

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



团 体 标 准

T/CACM ****-20**

神志病中西医结合临床诊疗指南 --精神分裂症

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

目 次

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	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	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

目前国内外缺乏精神分裂症中西医结合诊疗的标准和指南,中医药治疗精神分裂症的研究在国际上缺乏影响力,缺乏统一性和认可度。因此,本指南在精神分裂症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精神分裂症的治疗方案及经验,借鉴循证医学的方法,对精神分裂症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精神分裂症的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高精神分裂症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—精神分裂症》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·首发精神分裂症》(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精神分裂症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。

本指南主要为精神分裂症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精神分裂症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,精神分裂症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精神分裂症的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南—精神分裂症

1 范围

本指南规定了精神分裂症的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于精神分裂症的中医、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。

精神分裂症 Schizophrenia

一种感知、思维、情感、行为等多方面障碍，以及精神活动不协调的常见精神疾病。临床以表情淡漠，沉默痴呆，喃喃自语，静而少动；或精神亢奋，躁妄不安，动而多怒，以及语无伦次，多疑善虑，秽洁不知，甚或妄见、妄闻、妄想，大多数患者对疾病缺乏自知力，可有不同程度认知功能障碍为主要特征。相当于中医神志病学“癫病”“狂病”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^[1-2]。

4.1 西医诊断

4.1.1 临床表现

(1) 感知觉障碍：主要有言语性幻听，内容可以是争论性、评论性，或命令性幻听，也可以表现为思维鸣响。

(2) 思维障碍：主要为思维联想障碍和妄想，最常见思维散漫、思维破裂或不连贯等。被害妄想和关系妄想。慢性患者可表现为思维贫乏，如词汇短缺，言谈无内容。

(3) 情感障碍：主要表现为迟钝或淡漠，情感反应与思维内容，以及外界刺激不协调等。精神分裂症早期或康复期的焦虑、抑郁情绪也不少见。

(4) 意志行为障碍：患者活动减少，缺乏主动性，行为变得孤僻退缩、懒散、丧失兴趣、社交活动贫乏、生活毫无目的等现实脱离。同时伴或不伴怪异行为，如收集废物、自言自语、丧失个人卫生习惯，常蓬头垢面，或无目的性的冲动行为等。

4.1.2 诊断标准

参照国际疾病分类第十版(ICD-10)中精神分裂症的诊断标准：

(1) 症状标准：至少有下列其中 2 项并非继发意识障碍、智能障碍、情感高涨或低落：

- ① 反复出现的言语性幻听；
- ② 明显的思维松弛、思维破裂、言语不连贯，思维贫乏或思维内容贫乏；
- ③ 思想被插入、被撤走、被播散、思维中断，或强制性思维；
- ④ 被动、被控制，或被洞悉体验；
- ⑤ 原发性妄想（包括括妄想知觉，妄想心境）或其他荒谬的妄想；
- ⑥ 思维逻辑倒错、病理性象征性思维，或语词新作；
- ⑦ 情感倒错，或明显的情感淡漠；
- ⑧ 紧张综合征、怪异行为，或愚蠢行为；
- ⑨ 明显的意志减退或缺乏。

(2) 严重标准：自知力障碍，并有社会功能严重受损或无法进行有效交谈。

(3) 病程标准：

① 符合病症标准和严重标准至少已持续 1 个月，单纯型另有规定；

② 若同时符合分裂症和情感性精神障碍的症状标准，当情感症状减轻到不能满足情感性精神障碍症状标准时，分裂症状需继续满足分裂症的症状标准至少 2 周以上，方可诊断为分裂症。

(4) 排除标准：排除器质性精神障碍，及精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍。尚未缓解的分裂症病人，若又患本项中上述两类疾病，应并列诊断。

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 中医诊断标准

中医并没有明确提出精神分裂症的病名，但根据其特点可分属于中医“癫病”“狂病”等范畴。精神分裂症的中医证候诊断，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

精神分裂症当与脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍、神经症做出鉴别。

4.4 中医病机及证候分型

4.4.1 中医病因病机

精神分裂症属中医神志病学“癫、狂病”范畴，历代古籍中均有关于癫狂的论述与记载。取历代古籍之所长，总结癫狂发病主要病位在心脑，涉及肝、胆、脾、肾等诸脏，以禀赋不足，脏腑阴阳之失调，情志所伤和气血凝滞为主，并导致痰气郁结，迷乱心窍或痰火互结，上扰心神及脑气与脏腑之气不连接，使脑之神机**逆乱**所致。气、痰、火、瘀为主要病因，气、痰、火、瘀又可相互转化，其中阴阳失调、脑之神机**逆乱**等为病机的关键，其性质属本虚标实^[3-4]。

