作外，无名显症状；c. 发作时表现强烈的恐惧、焦虑及明显的自主神经症状，并常有人格解体、现实解体、濒死恐惧或失控感等痛苦经验；d. 发作突然开始，迅速达到高峰，发作时意识清晰，事后能回忆。

严重标准在 1 个月内至少有 3 次惊恐发作，或在首次发作后继发害怕再发作的焦虑持续 1 个月。

6.2.2 中医病/证相关的诊断

6.2.2.1 肝气郁滞证

情绪不宁，善太息，胸部满闷，胁肋胀痛，痛无定处，脘闷嗳气，不思饮食，大便不调。苔薄腻，脉弦。

6.2.2.2 气郁化火证

心烦，急躁易怒，失眠多梦，口苦咽干，脘腹不适，痞塞满闷，胸胁胀痛，或嘈杂吞酸，面红目赤，或耳鸣，尿赤便秘。舌红，苔黄，脉弦数。

6.2.2.3 痰气郁结证

胸部满闷，胁肋胀痛，咽中如有物梗塞，吞之不下，咯之不出。苔白腻，脉弦滑。

6.2.2.4 心神失养证

精神恍惚，心神不宁，多疑易惊，喜怒无常，发作时手舞足蹈，骂人喊叫。舌质淡，脉弦。

6.2.2.5 心胆气虚证

善惊易恐，坐卧不安，失眠多梦，易醒，胆怯心悸，气短，易自汗，倦怠乏力。舌淡或淡红，苔薄白，脉细。

6.2.2.6 心脾两虚证

善思多虑，心悸，胸闷，神疲，失眠，健忘，面色不华，头晕，倦怠乏力，易自汗，纳谷不化，便溏。舌质淡，苔白，脉细。

6.2.2.7 心肾不交证

心烦失眠，心悸，头晕耳鸣，健忘失眠，腰膝酸软，梦遗，五心烦热，潮热盗汗，口咽干燥。舌红少津，脉细数。

6.3 鉴别诊断

6.3.1 广泛焦虑障碍与抑郁障碍的鉴别诊断

焦虑障碍经常与抑郁障碍合并存在，抑郁障碍常伴有焦虑症状，而焦虑障碍也常伴有抑郁症状，因此需要进行区分。区分的方法可以依据抑郁症状和焦虑症状何者为先以及何者为重：如抑郁症状先出现，而且更严重，即可认为抑郁症状为原发，可诊断为抑郁障碍；反之，可诊断为焦虑障碍。有时伴有激越的抑郁发作会误诊为焦虑，仔细询问其抑郁症状即可减少误诊。在临床诊断中，有一个“抑郁症优先诊断”的原则，即既有抑郁症症状又有焦虑症状时，不论其焦虑症状多重，都应当诊断为抑郁障碍。

焦虑障碍与抑郁障碍的区别还体现在以下方面：

6.3.1.1 情感性接触

焦虑障碍患者表现正常；而抑郁障碍患者对家属、朋友表现冷淡，对以往爱好兴趣丧失。

6.3.1.2 睡眠障碍

焦虑障碍的特点是入睡困难；而抑郁障碍患者的特点是早醒。

6.3.1.3 生物节律性变化

焦虑障碍者一般无生物节律性变化；而抑郁障碍者心情低落常有晨重暮轻的节律性变化。大体来讲，抑郁障碍是抑制向下的；而焦虑障碍患者是惊恐向上的。

抑郁障碍者常伴焦虑表现，反过来焦虑障碍者大多数内心有明显抑郁。因此，有时可将两者合并，通称“焦虑－抑郁综合征”。治疗抑郁障碍的药物对焦虑障碍也有效，反之亦然。只有两者症状都有明显改善，治愈才有希望。

6.3.2 惊恐障碍的鉴别诊断

惊恐障碍表现为患者无明显诱因突然感到心悸、心慌，胸闷、胸痛、胸前压迫感，或呼吸困难，喉头堵塞，甚则窒息感，同时出现强烈的恐惧感，有濒死感，或即将失去理智，使患者难以忍受，从而惊叫、呼救等。还有的表现为过度换气、头晕、非真实感、多汗、面部潮红或苍白，步态不稳、震颤、手脚麻木、胃肠道不适等植物神经过度兴奋症状以及运动性不安。发作历时很短，一般 5～20 分钟，很少超过 1 小时。症状自行缓解，或以哈欠、排尿、入睡而结束发作，反复发作。

