

ICS \*\*.\*\*\*.\*\*  
C \*\*



# 团 体 标 准

T/CACM \*\*\*\*—20\*\*

---

## 神志病中西医结合临床诊疗指南 ——惊恐障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for  
Integrated Chinese and Western Medicine -- Panic

(文件类型：送审稿)  
(完成时间：2021年1月)

# 目 次

前言 .....	错误!未定义书签。
引言 .....	II
1. 范围 .....	1
2. 规范性引用文件.....	1
3. 术语和定义.....	1
4. 诊断 .....	1
5. 治疗 .....	4
6. 疗效评价标准.....	10
7. 预防和调护.....	11
8. 预后 .....	12
9. 注意事项.....	12
参考文献.....	13

## 前 言

本指南根据GB/T 1.1—2020的相关规则起草。

本指南由中华中医药学会神志病分会提出。

本指南由中华中医药学会归口。

本指南起草单位：黑龙江神志医院。

本指南主要参与起草单位：黑龙江省精神心理卫生研究中心、山西中医药大学、无锡市精神卫生中心、复旦大学附属中山医院、上海市第九医院、黑龙江中医药大学、深圳市中医医院、沈阳市精神卫生中心、沈阳市安宁医院、浙江省立同德医院、长春中医药大学附属医院、河南省中医药研究院附属医院、北京中医药大学第三附属医院、北京市大兴区精神病医院、山东省中医药高等专科学校、福建省平南市人民医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、赵思涵、王群松、于明、李卡、孙珊、杨炳友、吴永刚、都弘、高德江、刘兰英、王健、刘华、时素华、李高飞、井霖源、叶瑞华。

本指南的起草程序遵守了中华中医药学会团体标准管理办法和立项流程。

本指南在 20\*\*年\*\*月\*\*日由中华中医药学会审议通过。

本指南由中华中医药学会发布，版权归中华中医药学会所有。

## 引 言

(非必备要素)

目前国内外缺乏惊恐障碍中西医结合诊疗的标准和指南,中医药治疗惊恐障碍的研究在国际上缺乏影响力,缺乏统一性和认可度。因此,本指南在惊恐障碍中医诊疗指南的基础上,整理国内外中医药及中西医结合治疗惊恐障碍的治疗方案及经验,借鉴循证医学的方法,对惊恐障碍的现代临床研究文献和古籍文献进行分级及意见推荐,形成中西医结合防治惊恐障碍的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高惊恐障碍的临床疗效具有重要作用。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—惊恐障碍》以中医药临床诊疗的作用与优势发挥为基础,以中西医在精神疾病临床诊疗中各自优势的最大化,以及中西医结合联合疗效的最优化为制定目标,在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南—惊恐障碍》(标准号: T/CACM 1130-2018)基础上,结合近年来国内外临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经过专家讨论,形成具有指导意义的惊恐障碍的中西医结合诊疗指南。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi 法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组,产生初始问题清单,起草 PICO(人群、干预、对照、结局)格式的关键问题及结局,制订工作计划。根据关键问题和结局制定检索策略,文献检索范围覆盖中、英文文献和现存相关国际指南。文献分级方法按北京中医药大学刘建平教授团队 2019 年更新提出的“基于证据体的中医药临床证据分级标准建议”来实施。采用 Delphi 法获得临床专家对指南的共识意见,经专家论证形成最终指南。

本指南主要为惊恐障碍提供以中西医结合为主要内容的诊断、治疗、预防、保健意见,推荐有循证医学证据的惊恐障碍现代医学和中医药诊断、治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员,惊恐障碍诊疗和管理相关专业人员。应用环境为具备开展中西医结合治疗惊恐障碍的所有医疗机构。

# 神志病中西医结合临床诊疗指南—惊恐障碍

## 1 范围

本指南规定了惊恐障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于轻、中度惊恐障碍中医、中西医结合临床诊疗。

## 2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995 《中医病证分类与代码》

GB/T 14396-2016 《疾病分类与代码》

GB/T 16751.1-1997 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997 《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997 《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2020 《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

**惊恐障碍 Panic**

是一种常见的神经类精神疾病。临床以自觉心中悸动，惊惕不安，甚则不能自主为主要特征。相当于中医神志病学“惊病”、“恐病”、“惊悸”、“怔忡”等范畴。

## 4 诊断

采用中西医结合辨病与辨证相结合的诊断方法，首先根据西医诊断标准进行疾病诊断，再根据中医诊断标准判断，属于中医的哪种疾病，并进行中医证候诊断。<sup>[1]</sup>

### 4.1 西医诊断

#### 4.1.1 临床表现

(1) 惊恐发作：患者在无特殊的恐惧性处境时，突然感到一种突如其来的紧张、害怕、恐惧感，甚至出现惊恐，此时患者伴有濒死感、失控感、大难临头感；患者肌肉紧张，坐立不安，全身发抖或全身无力；常常有严重的自主神经功能紊乱症状，如出汗、胸闷、呼吸困难或过度换气、心动过速、心律不齐、头痛、头昏、四肢麻木和感觉异常等，部分患者可有人格或现实解体。惊恐发作通常起病急骤，终止迅速，一般历时数分钟至数十分钟，但不久可突然再发。发作期间始终意识清晰。