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》^[5]。

(1) 癫病

① 肝郁脾虚证

情感淡漠，静而少动，语无伦次，多疑善虑，或意志减退，或妄见妄闻。肢体困乏，胸胁胀闷，少寐易惊，食欲不振，脘闷暖气；舌淡红，苔薄白，脉弦细。

② 痰气郁结证

精神抑郁，表情淡漠，语无伦次，喜怒无常，多疑紧张，胆小易惊，胸闷太息，呕恶痰涎；**舌淡红**，

苔薄白而腻，脉弦滑。

③ 痰瘀内阻证

情感淡漠，沉默痴呆，少语或不语，记忆减退，意志减退，或妄见妄闻。肢体麻木，懒散被动，局部刺痛，纳呆，大便稀溏；舌体胖或舌质紫暗，苔腻，脉滑或沉弦涩缓。

④ 心脾两虚证

表情呆板，面色无华，神思恍惚，语言错乱，或自语自笑，心悸易惊，夜寐不安，食少倦怠，喜卧少动。舌质淡，苔白，脉细弱无力。

(2) 狂病

① 痰火内扰证

彻夜不眠，头痛躁狂，两目怒视，面红目赤，甚则狂乱莫制，骂詈毁物，逾垣上屋，高歌狂呼；大便干结、溲赤、面红目赤、喜冷饮。舌红或绛，苔黄厚或黄腻，脉滑数有力。

② 阴虚火旺证

狂病日久，病势较缓，有疲惫之象；时而烦躁不安，时而多言善惊，恐惧不安，形瘦面红，心烦不寐，口干唇红。舌质红，少苔或无苔，脉细数。

③ 气血瘀滞证

面色黯滞，胸胁满闷，头痛心悸，躁扰不安，少寐易惊，情绪不稳，恼怒多言，言语支离，甚则登高而歌，或妄闻妄见。舌质紫或瘀黯，少苔，舌下静脉曲张瘀血，脉涩数或弦。

5 治疗

5.1 治疗原则

精神分裂症的治疗需要尽早实施有效的足剂量、足疗程的药物治疗。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，从小剂量开始逐渐增加到有效推荐量，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。抗精神病药物治疗的过程中，配合中医辨证治疗，可以起到减毒增效的作用^[6]。对于首发精神分裂症，可以考虑单独应用中医药治疗。

5.1.1 中医治疗原则

参照癫、狂病进行辨治。初期以实邪为主，治以理气解郁，泻火豁痰，化瘀通窍之法；后期以正虚为主，治以补益心脾，滋阴养血，兼清虚火之法。

5.1.2 西医治疗原则^[7-8]

(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^[9-15]

中西医结合治疗可以互相促进，提高疗效。中医对精神分裂症的治疗同样强调整体观。在中西医结合的全程治疗中，不同的疾病分期宜采取不同的治疗方式。精神分裂症急性期，以西医治疗为主，中医治疗为辅；巩固治疗期，中西医治疗并举；维持治疗期，以中医治疗为主，西医治疗为辅，配合心理和康复治疗。中药单方、验方及非药物疗法价格低廉、操用方便，对个别病例的疗效较好，可以在疾病的整个治疗过程中，根据个体情况辨证应用。此外，抗精神病药物临床应用中采用个体化的治疗方案。从小剂量开始，逐渐加大剂量，尽可能使用最低有效剂量进行治疗，在易感人群和儿童老年患者中应限制使用剂量；尽可能单一用药，当一种非典型抗精神病药物经足量足程治疗疗效差，可换用另一种作用机制不同的非典型抗精神病药物治疗；对难治性病例可合并另一种作用机制不同药物治疗，应重视合并药物的相互作用。中医药在缓解抗精神病药物治疗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，中医药治疗精神分裂症的优势方向集中于维持治疗期，以及缓解抗精神病药物治疗过程中发生的不良反应。

