

ICS **.***.**

C **



团 体 标 准

T/CACM ****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 癔病

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

目 次

前言 I

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 11

7 预防与调护 12

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、福建省平南市人民政府。

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

目前国内外缺乏癔病中西医结合诊疗的标准和指南，中医药治疗癔病的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本指南在癔病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癔病的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对癔病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癔病的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高癔病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—癔病》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订目标，在中华中医药学会 2018 年发布的《中医神志病临床诊疗指南·癔病》（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癔病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订检索策略，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。

本指南主要为癔病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癔病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，癔病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癔病的所有医疗机构。

1 范围

本指南规定了癔病的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于癔病中医、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 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 14396-2016 《疾病分类与代码》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本指南。

癔病 Hysteria

是一种常见的精神疾病，又名“歇斯底里”。临床以各种感觉障碍、运动障碍、精神病性症状，或意识改变状态等为主要特征。相当于中医神志病学“百合病”、“郁证”、“奔豚气”、“脏躁”、“梅核气”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。^[1-4]

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

各种感觉障碍、运动障碍、精神病性症状，或意识改变状态等，症状具有夸大、做作或带有丰富情感渲染等特点，而不具有相应的器质性病理基础。

癔病主要有两种表现类型：分离型和转换型。分离型以精神症状为主，转换型以躯体功能障碍为主。有癔病性人格基础，起病常受心理、社会(环境)因素影响，除癔病性精神病或癔病性意识障碍有自知力障碍外，其余自知力基本完整。

4.1.2 诊断标准

参照世界卫生组织发布的国际疾病分类第十版（ICD-10）及中国精神疾病诊断标准（CCMD-3）中的癔病（分离性障碍及转换性障碍）诊断标准。

（1）症状标准

有心理社会因素作为诱因，并至少下列1项综合征：癔病性遗忘；癔病性漫游；癔病性多重人格；癔病性精神病；癔病性运动和感觉障碍；其他癔病形式。

（2）严重标准

社会功能受损。

（3）病程标准

起病与应激事件之间有明确联系，病程多反复迁延。

（4）排除标准

排除器质性精神障碍（如癫痫所致精神障碍）、诈病。

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。明尼苏达多相人格问卷及艾森克人格问卷测定对本病的诊断有参考作用。

4.2 中医诊断标准

中医并没有明确提出癔病的病名，但根据其特点可归属于中医“百合病”、“郁病”、“奔豚气”、“脏躁”、“梅核气”等范畴。癔病的中医证候诊断，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。

4.3 鉴别诊断

瘧病当与神经系统疾病、内脏器质性疾病、五官科疾病、低血糖症以及其他精神疾病做出鉴别。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机^[5]

中医学认为瘧病的发生是由于心、肾、肝、胆机能的改变，郁怒、思虑、悲哀、忧郁、惊恐七情内伤致病，日久可耗伤心气营血，以致心神不安，脏腑阴阳失调。《金匱要略》和后世医家，以阴阳失和、气机紊乱、肝郁心虚、神明失主为瘧病的发病因由。《金匱要略》中关于“奔豚”、“脏躁”都强调了瘧病的心因性起源。关于“脏躁”，《金匱要略》分析其发病多是由于情志不遂肝郁化火伤阴耗液，或者思虑过度劳伤心脾，以致脏阴不足，与痰涎交结而成。中医神志病学里并没有瘧病病名，与现代医学中瘧病的描述相类似的病症描述散见于“百合病”、“郁病”、“奔豚气”、“脏躁”、“梅核气”等相关的描述中。

4.4.2 中医证候分型

临床常见证候如下：^[6-10, 21-26]

(1) 肝郁化火证

瘧病发作，平素性情急躁易怒，胸闷胁胀，头痛目赤，口苦，嘈杂泛酸，便结尿黄。舌质红，苔黄，脉弦数。

(2) 肝郁气滞证

瘧病因情绪波动而发作或加重，伴平素神志抑郁，心事重重，多疑善虑，猝然失语，声低黯然，欲语不能，耳语嘘嘘，喉间紧束，暖气频作，善太息，月经不调；或突然昏倒，不醒人事，醒后如常。舌质淡，苔薄白，脉弦。

