

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



团 体 标 准

T/CACM *****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 ——急性应激障碍

Clinical Diagnosis and Treatment Guidelines of Mental Diseases for
Integrated Chinese and Western Medicine -- Acute Stress Disorders

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 5

6 疗效评价标准 10

7 预防与调护 11

8 预后 12

9 注意事项 12

参考文献 14

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

目前国内外缺乏急性应激障碍中西医结合诊疗的标准和指南,中医药治疗急性应激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,本指南在急性应激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急性应激障碍的治疗方案及经验,借鉴循证医学的方法,对急性应激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急性应激障碍的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高急性应激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—急性应激障碍》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 2015 年发布的《中医神志病临床诊疗指南》(标准号: ZYYXH/T 442-471-2015)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急性应激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。

本指南主要为急性应激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急性应激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,急性应激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急性应激障碍的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—急性应激障碍

1 范围

本指南规定了急性应激障碍的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于轻、中度急性应激障碍中医、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 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 13016-2009《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。

急性应激障碍 Acute Stress Disorders

急性应激障碍，又称急性应激反应（Acute Stress Reaction）。^[1]急性应激障碍以急剧、严重的创伤事件作为直接原因，患者在受刺激后立即（1小时之内）发病。临床以麻木；情感分离；缄默；现实感丧失；人格解体；心因性遗忘；对经历的创伤事件和思想的重新体验、做梦和闪回；对事件的回避为主要表现。^[2, 3]相当于中医神志病学“癫病”、“狂病”、“脏躁”、“郁病”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。^[4]

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

急剧、严重的创伤事件刺激下迅速出现：

- (1) 侵入性症状，如痛苦的记忆。
- (2) 分离症状，如个体的环境或自身的真实感的改变。
- (3) 负性心境，如持续地不能体验到正性的情绪。
- (4) 对经历的创伤事件和思想的重新体验、做梦和闪回。
- (5) 对事件的回避。

(6) 唤起症状，如睡眠障碍，激惹的行为和愤怒的爆发、对人或物体的言语或身体攻击，过度警觉，注意力有问题，过分的惊跳反应。

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）及美国精神障碍诊断统计手册第五版标准（DSM - 5）中的急性应激障碍诊断标准^[5]：

以下述一种或多种方式接触于实际的或被威胁的死亡、严重的创伤或性暴力：

- (1) 直接经历创伤性事件。
- (2) 亲自目睹发生在他人身上的创伤性事件。
- (3) 获悉亲密的家庭成员或亲密的朋友身上发生了创伤性事件。注：在实际的或被威胁死亡的案例中，创伤性事件必须是暴力的或事故。
- (4) 反复经历或极端接触于创伤性事件的令人作呕的细节中（例如，急救员收集人体遗骸；警察反复接触虐待儿童的细节）。注：此标准不适用于通过电子媒体、电视、电影或图片的接触，除非这种接触与工作相关。

在属于侵入性、负性心境、分离、回避和唤起这五个类别的任一类别中，有下列九个或更多症状，在创伤性事件发生后开始或加重：

- (1) 侵入性症状

①对于创伤性事件反复的非自愿的和侵入性的痛苦记忆。注：对儿童来说，重复性游戏可能会出现在表达创作性主题的场所。

②反复做内容和（或）情感与创伤性事件相关的痛苦的梦。注：儿童可能做可怕但不能识别内容的梦。

③分离性反应（例如，闪回）。个体的感觉或举动好像创伤性事件重复出现（这种反应可能持续地出现，最极端的表现是对目前的环境完全丧失意识）。注：儿童可能在游戏中重演特定的创伤。

