

· 中国精神障碍防治指南丛书 ·

主编单位 中华医学学会精神病学分会

创伤后应激障碍 防治指南

主 编 李凌江 于 欣



人民卫生出版社

中国精神障碍防治指南丛书

主编单位：中国疾病预防控制中心

创伤后应激障碍 防治指南

王卫、曹爱华、李一明

人民卫生出版社

中国精神障碍防治指南丛书

主编单位 中华医学会 精神病学分会

创伤后应激障碍防治指南

主 编 李凌江 于 欣

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 弘 王学义 丛 中 刘哲宁 张海音

杨彦春 李 涛 李 鸣 李卫晖 赵旭东

施慎逊 谭庆荣

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

创伤后应激障碍防治指南/李凌江等主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 6

ISBN 978-7-117-12743-1

I. ①创… II. ①李… III. ①创伤-心理应激-
防治-指南 IV. ①R641-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 050664 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

创伤后应激障碍防治指南

主 编: 李凌江

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京市顺义兴华印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 4.75

字 数: 114 千字

版 次: 2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-12743-1/R · 12744

定 价: 15.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

《中国精神障碍防治指南》编写委员会

名誉主任 沈渔邨

主 任 张明园 舒 良

学术秘书 张鸿燕

委 员 (以姓氏笔画为序)

马 崔 王祖新 刘协和 严 俊

杨德森 沈其杰 沈渔邨 张 立

张明园 陈远光 陈彦方 周东丰

赵旭东 顾牛范 黄明生 舒 良

蔡焯基

序

《中国精神障碍防治指南》(以下简称《指南》)由卫生部疾病预防控制中心提议、中国疾病预防控制中心精神卫生中心和中华医学会精神病学分会组织编写。首批完成的图书有:精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、老年期痴呆和儿童注意缺损多动障碍,已于2007年出版。从得到的反馈信息表明:广大读者欢迎《指南》,认为《指南》有助于提高精神障碍的防治水平,有利于规范精神障碍的诊疗实践。读者的鼓励,敦促我们继续编写,这次推出的是:《焦虑障碍防治指南》和《创伤后应激障碍防治指南》。

焦虑障碍属于最常见的精神障碍类别,按照国内外流行病学调查数据推算,我国焦虑障碍的患病人数可能达到五六千万。而我国目前对焦虑障碍的认识严重不足,绝大多数病例未能得到及时的诊断和合理的治疗。创伤后应激障碍,则为由异常强烈的精神应激,例如灾难所引起的精神障碍。它和焦虑障碍有联系,美国精神障碍分类,便将之纳入焦虑障碍的范畴。《中国精神卫生工作规划(2002—2010年)》,已将灾后人群众列为精神卫生工作的重点人群,防治创伤后应激障碍则为重点工作。

《指南》的编写原则和指导思想,已在前期出版的各册的前言中阐明,其要点为:参考和借鉴国内外最新成果和指导建议;结合我国国情和社会经济发展水平的卫生经济学原则;基于生物-心理-社会的健康和疾病模式的综合防治措施;以人为本的个体化全病程防治。

序

《指南》的编写,工作量很大,时间要求紧。我们衷心感谢全国各地的精神卫生专家认真负责地参与《指南》的编写和审稿;也感谢很多精神卫生工作者在《指南》编写和征求意见过程中提出的宝贵建议。

《指南》是用来指导实践的。我们竭诚希望全国同道一起来用《指南》,并在实施过程中继续批评指正,使《指南》日臻完善。

张明园 舒 良

2009 年 7 月

前言

近年来,国际上一些国家相继出台了创伤后应激障碍的防治指南,如英国(2005)、美国(2004)、澳大利亚(2007)等,对于该病的临床防治起了很好的作用。作为《中国精神障碍防治指南丛书》的一部分,我国是首次编制《创伤后应激障碍防治指南》,由中华医学会和中国疾病预防控制中心精神卫生中心组织国内这一领域的专家在总结我国创伤后应激障碍防治经验的基础上,系统复习国外这一领域的研究成果与临床防治经验后完成的。

本《指南》的出版得到了国家“十一五”科技支撑计划项目《PTSD的识别技术与干预模式研究(2007BAI17B02)》和国家自然科学基金重点项目《创伤后应激障碍脑功能与脑结构异常模式的定量描述与易感素质研究》(30830046)的支持。

PTSD的防治涉及多个学科,因此制定此《指南》的目的是为临床医师尤其是精神科医师、临床心理学家、社会工作者在预防与治疗PTSD的工作中,提供一套尽可能规范的创伤后应激障碍的防治方法,也为相关卫生政策制定人员甚至接受治疗的个体提供专业信息的参考。应注意的是,虽然制定本《指南》的依据来自目前我国创伤后应激障碍防治工作专家的经验 and 国内外最新科学研究的证据,但并非严格限制的规定。在对患者实施诊断治疗的过程中,治疗者应不断积累临床经验,充分考虑患