(3) 心脾两虚证

瘧病发作，伴素体虚弱，善思多虑，心神不宁，神志恍惚，胸闷心悸，少寐健忘，面色萎黄，神疲倦怠，纳谷不馨。舌质淡，苔薄白，脉弦细或细数。

(4) 肝肾阴虚证

瘧病发作，伴虚烦少寐，烦躁易怒，头晕心悸，潮热盗汗，手足心热，口干咽燥。舌质红，苔薄，脉弦细或细数。

(5) 气滞痰阻证

瘧病发作，伴神志抑郁，咽中如有物阻，胸闷气短，妄语失音或失聪，皮肤麻木，四肢瘫痪等症状。舌质淡，苔白腻，脉弦滑。

(6) 痰热内扰证

瘧病发作，伴情志不遂，心悸少寐，烦躁谵语，胸满呃逆，头晕目眩。舌质红，苔黄腻，脉弦滑。

(7) 阴虚内热证

瘧病发作，伴两颧红赤，潮热盗汗，五心烦热，形体消瘦，夜热早凉，口燥咽干。舌质红，苔少，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则^[7]

中医秉承“急则治其标，缓则治其本”的原则。本病初期可根据证型变化选择治疗方案，偏虚，治以补益心脾，补肾填精，滋阴降火之法；偏实，治以疏肝清肝，化痰通络之法，辨证施治，运用中药方剂加减，总以疏肝解郁，调补脏腑为治疗原则，配以针灸施治。因本病属于神志疾病，因情志失常，使脏腑气机升降失常，引发疾病。待病情渐缓解，可根据起病原因，给以心理疏导。达到标本兼治的效果。

5.1.2 西医治疗原则

瘧病的西医治疗以心理暗示为主，药物对症治疗为辅。具体应用原则有^[6-7]：

(1) 抗精神病药

应用抗精神病药可以改善兴奋和躁动，还可以改善精神病性症状，如幻觉、妄想等；治疗过程中要注意不良反应的发生，并及时处理。

(2) 抗焦虑药

常见苯二氮卓类，可应用缓解焦虑，改善睡眠。

(3) 抗抑郁剂

提高情绪，缓解躯体不适如头痛、头昏、发热、心慌、出汗等。

西医对于瘧病的治疗策略主要有：^[11-14]

对于症状轻微的癔病患者，更多的是消除诱发癔病的不良刺激，达到标本兼治的目的。对于初发患者，我们既要重视感受和评价心理因素对患者的影响，同时也要认识到患者本身个性的缺陷，合理的解释、暗示、疏泄疗法，往往可取得良好的效果。患者的自知力受损严重，尤其是病症出现反复时，应给予患者心理治疗的同时还应该采取药物来辅助治疗。对于反复长期发作的患者，治疗过程中应避免环境中的不良暗示。

5.2 中西医结合治疗策略^[15-20]

癔病治疗难度大，易反复，一般通过心理治疗，目前并无治疗癔病的特效药，主要采用对症治疗。常用药物有抗精神病药，可获得一定短期疗效，但社会康复率不理想，且造成锥体外系反应等副作用。近年来较多文献报道中医疗法联合西药治疗存在一定的优势，可有效提升临床疗效。因此，应合理采用中西医结合的方法，发挥各自的优势，互相弥补不足。急则治标，西药可发挥其强有力的治疗作用，且疗程短、见效快，当兴奋躁动情绪控制后，则治其本，中医整体调节的治疗作用，不仅可以调整自主神经功能，还能增强患者的自我抗病能力，恢复机体功能，积极配合精神治疗，可达到减少复发、疗程短、症状缓解较彻底等优点。中药汤剂的整体调节作用，使长期处于紧张或紊乱状态下的脑皮质细胞获得充分休息和调节，对防止癔病复发有良好作用，患病时间不论长短，只要治疗恰当、正确，多可一次治愈。此外，对于兴奋型癔病患者，采用针刺治疗可获得较好疗效，还能快速有效缓解患者的躯体和意识障碍。

5.3 中医治疗

5.3.1 辨证论治

(1) 肝郁化火证

治法：泻肝胆实火，清下焦湿热。

方药：龙胆泻肝汤^[6, 8]（《医方集解》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：龙胆草、生地黄、当归、柴胡、泽泻、车前子、木通、黄芩、栀子、甘草。

加减：两胁胀痛者，加青皮、木香、枳实；头痛目赤者，加蔓荆子、川芎、白芷；急躁易怒者，加夏枯草、石决明。

(2) 肝郁气滞证

治法：疏肝解郁，健脾和营。

方药：逍遥散^[6, 7, 21-24]（《太平惠民合剂局方》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：柴胡、当归、白芍、白术、茯苓、生姜（少许）、薄荷（少许）、炙甘草。