④对象征或类似创伤性事件某方面的内在或外在线索，产生强烈或长期的心理痛苦或显著的生理反应。

（2）负性心境

持续地不能体验到正性的情绪（例如，不能体验到快乐、满足或爱的感觉）。

（3）分离症状

①个体的环境或自身的真实感的改变（例如，从旁观者的角度来观察自己，处于恍惚之中、时间过得非常慢）。

②不能想起创伤性事件的某个重要方面（通常由于分离性遗忘症，而不是由于脑损伤、酒精、毒品等其他因素）。

（4）回避症状

①尽量回避关于创伤性事件或与其高度有关的痛苦记忆、思想或感觉。

②尽量回避能够唤起创伤性事件或与其高度有关的痛苦记忆、思想或感觉的外部提示（人、地点、对话、活动、物体、情景）。

（5）唤起症状

①睡眠障碍（例如，难以入睡或难以保持睡眠或休息不充分的睡眠）。

②激惹的行为和愤怒的爆发（在很少或没有挑衅的情况下），典型表现为对人或物体的言语或身体攻击。

③过度警觉。

④注意力有问题。

⑤过分的惊跳反应。

这种障碍的持续时间（诊断标准（2）的症状）为创伤后的3天至1个月。注：症状通常于创伤后立即出现，但符合障碍的诊断标准需持续至少3天至1个月。

这种障碍引起临床上明显的痛苦，或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。

这种障碍不能归因于某种物质（例如，药物或酒精）的生理效应或其他躯体疾病（例如，轻度的创伤性脑损伤），且不能更好地用“短暂精神病性障碍”来解释。

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器质性、躯体性疾病。社会再适应评定量表、急性应激障碍量表、分离体验量表、简明精神病评定量表、阳性与阴性症状量表及创伤后应激障碍相关的症状量表、斯坦福急性应激反应问卷、日常生活活动能力量表、家庭关怀指数问卷、医院焦虑抑郁量表^[6]等对本病的诊断有参考作用。

4.2 鉴别诊断

急性应激障碍当与适应障碍、惊恐障碍、分离障碍、创伤后应激障碍、精神病性障碍、创伤性脑损伤以及其他精神疾病（滥用药物、治疗药品或由于一般躯体情况所致之直接生理性效应）做出鉴别。

4.3 中医诊断

中医并没有明确提出急性应激障碍的病名，但根据其特点可分属于中医“癫病”、“狂病”、“脏躁”、“郁病”等范畴。急性应激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

急性应激障碍属于中医神志病学“癫病”、“狂病”、“脏躁”、“郁病”等范畴。元代朱丹溪认为癫狂的病因上提出痰致病学说。《证治要诀》中提到“癫狂由七情所郁，遂生痰涎，迷塞心窍”所致。《医林改错》中提出癫狂是气血凝滞脑气，与脏腑气不接所致。现代中医学者认为此病的病位主要在心脑，涉及肝、胆、脾、肾等诸脏。主要病机有：①禀赋不足，脏腑阴阳失调；②情志所伤，气血凝滞，致痰气郁结，迷乱心窍，使脑之神机逆乱所致。其病性属本虚标实。^[7, 8]

4.4.2 中医证候分型

参考中华中医药学会 2015 年出版的《神志病中西医结合临床诊疗指南》及中国中医药出版社 2016 年出版的《中医神志病学》《神志病中西医结合诊断学》。

（1）痰气郁结证

惊悸怔忡，躁动不安，妄言谵语，吵闹不休，眩晕头痛，胸闷气短、心悸出汗，身重纳呆，小便不

利。舌淡红，苔薄白，脉浮紧。

（2）肝肾阴虚证

惊悸少寐，言语凌乱，心中惕然，眩晕耳鸣，腰膝酸软，表情淡漠，呆滞纳差。舌淡红，苔薄白，脉浮弦。^[9]

（3）心虚胆怯证

心悸易惊，胆小怕事，失眠或惊恐不得卧，夜寐梦扰，坐卧不安，气怯、舌淡苔薄、脉细弱。

（4）心血不足证

遇事易惊，虚烦少寐，潮热盗汗，手足心热，面色无华，舌红少苔，脉细。

（5）痰火扰心证

夜寐易惊，突然暴惊，心烦意乱，坐卧不安，口苦咽干，舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。^[10]

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

以理气解郁散结为总的治疗原则，重在疏肝。实者治以疏肝理气，化痰散结，解郁安神之法；虚者治以调补肝肾，滋阴宁神之法。此外，中医心理疏导疗法、“以情胜情”疗法是本病重要的辅助治疗方法。

5.1.2 西医治疗原则

早发现、早治疗，争取缓解症状，预防病情转化为创伤后应激障碍。积极进行家庭教育，争取家属重视、建立良好的医患关系；定期对患者进行心理治疗、康复和职业训练。药物治疗主要是对症治疗。用药原则是小量、短程、及时调整。对表现激越兴奋的患者，常用抗焦虑药或催眠剂；对精神运动性兴奋，严重抑郁的患者可酌情选用SSRI类抗抑郁药。^[11]

