

·共识与规范·

抑郁障碍中医药诊疗指南

滕晶¹, 齐向华², 丁晓², 刘奇², 康晨², 李甲民², 闫伟²

(1. 山东中医药大学, 山东 济南 250355; 2. 山东中医药大学附属医院, 山东 济南 250014)

[摘要] 抑郁障碍以持久的心境低落为主要特征, 患病率高、复发率高、致残率高。中医药治疗抑郁障碍的目标包括提高治愈率、生存质量和预防复发, 强调全面重视躯体和心理因素。然而, 中医药对抑郁障碍的诊疗指南多从脏腑辨证入手, 对心理紊乱状态的诊疗研究尚不充分。因此, 本团队结合临床实际与专家讨论, 给出并优化中医药治疗抑郁障碍的措施, 达成专家共识, 以期更好地为临床医生合理、安全指南中医治疗提供参考, 提高抑郁障碍患者的治愈率, 促进抑郁障碍患者的快速康复。

[关键词] 抑郁障碍; 中医药; 临床诊疗指南; 心理状态

[中图分类号] R277.7

[文献标志码] A

[文章编号] 0257-358X(2026)01-0001-06

DOI: 10.16295/j.cnki.0257-358x.2026.01.001

Guidelines for Traditional Chinese Medicine Diagnosis and Treatment of Depressive Disorders

TENG Jing¹, QI Xianghua², DING Xiao², LIU Qi², KANG Chen², LI Jiamin², YAN Wei²

(1. Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250355, China; 2. Affiliated Hospital of Shandong University of Traditional Chinese Medicine, Jinan 250014, China)

Abstract Depressive disorders are mainly characterized by persistent depressed mood, with a high prevalence, recurrence rate and disability rate. The goals of traditional Chinese medicine (TCM) in treating depressive disorders include improving the cure rate, quality of life and preventing recurrence, emphasizing comprehensive attention to both physical and psychological factors. However, the diagnosis and treatment guidelines for depressive disorders in TCM mostly start from the differentiation of zang-fu organs, while the research on the diagnosis and treatment of psychological disorders is still insufficient. Therefore, our team, based on clinical practice and through discussions with experts, has proposed and optimized measures for the treatment of depressive disorders with TCM and reached an expert consensus, in order to provide a better

reference for clinicians to rationalize and standardize TCM treatment, so as to improve the cure rate of patients with depressive disorders and promote the rapid recovery of patients with depressive disorders.

Keywords depressive disorder; traditional Chinese medicine; clinical diagnosis and treatment guidelines; psychological state

[收稿日期] 2025-04-17

[基金项目] 山东标准化协会研究课题(编号:SDAS2412); 山东省中西医结合专病防治项目(编号:YXH2019ZXY006); 山东省中医药科技项目(编号:ZT20241853); 国家中医药管理局第五批全国中医临床优秀人才研修项目(批文号:国中医药人教函[2022]1号); 齐鲁医派中医学术流派传承项目(批文号:鲁卫函[2022]93号)

