

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



团体标准

T / CACM **** — 202*

神志病中西医结合临床诊疗指南——恶劣心境

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for Integrated

Chinese and Western Medicine — — Dysthymia

(文件类型：公示稿)

(完成时间：2022年8月)

20**—**—**发布

20**—**—**实施

中华中医药学会发布

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. 病因与发病机制.....	2
5. 诊断与鉴别诊断.....	2
6. 治疗.....	5
7. 疗效评价标准.....	8
8. 安全性指标.....	8
9. 结局.....	8
10. 注意事项.....	9
参考文献.....	10

前 言

本文件参照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神志病分会提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：新疆维吾尔自治区中医药研究院，新疆乌鲁木齐市友谊医院，新疆精神卫生中心，北京中医药大学，黑龙江中医药大学附属第二医院，浙江省立同德医院，复旦大学附属中山医院，沈阳精神卫生中心，首都医科大学附属北京安定医院，北京中医药大学附属深圳医院，长春中医药大学附属医院，黑龙江中医药大学。

本文件主要起草人：陈俊逾。

本文件其他起草人：胡列鹏、钟雯雯、肖春霞、胡颖、马源源、刘晓亚、李志刚、高潇、白冰、李卡、都弘、贾竑晓、毕焕洲、王健、夏永刚、李涓涓、张敏

引 言

随着现代医学模式的转变，精神卫生工作的重要性日益凸显，中医神志病学成为发挥中医药在精神卫生防治中的作用及特色优势的重要阵地，开展相关临床诊疗技术标准化研究工作是中医神志病学现代化发展的首要任务和重要内容。随着医学资源的不断融合，在充分发挥中医药防治优势和对现有西医治疗“补短”效应基础上，中西医结合防治精神疾病的临床诊断与治疗业已成为国内外医生关注与患者关切的一个重要医学实践问题，通过相关指南的建立能够有效引导和促进其快速发展。

《神志病中西医结合临床诊疗指南—恶劣心境》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。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，形成具有指导临床诊疗恶劣心境的中西医结合临床实践指南。

目前国内外仍缺乏恶劣心境中西医结合诊疗的标准和指南，使得中医药治疗恶劣心境的研究在国际上缺乏影响力，缺乏统一性和认可度。因此，本文件在郁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恶劣心境的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对恶劣心境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恶劣心境的临床实践指南，对于规范使用中医药方法、提高恶劣心境的临床疗效具有重要作用。

本文件的制订采用了文献检索、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。采用德尔菲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。

神志病中西医结合临床诊疗指南—恶劣心境

1 范围

本文件规定了恶劣心境的定义、病因病机、临床表现、诊断依据、评估工具、中医证候分型、中西医结合治疗方案的要求；

本文件提供了恶劣心境中西医结合为主要内容的诊断、治疗建议；本文件提供了指导临床医师、恶劣心境诊疗和管理相关专业人员规范使用该方案的指导；

本文件描述了有循证医学证据的恶劣心境现代医学和中医药诊断治疗的方法；

本文件适用于恶劣心境中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；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 16751. 1—2020《中医临床诊疗术语 第1部分：疾病》

GB / T 16751. 2—2020《中医临床诊疗术语 第2部分：证候》

GB / T 16751. 3—2020《中医临床诊疗术语 第3部分：治法》

GB / T 1. 1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

GB / T 7714 信息与文献参考文献著录规则

GB / T 14559 变化量的符号和单位

GB / T 15834 标点符号用法

GB / T 15835 出版物上数字用法

GB / T 20000. 1 标准化工作指南 第1部分：标准化和相关活动的通用术语

GB / T 20000. 2 标准化工作指南 第2部分：采用国际标准

GB / T 20001（所有部分） 标准编写规则

GB / T 20002（所有部分） 标准中特定内容的起草

IEC 80000（所有部分） 量和单位（Quantities and units）

3 术语和定义

GB / T 20000. 1 界定的以及下列术语和定义适用于本文件

3.1 恶劣心境 Dysthymia

恶劣心境是一种以持久的心境低落状态为主的轻度抑郁，从不出现躁狂或轻躁狂发作。这种慢性的心境低落，无论从严重程度还是一次发作的持续时间，均不符合轻度或中度复发性抑郁障碍的标准，但过去（尤其是开始发病时）可以曾符合轻度抑郁发作的标准。病程常

