

精神障碍的 识别与治疗

——初级保健机构精神药物手册

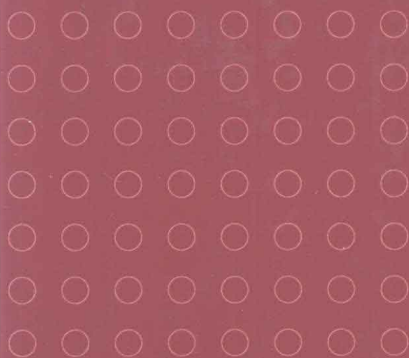
审 定 马 崔 宁玉萍
主 译 马 崔 宁玉萍
副主译 江 帆

[美] Charles B. Nemeroff, MD, PhD

Alan F. Schatzberg, MD

 吉林大学出版社
JILIN UNIVERSITY PRESS

Recognition and Treatment of Psychiatric Disorders
A Psychopharmacology Handbook for Primary Care



Recognition and Treatment of Psychiatric Disorders
A Psychopharmacology Handbook for Primary Care

精神障碍的 识别与治疗

——初级保健机构精神药物手册

[美] Charles B. Nemeroff, MD, PhD

Alan F. Schatzberg, MD

审 定 马 崔 宁玉萍

主 译 马 崔 宁玉萍

副主译 江 帆

译 者 (按姓氏笔画排序)

王玲芝 卢玮聪 江 帆 沐 楠

张璐璐 郭扬波 温预关



暨南大学出版社
JINAN UNIVERSITY PRESS

中国·广州

图书在版编目 (CIP) 数据

精神障碍的识别与治疗: 初级保健机构精神药物手册/ [美] 内梅罗夫 (Nemeroff, C. B.), [美] 萨茨伯格 (Schatzberg, A. F.) 著; 马崔, 宁玉萍主译. —广州: 暨南大学出版社, 2011. 6

ISBN 978 - 7 - 81135 - 306 - 8

I. ①精… II. ①内…②萨…③马…④宁… III. ①精神病—药物治疗—手册
IV. ①R749.053 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2010) 第 215272 号

出版发行: 暨南大学出版社

地 址: 中国广州暨南大学

电 话: 总编室 (8620) 85221601

营销部 (8620) 85225284 85228291 85228292 (邮购)

传 真: (8620) 85221583 (办公室) 85223774 (营销部)

邮 编: 510630

网 址: <http://www.jnupress.com> <http://press.jnu.edu.cn>

排 版: 广州市天河星辰文化发展部照排中心

印 刷: 佛山市浩文彩色印刷有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

印 张: 13.25

字 数: 313 千

版 次: 2011 年 6 月第 1 版

印 次: 2011 年 6 月第 1 次

印 数: 1—3000 册

定 价: 45.00 元

(暨大版图书如有印装质量问题, 请与出版社总编室联系调换)

序（原著）

精神卫生是一个重要的公共卫生问题。有证据表明，精神疾病会给病人带来明显的致残、严重的个人痛苦和沉重的经济负担。^{[1][2]}美国全国调查数据显示，48%的成年人诉述有一次或一次以上的精神障碍，约30%的人则诉述过去12个月内曾有某种精神障碍。不足一半的有精神障碍病史的患者曾接受过治疗。有趣的是，其中14%的患者一生里曾有三种或三种以上的精神障碍共病。^[3]这些调查发现有力地说明筛查、识别和治疗精神病人的重要性。

初级保健机构在美国曾被称为“实际的精神保健系统”（*de facto mental healthcare system*）^[4]和“隐蔽的精神卫生网络”（*hidden mental health network*）^[5]。约60%的精神障碍在初级保健机构中被识别和治疗。^[4]随着美国卫生保健环境的不断变化，越来越多的病人进入初级保健网络，使得这些机构变得更大、更忙、更需要严格的管理措施。因此，初级保健医生需要更进一步努力，发展更周密的措施去筛查和识别有精神障碍的患者。

《精神障碍的识别与治疗——初级保健机构精神药物手册》一书旨在进一步阐明这些问题和满足部分治疗需要。越来越多的新药已被用于治疗精神疾病，同时现有药物被赋予新的适应症去治疗精神疾病，因此本书得以形成。虽然很多精神疾病可以在初级保健机构中治疗，但如何适时转诊至精神科同行治疗的问题也将在本书中进行讨论。我们意识到，初级保健医生没有足够的时间去阅读大量的精神病学文献，并摘录下来以便及时正确地实施治疗策略。我们希望本手册将对此有所帮助。