5.2 中西医结合治疗策略

中西医结合治疗具有起效快、撤药后减少其症状复发、减少帕罗西汀的不良反应的优势，联合用药的不良反应低于西药帕罗西汀。^[12]中医药治疗创伤后应激障碍的依从性好；在缓解抗精神病药物治疗创伤后应激障碍过程中发生的不良反应方面，有优越性。故中西药结合可以作为治疗创伤后应激障碍的有效方法。^[13]在急性应激障碍中西医结合的全程治疗中，根据患者的实际情况和需求，根据中医辨证运用中药汤剂以减少药物的不良反应；亦可联合抗抑郁、抗焦虑、改善失眠等药物对症治疗。目的是尽早消除患者的病态应激反应，包括可能的自杀、暴力等危机状态，缩短病程，减轻严重程度。在药物治疗的基础上，可以选择应用针灸等中医传统疗法，稳定治疗效果，控制疾病症状；在中西医结合治疗的同时，配合中医情志疗法，提高治疗的依从性，最大程度减少复发。

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

（1）痰气郁结证

治法：疏肝解郁，镇静安神。

主方：柴胡加龙骨牡蛎汤^[14, 15](《伤寒论》)加减。

常用药：柴胡、龙骨、黄芩、生姜、铅丹、人参、桂枝、茯苓、半夏、大黄、牡蛎、大枣

加减：肝郁气滞者，加香附、木香；痰湿郁结者，加天竺黄、胆南星；心脾两虚者，重用党参，加黄芪、白术。（低级证据，强推荐）

（2）肝肾阴虚证

治法：益气养阴，宁心安神。

主方：地黄饮子^[16](《宣明论方》)加减。

常用药：熟地黄、巴戟天、山茱萸、石斛、肉苁蓉、五味子、桂枝、白茯苓、麦门冬、石菖蒲、远志、生姜、大枣、薄荷

加减：眩晕耳鸣者，加天麻、川芎、僵蚕、磁石；不寐者，加合欢皮、夜交藤。（低级证据，强推荐）

（3）心虚胆怯证

治法：益气宁心、镇静安神。

主方：安神定志丸(《医学心悟》)加减。

常用药：石菖蒲、远志、茯神、茯苓、龙齿、党参

加减：心惊频者加紫石英；舌红口干、睡中易惊、多汗者去半夏、枳实，加柏子仁、酸枣仁、生牡蛎；心血不足者，酌加阿胶、首乌、龙眼肉；夜寐不安者，加夜交藤、合欢皮，也可服天王补心丹。（低级证据，弱推荐）

（4）心血不足证

治法：益气养血，宁心安神。

主方：归脾汤^[17](《正体类要》)加减。

常用药：白术、人参、炙甘草、茯苓、龙眼肉、黄芪、酸枣仁、当归、远志

加减：惊骇重者加珍珠母、琥珀末；药后若伴胸痞、腕胀、纳差者，熟地黄加砂仁拌捣，并酌加陈皮、香橼；若无发热而感怯寒，加鹿角胶、巴戟天。（低级证据，弱推荐）

（5）痰火扰心证

治法：清火需痰，宁心安神。

组方：黄连温胆汤^[18](《六因条辨》)加减。

常用药：黄连、竹茹、枳实、半夏、橘红、茯苓、甘草、生姜

加减：舌干苔剥、口干渴饮者，去枳实、半夏，加生地黄、麦冬、白芍、地骨皮；痰热互结，大便秘结者，加生大黄；火郁伤阴者，加麦冬、玉竹、天冬、生地黄；兼见脾虚者，加党参、白术、谷麦芽、砂仁。（低级证据，强推荐）

5.3.2 中医非药物治疗

（1）针刺治疗

针刺时取穴以任督二脉、心经及心包经为主，行针宜用虚补实泻之法。

“调神醒脑”针刺疗法：头部取穴：百会、神庭、四神聪、风池；上肢取穴：劳宫、内关、神门；下肢取穴：三阴交、足三里、丰隆。操作：令患者取坐位，常规消毒。百会、神庭、四神聪进针时，针尖向前，斜刺 0.5~1.2 寸。风池进针时，向鼻尖斜刺 0.5~1.2 寸。每次 20 min，每周 3 次（隔日 1 次），连续治疗 12 周，共 36 次。^[19, 20]（高级证据，强推荐）