者的个体差异和病情变化的多样性,以及今后科学研究新的防治方法的发展和应用。

本《指南》共九章,约 10 万字。读者在使用时不一定需要阅读所有的章节,以下的指导可帮助本《指南》的使用者找到对自己有用的内容。第一章到第三章分别介绍了创伤后应激障碍的概念、流行病学资料、国内外的防治现状以及疾病的危险因素和脑病理机制,从总体上给读者一个创伤后应激障碍的基本概念,主要供使用者平时参考。第四章到第六章分别为创伤后应激障碍的评估和诊断、治疗、诊治流程,是本《指南》的重点。其中第六章是在阅读第四章第五章后的一个小结式流程,希望能给使用者的临床工作提供一个诊断治疗总体的快捷思路。第七章是对创伤后应激障碍诊断治疗过程中一些特殊问题处理的介绍,例如儿童、老年、妇女、共病、自杀意向、慢性化的创伤后应激障碍患者的处理方法,这一章对于临床治疗者应该是非常有使用价值的。第八章主要是关于创伤后应激障碍的人群防治,这部分内容主要是供从事创伤后应激障碍社区防治的人员和卫生行政管理部门的管理者参考使用。

我国对创伤后应激障碍的关注比其他精神疾病起步晚,但近年来无论是临床防治还是科学研究都发展很快,希望本《指南》能对我国创伤后应激障碍的防治工作起到抛砖引玉的作用,竭诚期望大家在实施的过程中提出宝贵意见,使之日趋完善。

李凌江 于 欣

2010 年 5 月

目 录

1. 创伤后应激障碍的概念	1
2. 创伤后应激障碍的流行病学及防治现状	2
2.1 创伤后应激障碍的流行病学	2
2.2 国内外创伤后应激障碍的防治现状	7
2.3 我国创伤后应激障碍防治中的主要问题与任务	9
3. 创伤后应激障碍的危险因素及病理机制	11
3.1 创伤后应激障碍的危险因素	11
3.2 PTSD 发生的病理生理机制	16
4. 创伤后应激障碍的临床评估与诊断分类	22
4.1 PTSD 的临床评估	22
4.2 PTSD 的诊断与鉴别诊断	38
4.3 PTSD 诊断中应该注意的几个问题	42
5. 创伤后应激障碍的治疗	48
5.1 治疗前评估	48
5.2 治疗原则与治疗技巧	55
5.3 药物治疗	57
5.4 心理治疗	64
5.5 其他治疗	71
6. PTSD 诊断治疗流程	76
6.1 诊断	76

6.2 治疗	77
7. 特殊人群创伤后应激障碍的处理	79
7.1 儿童创伤后应激障碍的处理	79
7.2 女性创伤后应激障碍的处理	83
7.3 老年人创伤后应激障碍的处理	86
7.4 创伤后应激障碍共病躯体疾病患者的处理	88
7.5 创伤后应激障碍共病精神疾病患者的处理	89
7.6 创伤后应激障碍自杀患者的处理	95
7.7 创伤后应激障碍慢性化病人的处理	99
8. 创伤后应激障碍的人群防治	102
8.1 创伤后应激障碍人群防治体系	102
8.2 创伤后应激障碍人群防治的实施	104
8.3 重大灾难后的心理危机干预	109
9. 创伤后应激障碍的未来研究需求	118
9.1 识别 PTSD 发生的高危因素	118
9.2 阈下以及复杂的 PTSD	119
9.3 药物和心理治疗	120
9.4 治疗特定的症状或临床关注的问题	121
9.5 将研究结果推广到临床人群	121
附录 1 《疾病及有关健康问题的国际分类》 第 10 版(ICD-10)PTSD 诊断标准	122
附录 2 美国《精神障碍诊断与统计手册》 第 4 版(DSM-IV)PTSD 诊断标准	125
附录 3 《中国精神疾病分类及诊断标准》	

第 3 版(CCMD-3)PTSD 诊断标准	127
附录 4 PTSD 17 项筛查问卷(PCL-C)	129
附录 5 国外著名 PTSD 研究中心网址及有关手册、 文件名称与来源	131
附录 6 有关灾后心理社会响应的建议声明	133
参考文献	135

1.