我们感谢史克—必成制药公司（*SmithKline Beecham Pharmaceuticals*）为医学科学治疗信息有限公司（*Scientific Therapeutics Information, Inc*）提供大量的教育基金来促成本书的出版。感谢助理编辑、药学博士 Diane M. Coniglio 以及医学科学治疗信息有限公司的员工。感谢美国精神病学出版社（*American Psychiatric Press, Inc*）的大力支持。

查尔斯·B. 内梅罗夫
艾伦·F. 萨茨伯格

（马崔 译）

序

精神卫生是一个重要的公共卫生问题。精神疾病给病人、患者家属带来莫大的痛苦和沉重的经济负担，使国家卫生经费开支不断增加，也给社会稳定带来不良影响。鉴于精神疾病的发病率有不断上升的趋势，上述这些问题也越来越突出，并日益受到人们的重视。遗憾的是，目前对精神疾病的识别率和治疗率均较低，而临床治疗率之低就更不用说了。造成这种状况虽有多方面的原因，但基层卫生机构有关人员对精神疾病的识别和重视不足是一个重要的原因，导致不少有精神障碍的患者被漏诊、误诊，得不到及时而有效的治疗，其社会功能亦逐步丧失。因此，在基层卫生机构加强对精神疾病的培训和再教育很有必要，这是搞好社区公共卫生一个不可缺少的组成部分。

查尔斯·B. 内梅罗夫与艾伦·F. 萨茨伯格合著的《精神障碍的识别与治疗——初级保健机构精神药物手册》一书，对精神障碍的总体概况和药物治疗作了较为精辟的阐述，内容较丰富，文字简明易懂，更重要的是本书实用性、操作性和针对性较强，对基层医疗机构、综合医院从事精神卫生工作的医务人员以及精神病专科医院低年资住院医师来说不失为一本有益的指导性读物，对临床实际工作、搞好社区防治和解决精神障碍的一些相关问题有很大的帮助。出于此目的，我院组织多位青年医生，经过数月的努力，终于将这本书翻译完毕。

该书出版以来，精神疾病的诊疗已有长足的发展。在翻译过程中译者作了一些扼要的资料补充，特此说明。

由于水平所限，加上时间较为仓促，在翻译过程中难免存在错漏和疏忽之处，敬请读者提出宝贵意见，以便改正提高。

广州市精神病医院

广州市脑科医院

马崔

二〇一一年三月

前 言

本书旨在为初级保健医生提供成人常见精神障碍药物治疗的简便而实用的知识。手册分为两个主要部分。“精神疾病概述和药物治疗”部分提供初级保健机构中常见精神疾病的流行病学、病理生理学、临床表现、诊断标准和筛查测试。此部分包括指导初级保健医生的治疗原则及其他循序渐进的途径。“精神药物”部分回顾了基础药理学、药代动力学、药物相互作用和安全性问题以及用于治疗精神疾病药物的临床使用剂量。另外，附录还包括了词汇表和缩略语、文字版或电子版的精神卫生资源、诊断性评定量表。

我们希望这种编排形式使手册更便于使用，也更容易为初级保健医生所接受。欢迎您提出宝贵意见。

查尔斯·B. 内梅罗夫
艾伦·F. 萨茨伯格

(马崔 译)

目 录

序 (原著)	1
序	1
前 言	1
第一章 精神障碍药物治疗概述	1
第一节 焦虑障碍	1
第二节 心境障碍	16
第三节 失眠症	31
第四节 躯体化障碍	34
第五节 物质使用障碍	36
第六节 进食障碍	44
第七节 阿尔茨海默型痴呆	48
第八节 分裂症	53
第二章 精神药物制剂	58
第一节 抗抑郁药	58
第二节 双相障碍的治疗药物	78
第三节 苯二氮草类药物	86
第四节 非苯二氮草类抗焦虑药	89
第五节 镇静催眠药	91
第六节 抗精神病药物	97
第七节 锥体外系副作用的治疗药物	108
第八节 促认知药	114
第九节 兴奋剂	121
第三章 初级保健机构中的药物治疗概述	122
第一节 一般原则	122
第二节 妊娠及哺乳期的药物使用	122
第三节 老年人用药	124

附 录	126
附录一 资 源	126
附录二 词汇表	132
附录三 精神科常用药物表	137
附录四 常用量表	141
索 引	182
参考文献	186

第一章

精神障碍药物治疗概述

第一节 焦虑障碍

焦虑障碍是美国最常见的精神疾患，约 1/4 的人患有此病。据报道，多达 20% 的老年人一生中至少曾患过一种焦虑障碍^{[3][6]}。焦虑障碍在女性中更为常见，几乎是男性的两倍，且更多见于中低收入阶层和教育水平的人群。^[3]焦虑障碍常与抑郁症共病^[7]，在初级保健机构中尤其如此，导致诊断更困难、治疗更复杂和预后更为不良。