5.3 中医治疗

5.3.1 中药辨证治疗

(1) 癫病

① 肝郁脾虚证（中级证据，强推荐）

治法：疏肝健脾，养脑安神。

方药：加味逍遥散^[16-19]（《内科摘要》）加减。

常用药：柴胡、郁金、香附、白芍药、百合、党参、茯苓、川芎、炒白术、山茱萸、炒枣仁、炒麦芽。

加减：食欲不振者，加神曲；便溏者，加白扁豆、大枣。

② 痰气郁结证（高级证据，强推荐）

治法：理气解郁，化痰开窍。

方药：顺气导痰汤^[20-25]（《济生方》）加减。

常用药：半夏、茯苓、陈皮、甘草、生姜、胆南星、枳实、木香、香附、远志、郁金、石菖蒲。

加减：沉默痴呆、神志呆钝者，加川贝、礞石；大便干燥、彻夜不眠者，加大黄、酸枣仁、朱砂；肋肋胀满、不思饮食者，加桔梗、玄参、莱菔子、焦三仙。

③ 痰瘀内阻证（高级证据，强推荐）

治法：消痰活血，开窍醒神。

方药：愈癫汤^[26-30]（《癫病（精神分裂症）中医诊疗方案》）加减。

常用药：半夏、天南星、槟榔、牵牛子、茵陈、大黄、三棱、莪术、郁金、石菖蒲、甘草。

加减：头目不清者，加菊花、川芎、白蒺藜；不寐者，加炒枣仁、琥珀。

④ 心脾两虚证（低级证据，弱推荐）

治法：健脾养心，益气安神。

方药：养心汤^[31-33]（《仁斋直指方论》）加减。

常用药：黄芪、茯苓、茯神、半夏、当归、川芎、远志、肉桂、柏子仁、酸枣仁、五味子、人参、甘草。

加减：心神失宁较著者，加龙齿、磁石（打碎先煎）镇心安神；兼有血瘀，加丹参、红花、当归、地龙活血化瘀；病久脾肾阳虚，加附子、肉桂、仙茅、仙灵脾、巴戟天温补脾肾。

（2）狂病

① 痰火内扰证（中级证据，强推荐）

治法：镇心安神，清热涤痰。

方药：生铁落饮^[34-36]（《医学心悟》）加减。

常用药：天冬、麦冬、贝母、胆南星、橘红、远志、石菖蒲、连翘、茯苓、茯神、玄参、钩藤、丹参、朱砂，用生铁落煎熬1小时，以汤代水煎药服。

加减：痰火壅盛，舌苔黄腻者，合礞石滚痰丸，泻火逐痰，再用安宫牛黄丸清心开窍；肝胆火盛，可用当归龙荟丸泻肝清火。如内热较盛可用加减承气汤清泄胃肠实火。

② 阴虚火旺证（低级证据，弱推荐）

治法：滋阴降火，安神定志。

方药：二阴煎（《景岳全书》）合用定志丸^[37-39]（《医心方》）加减。

常用药：生地黄、麦冬、酸枣仁、甘草、黄连、玄参、茯苓、木通、灯心草、竹叶、人参、茯神、

石菖蒲、远志。

加减：痰火未清，加胆南星、竹茹、天竺黄清热化痰；阴虚较著，加龟甲、阿胶、白芍滋养津液；虚火旺盛，加白薇、地骨皮、银柴胡清虚热。

③ 气滞血瘀证（高级证据，强推荐）

治法：理气解郁，疏瘀通窍。

方药：癫狂梦醒汤^[40-45]（《医林改错》）加减。

常用药：桃仁、赤芍、柴胡、香附、木通、大腹皮、陈皮、青皮、苏子、桑白皮、半夏、甘草。

加减：血瘀较重伴有疼痛者加元胡、丹参。

5.3.2 中医非药物治疗

（1）针刺治疗

体针（“调神醒脑”针刺疗法）^[46]：头部取穴百会穴，并于印堂穴直上 2.0cm 向后平刺 25~40mm 深，目内眦直上平行于该针两旁各 1 穴，均向后平刺 25~40mm 深；配经外奇穴印堂穴。小幅度、轻捻转，偶伴提插，捻转速度达 200r/min 以上，连续 3~5min，1 次/d。腹部取穴：于剑突下 0.5 寸穴位处，针尖向肚脐方向刺一针，然后在其左右旁开 0.5 寸穴位处分别刺入两针，3 针向下平刺 1.5 寸深，施轻度手法捻转，连续 5~10min，必要时可以通电针刺激，1 次/d。（高级证据，强推荐）

三步针刺疗法^[47]：第一步开窍醒神。选择十三鬼穴，（水沟、少商、隐白、大陵、申脉、风府、颊车、承浆、间使、上星、会阴、曲池、舌下少阴）中 5~6 穴。按上述十三鬼穴顺序进针，按常规针刺方法操作，用 26~28 号 1 寸或 1.5 寸针，均以得气为度，每个穴位针刺时间大约 30 秒，不留针。每日 1 次，疗程 3~7 天。第二步辨证施针。主要穴位：水沟、百会、内关、三阴交。临证配穴，肝郁脾虚者（印堂、神门、足三里、太溪、太冲）；痰湿内阻者（丰隆、阴陵泉、足三里）；气滞血瘀者（血海）；心脾两虚型（安眠、神门）；按常规针刺方法操作，用 26~28 号 1 寸或 1.5 寸针，均以得气为度，而后留针 30 分 min，每 10min 实施提插捻 1 次。1 次/d，疗程 2~4 周。第三步善后调理。在辨证施针取得一定临床疗效后，以电针进行善后调理。每周一、三、五取穴百会、水沟，周二、四取穴双侧内关穴，采用连续波，频率 2~5Hz，1 次/d，1h/次，8 周为一个疗程。（中级证据，弱推荐）