创伤后应激障碍的概念

创伤后应激障碍(Post Traumatic Stress Disorder, PTSD)是个体面临异常强烈的精神应激后延迟性发生的一类临床症状严重、极大损害精神健康的应激相关障碍。主要表现为创伤性体验反复闯入意识或梦境中,高度的焦虑状态以及回避任何能引起此创伤性记忆的场景,患者的心理、社会功能严重受损。据国内外的流行病学资料报告,约 50% 以上的女性和 60% 以上的男性一生中会经历一次严重的精神创伤性事件;而经历过这种创伤性事件的个体,多数会有明显的心理创伤反应,如觉得恐惧、紧张、悲哀、内疚、愤怒等等,然而随着时间的推移,这些心理反应会逐渐的恢复正常。有些个体在经历创伤性事件后出现急性的严重心理反应,称为急性应激障碍,一般在 1~2 周内会恢复正常,仅有部分个体会发展成 PTSD。还有少数个体在经历创伤性事件后一段时间,逐渐出现 PTSD 的症状。一般认为,经历过这些强烈的精神创伤后,平均有 8% 左右会发生 PTSD,女性患病率高于男性。经历不同的精神创伤性事件 PTSD 发病率不同,比较一致的研究报告是被强奸后 PTSD 发病率最高。患 PTSD 后,至少 1/3 以上的患者因为疾病的慢性化而终生不愈,丧失劳动能力;1/2 以上的患者常伴有物质滥用、抑郁、各种焦虑性障碍以及其他精神障碍等;PTSD 患者的自杀率是普通人群的 6 倍。该病的发生大多与公共突发事件有关,常导致社会卫生资源的过度消耗,影响善后处理,给事件发生后生活的重建造成很大困难与阻碍,是严重损害劳动能力的精神疾病之一。

2.

创伤后应激障碍的流行病学及防治现状

2.1 创伤后应激障碍的流行病学

2.1.1 创伤事件暴露的频率

创伤性事件的暴露经历是 PTSD 发生的首要条件。它是指自身经历的急性的,或威胁到生命或受到严重伤害的事件;或者其他威胁到身体完整性的威胁性事件;或者旁观到他人死亡、伤害、或者他人身体完整性的威胁性事件;或者获悉家人或亲密朋友的突然死亡或暴力死亡、严重的伤害,或者有关伤害和死亡的威胁性事件(美国《精神障碍诊断和统计手册》第 4 版,DSM-IV)。这种事件的强度是异乎寻常的,几乎能使每个人产生强烈的痛苦(《疾病及有关健康问题的国际分类——精神与行为障碍分类》第 10 版,ICD-10),最终导致有易感素质的人发生 PTSD。

普通人群创伤性事件暴露的几率因研究样本特点、调查方法、研究工具、诊断标准不同,得出的结果也不同。但多数调查发现人群中至少 50% 以上的个体一生中可能会经历一次以上这样的创伤性事件。如 Kessler(1995)发表的美国国立共病调查(National Comorbidity Survey, NCS)研究资料:根据 DSM-III-R 标准,采用诊断访谈表(Diagnostic Interview Schedule, DIS)或国际诊断访谈(Composite International Diagnostic Interview, CIDI),发现美国 15~54 岁男性一生中暴露于创伤性事件的几率为 60.7%,女性为 51.2%。Stein(1997)报告的加拿大 1000 例成人样本中,终生创伤事件暴露率男性 81%,女性

74%。Resnick(1993)采用结构式电话问卷调查 4008 名成年女性发现,任何一种创伤性事件的终生暴露率为 69%。而 Breslau 等(1998)根据 DSM-IV 配套的 DIS 工具,在底特律社区通过电话访谈调查了 2181 名居民,发现终生创伤事件暴露率为 89.6%;男性 97.2%,女性 87.1%;最常见的创伤事件是亲朋好友突然意外死亡(60.0%)。Kilpatrick 等(2000)对全美 12~17 岁青少年所经历的创伤性事件流行病学调查显示:500 万的青少年经历过一种严重的躯体虐待,180 万的青少年经历过一种性虐待,880 万的青少年目击过人际暴力的发生。Spitzer(2008)在德国进行的一项调查显示,与年轻人群(44 岁以下)相比,老年人群(65 岁以上)一生中有过创伤暴露的要高 4 倍,有过创伤经历的要高两倍。总的来说,至少一半以上的人群会有创伤性生活事件的经历,而且男性高于女性。

2.1.2 创伤后应激障碍的患病率

目前一般的流行病学调查均为针对某一个特定的创伤性事件后的时间段,使用患病率(prevalence)来描述 PTSD,这样容易和其他同类研究比较。

PTSD 的患病率与创伤事件暴露率的调查一样,因采用的诊断标准、研究方法、样本特征不同,得出的患病率不同。如 Davidson(1991)采用 DSM-III 标准,对美国北卡罗来纳州流调定点社区(Epidemiologic Catchment Area, ECA)2985 名样本的调查发现 PTSD 的终身患病率为 1.3%。Kessler(1995)按照 DSM-III-R 标准,在 NCS 研究中报道 PTSD 的终身患病率为 7.8%。Stein MB 等(1997)采用 DSM-IV 标准的社区调查显示,女性 12 个月 PTSD 患病率为 2.7%,男性为 1.2%。而中国河北(2007)资料显示 PTSD 的时点患病率为 0.35%,终身患病率为 0.85%。