持续2年以上，期间无长时间的完全缓解，一般不超过2个月。患者具有求治意愿，生活不受严重影响，通常起病于成年早期，持续数年，与生活事件及个人性格存在密切关系^[1]。

3.2 郁病

恶劣心境在中医学中属于“郁病”范畴。郁病是由于原本肝旺，或素体虚弱，复加情志所伤引起气机郁滞，肝失疏泄，脾失健运，心失所养，脏腑阴阳气血失调而成，以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等为主要临床表现的一类病证^[2]。

4 病因与发病机制

4.1 中医病因病机^[3]

4.1.1 病因

情志内伤：七情过极，刺激过于持久，超过机体的调节能力，导致情志失调，尤以悲伤恼怒最易致病。

体质因素：原本肝旺，肝气易结，或体质素弱，机体的调节能力减弱，复加情志刺激致病。

4.1.2 病机

中医古籍没有恶劣心境相应病名的记载，据其临床症状将其归纳为“郁病”范畴。郁病的病机是情志所伤，肝气郁结，导致肝失疏泄、脾失健运、心失所养，脏腑阴阳气血失调。

4.2 西医病因与发病机制^[4]

恶劣心境发作常由不良社会心理应激因素诱发，并存在一定的性格基础，如内向、多愁善感、承受能力较差等。家族遗传史常不明显，也有人称为“神经症性抑郁”。

5 诊断与鉴别诊断

5.1 中医诊断标准^[5]

5.1.1 情绪低落，忧郁不畅，精神不振，胸闷肋胀，善太息；或不思饮食，失眠多梦，易怒善哭，甚至出现自杀倾向或行为等症状。

5.1.2 有忧愁、焦虑、悲哀、恐惧、郁怒等情志内伤病史，并随着情志长期郁结不舒而加重。

5.1.3 男女皆有，但好发于青中年女性。

5.1.4 体检与辅助检查多无阳性征象。

5.2 中医证候分型

本文件参考《神志病中西医结合诊断学》^[5]、临床经验^[6]制定如下证候分型。

5.2.1 肝郁气滞证

精神抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，脘闷暖气或性情急躁，身体局部刺痛或者胀痛。不思饮食，大便溏结不调，月经不调。舌质紫黯，舌苔薄白，或有瘀斑、瘀点，脉弦或涩。

5.2.2 肝郁化火证

情绪低落，精神抑郁，性情急躁易怒，心烦，口苦而干，或伴有头胀痛，目赤，耳鸣，或嘈杂吞酸，眠差，大便秘结，小便黄赤。舌质红，苔黄，脉弦数。

5. 2. 3 痰气郁结证

精神抑郁，情绪低落，胸部闷塞不舒，头晕神疲，身倦体重，肋肋胀满常伴有咽中如有物梗阻，吞之不下，咯之不出，纳差，小便频，大便溏结不调。舌体胖大有齿痕，苔白腻或滑腻，脉弦滑。

5. 2. 4 阴血亏虚证

情绪低落，易心烦急躁易怒，眩晕，耳鸣，目干畏光，视物昏花或心悸健忘，失眠多梦，入暮潮热，盗汗，五心烦热，口燥咽干。舌红少津，脉细数。

5. 2. 5 脾虚湿盛证

情志抑郁，周身疲惫，胸闷心悸，纳呆食少，入睡困难，早醒，小便清长，大便溏结不调。舌淡红，苔薄白，脉沉细。

5. 3 中医鉴别诊断^[5]

5. 3. 1 郁病与癲证

本病发作时有情绪低落、悲忧善哭、沉默少言、喜怒无常等表现及张仲景所说的脏躁，应与癲证相鉴别。癲证发病与性别无明显关系，常伴妄见、妄闻、妄言、多疑等症状，病程迁延、病证难愈，常不能自行缓解；本病多见于青中年女性，常因精神刺激而发作。

5. 3. 2 郁病与阴虚喉痹

本病中痰气郁结形成梅核气，以咽中异物梗塞感、咳之不出、吞之不下为主要临床表现，应与阴虚喉痹相鉴别。梅核气多见于中青年女性，因情志抑郁而起病，自觉咽中有物梗塞，但无咽病及吞咽困难。咽中梗塞感与情绪波动密切相关，在心情愉快时症状可减轻或消失，而当心情抑郁时梗塞感加重。阴虚喉痹则以青中年男性发病较多，多因感冒、长期烟酒及嗜食辛辣食物等而引起发病，咽部除有异物感外，尚有咽干、灼热、咽痒的感觉，常咯出藕粉样痰块，咽部症状与情绪波动无关，但过度辛劳或感受外邪易于加剧。