对症取穴：幻听者取翳风、耳门、听宫、听会；幻视者取攒竹、睛明、四白、风池；失眠者取神庭、内关、神门、三阴交、太溪、照海、太冲、安眠、气海；兴奋者取水沟、太阳、曲池、行间；木僵者取隐白、涌泉、水沟；焦虑者取中脘、内关、太冲、三阴交、通里。

电针^[48-54]：取百会、水沟、印堂斜刺，捻转泻法进针 5min。得气后，针疗电麻仪，将导线分别连在百会、水沟、印堂穴上，频率 80~90 次/min，穴位局部可见针抖动，局部可见轻微肌肉抽动，以患者无不适感为度。留针 1h/次，1 次/d。此疗法一般在精神分裂症患者病情相对稳定后实施。在治疗前，

应尽量和患者沟通，争取其最大限度地配合，并且患者家属应始终陪同，保证患者治疗期间的情绪稳定。

（高级证据，强推荐）

（2）穴位注射^[55-57]

取穴内关（双）、三阴交（双）交替注射。药物：舒必利注射液。穴位常规消毒，选用 1ml 或 2ml 7 号一次性注射器。注射针管抽取药液（首次 0.1g，根据病情及躯体情况决定药量，最大剂量 0.3g），进针得气回抽无回血后缓慢推注，观察 5~10min，身体有无不适，24h 内保持局部干燥。每周 3 次，2 周为一个疗程。在稳定期，狂证者配合使用这些疗法存在困难。（低级证据，弱推荐）

（3）穴位贴敷疗法^[58]

取穴大椎穴、腰奇穴、间使穴（双侧）。药物：白芥子、夜交藤、合欢花、桂枝、石菖蒲、远志、郁金、川芎、当归。药物粉碎研末后，用食用油或植物油将药物调成糊状，置于专用贴敷膜上。穴位局部消毒后，取药贴敷相应穴位 6~12h。在稳定期，狂证者配合使用这些疗法存在困难。（低级证据，弱推荐）

（4）推拿疗法^[59]

弹拨背俞穴，即心俞、肝俞、脾俞、肾俞、胆俞、膈俞；拿头部五经，或以五指弹击头部；推风池、风府、大椎；拿项肌、斜方肌；掐水沟、丰隆、通里、内关、外关、太冲；按揉百会、足三里、神门、血海、三阴交，以得气为度；拿揉天枢，以得气为度；顺时针按摩腹。每日按照以上顺序，各进行 10 次。在稳定期，狂证者配合使用这些疗法存在困难。（低级证据，弱推荐）

（5）情志疗法^[60-62]

顺情从欲疗法、运动宣泄疗法、习见习闻疗法、诱导劝说疗法均适用于本病。（中级证据，强推荐）

情志病的治疗在我国历史悠久，历代医家不仅在传统方剂上取得进展，并且在临床实践上手段丰富。情志的严重波动可影响脏腑气机加重病情恶化，患者的心理健康医护人员应给予关注，应加强现代医学和心理学理论交流。

5.3.3 中成药

复元康胶囊：消痰活血，调神醒脑。每次 5 粒，每日 3 次，口服，或遵医嘱。用于痰瘀内阻证。

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[6]（高级证据，强推荐）

（1）第一代抗精神病药物

吩噻嗪类：以往常作为首选药物，包括氯丙嗪、奋乃静、三氟拉嗪、硫利达嗪及氟奋乃静等，适用

于妄想幻觉、兴奋躁动、思维障碍等阳性症状。严重兴奋冲动、拒绝服药者可肌注或静脉点滴氯丙嗪。
有效剂量：氯丙嗪 200mg/d~600mg/d，奋乃静 20mg/d~60mg/d。

硫杂蒯类：主要是氯普噻吨（泰尔登）、氯哌噻吨和氟哌噻吨。目前已很少作为首选药物使用。泰尔登有效剂量 200~600mg/d。

丁酰苯类：较常用的是氟哌啶醇，有口服和注射两种剂型。主要适用于精神分裂症的阳性症状和兴奋、激越等行为异常。有效剂量 6~20mg/d。

苯甲酰胺类：代表药物是舒必利，该药低剂量时有一定抗焦虑和抗抑郁的作用，高剂量有控制幻觉妄想的作用，静脉滴注能有效缓解紧张症的症状。有效剂量 800~1600mg/d。