加减：胸胁胀痛者，可与越鞠丸合用；头痛较甚者，加川芎、白芷；多疑少寐者，加远志、酸枣仁。

（3）心脾两虚证

治法：养血安神，补心益脾。

方药：归脾汤^[6, 7, 24]（《济生方》）加减。（中级证据，强推荐）

常用药：人参、黄芪、白术、茯苓、龙眼肉、酸枣仁、远志、木香、炙甘草、生姜、大枣。

加减：心神不宁者，加当归、熟地；不寐者，加五味子、柏子仁；烦躁者，加龙骨、牡蛎、珍珠母。

（4）肝肾阴虚证

治法：滋阴补肾，填精益髓。

方药：左归丸（《景岳全书》）加减。^[6, 23]（低级证据，弱推荐）

常用药：熟地、山药、枸杞、山茱萸、川牛膝、菟丝子、鹿角胶、龟板胶。

加减：潮热盗汗重者，加地骨皮、银柴胡；口干尿赤重者，加天门冬、石斛、黄精；大便燥结，加肉苁蓉。

（5）气滞痰阻证

治法：行气散结，降逆化痰。

方药：半夏厚朴汤（《金匱要略》）加减。^[6, 7, 21-23]（中级证据，强推荐）

常用药：半夏、厚朴、茯苓、生姜、苏叶。

加减：肢体困重甚者，加茯苓、薏苡仁、石菖蒲；食欲不振重者，加神曲、山楂；气郁较甚者，加香附、郁金；胁肋疼痛者，加川楝子、延胡索；咽痛者，加玄参、桔梗。

（6）痰热内扰证

治法：理气化痰，和胃利胆。

方药：温胆汤（《三因极一病证方论》）加减。^[7, 8, 24]（中级证据，强推荐）

常用药：半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓、生姜、大枣。

加减：不寐者，加琥珀、远志；惊悸者，加珍珠母、生牡蛎、生龙齿；呃逆者，加苏梗、枇杷叶、旋覆花；眩晕者，加天麻、钩藤。

（7）阴虚血热证

治法：滋阴清热，凉血祛风。

方药：百合地黄汤（《金匱要略》）或防己地黄汤（《金匱要略》）加减。^[25-26]（高级证据，强推荐）

常用药：百合、生地黄、防己、桂枝、防风、甘草。

加减：心热烦甚者，加黄连、山栀、豆豉；抽搐者，加胆星、钩藤、全蝎。

5.3.2 针刺治疗

(1) 常规取穴

以醒脑开窍、镇静安神、疏通经络为主。取穴主穴：取内关(双侧)、合谷(双侧)、水沟、百会。随证配穴：感情爆发配太冲；癔病性昏迷、嗜睡、木僵配素髻、涌泉；癔病性瘫痪配涌泉、环跳；上肢瘫可配肩髃、曲池、极泉；下肢瘫配环跳、太冲、阳陵泉、三阴交、委中；癔病性失语配天突、廉泉、太冲；癔病性失明配太阳、睛明、四白；癔病性呃逆配天突；癔病性厌食、呕吐配足三里、中脘；癔病性失音配上廉泉、双人迎、天突、双通里。操作方法：患者取仰卧位，穴位消毒。内关穴，直刺1~1.5寸，施提插捻转泻法；水沟穴，向鼻中隔下斜刺，施雀啄泻法以眼球湿润为度；百会穴，沿头皮向后顶方向刺；涌泉穴，快速进针，捻转泻法，其余穴位均用直刺，发作时强刺激。体质虚弱或久病患者采用稍弱刺激，未发作时施平补、平泻法。每次留针15~20分钟，每日1次。根据临床疾病表现选取穴位，在上述治疗过程中，同时有针对性地进行言语疏导和心理护理。5-7次为1疗程。^[24, 27-35]（高级证据，强推荐）

(2) 针刺井穴

癔病性瘫痪，为气机郁闭，蒙蔽清窍所致。选双侧少商、隐白，取1寸毫针刺入后大幅度捻转，再用1.5寸毫针刺入廉泉，同时令患者举臂抬腿，约3分钟后患者四肢活动如常并可发音说话，然后去针，即可下地行走。十二井穴中的其它穴位如涌泉、中冲等在癔病性瘫痪的治疗中也可使用，总之当以取穴少而精为宜。^[36-39]（中级证据，弱推荐）

