ICS 03.080.99
CCS A 12

T/CS

团 体 标 准

T/CS 191—2025

睡眠障碍五行音乐疗法技术规范

Technical specification for Five Elements music therapy for sleep disorders

2025－12－01 发布 2025－12－01 实施

中国商品学会 发 布

目　　次

前言 II
1　范围 1
2　规范性引用文件 1
3　术语和定义 1
4　基本要求 1
5　治疗要点 2
6　治疗过程健康指导 2
7　治疗效果和疗效观察 3
附录 A（资料性）　五行音乐调式与五脏功能 8
附录 B（资料性）　睡眠障碍常用主观评估量表 9
附录 C（资料性）　核心睡眠监测指标及临床意义 10
附录 D（资料性）　睡眠障碍治疗疗效等级判定标准 11
参考文献 12

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。

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。

本文件由中南大学湘雅医院提出。

本文件由中国商品学会归口。

本文件起草单位：中南大学湘雅医院、中南大学湘雅医院江西医院、中南大学湘雅三医院、湘雅博爱康复医院、江西省人民医院、南昌市洪都中医院、北京联合利来企业管理有限公司。

本文件主要起草人：王保祥、匡栩源、潘伊枝、覃罡、段彬、刘畅、李萍、杜耀婷、王玲、谢桂、范金余。

睡眠障碍五行音乐疗法技术规范

1 范围

本文件规定了睡眠障碍五行音乐疗法的基本要求、治疗要点、治疗过程健康指导、治疗效果和疗效观察。

本文件适用于五行音乐在睡眠障碍方面的应用。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

五行音乐疗法

通过音乐声波与所属脏腑经络的共振以达到调节脏腑阴阳、通畅气血、调畅情志的作用，最终帮助人体达到“阴平阳秘，精神乃治”的身心平衡状态的音乐治疗方法。

注：古人五音中每一音都对应了五行中的一行，宫对土，商对金，角对木，徵对火，羽对水。

4 基本要求

4.1 音乐选择

4.1.1 应结合患者的文化背景、生活习惯、个人喜好等选择音乐，依据《黄帝内经》五行音乐理论与医学融合编创的五行音乐库进行筛选。

4.1.2 根据中医五行理论，音乐调式应与五脏功能匹配，详见附录 A。

4.1.3 根据五行生克关系，可选择“补母”或“泻子”调式。

4.2 人员

治疗师应满足下列条件：

——专业背景：具备音乐治疗或相关领域的专业背景，拥有音乐治疗专业的学士、硕士或博士学位；

——执业资格：通过相关行业协会或政府部门的考核，获得执业资格证书；

——中医知识：学习和掌握五行学说、脏腑理论等中医基础理论；

——临床经验：具备临床经验，熟悉睡眠障碍的特点及基本治疗方法，能根据患者的具体症状和需求制定个性化的治疗方案；

——继续教育和培训：定期参加继续教育和专业培训；

——伦理和道德：遵守相关的伦理和道德规范，尊重患者的隐私和权益；

——文化理解：理解中国传统文化和五行理论；

——沟通与协作能力：具备良好的沟通能力和团队协作精神，能够与患者、家属及其他医疗专业人员有效沟通。

4.3 聆听环境

4.3.1 应选择安静、温湿度适宜、光线柔和的环境进行音乐治疗，避免外界干扰。

4.3.2 治疗环境宜配备绿色植物、暖色调灯光等以增强疗效。

4.4 聆听设备

4.4.1 应给患者使用单人专用耳机聆听五行音乐，音量宜控制在 40 dB～60 dB，安神类音乐宜低于 35 dB。

4.4.2 宜使用 MP3 播放器播放五行音乐，播放的五行音乐应为无音效失真情况的无压缩格式。

5 治疗要点

5.1 时间和频率

5.1.1 宜在下列时段播放五行音乐进行治疗：

——肝（角音）：19:00～23:00（阴气旺盛时）；

——心（徵音）：21:00～23:00（子时前平复心神）；

——脾（宫音）：进餐时或餐后 1 h 内；

——肺（商音）：15:00～19:00（肺气最旺时）；

——肾（羽音）：7:00～11:00（肾气升发时）。

