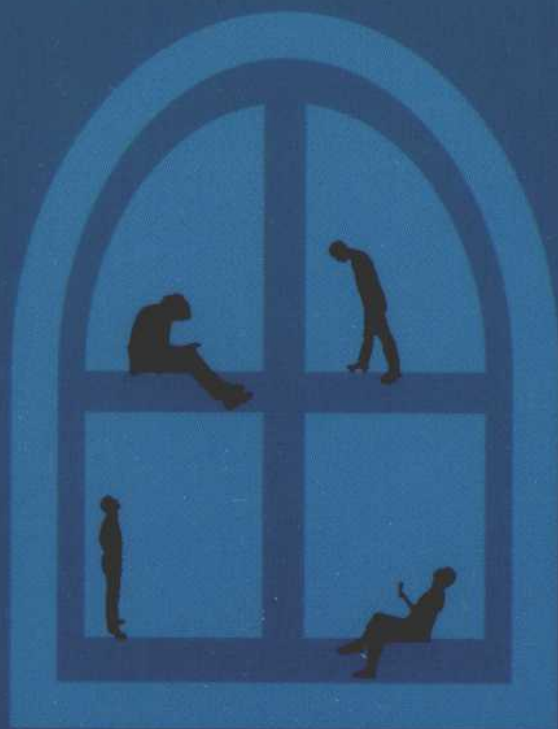


中国精神障碍防治指南丛书

主编单位 中华医学会精神病学分会

中国焦虑障碍防治指南 实用简本



主 编 吴文源

副主编 孙学礼 施慎逊 司天梅



人民卫生出版社

中国精神障碍防治指南丛书

中国焦虑障碍防治指南 实用简本

主编单位 中华医学会精神病学分会

主 编 吴文源

副主编 孙学礼 施慎逊 司天梅

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国焦虑障碍防治指南实用简本/吴文源主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2010. 7

ISBN 978-7-117-13060-8

I. ①中… II. ①吴… III. ①焦虑—防治—指南
IV. ①R749. 7-62

中国版本图书馆CIP数据核字 (2010) 第103351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!

中国焦虑障碍防治指南 实用简本

主 编: 吴文源

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: 北京汇林印务有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/64 印张: 1.5

字 数: 36 千字

版 次: 2010 年 7 月第 1 版 2010 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13060-8/R·13061

定 价: 8.00 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)

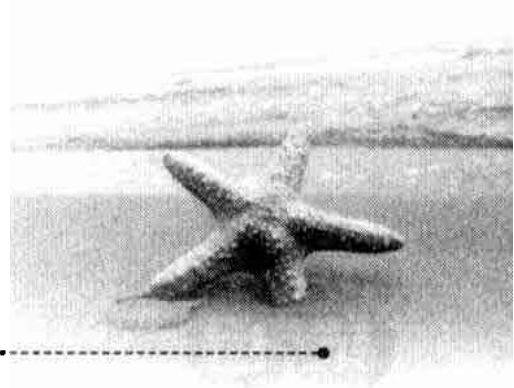
以中华精神病学学会焦虑障碍协作组为主要成员的《中国精神障碍防治指南：焦虑障碍》（以下简称《指南》）编写组，历经两年的努力，完成《指南》的编写。嗣后，又花了半年多的时间，推出《中国焦虑障碍防治指南：实用简本》（以下简称《简本》）。已出版的精神分裂症、抑郁症、双相障碍、老年期痴呆、儿童注意缺陷多动障碍以及和焦虑障碍同期发布的创伤后应激障碍的《指南》，都只有一个版本。所以，本《简本》的编写可以算作是一项创新的尝试。

本人认为，《指南》可以也应该有多种版本，以适合于不同的读者和不同的场合，适应不同的实际需求。其中，《简本》尤为必要，因为《简本》具有以下两个特点：一是精简。以焦虑障碍为例，《指南》约20万字，而《简



本》则为3万余字，仅为前者的1/7，即精简了6/7的篇幅。为繁忙的临床医师阅读和检索，节省了宝贵的时间。第二是实用。《指南》的编写，沿用了国内外通用的体例，包括流行病学、防治现状、病因及相关因素、人群防治、指南实施等章节，上述内容，对于全面理解疾病的防治而言当然很重要，但对于临床医师的即时服务，则显得远水解不了近渴。《简本》则主要只包括了在临床工作中最实际的诊断和治疗两大部分。《指南》的文字中，还包括了不少有关机制及循医学证据的阐述，以说明为什么要这样做；而《简本》则重点在于如何实践，强调了文本的可操作性。