(2) 预期焦虑：患者在发作后的间歇期仍有心有余悸，担心再发，不过此时的焦虑体验不再突出，而代之以虚弱无力，需数小时到数天才能恢复。

(3) 回避行为：60%的患者对再次发作有持续性的焦虑和关注，害怕发作产生不幸后果，并出现与发作相关的行为改变，如回避学习或工作场所等。部分患者置身于某些地方或处境，可能会诱发惊恐发作，这些地方或处境使患者感到一旦惊恐发作，则不易逃生或找不到帮助，如独自离家、排队、过桥或乘坐交通工具等。

#### 4.1.2 诊断标准

参照国际疾病分类第十版(ICD-10)中惊恐障碍的诊断标准：

##### (1) 症状标准

惊恐发作是指强烈的恐惧或者躯体不适骤然发作，症状在几分钟内到达顶峰，症状符合以下4项及以上。注：症状可以在焦虑状态或者平静状态突然出现。

- ① 心悸；
- ② 出汗；
- ③ 颤抖；
- ④ 感到气短或呼吸不畅；
- ⑤ 窒息感；
- ⑥ 胸痛或胸部不适；
- ⑦ 恶心或腹部不适；
- ⑧ 感到眩晕、站立不稳、头晕、虚弱；
- ⑨ 感到发冷或发热；
- ⑩ 感觉异常(麻木感或刺痛感)；
- 11 现实解体(不真实感)或人格解体(自我抽离感)；
- 12 对失控和“发疯”的恐惧；

### 13 死亡的恐惧。

注：文化相关的特异性症状(例如耳鸣, 颈部酸痛, 头痛, 无法控制的尖叫或哭泣)。这些症状不能算作必须满足的 4 项症状之一。

#### (2) 严重标准

至少有一次惊恐发作之后 1 个月内(或更长时间)出现以下 2 种情况或其中之一。

① 对再次出现惊恐发作以及惊恐发作的后果(例如失控、心脏病发作, “发疯”)呈现持续的关注或担心;

② 与惊恐发作相关的显著非适应性行为改变(为回避惊恐发作的行为, 例如回避体育锻炼或陌生的环境)。

#### (3) 病程标准

① 1 个月内至少有 3 次惊恐发作;

② 首次发作后继发害怕再发的焦虑持续 1 个月。

#### (4) 排除标准

其他精神障碍继发的惊恐发作; 躯体疾病如癫痫、心脏病发作、嗜铬细胞瘤、甲亢或自发性低血糖等继发的惊恐发作。

### 4.1.3 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病, 同时符合世界卫生组织发布的国际疾病分类第十版(ICD-10)配套的复合性国际诊断检查问卷(CID1)、简明精神病性评定量表(BPRS)及阳性与阴性症状量表(PANSS)对本病的评定。

### 4.2 鉴别诊断

惊恐障碍当与脑躯体疾病如癫痫、心脏病发作、嗜铬细胞瘤、甲亢或自发性低血糖等继发的惊恐发作做出鉴别。

### 4.3 中医诊断

中医并没有明确提出惊恐障碍的病名, 但根据其特点可分属于中医“恐病”范畴。惊恐障碍的中医证候诊断, 主要通过临床望、闻、问、切四诊信息进行辨证, 并将中医辨证体系中的八纲辨证、脏腑辨证、气血津液辨证相结合。

#### 4.4 中医病机及证候分型

##### 4.4.1 中医病因病机

本病的病因病机尽管复杂多端，但总不离脏阴亏损与脏气失调，尤其与脑有关，主要见于脑髓不实与肝胆气虚。情志失调，卒遭惊吓，或恐惧过度，持久不解，导致神志失调，情志失度。肾虚不固，志不守舍而出现恐病；或素体肾精亏虚，日久损及肝、胆、心诸脏，终致气血两亏，出现恐病。本病以虚证居多，多属精血不足之证，主要病变部位在脑，与肝、肾、心、胆相关。肾在志为恐，在声为呻，恐病与肾相关。心神与肾志，上下相交，水火相济，神志正常，恐不妄作。肝肾同源，精血同源。肾水滋养肝木，恐不妄生。若肝火妄动，下劫肾水，致肾精不足，肾志不藏而外现，则生恐。因病失精，房劳过耗，精气内亏，或思虑过度而伤神，精虚不能充脑，元神不能自主，故恐病内生。神失血气濡养则生恐。脑为髓海，藏神，髓血相生，髓虚而血无所滋，神无所依亦恐。素体虚弱，精不化气，肝胆不足，胆失决断，则生恐病。本病多为髓海不足，气血亏虚所致，病机转化主要表现在虚、郁、痰三个方面。若久病耗伤气血，或思虑劳伤，或长期境遇窘迫，或禀赋素弱，均可导致心胆气虚而善恐易惊。或宿有痰湿，脾运不健，痰湿滞留，复因劳神耗气，心气不足，痰居心位，惊悸而恐。痰郁既久，每多挟热，可见胸闷多痰，脘闷不适，食欲不振，烦躁不安等症。<sup>[1]</sup>