[作者简介] 滕晶, 教授, 博士研究生导师, 主要从事脉诊的临床研究。邮箱: 60170099@sducm.edu.cn。

抑郁障碍是一种由多种原因引发的,以显著而持久的心情低落为主要表现的心境障碍。患者通常会有忧郁、焦虑、悲伤、恐惧或愤怒等情绪经历,且病情的反复往往与各种因素引起的情绪波动有关。抑郁障碍的特点是患病率高、复发率高、致残率高^[1]。据统计,中国成人的抑郁障碍终身患病率为6.8%。然而,在中国,仅有9.5%的患者曾经接受过医疗服务,其中真正获得充分治疗的比例仅为0.5%^[2-6]。抑郁障碍的发病机制相对复杂,主要有单胺类神经递质表达异常、神经炎症、线粒体稳态异常等^[7]。国内外的相关指南均指出,抑郁障碍的治疗目标在于提高临床治愈率、改善生活质量和预防复发,强调在抑郁障碍的诊断与治疗过程中需要全面关注患者的生理和心理健康^[8]。心理因素在抑郁障碍的发展中起着至关重要的作用。目前,中医药在抑郁障碍治疗方面的研究多侧重于脏腑功能失调及其所引发的身体症状,但对基于心理失衡视角的抑郁障碍诊治研究仍然不够充分^[9-15]。本指南由山东标准化协会正式立项,基于循证医学证据和专家共识研制发布,旨在构建标准化中医药抑郁障碍诊疗体系。作为综合性医疗机构中医师、全科医师及相关从业者的临床实践参考,指南创新性地整合中医脏腑辨证与情志病机理论,形成“形神同调”的诊疗范式。通过指南辨证路径与处方策略,重点解决临床实践中存在的诊疗标准不统一、药物配伍欠合理等问题,有效控制抑郁发作的严重程度与复发频率。本指南强调生理-心理双重干预机制,在改善躯体症状的同时注重情志调摄,系统收录经方验方及特色非药物疗法。通过优化中医药资源配置方案,建立风险预警指标体系,可显著提升处方精准度,降低不合理用药发生率,为构建具有中医特色的抑郁障碍全程管理方案提供依据。

1 范围

本文件规定了抑郁障碍中医药诊断、治疗以及疗效评价等内容。适用于轻度、中度抑郁障碍以及重度抑郁障碍恢复期的中医药诊疗。

2 指南性引用文件

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。其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件:

T/SDAS 709“系统辨证脉学”脉诊技术指南。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

抑郁障碍是指以心境低落、精力不济、全身疲劳、兴趣或愉快感丧失为核心症状,并伴随自责内疚、价值感缺失、注意力分散、思维迟滞、睡眠障碍、食欲不振或体质量下降,严重者可出现自杀观念和行為等多种精神症状和躯体症状的疾病。

