

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



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

神志病中西医结合临床诊疗指南-焦虑障碍

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

（文件类型：公示稿）

（完成时间：2022 年 12 月）

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目 次

前言.....	III
引言.....	IV
1 范围.....	5
2 规范性引用文件.....	5
3 术语和定义.....	5
4 流行病学.....	5
5 临床特征.....	5
6 诊断标准.....	6
7 治疗康复和管理.....	8
附录 A（资料性/规范性）附录名称.....	14
附录 B（资料性/规范性）附录名称.....	15
参考文献.....	16

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。

本文件是在中华中医药学会2008年发布的《中医内科常见疾病诊疗指南·焦虑障碍》(标准号: ZYYXH/T 132-2008)基础上,结合近年来的临床研究证据,进行证据分级和意见推荐,经过专家讨论,而形成的焦虑障碍中西医结合临床实践指南。

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:北京中医药大学第三附属医院。参与起草单位:首都医科大学宣武医院、首都医科大学安定医院、中国中医科学院、山东中医药大学附属医院、长春中医药大学附属医院、安徽中医药大学第一附属医院、北京回龙观医院、南京中医药大学附属苏州市中医医院等。

本文件主要起草人:唐启盛、曲淼、孙文军。

本文件其他起草人:徐向青、李乐军、南红梅、王艳昕、张华敏、崔界峰、王娣、杨歆科等。

引 言

目前全球仍缺乏国际性的中医药防治焦虑障碍的标准和指南,造成中医药治疗焦虑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,本文件在前版拟整合和吸纳国内外中医药防治焦虑障碍的研究成果和成功经验,借鉴循证医学的方法,对焦虑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,形成中医药防治焦虑的临床实践指南,对于规范使用中医药方法、提高焦虑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。参照传统医学证据体的分级建议和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。

本文件主要针对焦虑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焦虑障碍中西医结合诊断和治疗方法,指导临床医生、护理人员和患者规范使用中西医结合方法进行临床实践,提高患者及家属对焦虑障碍中西医结合防治知识的知晓率。

焦虑障碍中西医结合诊疗指南

1 范围

本文件规定了焦虑障碍的术语与定义、临床表现、辨证、药物治疗、其他疗法等内容。

本文件适用于广泛性焦虑障碍、惊恐障碍等焦虑障碍的中医药防治,可供神经科、精神科、中医科医师、护理人员及患者参考使用。

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。

ZYYXH/T 132-2008 中医内科常见疾病诊疗指南 焦虑症

SCM 0043-2019 世界中医药学会联合会 国际中医临床实践指南-焦虑症

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

焦虑障碍:以广泛和持续性焦虑或反复发作的惊恐不安为主要特征,常伴有自主神经紊乱及运动性不安的疾病。

注1:临床分为广泛性焦虑障碍与惊恐障碍两种主要形式。

注2:根据临床表现和特征,可将本病归属于神志病的范畴。焦虑障碍相当于中医学的“郁病”、“惊悸”、“怔忡”、“失眠”、“善忘”、“百合病”、“奔豚”、“灯笼病”等范畴^[1]。

4 流行病学

2017年焦虑障碍的国际流行病学研究发现,广泛性焦虑障碍的终生患病率为3.7%,12月患病率为1.8%。其中男性的患病率为4.1-6%,女性为3.7-7.1%,惊恐障碍的患病率男性为1.3%,女性为3.2%,女性多于男性。焦虑障碍的预后在很大程度上与个体素质有关,病程短、症状较轻、病前社会适应能力好、病前个性缺陷不明显为预后好的指征,反之,预后不佳。如伴有有晕厥、激越、现实解体、癔症表现及自杀观念者,常提示预后不佳^[2,3]。

5 临床特征

5.1 临床表现

5.1.1. 广泛性焦虑障碍

(1) 精神性焦虑：精神性焦虑是本症的核心症状。以缺乏明确对象和具体内容的提心吊胆和紧张不安，或对现实生活中的某些问题过分担心或烦恼为特征。患者明知这是一种主观过虑，但不能控制^[4]。

(2) 躯体性焦虑：主要为自主神经亢进的表现，症状涉及多个系统，常为患者就诊的最初主诉。如口干、上腹不适、恶心、吞咽梗阻感、肠鸣、腹痛、腹胀、腹泻、呼吸困难或呼吸急促、眩晕、心悸、胸部不适、心动过速、尿频、尿急、阳痿、早泄、性欲缺乏、月经不调、多汗、面部潮红或苍白。

(3) 心理性警觉：可表现为易激惹、注意力下降和对噪音敏感。因注意力无法集中，患者常伴有记忆力减退。

(4) 运动性不安：与肌紧张有关。可表现为表现坐立不安、颤抖、不能放松、头（通常为双侧和前额或枕部）和肩部、背部的疼痛。

(5) 睡眠障碍：表现为入睡困难，入睡后易醒，常诉有噩梦、夜惊，表现为突然醒来，并常感到极度的恐惧。

5.1.2. 惊恐障碍

(1) 惊恐发作：

① 典型表现：患者在日常活动中，突然出现强烈恐惧，好像即将死去（濒死感）或即将失去理智（失控感），使病人难以忍受。同时病人感到心悸、胸闷、胸痛、气急、喉头堵塞窒息感，因此惊叫、呼救或跑出室外。有的伴有显著植物神经症状，如过度换气、头晕、多汗、面部潮红或苍白、震颤、手脚麻木、胃肠道不适等，也可有人格解体、现实解体等痛苦体验。

② 发作特点：发作并不局限于任何特定的情况或某一类环境，为突然发作，10分钟内达到高峰，一般不超过1小时。发作时意识清晰，事后能回忆发作的经过。此种发作虽历时较短暂，一般5~10分钟，很少超过1小时即可自行缓解，但不久又可突然再发。