（2）第二代抗精神病药物

临床上已越来越多地应用较新一代的抗精神病药物。包括氯氮平、利培酮、奥氮平和喹硫平。该类药物除适用于妄想幻觉、兴奋躁动等阳性症状外，还对情感淡漠、社会退缩等阴性症状有一定疗效，对认知功能有一定的改善作用。治疗剂量一般为：氯氮平 200~400mg/d，利培酮 2~6mg/d，奥氮平 5~20mg/d，喹硫平 300~750mg/d，阿立哌唑 10~30mg/d。

第二代抗精神病药物较第一代抗精神病药物的副反应少且轻，特别是锥体外系不良反应较少发生。值得注意的是，氯氮平可能引起粒细胞减少或缺乏，在治疗前及治疗中应定期监测血象，如有异常结果应立即停药，并对症处理。

5.4.2 无抽搐电休克治疗（MECT）^[63-67]

MECT 适用于木僵等紧张症状群，兴奋躁动、消极抑郁及严重的幻觉妄想等症状。（中级证据，强烈推荐）

其中绝对禁忌证包括：颅内压增高疾病（颅内占位性病变、脑血管疾病、颅脑损伤、炎症等其他能够引起颅内压增高的情况）；严重的肝病、心血管疾病、肾脏疾病、呼吸系统疾病、消化性溃疡；新近或未愈合的骨关节病；严重的青光眼和先兆性视网膜脱落。

5.4.3 工娱治疗^[68-70]

在抗精神病药物治疗症状改善之后，可以有组织地安排精神分裂症患者参加某些工作、劳动、娱乐和体育活动等，以促进病情恢复，改善情绪，增强体质，建立信心，提高社会交往和适应环境的能力，防止长期住院形成的退缩懒散的生活习惯，促进社会功能的恢复。（中级证据，强烈推荐）

5.4.4 心理治疗^[71-75]（高级证据，强烈推荐）

心理治疗是精神分裂症治疗的一部分。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、行为治疗、家庭治疗。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。

5.5 中西医结合分期治疗^[8]

5.5.1 急性治疗期

主要治疗目标是控制症状，尽快恢复社会功能，防止严重的药物不良反应。精神分裂症急性期建议首选抗精神病药物，可考虑联合中医药及非药物治疗、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。首发精神分裂症建议首选中医药及非药物疗法控制症状，或考虑联合心理治疗。

5.5.2 巩固治疗期

原则上继续使用急性期治疗有效抗精神病药物至少6个月，并维持原剂量不变。监测药物不良反应，调整药物剂量，提高治疗的依从性，促进社会功能的恢复。推荐在抗精神病药治疗基础上联合中医药治疗，稳定症状，改善残留症状，预防复发。

5.5.3 维持治疗期

主要治疗目标是维持症状持续缓解，预防复发；监测与处理药物持续治疗中的不良反应，促进社会功能水平和生活质量持续改善。应密切监测复发的早期征象，一旦发现，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。推荐结合心理疗法，有助于降低复发风险，提高药物治疗的效果与依从

性。同时建议中医药疗法系统治疗，改善预后。

5.6 疗程

原则上首次发作至少维持治疗 2 年；有过 1 次复发，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者，需要维持治疗 3~5 年；多次复发需要维持治疗 5 年以上，有明显残留症状者，主张维持终生治疗。建议系统评估病情，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，可在密切关注病情的前提下，逐步撤减抗精神病药物用量，直至完全停药。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[76]

癫痫：

治愈：语言、举止、神情均恢复正常，能正常处理日常事务。

好转：神情安定，言语、举止基本正常，或有改善。

未愈：精神、语言、举止异常不能控制。

狂病：

治愈：语言、举止、神情均恢复正常，能正常处理日常事务。

好转：神情安定，语言、举止基本正常，或有改善。

未愈：语言、举止、神情均无改善。

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，可以根据治疗前后简明精神病性评定量表(BPRS)、阳性与阴性症状量表(PANSS)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 量表评定