4 诊断与辨证

4.1 临床诊断

4.1.1 诊断

在2周内出现与以往不同的明显改变,表现为表1所示症状中的5项及以上,且其中至少1项为序号1或序号2的症状。

注:不包括明显由于一般躯体情况或者与心境协调的妄想幻觉所致的症状。

4.1.2 抑郁障碍程度划分

根据表2所示的抑郁障碍症状,可将抑郁障碍程度划分为以下三种。

轻度抑郁:存在至少2条典型症状以及至少2条常见症状。

中度抑郁:存在至少2条典型症状以及至少3条常见症状。

重度抑郁:存在至少3条典型症状以及至少4条常见症状。

4.2 辨证

4.2.1 辨证原则

同时对患者的脏腑气血和心理状态进行判断,前者采用脏腑辨证的方法,后者依据相关量表和系统辨证脉学,脉象判断符合T/SDAS 709规定。

4.2.2 脏腑辨证分型诊断

4.2.2.1 诊断条件

患者确诊为抑郁障碍,同时具备至少2项主症状以及2项兼症症状,且症状持续至少2周,即诊断为该证型。

4.2.2.2 辨证分型

4.2.2.2.1 心胆气虚证

主症:情绪不宁,胆怯恐惧,心中惕惕不安,自卑绝望,失眠多梦,易惊醒。

兼症:头晕,胸闷,气短,自汗,倦怠乏力,小便清长。

舌脉:舌淡、苔薄白,脉沉细或细而无力。

4.2.2.2.2 肝郁脾虚证

主症:精神抑郁,情绪不宁,善太息,纳食不香,疲乏无力,腹痛欲泻,泻后痛减。

兼症:胸腹胀满,胸闷,肠鸣矢气。

表1 抑郁障碍诊断症状

序号	症状
1	几乎每天大部分时间都心境抑郁,可以是主观的体验(如感到悲伤或空虚),也可以是由他人观察到的情况(如看到在流泪);儿童或青少年,可能是心境激惹
2	几乎每天大部分时间,对于所有或几乎所有活动的兴趣都显著减低
3	显著的体质量减轻(未节食)或体质量增加(1个月内体质量变化超过原体质量的5%),或几乎每天食欲减退或增加;儿童则为未达到应增体质量
4	几乎每天失眠或嗜睡
5	几乎每天精神运动性激越或迟缓(由他人观察到的情况,不仅是主观体验到坐之不安或缓慢下来)
6	几乎每天疲倦乏力或缺乏精力
7	几乎每天感到生活没有价值,或过分不合适的自责自罪(可以是妄想性的程度,不仅限于责备自己患了病)
8	几乎每天感到思考或集中思想的能力减退,或者犹豫不决(或为自我体验,或为他人观察)
9	反复想到死亡(不只是怕死),想到没有特殊计划的自杀意念,或者想到某种自杀企图或一种特殊计划以期实行自杀

注:所列症状不符合混合发作(同时表现出抑郁症状和躁狂或轻躁狂症状)的标准;所列症状使患者产生了明显的痛苦烦恼,或社交、职业及其他重要方面的功能缺损;所列症状并非由于某种物质(如滥用药物或治疗药品)或一般躯体性情况(如甲状腺功能亢进症)所致的直接生理性效应;所列症状不可归因于离丧,即在失去所爱后出现这些症状持续2个月以上,其特点为显著的功能缺损、病态地沉湎于生活无价值、自杀意念、精神病性症状或精神运动性迟缓。

表2 抑郁障碍程度划分症状

典型症状	常见症状
1.心境低落	1.集中注意的能力降低
2.兴趣或愉快感丧失	2.自我评价降低
3.精力不济或疲劳感	3.自罪观念和无价值感
	4.认为前途暗淡悲观
	5.自杀的行为、观念
	6.睡眠障碍
	7.食欲下降