##### 4.4.2 中医证候分型

参考中国中医药出版社2016年出版的《神志病中西医结合诊断学》<sup>[2]</sup>，临床常见证候如下：

###### (1) 肝郁化火证

突发胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见胁肋不适，或见性情急躁焦虑，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，或见舌苔白黄腻，脉弦细。

###### (2) 水气上冲证

自觉气从少腹上冲胸咽，发作欲死，或脐下动悸，欲作奔豚。或头眩短气，口吐涎沫，小便不利。舌质淡，苔白滑，脉沉弦。

###### (3) 瘀血内阻证

心悸怔忡，夜寐不安；或胸闷不舒，时或头痛心痛如刺，或多疑烦躁，夜不能寐。或眼圈暗黑，舌质暗红，边有瘀斑，口唇紫暗，脉涩或弦紧。

###### (4) 脾肾阳虚证

突发胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见精神不振、白天倦卧欲寐，或见畏寒，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，舌淡胖嫩，苔白腻或滑，脉微弱。

#### (5) 气血两虚证

突发心悸不宁，胸闷胸痛，部位不固定，可自行缓解。或见面色少华或晦暗，或见形体枯槁，或见郁郁寡欢、动作迟缓，或见头晕气短，或见肢冷汗出，脉律不齐。

## 5 治疗

### 5.1 治疗原则

#### 5.1.1 中医治疗原则

可以参照恐病进行辨治，惊恐障碍的治疗以补虚泻实为总的治疗准则。实者治以清肝泻火，祛瘀宁神之法；虚者治以益气温阳，补血安神之法。同时辅以疏肝解郁之法。

#### 5.1.2 西医治疗原则

需要尽早实施有效的足剂量、足疗程的全程药物治疗。抗精神病药物治疗应作为首选的治疗措施，根据临床综合征选择合适药物，从小剂量开始逐渐加到有效推荐量，注重个体化差异，严密观察药物副作用，并积极处理。以单一用药为原则，如单药疗效欠佳，可考虑不同化学结构、药理作用的药物联合使用，特别是与中医辨证治疗相配合可以起到减毒增效的作用。<sup>[3]</sup>

西医对于惊恐障碍的治疗策略主要有：<sup>[4-5]</sup>

- (1) 早发现、早治疗，急性期患者临床症状以阳性症状、激越冲动、认知功能受损为主要表现，宜采取积极的药物治疗，争取缓解症状，预防病情的不稳定性。
- (2) 积极按照治疗分期进行长期治疗，争取扩大临床缓解患者的比例。
- (3) 根据病情、家庭照料情况和医疗条件选择治疗场所，包括住院、门诊、社区和家庭病床治疗；当患者具有明显的危害社会安全和严重自杀、自伤行为时，通过监护人同意需紧急收住院积极治疗。
- (4) 根据经济情况，尽可能选用疗效确切、不良反应轻、便于长期治疗的抗精神病药物。
- (5) 积极进行家庭教育，争取家属重视、建立良好的医患联盟，配合对患者的长期治疗，定期对患者进行心理治疗、康复和职业训练。

### 5.2 中西医结合治疗策略<sup>[6-8]</sup>

中西医结合治疗可以扬各自之长，避各自之短，提高各自疗效。中医对惊恐障碍的治疗同其他疾病一样，强调整体观。在中西医结合的全程治疗中，不同的病期用不同的方式。例如，在疾病的急性期，以西医为主，中医为辅；在疾病的巩固治疗期，中西医并举；在维持治疗期，以中医为主，西医为辅，配合心理治疗和康复措施。单方、验方及非药物疗法价格低廉、取材容易、使用方便，对个别病例的疗效较好。此外，中医药在缓解抗精神病药物治疗惊恐障碍过程中发生的锥体外系反应、粒细胞减少等不良反应方面，也有独到之处。因此，中医药治疗惊恐障碍的方向在于维持治疗期和缓解抗精神病药物治疗惊恐障碍过程中发生的不良反应。