5. 3. 3 郁病与噎膈

噎膈多发于老年男性，咽喉梗阻常与进食关系密切，病情日甚，终可致水米不人，与郁病不难鉴别。辅助检查有利于明确诊断。

5. 4 西医诊断标准与鉴别诊断

5. 4. 1 西医诊断标准

参考ICD-10 F34. 1中恶劣心境的诊断标准。

恶劣心境是慢性的的心境低落，无论从严重程度还是一次发作的持续时间，目前均不符合轻度或中度复发性抑郁障碍（F33. 0或F33. 1）的标准，但符合过去的轻度抑郁发作标准（尤其是开始发病时）。轻度低落的每个时期与相对正常的间期在时间上的分布变异甚大，患者往往有数天至数周的时间自述感觉不错，但多数时间（一般一次数月）感到疲惫、抑郁，认为万事皆为负担、无一能带来乐趣，病人郁闷沉思、诸多抱怨、睡眠不佳、自感能力不足，但通常尚能应付日常生活中的基本事务。因而，恶劣心境与抑郁性神经症和神经症性抑郁的概念有许多共同之处。如需要，可就发病年龄标明早发（近二十岁或二十多岁）或迟发。

5. 4. 2 诊断要点

基本特征为相当长时间存在的低落心境，这种心境低落总是不能或仅是偶尔符合轻度或中度复发性抑郁障碍（F33. 0或F33. 1）的标准。它通常始于成年早期，持续数年，有时

终生。若在晚年发病，通常为一次独立抑郁发作（F32. 一）的后果，与居丧或其它明显的应激有关。

包含：抑郁性神经症

抑郁性人格障碍

神经症性抑郁（持续两年以上）

持续性焦虑抑郁

不含：焦虑抑郁（轻度或非持续性）（F41. 2）

居丧反应、持续不足两年（F43. 21，延长的抑郁性反应）

残留型精神分裂症（F20. 5）

5. 4. 3 症状评估量表

5. 4. 3. 1 Beck抑郁问卷（Beck Depression Inventory, BDI）

该问卷是由自我进行评定的量表，共有21个条目，其中有6项不是精神症状，条目内容包括：心情、悲观、失败感、不满、有罪感、惩罚感、自厌、自责、自杀倾向、痛哭、易激惹、社会退缩、犹豫不决、体像歪曲、活动受抑制、睡眠障碍、疲劳、食欲下降、体重减轻、有关躯体的先占观念及性欲减退。按照0—3分的四级标准评分，可以评价抑郁的严重程度。其结果为：4分或以下为无抑郁或极轻微；5—13分为轻度；14—20分为中度；21分以上为重度。

5. 4. 3. 2 抑郁自评量表（Self-rating Depression Scale, SDS）

SDS含有20个条目，被评者根据过去一周的情况，评估抑郁状态的程度。量表采用1—4分标准评定患者的自我感受，分数越高表示抑郁症状越严重。

5. 4. 3. 3 汉密尔顿抑郁量表（Hamilton Depression Scale, HAMD）

用于评定成年抑郁症状的他评量表，包括17项、21项和24项三种版本，包含7类因子：焦虑/躯体化、体重变化、认知障碍、日夜变化、迟滞、睡眠障碍、绝望感。每个条目采用0—2级或0—4级评分，总分评价抑郁症状有无及其严重程度，按照17项版本的划界分为： ≥ 25 分为严重抑郁，18—24分为中度抑郁，8—17分为轻度抑郁，0—7分以下为没有抑郁。

5. 4. 3. 4 蒙哥马利—艾森伯格抑郁量表（Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS）

主要用于抑郁症的评估，对抑郁症状和抗抑郁药物疗效的评估敏感性高于汉密尔顿抑郁量表。量表由10个条目组成，条目采用0—6分的七级评分，分值越高，抑郁越严重。

5. 5 西医鉴别诊断^[4-5]

5. 5. 1 重度抑郁障碍

重度抑郁障碍与恶劣心境之间主要鉴别点：①前者以内因为主，家族遗传史较明显；后者发病以心因为主，与人格特点关系密切，家族遗传史不明显。②前者临床上精神运动性迟缓症状明显，有明显的生物学特征性症状，如食欲减退、体重下降、性欲降低、早醒及晨重夜轻的节律改变，而后者均不明显。③前者可伴有精神病性症状，后者无。④后者病期冗长，至少持续2年，且间歇期短。⑤前者病前可为循环性格或不一定，后者多为多愁善感，郁郁寡欢，较内向。

