

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



团 体 标 准

T/CACM ****—20**

神志病中西医结合临床诊疗指南—躁狂症

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

（文件类型：送审稿）
（完成时间：2021年1月）

目 次

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	9
7 预防与调护	10
8 预后	10
9 注意事项	11
参考文献	11

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、黑龙江中医药大学、黑龙江中医药大学附属第二医院、浙江省立同德医院、山西中医药大学、深圳市中医医院、上海市第九人民医院、沈阳市精神卫生中心、长春中医药大学附属医院、复旦大学上海医学院、复旦大学附属中山医院、首都医科大学附属北京安定医院、天津中医药大学、广西中医药大学附属瑞康医院、陕西中医药大学附属医院。

本指南主要起草人：赵永厚、柴剑波、赵玉萍、杨炳友、张淼、白冰、赵思涵、吴永刚、孙珊、都弘、刘兰英、王健、王彦青、李卡、贾竑晓、郭义、王凯华、贾妮。

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

目前国内外缺乏躁狂症中西医结合诊疗的标准和指南，中医药治疗躁狂症的研究在国际上缺乏影响力、统一性和认可度。因此，本指南在躁狂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躁狂症的治疗方案及经验，借鉴循证医学的方法，对躁狂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躁狂症的临床实践指南，对于规范使用中医药方法提高躁狂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-躁狂症》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·躁狂发作》（标准号：T/CACM 1132-2018）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，形成具有指导临床诊疗躁狂症的中西医结合临床实践指南。

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。

本指南主要为躁狂症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躁狂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，躁狂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躁狂症的所有医疗机构。

神志病中西医结合临床诊疗指南-躁狂症

1 范围

本指南规定了躁狂症的定义、临床特征、诊断标准、治疗方案。

本指南适用于轻、中度躁狂症的中医、中西医结合临床诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本指南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指南。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本指南。

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。

躁狂症 Mania

是一种常见的心境障碍。临床以心境高涨、思维奔逸、活动增多为主要特征。相当于中医神志病学“狂病”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的诊断，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

情感高涨，思维奔逸，活动增多、意志行为增强，夸大观念及夸大妄想，睡眠需求减少等。

4.1.2 诊断标准

疾病诊断标准主要依据《疾病和有关健康问题的国际统计分类》第十次修订本（ICD-10，WHO，1992）中躁狂发作的诊断标准：

（1）症状标准

以情绪高涨或易激惹为主，并至少有下列 3 项（若仅为易激惹，至少需 4 项）：

- ①注意力不集中或随境转移；
- ②语量增多；
- ③思维奔逸（语速增快、言语迫促等）、联想加快或意念飘忽的体验；
- ④自我评价过高或夸大；
- ⑤精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静，或不断改变计划和活动；
- ⑥鲁莽行为（如挥霍、不负责任，或不计后果的行为等）；
- ⑦睡眠需要减少；
- ⑧性欲亢进。

（2）严重标准

严重损害社会功能，或给别人造成危险或不良后果。

（3）病程标准

①符合症状标准和严重标准至少已持续 1 周；

②可存在某些分裂性症状，但不符合分裂症的诊断标准。若同时符合分裂症的症状标准，在分裂症状缓解后，满足躁狂发作标准至少 1 周。

（3）排除标准

排除器质性精神障碍，或精神活性物质和非成瘾物质所致躁狂。

4.1.3 辅助检查

头颅 CT、MRI 检查排除其他器质性病变，必要时进行甲状腺功能检查，脑脊液检查，以及相关血液检验。DSM-IV 临床定式访谈、简明国际神经精神访谈、简明精神病评定量表、阴性与阳性症状量表、明尼苏达多项人格测验对本病的诊断有参考作用。

4.2 鉴别诊断

躁狂发作当与精神分裂症、继发性心境障碍相鉴别。

狂病当与癲病、痲病、脏躁相鉴别。

4.3 中医诊断

中医并没有明确提出躁狂症的病名，但根据其特点可归属于中医“狂病”等范畴。躁狂症的中医证候诊断，主要通过临床望、闻、问、切四诊得到的信息进行辨证，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

