

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



团 体 标 准

T/CACM ****-20**

神志病中西医结合临床诊疗指南-进食障碍

Integrative Clinical Guideline of Mental Disease - Eating Disorder

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2022 年 12)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 录

前 言.....	II
引 言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 诊断与鉴别诊断.....	1
5 中医辨证.....	4
6 治疗.....	5
参 考 文 献.....	11

前 言

本文件按照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件的主要起草单位是北京中医药大学,参与起草的单位有北京中医药大学第三附属医院、内蒙古自治区国际蒙医医院、北京大学第三医院、江西中医药大学附属医院、北京医院、武汉大学人民医院、深圳市第三人民医院、浙江大学医学院第二附属医院、北京中医医院、中国中医科学院广安门医院、青岛市中医医院。

本文件主要起草人为李志刚,参与起草人有赛音朝克图、霍则军、黄长军、刘书坤、刘盈、魏庆双、唐银杉、莫雨平、许安萍、姜婧、王鑫、丁宁、卢梦晗等。

引言

目前国内外仍缺乏进食障碍中西医结合的标准和指南,使得中医药治疗进食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,本文件在进食障碍中医诊疗指南的基础上,整合和吸纳国内外中医药防治进食障碍的研究成果和成功经验,借鉴循证医学的方法,对进食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进食障碍的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高进食障碍的临床疗效具有重要作用。

本文件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文文献 (含现代文献和古籍)、英文文献和现存相关国际指南。参照刘建平教授提出的传统医学证据体的分级建议、高颖教授提出的中医古籍证据分级建议,对文献进行质量评价和证据分级。采用德尔非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。

本文件主要针对进食障碍提供以中西医结合为主要内容的预防、保健、诊断、治疗建议,推荐有循证医学证据的进食障碍的现代医学和中医药诊断治疗方法,指导临床医生、护理人员 and 患者规范使用该方案进行临床实践,提高患者及家属对进食障碍防治知识的知晓率。

本文件可供神经科、精神科、中医科医生、护理人员及患者参考使用。

神志病中西医临床诊疗指南-进食障碍

1 范围

本文件提出了进食障碍的诊断、辨证、治疗建议。

本文件适用于进食障碍的诊断和治疗。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件^[1-5]。

进食障碍 (eating disorders)，又称摄食障碍，主要指以反常的摄食行为和心理紊乱为特征，伴发显著体重改变和（或）生理功能紊乱的一组综合征。

进食障碍症相当于中医神志病学“不嗜食”、“恶食症”、“虚劳”等范畴。

4 诊断与鉴别诊断

4.1 诊断要点^[3-5]

4.1.1 临床表现

神经性厌食症常见症状：

①“肥胖”引起强烈恐惧，过度关注体型、体重，这是患者临床症状的核心。有些患者即使骨瘦如柴仍认为自己胖，或认为身体的某个部位胖，这种现象被称为体象障碍。

②有意限制饮食，对进食持有特殊的态度和行为。患者有意限制饮食，甚至严格限制食物种类、成分及进食顺序，逐渐发展为不吃，即使体重很低，仍不愿进食。可有间歇性发作的暴饮暴食，但吃后又懊悔，甚至设法偷偷吐出。

③采用各种方法避免体重增加。患者采用过度运动、服药、自我诱吐等行为避免体重增加。

④精神症状：该类患者开始多数感觉良好，行动活泼、敏捷好动，参加各种社交活动。随着饥饿的发展和体重的下降，患者可有失眠，以至整夜不眠，集中注意、记忆、决策苦难，精力减退，性欲丧失，社交退缩，常有情绪不稳、焦虑、抑郁、强迫观念，严重者可出现自杀行为。

⑤躯体症状：临床上患者的体重下降并明显低于正常标准，导致各种生理功能改变，甚至对生命造成威胁。患者皮肤苍白、干燥、发黄、瘀斑、指甲脆弱；“皮包骨”，可能并发压疮、伤口愈合困难；毛发干枯、缺乏光泽、脱落、腋毛及阴毛变得稀疏、毛发胎毛化。有的存在