(3) 针刺大横穴

一般取仰卧位，松解腰带。常规皮肤消毒，用1寸5分毫针快速刺入大横穴，然后以小角度快速持续捻针。同时认真观察患者的表情变化，如出现呻吟、屏气消失、睁眼、肢体僵直解除，继而恢复常态，可出针结束治疗；如肢体仍僵直不解，不言不语，可配加刺中脘穴乃佳。^[40]（低级证据，弱推荐）

(4) 电针

主穴：水沟、百会、印堂、天突、膻中、鸠尾、足三里。配穴：合谷（双侧）、太阳（双侧）、三阴交（双侧）、涌泉。根据患者主要症状给予辨证取穴，每次选2个主穴，4个配穴，或2个配穴4个主穴。常规消毒进针得气后，接通电针治疗仪，用连续波频率4~12次/秒，强度根据患者症状及耐受程度而定，实证输出量为强刺激，虚证输出量为弱刺激，如歇斯底里发作可加大刺激量到用电冲击疗法，电冲击每次不超过20秒，2次间隔时间30秒，最多不超过3次。电针治疗每日1次，每次30分钟。疗程为每10次为1规定疗程。^[41-50]（高级证据，强推荐）

5.3.3 穴位按摩^[51-54]

选穴：内关、合谷、神门，以上均双侧取穴。操作方法：选穴后，用拇指按揉穴位，力度以患者耐受为度，两侧穴位均需要按揉，每个穴位约5 min。配合语言疏导，通过家属或陪同人员了解患者感兴趣的内容，积极诱导患者倾诉自身感受，表现出理解并支持患者，取得患者信任。（中级证据，强推荐）

5.3.4 中医情志疗法^[55]

移情易性、顺情从欲；情志疏导、耐心劝慰；精神暗示、以情治情，均适用于本病。（低级证据，弱推荐）

5.3.5 中成药

（1）活力苏口服液：益气补血，滋养肝肾。每次10mL，每日1次~3次，口服，或遵医嘱。用于心脾两虚，气血不足证，或肝肾阴虚，兼内热者。

（2）复方刺五加颗粒：补肾安神，益气健脾。每次1袋，每日2次，口服，或遵医嘱。用于心脾两虚证或兼气虚、肾亏者。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[56-59]

抗精神病药，例如喹硫平、奥氮平、利培酮、阿立哌唑等第二代抗精神病药物，均能有效控制患者的精神症状。对于肌张力增高患者，可用10%葡萄糖酸钙加入5%葡萄糖注射液中静脉缓慢滴注。目前临床常多用氯丙嗪100~300mg/d或奋乃静12~30mg/d对抗癔病性精神病。一般选用利眠宁、安定、泰尔登等精神药物控制焦虑症状。当患者出现兴奋、极度骚动的情况，建议使用氯丙嗪50mg或氟哌啶醇5mg，肌肉注射，1次或2次/d，一般不作常规使用。（中级证据，弱推荐）

5.4.2 无抽搐电休克治疗（MECT）^[60-61]

MECT适用于急性发病期间，通过肌肉松弛剂和麻醉剂的应用，能够减轻患者的恐惧心理，缓解患者紧张情绪，减少骨折、关节脱臼、心脏血管意外等并发症的发生，且能够有效地控制患者全身肌肉酸痛等不良反应。（中级证据，强推荐）

5.4.3 心理治疗^[62-71]

（1）暗示疗法

通过语言及静脉注射 10%葡萄糖酸钙治疗手段，使患者错误的思维逻辑、推理、判断变成医生所灌输的正确的思维逻辑及思维判断。

（2）疏导治疗

对患者的心理过程进行疏导，使其思维畅通无阻，鼓励患者自我领悟，要把医生的意见变为患者的意见，疏导中必须有充分的准备，详细询问病史，充分了解与发病有关的因素，求得患者的配合，使患者由病态心理状态转化为生理心理状态。