躁狂症属中医神志学“狂病”范畴。主要病位在脑，与心、肝、胆、脾密切相关。平素性情急躁，易于发怒，由情志不遂诱发，使人体阴阳失调，脏腑功能紊乱，致气、血、痰、火、瘀相互搏结，蒙蔽脑窍，神机逆乱，形神失控是其核心病机所在^[3]。

4.4.2 中医证候分型

参考国家中医药管理局印发的《狂病（躁狂发作）中医临床路径与诊疗方案（2017版）》^[4]，临床常见证候如下：

（1）痰火扰心证

情感高涨，性情急躁，突然狂暴无知，两目怒视，言语杂乱，逾垣上屋，气力逾常，骂詈呼号，不避亲疏，毁物伤人，登高而歌，弃衣而走，头痛不寐，面红目赤，渴喜冷饮，便秘溲赤，不食不眠。舌质红，苔黄厚腻，脉滑数。

（2）气血凝滞证

情绪躁扰不安，恼怒多言，或目妄见，耳妄闻，妄想离奇多端，或呆滞少语，少寐易惊，言语支离，面色晦暗，胸胁满闷，头痛心悸，妇人常见经期腹痛，经血紫暗有块。舌质紫暗有瘀斑，舌苔或薄白或薄黄，脉细弦，或沉弦而迟。

（3）阳明热盛证

狂躁不宁，喧扰打骂，甚则逾垣上屋，壮热汗出，大便秘结，手足挛，口噤齟齿。舌质红，苔黄或黄糙，脉滑数或实大。

（4）心肝火炽证

烦躁不宁，骂詈呼号，兴奋话多，语无伦次，亲疏不识，打人毁物，时而悲泣，时而自笑，稍有怫意即暴跳如雷，或倏忽转怒为喜，夜难入寐。舌质红，苔黄而干，脉弦数。

(5) 火盛伤阴证

精神疲惫，时而躁狂，情绪焦虑，紧张恐惧，多言善惊，烦躁不寐，形瘦面红，五心烦热。舌质红，少苔或无苔，脉细数。

5 治疗

5.1 治疗原则

5.1.1 中医治疗原则

狂病的治疗以降火豁痰，宁神定志为总原则。初期以邪实为主，治当理气解郁，泻火豁痰，化痰通窍之法；后期以正虚为主，治当补益心脾、滋养阴血之法，兼而祛邪。

5.1.2 西医治疗原则

首先选用最安全有效的药物，根据病情需要，及时联合用药。药物联用的方式有两种心境稳定剂联用，心境稳定剂加抗精神病药或苯二氮卓类药物。定期监测血药浓度，评估疗效及不良反应。一种药物疗效不好，可换用或加用另一种药物。特别是与中医辨证治疗相配合，可以起到减毒增效的作用。

西医对于躁狂症的治疗策略主要有^[5]：

- (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；
- (4) 根据经济情况，尽可能选用疗效确切、不良反应轻、便于长期治疗的心境稳定剂；
- (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

在躁狂症中西医结合的全程治疗中，不同的疾病分期治疗策略不尽相同。急性治疗期，以西医的药物治疗和电抽搐治疗为主，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；巩固治疗期，在药物治疗的基础上，可以选择应用针灸等中医非药物疗法，稳定治疗效果，控制疾病症状；维持治疗期，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。

5.3 中医治疗

5.3.1 辨证论治

(1) 痰火扰心证

治法：镇心涤痰，泻肝清火。

方药：生铁落饮^[6-13]（《医学心悟》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：天冬、麦冬、贝母、胆南星、橘红、石菖蒲、远志、连翘、茯苓、茯神、玄参、钩藤、丹参、生铁落、辰砂（冲服）。