心动过缓、头晕、低血压、体温过低等。有的感上腹部疼痛。可因低蛋白血症出现皮肤水肿或因进食减少出现低血糖反应。极度营养不良时，劳动力全失，呈全身无力状态，行动亦需要扶持。有的因衰竭感染可致死亡，住院的本症患者死亡率约为 10%。

⑥内分泌症状：常伴有严重的内分泌科紊乱，女性闭经、男性性欲减退或阳痿。如果在青春期前发病，青春期发育会放慢甚至停滞，即停止生长，女孩乳房不发育并出现原发性闭经；男性生殖器呈幼稚状态。随着病情恢复，青春期多可正常度过，但月经初潮推迟。

⑦实验室检查：患者体重指数（BMI, body mass index）<17.5。体内脂肪含量过低。可见白细胞和血小板减少，因为脱水，可出现血红蛋白、尿素氮和肌酐升高。过分节食或呕吐可致脱水及电解质紊乱，如低钠血症、低钾血症、碱中毒等。

4.1.2 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室等检查排除其他躯体性疾病，同时符合汉密尔顿抑郁量表、汉密尔顿焦虑量表及明尼苏达多项人格测验等相关量表对本病的评定。

4.1.3 诊断标准^[6]

参照世界卫生组织发布的第十版（ICD-10）、中国精神疾病诊断标准（CCMD-3）及美国精神医学学会的（DSM-5）中的进食障碍诊断标准。

4.1.3.1 符合神经症的诊断标准：

a)症状标准：以脑和躯体功能衰弱症状为主，特征是持续和令人苦恼的脑力易疲劳（如感到没有精神，自感脑子迟钝，注意不集中或不持久，记忆差，思考效率下降）和体力易疲劳，经过休息或娱乐不能恢复，并至少有下列 2 项：①情感症状，如烦恼、心情紧张、易激惹，等常与现实生活中的各种矛盾有关，感到困难重重，难以应付。可有焦虑或抑郁，但不占主导地位；②兴奋症状，如感到精神易兴奋（如回忆和联想增多，主要是对指向性思维感费力，而非指向性思维却很活跃，因难以控制而感到痛苦和不快），但无言语运动增多。有时对声光很敏感；③肌肉紧张性疼痛（如紧张性头痛、肢体肌肉酸痛）或头晕；④睡眠障碍，如入睡困难、多梦、醒后感到不解乏，睡眠感丧失，睡眠觉醒节律紊乱；⑤其他心理生理障碍。如头晕眼花、耳鸣、心慌、胸闷、腹胀、消化不良、尿频、多汗、阳痿、早泄，或月经紊乱等。

b)严重标准：病人因明显感到脑和躯体功能衰弱，影响其社会功能，为此感到痛苦或主动求治。

c)病程标准：符合症状标准至少已 3 个月。

d)排除标准：1) 排除以上任何一种神经症亚型；2) 排除分裂症、抑郁症。

4.1.3.2 美国精神医学学会编写的《精神障碍诊断与统计手册（第五版）》DSM-V 中的诊断标准，具体如下：

神经性厌食诊断标准

A.相对于需求而言，在年龄、性别、发育轨迹和身体健康的背景下，出现了因限制能量的摄取而导致显著的低体重。显著的低体重被定义为低于正常体重的最低值或低于儿童和青少年的最低预期值。