英国对 1 万名儿童青少年时点患病率的流行病学调查显示:11~15 岁的儿童青少年中有 0.4%被诊断为 PTSD,女孩是

2. 创伤后应激障碍的流行病学及防治现状

男孩的两倍。1988年雅典发生的Jupiter沉船事件5~7年后,仍有15%的儿童幸存者符合PTSD诊断。最近一个33年的随访研究显示:1966年英国发生的Aberfan塌方事故幸存下来的儿童在33年后有29%仍然符合PTSD的诊断。Kinzie等人研究发现:在波兰集中营度过童年的幸存者中,有一半的人10年后仍然符合PTSD诊断。

不少研究者认为老年人群中的PTSD被低估了。与创伤事件相关的PTSD终身患病率在老年人群中并不低。van Zelst(2003)等报告在阿姆斯特丹社区61~95岁的老年人中,六个月的PTSD患病率为0.9%。Norris(1992)报道飓风后PTSD的现患率在老年人群中为3.1%,而年轻人和中年人群中分别为9.0%和9.9%。有关地震后老年人群PTSD的研究发现,严重的创伤暴露与PTSD症状的出现密切相关。然而,在地震之前如果有过类似经历,可以起到缓冲作用,在地震后反应会有所减弱。我国专门针对老年群体的流行病学研究迄今未见报道。在老年人群中,另一个较为易感的群体是退伍老兵。Spiro(1994)等报告在战后45~50年,对经过严格健康筛查的“二战”退伍老兵用密西西比战争相关的PTSD量表(Mississippi Scale for Combat Related PTSD)测查,发现大于界限分值者的比例为1.15%,而在参与了惨烈战斗的老兵中,PTSD的患病率达45%。有过战俘经历的退伍老兵中PTSD的现患率高达70%、终身患病率为78%。老年人流行病学资料结果不一致,有人认为一方面是研究资料十分有限,很难得出一致性的结论。还有可能是老年PTSD患者死亡率高,老年人因老龄化而出现的应对上的变化以及现有的研究工具对老年人的症状不够敏感等因素。

虽然不同的研究显示PTSD的患病率差异比较大,但不同的研究资料一致显示PTSD的终身患病率女性高于男性,而且发病年龄也不同。如美国多个普通人群样本的研究一致显示,女性PTSD患病率高出男性两倍。如用DSM-III标准,ECA研

究显示女性 PTSD 患病率为 1.3%，男性为 0.5%；采用 DSM-III-R 的 NCS 研究显示 PTSD 女性终身患病率为 10.4%，男性为 5.0%。而 Breslau (2001) 采用 DSM-IV 的研究显示女性 PTSD 终身患病率是 13.0%，男性 6.2%。中国河北 (2007) 资料显示女性 PTSD 时点患病率是 0.4%，男性 0.3%。Kessler (1995) 报告男性 45~54 岁是 PTSD 高发年龄，而女性则是 25~34 岁。

妊娠与产后期间发生创伤后应激障碍的患病率只有零星报道。大部分文献报道为围产期的创伤经历，例如生产、接生、流产、死胎、死产等导致的创伤症状。有调查显示，在“正常”产后妇女中的创伤后应激障碍发生率为 3%。目前还不清楚这些数据是代表新发病的 PTSD，还是原有 PTSD 在生产时变得明显了。值得注意的是，有研究发现患有焦虑症状的妇女在妊娠期间容易并发两个以上的妊娠并发症以及孕期抑郁症。但只有 12.3% 的 PTSD 孕妇在过去 12 个月中就医。对于妊娠前就患有 PTSD 的妇女，目前还不清楚病情在妊娠期间是如何发展变化的。由于孕期并发症、产前孕妇睡眠结构的变化、妊娠及生产时神经内分泌系统/心理社会因素的应激状态，在妊娠与产后期 PTSD 的症状不会好转。根据妊娠生产过程及并发症的不同，产后发生 PTSD 的可能性似乎有所增加。

综合 PTSD 患病率的文献报告显示，经历创伤性事件后人群发生 PTSD 的患病率因事件的特殊性有所不同。一般认为，威胁生命的、带来强大精神耻辱的、持续发生的事件以及经历者缺少压力释放的，导致 PTSD 发生率比较高。美国 Norris (1992) 报告一项包括东南四个城市 1000 名男女居民有关以下 8 项任何一项创伤性事件与 PTSD 的调查研究，按照发生率的高低排序，结果依次为：被抢劫，躯体侵犯，性侵犯，灾难性死亡，摩托车事故，格斗，火灾，其他灾害。这些创伤性事件暴露后 PTSD 的发生率前三位依次为性侵犯 14%，躯体侵犯 13% 和摩