加减：痰火壅盛而舌苔黄甚者，可合礞石滚痰丸或安宫牛黄丸；肝胆火盛者，可合当归龙荟丸。

(2) 气血凝滞证

治法：活血化瘀，理气解郁。

方药：癫狂梦醒汤^[14]（《医林改错》）加减。（低级证据，弱推荐）

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

加减：妇人腹痛者，加益母草、丹参；胃不和者，加焦麦芽、焦神曲、焦山楂；少寐者，加合欢花。

(3) 阳明热盛证

治法：通腑泻热，醒脑宁神。

方药：大承气汤^[15-23]（《伤寒论》）加减。（高级证据，强推荐）

常用药：大黄、芒硝、厚朴、枳实。

加减：津伤口渴者，加生地、玄参、麦冬；气虚者，加人参；热盛者，可合白虎汤；痰甚者，加半夏、黄连、竹茹、胆南星。

(4) 心肝火炽证

治法：清心镇肝，清脑安神。

方药：龙胆泻肝汤^[24-30]（《医方集解》）加减。（中级证据，弱推荐）

常用药：龙胆草、栀子、黄芩、木通、泽泻、车前子、柴胡、甘草、当归、生地。

加减：痰多者，加半夏、竹茹；不寐者，加龙骨、牡蛎、磁石、珍珠母。

(5) 火盛伤阴证

治法：滋阴降火，安神定志。

方药：二阴煎^[31-32]（《医级》）加减。（低级证据，弱推荐）

常用药：生地黄、麦冬、酸枣仁、生甘草、玄参、茯苓、黄连、木通、灯心草、淡竹叶。

加减：口渴者，加天花粉、玄参；烦躁不眠者，加栀子、淡豆豉；腰膝无力者，加杜仲、牛膝；胸闷者，加陈皮。

5.3.2 中医非药物治疗

（1）针刺治疗

体针^[33]：以清心、泻热、醒脑为主，毫针刺用泻法。取穴：水沟、少商、隐白、风府、大陵、曲池、丰隆。本证由于气火痰浊上扰神明而发病，故取大陵、曲池泻心包与阳明的邪热；水沟、少商、隐白、风府醒脑开窍；丰隆和胃化痰，使神明有主而平狂躁。（高级证据，强推荐）

十三鬼穴^[34]：依据子午流注纳支法理论，在气血流注到十三鬼穴（水沟、少商、隐白、大陵、申脉、风府、颊车、承浆、劳宫、上星、会阴、曲池、海泉）所在经脉时进行针刺，每日1次，10天为1个疗程，3个疗程后观察疗效，每个疗程间休息3天。（注：鬼宫水沟穴为督脉穴，其与手足阳明经相交，故而在气血流注到手足阳明经时进行针刺；鬼市承浆穴为任脉穴，其与足阳明经相交，故而在气血流注到足阳明经时进行针刺；鬼藏会阴穴因其部位特殊不进行针刺；鬼堂上星穴为督脉穴，其无相交经脉，因而选取上午九时的常规时间进行针刺。）（中级证据，弱推荐）

电针^[35]：电针穴位采用百会、印堂，输出电压为0.01v~0.4v，电流为0.001mA~0.03mA，电流频率为50次~80次/min，留针时间为20min~30min左右，以患者出现酸、胀、热等感觉或穴位局部肌肉作节律性的收缩，患者无严重不适为度，隔日1次，每周3次，疗程8周。（中级证据，强推荐）

（2）物理治疗^[33]

采用脑波治疗仪。选择神门、大陵、内关等穴位配用治疗电极，用低频电脉冲进行穴位刺激。（中级证据，弱推荐）

5.4 西医治疗

5.4.1 药物治疗^[36]