B.即使出于显著的低体重，仍然强烈害怕体重增加或变胖或有持续的影响体重增加的行为。

C.对自己的体重或体型的体验障碍，体重或体型对自我评价的不当影响，或者持续地缺乏对目前低体重的严重性的认识。

标注是否是

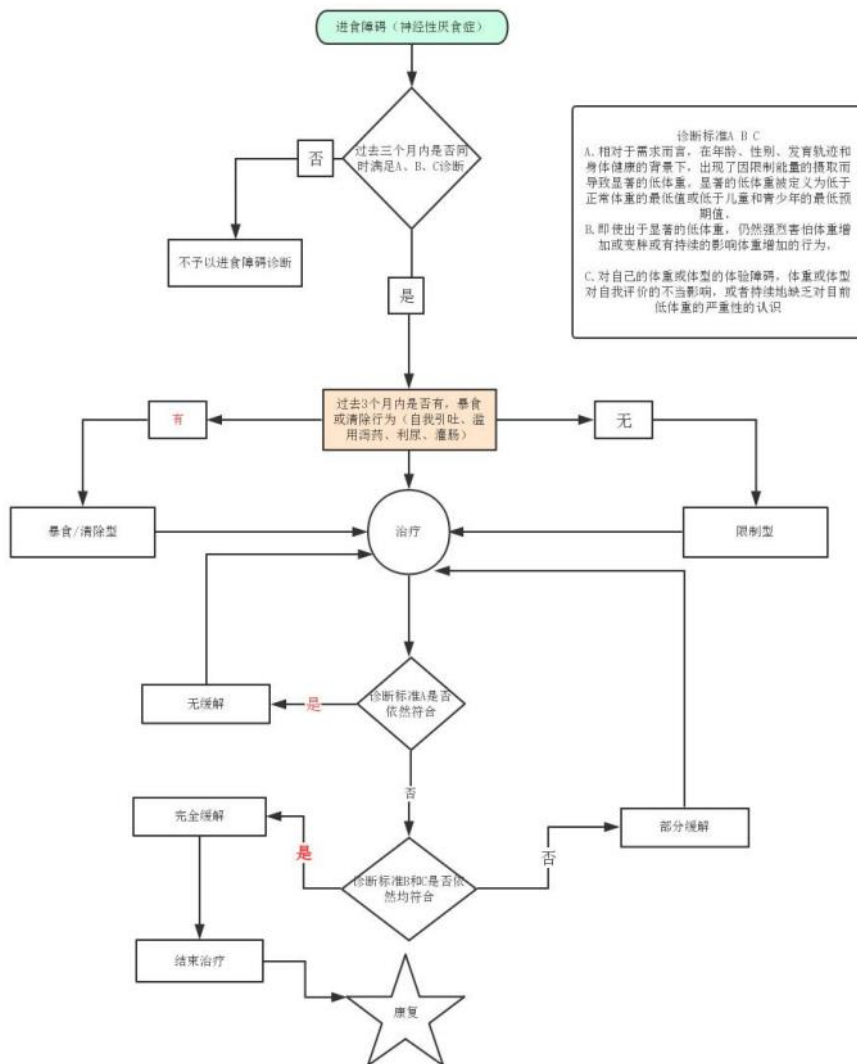
限制型:在过去的3个月内，个体没有反复的暴食或清除行为(即自我引吐或滥用泻药、利尿剂或灌肠)。此亚型所描述的体重减轻的临床表现要是通过节食，禁食和/或过度锻炼来实现。

暴食/清除型:在过去的3个月内，个体有反复的暴食清除行为(即自我引吐或滥用泻药、利尿剂或灌肠)。

标注如果是

部分缓解:在先前符合神经性厌食的全部诊断标准之后，持续一段时间不符合诊断标准 A(低体重)，但诊断标准 B(强烈害怕体重增加或变胖或有影响体重增加的行为)或诊断标准 C(对体重或体型的自我感知障碍)则仍然符合。

完全缓解:在先前符合神经性厌食的全部诊断标准之后，持续一段时间不符合任何诊断标准。



4. 1. 3. 3 标注目前的严重程度：

对于成年人而言，严重性的最低水平基于目前的体重指数(BMI(参见如下)，对于儿童和

青少年言，则基于 BMI 百分比。以下是来自世界卫生组织的成年人消瘦程度的范围：儿童和青少年则应使用对应的 BMI 百分比。严重程度水平可以增加至反映临床症状、功能障碍的程度和指导的需要。

轻度: BMI ≥ 17 kg/m²

中度: BMI 16-16.99kg/m²

重度: BMI 15--15.99 kg/m².

极重度: BMI <15 kg/m² .

4.2 鉴别诊断

进食障碍当与精神分裂症、抑郁症、慢性疲劳综合征等作出鉴别。

5 中医辨证

5.1 神经性厌食症^[2-5]