副反应量表（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。

7 预防与调护

精神分裂症具有易受情志、环境等因素刺激而复发的特点，对于症状缓解、临床治愈的患者，应该按照疗程坚持服药以巩固疗效，不建议私自或者突然停药，避免发生错服、漏服药物的现象，不建议在重大生活事件及应激事件发生时终止治疗。终止维持治疗时，应缓慢减量，至少持续4~8周，观察有无复发征象，减少撤药综合征的发生。停止治疗前，应该告知精神分裂症存在复发的潜在风险，制定短期和长期的预防复发治疗计划。停药后，继续对患者进行定期随访，设立院外患者病情和诱发因素的监护人。指导患者及监护人进行精神康复训练，避免受到情志刺激和不良环境因素的影响，密切注意是否有复发先兆，及时应对处理或就医，嘱患者定期复查。有自杀企图或伤人行为者，要有专人护理，严密观察病情变化，限制患者一定的活动范围，加强安全措施。

8 预后

从总体上看，本病若经及时、有效治疗，一般预后较好。若患者病前性格较开朗，社会适应能力良好，发病突然，有明显诱因刺激，病邪由痰、瘀、气等实邪上扰脑神所致，其情志活动尚丰富，有一定意向要求者，病程较短，预后较好。若病前性格偏激孤僻，社会适应能力较差，发病缓慢、隐匿，不易察觉，无明显诱因刺激，病邪由心脾肾亏虚，脑神失养，灵机迟滞所致，其情感淡漠，呆滞愚笨，思维迟缓，意志减退，妄见妄闻妄想者，病程较长，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）的精神分裂症的诊断与治疗，不适用于难治性精神分裂症的诊断与治疗。应用本指南时应先明确诊断，本指南不能应用于除精神分裂症外的其他疾病，如：脑器质性及躯体疾病所致精神障碍、心境障碍与神经症，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精神分裂

症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] 王晓燕, 郑爱菊. 精神分裂症的中医辨治进展[J]. 中国中医急症, 2005, 03: 266-267.
- [2] 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[A]. 第二届全国焦虑症中西医结合论坛、中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第 18 次全国年会暨第三届京津冀中西医结合精神病学年会论文集[C]. 中国中西医结合学会: 2019: 3.
- [3] 朱震亨. 丹溪医集[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1993.
- [4] 周湧灿, 刘兰英. 中医及中西医结合治疗精神分裂症研究进展[J]. 新中医, 2020, 52(20): 10-13.
- [5] 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.
- [6] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [7] 李洪海, 贾维铭. 浅谈精神分裂症的临床特征及治疗原则[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 15(84): 32.
- [8] 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.
- [9] 靳士军, 李玉欣, 刘淑萍, 等. 精神分裂症的中西医结合治疗进展[J]. 河北中医, 2007(09): 861-862.
- [10] 丁勤章. 精神分裂症的中医治疗[J]. 中国全科医学, 2003, 6(3): 194-196.
- [11] 张平, 梁家柱, 刘勇. 中西医结合治疗精神分裂症的研究进展[J]. 吉林中医药, 2006(08): 76-78.
- [12] 高峥. 中西医结合治疗精神分裂症的几点思考[J]. 天津中医药, 2006(05): 395-396.
- [13] 王绍礼. 精神分裂症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.
- [14] 马静. 中西医结合治疗精神分裂症的研究进展[J]. 河北中医, 2014, 36(07): 1110-1112.
- [15] 白冰, 赵永厚. 中医药治疗精神分裂症临床研究进展[J]. 河北中医, 2016, 04: 637-640.
- [16] 张德龙, 章东元, 陈方, 等. 逍遥散配合米氮平片治疗精神分裂症后抑郁临床研究[J]. 光明中医, 2020, 35(14): 2210-2211.
- [17] 黄俊东, 于林, 朱志敏. 加味逍遥散联合奥氮平对精神分裂症患者认知功能、内分泌激素和神经功能的影响[J]. 世界中医药, 2018, 13(10): 2429-2432.
- [18] 黄俊东, 于林, 朱志敏. 加味逍遥散对奥氮平所致闭经精神分裂症作用的临床研究[J]. 白求恩医学杂志, 2018, 16(02): 207-208.
- [19] 李炜东. 逍遥散加减治疗精神分裂症临床观察[J]. 陕西中医函授, 2000(03): 36-37.
- [20] 段波, 郭蓓. 顺气导痰汤联合牛黄清心丸治疗精神分裂症 45 例[J]. 光明中医, 2018, 33(02):

225-226.