（3）催眠疗法

利用催眠时大脑生理功能的改变，通过言语，施以暗示，以达到消除癔病症状的目的。

（4）解释性心理治疗

主要目的是指导患者正确认识和治疗疾病的心理因素，了解疾病的性质，帮助患者分析人格缺陷，克服人格缺陷。它适用于所有类型的癔病，除了癔病精神病发作。

（5）分析性心理治疗

其重点是探索患者的无意识动机，引导患者了解无意识动机对健康的影响，并将其消除。主要适用于分离性健忘症、多重人格和各种转化障碍。

（6）行为疗法

主要采用逐步强化的方法来训练患者的功能，适用于治疗无效、肢体或语言障碍的慢性患者。当患者的家庭关系受到疾病影响或治疗需要家庭成员的配合时，应采用这种治疗方法来改善患者的治疗环境，获得家庭支持。

（7）放松疗法

是通过意识控制使肌肉放松，同时间接地松弛紧张情绪，从而达到心理轻松的状态，缓解患者压力，便于治疗的继续。并使身心健康。

（8）系统脱敏疗法

诱导患者缓慢地暴露出导致神经症焦虑、恐惧的情境，并通过心理的放松状态来对抗这种焦虑情绪，从而达到消除焦虑或恐惧的作用。

（9）厌恶疗法

采用条件反射的方法，把需要戒除的目标行为与不愉快的或者惩罚性的刺激结合起来，通过厌恶性条件反射，以消退目标行为对患者的吸引力，使症状消退，如使用电击等方式。

（10）认知疗法

医生必须对患者进行仔细评估，以真诚的态度接纳患者，关心理解、做好倾听，使患者的不良情绪

得以渲泄，压抑心境得以放松，引导患者进入认知模式。治疗中采用讲课、布置作业、深入交谈等形式启发患者接纳自我，协助患者对自己的幼稚行为和负性自动式思维进行自测自评。指导患者用现实的态度来替代幻想性思维，反复强化在治疗中已获得的认知方法和自悟技巧，以提高患者出院后对自我的自我监察和自我调控能力以及对周围环境和人际关系的心理顺应性和自然适应能力。（高级证据，强推荐）

5.5 癔病中西医结合分期治疗^[72-76, 15]

5.5.1 急性期

癔病急性期一般3~4周，患者多数病程短，通常在12个月左右。急性期以中医辨证为主，对精神兴奋者辅以小剂量精神安定药（奋乃静2~6mg、舒乐安定2mg）。严重患者应以快速控制症状为首要目标，可用冬眠灵、利眠灵、非那根，必要时可用苯海索等控制反复发作，但因其疗效短，应结合中医疗法双管齐下。轻症患者进行语言暗示疗法，或者药物暗示，如葡萄糖酸钙静脉滴注，观察疗效，不理想者加用中医疗法。本病存在通过模仿和自我暗示传播的现象，若为群体性爆发，应当隔离治疗患者。

5.5.2 巩固期

癔病巩固期根据患者具体情况，为1~12个月。癔病的症状具有多样性、阵发性和复发性，故巩固期多维持急性期用药方案，可根据患者状况调整中药处方。对于本病应当重视心理疗法，在稳定期继续进行。注意初愈患者免受不良精神刺激和劳累，以防复发。此时应继续以中医疗法为主，整体调节，改善大脑皮层状态，从本源治愈癔病。

5.5.3 维持期

对于多数症状轻，单次发作时间短、发作间歇长的患者可不必维持治疗。针对病情顽固的患者，为防止复发，仍需服用中药处方，或中成药，如刺五加片来善后。此外，还应配合心理治疗，调整生活环境，寻找发病诱因，介绍应付策略，控制睡眠障碍，减轻与消除躯体不适，给予心理鼓励，保持精神健康，才能达到比较长时间的稳定缓解。

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针对共病或伴发症状的药物用量以缩短疗程。

5.7 终止治疗及复发后的策略^[77]

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，应告知患者存在癔病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

治愈：临床症状全部消失，社会功能恢复；

好转：临床症状基本消失，社会功能部分恢复；

未愈：临床症状无明显改善或恶化，社会功能受损明显。

6.2 量表评估

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，可以根据治疗前后明尼苏达多项人格测验（MMPI）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 常规检查