5.1.1 肝郁脾虚证

证候：食欲不振，拒食，便溏，月经不调或无月经，舌质暗淡，舌苔白腻，脉弦细；烦闷，难入睡或失眠，多疑，注意力不集中，强迫思虑。

证机：肝气不舒，横逆乘脾，脾失健运，以致食欲不振，拒食。

5.1.2 心脾两虚证

证候：心悸，乏力，拒食，腹胀或便溏；舌质淡，舌边尖有齿痕，舌苔薄，脉沉细；多思多虑，精神不振，头晕眼花，失眠或多梦，惊恐不安。

证机：脾虚失去健运，故乏力、拒食；心失所养，故失眠多梦、心神不宁。

5.1.3 肝肾阴虚证

证候：拒食，心悸，耳鸣，腰膝酸软，无月经，潮热盗汗，舌边尖红，脉细数或沉细。

证机：肝肾阴亏，精血耗伤，肝络失养。

5.2 神经性贪食症

5.2.1 胃热炽盛证

证候：食欲旺盛，消谷善饥，身体反瘦，口渴欲饮，大便干结，舌红，苔黄，脉弦数。

证机：胃热炽盛，耗津灼液，则渴喜冷饮；机能亢进，则消谷善饥，热盛津液耗伤，故大便秘结，小便黄赤，舌红苔黄，脉数为胃热内盛之象。

5.2.2 痰热内扰证

证候：消谷善饥，胸胁满闷，口干口苦，咯粘痰，恶心欲呕，舌红，苔黄腻，脉弦滑数。

证机：痰热蕴胃，故消谷善饥，口干口苦，舌红苔黄或燥，脉弦滑数是痰热的表现。

5.3 神经性呕吐

5.3.1 肝气犯胃证

证候：呕吐或干呕，吞酸水，暖气频作，郁闷不舒，烦躁易怒或悲伤欲泣，胸胁胀满，胃脘不适，每遇刺激或情绪波动则病情加剧，舌淡苔薄白或薄腻，脉弦。

证机：肝主疏泄，肝气郁结，横逆返胃，则易呕吐、吞酸暖气、胸胁胀满、脉弦等。

5.3.2 脾胃虚弱证

证候：饮食稍有不适，或稍有劳倦，即容易呕吐，呕吐时作时止，厌食，神疲乏力，气短懒言，面色萎黄，肌体消瘦，口淡不渴，食后腹胀，舌淡苔白，脉濡缓。

证机：脾失健运，气血失养，气短懒言，面色萎黄；胃失和降，时作呕吐。

5.3.3 邪浊扰胃证

证候：情志不畅，突然呕吐量多且猛烈，吐后胃脘轻度不适，胸脘满闷，可伴发热恶风，头身酸痛，舌淡，苔薄白腻，脉浮滑。

证机：内有肝郁，外有邪扰，横逆犯胃，则情志不畅，胸脘满闷，呕吐时作。

5.3.4 痰饮内停证

证候：呕吐清水痰涎，脘闷痞塞，不思饮食，肠间漉漉有声，可见身形肥胖，时伴有头晕目眩，心悸，夜寐不安，舌淡，苔白腻或水滑，脉弦滑。

证机：脾失健运，水湿内停，则易不思饮食，呕吐清水痰涎，水凌犯心，则头晕目眩，夜寐不安等。

5.3.5 胃阴亏虚证

证候：厌食，恶心呕吐反复发作，饥不欲食，消瘦，心悸、乏力，口渴喜饮，嘈杂。舌质红，少苔或剥脱苔、无苔，脉细数。

证机：饮食不节，过食辛辣厚味，积热于内，或热病后期伤津，或情志不畅，气郁化火伤阴，致胃失和降，则胃气上逆。

6 治疗

6.1 神经性厌食症

6.1.1 肝郁脾虚证

治法：疏肝解郁，健脾化痰。

方药：逍遥散加减《太平惠民和剂局方》。柴胡、白芍、当归、白术、茯苓、甘草、生姜、薄荷、川芎、益母草。

加减：若气郁明显，加郁金、香附疏肝解郁；郁而化火，口苦而干者，加黄连、黄芩泻火解郁。

6.1.2 心脾两虚证

治法：养心健脾，气血双补为主。

方药：人参归脾汤加减。人参、黄芪、白术、远志、木香、炒枣仁、当归、桂圆、益母草、甘草。

加减：纳差加神曲、麦芽；脘冷肢凉者，可加附子、肉桂、吴茱萸以温中。

6.1.3 肝肾阴虚证

治法：以滋肾阴，清相火为主。