对于焦虑障碍，《简本》更具重要性。据最新的流行病学资料估算，我国约有5700万焦虑障碍患者。这是一类非常常见的疾病。他们

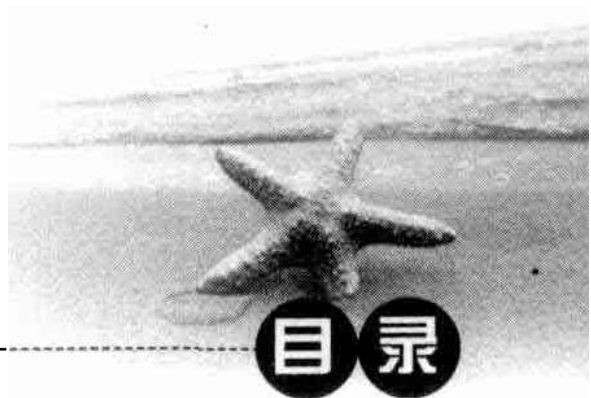


中的多数，由全科医师及非精神/心理专科的医师诊治。而《简本》主要是为他们及低年资精神/心理专科医师编写的。全科医师，不是专科医师，他们的服务对象广泛，需要具备许多常见病（包括焦虑障碍）的基础知识和基本技能。《简本》的目的正是提供上述“双基”内容，让他们做好“看门人”，能够发现、诊断和治疗最常见的典型焦虑障碍患者。至于那些不典型的、难治的、有合并症的患者诊疗，则应该是专科医师的职责。

《简本》的撰写，属于再创作。由于是初次尝试，能否达到预期目的，能否得到诸位读者的认可，欢迎批评指正。

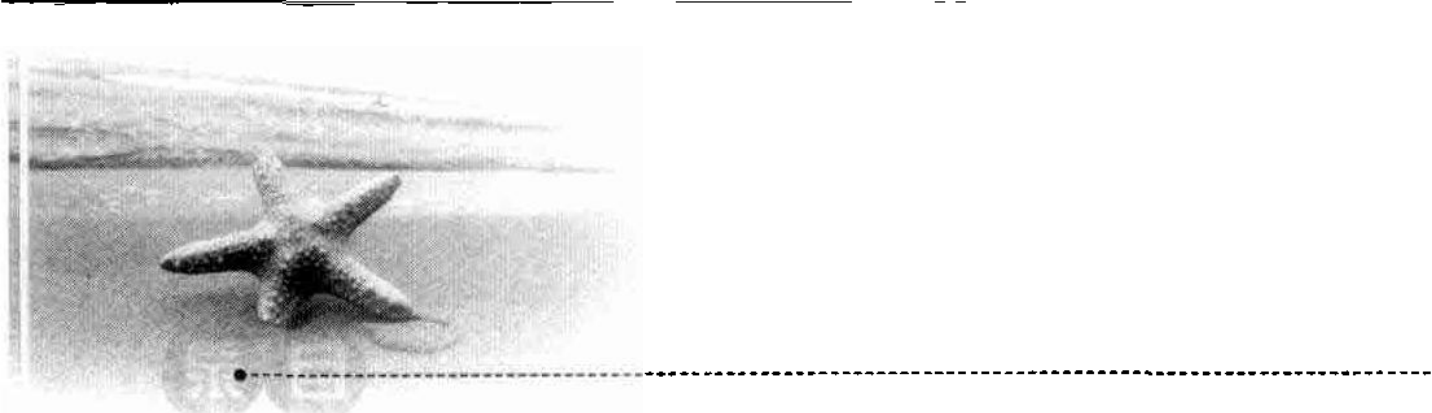
张明园

2010年2月



目 录

一、 惊恐障碍	1
1. 惊恐障碍的诊断	1
1.1 概述	1
1.2 临床表现	2
1.3 诊断要点	4
1.4 鉴别诊断	4
2. 惊恐障碍的治疗	6
2.1 治疗目标	6
2.2 治疗原则	6
2.3 治疗策略	8
2.4 治疗方法	8
2.4.1 药物治疗	8
2.4.2 心理治疗	20
3. 惊恐障碍治疗的规范化程序	23