### 5.3 中医治疗

#### 5.3.1 中药辨证论治

##### (1) 肝郁化火证

治法：和解清热，镇惊定悸。

方药：柴胡加龙骨牡蛎汤（《伤寒论》）加减。<sup>[8-15]</sup>（高级证据，强推荐）

常用药：柴胡、黄芩、龙骨、牡蛎、桂枝、党参、茯苓、生姜、法半夏、大黄、大枣、磁石（礞石）。

加减：心烦易怒者，加龙胆草、黄连、木通、泽泻；语无伦次者，加礞石、石菖蒲。

##### (2) 水气上冲证

治法：通阳降逆，培土制水。

方药：茯苓桂枝甘草大枣汤（《伤寒论》）加减。<sup>[16-18]</sup>（高级证据，强推荐）

常用药：茯苓、桂枝、甘草、大枣。

加减：兼有奔豚气者，可与桂苓五味甘草汤合用。

##### (3) 瘀血内阻证

治法：活血通络，安神定悸。

方药：血府逐瘀汤（《医林改错》）加减。<sup>[19-25]</sup>（高级证据，强推荐）

常用药：桃仁、红花、当归、川芎、生地、赤芍、牛膝、柴胡、枳壳、桔梗、丹参、生龙齿、琥珀粉、甘草。

加减：不寐多梦者，加酸枣仁、远志、夜交藤。

##### (4) 脾肾阳虚证

治法：补益脾肾，温阳定悸。

方药：温氏奔豚汤（《温碧泉遗方》）加减。<sup>[26-27]</sup>（低级证据，弱推荐）

常用药：熟附子、干姜、炙甘草、泽泻、茯苓、白术、山药、牛膝、肉桂、沉香、春砂仁、山萸肉、

龙齿。

加减：烦躁不安者，加丹皮、炒栀子；抑郁不舒者，加合欢花、郁金。

#### (5) 气血两虚证

治法：补气养心，安神定悸。

方药：炙甘草汤（《伤寒论》）加减。<sup>[28-31]</sup>（低级证据，弱推荐）

常用药：炙甘草、阿胶、麦冬、火麻仁、生姜、党参、桂枝、大枣、生地黄。

加减：纳呆腹胀者，加陈皮、枳壳、山楂、神曲；失眠多梦者，加合欢皮、夜交藤、柏子仁。

### 5.3.2 中医非药物治疗

针刺治疗：体针：主穴取风府、百会、神门、合谷、太冲；肝郁化火者配曲池、阳溪、气海、关元；水气上冲者配气海、关元、中脘、太溪；瘀血内阻者配血海；脾肾阳虚者配气海、关元、太溪；气血两虚者配气海、关元、足三里。手法：直刺0.5~0.8分，捻转至局部产生酸胀感，留针30分钟，每周3~5次，4周为一疗程。<sup>[32-37]</sup>耳针：取耳穴心、皮质下、肾、枕、神门等，每次选用2~3穴。针刺或贴敷王不留行籽。电针：主穴取百会、印堂、神门、三阴交、足三里，每次选用2~3穴；肝郁化火者配肝俞、太冲；水气上冲者配气海、关元；瘀血内阻者配血海、胆俞；脾肾阳虚者配心俞、肾俞、太溪；气血两虚者配心俞、脾俞。每周3次~5次，每次20分钟~30分钟。<sup>[38-40]</sup>

## 5.4 西医治疗

### 5.4.1 药物治疗<sup>[3]</sup>

#### (1) 场所恐惧

①苯二氮卓类：氯硝安定 0.5mg/d，或阿普唑仑 0.5mg/d，作为起始量，根据病情可逐渐加量，常见副作用是镇静，通常几天内会减轻，不能突然停药，以防撤药综合症的发生，其优点是起效快速；

②选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs)：舍曲林 50mg/d，或氟西汀 20mg/d，或帕罗西汀 20mg/d，或西肽普兰 20mg/d。药物剂量和治疗抑郁症类似，但起效时间较抑郁症为慢，大部分在治疗的第 8 周，而进一步的疗效至少在治疗的第 12 周才出现，有效者需维持治疗 6 个~12 个月或更长时间，其优点是副作用相对较轻；

③单胺氧化酶抑制剂：苯乙肼、吗氯贝胺。因其对食物的限制和副作用发生率高，而作为药物治疗的二线或三线选择；吗氯贝胺 100~300mg/d，其副作用少，较少饮食限制；

④三环类抗抑郁剂：丙咪嗪 50mg~250mg/d，其不良反应较多。

## (2) 社交恐惧

5-羟色胺回收抑制剂和文拉法新（75mg/d）可作为一线药物，而苯二氮卓类药物（BZD）作为二线药物，起到附加作用，或用于其他药物无效者，或在抗抑郁药物起效前 2 周~3 周作为附加药使用。抗抑郁药可以缓解自卑情绪，提高应激能力；抗焦虑药则能减轻境遇性焦虑情绪，淡化恐惧的概念。已获美国 FDA 批准的是帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明和文拉法辛。

如果二线药物也无效，可试用单胺氧化酶抑制剂（MAOI）。多种 MAOI 药物对社交恐惧症有效，目前疗效肯定的是苯乙肼和吗氯贝胺。因其高血压危象的危险性，故常限于难治性社交恐惧症。苯乙肼是单胺氧化酶抑制剂的代表药物，治疗社交恐惧症患者时，可用苯乙肼每次 15mg，每日 3 次；一周后，若症状改善不明显，可将苯乙肼每次剂量增至 30mg，每日 3 次。对社交恐惧与场所恐惧混合状态，社交恐惧合并非典型抑郁症，以及惊恐发作均有效。可逆性单胺氧化酶抑制剂吗氯贝胺用于治疗社交恐惧症也有良好效果，与苯乙肼相比，副反应较少，无需限制饮食，也无高血压危象发生的合并症。使用方法是，每次 75mg，每日 3 次；一周后，若症状改善不明显，可将吗氯贝胺每次剂量增至 150mg，每日 3 次。