ICD－10 中惊恐障碍的诊断依据：发作的情境中没有真正的危险；并不局限在已知或可预料的情

境中；在惊恐发作间歇期几乎无焦虑症状（尽管常会担心下次惊恐发作）；不是由生理疲劳、躯体疾病或物质滥用的结果。1 个月内至少有 3 次发作，每次不超过 2h，发作时明显影响日常活动。

惊恐发作亦可由于躯体疾病继发引起，只有在排除躯体疾病之后，才能下惊恐障碍的诊断。

6.3.2.1 颅脑疾病

癫痫、脑瘤等颅脑疾病引起中枢神经系统损害，大脑功能紊乱导致惊恐发作。其发作多发生于疾病的急性期或机体处于急性应激状态时。患者表现为不协调精神运动性兴奋或紧张综合征、类躁狂状态，或短暂幻觉妄想状态，如欣快、话多、烦躁不安、紧张害怕等。多起病急骤，症状鲜明，病期短，精神症状多随机体状况的好转而恢复，或随疾病的迁延而转为慢性。伴有轻重不等的意识障碍，意识范围及意识内容改变，病愈后过程和细节可部分遗忘。可依据脑电图、头颅影像等检查鉴别。

6.3.2.2 器质性心脏疾病

冠心病、风心病、二尖瓣脱垂及先天性心脏病等心脏器质性疾病引起不同的病理生理改变，导致心输出量减少，血压下降，致使脑血流量减少，大脑缺血缺氧等，引起精神障碍。表现为心悸、失眠、烦躁、情绪不稳、紧张、害怕、幻觉妄想状态等。伴有不同程度的意识障碍，如谵妄等。实验室检查、心脏超声及心脏造影可鉴别。

特别容易混淆的是二尖瓣脱垂。二尖瓣脱垂也是突然发生心悸、胸痛，以及气紧疲乏甚至晕厥，但无头昏、出汗震颤面部发热或发冷，以及人格解体、濒死感或失控感等症状。借助超声心动图可鉴别。但有研究报告认为惊恐障碍可导致二尖瓣脱垂，如果惊恐障碍得到控制，二尖瓣脱垂可能消失。

6.3.2.3 器质性呼吸疾病

呼吸系统器质性疾病引起通气阻塞、呼吸肌麻痹、呼吸中枢抑制，导致呼吸生理、血液变化和脑代谢等一系列的改变引起精神障碍。表现为烦躁不安、焦虑不安、一过性错觉、幻觉被害、紧张害怕、注意力不集中、失眠等精神障碍。还表现为头昏、头痛、疲倦乏力等全身症状，且 90% 以上有意识障碍，常由嗜睡逐渐发展而来，经过意识朦胧、谵妄状态最后进入昏迷状态。实验室检查如血气及影像学检查可鉴别。

6.3.2.4 内分泌疾病

ICD－10 中躯体疾病所致精神障碍中明确提出内分泌疾病（特别是甲状腺功能亢进）使惊恐障碍出现的风险相对增加。

甲亢及甲状旁腺功能减退等内分泌疾病可能引起代谢亢进、激素中毒、代谢产物改变或者脑细胞因代谢亢进导致缺氧和营养不足，从而惊恐发作。表现为精神运动性兴奋、幻觉妄想状态及性格改变，如情感不稳、易激惹紧张、多疑等精神障碍。还有意识障碍和发热、多汗、多食、体重下降、手抖等全身症状。甲功等可鉴别，必要时可做 TRH 兴奋试验。