注:病程持续时间达到2周以上。

舌脉:舌质淡、舌苔白,脉弦细或弦滑。

4.2.2.2.3 肝郁肾虚证

主症:情绪低落,忧愁善感,善忘,神疲乏力,胁肋隐痛,腰膝酸软,不耐劳烦。

兼症:头晕,耳鸣,身热汗出、潮热面红,阳痿,月经紊乱,不孕。

舌脉:舌暗淡、苔白,脉沉细弱或沉弦。

4.2.2.2.4 心脾两虚证

主症:心情低落,善思多虑,心悸怔忡,失眠多梦,食少,腹胀便溏,头晕目眩,健忘,面色淡白,烦劳则甚。

兼症:悲伤欲哭,男子遗精、阳痿,女子月经量少色淡、淋漓不尽,眼睑振跳。

舌脉:舌质淡嫩、舌苔白,脉细弱。

4.2.2.2.5 肝胆湿热证

主症:烦躁,失眠,口苦,胁肋胀痛或胁下有痞

块,纳呆,尿黄,厌油腻。

兼症:厌食,腹胀,睾丸肿痛,外阴湿疹,带下黄臭。

舌脉:舌质红、舌苔黄腻,脉弦数或滑数。

4.2.2.2.6 心肾不交证

主症:心中烦躁,心悸,失眠多梦,健忘,腰膝酸软,头晕,耳鸣,性欲减退,梦遗。

兼症:五心烦热,甚至潮热、盗汗,口干咽燥,便结尿黄。

舌脉:舌质红、舌苔剥或无苔,脉细数或脉沉细无力。

4.2.3 心理紊乱状态诊断

4.2.3.1 诊断条件

患者具备2项主症症状以及至少2项兼症症状,且症状持续至少2周,即诊断为该心理紊乱状态。

4.2.3.2 状态类型

4.2.3.2.1 惊悸不安状态

主症:心中阵阵发慌,紧缩感,坐立不安,多疑多虑,易被惊吓。

兼症:六神无主,因无力感而时常哭泣,心虚怕见生人,不能独处。

舌诊:舌质淡,舌苔白。

脉象:细、刚、疾、动、直。

4.2.3.2.2 郁闷不舒状态

主症:情绪低落,无缘无故叹气,易怒,失眠多梦。

兼症:头部发胀,肩背紧痛,胁腹胀满,多性格内

向,或有情志内伤史。

舌诊:舌质暗红透紫,舌苔白。

脉象:粗、涩、曲、沉、短。

4.2.3.2.3 精神萎靡状态

主症:心境低落,兴趣降低,精神困倦,思维迟滞,懒言少动。

兼症:腰酸胀或痛,气短无力,肢体倦怠,心慌等。

舌诊:舌质淡,舌苔白。

脉象:怠、缓、深、短。

4.2.3.2.4 思虑过度状态

主症:多思多虑,不自主叹气,胸闷心悸,头昏沉或胀。

兼症:神呆行迟,易忘事,纳呆腹胀,咽痛,四肢有难以表达的不适感觉,如麻木、沉重。

舌诊:舌边白涎线。

脉象:刚、细、敛、曲、动。

4.2.3.2.5 烦躁焦虑状态

主症:烦乱不宁,躁动不安,急躁易怒,入睡困难,头晕目眩。

兼症:呼吸不畅,自我感觉身体阵阵发热,口干燥而渴。

舌诊:舌质红,舌苔少。

脉象:疾、数、动、高、短。

5 治疗

5.1 治疗原则

轻度抑郁障碍患者症状比较轻微,社会功能无缺损或轻度缺损,可根据辨证论治改善核心症状。

中度抑郁患者可在常规治疗的基础上,结合中医辨证论治,主要治疗抑郁障碍核心症状,减轻西药不良反应,提高抗抑郁疗效。

重度抑郁障碍患者向中度、轻度抑郁好转阶段,病情比较稳定,但患者残余症状仍迁延不愈,可继续以中医辨证论治为主,促进治愈并防止其复发。

5.2 中药辨证论治

5.2.1 心胆气虚惊悸不安状态

治法:补心温胆,安神定惊。

方药:补心温胆定惊方[人参(单煎)9 g、茯苓9 g、茯神9 g、远志12 g、石菖蒲9 g、龙骨(先煎)30 g、当归21 g、白芍18 g、白术18 g、天麻10 g、钩藤(后下)12 g、杜仲9 g、桑寄生9 g、夜交藤9 g、炙甘草6 g]。

加减:头晕目眩、乏力气短,心气虚损者,重用补心参15 g;失眠、健忘、面色无华,心血不足者,加阿胶

6 g、制何首乌3 g、龙眼肉15 g;心悸烦闷、精神抑郁,兼心气郁结者,加柴胡6 g、郁金6 g、合欢皮15 g;心悸较重者,加磁石3 g、珍珠母3 g。

5.2.2 肝郁脾虚郁闷不舒状态

治法:疏肝健脾,解郁舒闷。

方药:疏肝健脾解郁方(柴胡15 g、白芍18 g、当归21 g、白术12 g、茯苓15 g、防风12 g、荆芥12 g、清半夏9 g、陈皮9 g、枳壳15 g、党参12 g、炙甘草9 g)。

加减:胁痛甚,可加青皮9 g、郁金6 g、木香6 g、延胡索3 g、川楝子6 g;口干口苦、烦躁易怒、溲黄便秘,气郁化火者,可选用黄芩3 g、夏枯草3 g;若兼见胃失和降、恶心呕吐者,可加旋覆花9 g。

5.2.3 肝郁肾虚郁闷不舒状态

治法:滋肾平肝,解郁舒闷。

方药:滋肾平肝解郁方(柴胡12 g、防风15 g、枳壳15 g、生地黄10 g、栀子9 g、郁金12 g、牡丹皮9 g、山茱萸10 g、当归9 g、白芍15 g、泽泻9 g、五味子6 g、炙甘草6 g)。

加减:畏寒肢冷、小便频数,阳虚甚者,酌加附子3 g、肉桂12 g、补骨脂9 g、淫羊藿6 g、鹿角胶3 g;五心烦热、颧红、口燥咽干,阴虚甚者,加熟地黄6 g、知母6 g;若气短、呼多吸少,动则为甚,肾失潜纳,加蛤蚧3 g、胡桃肉3 g、沉香6 g。