方药：杞菊地黄汤加减《成方便读》。熟地、山萸肉、山药、茯苓、丹皮、泽泻、益母草、枸杞子、菊花。

加减：胃脘嘈杂泛酸者，加牡蛎、海螵蛸或配用左金丸以制酸，大便干结者加火麻仁、瓜蒌仁润肠通便。

6.2 神经性贪食症

6.2.1 胃热炽盛证

治法：清胃泄热。

方药：清胃散加减《医学指要》（脾胃论）。当归、黄连、石膏、丹皮、升麻。

加减：常加牛膝、栀子、黄芩；便秘，加大黄、枳实；咽干、口燥，加沙参、麦冬、石斛、玄参。

6.2.2 痰火内扰证

治法：清热化痰。

方药：黄连温胆汤加减《临证指南医案》（《六因条辨》）。黄连、半夏、枳实、茯苓。

加减：便秘、腹胀，加厚朴、大黄；咽干、口渴，去生姜，加沙参、麦冬、花粉。

6.3 神经性呕吐

6.3.1 肝气犯胃证

治法：舒肝理气，和胃降逆。

方药：半夏厚朴汤《金匱要略》加四逆散《伤寒论》加减。半夏、厚朴、紫苏、茯苓、生姜、柴胡、白芍、枳实、炙甘草。

加减：如肝郁化火者加左金丸；如肝阳偏亢者加钩藤、石决明、天麻；呕吐剧烈，加旋复代赭汤；气滞血瘀，加赤芍、川芎、红花、桃仁；剧者可加血府逐瘀汤。

6.3.2 脾胃虚弱证

治法：益气健脾，和胃降逆。

方药：香砂六君子汤加味《时方妙用》（《古今名医方论》）。木香、砂仁、陈皮、半夏、党参、白术、茯苓、甘草。

加减：泄泻肠鸣者，加葛根、淮山药；腹痛喜温、畏寒肢冷者，加干姜，桂枝。

6.3.3 邪浊扰胃证

治法：芳香化浊，和胃降逆。

方药：藿香正气散加减《太平惠民和剂局方》。藿香、大腹皮、白芷、紫苏、茯苓、半夏曲、白术、陈皮、厚朴、桔梗、炙甘草。

加减：如秽浊较重，呕吐不止，可加服玉枢丹（以辟秽止呕），如挟食滞，加谷麦芽、神曲、鸡内金。

6.3.4 痰饮内停证

治法：温化痰饮，和胃降逆。

方药：小半夏汤《金匱要略》合苓桂术甘汤加减《金匱要略》。半夏、生姜、茯苓、桂枝、白术、炙甘草。

加减：如吐清水痰涎多者，可用牵牛子、白芥子。

6.3.5 胃阴不足证

治法：滋养胃阴

方药：沙参麦冬汤加减《温病条辨》

常用药：沙参、麦冬、玉竹、生甘草、冬桑叶、生扁豆、花粉

加减：伴阴虚热盛者加玄参、生地黄

6.4 其他疗法

6.4.1 针灸推拿治疗

6.4.1.1 神经性厌食症

6.4.1.1.1 毫针疗法

治法：疏肝理气，健脾和胃。

主穴：章门、期门、足三里、三阴交、太冲。

配穴：脾失健运取脾俞、足三里、胃俞、三阴交；脾胃阴虚取足三里、中脘、内关、阴陵泉。

操作：平补平泻法。脾俞斜刺 0.5~0.8 寸，足三里直刺 1.0~2.0 寸，三阴交直刺 1.0~1.5 寸，内关直刺 0.3~0.5 寸，阴陵泉直刺 1.0~2.0 寸。

6.4.1.1.2 耳穴疗法

取脾、胃、肾、神门、皮质下。用胶布粘王不留行籽按于穴位上，隔日一次，10 次为 1 疗程，每日按压 3~5 分钟，以稍感疼痛为度。

6.4.1.1.3 推拿治疗

(1) 常规手法：推五经(脾经补 100~300 次，肝经清 80~160 次，心经补 80~160 次，肺经补 80~160 次，肾经补 100~200 次，掐四缝 5~10 遍；揉运神阙 80 次；揉运中脘 80 次；摩腹 20~60 圈(男顺时针转，女逆时针转)；拿肚角 20 次；揉按足三里 60 次；捏脊 3~8 遍。