二、广泛性焦虑障碍	24
1. 广泛性焦虑障碍的诊断	24
1.1 概述	24
1.2 临床表现	25
1.3 诊断要点	26
1.4 鉴别诊断	26
2. 广泛性焦虑障碍的治疗	28
2.1 治疗目标	28
2.2 治疗原则	29
2.3 治疗策略	29
2.4 治疗方法	30
2.4.1 药物治疗	30
2.4.2 心理治疗	42
3. 广泛性焦虑障碍治疗的规范化程序 ...	45
三、社交焦虑障碍	46
1. 社交焦虑障碍的诊断	46



1.1 概述	46
1.2 临床表现	47
1.3 诊断要点	50
1.4 鉴别诊断	51
2. 社交焦虑障碍的治疗	53
2.1 治疗目标	53
2.2 治疗原则	54
2.3 治疗策略	55
2.4 治疗方法	56
2.4.1 药物治疗	56
2.4.2 心理治疗	66
3. 社交焦虑障碍治疗的规范化程序	71
附录 1 ICD-10、CCMD-3 焦虑障碍 (PD、GAD、SAD) 相关诊断标准	72
附录 2 焦虑障碍治疗药物列表	84



一、惊恐障碍

1. 惊恐障碍的诊断

1.1 概述

惊恐障碍（panic disorder, PD）又称急性焦虑障碍，其主要症状特点是反复出现的、突然发作的、不可预测的、强烈的惊恐体验，一般历时5~20分钟，伴濒死感或失控感，患者常有大难临头的害怕和恐惧。发作时临床表现多以心血管和神经系统症状为主，因此容易被误诊。患者常在内科相关科室就诊。如果患者刻意回避某些易引发惊恐发作的场合，则称为场所恐惧症。因此，在诊断分类中，惊恐障碍又被分为伴有场所恐惧症或不伴有场所恐惧症。中国精神障碍分类与诊断标准第3版（CCMD-3）把惊恐障碍列为焦虑症的一个亚型。

二、惊恐障碍

惊恐障碍是一种慢性复发性疾病。最近欧美的流行病学资料显示惊恐发作的终生患病率为4.7%~15%，年患病率为2.7%~7.3%。女性多于男性；起病呈双峰模式，第一个高峰出现于青少年晚期或成年早期，第二个高峰出现于45~54岁，在65岁后起病者非常少见（0.1%）。国内浙江省进行的流行病学调查结果（2005）显示，惊恐障碍时点患病率为1.76%，河北省的资料为3.96%，平均年龄为49.22岁（2007）。

惊恐障碍常伴随显著的功能损害，患者的精神健康和日常功能明显低于患其他严重慢性躯体疾病（例如糖尿病、关节炎）的患者；并且与精神活性物质或酒精使用、共患躯体疾病及其他精神障碍（如与抑郁障碍的共患率近30%）的比例较高；惊恐障碍患者中自杀意念和自杀企图的风险是其他精神障碍患者的2倍，是无精神障碍者20倍。

1.2 临床表现

（1）惊恐发作：突如其来的惊恐体验，

伴濒死感或失控感。患者常伴严重的自主神经功能紊乱症状：伴胸闷、心动过速、心跳不规则、呼吸困难或过度换气、头痛、头昏、眩晕、四肢麻木和感觉异常、出汗、肉跳、全身发抖或全身无力等。发作期间始终意识清晰，高度警觉。通常起病急骤，终止也迅速，一般历时5~20分钟，很少超过1个小时。

(2) 预期焦虑：发作后的间歇期仍有心悸，担心再发，惴惴不安，也可以出现一些自主神经活动亢进症状。

(3) 求助和回避：60%的患者由于担心发病时得不到帮助而产生回避行为，如不敢单独出门，不敢到人多热闹的场所，发展为场所恐惧症。

(4) 惊恐障碍患者常伴有抑郁症状。

(5) 有的病例可在数周内完全缓解，病期超过6个月者易进入慢性波动病程。不伴场所恐惧的患者治疗效果较好。继发场所恐惧症者复发率高且预后欠佳。约7%的患者有自杀未遂