5.2.4 心脾两虚精神萎靡状态

治法:养心健脾,提神振萎。

方药:养心健脾振萎方[炙黄芪30 g、人参(单煎)10 g、白术10 g、升麻6 g、柴胡12 g、茯苓10 g、龙眼肉20 g、当归10 g、木香6 g、远志12 g、炒酸枣仁20 g、巴戟天10 g、炙甘草6 g]。

加减:纳呆、便溏者,加薏苡仁6 g、白扁豆6 g、泽泻6 g;若血虚较甚,面色萎黄、唇舌色淡者,可加熟地黄6 g、阿胶3 g;兼见失眠、健忘者,可酌加柏子仁12 g、首乌藤3 g、龙骨3 g、牡蛎3 g。

5.2.5 心脾两虚思虑过度状态

治法:养心健脾,解思定虑。

方药:养心健脾定虑方(炙黄芪30 g、党参18 g、白术12 g、龙眼肉18 g、炒酸枣仁15 g、清半夏9 g、厚朴12 g、防风12 g、紫苏叶15 g、茯神15 g、当归15 g、白芍20 g、远志12 g、木香9 g、炙甘草6 g)。

加减:心胸郁闷、情志不舒者,可加郁金6 g、香附3 g、佛手6 g;胸脘痞闷、噎气、苔腻者,可加香附6 g、佛手12 g、苍术9 g;烦躁、口苦、舌红苔黄腻,化热者,

加竹茹3 g、瓜蒌仁9 g、黄连3 g;脘腹胀满、饮食难消者,加神曲6 g、谷芽9 g、麦芽9 g。

5.2.6 肝胆湿热烦躁焦虑状态

治法:清利肝胆,清躁除烦。

方药:清利肝胆除烦方[龙胆6 g、黄芩10 g、黄连9 g、栀子10 g、当归20 g、生地黄10 g、柴胡12 g、泽泻10 g、珍珠母(先煎)30 g、龙骨(先煎)30 g、琥珀粉(冲服)3 g、甘草6 g]。

加减:胸胁胀满、咽有异物感者,加半夏3 g、厚朴3 g、紫苏叶6 g;胸闷胁胀、善叹息者,加香附6 g、郁金6 g、佛手12 g;大便不通、腹胀腹满者,加大黄3 g、芒硝3 g;脘腹痞胀、纳呆乏力者,可加白术12 g、茯苓6 g、薏苡仁6 g。

5.2.7 心肾不交烦躁焦虑状态

治法:交通心肾,清躁除烦。

方药:交通心肾除烦方[黄连6 g、阿胶(烊化)12 g、白芍20 g、磁石(先煎)30 g、肉桂6 g、陈皮12 g、白术10 g、柏子仁20 g、炒酸枣仁20 g、甘草6 g]。

加减:口渴、尿少、舌干者,可加沙参9 g、石斛6 g;心烦多梦者,加朱砂(研末冲服)9 g、龙骨6 g、龙齿3 g;心悸、惊惕不安者,加牡蛎3 g、朱砂(研末冲服)3 g;大便干燥者,加玄参9 g、肉苁蓉9 g、火麻仁6 g。

6 疗效评价

6.1 评价要求

辨证治疗前后各评定1次,根据结果作出临床痊愈、显效、好转、无效的评定。

愈、显效、好转、无效的评定。

6.2 评价内容

6.2.1 心理健康状态

使用汉密尔顿抑郁量表-17(HAMD-17)对心理健康状态进行评价。

6.2.2 中医证候

中医证候疗效评价量表应符合抑郁障碍心胆气虚型证候积分表、抑郁障碍肝郁脾虚型证候积分表、抑郁障碍肝郁肾虚型证候积分表、抑郁障碍心脾两虚型证候积分表、抑郁障碍肝胆湿热型证候积分表、抑郁障碍心肾不交型证候积分表。