丁螺环酮是阿扎哌隆类新型抗焦虑药，其药理学特点和 BDZ 及抗精神病药不同。丁螺环酮的优点是镇静作用弱，运动障碍轻，对记忆影响小，无滥用潜力，无交叉耐受性，也无 BDZ 对呼吸的抑制作用，因而对有呼吸系统疾病的焦虑患者比较安全。禁忌症：孕妇、哺乳期妇女禁用，心、肝、肾功能障碍者慎用，老人应减量，禁与 MAOI 联用，因其可能升高血压。适用于在平时社交的场合也有焦虑紧张情绪且采用小剂量维持法疗效欠佳的患者。

$\beta$ -肾上腺素能受体阻断剂是一种常用的克服社交场合（如演讲、表演等）行为焦虑的药物，并已获得良好效果。在社交场合中，一些人，尤其是社交恐惧症患者伴心动过速、震颤、出汗、脸红、口干等自主神经症状是很常见的。主要有心得安、阿替洛尔和美多洛尔。对照研究显示  $\beta$  受体阻滞剂治疗广泛性社交恐惧症效果不佳，但数项对照研究提示小剂量使用时对表演型焦虑有疗效，可减轻与应激和焦虑有关的自主神经症状（如心跳加快、颤抖、出汗等），可在害怕的社交境遇前 1~2h 服心得安 10 ~ 30mg/d 或阿替洛尔 25~100 mg/d。 $\beta$  受体阻滞剂的优点是很少损害注意力和协调性，不产生药物依赖。哮喘、充血性心衰、传导阻滞患者禁用此类药物。

## (3) 特定恐惧

药物用于特定纯恐惧症的疗效不佳，但可用苯二氮卓类药物暂时缓解单纯恐惧症，例如飞行恐惧，研究显示地西洋能易化患者进入恐惧处境并可能提高暴露疗法的治疗效果； $\beta$  受体阻滞剂能减少暴露中和期待时的交感神经兴奋，但不能减小主观害怕；有惊恐发作者，则应同时给予抗惊恐药物治疗。（高级证据，强推荐）

## 5.4.2 非药物治疗

### (1) 心理治疗

#### ① 认知行为治疗<sup>[41-45]</sup>

分为三步：第一是让患者了解惊恐发作、发作的间歇期及回避过程。第二是感受性暴露，患者暴露于自己害怕的感觉和害怕的外界境遇，害怕的感觉包括过度呼吸引起的眩晕、脸上发热和麻刺感，摇头引起眩晕或非真实感；害怕境遇包括在拥挤的公共汽车上和路途中；通过有计划的暴露，使患者注意这些感受，从而耐受并控制这些感受，不再出现惊恐发作。第三是认知重组，患者原来认为“我将晕倒”“我将不能忍受这些感受”，认知重组让其发现惊恐所导致的结果与以往的认识有很大的差距，这样达到新的认知重组而缓解症状。（中级证据，强推荐）

#### ② 放松治疗<sup>[46-47]</sup>

可根据个体差异和可操作性结合如下几种放松治疗。第一种是教导患者尽量做深慢的呼吸；第二种是当患者过度通气时教导其用信封或口罩罩住口鼻，减少过度通气；第三种是渐进性肌肉放松；第四种是想象放松。行放松治疗时，可因时因人结合音乐治疗，通过聆听音乐，促进心身放松从而调整人体的焦虑情绪。（低级证据，弱推荐）

#### ③ 暗示治疗<sup>[48-50]</sup>

选择不被干扰或打断的治疗场所；全面解释并让患者了解本次的治疗目标，得到患者同意后进行下一步；以呼吸为标志来观察患者放松程度；想象的内容可以选择以下两种方法：中医意象引导并修饰甚至纠正；知会患者其发病的经过和引起症状的原因，通过卡片得到患者认可之后，进行下一步。理解原因，处理症状。设置：每周一次，每次1小时，由固定心理治疗师执行，并做好记录。（低级证据，弱推荐）

心理治疗是惊恐障碍治疗的一部分。根据患者的具体情况选择心理治疗的方法，有利于患者改善精神症状，恢复自知力，增加治疗的依从性，降低复发率，改善家庭成员间的关系，解决患者的心理问题和心理需要，促进患者恢复社会功能。行为治疗有助于纠正患者的某些功能缺陷，提高人际交往能力，宣泄不良情绪，恢复学习或工作能力，全面达到社会功能康复。

不同时期的心理治疗方法的选择有所侧重。急性期多采取支持性心理治疗；恢复期心理治疗侧重集体心理治疗、心理咨询与技能训练、认知治疗、家庭治疗、行为治疗。慢性期以行为治疗、集体心理治疗、工娱治疗和支持性心理治疗为主。（高级证据，强推荐）

### (2) 物理治疗

### ①生物反馈治疗<sup>[51-52]</sup>

按着基线测试、训练和休息 3 个步骤进行，训练包括渐进性放松训练、自主训练、生物反馈等，减轻肌肉紧张度和血管紧张度，获得控制惊恐障碍的能力。每次治疗时间约 25 分钟，每周 3-5 次，10 次为一个疗程。同时配合在家自由训练每日 1-2 次效果更佳。