一、惊恐障碍

惊恐障碍（Panic Disorder, PD）是一种慢性但可治疗的疾病，患者的社交和工作能力明显受损，生活质量低下，停止药物或心理治疗时常复发。此症常常未能被识别，这与过度使用医疗服务（尤其是急诊室和基层医疗机构）有关。惊恐障碍可伴有或不伴有场所恐惧症，后者是指患者单独处在一旦惊恐发作，可能无法逃生或获得帮助的地方或环境中（如驾驶、旅游、商店、人群、餐厅、电梯）时所出现的一种强烈的、不合理的恐惧。

（一）流行病学

PD 的终生患病率为 1.5% ~ 3.5%，但在初级保健机构中，这个数字可能高达 21%。^{[8][9]}16% 的人在其一生中可能会出现相关的惊恐状态，如恐惧阵发（fearful spells）或惊恐发作（panic attacks）。^[10]虽然大多数场所恐惧症的患者也有 PD，但场所恐惧症可单独出现。场所恐惧症在女性中最为常见，且是老年焦虑障碍中位居第二的亚型。^[6]

PD 在女性中更为常见，约高出男性 2 倍，^{[3][11]}是老年焦虑障碍中最少见的亚型。^[6]PD 有遗传成分：一级亲属发生 PD 的风险比其他人高出 4 ~ 7 倍。^{[12][13]}本病多出现于青春后期至 35 岁期间，少年及 45 岁以后起病者罕见，但也有可能。PD 经常与抑郁症、其他类型焦虑障碍或物质滥用共病。^[14]共病提示 PD 患者的预后更差，需要进行药物治疗。虽然患者出现惊恐发作的频率个体差异很大，但 PD 综合征是一种慢性疾病，恐惧和回避行为往往持续存在。

（二）病理生理学

（1）可能是由于 5-羟色胺（5-HT）、去甲肾上腺素（NE）、 γ -氨基丁酸（GABA）、多巴胺（DA）、脑内胆囊收缩素（CCK）等神经递质系统的共同失调引起的。^{[15][16]}

（2）主要↑5-HT 转运的药物（如选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 SSRIs、氯米帕明）或增强 GABA 的药物（如苯二氮草类药物）治疗效果最好。

（3）主要激活 NE 的药物（如地昔帕明）可能对某些患者有效，但缺乏临床对照试验数据。^[15]

（三）临床表现

PD 患者至少有部分自发性惊恐发作（如阵发的、强烈的突发忧虑、害怕或恐惧，可能与濒死感有关）^{[12][13]}、预期的广泛性焦虑、场所恐惧症（见下文）、躯体化症状（见表 1）和强迫症状^[17]。躯体化症状通常被误认为是非精神病学症状。约半数 PD 患者有场所恐惧症。^[10]

表 1 惊恐发作的常见症状^{[12][13]}

• 心悸、心慌、心率↑	• 气促、窒息感
• 出汗	• 胸部疼痛、不适
• 梗阻感	• 颤抖、震颤
• 恶心或腹部不适	• 麻木、刺痛
• 感觉从自身分离（人格解体）或非现实感（现实解体）	• 感到头晕、头昏眼花、昏厥
• 濒死感	• 寒战或潮热
• 失控感	

（四）诊断及筛查工具

PD 的诊断可能会很困难，因为其躯体症状往往类似于其他的内科疾病（如心绞痛、消化不良）。^[18]初级保健机构可能使用席汉患者评定焦虑量表（the Sheehan Patient Rated Anxiety Scale）或 MINI（见附录四）。未被识别的 PD 患者常因并不存在的临床疾病（如冠状动脉疾病 CAD 溃疡病）而进行过度的检查，且经常光顾急诊科、基层诊所和专科医生。^[18]通过了解 PD 的常见临床表现，初级保健医生可筛查出 PD 患者，从而终止昂贵而不必要的医疗服务。

在自发、阵发的强烈害怕感或不适感出现时，如果存在表 1 中 4 种以上的认知或躯体症状，惊恐发作的诊断便可成立；症状必须在 10 分钟内达到高峰。^[11]惊恐发作可能是非预期性的（即自发的，与诱发因素无关）、境遇性的（即暴露于或预期有诱发因素时即刻发生）或境遇易患性的（即暴露于那些将来可能发生，也可能根本不会发生的诱发因素时易于发作）。^{[12][13]}PD 的特点是反复发作、非预期性的惊恐发作，对下一

次发作的持续 (≥ 1 个月) 担忧 (预期焦虑) 以及由于发作或相关焦虑引起的行为改变。^[11]