6.3.2.5 嗜铬细胞瘤

散发型嗜铬细胞瘤的病因不清楚，家族型嗜铬细胞瘤则与遗传有关。嗜铬细胞瘤为起源于神经外胚层嗜铬组织的肿瘤，主要分泌儿茶酚胺，包括肾上腺素、去甲肾上腺素以及多巴胺。肾上腺素和去甲肾上腺素能作用于肾上腺素能受体，如 α 和 β 受体，影响相应的组织器官，引起一系列临床表现。典型表现为阵发性血压突然升高，可达 200～300/130～180mmHg，伴剧烈头痛，全身大汗淋漓、心悸、心动过速、心律失常，心前区和上腹部紧迫感、疼痛感、焦虑、恐惧或有濒死感、皮肤苍白、恶心、呕吐、腹痛或胸痛、视力模糊、复视，严重者可致急性左心衰竭或心脑血管意外。血、尿儿茶酚胺及其代谢物测定等实验室检查及肾上腺影像学检查可鉴别。

7 针灸治疗

7.1 广泛焦虑障碍的针灸治疗

7.1.1 治疗总原则

针灸治疗广泛焦虑障碍的总原则：安神。

调心安神、调脑安神是针灸治疗本病的最常用的治则。

调理五脏之神是治疗本病常用针灸辨证思路。

针灸治疗的同时，可以配合药物疗法或心理疏导。

一般治疗 4～8 周为 1 个疗程。

7.1.1.1 毫针刺法

7.1.1.1.1 推荐方案一

主穴：四神聪、内关、三阴交、印堂

配穴：肝郁气滞加太冲、期门；气郁化火加行间、侠溪；痰气郁结加膻中、丰隆；心神失养加心俞、神门；心肾不交加通里、照海；心胆气虚加心俞、胆俞；心脾两虚加心俞、脾俞。

操作：采用 1～1.5 寸毫针进行针刺，以得气为度，四神聪向百会穴平刺 0.5～0.8 寸，使患者头皮有紧涩感或重胀感为度；印堂穴向下平刺 0.3～0.5 寸，行捻转平补平泻法；内关直刺 0.5～1 寸，行平补平泻法；神门直刺 0.3～0.5 寸，行平补平泻法；三阴交直刺 1～1.5 寸，行捻转补法，配穴根据虚补实泻的原则进行操作。每 15 min 行针 1 次，留针 30 min。

疗程：每周治疗 5 次，6 周为一个疗程。

推荐强度：强推荐；证据级别：C

7.1.1.1.2 推荐方案二

背俞穴：肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞

鬼穴：上星、曲池、间使、后溪、大陵、申脉

操作：

a）患者取俯卧位，常规消毒，取双侧肺俞、心俞、肝俞、脾俞、肾俞，以 30°角针尖朝向脊柱方向，进针 0.5 寸左右（肾俞深度可至 1 寸），进针深度根据患者肌肉厚薄适当增减。临床以实证表现为主者，行平补平泻手法至得气，以虚证表现为主者，行补手法至得气。重复操作 1 次后取针，不留针。

b）患者取仰卧位，取双侧上星、曲池、间使、后溪、大陵、申脉，常规针刺，实证行泻法，虚证行平补平泻手法，得气后留针 30min。

疗程：每周治疗 5 次，4 周为 1 个疗程。

注意事项：针刺背俞穴时不要伤及内部重要脏器。

推荐强度：弱推荐；证据级别：C

7.1.1.2 电针疗法

7.1.1.2.1 推荐方案一

主穴：百会、四神聪

配穴：心肾不交者加内关、通里、照海；

肝郁脾虚者加足三里、三阴交、太冲；

血瘀络阻者加期门、血海。

操作：患者取仰卧位，针刺部位用 75% 乙醇消毒，取 0.25 mm×40 mm 无菌针灸针迅速刺入腧穴，头部及腕部腧穴进针 5～10 mm，胁部及下肢喻穴进针 15～25 mm，得气后，行提插捻转，直至产生酸麻胀痛感。选取百会、四神聪，连接脉冲电疗仪，选用疏密波，频率 2～15 Hz，逐渐加大电量至患者感觉到震动，强度以患者能耐受为度。余配穴采用平补平泻法。留针 30 min。