### ②经颅磁刺激治疗（TMS）<sup>[53-55]</sup>

治疗部位：右前额叶背外侧；运动阈值：现场测量（范围 40-80）；强度：阈值 0.8；频率：1HZ；刺激时间：56s；等待时间：4s；总时间：20 分钟 1120 个脉冲；用法：每日 1 次，10 次为一个疗程。

## 5.5 中西医结合分期治疗<sup>[3]</sup>

### 5.5.1 急性治疗期

急性期治疗又称为初始期治疗，疗程 2~3 个月，主要目的是控制症状，尽量达到临床痊愈。轻度惊恐障碍建议首选中医药物及非药物疗法控制症状，或考虑心理治疗或二者联合。中度惊恐障碍急性期建议首选抗精神病西药，可考虑联合中医药物及非药物治疗、心理治疗等。并定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。

### 5.5.2 巩固治疗期

原则上继续使用急性期治疗有效的抗精神病药 4~9 个月，继续使用急性期治疗有效的药物，并维持原剂量不变，推荐在抗精神病药治疗基础上联合中药治疗，稳定症状，改善残留症状，预防复燃。

### 5.5.3 维持治疗期

对于仅有单次发作、症状轻、间歇期长（≥5 年）的患者可不考虑维持治疗，但应密切监测复发的早期征象，一旦发现有复发的早期征象，应迅速恢复原治疗，继续使用急性期和巩固期治疗有效的药物。既往有过 2 次或 2 次以上发作、存在残留症状、持续存在心理社会应激因素、发作年龄早、有精神病的家族史、共病其他精神或躯体疾病的患者，需要维持治疗一般至少 2~3 年。多次复发>3 次以上者以及有明显残留症状者主张长期维持治疗。一旦发现有复发早期征象，迅速恢复原治疗。推荐结合心理疗法，有助于降低复发风险，同时建议中医药系统疗法治疗，为便于长期服用。

## 5.6 疗程

建议对患者病情进行系统评估，若治疗效果明显，功能恢复达到病前水平，病情稳定且无复发倾向，则可在密切关注病情的前提下逐步撤减抗精神病药用量以缩短疗程。

### 5.7 终止治疗及复发后的策略<sup>[3]</sup>

不建议患者在假期前、重大事件及应激事件发生时终止治疗，建议患者不要突然停药，在旅行或外出时随身携带药物。如需终止维持治疗，应缓慢减量，至少持续4~8周，观察有无复发迹象，也可减少撤药综合征的发生。停止治疗前，应告知患者存在惊恐障碍症状复发的潜在风险，并应该确定复发后寻求治疗的计划。停药后，建议继续对患者进行定期随访。若症状复发，患者需再次接受一次完整疗程的急性期治疗。

## 6 疗效评价标准

### 6.1 中医疗效评价标准<sup>[56]</sup>

治愈：症状消失，情绪正常；

好转：症状减轻，情绪基本稳定；

未愈：症状、情绪均无改善。

### 6.2 西医疗效评价标准

结合患者的实际病情和临床表现，以及体格检查结果和相关实验室报告，可以根据治疗前后密顿焦虑量表（HAMA）各项评分及总分进行临床疗效评估。

### 6.3 安全性指标

#### 6.3.1 相关实验室检查

随时监测血压、心率等基础生命体征；定期复查心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行需要浓度检测。

#### 6.3.2 量表评价

副反应量表（TESS），根据体格检查结果以及实验室报告，结合患者的实际病情，做出相应评定，一般治疗前及治疗后2周、4周和6周进行评价。

## 7 预防与调护<sup>[1]</sup>

### 7.1 预防要点

保持情绪安定，加强意志锻炼，培养专业兴趣。经常参加社会活动，适当进行文娱生活。平素多养花种草，美化净化居住环境，陶冶爱美审美心情。

### 7.2 调护要点

居住环境良好，排除恶性干扰。饮食少吃多餐，富有营养，保持二便通调。怡情易性，坚持适当的体育锻炼，可做规律的深呼吸和放松锻炼等。定时服药，亲人陪伴。顺应患者喜恶，消除各种发病诱因。

## 8 预后

从整体上来看，本病若及时有效地治疗，一般预后较好。临床预后常见 3 种情况：一是不伴有重性神志病史，仅有本病的临床特点者，治疗及时，用药合理，预后良好；二是伴有躯体疾病，同时有本病者，在躯体疾病平稳的前提下，本病相对平稳，如年高体弱者，则预后相对较差；三是有神志病史的人，在控制病情稳定的条件下，本病亦相对平稳。如是慢性惊恐障碍患者，则预后较差。

## 9 注意事项

本指南不适用于特殊群体（儿童、妊娠哺乳期妇女、老年人）惊恐障碍的诊断与治疗。应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除惊恐障碍外的其他疾病，如：恐怖性神经症，抑郁症等继发的惊恐发作，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