主要使用心境稳定剂及抗精神病药物。（高级证据，强推荐）

（1）心境稳定剂

① 锂盐

碳酸锂是治疗躁狂发作的临床首选药物。既可用于躁狂的急性发作，也可用于缓解期的维持治疗，有效率约为 80%。急性躁狂发作时碳酸锂的剂量为 600~2000mg/d，维持期剂量为 500~1500mg/d。老年人及体弱者剂量应适当减少。一般起效时间为 14~21 天。锂盐的治疗剂量和中毒剂量比较接近，在治疗中除密切观察病情变化及治疗反应外，应对血锂盐浓度进行监测，并且根据病情、治疗反应和血锂盐浓度调整剂量。急性期治疗血锂盐浓度应维持在 0.6~1.2mmol/L，维持期治疗血锂盐浓度应维持在 0.4~0.8mmol/L。在锂盐起效前，对于急性躁狂患者可联合使用抗精神病药物或改良电休克治疗，以控制患者的高度兴奋以防衰竭。有报道氟哌啶醇可能会增加锂盐的神经毒性作用，如意识障碍等，故使用时二药剂量均应减少，血锂盐浓度不应超 1.0mmol/L。同样在使用改良电休克治疗时，因为锂盐有加强肌肉松弛的作用，影响呼吸，故剂量应减小。

锂盐常见不良反应为：恶心、呕吐、腹泻、多尿、多饮、手抖、乏力、心电图改变等，中毒时可出现意识障碍、共济失调、高热、昏迷、反射亢进、心律失常、血压下降、少尿或无尿等，必须立即停药并及时抢救。

②抗癫痫药

主要有丙戊酸盐、卡马西平和拉莫三嗪。丙戊酸盐对急性躁狂发作的疗效与锂盐相当，在用药后第五天开始起效，丙戊酸盐对于混合发作、快速循环发作的疗效与单纯躁狂发作的疗效接近。治疗剂量为 20~30mg/kg，有效血药浓度为 50~110mg/L。该药可与碳酸锂联用，但剂量应适当减小。丙戊酸盐常见不良反应为胃肠道症状、震颤、体重增加等。卡马西平适用于锂盐治疗无效的快速循环或混合发作的患者。该药也可与锂盐联用，但是剂量应适当减小，治疗剂量为 600~1200mg/d。卡马西平常见不良反应为过度镇静、恶心、视物模糊、皮疹、再生障碍性贫血、肝功能异常。但是卡马西平对于躁狂发作患者的维持效果尚无研究。较为有效的是拉莫三嗪，多个 RCT 研究证明，拉莫三嗪对躁狂发作患者有预防效果。拉莫三嗪治疗剂量为 100~400mg/d，一般不宜超过 200mg/d。主要不良反应是皮疹。

(2) 抗精神病药物

第一代的氯丙嗪、氟哌啶醇、氯氮平以及第二代的奥氮平、喹硫平、利培酮等均可有效的控制躁狂发作的兴奋症状且疗效较好。特别推荐的是氯氮平联合碳酸锂可治疗难治性躁狂症，剂量视病情严重程度及药物不良反应而定。病情严重者可肌肉注射氯丙嗪 50~100mg/d，或者氟哌啶醇 5~10mg，每日 1~2 次。病情较轻者可口服抗精神病药物。第二代抗精神病药物如奥氮平、喹硫平、利培酮等与锂盐或丙戊酸盐联合使用，能有效控制躁狂发作，且起效快，并缓解躁狂症伴有的精神病性症状，急性期疗效优于单独使用心境稳定剂治疗。联用时间视患者病情确定，稳定后即可逐渐撤除，单独使用心境稳定剂。

5.4.2 非药物治疗

(1) 无抽搐电休克治疗 (MECT) ^[37-41]

患者具有兴奋、躁动明显或易激惹的情况，应该首选 MECT。应根据患者的具体情况，选择一种或多种抗躁狂药物联合 MECT 治疗。隔日 1 次，8~12 次为一疗程，一般 3~5 次即可控制症状。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。（高级证据，强推荐）

(2) 心理治疗 ^[42-44]

在躁狂症的缓解期，药物治疗的同时，可以进行心理治疗。识别和改善不良的认知模式、情绪和行为模式，提供危机干预。做好患者和家属疾病知识宣教工作，增强治疗效果，提高社会适应性、改善社会功能，提高治疗的依从性、减少复发。（中级证据，强推荐）