疗程：每周治疗 5 次，连续治疗 6 周为 1 疗程。

推荐强度：强推荐；证据级别：C

7.1.1.2.2 推荐方案二

主穴：百会、印堂、内关、太阳、风池、神庭

配穴：五志穴：肺－魄户、心－神堂、肝－魂门、脾－意舍、肾－志室；

根据病人描述的症状选用3个相应的背俞穴及相应的五志穴

失眠、心烦加心俞、神堂、神门；

胃痛、食少、腹胀加脾俞、胃俞、意舍

操作：采用音乐电针仪进行治疗，选择上述穴位，用医用棉球消毒皮肤表面，将电极贴在穴位上，并加以固定打开电源开关，戴上耳机，放上患者喜欢的音乐，缓慢地增加输出强度，到患者感到电麻，以耐受为度。留针30～60 min。

疗程：每周治疗5次，4周为1个疗程。

推荐强度：弱推荐；证据级别：D

文献支持：

7.1.1.3 皮内针法

推荐方案

取穴：印堂、神门、心俞

操作：局部碘氟消毒采用颗粒型皮内针，左手拇指按压穴位周围皮肤，稍用力将针刺部位皮肤撑开固定，右手用小镊子夹住针柄，沿皮下将针刺入真皮内，针身可沿皮下平行埋入0.5～1cm，在露出皮外部分的针柄上贴一带有箭头的防水胶布固定，箭头指向针尖的方向，便于治疗完后取针。埋针时间为1～－2天。

疗程：每周2次，8周为1疗程。

推荐强度：弱推荐；证据级别：C

7.1.1.4 耳针疗法

推荐方案

取穴：耳神门、心、肝、胆、交感、三焦和皮质下

操作：用医用棉球擦拭、消毒患者耳廓，并用探棒找出所选穴位敏感点，将已贴有王不留行籽的医用小块胶布贴于上述耳穴敏感点处，两耳交替，隔3天一换，指导患者自行按压王不留行籽，按压力度适中，以患者疼痛能忍受且耳廓处有灼热、麻木感为宜，每穴按压20次左右。

疗程：患者每天早、晚各按压1次，每次持续按压约20 min，连续治疗9周为1疗程。

说明：除了采用王不留行籽贴压法外，还可以对以上耳穴采用针刺、放血或皮内针等方法治疗。

推荐强度：弱推荐；证据级别：C

7.2 惊恐障碍的针灸治疗

7.2.1 治疗总原则

针灸治疗惊恐障碍的总原则：急则治其标，缓则治其本。

急性发作期以醒神开窍为主要治疗原则；发作间歇期以安神定志为主要治疗原则。

针灸治疗的同时，可以配合药物疗法或心理疏导。

急性期无需受治疗疗程的限制；发作间歇期一般治疗4～8周为1个疗程。

7.2.2 急性发作期

7.2.2.1 推荐方案一

取穴：水沟、涌泉

操作：水沟施雀啄针刺泻法，致眼球湿润为度，涌泉施捻转提插补法。

疗程：即时针刺，无疗程。

推荐强度：强推荐；证据级别：D

7.2.2.2 推荐方案二

取穴：水沟、合谷、太冲

操作：患者平卧，选择0.25～0.33mm毫针，穴位皮肤用75%酒精棉球常规消毒。水沟穴针尖向上斜刺0.5寸，针尖交替向左右内眼角方向连续捻转，强刺激，至流泪后停止手法；两侧合谷穴、太冲穴直刺1寸，平补平泻，提插捻转，中等刺激至病人呼吸、心跳平稳后停止手法，留针30 min。

疗程：即时针刺，无疗程。

推荐强度：弱推荐；证据级别：D

7.2.3 发作间歇期

7.2.3.1 推荐方案一

取穴：百会、四神聪、印堂、太阳、内关、足三里、三阴交、合谷、太冲

操作：百会、四神聪平补平泻，印堂、太阳、合谷、太冲捻转泻法，足三里捻转补法，内关捻转提插泻法，三阴交捻转提插补法。百会、印堂穴连接电针，电流达到患者感到舒适为准。留针30min。

疗程：每周治疗5次，6周为一疗程。

推荐强度：强推荐；证据级别：D

7.2.3.2 推荐方案二

取穴：百会、印堂、四神聪、太阳、内关、神门。

操作：百会：针尖向后沿骨膜平刺0.3～0.5寸；印堂：针尖向下沿骨膜平刺0.3寸；四神聪：针尖指向百会，平刺0.3～0.5寸；太阳：直刺0.3～0.5寸；内关：直刺1寸；神门：直刺0.5寸。针具选用直径为0.3mm、长20～40mm不锈钢毫针，患者产生酸胀感得气后，于双太阳穴、百会及印堂穴针柄连接G6805治疗仪两电极，频率100Hz，连续波形。留针30min。