5. 5. 2 心因性抑郁

心因性抑郁起病与精神因素有直接联系。临床症状主要反映与心理因素有关的内容。患者情绪波动性大，易受外界影响，精神运动性抑制不明显；失眠多为入睡困难，没有昼重夜轻的特点；情绪多为怨天尤人，很少责备自己。精神因素消失后，精神症状随之缓解。

5.5.3 躯体形式障碍

躯体形式障碍以躯体症状为主要表现，持续时间长，求治欲望强烈，反复就医、反复检查，常伴不同程度的抑郁情绪，甚至有些患者会在一定条件下出现自杀倾向。在40岁以后发病的多种躯体症状为主诉的患者，其躯体症状很有可能是原发性抑郁障碍的早期表现。

5.5.4 神经衰弱

恶劣心境常出现失眠、头痛、无力、头晕等，易被诊断为神经衰弱。神经衰弱的临床表现以易于疲劳、易兴奋和烦恼情绪为主，恶劣心境以情绪抑郁为临床症状。

5.5.5 居丧反应

居丧反应一般具有如下特点：病因为亲人亡故；表现为轻度抑郁状态，对日常生活、学习、工作、社交有一定影响。一般生活能自理，工作能完成，社交活动能进行，但有25%的个体在丧亲事件后约2个月甚至7个月内的表现符合抑郁症的标准；持续时间一般不超过6个月，也有部分个体的症状持续到丧亲事件后约13个月，年轻患者和有抑郁障碍病史的患者其症状持续时间可以更长；因情景变化而变化，特别是自感孤独或目睹亲人遗物或别人提到死者时抑郁情绪明显。

6 治疗方案

6.1 治疗目的

恶劣心境以长期的心境低落为突出表现，并伴有焦虑、躯体不适、食欲差、睡眠障碍等症状，影响患者社会功能及生活质量。因此，缓解或者消除患者现有症状，减少社会功能受损是治疗目的。西药治疗在短时间内可以改善患者症状，但也会出现一些副作用，可配合中医治疗改善患者出现的副作用和控制西药的用量。

6.2 西医治疗

6.2.1 药物治疗

新型抗抑郁药物特别是选择性5-HT再摄取抑制剂（SSRIs）、5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制（SNRIs），为治疗恶劣心境的首选药物。

6.2.1.1 5-HT再摄取抑制剂（SSRIs）类

盐酸帕罗西汀^[7]（高级证据，弱推荐）

是治疗恶劣心境的首选药物之一，服用剂量开始为10mg日1次口服，3天后改为20mg日1次口服，6周为1疗程。由于服药出现多种不良反应，患者服药依从性差。

西酞普兰与氟西汀^[8]（高级证据，弱推荐）

西酞普兰与氟西汀治疗恶劣心境的疗效相当，剂量均为20-40mg/日，氟西汀^[9]提高突触间隙内5-HT浓度，降低神经元对去甲肾上腺素（NE）和多巴胺（DA）的抑制作用。帮助激活患者内在动力，改善患者低动力的临床症状。西酞普兰起效快、心血管及抗胆碱能反应少，因此合并心血管疾病患者应优选西酞普兰。

6.2.1.2 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制（SNRIs）类

度洛西汀^[10]（高级证据，弱推荐）

提高中枢的5-HT和NE能活性，度洛西汀对DA再摄取抑制弱，临床有效率高。

6.3 中医治疗

6.3.1 治疗原则

郁病治疗的基本原则是理气开郁、调畅气机、怡情易性。对于实证，首当理气开郁，并根据是否兼有血瘀、火郁、痰结、湿滞等而分别采用活血、降火、祛痰、化湿等法。虚证则应根据损及脏腑及气血阴精亏虚的不同而补之。对于虚实夹杂者，应虚实兼顾。