（2）耳穴贴压法

取穴：皮质下、神门、交感、心、肝、肾。操作：采用耳穴贴压法。常规消毒后，用王不留行籽对准已选好的穴位贴敷，稍加压力按压 1~2 min，随后留于耳穴上。单侧取穴，两耳轮换，每周 3 次（隔日 1 次），睡前按压，连续 12 周。^[21]

（3）温灸盒灸

取穴：肾俞、命门、志室。操作：患者俯卧位，取长度为 2cm 的艾条 2 段（每支重 30g），分别点燃一端后并排放入温灸盒（木质灸盒规格：20cm×15cm×12cm）中。以第二腰椎棘突为中心，以督脉为中线并与之垂直放置温灸盒，直至艾条燃尽，约 20 min。每周 3 次（隔日 1 次），连续治疗 12 周。

（4）穴位刺激调控法^[22, 23]

穴位刺激调控法可以明显改善急性应激障碍的症状。穴位刺激调控法联合认知行为疗法对患者的效果优于单纯认知行为疗法的效果。穴位刺激调控法可以联合其他方法来治疗创伤后应激障碍，并可加以推广使用。（高级证据，强推荐）

穴位选择：劳宫、内关。选用 9V，50Hz 低频治疗仪，采用黏胶粘在劳宫穴和内关穴上进行刺激，每次刺激 30min，隔日治疗 1 次。疗程为 12 周。

（5）情志疗法^[24]

情志疗法包括顺情从欲法、情志相胜法、移情易性法、习以平惊法。

顺情从欲法，指顺从或满足患者心理及生活需求的方法。当患者对自己所处生活环境得到满足，心理紧张会得到一定程度的缓解。

情志相胜法则是根据情志相生相克的基础，运用一种情志刺激去制约和消除患者的某种病态情志，从而改善不良心理情绪或某些心身疾病症状的疗法。如，患者出现悲伤、焦虑等情绪时，鼓励其多观看使心情愉悦的景观或事物，可缓解其不良情绪，此为“喜胜忧（悲）”。

移情易性法是指转移患者当前注意集中点，将其注意力转移到适当的劳动、运动或娱乐项目上。此法有助于患者调畅气机，缓解紧张、焦虑、抑郁和忧愁的情绪。

习以平惊法，即《黄帝内经》所云：“惊者平之”。指让患者逐渐或突然地接触不良的刺激因素，久而久之，就会提高适应能力，使其不再对该刺激因素发生敏感，从而达到愈病的目的。此法应用于焦虑和恐怖情绪的患者，能取得较好的效果。（中级证据，强推荐）

（6）五音疗法

五音疗法是以五行理论为基础，将五音与五脏、五志相结合形成的一种治疗疾病的音乐疗法。优点是此法操作简单、无创伤、无痛苦、无经济负担并且易于被患者接受。具体方法如下：以抑郁情绪为主要表现患者，于每日 15:00～17:00 播放商调乐曲；以悲伤情绪为主要表现的患者，于每日 09:00～11:00 播放徵调乐曲；以焦虑情绪为主要表现的患者，于每日 07:00～09:00、19:00～21:00 播放宫调乐曲。环境应尽量安静、舒适。音量适中、不宜过大，以免对听力造成损伤。^[25]（低级证据，弱推荐）

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[26]

以认知行为疗法联合舍曲林或文拉法辛作为基础治疗^[27, 28]。患者的症状严重时，如出现自杀行为、暴力等危机状态时，配合心理治疗加以应用。治疗时保持最小的有效剂量，症状缓解后即以撤除。常用的有抗焦虑、抑郁药，必要时可用抗精神病药物对症处理。（低级证据，弱推荐）

（1）抗焦虑药

适用于表现激越兴奋的患者，主要有焦虑不安等症状。

有效剂量：艾司唑仑（舒乐安定）1～2mg/d，劳拉西泮 2～6mg/d，佐匹克隆 7.5mg/d，三唑仑 0.25～0.5mg/d。

（2）SSRI 类抗抑郁药

适用于精神运动性兴奋，严重抑郁的患者。

有效剂量：舍曲林 50mg/d，西酞普兰 20mg/d，最大剂量为 40mg/d，65 岁以上患者剂量减半。轻度肝损伤患者起始剂量为 10mg/d。

对于躁动或者有消极自伤风险的患者，必要时可提供单独房间，采取必要的保护性措施，如约束保护等。

5.4.2 非药物治疗

（1）心理治疗^[29, 30]