5.5 中西医结合分期治疗 ^[45]

5.5.1 急性治疗期

躁狂发作常急性起病并快速发展，若伴有精神病性症状，则其出现在情绪症状的高峰阶段，持续时间较短，经过治疗后较快消失。在此期依据病情和患者需求，选择心境稳定剂并根据中医辨证联合中药汤剂；亦可联合抗精神病药物治疗。目的是迅速、充分、安全、有效的控制兴奋症状，包括可能的自杀、自伤等危险行为，缩短病程，减轻严重程度，如非难治性病例，一般情况下 6~8 周可达到此目的。

5.5.2 巩固治疗期

从急性症状完全缓解后即进入此期。延续急性期治疗的有效方法，重新评估、辨证论治调整方案，选择中医、西医或者中西医结合维持治疗，同时配合心理治疗，防止患者自行减药或停药，巩固疗效和防止复发。目的是症状的彻底缓解或消失，防止症状复燃，促进社会功能的恢复，药物剂量一般与急性期相同。巩固治疗期的时间长短原则上是按发作的自然病程，但在临床实践中不易掌握，一般巩固治疗时间为：躁狂发作 2~3 个月，如无复发，即可转入维持治疗期。

5.5.3 维持治疗期

在维持治疗期，对原治疗措施可以在密切观察下进行调整，根据病情辨证论治，以中西医结合药物维持治疗，减轻药物不良反应，提高患者依从性，降低长期治疗的医疗成本。目的在于防止复发，维持良好的社会功能，提高患者生存质量，使用接近治疗剂量的心境稳定剂者预防效果比低于治疗剂量者为好，以锂盐为例，一般保持血锂浓度在 0~0.8mmol/L 为宜。维持治疗应持续多久尚无定论，如过去为多次发作者，可考虑在病情稳定达到既往发作 2~3 个循环的间歇期或 2~3 年后，再边观察边减少药物剂量，逐渐停药，以避免复发。

5.6 疗程

目前暂无中西医结合疗程的相关研究。急性期一般 6~8 周，巩固期一般 2~3 个月，维持期的药物剂量和用药持续时间需要根据患者的具体情况而定。对于初发者，锂盐治疗应在躁狂恢复后至少再维持 6 个月。多次发作者，可以在病情稳定达到既往发作 2~3 个循环的间歇期或者维持治疗 2~3 年后，边观察边减量，逐渐停药。对于每年均有发作者，应长期用锂盐维持治疗，可以选择缓释剂型。

6 疗效评价标准

6.1 中医疗效评价标准^[46]

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

6.2.1 Bech-Rafaelson 躁狂量表 (BRMS)

主要用于评定躁狂症状的严重程度。通过会谈和观察相结合的方式，对患者最近 1 周躁狂状态严重程度的情况作出评判。量表共有 11 项条目，采用 0~4 的五级评分，总分越高病情越严重。

6.2.2 Young 躁狂量表 (YMRS)

主要用于评价躁狂症状在治疗中的变化。内容依次为：情感高涨、活动增多（精力旺盛）、性欲、睡眠、易激惹性、言谈（速度和量）、语言-思维障碍、思维内容、破坏-攻击性行为、外貌和自知力等 11 个条目。

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

躁狂症是发作性病程，发作间歇期患者是正常的。积极的治疗能够维持病情稳定，不进行有效的治疗和维持治疗，则复发率高。长期反复发作会造成疾病的快速循环，治疗难度增加，残留症状，以及人格改变，部分社会功能损害^[5]。

心理社会因素在躁狂症的发病和复发中起着重要的作用，需要注意情志调摄。树立长期治疗、综合治疗的理念，监测病情和药物副反应，维持病情稳定。注意识别躁狂症的早期表现，掌握疾病的管理能力，预防复发。