(2) 随症加减：腹胀食积者，揉运中脘用消导法，清大肠 80~120 次，七节骨推下 30 次；大便次数增多者，大肠补 80~120 次，揉龟尾 80 次，七节骨推上 40~60 次；便中挟不消食物者，大肠补 80~160 次。

6.4.1.2 神经性贪食症

治法：疏肝理气为大法，辅以健脾除湿和胃。

主穴：取太冲、公孙、阳陵泉、内关、乳根。

配穴：脾俞、胃俞、足三里、中脘、天枢、丰隆等穴。

操作：针刺手法：平补平泻法，留针 30 分钟，隔日治疗一次。太冲直刺 0.5~0.8 寸，足三里直刺 1.0~2.0 寸，脾俞斜刺 0.5~0.8 寸，丰隆直刺 1.0~1.5 寸。

方义：该病的病位在肝，病机为肝气郁滞，木不疏土，脾土不能健运水湿，气机不畅，导致郁火内生，日久伤津，形成肝胃郁热。阴亏与脾土寒湿相混杂，从而导致了善食易饥、食入拒纳的症状。故用足厥阴肝经太冲、公孙疏肝解郁，内关安神定志，内关宽胸理气。

6.4.1.3 神经性呕吐

6.4.1.3.1 毫针疗法

治法：和胃降逆，理气止呕。取手厥阴、足阳明经穴及相应募穴为主。

主穴：内关、足三里、中脘。

配穴：寒邪客胃者加上脘、胃俞；热邪内蕴者加合谷；痰饮内阻者加膻中、丰隆；肝气犯胃者加阳陵泉、太冲；脾胃虚寒者加脾俞、胃俞。腹胀者加天枢；肠鸣者加脾俞、大肠俞；泛酸欲呕者加公孙；食滞者加梁门、天枢。

方义：内关为手厥阴经络穴，宽胸理气，降逆止呕。足三里为足阳明经合穴，疏理肠胃

气机，通降胃气。中脘乃胃之募穴，理气和胃止呕。

操作：足三里平补平泻，内关、中脘用泻法。配穴按虚补实泻法操作；虚寒者，可加用艾灸。内关直刺 0.3~0.5 寸，足三里直刺 1.0~2.0 寸，天枢直刺 1.0~1.5 寸。呕吐发作时，可在内关穴行强刺激并持续运针 1~3min。

6.4.1.3.2 耳针法

选胃、贲门、食道、交感、神门、脾、肝。每次以 3~4 穴，毫针刺，中等刺激，也可用王不留行籽贴压。

6.4.1.3.3 穴位注射法

选取足三里、灵台、至阳穴，用维生素 B1 或维生素 B12 注射液，每个穴位注射 0.5~1ml，根据每日或隔日 1 次。

6.4.2 验方

6.4.2.1 神经性厌食症

6.4.2.1.1 山楂肉 120g，水煮食之，并饮其汁。

6.4.2.1.2 鸡内金、干葛为末等分，面糊丸，梧子大，50 丸 / 次。

6.4.2.1.3 莱菔子 10g，炒，研末与米同煮为粥，服食。

6.4.2.2 神经性贪食症

6.4.2.2.1 黄连、栝楼根各 250g，鲜地黄汁为丸如梧子大，每次以牛乳送服 50 丸，每日 2 次。

6.4.2.2.2 山药、天花粉各 250g，略炒香，研细和匀，分 30 包，每次 1 包，开水调服。

6.4.2.2.3 生萝卜，捣汁饮用，或用萝卜汁煮粥食之。

6.4.3 神经性呕吐

6.4.3.1 佛手粥：干佛手 10~20 克，水煎取汁，加入粳米 100 克同煮粥，用冰糖和香葱适量调味食用。有行气止痛，健脾和胃作用。适用于胸闷气滞胃痛，暖气呕吐恶心，消化不良，食欲不振，小腹胀疼等症。

6.4.3.2 蜜饯萝卜：鲜萝卜洗净，切成丁。放在沸水中煮沸后捞出滤干水份，晾晒半日，再放锅内加蜂蜜 150 克，用小火煮沸，调匀即可，饭后食用。有宽中消食，理气化痰作用。适用于饮食不消，腹胀，翻胃，呕吐等症。