本病由强烈的应激事件引起，心理治疗具有重要意义。其优点是副作用较少，在不同程度上改进患者的人格缺陷，增强患者的抗打击能力。有利于尽早消除患者的病态应激反应，减少其形成创伤后应激

障碍的可能性。（高级证据，强推荐）

心理治疗时机：灾难发生后 24~48h 之间是理想的干预时间，在事件发生后 24h 内不进行心理危机干预。心理干预基本原则是及时、就近、紧扣重点。心理治疗的主要方法有认知行为疗法、暴露疗法、眼动脱敏等。

①认知行为疗法^[31, 32]

认知行为疗法是治疗急性应激障碍较为有效的方法。相关研究表明，认知行为疗法对治疗急性应激障碍和预防创伤后应激障碍的发生有显著的效果。认知行为治疗一般由创伤教育、放松训练、想象暴露、现场暴露、认知重构 5 部分组成。（低级证据，强推荐）

认知行为疗法在本病的治疗中，要求医生与患者建立良好的医患关系，与患者促膝交谈。治疗内容包括同患者分析发病经过、进行解释和指导患者如何对待有关刺激。讲明心理社会应激是经常出现的，关键在于如何应对这些刺激。同时给予有力的社会支持，以缓冲和减轻患者创伤性反应。并进一步调动患者的主观能动性，使患者尽早摆脱困境，树立战胜疾病的信念，促使病情向康复方面转化。

②暴露疗法

暴露疗法是处理创伤记忆的首选疗法。在安全可控的环境中进行重复暴露，观察恐惧强弱变化，可以增强个体积极的暗示和期望。暴露也可使患者重新评价创伤事件及其对创伤事件的反应，进而使患者做出适当的认知改变。暴露疗法是急性应激障碍治疗的重要组成部分。^[33-35]

③眼动脱敏

眼动脱敏是一种以暴露为基础的治疗技术。眼动脱敏的治疗程序包括了解创伤史、治疗准备、评定、脱敏、再加工等 8 个部分。大量研究证明，眼动脱敏对创伤引起的创伤后应激障碍有快速疗效。

④环境治疗

当患者处于发病的创伤环境中，为了减弱不良刺激的作用，应尽可能离开或调整环境。实践证明，将患者改换一个环境，可以振奋情绪，消除创伤性体验，加速症状缓解。另一方面安排好患者的生活规律，建立起对工作的乐趣等。^[36]（低级证据，强推荐）

5.5 中西医结合分期治疗

急性应激障碍尚无明确分期。在急性应激障碍中西医结合的全程治疗中,根据患者的实际情况和需

求，联合中药汤剂进行治疗，能够增强治疗效果，缓解药物的副作用；在药物治疗的基础上，可以选择应用针灸等中医传统疗法，稳定治疗效果，控制疾病症状；在中西医结合治疗的同时，配合心理治疗和中医情志疗法，提高治疗的依从性，最大程度减少复发。同时，应配合康复训练，帮助患者建立新的生活规律，培养生活的乐趣，以利于患者尽快康复。

5.6 疗程

建议对患者病情进行系统评估，若治疗效果明显，患者症状消失，情绪恢复达到病前水平，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用药剂量以缩短疗程。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[37]

治愈：症状消失，情绪恢复正常；

好转：症状减轻，情绪改善；

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，可以根据治疗前后症状自评量表（SCL-90）、Beck 抑郁问卷(BDI)、汉密顿抑郁量表(HAMD)、状态-特质焦虑问卷(STIA)、汉密顿焦虑量表(HAMA)记录各量表的总分以及 SCL-90 的 10 个因子分进行临床疗效评估。^[38]

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；定期进行心电图检查，血常规、血糖、血脂，肝、肾功能等化验；必要时进行血药浓度监测。

6.3.2 量表评价

抗抑郁药副反应量表(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^[39]。

7 预防与调护

7.1 预防要点

预防主要在于重视童年经历、加强社会支持以及培养健全人格，加强全民健康教育，平日培养健康的心理、增强自我保护意识，从而提高应对应激事件的能力。同时，在精神创伤性事件发生后，由专业人员根据患者的具体情况，协同有关方面改善环境，进行合理的安排，尽快脱离发病的环境，包括对患者康复后生活和工作方面的帮助、指导和安排，必要时重新调换工作岗位，改善人际关系，建立新的生活规律，培养生活的乐趣，重视社会以及家庭的支持系统，以利于患者尽快康复。^[40]