- [21]李红. 中西医结合治疗精神分裂症的疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2008(05): 69-70.
- [22]王建荣. 中西医结合治疗精神分裂症 32 例疗效观察[J]. 山西中医学院学报, 2007(06): 45.
- [23]蒋鹏, 杨茂吉, 黄维碧. 中西医结合治疗精神分裂症 40 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2006(02): 98-99.
- [24]朱学平, 孙运亮, 朱孔美, 等. 顺气导痰汤与抗精神病药治疗精神分裂症的对照研究[J]. 中国民康医学, 2005(12): 743-745.
- [25]吴国英. 顺气导痰汤加减治疗精神分裂症[J]. 浙江中医学院学报, 2002(04): 27-28.
- [26]张浩, 高潇, 柴剑波, 等. 愈癫汤治疗痰气郁结型抑郁患者的临床观察[J]. 中医药学报, 2016, 44(04): 110-112.
- [27]张浩, 高潇, 柴剑波, 等. 愈癫汤治疗痰瘀互结型周期性精神病的临床观察[J]. 中医药信息, 2016, 33(04): 74-75.
- [28]高潇, 张浩, 柴剑波, 等. 愈癫汤治疗痰热型缺血性中风后不寐 20 例临床疗效观察[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(02): 729-730.
- [29]王万宇. 复元康胶囊联合利培酮治疗首发精神分裂症的临床研究[D]. 黑龙江省中医药科学院, 2019.
- [30]赵永厚, 赵玉萍, 柴剑波, 等. 复元康胶囊治疗 I、II 型精神分裂症 240 例临床观察[J]. 世界中西医结合杂志, 2012, 7(02): 169-171.
- [31]曹媛媛. 养心汤联合氯氮平治疗难治性精神分裂症安全性的随机对照研究[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.
- [32]黄卓玮, 龚传鹏, 陈明鉴. 养心汤联用喹硫平改善精神分裂症患者主观舒适度的临床研究[J]. 中医药导报, 2017, 23(06): 80-82.
- [33]曹媛媛, 王春生, 高淑英, 等. 养心汤联合氯氮平治疗复发精神分裂症的效果[A]. 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: 5.
- [34]陈生梅, 艾春启, 王熙, 等. 加味生铁落饮治疗痰火上扰证狂病伴危险行为患者的效果[J]. 中国医药导报, 2015, 12(02): 89-93.
- [35]高景和. 中西医结合治疗精神分裂症 27 例疗效观察[J]. 山西中医, 2002(04): 37.
- [36]金舒白, 彭正令, 邵卫文, 等. 针刺结合中药治疗精神病 155 例[J]. 上海针灸杂志, 1984(01): 2-4.
- [37]王娣, 贾竑晓, 金鑫. 清热养阴法对难治性精神分裂症患者 BDNF 的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(46): 126-127.

- [38]范国华,王新福,刘乙,等.醒神定志丸治疗精神分裂症 200 例临床观察[A].中国社会工作协会康复医学工作委员会.二零零四年度全国精神病专业第八次学术会议论文汇编[C].中国社会工作协会康复医学工作委员会:中国社会工作协会康复医学工作委员会,2004:2.
- [39]陈以教,苏毓辉,陈家馨.中西医结合治疗精神分裂症一五〇例[J].福建中医药,1961(01):17-19.
- [40]张颖.癫狂梦醒汤加减辅助治疗精神分裂症临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(12):1587-1588.
- [41]周湧灿,刘兰英,李伟.癫狂梦醒汤合并阿立哌唑治疗男性精神分裂症临床研究[J].新中医,2020,52(14):45-47.
- [42]王林谭,白冬梅.癫狂梦醒汤对精神分裂症的疗效[J].深圳中西医结合杂志,2020,30(13):24-25.
- [43]蔺超.癫狂梦醒汤加减与利培酮联合治疗精神分裂症的临床效果分析[J].临床医药文献电子杂志,2020,7(24):162.
- [44]罗塘仁.联用癫狂梦醒汤和利培酮治疗精神分裂症的效果分析[J].当代医药论丛,2019,17(24):200-201.
- [45]金学敏.癫狂梦醒汤加减联合齐拉西酮胶囊治疗精神分裂症的临床效果研究[J].中国实用医药,2019,14(33):141-142.
- [46]邹伟,苏建民.神志病中西医治疗学[M].北京:中国中医药出版社,2016
- [47]徐天朝,苏晶,王伟宁,等.针刺三步疗法配合小剂量抗精神病药治疗首发精神分裂症临床研究[J].中国中西医结合杂志,2010,30(11):1138-1141.
- [48]卢惠鹏,马沛珍.电针百会、印堂辅助治疗精神分裂症残留阴性症状的疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(28):52-54.
- [49]乐海峰,陈勇华,王建林,等.智能电针联合齐拉西酮治疗急性期精神分裂症冲动行为临床研究[J].新中医,2020,52(16):126-128.
- [50]李群,田野.头针配合电针对偏执型精神分裂症患者认知功能的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(03):104-106.
- [51]Jia Jie, Shen Jun, Liu Fei-Hu. Effectiveness of Electroacupuncture and Electroconvulsive Therapy as Additional Treatment in Hospitalized Patients With Schizophrenia: A Retrospective Controlled Study. [J]. Frontiers in psychology, 2019, 10.
- [52]柳成蛟.电针治疗 150 例精神患者的临床疗效分析[J].黑龙江科学,2019,10(02):60-61.
- [53]卢惠鹏,马沛珍,曹民佑.电针百会,印堂与西药治疗精神分裂症后抑郁疗效对比观察(英文)[J].World Journal of Acupuncture-Moxibustion, 2018, 28(01):10-14+74.
- [54]林峰,陈明.奥氮平联合电针治疗男性精神分裂症阴性症状 30 例临床分析[J].中国卫生标准管理,