应排除可能导致类似症状的内科疾病 (如心绞痛、甲状腺功能亢进、嗜铬细胞瘤) 或物质滥用 (如酒精、咖啡因、可卡因)。该症缺乏有诊断意义的实验室检查, 部分 PD 患者存在代偿性呼吸性碱中毒。患者体检并无特殊发现, 但发作期间可能出现血压 (BP) 轻度升高。

在那些难以逃脱或令人尴尬的, 或惊恐样症状将要发生时可能无法获得帮助的场所和情境下, 患者若出现明显的焦虑或回避, 便可诊断为场所恐惧症。^{[12][13]} 患者由于害怕往往不敢外出; 由于无法工作, 失业已成为严重的问题。如果回避仅限于少数几种情况 (如非广泛性社交焦虑障碍), 或症状表现更广谱或相互影响时 (如广泛性社交焦虑障碍), 使用其他诊断可能更为合适 (见第 13 页)。^{[12][13]}

(五) 转诊

当患者有共病的精神障碍 (特别是有自杀倾向的患者)、物质滥用问题、回避行为导致功能明显受损、疗效不佳时, 需转诊至精神科医生。

(六) 治疗

短期治疗目标包括: 缓解症状和开始心理干预。对于那些病情轻且稳定的个案, 或那些虽合并药物治疗但更倾向于或更愿意参与认知行为治疗 (CBT) 的患者, 由经验丰富的临床医生单独采用 CBT 是有效的。^[19] PD 的药物治疗包括部分抗抑郁药 (尤其是 SSRI) 或高效价的苯二氮草类药物 (BZ) (见图 1)。美国食品药品监督管理局 (以下简称 FDA) 只批准了帕罗西汀、舍曲林和阿普唑仑用于 PD 的治疗。这些药物的长期的治疗效果是有争议的, 但长期治疗的确可以降低复燃风险。当考虑长期治疗时, 医生必须评估苯二氮草类药物依赖的倾向性和滥用的可能性。

译者注: 有力的证据表明, 其他的 SSRI, 如氟伏沙明、西酞普兰和艾司西酞普兰对治疗 PD 也有效。安非他酮、丁螺环酮和曲唑酮对治疗 PD 无效, 普萘洛尔和可乐定的疗效报道结果不一致, 大多数研究结果表明普萘洛尔无效。其他可能会有效的药物包括抗惊厥药卡马西平、丙戊酸盐和抗组胺药氯苯那敏等。但在使用之前需要对这些药物有更详细的了解。

(1) 抗抑郁药: SSRI 已具有关于疗效、安全性和耐受性总体评价的文献证据, 被视为一线药物。^{[22]~[27]} 三环类抗抑郁药 (TCAs) 和 SSRI (尤其是氟西汀), 在治疗早期可引起焦虑不安综合征 (“jitteriness” syndrome, 又称“激活”综合征), 表现为焦虑、失眠、易激惹和腹泻。为尽量减少这种可能导致患者对药物治疗依从性下降的综合征, 可采用常用抗抑郁治疗量的 $1/3 \sim 1/2$ 作为起始剂量 (如帕罗西汀 10mg, 氟西汀 5mg), 在 3~4 周内缓慢加量, 直至观察到效果为止。SSRI 滴定期间同时使用低剂量苯二氮草类药物也可缓解这些不良反应。长期使用 SSRI 药物时, 男女都可能会出现性功能障碍, 医生应告知患者这种不良反应。使用 SSRI 时, 3~6 周内可能见不到显著

疗效；如果重症病例需要快速起效的，苯二氮草类药物可能是首选。关于文拉法辛、奈法唑酮的研究资料也显示这些药物有望用于 PD 的治疗。^{[12][15]}（译者注：MAOIs 中，苯乙肼对治疗难治性 PD 可能有效，通常作为最后选择）