6.4.3.3 鲜芦根 100~120 克，冰糖 30~50 克，同煮汤服用。有清热生津，润肺和胃，除烦止呕作用。适用于胃热口臭，胃热烦渴，胃热呃逆，呕吐等症。

6.5 西医治疗

厌食症的西医治疗，包括躯体辅助治疗、心理治疗和精神药物治疗三大部分。这三大部分疗法往往与中医适宜技术及中医辨证治疗相配合可以获得更好的临床疗效。

6.5.1 神经性厌食症

一般来说，神经性厌食症患者不会主动求医，他们否认自己存在问题。大多数患者以门诊治疗为主，而当患者体重极低或体重迅速下降以至出现严重营养不良、恶病质或有严重的自伤、自杀行为时，必须强行治疗，以免发生意外。对身体严重虚弱的患者，治疗的首要目标是使其体重增加到安全的范围内，必要的情况下可进行非自愿的入院治疗。其他体重偏轻的患者也可用增食欲或助消化药来辅助治疗。目前临床上对神经性厌食症的治疗主要为以下

几个方面：

6.5.1.1 恢复体重

恢复体重是一个渐进性的过程，通常需要 8~12 周。要保证患者的正常营养，纠正水、电解质紊乱。要定期测量体重，确定目标体重和理想体重增长率。可供给高热量饮食，给予静脉输液或高静脉营养治疗。补充多种维生素及微量元素。餐前肌注胰岛素可促进食欲。由于患者长期不进食，肠胃功能极为虚弱，因此进食应从软食、少量多餐开始逐渐增加，患者**每周体重增加 1~1.5kg** 为适宜。

6.5.1.2 心理治疗

心理治疗可以帮助患者纠正对自身形象的认识和达到正常的进食习惯。包括纠正认知歪曲和其他相关因素，如体象障碍、自卑、家庭问题等。首先要取得患者的合作，了解其发病诱因，给予认知治疗、行为治疗、家庭治疗。认知治疗主要针对患者的体象障碍，进行认知行为纠正。行为治疗主要采取阳性强化法的治疗原理，物质和精神奖励相结合，达到目标体重便给予奖励和鼓励。家庭治疗针对起病有关的家庭因素，进行系统的家庭治疗有助于缓解症状，减少复发。要使患者重新产生进食的欲望。由于神经性厌食症患者的病程慢性迁延，缓解和复发周期性交替，因此**心理干预往往需要至少 1 年，甚至持续多年**。

6.5.1.3 药物治疗

药物治疗的目的有两个，一是影响与饥饿或满足感有关的神经递质或神经肽从而改善食欲；二是治疗与神经性厌食并存的其他精神障碍。常见的有：①抗抑郁药：**氟米帕明；选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂**，如每日 20~80mg 氟西汀可以使严重消瘦的神经性厌食患者体重有所增加，改善焦虑、抑郁情绪。②**抗精神病药物**：常用的有**舒必利 200~400mg/d**，对单纯厌食者效果较好。药物治疗不能明显改善患者的体重或患者的病理心理，因此单独使用药物治疗神经性厌食症是不适当的，尤其在改变患者的进食态度和行为上必须配合心理干预。

6.5.1.4 行为矫正

是否应结合患者具体身体状况，将行为矫正如运动限制，作为进食障碍的辅助治疗（① $18.5 > \text{BMI} > 15$ ，避免剧烈运动；每日小于 1 小时；② $\text{BMI} < 15$ 或躯体状况很差：三餐后静坐或卧床休息 2h；③如患者不能控制自身行为，予饭后保护；④适合有呕吐行为或过度运动者予饭后静坐或保护。⑤适宜于拒绝主动进食者予鼻饲。

6.5.1.5 进行长期观察和预防复发

治疗过程中，需要注意的是随着进食的恢复，可能出现心脏的失代偿，尤其是在恢复进食的头两周内。可出现的症状有胃过度膨胀、水肿以及少见的充血性心力衰竭。因此体重需要逐步恢复，并注意躯体情况。本症为慢性迁延性病程，缓解和复发呈周期性交替。常伴有持久存在的营养不良、消瘦，可能并发抑郁症、焦虑症、强迫症、物质滥用和依赖、人格问题等。