6.2.3 中医心理紊乱状态

中医心理紊乱状态评价量表应符合中医惊悸不安状态评定量表、中医烦躁焦虑状态评定量表、中医精神萎靡状态评定量表、中医郁闷不舒状态评定量表、中医思虑过度状态评定量表。

6.3 评价方法

按照尼莫地平法评定。

减分率=
$$\frac{\text{治疗前积分} - \text{治疗后积分}}{\text{治疗前积分}} \times 100\%$$

对于临床观察到的额外获益,可进行描述性疗效评价。

6.4 评价结果

疗效评价结果参见表3。

表3 临床疗效评价表

病情变化	评分	评价结果
患者抑郁障碍状基本消失,兴趣提高、疲乏感消失,睡眠改善,自我评价提高,社会功能改善	减分率大于等于75%或HAMD-17评分小于7分	痊愈
患者抑郁障碍状改善,兴趣有所提高,疲乏感减轻,睡眠改善,自我评价提高,社会功能改善	减分率大于等于50%且小于75%	显效
患者抑郁障碍状减轻,兴趣稍有提高,疲乏感有所减轻,睡眠改善,自我评价有所提高	减分率大于等于25%且小于50%	好转
患者抑郁障碍症状、体征改变不明显或加重,或出现自伤、自杀等行为	减分率小于25%	无效

注:HAMD-17为汉密尔顿抑郁量表-17。

备注:①本指南主要根据抑郁障碍患者的心里紊乱状态进行中医药辨治,心理紊乱状态由本团队提出并经过临床验证,不属中医病名、病因病机范围。②本指南主要强调抑郁障碍患者的中药治疗,故未提及非药物疗法。

[参考文献]

[1] 滕晶,张玺震. 基于《脾胃论》思想探析抑郁症[J]. 山东中医杂志,2023,42(6):541-544.
[2] 马雯璐,杜晓林. 从“胆气春升”探析卒中后抑郁[J]. 山

东中医药大学学报,2025,49(1):26-30.
[3] 赵邓,刘研,王健,等. 五行音乐联合针刺对卒中后抑郁患者运动功能及抑郁情绪的影响[J]. 山东中医杂志,2022,41(5):529-533,551.
[4] 李海涛,徐美玲,徐向青. 卒中后焦虑抑郁共病病机及异病同治治法探讨[J]. 山东中医药大学学报,2023,47(5):603-606.
[5] 徐茂青,玄进,徐唱,等. 中医从“双心”理论治疗冠状动脉粥样硬化性心脏病伴焦虑、抑郁研究概况[J]. 山东中医药大学学报,2021,45(6):849-854. (下转第16页)

关键也在思维,并开创性地提出“复杂性辨证思维”的概念。所谓复杂性辨证思维,首先就是要摒弃常规常法。因为疑难病之所以疑难,必定是常规常法治疗后失败了。因此,要在辨证和治疗中综合运用常变观、恒动观、整体观等思维,即复杂性辨证思维,才能在千变万化的疾病面前,拨开症状的重重迷惑,找到攻克疑难病的法门。例如姜教授擅长治疗肝胆病,根据慢性肝炎、肝硬化、肝癌的客观演变规律,运用整体性、动态性辨证思维,提出“肝病两段用药”,即气分证时提前用血分药,瘀血证时提前用解毒药^[16],临床证实具有截断病程,寓治于防的作用,说明了思维方式对于辨治疑难病的重要性。

9 结束语

本文依据李克绍先生及其代表性传承人的学术观点、优势病种诊疗技术、用药规律,将齐鲁伤寒流派辨治疑难病的特色总结为以上8个方面。本文深入系统地挖掘流派学术特色,将对提高临床医师辨治疑难病的水平大有裨益。