5.1.2 每日宜聆听五行音乐 2～3 次，每次时长宜为 30 min。

5.1.3 连续治疗宜将 20 次作为一个疗程。

5.2 个性化调整

5.2.1 体质与病情匹配

应根据患者体质及症状选择音乐调式。

5.2.2 曲目灵活切换

治疗过程应避免重复播放单一曲目，可混合调式。

6 治疗过程健康指导

6.1 心理干预

6.1.1 应指导患者在接受五行音乐治疗期间保持稳定的情绪，避免负面情绪的影响。

6.1.2 宜通过中医情志理论，结合现代心理疗法，帮助患者调节情绪状态。

6.2 生活指导

6.2.1 应指导患者合理饮食，保持规律作息。

6.2.2 应指导患者根据身体状况和医生建议进行适当的锻炼。

7 治疗效果和疗效观察

7.1 主观睡眠指标评估

7.1.1 匹兹堡睡眠质量指数（PSQI）

7.1.1.1 从下列 7 个维度评估近 1 个月睡眠质量：

——睡眠质量；

——入睡时间；

——睡眠时间；

——睡眠效率；

——睡眠障碍；

——催眠药物；

——日间功能障碍。

7.1.1.2 每个维度按 0 分～3 分计分，总分 ≥8 分表示睡眠障碍。

7.1.1.3 治疗后 PSQI 降低 ≥50% 表示临床显著改善。

7.1.2 失眠严重指数量表（ISI）

每 2 周量化评估失眠严重程度：

——轻度失眠：8 分～14 分；

——中度失眠：15 分～21 分；

——重度失眠：22 分～28 分。

7.1.3 睡眠日志

患者连续记录不少于 7 d 的核心睡眠参数，包括：

——睡眠潜伏期（SOL）：从关灯到入睡时间；

——总睡眠时间（TST）：整夜实际睡眠总时长；

——觉醒后清醒时间（WASO）：夜间觉醒后保持清醒的总时间；

——睡眠效率（SE）：（总睡眠时间/卧床时间）×100%；

——症状量化评估，总分 ≥9 分表示重度睡眠障碍：

- 失眠多梦：按频率和影响程度计分（0 分～6 分）；
- 日间疲劳：根据对日常活动影响程度分级（0 分～3 分）；
- 心烦懊恼：按情绪困扰程度评分（0 分～3 分）。

7.1.4 主观评估量表

睡眠障碍常用主观评估量表见附录 B。

7.2 客观睡眠指标监测

7.2.1 多导睡眠图（PSG）

从下列多维度评估睡眠结构：

——睡眠分期比例：N1、N2、N3 及快速眼动睡眠（REM）期占比变化；

——觉醒指数（AI）：每小时觉醒次数；

——呼吸事件指数：呼吸暂停低通气指数（AHI）是阻塞性睡眠呼吸暂停（OSA）的核心疗效指标；
——肢体运动指数：睡眠周期性肢体运动（PLMS）＞15 次/h 表示周期性肢体运动障碍。

7.2.2 体动记录监测

通过腕部传感器连续监测 7 d～14 d，提供家庭环境下的客观数据：
——睡眠-觉醒节律：直观显示昼夜节律模式；
——实际睡眠时间：与主观报告对比，识别睡眠状态感知偏差，实际睡眠时间通常比主观感受长 30% 以上；
——睡眠规律性指数：评估作息时间变异度。

7.2.3 便携式呼吸监测

针对睡眠呼吸障碍进行下列专用评估：
——夜间血氧饱和度（SpO_2）；
——鼾声强度：降低 ≥50% 表示上气道阻塞改善；
——呼吸努力度：胸腹运动协调性变化反映呼吸驱动功能。

7.3 日间功能及生活质量评估

7.3.1 神经认知功能评估

通过下列指标进行评估：
——精神运动警觉测试（PVT）：量化注意力稳定性，反映睡眠不足导致的微睡眠状态；
——工作记忆测试：N-back 任务评估执行功能改善；
——Epworth 嗜睡量表（ESS）：评估日间过度嗜睡程度，ESS＞10 分表示异常，ESS 降低≥3 分表示治疗有效。

7.3.2 情绪状态评估

通过下列指标进行评估：
——医院焦虑抑郁量表（HADS）：适用于共病情绪障碍患者；
——焦虑自评量表（SAS）：得分降低 ≥10 分表示情绪显著改善；
——抑郁自评量表（SDS）：治疗后评分降低表示改善。

7.3.3 生活质量评估

通过下列指标进行评估：
——生活质量量表（SF-36）健康调查：综合评估生理和心理健康维度；
——失眠生活质量量表（SF-12）：评估睡眠相关生活质量；
——工作出勤率：反映功能恢复。