6.3.2 辨证论治

6.3.2.1 肝郁气滞证

治法：疏肝解郁，理气畅中

方药：柴胡疏肝散加减。（出自《景岳全书》）^[11-12]（中级证据，强推荐）

柴胡、陈皮、白芍、枳壳、川芎、香附、甘草。

加减：若胁痛甚者，可加青皮、延胡索；若气郁化火，症见肋肋掣痛，口干口苦，烦躁易怒，溲黄便秘，舌红苔黄者，可去方中辛温之川芎，加栀子、牡丹皮、夏枯草、黄芩；若肝气横逆犯脾，症见肠鸣腹泻、腹胀者，可加茯苓、白术；若肝郁化火者，耗伤阴津，症见肋肋隐痛不休，眩晕少寐，舌红少津，脉细者，去方中川芎，加枸杞、菊花、何首乌、牡丹皮、栀子；若兼见胃失和降，恶心呕吐者，加半夏、旋覆花、陈皮、生姜；若气滞兼见血瘀者，加牡丹皮、赤芍、当归尾、川楝子、延胡索、郁金。

6.3.2.2 肝郁化火证

治法：清肝泻火，疏肝解郁。

方药：丹栀逍遥散加减。（出自《景岳全书》）^[13]（高级证据，强推荐）

柴胡、白芍、当归、白术、茯苓、甘草、薄荷、生姜、牡丹皮、栀子。

加减：肋肋胀痛加川楝子、延胡索、白芍；胸中烦闷加瓜蒌、琥珀（先煎）、合欢皮、豆豉；失眠多梦加枣仁、茯苓、石决明（先煎）。

6.3.2.3 痰气郁结证

治法：行气解郁，化痰解郁。

方药：半夏厚朴汤加减。（出自《金匱要略》）^[14-16]（中级证据，弱推荐）

厚朴、紫苏、半夏、茯苓、生姜。

加减：若湿郁气滞而兼胸脘痞满、噎气、苔腻者，加香附、佛手、苍术理气除湿；痰郁化热而见烦躁、舌红苔黄者，加竹茹、瓜蒌、黄芩、黄连清化痰热；病久入络而有瘀血征象，同时肋肋刺痛，舌质紫黯或有瘀点瘀斑，脉涩者，加郁金、丹参、降香、姜黄活血化瘀。

6.3.2.4 阴血亏虚证

治法：滋阴补血，养心安神。

方药：天王补心丹加减。（出自《校注妇人良方》）^[17-19]（中级证据，强推荐）

生地黄、天冬、麦冬、酸枣仁、柏子仁、当归、人参、五味子、茯苓、远志、玄参、丹参、朱砂、桔梗。

加减：肝阴不足而导致肝阳偏亢，肝风上扰，以至于头痛、眩晕、面潮红，或筋惕肉瞤者，加白蒺藜、决明子、钩藤平肝潜阳，柔润息风；虚火甚者，可加银柴胡、白薇以清虚热；月经不调者，可加香附、泽兰、益母草理气开郁，活血调经。

6. 3. 2. 5 脾虚湿盛证

治法：健脾燥湿，疏肝理气。

方药：半夏白术天麻汤加减。^[6]（低级证据，弱推荐）

半夏、天麻、茯苓、橘红、白术、甘草。

加减：本方健脾燥湿，加减酸枣仁以养心安神，首乌藤祛风通络、养心安神，远志祛痰开窍、宁心安神，丹皮、栀子清热凉血安神，以使心神得养、水火相济，龙骨、牡蛎以重镇安神。

6. 3. 3 中成药

6. 3. 3. 1 越鞠丸^[20-21]（中级证据，强推荐）

越鞠丸 口服，一次6—9克，一日2次，适用于郁病痰气郁结证。

6. 3. 3. 2 柴胡舒肝丸^[22-24]（证据等级：高级 推荐强度：强）

柴胡舒肝丸 口服，一次1丸，一日2次，适用于郁病肝郁气滞证。

6. 3. 3. 3 逍遥丸^[25]（中级证据，弱推荐）

逍遥丸 口服，一次6—9克，一日1—2次，适用于郁病肝郁气滞证。

6. 3. 3. 4 舒肝解郁胶囊^[26]（中级证据，强推荐）

舒肝解郁胶囊 口服，一次2粒，一日2次，早晚各1次，适用于郁病肝郁气滞证。

6. 3. 4 针刺治疗

针灸治疗参照中国针灸学会制订的《循证针灸临床实践指南抑郁症（修订版）》^[27]、全国中医药行业高等教育规划教材《针灸学》^[28]及临床研究^[29-31]。（证据等级：高级证据，强推荐）