【参考文献】

- [1] 冯志红,黄海霞,王涛,等. 疑难病例讨论在临床教学中的运用[J]. 医学教育管理,2017,3(1):60-63.
- [2] 王一茗,郭栋. 姜建国治疗慢性萎缩性胃炎经验[J]. 国际中医中药杂志,2021,43(9):916-919.
- [3] 于金振,司国民. 司国民基于厥阴病治疗郁病经验[J]. 山东中医杂志,2022,41(9):990-993.
- [4] 于金振,司国民. 司国民从太阳病论治早泄经验[J]. 山东中医杂志,2023,42(5):505-509.
- [5] 尚云冰,曾国书,娄政驰. 姜建国治疗不孕症经验[J]. 长春中医药大学学报,2014,30(1):56-58.
- [6] 夏明月. 基于中医传承辅助平台探究司国民教授治疗心悸的用药规律[D]. 济南:山东中医药大学,2023.
- [7] 吴琰. 姜建国以伤寒理法辨治脾胃病的经验[D]. 济南:山东中医药大学,2016.
- [8] 方圆之. 基于中医传承辅助系统分析于俊生教授治疗慢性肾小球肾炎经验[D]. 济南:山东中医药大学,2021.
- [9] 刘茹雪,史宏硕,司国民. 司国民治疗小儿抽动障碍用药规律分析[J]. 山东中医杂志,2021,40(7):719-723.
- [10] 闫方杰,姜璐,姜侠. 基于中医传承辅助平台的李克绍临证用药规律分析[J]. 吉林中医药,2019,39(1):105-108.
- [11] 尚云冰,于宜平. 50例变应性鼻炎中医辨治经验[J]. 中国医学文摘(耳鼻喉科学),2022,37(3):10,1-2.
- [12] 陈哲,赵哲,丁玉洁,等. 丁元庆中风病机理论阐释与临证经验总结[J]. 中国中医基础医学杂志,2022,28(6):872-874,918.
- [13] 张兆云,王庆福,安迪光. 论仲景学说对现代难治病症诊疗的指导意义[J]. 国医论坛,1988,9(1):12-13.
- [14] 曲夷. 姜建国对体外受精-胚胎移植术配合中药干预临床经验[J]. 山东中医杂志,2015,34(9):710-712.
- [15] 崔利荣. 参苓益智颗粒治疗轻中度血管性痴呆脾两虚证的临床研究[D]. 济南:山东中医药大学,2020.
- [16] 尚云冰,曾国书. 《伤寒论》预防思维特色及临床运用[J]. 山西中医,2013,29(8):31-32.
- [6] 王依倩,袁春雨,焦洋,等. 针刺治疗卒中后抑郁的疗效及安全性系统评价[J]. 山东中医杂志,2021,40(5):464-470.
- [7] 李超,李继安,田朝阳,等. 中医药调节HPA-HPT-HPG轴治疗抑郁症的研究进展[J]. 中国比较医学杂志,2024,34(12):102-110.
- [8] 齐向华. 思虑过度状态辨治析要:现代中医心理视角下的思虑致病理论及实践[M]. 北京:人民军医出版社,2011:21-22.
- [9] 齐向华,滕晶. 惊悸不安状态辨治析要:现代中医心理视角下的惊悸不安状态理论及实践[M]. 北京:人民军医出版社,2013.
- [10] 齐向华,滕晶. 郁闷不舒状态辨治析要:现代中医心理视角下的郁闷不舒状态理论及实践[M]. 北京:人民军医出版社,2014.
- [11] 齐向华,滕晶. 精神萎靡状态辨治析要:现代中医心理视角下的精神萎靡状态理论及实践[M]. 北京:人民军医出版社,2014.
- [12] 齐向华,滕晶. 烦躁焦虑状态辨治析要:现代中医心理视角下的烦躁焦虑状态理论及实践[M]. 北京:人民军医出版社,2014.
- [13] 陈君臻,滕晶. 郁闷不舒状态临床脉势分析[J]. 山东中医杂志,2017,36(10):898-899.
- [14] 李春林,李博文,孙真. rs-fMRI在针刺改善中医烦躁焦虑状态研究中的应用现状[J]. 山东中医杂志,2023,42(6):658-664.
- [15] 刘晓彤,丁晓,齐向华,等. 烦躁焦虑状态中风辨治探讨[J]. 山东中医药大学学报,2021,45(6):738-741,756.

(上接第5页)