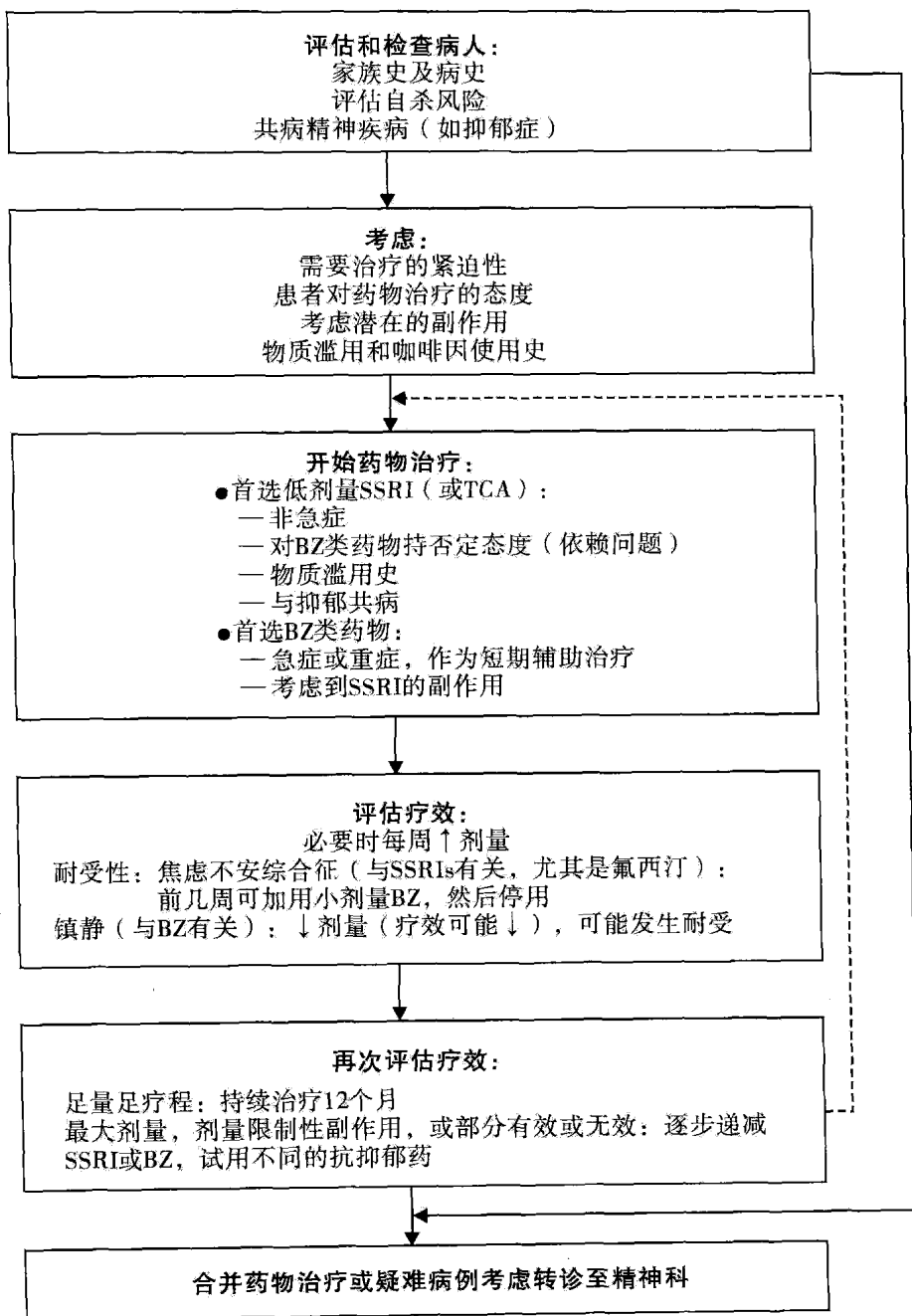


图1 PD 的药物治疗方案（改编自文献 20 和 21；缩略语见附录二“词汇表”）

(2) 苯二氮草类药物：SSRIs 在很大程度上已取代苯二氮草类药物成为治疗 PD 的

一线药物。高效价苯二氮草类药物（如阿普唑仑、氯硝西泮、劳拉西泮）可迅速有效缓解焦虑，有时需要高剂量（如阿普唑仑用量高达 10mg）。一般应以低剂量开始（如阿普唑仑 0.5mg BID 或 TID），随后根据病情和患者的耐受性增加剂量。该类药物的副作用可能会限制通过增加剂量来获得最大疗效。有些患者因为依赖或耐受的问题而不愿服用苯二氮草类药物。苯二氮草类药物的主要副作用是镇静，可通过减少剂量来缓解，个体对这一副作用可逐渐耐受。

二、强迫症

强迫观念（obsessions）是指反复出现的插入性思维，患者明知是过度的、无意义的或令人厌恶的，可引起患者出现明显的焦虑。强迫行为（compulsions）是指耗时的重复行为，以消除或缓解因强迫观念而引起的焦虑^[13]（见表 2）。

表 2 成年 OCD 患者常见的强迫观念和强迫行为^{[13][28]}

- 强迫观念：污染、病理性怀疑、躯体关注、对称和整齐、侵犯或性冲动
- 强迫行为：检查、洗涤、清洁、计数、反复询问或确认、整齐（对称或准确）、囤积

缩略语见附录二“词汇表”