7.2 调护要点

为患者提供舒适、安全、整洁的环境，协助患者安排作息时间，保持个人生活的清洁整齐。采取生物—心理—社会护理模式，以缓解患者的焦虑、抑郁等负性情绪，改善患者总体预后，减少并发症的发生。生物护理上，要督促患者遵医嘱用药及饮食。心理、社会护理上，要帮助患者造成精神刺激的环境，给予适当的心理安慰。对患者及其家属开展疾病相关知识的宣传教育，正确认知疾病，消除恐惧、焦虑、抑郁等负性情绪。鼓励患者积极参与集体活动，提高社会适应能力。对患者对的每一个进步都应给予及时的表扬鼓励，患者逐步建立起治疗疾病的信心。^[41]

8 预后

急性应激障碍患者经过及时治疗，预后良好，精神状态可完全恢复正常。如果应激性环境消除，患者症状可在 2~3 天内（常可在几小时内）缓解。如果应激源持续存在或具有不可逆转性，患者症状一般在 2~3 天后开始减轻，通常在 1 周内缓解，一般不超过 1 个月。预防急性应激障碍的关键在于对高危人群进行心理健康教育、提高其机体应激对抗水平，并且进行事前干预、事中干预和事后干预。^[42]

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）急性应激障碍的诊断与治疗。应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除急性应激障碍外的其他疾病，如：适应障碍、惊恐障碍、分

离障碍、创伤后应激障碍、精神病性障碍、创伤性脑损伤与其他精神疾病（滥用药物、治疗药品或由于一般躯体情况所致之直接生理性效应），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急性应激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]高树河. 精神疾病临床与实践[M]. 哈尔滨:黑龙江科学技术出版社, 2004:367-374.
- [2]周中华, 钟銮江, 郑又祥, 等. 急性应激障碍与创伤后应激障碍的关系的系统评价[J]. 国际精神病学杂志, 2015, 42(01):18-22.
- [3]邓明显. 急性应激障碍的临床研究新进展(DSM-5 新标准)[J]. 中国健康心理学杂志, 2016, 24(12):1761-1769.
- [4]郭雅明, 汪金涛, 李文芳. 中西医结合治疗精神疾病发展和现状[J]. 中医临床研究, 2018, 10(33):131-132.
- [5]美国精神医学学会编著, (美)张道龙等译. 精神障碍诊断与统计手册[S]. 第5版. 北京:北京大学出版社, 2015. 7:272-278.
- [6]武宁. IMB 干预对脑卒中患者急性应激障碍的效果[D]. 华北理工大学, 2019.
- [7]朱震亨. 丹溪医集[M]. 北京:人民卫生出版社, 1993.
- [8]周湧灿, 刘兰英. 中医及中西医结合治疗急性应激障碍研究进展[J]. 新中医, 2020, 52(20):10-13.
- [9]中华中医药学会编著. 中医神志病临床诊疗指南[S]. 北京:中国中医药出版社, 2015.
- [10]贾兹晓, 张宏耕主编. 神志病中西医结合诊断学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2016.
- [11]据明亮, 徐庆年, 龙彬, 等. 新型冠状病毒肺炎患者急性应激障碍精神科药物干预 2 例报告[J]. 中国神经精神疾病杂志. 2020, 46(2):65-69.
- [12]赵欢, 杨东东, 史敏. 中西医结合治疗创伤后应激障碍 240 例临床研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2014, 20(02):211-212+234.
- [13]李忠义, 何蕊芳. 中西医结合治疗创伤后应激障碍[J]. 临床心身疾病杂志, 2003(01):19-20.
- [14]张仲景述, 钱超尘等整理. 伤寒论[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005. 4:48.
- [15]张泽舜, 韩富, 谢绍盈等. 柴胡龙牡汤加减方治疗汶川地震转诊患者急性应激障碍的临床观察[J]. 新中医, 2009, 41(06):51-52.
- [16]刘完素撰. 宣明论方[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000. 12.
- [17]牟翔宇, 高明周, 张蕾等. 灾后心理创伤的中医干预方法分析[J]. 中华灾害救援医学, 2018, 6(05):283-284.
- [18]陈耀辉, 董湘玉. 灾后心理危机的干预及中医治法探究[J]. 贵阳中医学院学报, 2010, 32(06):77-78.
- [19]王戩, 胡幼平. 针灸治疗地震创伤后应激障碍 69 例[J]. 河南中医, 2009, 29(3):291.
- [20]冉强, 肖楸钊, 李平. 电针联合艾灸治疗创伤性应激障碍的临床研究[J]. 中国中医急诊, 2018, 2(27):246-248.