指南中的内容仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据指南中的内容和标准并不能保证每一个具体的临床病例都能获得诊疗的成功，更不能简单认为指南中的内容已经囊括了惊恐障碍临床操作中的所有规范，而轻易地排斥其他一些适合某一个体的方法。在判断某一特定医疗程序和治疗计划正确与否时，所有的结论首先必须是建立在个体患者的具体病情、临床症状和治疗特点的基础之上，而不能简单的依据指南中的相关内容来做出判断或评价。指南中制定的临床诊疗标准并不是一成不变的，其内容或标准是基于大量的临床案例资料总结和专家共识。在指南使用过程中，要不断对其相关理论知识、操作技术及护理规范等进行提炼和总结，形成更为合理和更为科学的操作模式。

## 参 考 文 献

- [1]赵永厚. 中医神志病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016. 参考文献
- [2]贾竑晓, 张宏耕. 神志病中西医诊断学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.
- [3]陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [4]杜宏伟, 梅妍, 程洪燕, 等. 治疗惊恐障碍早期起效的重要性与中西医方法概述[J]. 山西中医, 2016, 32(8): 60-62. 2016. 08. 032.
- [5]邹志礼, 黄雨兰, 汪瑾宇, 等. 惊恐障碍确诊前的疾病负担调查分析[J]. 实用医院临床杂志, 2017, 14(03): 38-40.
- [6]高新立, 马玲, 闫翌君, 等. 中西医结合治疗惊恐障碍临床研究[J]. 中医学报, 2013, 28(07): 1065-1066.
- [7]刘俊德. 中西医结合治疗惊恐障碍临床研究[J]. 中医学报, 2012, 27(11): 1517-1518.
- [8]沈莉, 颜红. 中西医结合治疗惊恐障碍 30 例临床研究[J]. 北京中医药, 2010, 29(08): 617-618.
- [9]闫炳远. 中医药结合心理疗法治疗焦虑症[J]. 浙江中西医结合杂志, 2009, 19(1): 24-25. 2009. 01. 011.
- [10]郑卫涛, 杜龙玉, 徐寅, 等. 胡浩宇治疗惊恐障碍经验介绍[J]. 浙江中西医结合杂志, 2020, 30(07): 527-529.
- [11]王绍礼. 惊恐障碍残留症状中西医结合治疗[A]. 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 16 届年会论文汇编[C]. 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会: 中国中西医结合学会, 2017: 6.
- [12]杜青, 马先军, 丰广魁. 丰广魁治疗情志病验案[J]. 湖北中医杂志, 2019, 41(07): 20-22.
- [13]李波, 马丽娜. 柴胡龙骨牡蛎汤应用体会[J]. 河南中医, 2015, 35(02): 231-233.
- [14]欧昌贵. 柴胡加龙骨牡蛎汤临床应用举隅[J]. 云南中医中药杂志, 2006(05): 18.
- [15]郑志峰. 柴胡加龙牡汤治疗惊恐障碍 30 例[J]. 浙江中西医结合杂志, 2001, 11(2): 92. 2001. 02. 013.
- [16]王哲. 茯苓《伤寒论》《金匱要略》应用辑要[J]. 实用中医内科杂志, 2017, 31(05): 46-47+61.
- [17]赵玉萍. 惊恐障碍中医临床诊疗指南的研究与制订[A]. 中国科学技术协会、吉林省人民政府. 第十九届中国科协年会——分 12 标准引领中医药学术创新发展高峰论坛论文集[C]. 中国科学技术协会、吉林省人民政府: 中国科学技术协会学会学术部, 2017: 2.
- [18]马群力. 仲景论悸考辨[J]. 中医药学刊, 2004, 22(7): 1305-1307. 2004. 07. 076.