8 预后

本病若治不得法或不及时，日久不愈，而致阴阳气血俱衰，灵机混乱，则预后不良。具体来说，本病初起时，多为实证，且患者正气未虚，脑神未损，若治疗及时并配合社会、心理、文娱、行为等疗法及恰当的护理，可使病情缓解或痊愈。本病经常由于情志刺激、言语不当、环境改变而复发，若患者出院后家庭护理不谨慎，可在原有的生活环境和社会条件、心理因素的作用下复发，复发后其预后较差。若失治误治，病情迁延，由早期病证发展到晚期，或患者体质由实转虚，由气滞火热转为血瘀痰阻，甚至火盛伤阴，心肾不交，则预后较差。

另外，若病前性格良好，社会适应能力良好，急性起病，病程短，发病前存在明显的心理社会应激或躯体疾病，发病年龄晚，获得早期治疗，治疗效果好，家庭和社会支持系统好，无反复发作史，无精神疾病家族史，没有合并人格障碍、焦虑障碍、药物依赖、精神活性物质依赖、躯体疾病等，预后好，反之预后不佳^[5]。

9 注意事项

应用本指南时应先明确诊断，本指南不适用于重度躁狂症、精神分裂症、继发性心境障碍的诊断与治疗，以免发生诊疗错误，影响患者的转归及预后。

本指南中的内容和主要注意事项仅仅是用来指导临床工作的概括性或综合性标准，单纯依据本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，更不能简单认为本指南中的内容已经囊括了躁狂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，而不能简单的依据本指南中的相关内容来做出判断或评价。本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] 杨春强. 双相情感障碍的最新研究进展[J]. 精神医学杂志, 2007 (6): 408-410.
- [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] 赵永厚. 中医神志病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016.

[4] 中华中医药学会. 癫痫(精神分裂症)中医临床路径与诊疗方案[S]. 北京: 2017.

[5] 于欣, 方贻儒. 中国双相障碍防治指南[M]. 第 2 版. 中华医学电子音像出版社, 2015.

[6] 刘烨, 张陕宁. 生铁落饮化痰治疗痰热郁结型狂病患者的疗效及对甲状腺激素水平的影响[J]. 中医药学报, 2020, 48(09): 49-53.

[7] 贾建真, 王凌立, 王恩长, 等. 生铁落饮加味配合西药治疗躁狂症疗效观察[J]. 陕西中医, 2014, 35(10): 1381-1382.

[8] 吴玉红, 王松龄. 中西医结合治疗躁狂症的疗效观察[J]. 光明中医, 2012, 27(05): 975-976.

[9] 刘柏林, 孙玉涛. 铁落定惊丸结合针刺治疗躁狂症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(21): 2360-2362.

[10] 张泉成. 铁落定惊丸结合针刺治疗躁狂症临床疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2014, 36(06): 31-32.

[11] 黄维碧, 杨茂吉. 中西医结合治疗躁狂症 48 例观察[J]. 实用中医药杂志, 2009, 25(06): 384.

[12] 刘芳. 中西医结合治疗躁狂症临床观察[J]. 黑龙江医药科学, 2001(06): 75.

[13] 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.

[14] 丁国安, 余国汉. 中西医结合治疗躁狂症 36 例疗效观察[J]. 中国民政医学杂志, 2001(04): 229-230.

[15] 王张艳. 大承气汤肠疗治疗躁狂症(阳明腑实证)的临床观察[D]. 山西中医学院, 2016.

[16] 龙彬, 朱丽萍, 吴海苏, 等. 当归承气汤对躁狂症患者生活质量的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 4.

[17] 张永宏. 中医经方合情感稳定剂治疗躁狂发作临床观察[J]. 新中医, 2015, 47(11): 46-47. 2(02): 239-243.

[18] 郭育君. 中西医结合治疗急性躁狂发作 20 例临床分析[J]. 中国现代医生, 2012, 50(33): 78-79.

[19] 李彩平, 张健平, 吴冉淼. 白虎承气汤联合丙戊酸镁缓释片治疗复发性躁狂症疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2010, 19(18): 2248-2249.

[20] 高孟英, 王荣生. 中西医结合治疗急性躁狂发作 50 例[J]. 中医研究, 2006(04): 34-35.