- [21] 谢木凤. 耳穴压豆治疗 40 例骨折后急性应激障碍的疗效观察[J]. 大家健康(学术版), 2014, 8(14):37.
- [22] 冯斌, 刘兰英, 张滢, 等. 中西医结合治疗精神疾病研究进展[J]. 世界科学技术-中医药现代化杂志, 2018, 20(6):880-886.
- [23] 陈炯, 冯斌, 刘兰英, 等. 穴位刺激调控法治疗创伤后应激障碍的临床研究[J]. 浙江中医杂志, 2011, 46(07):480-482.
- [24] 曹云松, 韩振蕴, 王育纯, 等. 心肝同调治疗焦虑与抑郁障碍的探析和经验浅谈[J]. 环球中医药, 2020, 13(07):1221-1224.
- [25] 张莹, 贾英杰, 李小江, 等. 新型冠状病毒肺炎心理危机与中医药干预策略[J]. 天津中医药, 2020, 37(6):638-644.
- [26] 申远, 吴文源, 李春波, 等. 澳大利亚成人急性应激障碍和创伤后应激障碍治疗指南[A]. 国际精神病学杂志. 2008, 35(3):144-149.
- [27] 李永宏, 王菊花, 苟先梅, 等. 26 例急性应激障碍临床分析[J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(07):793-795.
- [28] 何小燕, 王睿, 马梁红, 等. 多发性创伤患者急性应激障碍的联合干预[J]. 中国健康心理学杂志, 2017, 25(05):644-647.
- [29] 李品品. 心理案例研究——医暴事件与急性应激障碍[J]. 铜陵职业技术学院学报, 2018, 17(04):34-36.
- [30] 吴学华, 李小麟, 段良芳, 等. 玉树地震伤员本土化心理干预效果分析[J]. 实用医院临床杂志, 2012, 9(05):67-69.
- [31] Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, et al. The additive benefit of hypnosis and cognitive behavioral therapy in treating acute stress disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2005;73(2):334-340.
- [32] 张滢, 冯斌, 谢建平, 等. 认知行为疗法配合穴位刺激调控法治疗地震所致创伤后应激障碍临床研究[J]. 中医杂志, 2009, 50(06):513-515.
- [33] 李志猛, 李雅妹, 周素芝, 等. 认知暴露疗法治疗急性应激障碍的临床疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(04):636-638+647.
- [34] 刘杰. 认知暴露疗法治疗急性应激障碍的临床疗效[J]. 中国医药指南, 2018, 16(15):50-51.
- [35] 苏衡, 王家同, 刘旭峰, 等. 急性应激障碍认知暴露疗法的临床应用[J]. 中国心理卫生杂志 2005, 19(2):97-99.
- [36] 高洁, 王海燕, 李森, 等. 爆炸环境下应激障碍诊治的研究进展[J]. 中华诊断学电子杂

志, 2020, 8(03):160-167.

[37]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.

[38]汪向东, 王希林, 马弘编著. 心理卫生评定量表手册[S]. 中国心理卫生杂志, 1999, 12.

[39]陈海东, 杨秀岩, 马学红, 等. 针刺联合盐酸帕罗西汀片治疗轻中度抑郁症临床研究[J]. 中国中医药信息杂志, 2014, 21(08):35-38.

[40]咸广丽. 急性应激障碍患者的临床护理对策[J]. 中国医药指南, 2014, 12(33):338.

[41]周芳芳, 张曼齐, 杨红, 等. 心理护理干预对老年骨折术后并发急性应激障碍的疗效[J]. 国际精神病学杂志, 2016, 43(05):907-909+925.

[42]Litz BT, Gray MJ, Bryant RA, et al. Early intervention for trauma:Current status and future directions[J]. Clinical Psychology Science & Practice, 2002, 9:112-134.