随时监测血压、心率等生命体征，定期复查心电图、血常规、肝肾功等。

6.3.2 量表评价

（1）副反应量表（TESS）

TESS 适用于评定各类抗精神病药物引起的副作用。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。

（2）抗抑郁药副反应量表（SERS）

SERS 适用于评定抗抑郁药物引起的副作用。SERS 共 14 项，分别在治疗前及治疗后 2 周、4 周、6 周时进行评分。

7 预防与调护

由于癔病的发生多起源于一些明显的心理因素，如生活事件、内心冲突强烈的情绪体验，再加之患者自己的心理暗示，就会表现出一系列病症。而具有癔病性格特征的人相较于常人更易发病，因此家庭成员应当积极关注青少年的心理健康，如若发现存在异常或性格缺陷，及时向专业医师人员寻求帮助，及时纠正，以避免不良事件的发生。对于病情已经稳定的患者，医护人员应当与其建立良好的关系，助其疏导情绪，引导其改变不合理的认知方式。积极寻找发病诱因，避免再次发病；积极与患者家属沟通，患者家人争取做出对其有益的改变。此外，患者周围的人群也应当给予心理上的支持，做到不歧视患者，以上均有利于预防疾病的复发。^[79-80]

8 预后

总体上看，该症预后一般较好，多数患者可在一年内自行缓解。大多急性发作的患者经过行为治疗、心理治疗、社会支持治疗症状可缓解。但慢性患者预后通常不佳，少数患者若病程很长，或经常反复发作，则治疗比较困难。具有明显特征的患者治疗也较困难，且易复发。极个别表现为瘫痪或内脏功能障碍的患者，若得不到及时恰当的治疗，病程迁延，可能严重影响工作和生活能力。

9 注意事项

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癔病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]沈渔邨. 精神病学[M]. 人民卫生出版社, 2010.
- [2]赵永厚, 蔡定芳. 中医神志病学[M]. 上海中医药大学出版社, 2009, 9: 82-93.
- [3]周庚生, 胡纪明. 中西医临床精神病学[M]. 中国中医药出版社, 1998: 126-132.
- [4]陈家扬. 实用中医精神病学[M]. 北京出版社, 1985.
- [5]王海娜. 中西方医学中癔症的演变研究[D]. 黑龙江中医药大学, 2011.
- [6]吴中秋, 赵志国. 辨证治疗癔症的体会 [J]. 河北中医药学报, 2006, 21 (01): 18.
- [7]张景玉. 癔症的中医症候分型和治疗、中医证型诊断标准[J]. 中医临床研究, 2010, 02((22): 78.
- [8]张景玉. 癔症的中西医治疗 [J]. 内蒙古中医药, 2011, 31 (24): 119.
- [9]黄菁. 针刺十三鬼穴配合百合地黄汤治疗阴虚内热型百合病的疗效观察[D]. 广西中医药大学, 2018.
- [10]王晓燕, 王允生. 癔病的中医药治疗[J]. 光明中医, 2005, 20 (02): 39-42.
- [11]赵丽萍. 心理护理在癔症患者治疗中的作用[J]. 黑龙江医学, 2014, 38 (06): 738.
- [12]周三华, 杨云. 分离转换性障碍的治疗进展[J]. 中国医药指南, 2018, 16 (03): 17-18.
- [13]沈玲, 罗学荣, 韦臻, 等. 焦虑性障碍儿童情绪问题及教育心理控制源的研究[J]. 中国当代儿科杂志, 2011, 13 (12): 970-972.
- [14]唐江凤, 陈剑秋, 张锁生, 等. 癔病性失音 1 例的暗示治疗体会[J]. 临床军医杂志, 2008, 36 (01): 32.
- [15]李卫华, 王明祥. 中西医结合治疗反复发作癔症性精神障碍的效果[J]. 中医临床研究, 2017, 9(02): 96-98.
- [16]曾华. 中西医结合治疗癔症急性发作 35 例疗效观察[J]. 新中医, 2010, 42 (06): 66-67.
- [17]柴东河, 王鑫, 张谢芳. 中西医结合治疗癔症[J]. 河南医药信息, 2002, 4 (21): 79.
- [18]程建中. 中西医结合治疗癔病 30 例临床小结[J]. 安徽医学, 1986, 4 (02): 40.
- [19]徐燕. 中西医结合治疗癔病 20 例临床观察[J]. 社区医学杂志, 2008, 6 (04): 62.
- [20]东建亭. 中西医结合治疗儿童癔病疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2005, 14 (06): 732.
- [21]师会. 加味柴胡疏肝散治疗癔症性瘫痪 13 例体会 [J]. 江西中医药, 2005, 36 (04): 25.
- [22]何忠俊. 加味逍遥散合二子二石汤治疗癔症性失语[J]. 中国民间疗法, 2001, 9 (04): 51-52.
- [23]孙海俊. 逍遥散治疗精神疾病举隅 [J]. 山东中医杂志, 2005, 24 (03): 179-180.
- [24]陈宁. 针灸配合情志疗法治疗癔病 142 例探讨[J]. 四川省卫生管理干部学院学报, 2007, 26 (03):

187-188.