疗程：每周治疗5次，4周为1疗程。

推荐强度：强推荐；证据级别：D

8 并发症的预防

焦虑障碍常见的并发症有抑郁症、失眠、癫痫，其针灸治疗同样要重视“安神”，因此早期发现并介入治疗焦虑障碍有助于预防其并发症。

9 康复调摄

9.1 要保持良好的心态和心理的稳定，使自己的主观思想不断适应客观发展的现实，不要企图让客观事物纳入自思维轨道。

9.2 自我疏导，树立起消除焦虑心理的信心，充分调动主观能动性，运用注意力转移的原理，及时消除焦虑。

9.3 自我放松，可以运用自我意识放松的方法调节焦虑，有意识地在行为上表现得快活、轻松和自信。

9.4 端坐不动，闭上双眼，向自己下达指令“头部放松、颈部放松”，直至双眼、手指、脚趾放松。

9.5 利用听音乐、手工艺、烹饪、书法、种花、轻体育等各种方法来调节焦虑情绪。

10 指南制定方法

10.1 制定计划

主要包含如下方面：指南制订的背景，目标人群，指南项目组成立及管理流程，文献检索方案，文献系统评价实施步骤，证据评价和推荐体系，撰写人员和指南成文体例要求，外部评审流程，后期实施和评估计划，更新计划等。

10.2 证据的检索、筛选、评价

10.2.1 现代期刊文献检索

10.2.1.1 现代期刊文献检索方法

通过《中国生物医学期刊引文数据库》CMCI数据库检索（2016年3月）中文现代文献目录

检索范围：CMCI 数据库检索（2016 年 3 月）

关键词：“（焦虑障碍）and（针刺 or 针灸 or 针法 or 电针 or 拔罐 or 针罐结合 or 耳针放血 or 刺血 or 眼针 or 头针 or 腹针 or 耳针 or 耳穴 or 耳压 or 原络配穴法 or 穴位埋线 or 刮痧 or 经络氧疗法 or 头穴 or 穴位刺激 or 天灸）”

通过万方数据库、CNKI 数据库等下载相关文献原文，无法下载原文者，将通过北京中医药大学图书馆现刊检索。

剔除其中综述性和与针灸治疗无关的文献。

10.2.1.2 现代期刊文献检索结果

共检索到 209 篇针灸治疗焦虑障碍的针灸相关文献，剔除动物实验、综述等非相关文献，共获得 151 篇针灸临床文献，其中 RCT 文献 33 篇。本指南推荐方案的形成以 RCT 文献为主要依据，非 RCT 文献以及古代文献、近现代针灸名家经验作为佐证依据。

10.2.2 英文文献检索

10.2.2.1 英文文献检索策略

通过 EMBASE、Pubmed/MEDLINE、OVID EBM Reviewers、Cochrane Library 检索（2016 年 3 月）英文文献。

主题词：axiety disorder and acupuncture or acupressure or acupoint or electro acupuncture or electro – acupuncture.