6. 3. 4. 1 治疗原则

采用调神舒肝法，以辨病取穴为主，辅以辨证取穴和对症取穴，根据病情轻重程度确定治疗方案。

6. 3. 4. 2 干预时机

针灸治疗郁病，急性期旨在改善症状，减轻西药不良反应；巩固期和维持期，旨在防止复发及波动。

6. 3. 4. 3 选穴处方

主穴：印堂、百会。配穴：神门、内关、风池、合谷、太冲。肝气郁结配肝俞、三阴交、膻中；痰热扰神配丰隆、大陵、行间；心脾两虚配三阴交、足三里、脾俞；心胆气虚配心俞、胆俞、足三里；心肾阴虚配心俞、肾俞、三阴交。

针刺方法：采用毫针刺法。针百会，针与头皮呈30°夹角，进针0.5寸；针印堂，提捏局部皮肤，平刺0.5寸，其余各穴直刺0.5—1.0寸。每周治疗3—5次，4—6周为1个疗程。

6. 4 心理治疗

恶劣心境的发病有一定的心理因素，童年期不幸遭遇与恶劣心境发病相关，心理治疗技术如：认知行为疗法、意象对话等帮助患者减轻内心冲突，改善患者的认知及抑郁状况^[32]。

6.5 疗程

目前暂无恶劣心境中西医结合疗程的相关研究。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抑郁药用量以缩短疗程。

6.6 终止治疗及复发后的策略

不建议患者在假期前、重大事件（比如结婚）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，患者应该再次接受一个完整疗程的治疗。

7 疗效评价标准

7.1 中医疗效评价标准

参照国家中医药行业标准《中医病症诊断疗效标准》^[33]中疗效评价标准拟定。

临床痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，中医证候积分减分率 $>95\%$ ；

显效：临床症状、体征明显改善，中医证候积分减分率 $70\%—95\%$ ；

有效：临床症状、体征均有好转，中医证候积分减分率 $30\%—69\%$ ；

无效：临床症状、体征无明显改善，甚或加重，中医证候积分减分率 $<30\%$ 。

证候积分减分率（%）=（治疗前积分—治疗后积分）/治疗前积分 $\times 100\%$ 。

7.2 西医疗效评价标准

7.2.1 汉密尔顿抑郁量表（HAMD）^[34]评估恶劣心境程度：

用HAMD减分率作为临床疗效评价标准，减分率=（治疗前评分—治疗后评分）/治疗

痊愈：临床症状基本消失，HAMD减分率 $\geq 75\%$ ；

显效：临床症状明显减轻， $50\% \leq \text{HAMD 减分率} < 75\%$ ；

有效：临床症状减轻， $25\% \leq \text{HAMD 减分率} < 50\%$ ；

无效：临床症状缓解不明显，HAMD减分率 $< 25\%$ 。

该量表分别在初诊时、治疗6周后各评1次。

8 安全性指标

8.1 在目前检索文献中，鲜有对中医药干预恶劣心境的严重不良反应及安全性的相关报道，对于服用SSRIs / SNRIs / 中药 / 中成药患者定期检测肾功能。

8.2 采用针刺等干预方法时，需注意刺激强度和穴位的交替，注意受术者皮肤状况，根据具体情况制定干预方案，以防出现不耐受。

9 结局（预后）

本病的转归与预后，多与患者的认知、心理应激能力、对生活或工作事件的认识以及应对方法相关。因此，除了药物治疗以外，应根据患者病因辅以综合治疗。经系统治疗后，患

者多能回归正常的生活。

10 注意事项

我国医疗体系长期受生物医学模式影响，多数综合医院临床医生对本病识别率较低，而精神科医生多考虑为“抑郁发作”而倾向于抗抑郁类药物治疗，导致患者无法得到正确的诊断和适宜的心理干预以致病情迁延。应避免贴抑郁症的标签，弱化疾病诊断，减少患者心理压力，合理分析病因，纠正错误认知，避免问题恶化，帮助患者找到解决方案。