[21] 王张艳. 大承气汤肠疗治疗躁狂症(阳明腑实证)的临床观察[D]. 山西中医学院, 2016.

[22] 赵同爱. 加减星萎承气汤治疗狂证 40 例疗效观察[J]. 时珍国医国药, 2000(09): 836.

[23] 杨祺昕. 改良大承气汤治疗躁狂症的临床疗效[J]. 内蒙古中医药, 2015, 34(08): 19.

- [24] 赵小雄. 中西医结合治疗躁狂症 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13 (19): 13-14.
- [25] 解克平, 张敦平, 孙化海, 等. 躁狂症中西医结合辨证分型治疗对照观察[J]. 健康心理学杂志, 2002 (05): 383-384.
- [26] 尹雪峰. 龙胆泻肝汤合丙戊酸镁治疗 78 例狂证患者疗效观察[J]. 中外医疗, 2009, 28 (26): 79.
- [27] 熊鸿. 躁狂症中西医结合辨证分型治疗对照观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (56): 33.
- [28] 陈淑珍, 杨小霞, 张剑. 中西医结合治疗躁狂型精神病 68 例疗效观察[J]. 河北医学, 2008 (08): 954-956.
- [29] 连卓, 吴强, 赵胜楠. 龙胆泻肝汤加减与碳酸锂药物治疗躁狂型精神病疗效研究[J]. 中医临床研究, 2016, 8 (17): 92-93.
- [30] 张福坚. 龙胆泻肝汤加减治疗轻躁狂症 30 例[J]. 中国中医急症, 2011, 20 (11): 1867.
- [31] 熊鸿. 躁狂症中西医结合辨证分型治疗对照观察[J]. 临床医药文献电子杂志, 2018, 5 (56): 33.
- [32] 赵小雄. 中西医结合治疗躁狂症 50 例[J]. 中国中医药现代远程教育, 2015, 13 (19): 13-14.
- [33] 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.
- [34] 杨玥, 张琳琳, 周桂桐. 子午流注纳支法针刺十三鬼穴治疗躁狂症的随机对照临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37 (05): 924-925.
- [35] 杨冬冰, 胡建军, 马元业. 电针合并碳酸锂与单用碳酸锂治疗躁狂发作的对照研究[J]. 精神医学杂志, 2008 (01): 55-56.
- [36] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 第六版, 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [37] 刘晓艺. 无抽搐电休克治疗对首发躁狂症患者治疗的效果观察及安全性评价[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 17: 144-145.
- [38] 姜飞. 奥氮平合并无抽搐电休克治疗对双相情感障碍躁狂发作的治疗效果研究[J]. 中国现代药物应用, 2020, 23: 110-112.
- [39] 白青青. MECT+药物、单纯药物治疗双相情感障碍躁狂相的对比分析[J]. 中国医药指南, 2020, 09: 57-58.
- [40] 刘忠政, 金莲玉. 阿立哌唑联合丙戊酸钠与无抽搐电休克治疗双相情感障碍躁狂发作的疗效观察[J]. 社区医学杂志, 2015, 19: 49-50.
- [41] 章成林. 无抽搐电休克治疗合并药物治疗躁狂状态的疗效初步观察及评估[J]. 世界最新医学信息文摘, 2015, 81: 67-68.
- [42] 尹洪海. 药物联合心理治疗治疗躁狂症的临床研究[J]. 中国医药指南, 2014, 34: 110-111.
- [43] 陈浩然, 程朗朗, 林崇光. 非结构式团体心理治疗在双相情感障碍中的应用[J]. 全科医学临床与教育, 2019, 10: 889-893.

- [44] 宋震. 心理治疗联合药物治疗躁狂症的效果观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 18: 111-112.
- [45] 郭育君. 双相情感障碍的中西医结合治疗[A]. 中国中西医结合学会精神疾病专业委员会第十四届学术年会暨首届国际中西医结合精神病学研究进展培训班专题报告与论文汇编[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, 2015: 6.
- [46] 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.