10.2.2.2 英文文献检索结果

共检索到 11 篇文献，剔除综述、系统评价、实验等文献，实际临床研究文献 4 篇，其中 RCT 文献 3 篇，个案报道 1 篇。

10.2.3 近、现代针灸名家经验检索

10.2.3.1 近代针灸名家检索名录

黄竹斋 《针灸经穴图考》

承淡安 《中国针灸治疗学》《针灸治疗实验集》《中国针灸学》《铜人经穴图考》《针灸精华》

夏少泉 《针灸薪传集》

朱琏 《新针灸学》

黄石屏 《针灸诠述》

陆瘦燕 《陆瘦燕针灸论著医案选》

孙秉彝 《针灸传真》

10.2.3.2 现代针灸名家检索名录

鲁之俊 《新编针灸学》

杨甲三 《中医临床家 杨甲三》

程莘农 《中国针灸学》

贺普仁 《针灸治痛》《针具针法》《针灸歌赋临床应用》《毫针疗法图解》《火针疗法图解》《三棱针疗法图解》《针灸三通法的临床应用》

田从豁 《针灸医学验集》《中国灸法集粹》《针灸百病经验（西文版）》《古代针灸医案释案》《针灸经验辑要》《田从豁临床经验》

乐亭 《金针王乐亭经验集》

邱茂良 《针灸学》

石学敏 《针灸治疗学》

10.2.3.3 近、现代针灸名家经验检索方法

对北京中医药大学图书馆所藏记录中医专家经验的书籍进行查阅，检索关于针灸治疗焦虑障碍的

文献记载，并进行相应记录。

10.2.4 古代文献检索

10.2.4.1 古代针灸医家检索名录

共33名著名古代医家：黄帝、扁鹊、华佗、涪翁、郭玉、曹翕、吕广、皇甫谧、王叔和、徐秋夫、徐文伯、葛洪、甄权、杨上善、孙思邈、王焘、王惟一、王执中、何若愚、阎明广、窦汉卿、王国瑞、滑寿、徐凤、凌云、高武、汪机、马莳、杨继洲、李时珍、吴崑、张景岳、李学川。

10.2.4.1 古代针灸医家检索方法

古代文献检索范围为先秦至民国的中医著作，以“郁证、不寐、虚烦、怔忡、心悸、惊悸、胸痹、脏躁、奔豚、百合病、卑惵、灯笼病、梅核气”为关键词，以《中华医典》为工具进行检索，分别进行检索。对查阅到的文献进行整理，剔除不符合焦虑障碍针灸治疗和治疗原则性内容的部分。然后在北京中医药大学图书馆、中国医学科学院图书馆及中国国家图书馆寻找相应书籍，与原文核对。

10.2.5 现代文献证据的评价

本指南主要基于最终纳入的RCT进行了重点评价，并根据Cochrane评价手册Handbook 5.1.0中的“偏倚风险评估”工具进行评价：①随机分配方法；②分配方案隐藏；③对研究对象，治疗方案实施者采用盲法；④对研究结果测量者采用盲法；⑤结果数据的完整性；⑥选择性报告研究结果；⑦其他偏移来源。最终对文献做出“偏倚风险低”“偏倚风险高”“偏倚风险不确定”的判断。最终评价结果，大部分研究在七个条目中被评价为高风险，另外一部分研究在部分条目中被评价为偏倚风险不确定，少数研究在个别条目中被评价为低风险。

10.3 专家共识的实施情况

10.3.1 临床问题以及结局指标重要性的调研

由于本指南隶属临床“诊疗”领域，且围绕针灸治疗焦虑障碍来撰写。在研制之初，通过对10名临床一线医生进行的调研，凝练出了本指南解决的临床问题，并对本疾病相关结局指标的重要性进行了评判，另外特别汲取有多年临床治疗经验的专家建议。调研结果发现，对于焦虑障碍，临床一线医生比较关注的结局指标主要为：焦虑障碍的症状消失，如焦虑和烦恼、运动不安、自主神经功能亢进等相关的临床表现、过分警觉和神经过敏等；而对于本指南拟解决的临床问题，则主要集中为：广泛性焦虑障碍和惊恐障碍的针灸治疗原则有什么不同？疗程多长？针灸治疗焦虑障碍有哪些方法？如何操作？在治疗过程中，根据焦虑障碍的不同辨证分型，所配伍的穴位及针刺手法是怎样的？

10.3.2 指南框架和推荐意见的共识实施

共识总原则为：凡是对某项治疗措施强推荐人数超过总人数75%，则强推荐使用该治疗措施；如果不推荐使用人数比例≥50%，则为不推荐；其他情况为弱推荐。现代研究证据级别偏低的情况下，有75%以上的专家达成共识强推荐，则为强推荐。

对于古代文献，多数以单穴的形式记录，以及知名针灸专家经验，本指南中作为RCT文献形成的推荐方案的文献证据进行推荐。

本指南通过两轮德尔菲法共识问卷调研结合面对面共识会议法达成指南的共识内容。遴选的共识成员为：对焦虑障碍有一定临床经验的中西医专家，以中医针灸专家为主，还有神经内科专家、西医精神心理学专家等。