6.5.2 神经性贪食症

6.5.2.1 药物治疗

抗抑郁药治疗治疗贪食症有一定疗效，丙咪嗪、地昔帕明、氟西汀能减少贪食症状，改善焦虑及抑郁心境。苯乙肼、卡马西平、碳酸锂、苯妥英钠对贪食部分有效。上述药物使用

剂量类似治疗心境障碍。另外小剂量氟哌酸对部分患者有效。

6.5.2.2 心理治疗

心理治疗的方法有认知行为治疗，醒神分析及家庭干预，改变患者对体型、体重的不恰当看法，改善抑郁情绪，减少贪食行为。**认知行为疗法**为神经性贪食症的首选治疗方法，但操作较为复杂。

经正规治疗的患者，50%~90%缓解，病期越长，恢复越差。治疗成功后6个月至6年内的复发率为30%~50%。

6.5.3. 神经性呕吐

6.5.3.1 心理治疗

可通过盘问，澄清与神经性呕吐有关的心理因素，进行有针对性的解释、疏导、支持治疗，也可采用厌恶治疗或阳性强化等行为减少呕吐行为，直至呕吐清除。心理治疗应向病人讲清该病的本质，发病机理和预后，消除紧张情绪，方能积极配合医生治疗，取得满意疗效。

6.5.3.2 药物治疗

根据呕吐轻重注意**对症支持治疗**，如予以维生素类、能量合剂等。可根据伴随症状对症治疗，小剂量氟西汀有效；**抗焦虑药**对症状缓解有一定的帮助。神经性呕吐的预后良好。一般的解痉止吐药效果不明显，**安定类药物**对减轻焦虑有一定帮助，部分病人用舒必利有效。

参 考 文 献

- [1] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 9:168.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准·中医内科病证诊断疗效标准(第一版)[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [3] 张宏耕. 中西医结合精神病学[M]. 新世纪全国高等医药规划教材. 北京: 中国中医药出版社, 2005, 10:227-231.
- [4] 赵永厚, 蔡定芳. 中医神志病学[M]. 上海中医药大学出版社, 2009, 9:65.
- [5] 王彦恒. 实用中医精神病学[M]. 人民卫生出版社. 2000, 10:32-59.
- [6] 美国精神医学学会. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition [M]. DSM-5 ed. 北京大学出版社、北京大学医学出版社, 2016: 320-350.
- [7] 范侃. 中医辨证分型治疗进食障碍症的临床总结[J]. 中医药导报, 2006, 12(3):20-21.
- [8] 徐海燕. 进食障碍的中医辨证施治体会[J]. 基层医学论坛, 2005, 9(9):836-837.
- [9] 王霞. 黄连阿胶汤治疗进食障碍 60 例[J]. 现代医药卫生, 2003, 19(9):1162-1163.
- [10] 王小峰, 徐虎军. 分型辨治进食障碍初探[J]. 实用中医内科杂志, 2011, 25(10):38.
- [11] 仇锦珠. 归脾汤加减治疗进食障碍 60 例疗效观察[J]. 中国校医, 2007, 21(6):643-645.
- [12] 郭仁旭, 李中志. 安神定志汤加减治疗进食障碍 57 例临床观察[J]. 中医药临床杂志, 1993, 5(03):21-22.
- [13] 邓禄清. 进食障碍从肾治[J]. 广东医学, 1992, 13(3):138.
- [14] 景莉玲, 陈更业. 甜梦胶囊对进食障碍患者慢波睡眠结构影响的研究[J]. 宁夏医学杂志, 2006, 28(10):779-780.
- [15] 刘勇, 南达元. 枣仁安神胶囊治疗心理生理性失眠的临床观察[J]. 中国中药杂志, 2009, 34(13):1730-1731.
- [16] 曹婷欣, 汪峰. 梅花磁针灸全息诊疗法治疗进食障碍症的临床观察[J]. 中国科技信息. 2002, (7):54.
- [17] 任莲芳, 朱文忠, 环文英等. 电针与耳针治疗进食障碍 60 例[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(10):26-26.
- [18] 崔旻, 马臣, 李岚等. 腕踝针配体针治疗进食障碍疗效观察[J]. 中国伤残医学, 2011, 19(3):88.