- [19]苏衍卿,徐恩岐.情志致病验案选[J].甘肃中医,2002,15(4):52-52.2002.04.037.
- [20]李妍,徐启春.血府逐瘀汤的现代临床应用[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(77):168.
- [21]洪霞.血府逐瘀汤临床运用体会[J].光明中医,2011,26(2):354-355.2011.02.107.
- [22]邵国荣.血府逐瘀汤临床运用体会[J].北京中医药,2009,28(5):376-377.
- [23]陈素珍.浅谈血府逐瘀汤的临床实践[J].中国中医药咨讯,2011,03(15):196.
- [24]王季璞.血府逐瘀汤[J].开卷有益(求医问药),2014,(9):46.2014.09.041.
- [25]裴艳霞.解析血府逐瘀汤[J].中国实用医药,2013,8(07):188-189.2018.08.027.
- [26]肖宝香,靖永义.奔豚汤加减配合西药治疗惊恐障碍的临床观察[A].中国中医药研究促进会、山东针灸学会.中国中医药研究促进会针灸康复分会第二届学术年会暨山东针灸学会第九届学术年会论文集[C].中国中医药研究促进会、山东针灸学会:山东针灸学会,2017:3.
- [27]曾亮,范宇鹏,杨志敏.从肾积奔豚角度认识惊恐障碍[J].江苏中医药,2018,50(8):68-69.
- [28]黄芳.经方治疗神志病证治规律研究[D].湖北:湖北中医药大学,2010.
- [29]丁德正.炙甘草汤在精神疾病中的运用[J].河南中医,2010,30(4):325-327.
- [30]郭晶晶.炙甘草汤临床应用进展研究[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(10):106-109.2015.10.035.
- [31]林虹,李翔.应用施氏对药治疗精神疾病心得[J].河南中医,2011,31(8):882-883.
- [32]王锋.针刺治疗惊恐障碍验案[J].中华针灸电子杂志,2020,9(03):95.
- [33]T. Ots. The Treatment of Panic Disorder with Acupuncture and Cognitive-Behavioral Psychotherapy[J]. Journal of Acupuncture and Meridian Studies, 2018, 11(4):218-218.
- [34]李冬冬.针刺治疗惊恐障碍30例临床对照观察[A].中国中西医结合学会.2017年第五次世界中西医结合大会论文摘要集(下册)[C].中国中西医结合学会:中国中西医结合学会,2017:1.
- [35]孔莉,颜红.针药结合治疗惊恐障碍50例[J].光明中医,2012,27(04):748-750.
- [36]程坤,沈莉,颜红.针刺为主结合心理疗法治疗惊恐障碍21例[J].中国中医急症,2007(05):609-610.
- [37]路明.针刺治疗焦虑症80例体会[J].中国临床康复,2004(18):3593.
- [38]刘兰英,骆利元,朱春青,等.穴位刺激调控法联合艾司西酞普兰治疗惊恐障碍39例[J].医药导报,2019,38(09):1187-1191.
- [39]宋薇薇,晏兰,周虎.电针与帕罗西汀治疗惊恐障碍的临床疗效[J].药学实践杂志,2014,32(05):376-378.
- [40]程坤,颜红,张军平.综合疗法治疗惊恐障碍30例临床疗效观察[J].天津中医药,2012,29(05):443-444.
- [41]王珊珊,余文婷,武丽,等.简化认知行为疗法对惊恐障碍的疗效研究[J].中国药物与临床,2021,

21 (02) : 203-205.

[42]张宇珊, 唐蕊, 罗小清, 等. 探究团体正念认知疗法对惊恐障碍的疗效[J]. 神经损伤与功能重建, 2019, 14 (11) : 557-559+564.

[43]唐蕊, 李欣, 张燕丽, 等. 药物联合团体认知行为治疗对惊恐障碍患者疗效初探[J]. 临床精神医学杂志, 2017, 27 (04) : 275-277.

[44]蔡松涛, 何莲珠, 陈平周, 等. 文拉法辛联合认知行为治疗对惊恐障碍患者述情障碍的疗效分析[J]. 中国实用医药, 2016, 11 (16) : 23-24.

[45]李斌. 艾司西酞普兰联合认知行为治疗与单药治疗惊恐障碍的研究[J]. 海峡药学, 2016, 28 (09) : 125-128.

[46]Han Chang et al. A Clinical Report on Symptom of Panic Disorder Improved by Chuna Manual Relaxation Therapy[J]. The Journal of Korea CHUNA Manual Medicine for Spine and Nerves, 2008, 3 (2) : 1-8.

[47]钟远惠, 林杰, 施梦娟. 艾司西酞普兰联合渐进性肌肉放松训练治疗惊恐障碍的效果评价[J]. 四川精神卫生, 2014, 27 (05) : 413-415.

[48]彩云. 团体平衡心理治疗对惊恐障碍患者的疗效研究[D]. 东南大学, 2017.

[49]张明廉, 袁国桢, 姚建军. 音乐治疗对焦虑症患者情绪改善的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23 (8) : 746-747. 2008.08.022.

[50]孟泳铮. 安神定惊法联合中医心理疗法治疗惊恐障碍的临床分析[J]. 北方药学, 2016, 13 (07) : 114-115.

[51]杨磊, 牛琪惠, 连楠, 等. 帕罗西汀联合生物反馈治疗对惊恐障碍的效果[J]. 河南医学研究, 2020, 29 (34) : 6356-6360.

[52]Bai-En Shie and Fong-Lin Jang and Vincent S. Tseng. Intelligent panic disorder treatment by using biofeedback analysis and web technologies[J]. Int. J. of Business Intelligence and Data Mining, 2010, 5 (1) : 77-93.

[53]唐锴, 叶庆红, 陈志斌, 等. 重复经颅磁刺激辅助治疗惊恐障碍疗效观察[J]. 精神医学杂志, 2016, 29 (03) : 212-214.

[54]陈静, 施慎迅. 重复经颅磁刺激治疗焦虑谱系障碍的进展[J]. 国际精神病学杂志, 2009, 36 (03) : 187-190.

[55]崔慧茹, 李伟, 王继军, 等. 重复经颅磁刺激和经颅直流电刺激治疗焦虑谱系障碍研究现状[J]. 国际精神病学杂志, 2018, 45 (06) : 983-985+993.

[56]国家中医药管理局. 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 北京: 南京大学出版社, 1994: 20-21.