（一）流行病学

强迫症（Obsessive-compulsive Disorder, OCD）是一种慢性复发性疾病，比以往认为的更常见。在美国，该症累及 400 多万人。^{[29][30]} OCD 的终生患病率为 2% ~ 3%；男女同样常见。^[31] 遗传因素尚未被有力证实，但一般来说，焦虑障碍在 OCD 亲属中更为常见^[32]，强迫症与 Tourette's 综合征之间可能存在遗传关联。OCD 常与抑郁症、其他焦虑障碍（如单纯恐惧症或社交焦虑障碍、PD）、人格障碍或酒精滥用共病。^[28] 其他强迫行为，如拔毛癖（trichotillomania, 拔头发）、强迫性赌博、强迫性性行为或进食障碍，都可能与 OCD 有关。^[30]

（二）病理生理学

5-HT 调节异常^[33]，也可能涉及多巴胺和神经肽。^[32]

（三）临床表现

OCD 通常在 25 岁前起病，大部分病例始于童年期。^[30] OCD 患者通常既有强迫观念又有强迫行为（见表 2），这是患者感到窘迫的主要原因，强迫程度取决于患者对其症状的认知水平。OCD 的一个典型表现是害怕有细菌而强迫洗手。往往当患者的行为再也无法在非家庭成员面前隐瞒，或生活受到明显扰乱时，他们才会寻求帮助。通常出现症状与求医之间可相隔数年。因此，无法再隐瞒疾病时出现的内疚、无助感和失去自尊是常见的症状。诱因包括性问题、婚姻问题、怀孕、分娩、^[34] 近亲死亡或患病

等。^[30] OCD 是一种慢性疾病, 50% 左右患者的病程是持续性的, 其他患者的症状严重程度呈波动性。与病前有强迫性人格、严重疾病、未婚或童年期神经过敏的患者相比, 病前人格正常、呈发作性病程、病程短的患者病情较轻。^[30]

(四) 诊断及筛查工具

佛罗里达耶鲁—布朗强迫量表 (the Florida Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, FLY-BOCS) 或 MINI (见附录四) 可用来识别 OCD 症状及评估疗效。^[35] 诊断标准见表 3。^[13] 应排除与 OCD 有共同临床特征的多种精神疾病 (如人格障碍、疑病症、抑郁症、精神分裂症、恐惧症和 Tourette's 综合征)。^{[13][28][30]} 应明确共病的精神障碍。缺乏对 OCD 有诊断意义的检查; 过度洗手引起的皮肤问题可能是部分患者的体征。

(五) 转诊

(1) 转诊病人到训练有素的心理治疗师处进行辅助认知行为治疗 (CBT), 这一重要且有效的措施可能会改善患者的长期预后。^[30]

(2) 如果存在其他的精神障碍, 或病人有严重残疾、无法工作、离家出走或表现出自杀意念, 则考虑转诊至精神科医生。

表 3 成人 OCD 诊断标准*

- 强迫观念或强迫行为:
 - 强迫观念: 反复、持续出现的思维、冲动或表象 (见表 2), 是插入性的、不恰当的, 可引起明显的焦虑或痛苦, 但不过度担忧现实生活中的问题; 患者尝试用另一种行为来分散、压制或消除, 患者意识到这些行为是他自己的思维所造成的。
 - 强迫行为: 反复出现的行为或对抗强迫观念的心理活动 (见表 2), 旨在避免或减轻痛苦。
- 病人认识到这些行为是过分的、不合理的。
- 行为必须造成患者明显痛苦, 且耗时 (>1 小时/天), 显著干扰工作、社会家庭或亲密关系。

缩略语见附录二“词汇表”

* 经许可改编自文献 13

©版权所有 1994 年, 美国精神病学协会

(六) 治疗

需要采取行为、^[36] 社会心理和药物相结合的个体化治疗方案, 以缓解 OCD 的急性期症状, 并防止复燃 (relapse) (见图 2)。轻度 OCD 首选行为干预作为早期治疗方案, 中度和重度病例则需合并药物治疗。^[39]

二十多年来, TCA 药物氯米帕明一直是药物治疗的基准。^{[40][41]} 氯米帕明对 5-HT 再摄取位点的特定活性决定了它远比其他优先阻断 NE 再摄取的 TCAs (如去甲替林, 地昔帕明) 更有效 (见表 41)。同理, SSRIs (见第 64 页) 对 OCD 也十分有效, 且过量时耐受性和安全性更好, SSRIs 现已被广泛视为一线治疗药物。^{[26][38][39][42]}