一、惊恐障碍

史。约半数以上患者合并抑郁症。

1.3 诊断要点

(1) 发作一般无明显诱因、可不局限于任何特定的情境，具有不可预测性。

(2) 在发作间歇期，害怕或担心再发作。

(3) 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，或失控感等痛苦体验。

(4) 发作时意识清晰，事后能回忆；发作突然，迅速达到高峰。

(5) 1个月内至少有3次惊恐发作，或首次发作后继发害怕再发的焦虑持续1个月。

(6) 常规体检与实验室检查基本正常，或仅有心动过速、偶发早搏等，难以解释患者的症状。

1.4 鉴别诊断

(1) 躯体疾病所致焦虑：包括内分泌系统疾病（如甲状腺功能亢进、甲状旁腺功能减退、低血糖症、嗜铬细胞瘤）、血液系统疾病

（如贫血）、心血管系统疾病（如心律失常、瓣膜脱垂、心肌缺血）、呼吸系统疾病（如慢性阻塞性肺病、哮喘、过度换气综合征）、神经系统疾病（如癫痫、前庭功能紊乱）等。特别是初诊、年龄大、无心理应激因素、病前个性素质良好的患者，要高度警惕焦虑是否继发于躯体疾病。

（2）精神活性物质或酒精使用/戒断：许多药物在中毒、戒断或长期应用后可致典型的焦虑障碍。如某些拟交感药物苯丙胺、可卡因、咖啡因；某些致幻剂及阿片类物质；其他如类固醇、镇静催眠药、抗精神病药物、酒精等，根据服药史可资鉴别。

（3）其他焦虑相关障碍：惊恐发作可能是恐惧症、广泛性焦虑障碍等其他焦虑障碍的一部分。当同时存在时，CCMD-3、DSM-IV推荐合并为单一诊断，ICD-10推荐并列诊断。

（4）其他精神障碍：精神分裂症病人可伴有焦虑，存在精神分裂症症状可资鉴别；抑郁

一、惊恐障碍

症最常伴有焦虑症状，当抑郁与焦虑严重程度主次分不清时，应先考虑抑郁症的诊断，以防耽误抑郁症的治疗而发生自杀等不良后果；其他神经症伴有焦虑症状时，焦虑症状在这些疾病中常不是主要的临床相或属于继发症状。癔症可有类似惊恐发作表现，但具有夸张特点、发病与精神因素相关。

2. 惊恐障碍的治疗

2.1 治疗目标

(1) 降低惊恐发作的发生频率和发作严重程度，缓解预期焦虑，恐惧性回避，治疗相关的抑郁症状，达到临床痊愈。

(2) 最大限度地降低共患率、减少病残率和自杀率。

(3) 恢复患者的功能，提高生存质量。

2.2 治疗原则

(1) 综合治疗：惊恐障碍（PD）的治疗包括心理治疗和药物治疗。一些研究结果提示药

物治疗合并心理治疗疗效优于单一药物治疗或心理治疗。

(2) 长期治疗：PD是一种慢性疾病，PD的治疗包括急性期治疗和维持期治疗。急性期治疗药物应当足量足疗程，控制患者的精神症状。长期维持治疗应当以最小有效剂量，以减少复发和恢复社会和职业功能。

(3) 个体化治疗：药物疗效取决于药物药理作用、患者的个体差异以及患者对药物治疗的态度。药物治疗的不良反应大多发生在治疗的第1周，PD患者对药物不良反应可能会更敏感、更恐惧。比如，药物治疗过程中，PD患者可能会将一些药物不良反应如心动过速、头晕、口干和震颤误认为是疾病症状的表现；在抗焦虑药物治疗初期，患者的焦虑性躯体症状还可能会加重。因此，告知并向患者和（或）家庭成员解释药物不良反应的发生特点非常重要，可以防止患者过早停药。在治疗过程中，根据疗效和耐受性，调整药物剂量，个体化治

疗是非常必要的。

2.3 治疗策略

惊恐障碍的急性期治疗，包括认知行为治疗（cognitive behavior therapy, CBT）和药物治疗通常持续12周。经过急性期有效治疗后，接受CBT治疗的患者，随访频率可适当降低。维持期药物治疗的疗程，研究证据较少，通常建议至少要维持治疗1年，再根据临床特征考虑逐渐减药。减药期间，密切观察患者的病情改变。如果症状复发，应当立即重新开始药物治疗。

2.4 治疗方法

2.4.1 药物治疗

2.4.1.1 药物治疗原则 国外的研究资料显示，各种抗抑郁药包括选择性5-羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs）、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（serotonin and noradrenergic reuptake inhibitors, SNRIs）、去甲肾上腺素及特异性5-羟色胺能抗抑郁药（noradrenergic and specific