- [25]张国亭, 杨晓. 防己地黄汤治疗癔病发作 36 例 [J]. 四川中医, 2003, 21 (01): 49.
- [26]胡辰生, 景秋芝. 百合地黄汤加味治疗癔病 40 例[J]. 四川中医, 2003, 21 (05): 32.
- [27]王岩, 王琴, 张琛. 针刺治疗癔症 62 例疗效分析[J]. 青岛医药卫生, 2010, 42 (05): 368-369.
- [28]张玥. 针刺治疗癔症 30 例[J]. 湖南中医杂志, 2004, 4 (03): 46.
- [29]付万仓. 针刺治疗癔症性失语 46 例[J]. 中医外治杂志, 2003, 12 (02): 33.
- [30]王翌. 针药结合治疗恢复期癔症躯体障碍 60 例的临床观察[J]. 中医临床研究, 2017, 9(14): 85-87.
- [31]白晓英, 周志杰, 谢治椽. 针药结合治疗癔症 109 例[J]. 陕西中医, 2004, 25 (02): 163-164.
- [32]李波, 梁嘉文, 马丽娜, 等. 针药结合治疗癔症临床研究[J]. 中医学报, 2015, 30 (10): 1509-1510.
- [33]李桂松, 袁明华, 许玲. 针刺并语言暗示治疗癔病性失音 39 例[J]. 山东中医杂志, 2000, 19 (02): 90-91.
- [34]张洪岩. 癔症针灸治疗分析[J]. 中国卫生标准管理, 2014, 5 (17): 62-63.
- [35]李建波. 调神针法治疗癔症性失语[J]. 中国民间疗法, 2011, 19 (10): 14.
- [36]张弛, 周章玲. 针刺井穴治疗癔癱 32 例临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2009, 7 (08): 110-111.
- [37]王长海. 针刺少商、隐白治疗癔症癱 40 例报告[J]. 贵阳中医学院学报, 1999, 4 (04): 29-31.
- [38]张智. 涌泉穴滞针法治疗癔症[J]. 针灸临床杂志, 1994, 4 (06): 46.
- [39]肖仁鹤. 毫针刺涌泉治疗癔症 50 例[J]. 湖北中医杂志, 1987, 4 (05): 39.
- [40]沈书宇. 针刺大横穴治疗癔症性晕厥[J]. 上海针灸杂志, 1989, 4 (01): 23.
- [41]章慧英, 王云彩. 电针治疗癔病 230 例疗效观察[J]. 针灸临床杂志, 1998, 4 (01): 14.
- [42]张虹, 曹雷, 张颖, 等. 电针联合心理疗法治疗癔症性失语 32 例疗效观察[J]. 吉林大学学报(医学版), 2009, 35 (06): 1138.
- [43]范宜文, 袁明. 电针配合心理疗法治疗癔症 90 例[J]. 上海针灸杂志, 2003, 22 (06): 5-6.
- [43]张虹, 曹雷, 周磊. 电针配合语言暗示治疗转换型癔症 60 例临床分析[J]. 吉林大学学报(医学版), 2011, 37 (04): 745.
- [45]段德香, 崔桂梅. 电针与小剂量齐拉西酮治疗癔症对照研究[J]. 光明中医, 2010, 25(09): 1660-1662.
- [46]张善彬, 崔桂梅. 电针治疗儿童癔症 41 例[J]. 陕西中医, 2008, 29 (07): 882.
- [47]鲁宁. 电针治疗难治性癔球症的临床疗效观察及对食管动力的影响研究[D]. 浙江中医药大学, 2018.
- [48]王丽霞, 尹松灵, 王朝晖. 电针治疗癔病 40 例[J]. 上海针灸杂志, 1996, 4 (S1): 189-190.