2018, 9(02): 97-99.

[55]张炳茹, 张晓斌, 程立新, 等. 足三里注射黄芪液对精神分裂症 T 淋巴细胞亚群及免疫球蛋白的影响[J]. 中国民康医学, 2006(17): 728-731.

[56]武翠凤, 李敏. 穴位注药治疗精神分裂症的研究[J]. 中国全科医学, 2004(19): 1382-1384.

[57]潘玉印, 王吉英, 刘士永, 等. 穴位注药治疗精神分裂症的研究[J]. 泰山医学院学报, 2002(02): 128-130.

[58]吕月娣, 王鹤秋, 张小兰. 生大黄神阙穴贴敷治疗精神分裂症患者便秘 48 例[J]. 浙江中医杂志, 2018, 53(03): 197.

[59]那汇闻, 明焕斌, 张文彬, 等. 推拿疗法治疗精神分裂症[J]. 中国初级卫生保健, 1989(06): 41.

[60]李健博, 陈浩阳. 精神分裂症采用中医进行治疗的临床效果[J]. 家庭医药. 就医选药, 2018(09): 113.

[61]刘晓雯. 中医心理 TIP 技术对 2 例偏执型精神分裂症康复作用质性研究[D]. 中国中医科学院, 2017.

[62]徐其涛, 李凌峰, 薛中峰, 等. 改良森田疗法与中医心理治疗法治疗康复期精神分裂症患者的疗效观察[J]. 中国民康医学, 2017, 29(09): 49-51.

[63]曹月梅, 成红霞, 陈宽玉, 等. 利培酮合并电休克治疗对分裂症患者血清 C 反应蛋白影响的对照研究[J]. 国际精神病学杂志, 2020, 47(03): 472-474+488.

[64]曾波涛, 张柏梅, 牛静, 等. 改良电抽搐治疗对精神分裂症患者阴性症状的疗效[J]. 中国继续医学教育, 2020, 12(03): 95-97.

[65]陈文陶. 利培酮联合改良电抽搐疗法治疗精神分裂症的临床效果[J]. 黑龙江医药科学, 2019, 42(04): 69-70.

[66]陶桂凤. 改良电抽搐治疗对精神分裂症和抑郁症患者血清同型半胱氨酸的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(65): 65-66.

[67]梅家美. 利培酮联合改良电抽搐疗法治疗精神分裂症的效果探讨[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(07): 166-167.

[68]刘合懿, 林琏, 何令, 等. 工娱治疗对慢性精神分裂症患者社会功能康复的作用研究[J]. 临床医学, 2020, 40(08): 73-74.

[69]卜永飞, 沈明芳, 汪昌学, 等. 奥氮平联合工娱疗法治疗精神分裂症临床效果的研究[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(36): 134.

[70]张涛. 康复工娱疗辅以药物治疗对精神分裂症患者康复潜能、阴性症状以及社会功能改善的影响[J]. 临床医药文献电子杂志, 2020, 7(29): 2-3.

[71]杨连. 支持性心理治疗联合丙戊酸钠在精神分裂症治疗中的价值[J]. 心理月刊, 2020, 15(24): 222-223.

- [72]梁云飞, 郭雪琴, 陈健, 等. 认知知觉功能障碍训练联合心理治疗对精神分裂症患者的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(24): 94-96.
- [73]李亚男, 高学柱, 倪文博. 心理治疗在精神分裂症临床治疗中的应用效果[J]. 心理月刊, 2020, 15(22): 78-79.
- [74]孙宁华. 综合心理治疗对康复期精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 心理月刊, 2020, 15(21): 92-93.
- [75]次央. 团体心理治疗在精神分裂症康复期患者中的应用效果[J]. 西藏医药, 2020, 41(05): 60-61.
- [76]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.