7.4 中医症候积分

证候积分基于中医辨证论治原则，通过量化症状严重程度评估疗效。常见维度包括：
——核心睡眠症状：入睡困难、易醒、早醒等频率与程度；
——伴随躯体症状：

- 肝郁气滞型：胸胁胀满、烦躁易怒；

- 心脾两虚型：心悸健忘、食欲不振；
- 痰热扰心型：头重如裹、痰多胸闷。

——舌脉特征：如舌红苔黄（痰热型）、脉弦（肝郁型）等。

——疗效判定：

- 痊愈：积分减少 ≥75%；
- 显效：积分减少 50%～74%；
- 有效：积分减少 25%～49%；
- 无效：积分减少 ＜25%。

7.5 特殊睡眠障碍的疗效观察

7.5.1 失眠症

根据不同失眠情况分别评估不同指标：

——慢性失眠应关注睡眠知觉偏差，采用睡眠功能失调性信念与态度量表（DBAS）评估主观与客观睡眠差异；

——顽固性失眠应重点观察 γ-氨基丁酸（GABA）和谷氨酸水平变化，治疗后 GABA 水平上升表示治疗有效；

——药物依赖性失眠应监测撤药反应和反跳性失眠频率。

7.5.2 睡眠呼吸障碍

OSA 疗效的核心指标如下：

——AHI 变化；

——氧减饱和度指数（ODI）：反映夜间缺氧程度；

——觉醒指数：呼吸事件相关觉醒减少；

——COPD 相关睡眠障碍：重点监测平均外周毛细血管氧饱和度；

——新型药物评估。

7.5.3 昼夜节律失调

通过下列指标评估疗效：

——褪黑素分泌节律：褪黑素分泌起始时间（DLMO）检测；

——核心体温节律：相位偏移改善程度；

——社会时差：实际起床时间与期望时间差 ＜30 min 表示有效。

7.6 核心睡眠监测指标及临床意义

核心睡眠监测指标及临床意义见附录 C。

7.7 疗效判定标准与临床实施

7.7.1 分级疗效判定标准

采用量化综合评估法，以治疗前后症状积分变化率为核心，症状积分变化率通过疗效指数反映，疗效指数=（治疗前总分-治疗后总分）/治疗前总分×100%。睡眠障碍治疗疗效具体分为以下等级，等级判定标准见附录 D：

——临床痊愈；
——显效；
——进步；
——无效。

7.7.2 疗效观察流程

7.7.2.1 基线评估

进行下列评估工作：
——全面采集睡眠病史（病程 ≥3 个月表示慢性失眠）；
——完成 PSQI、ISI、ESS 量表；
——进行 3 d 以上睡眠日记记录；
——重度患者安排 PSG 或体动记录监测。

7.7.2.2 治疗期评估

进行下列评估工作：
——每周：睡眠日记、药物不良反应记录；
——每 2 周：ISI 动态评估，调整睡眠行为认知治疗（CBT-I）方案依据；
——第 4 周：全面量表复查，包括 PSQI、ESS、HADS。

7.7.2.3 终点评估

进行下列评估工作：
——药物治疗：4 周时进行主要终点评估；
——非药物治疗：8 周～12 周进行最终评估；
——顽固性失眠：3～6 个月系统管理。

7.7.2.4 长期随访

进行下列工作：
——治疗后 3、6、12 个月评估复发率；
——监测药物依赖性，特别关注苯二氮䓬类；
——评估生活质量持久改善情况。

7.7.3 多维度综合评价

通过下列指标进行评估：
——睡眠参数改善：PSQI/ISI 评分变化；
——共病改善：焦虑/抑郁评分降低 ≥50% 表示协同疗效；
——功能恢复：工作或学习效率的提升；
——治疗依从性：CBT-I 完成率 ＞80% 表示良好预后；
——成本效益：长期治疗的药物经济学评估。