- [49]王社平, 谢瑞山, 牛文. 电针治疗癔病 78 例临床观察[J]. 现代中医药, 2003 (05): 85.
- [50]徐玉梅. 电针治疗癔症性瘫痪 40 例[J]. 陕西中医, 1994, 4 (11): 517.
- [51]胡书凤, 冯金星, 陈秀珍, 等. 穴位按摩结合局部针刺治疗急诊癔症患者的临床观察[J]. 中国中医急症, 2020, 29 (07): 1252-1254.
- [52]钟炜. 穴位按摩护理干预对急诊癔症患者临床症状的影响[J]. 黑龙江中医药, 2019, 48 (05): 277-278.
- [53]王会芳, 刘晓春, 凌玲. 穴位按摩护理干预对急诊癔症患者的影响[J]. 西部中医药, 2015, 28 (11): 125-126.
- [54]阮华英. 内关合谷穴按摩在转换型癔症患者中的应用[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28 (S3): 488-489.
- [55]程红, 吕玉华. 中医情志调护在 96 例急诊癔症中的运用[J]. 现代中西医结合杂志, 2011, 20 (07): 889.
- [56]孙红梅. 32 例癔症经验治疗分析[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7 (04): 48-50.
- [57]李卫华, 王明祥. 中西医结合治疗反复发作癔症性精神障碍的效果[J]. 中医临床研究, 2017, 9(02): 96-98.
- [58]李根起. 中西医结合治疗神经症 65 例[J]. 河北中医, 2000, 22 (08): 618-619.
- [59]曾华. 中西医结合治疗癔症急性发作 35 例疗效观察[J]. 新中医, 2010, 42 (06): 66-67.
- [60]张生. 无抽搐电休克治疗癔症临床分析[J]. 中外医疗, 2014, 33 (18): 12-13+48.
- [61]张会堂, 刘桂英. 现代无抽搐电休克治疗癔症 45 例临床分析[J]. 中国社区医师(医学专业), 2011, 13 (36): 138-139.
- [62]孙群星, 李花, 杨桂兰, 等. 192 例癔症的心理治疗与临床分析[J]. 中国行为医学科学, 2000, 4(06): 67.
- [63]周红宇, 孙海漪. 青年分离(转换)性障碍的临床治疗分析[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19 (A2): 86+88.
- [64]纪红玉, 徐桂莲, 翟乃霞, 等. 心理干预对分离(转换)障碍患者治疗效果的影响[J]. 护理学杂志, 2005, 4 (13): 51-52.
- [65]徐福山. 心理疗法对癔症的疗效分析[J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2015, 36 (18): 2707-2708.
- [66]周志良, 王旭东. 心理治疗对癔症性精神病的对照研究[J]. 中国心理卫生杂志, 1998, 4(04): 59+58.
- [67]张华. 心理治疗对癔症性精神病的作用[J]. 现代中西医结合杂志, 1999, 8 (12): 1972-1973.
- [68]田广永, 段永畅, 刘长秀, 等. 癔病性失音的心理学康复[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2005, 4 (06): 618.

- [69]居东彬, 付汛安. 癔症性眼病的心理治疗[J]. 中国民政医学杂志, 1995, 4(04): 227.
- [70]周光涛. 针刺配合暗示疗法治疗癔症性瘫痪 56 例[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(08): 66.
- [71]张国珧. 综合医院 257 例急诊癔症的临床分析[J]. 中国现代药物应用, 2008, 4(24): 113-114.
- [72]徐关仁, 徐旭卿, 孙颂文, 等. 流行性癔病暴发流行 365 例临床观察[J]. 江苏预防医学, 1997, 4(03): 54-56.
- [73]张海燕. 中西医结合诊治癔症[J]. 临床精神医学杂志, 1994, 4(01): 47.
- [74]李俊英. 中西医结合(共鸣火花穴位治疗及感应电穴位治疗)治疗 369 例癔病的疗效总结[J]. 山东医学院学报, 1978, 4(01): 68-72.
- [75]陈永明. 中西医结合治疗癔症的疗效观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2006, 4(11): 25.
- [76]万里鹏. 中西医结合治疗癔病的体会[J]. 甘肃中医, 1998, 4(01): 31-32.
- [77]赵靖平, 施慎逊. 中国精神分裂症防治指南 [M]. 第 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [78]中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J]. 中华精神科杂志, 2001, 4(03): 59-63.
- [79]吴芸. 癔症 219 例性格特征及应对矫治方法探讨[J]. 基层医学论坛, 2009, 13(33): 979-980.
- [80]颜雪梅, 董桂兰, 李文彦. 大学生癔症急性发作时的护理及复发的预防[J]. 中国中医药现代远程教育, 2014, 12(13): 123-124.