在干预之前应当向来访者及家属充分说明情况，取得其理解和配合，提高依从性。来访者也应当配合治疗，避免不良的情志刺激。

参 考 文 献

- [1] 郝伟, 陆林. 精神病学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 110.
- [2] 吴勉华, 王新月. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 351.
- [3] 吴勉华, 王新月. 中医内科学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 352.
- [4] 陆林. 沈渔邨精神病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 395.
- [5] 赵永厚, 神志病中西医结合诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 202—207.
- [6] 肖春霞, 钟雯雯, 陈俊逾. 陈俊逾主任医师运用健脾燥湿疏肝法治疗郁病经验 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (08): 1152—1154.
- [7] 杜美青. 意象对话技术合并抗抑郁药物对恶劣心境疗效的影响 [J]. 中国健康心理学杂志, 2017, 25 (07): 980—983.
- [8] 李祥仁, 周爱华, 汤玲, 等. 西酞普兰与氟西汀治疗恶劣心境对照研究 [J]. 临床精神医学杂志, 2008 (03): 186—187.
- [9] 郑金枝. 氟西汀分散片治疗恶劣心境障碍 26 例临床研究 [J]. 当代医学, 2010, 16 (25): 82—83.
- [10] 王敬龙, 自春丽, 王今. 度洛西汀与文拉法辛治疗恶劣心境的临床疗效观察 [J]. 中国健康心理学杂志, 2012, 20 (04): 515—516.
- [11] 邓观卿. 柴胡疏肝散加味治疗恶劣心境的临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2013, 32 (09): 635—636.
- [12] 张介宾. 景岳全书 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1959: 270.
- [13] 李传朋, 刘玉, 魏品球, 等. 逍遥散及其类方与有效成分抗抑郁作用机制研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (06): 243—250.
- [14] 张仲景. 杨鹏举, 侯仙明, 杨延巍注释. 金匱要略 [M]. 北京: 学苑出版社, 2007: 19.
- [15] 郝鹏飞, 刘登峰, 张超云, 等. 半夏厚朴汤治疗抑郁症的网络药理学研究 [J]. 南阳理工学院学报, 2020, 12 (06): 104—111.
- [16] 毛梦迪, 尚立芝, 许二平. 半夏厚朴汤治疗抑郁症研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2020, 26 (23): 37—43.
- [17] 薛己. 校注妇人良方 [M]. 山西: 山西科学技术出版社, 2012: 549
- [18] 贾铷, 方宇骅, 陈喆鸣, 等. 解郁合欢汤、血府逐瘀汤、天王补心丹抗抑郁作用初步筛选研究 [J]. 福建中医药, 2017, 48 (04): 31—33.
- [19] 陈晋刚, 宁伟. 从“虚”论治抑郁症验案举隅 [J]. 河南中医, 2013, 33 (08): 1353—1354.
- [20] 邹之璐, 张煜萱, 陈刚. 越鞠丸治疗抑郁症及其中医内涵研究进展 [J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2018, 20 (06): 875—879.
- [21] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 [S]. 一部. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 1350.

- [22] 陈彦林. 柴胡舒肝丸治疗肝气不疏之抑郁症 28 例 [J]. 中国中医药咨讯, 2010, 2 (3): 145.
- [23] 江永美, 潘小明, 王慧玲, 等. 柴胡舒肝丸辅助艾司西肽普兰治疗老年女性脑卒中后抑郁症的临床疗效研究 [J]. 实用药物与临床, 2019, 22 (03): 299—302.
- [24] 国家药典委员会. 中华人民共和国药典 [S]. 一部. 北京: 中国医药科技出版社, 2015: 1354.
- [25] 管庆霞, 杨志平, 赵梦瑶, 等. 逍遥丸药理研究进展 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27 (07): 228—234.
- [26] 刘俊德, 霍军, 于海亭. 疏肝解郁胶囊治疗恶劣心境的临床对照研究 [J]. 精神医学杂志, 2012, 25 (04): 283—285.
- [27] ZJ / TE003—2014. 循证针灸临床实践指南抑郁症 (修订版) [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2014.
- [28] 王华, 杜元灏. 针灸学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 248—249.
- [29] 黄琰, 杨斌. 浅针治疗卒中后心脾两虚型郁病 112 例疗效观察 [J]. 海峡药学, 2016, 28 (12): 220—221.
- [30] 蔡小莉. 针药结合治疗郁病 30 例疗效观察 [J]. 新中医, 2011, 43 (03): 105—106.
- [31] 郭静, 李常度, 余常, 等. 针药结合治疗恶劣心境的临床研究 [J]. 四川中医, 2012, 30 (03): 122—124.
- [32] Rajan D. An Overview on Dysthymia Diagnosis and Treatment [J]. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 2021, 23 (8): 147—148.
- [33] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 26.
- [34] 汤毓华. 汉密顿抑郁量表, 心理卫生评定量表手册 (增订版) [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 220—223.