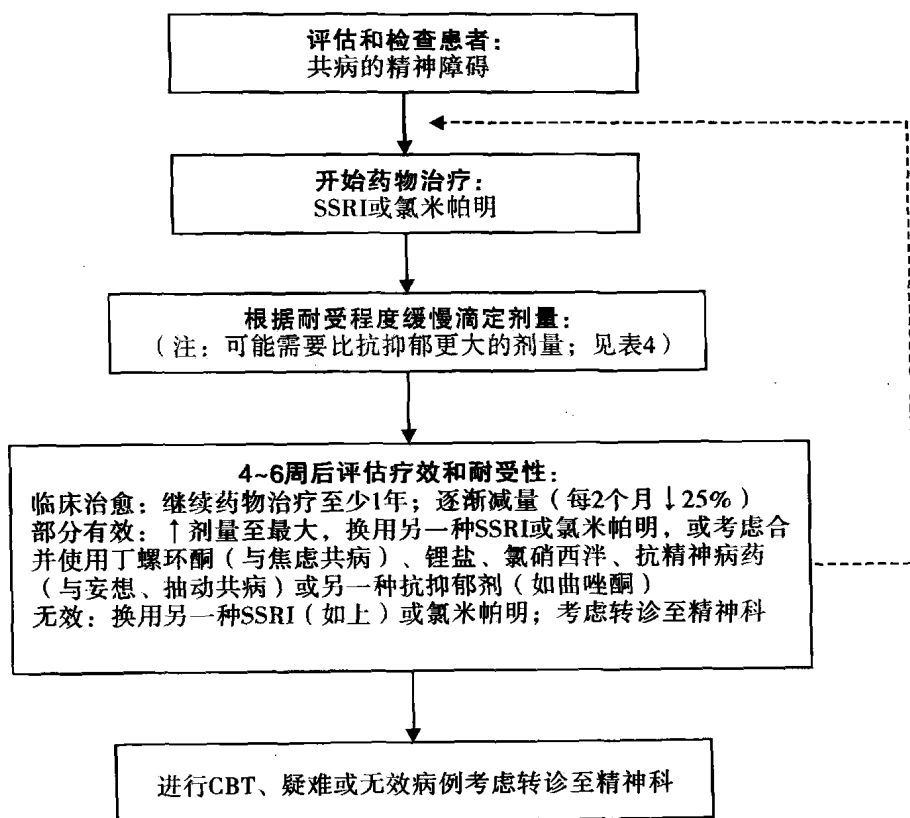


图2 OCD的药物治疗方案^{[37]~[39]}（缩略语见附录二“词汇表”）

表4 OCD中氯米帕明和SSRIs的用药策略^{[38][39]}

药物	剂量 (mg/d)	
	起始量	最大量
氯米帕明	25 ~ 50	250 ~ 300
氟西汀	10 ~ 20	60 ~ 80
氟伏沙明	50	300
帕罗西汀	20	60
舍曲林	50	200 ~ 225

缩略语见附录二“词汇表”

SSRIs或氯米帕明应从起始剂量（见表4）缓慢增加至可耐受的程度。OCD的治疗剂量可能高于其他焦虑障碍或抑郁症的用量。应告知患者，临床疗效可能会延迟至6周以上。在确认无效之前，应尝试使用最大耐受剂量治疗10~12周。

无效者换用另一种SSRI或使用氯米帕明可能会有效。对于30%单一治疗无效的患者，可尝试联合治疗，但这种方法的效果仍未明确。^{[37][38]}焦虑的患者可在SSRI治疗的基础上加用丁螺环酮（单用丁螺环酮疗效甚微）；曲唑酮合并SSRI也可能有效。SSRI

或氯米帕明治疗的基础上增加其他药物,包括氯硝西泮、抗精神病药物(有妄想或抽动的患者)或锂盐,都可能有效。^{[37][38]}对于治疗有效的患者,足量的药物治疗应维持至少1年时间,并采用行为干预以减少复燃风险。^[17]在一项帕罗西汀长期维持治疗的试验中,停药者比维持治疗者复燃的风险高出2.7倍。^[43]

三、创伤后应激障碍

创伤后应激障碍(Posttraumatic Stress Disorder, PTSD)是一种焦虑障碍,发生于某种特定的或不断危及生命的应激源或创伤性事件之后,如性虐待、酷刑、犯罪活动(直接发生于患者身上或患者亲眼目睹)、交通事故、烧伤或战争。

(一) 流行病学

PTSD的终生患病率为1%~14%,但在高危人群(如退伍军人)中可能高达58%。^{[44][45]}PTSD是一种慢性疾病,^[46]而且绝大多数与物质滥用、抑郁症或焦虑障碍共病。^{[47]~[49]}