最终进行了55人次的调研，主要针对以下方面进行：评价指南内容；评价基于证据的针刺治疗措施；评价单纯针刺以外的电针、穴位注射、腹针、内皮针、耳针等。经过广泛的征求意见之后，本指南所有内容基本达成了共识。

10.4 采用的指南制订证据级别和推荐强度标准

本指南采用卫生系统中证据推荐分级的评估、制订与评价（The Grading of Recommendations As-

sessment，Development and Evaluation，GRADE）系统，即GRADE标准。GRADE评价结果显示，由于所纳入的33篇RCT，研究之间异质性过大，无法进行meta分析，故只进行了单一研究的GRADE评价分析，对于GRADE的五条降级因素，其中“不一致性”无法适用外，其他条目均进行了评价。大部分研究最终获得证据质量评价结果为“D”级，少部分为“C”级。

10.5 指南推广应用过程中的推动措施和困难分析

在未来两年里，本指南将通过中华中医药学会组织培训、并通过网站或微信平台、期刊、学术活动及媒体、书籍等形式推广。通过在临床医院、科研院所的培训，以使相关临床医生和科研人员了解本指南。并将本指南相关的培训材料放于中华中医药学会网站上，以方便阅读者的使用和参考。

考虑到西医生、非针灸专业医生或社区医院医生对于针灸辨证要点、操作方法等的不熟悉会导致其对本指南使用时的困难，因此会重点针对这些人群进行适当宣教。

10.6 更新

本指南根据《中华中医药学会团体标准管理办法》，拟2～3年更新。拟更新的内容取决于：指南发布后是否有新的相关证据出现，证据变化对指南推荐意见的影响，指南推荐意见的强度是否发生变化。将按照指南更新报告规范进行更新。

全国团体标准信息平台

参 考 文 献

[1] 丁志杰，王刚平，裴根祥等．甘肃省天水市成人各类精神疾病流行病学调查［J］．卫生职业教育，2015，19：128－131.

[2] 张理义．神经症［M］．北京：人民卫生出版社，2009.

[3] 李广智．焦虑障碍［M］．北京：中国医药科技出版社，2009.

[4] Greenberg PE，Sisitsky T，Kessler RC，et al. The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. J Clin Psychiatry，1999，60：427－435.

[5] Phillips MR，Zhang J，Shi Q，et al. Prevalence，treatment，and associated disability of disorders in four provinces in China during 2001－05：an epidemiological survey. Lancet，2009，373：2041－2053.

[6] 韩慧英，张会谦，张红梅等．石家庄地区焦虑障碍患者发病率及家庭因素的相关性调查［J］．中国实用神经疾病杂志，2016，03：8－10.

[7] 杨智辉．广泛性焦虑症状的特点及其影响因素［J］．中国临床心理学杂志，2012，20（4）：492－497.

[8] Ackard DM，Richter S，Frisch MJ，et al. Eating disorder treatment among women forty and older：increases in prevalence over time and comparisns to young adult patients［J］. J Psychosom Res，2013，74（2）：175－178.

[9] 董兴鲁，文玉敏，曲淼．大学生焦虑障碍与中医体质关系研究进展［J］．现代中医临床，2014，05：55－57.

[10] 赵宏波，李娜，李晓娟，等．中医分型辨治广泛性焦虑障碍及病案举隅［J］．环球中医药，2014，02：138－140.

[11] 基于个体化的广泛性焦虑障碍中医临床实践指南［J］．世界睡眠医学杂志，2016，02：80－94.

[12] 罗增让，张昕．焦虑理论与诊断治疗策略［M］．北京：人民卫生出版社，2015.

[13] 张勇．焦虑患者的人格、相关生活事件特征及中医证候的初步研究［D］．北京中医药大学，2009.

[14] 谢颖桢，王永炎，张勇，孙丽满．焦虑障碍中医证候的初步研究［A］．中华中医药学会内科分会、北京中医药大学东直门医院．2009 年中华中医药学会内科分会全国中医内科临床科学研究专题研讨会论文汇编［C］．中华中医药学会内科分会、北京中医药大学东直门医院：，2009：7.