7.8 结论与推荐建议

7.8.1 睡眠障碍疗效观察应建立多维度、分阶段、个体化的评估体系：

——标准化量表组合：推荐 PSQI+ISI+ESS 作为基础组合，每 4 周进行评估；

——客观监测指征：慢性失眠（病程 ＞3 个月）、治疗抵抗病例、疑似睡眠呼吸障碍者采用 PSG 或体动记录；

——特殊人群评估：

- 老年人加查认知功能量表（MMSE）；
- 职业司机应进行精神运动警觉性任务（PVT）测试；
- 呼吸障碍患者每 3 个月复查便携呼吸监测。

7.8.2 建立 12 个月随访计划，重点监测复发率及生活质量。

附 录 A
（资料性）
五行音乐调式与五脏功能

五行音乐调式与五脏功能对应关系见表 A.1。

表 A.1 五行音乐调式与五脏功能对应关系

音乐调式	对应脏腑	功能	推荐音乐
角音（木）	肝	疏肝解郁、缓解焦虑	《胡笳十八拍》《春风得意》等
徵音（火）	心	提振精神、改善心气不足	《紫竹调》《喜洋洋》等
宫音（土）	脾	健脾胃、调节消化功能	《十面埋伏》《春江花月夜》等
商音（金）	肺	润肺止咳、调节呼吸	《阳春白雪》《黄河》等
羽音（水）	肾	滋阴安神、缓解失眠	《梅花三弄》《二泉映月》等

附 录 B
（资料性）
睡眠障碍常用主观评估量表

睡眠障碍常用主观评估量表见表 B.1。

表 B.1 睡眠障碍常用主观评估量表

量表名称	评估维度	评分范围	临界值	评估周期
PSQI	睡眠质量、入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物、日间功能障碍	0 分～21 分	≥8 分	1 个月
ISI	失眠严重程度	0 分～28 分	≥15 分	2 周
睡眠日志	SOL、TST、WASO、SE、症状量化	连续变量	SOL＞30 min，WASO＞30 min，SE＜85%	每日记录
干眼问卷	眼部不适症状	0 分～48 分	≥7 分	即时

附 录 C
（资料性）
核心睡眠监测指标及临床意义

核心睡眠监测指标及临床意义见表 C.1。

表 C.1 核心睡眠监测指标及临床意义

指标类别	具体指标	正常范围	治疗有效标准
睡眠连续性	SOL	＜30 min	缩短 ＞50%
	WASO	＜30 min	减少 ＞50%
	AI	＜10 次/h	降低 ＞30%
睡眠结构	N3 期占比	15%～25%	增加 ＞5%
	REM 期占比	20%～25%	恢复正常分布
呼吸功能	AHI	＜5 次/h	降低 ≥50% 或 ＜15 次/h
	最低 SpO_2	＞90%	提高 ≥5%
	ODI	＜5 次/h	降低 ≥50%

附 录 D
（资料性）
睡眠障碍治疗疗效等级判定标准

睡眠障碍治疗疗效等级判定标准见表 D.1。

表 D.1 睡眠障碍治疗疗效等级判定标准

疗效等级	症状积分变化率	PSQI 变化	客观睡眠指标	功能恢复
临床痊愈	≥90%	≤5 分	SE＞85%， SOL＜20 min	完全恢复
显效	≥70%	降低 ≥50%	SE＞75%， SOL 缩短 ＞50%	基本恢复
进步	≥30%	降低 ≥30%	SE 提高 ＞15%， SOL 缩短 ＞30%	部分恢复
无效	＜30%	降低 ＜30%	无显著变化	无改善

参 考 文 献

[1] T/CRHA 036—2024 五行音乐疗法应用护理规范

[2] 湖南中医药大学第一附属医院. 音乐也能治肿瘤？不同症状人群可以选择不同乐曲[Z/OL].（2023-06-12）.https://mp.weixin.qq.com/s/jVGNUZJKK7hs6nlPhPUBpw

[3] 春雨健康科普. 音乐，一种可以抚平你身心的神奇力量[Z/OL].（2024-01-30）.https://mp.weixin.qq.com/s/fEp7tp3knPrlj9hn6yuzIQ

[4] 李艳晨，李湘奇. 五行音乐干预模式对乳腺癌患者免疫功能和生活质量的作用[J].中国医学创新，2016，13（13）

[5] 王绍伟. 樂藥疗与五音配五行五脏[J].南京中医药大学学报，2000

[6] 李艳华，窦纪梁. 中医五行音乐疗法在妇科疾病中的应用概况[J].中国民族民间医药，2017，26（02）

[7] 彭红华，余方. 五行音乐疗法在中医临床中的运用[J].福建中医药，2013，44（01）

[8] 李苏茜，芦琳，唐玲，王纯. 中医五行音乐疗法的研究进展[J].中西医结合护理，2022，8（8）