(二) 病理生理学

- (1) 多个神经生物学系统发生紊乱。^[50]
- (2) 5-HT系统功能障碍→易激惹和冲动、攻击行为症状。^[51]
- (3) NE、5-HT、促肾上腺皮质激素释放因子(CRF)和DA系统可能共同参与惊骇反应。^{[50][52]}

(三) 临床表现

PTSD可发生于任何年龄。症状通常开始于创伤后的3个月内(急性PTSD),但也可在事件发生后6个月以上延迟出现。战时发生的PTSD患者可能不同于遭遇其他创伤事件(如性侵犯、虐待儿童)的普通人群。典型症状包括当暴露或再次暴露于可令人回忆起原始应激源的情境时出现过度警觉(如过度警醒、易受惊吓)和间歇性自主神经过度活动(如血压升高、心率加快)。^[32]闯入性症状,如睡眠紊乱和白天闪回现象(flashbacks),或逼真的梦境也很常见。回避性症状包括社会退缩(情感麻木)和对事件的部分失忆。下丘脑—垂体—肾上腺轴(HPA)功能可能异常。

患有PTSD的战时退伍军人自述酒精和其他非法用药(如大麻、海洛因)可改善PTSD症状。因此,酒精中毒和物质滥用常与PTSD共病。在此人群中,继PTSD之后出现最多的是广泛性焦虑或酒精中毒,其次是恐惧症、抑郁症和PD。^[46]

(四) 诊断及筛查工具

成人PTSD的诊断标准(见表5)由闯入、回避和过度警觉三联征组成,必须全部符合才能确诊。^[13]PTSD疗效评估量表(TOP-8)或MINI(见附录四)可用来识别创伤事件和症状严重程度(见附录)。用于评估战时退伍军人的筛选工具或问卷可能不适用于普通人群,反之亦然。^[53]

表5 成人 PTSD 诊断标准*

- 经历或目睹真正的或有威胁性的死亡，或严重个人伤害的创伤性（危及生命）事件
 - 反应包括强烈恐惧、无助感或恐怖
- 创伤性事件的持续再体验
 - 出现反复的闯入性回忆、梦、“闪回”现象、幻觉
- 对创伤和麻木反应相关刺激的持续回避
 - 兴趣减退或参加活动减少、感觉分离或疏远
- 持续（>1个月）存在≥2个警觉性增高的症状
 - 睡眠困难、愤怒爆发、过度警觉、注意力难以集中、过度的惊吓反应
- 具显著临床意义的痛苦或障碍使社会、职业和其他方面功能受损

缩略语见附录二“词汇表”

* 经许可改编自文献 13

©版权所有 1994 年，美国精神病学协会

（五）转诊

将可疑或有病历记载 PTSD 的患者转诊至对创伤心理治疗有经验的医生。

（六）治疗

PTSD 常常是慢性的，单纯的药物治疗可能只对某些症状有中等程度的改善。^[54] 心理治疗对部分症状（如回避）的效果更好，同时其他方面症状也可以得到改善。在非常有限的 PTSD 药物治疗数据中，绝大多数是来自对战时退伍军人的研究。遗憾的是，临床疗效可能因创伤来源不同而有所不同（即一项研究中，同一种 SSRI 对退伍军人无效，但对普通人群有效^[55]）。药物治疗的重点是缓解患者感到最痛苦的症状。^[48] 药物对阳性症状（即闯入性或过度警觉）的疗效可能比阴性症状（即回避或退缩）更好，但证据表明 SSRIs 对后者也有效。

（1）抗抑郁药：SSRIs 临床有效且具有良好的整体耐受性和安全性，因此成为 PTSD 的首选治疗药物（见图 3）。^{[48][51][56]} 起始低剂量可将 SSRI 使用过程中伴随出现的颤抖或焦虑症状最小化（见第 64 页），但通常需要加至抗抑郁足量（见表 45）。TCAs、单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）和曲唑酮对退伍军人 PTSD 部分有效，当 SSRI 无效时可以考虑使用^{[48][57][58]}。MAOIs 治疗的主要局限在于 PTSD 常存在酒精或药物滥用共病以及药物本身的高血压反应风险。

因缺乏 PTSD 临床研究资料，尚无法获知药物治疗的理想疗程。但是，由于 PTSD 往往是一种慢性疾病，治疗可能至少应持续 12 个月，如需停药，应循序渐进递减。

（2）其他药物：苯二氮草类药物仅用于减轻 PTSD 的焦虑症状，单一治疗无效，需承担依赖和滥用的高风险。^[48] β-受体阻滞剂与抗抑郁药合用有可能缓解交感神经系统的过度活动。卡马西平、丙戊酸或锂盐可能会减少攻击性行为的爆发，可与抗抑郁药联用。^[59]