[15] 杨权，张献共．焦虑障碍的诊断和治疗［M］．成都：四川科学技术出版社，2006.

[16] 美国精神医学学会，张道龙译．精神诊断与统计手册：第五版（DMS－5）［M］．北京：北京大学出版社，2016. 05.

[17] 黄明生，刘协和．精神疾病诊疗手册：第二版［M］．北京：人民卫生出版社，2010. 12.

[18] 郝伟，于欣，徐一峰．精神科疾病临床诊疗规范教程［M］．北京：北京大学医学出版社，2009. 04.

[19] 王祖承，谢斌，方怡儒．精神疾病诊断学［M］．上海：上海科学技术出版社，2006. 12.

[20] 郑蔚，刘海静，祁静，等．针刺配合音乐疗法治疗广泛性焦虑症疗效观察．上海针灸杂志，2013，32（11）：897－898.

[21] 刘海静，罗文政，梅尚英．针刺治疗广泛性焦虑症的疗效观察．广州中医药大学学报，2007，24（2）：119－122.
[22] 张涛，邵沛，陈妙．针药结合治疗焦虑症35例临床观察．针灸临床杂志，2006，22（12）：13－14.
[23] 沈莉，颜红，冯辉．针药结合治疗广泛性焦虑症临床观察．上海针灸杂志，2007，26（3）：3－4.
[24] Wang Zhiling，Li Yuhong，Lin Hong. Acupuncture Treatment of Generalized Anxiety Disorder. Journal of Traditional Chinese Medicine，2006，26（3）：170－171.
[25] 程莘农．《中国针灸学》［M］．北京：人民卫生出版社，1964.
[26] 石学敏．《针灸治疗学》［M］．北京：人民卫生出版社，2001.
[27] 汪瑜菡，陈立伟．针刺五脏俞穴鬼穴治疗广泛性焦虑障碍临床对照研究．四川中医，2012，30（3）：114－116.
[28] 陈颖，范竹青．电针结合耳穴放血治疗轻中度广泛性焦虑障碍的随机对照研究．现代医药卫生，2013，29（13）：1928－1930.
[29] 范长河，梁忠新，黄义福，钟天平．电针联合帕罗西汀治疗广泛性焦虑症的效果．广东医学，2014，35（23）：3742－3744.
[30] 王超英，梁建平，罗和春，赵学英．电针与美抒玉治疗焦虑症临床疗效对照观察．北京中医药大学学报（中医临床版）.2003，10（2）：37－39.
[31] 张洪，曾征，邓鸿．音乐电针治疗焦虑症157例．上海针灸杂志，2002，21（1）：22－23.
[32] 朱兆洪，丁柱．皮内针治疗对焦虑症患者睡眠和情绪状态的影响．辽宁中医药大学学报，2013，15（6）：195－197.
[33] 廖鹏飞，车德亚，黄维亮，等．皮内针配合耳穴压丸治疗广泛性焦虑障碍临床观察．山西中医，2016，32（9）：30－31.
[34] 常秀芹．心理疏导联合耳穴贴压治疗老年焦虑症患者的疗效观察．上海针灸杂志，2015，37（5）：389－390.
[35] 陈颖，范竹青．电针结合耳穴放血治疗轻中度广泛性焦虑障碍的随机对照研究．现代医药卫生，2013，29（13）：1928－1930.
[36] 程坤，颜红，张军平．综合疗法治疗惊恐障碍30例临床疗效观察．天津中医药，2012，29（5）：443－444.
[37] 钱洁，罗刚．针刺治疗惊恐发作的临床观察．北京中医药，2009，28（12）：956－957.
[38] 程坤，沈莉，颜红．针刺为主结合心理疗法治疗惊恐障碍21例．中国中医急症，2007，16（5）：609－610.
[39] 孔莉．针药结合治疗惊恐障碍50例．光明中医，2012，27（4）：748－750.
[40] 宋薇薇，晏兰，周虎．电针与帕罗西汀治疗惊恐障碍的临床疗效．药学实践杂志，2014，32（5）：376－378.
[41] 李惠兰，倪晓春．焦虑障碍的心理康复探讨．现代康复，2001，5（12）：88.