(2) 预期性焦虑：大多数病人在间歇期因担心再次发病而紧张不安，并可出现一些植物神经活动亢进症状。

(3) 求助和回避行为：惊恐发作时的强烈恐惧感使患者难以忍受，常急切要求救助。在发作间歇期，多数病人因担心发作时得不到帮助，因此主动回避一些活动，如不愿单独出门、不愿到人多的场所、不愿乘车旅行等，或出门时要他人陪同。

5.2 理化检查

焦虑障碍目前尚未发现特异性的理化指标，临床多以焦虑评价量表进行焦虑障碍严重程度的评价，包括自评量表和他评量表两类。如ZUNG氏焦虑自评量表、HAMD焦虑自评量表、广泛性焦虑障碍量表等等。

6 诊断标准

6.1 西医诊断

目前西医诊断参考美国精神卫生协会编写的《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^[5]:

A. 在至少6个月的大多数日子里,对于诸多事件或活动(例如,工作或学校表现),表现出过分的焦虑和担心(焦虑性期待)。

B. 个体难以控制这种担心。

C. 这种焦虑和担心与下列6种症状中至少3种有关(在过去6个月中,至少一些症状在大多数日子里存在):

注:儿童只需1项。

1. 坐立不安或感到激动或紧张。

2. 容易疲倦。

3. 注意力难以集中或头脑一片空白。

4. 易激惹。

5. 肌肉紧张。

6. 睡眠障碍(难以入睡或保持睡眠状态,或休息不充分的、质量不满意的睡眠)。

D. 这种焦虑、担心或躯体症状引起有临床意义的痛苦,或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。

E. 这种障碍不能归因于某种物质(例如,滥用的毒品、药物)的生理效应,或其他躯体疾病(例如,甲状腺功能亢进)。

F. 这种障碍不能用其他精神障碍来更好地解释。例如,像惊恐障碍中的焦虑或担心发生惊恐发作,像社交焦虑障碍(社交恐惧症)中的负性评价,像强迫症中的被污染或其他强迫思维,像分离焦虑障碍中的与依恋对象的离别,像创伤后应激障碍中的创伤性事件的提示物,像神经性厌食中的体重增加,像躯体症状障碍中的躯体不适,像躯体变形障碍中的感到外貌存在瑕疵,像疾病焦虑障碍中的感到有严重的疾病,或像精神分裂症或妄想障碍中的妄想信念的内容。

6.2 中医诊断

本病因素体正虚,复七情所伤,五脏气血阴阳不和,心神失养,脑神不利所致。若惊恐忧思,气郁日久化火,可耗伤肝血,肝失柔顺之性而变为刚躁;或胆气不足,失于中正;或七情伤于肾,肾精亏虚,恐发于肾;或七情伤脾,气血生化乏源,心神失养;或痰瘀化热扰于心神,均可导致心神不宁,紧张悸动,甚则惊恐发作。本病病位在脑,涉及五脏,而以心、肝、脾、肾为主。初起时以实证或虚证多见,发病日久则多虚实夹杂之证。在治疗中针对病因病机辨证论治,分为肝郁化火、瘀血内阻、痰火扰心、心脾两虚、心胆气虚、心肾不交、肾虚肝郁七个主要证型^[6-9]。

(一)肝郁化火证:情绪不宁,郁闷烦躁,胸胁胀痛,脘闷暖气,不思饮食,大便不调,或见急躁易怒,口苦而干,或头痛、目赤、耳鸣、或嘈杂吞酸,大便秘结,舌质红,苔黄,脉弦或弦数。

（二）瘀血内阻证：心悸怔忡，夜寐不安，或夜不能睡，多疑烦躁，胸闷不舒，时有头痛胸痛如刺，舌黯红边有瘀斑，或舌面有瘀点，唇紫暗或两目暗黑，脉涩或弦紧。

（三）痰火扰心证：惊恐不安，心烦意乱，性急多言，夜寐易惊，头昏头痛，口苦口干，舌红苔黄腻，脉滑数。

（四）心脾两虚证：心悸头晕，善恐多惧，失眠多梦，面色无华，身倦乏力，食欲不振，舌淡苔薄，脉细弱。

（五）心胆气虚证：心悸胆怯，善恐易惊，精神恍惚，情绪不宁，坐卧不安，少寐多梦，多疑善虑，苔薄白或正常，脉沉或虚弦。

（六）心肾不交证：情绪低落，多愁善感，虚烦不寐，心悸不安，健忘，头晕耳鸣，腰膝酸软，手足心热，口干津少，或见盗汗。舌红，苔薄，脉细或细数。

（七）肾虚肝郁证：情绪低落，倦怠疲乏，反应迟钝，烦躁易怒，腰膝酸软，短气胸闷，善太息，健忘，失眠多梦，舌质淡或暗，舌苔白，脉沉细或沉弦。

7 治疗、康复和管理

7.1 治疗

7.1.1 西医治疗

（1）治疗原则：焦虑障碍的治疗包括药物治疗和心理治疗。根据症状严重程度不同，首选的治疗方法略有差异。在整个治疗过程中，按照病情的变化，根据患者的不同情况而选择治疗方法。现代治疗强调完全缓解，即完全消除焦虑症状并恢复社会心理功能，所以提倡药物治疗与心理治疗综合应用，治疗目标由“减轻症状”转变为达到“完全缓解”。

（2）药物治疗

抗焦虑药：常用的抗焦虑药有苯二氮卓类（如阿普唑仑和氯硝西泮）和非苯二氮卓类（如丁螺环酮）。

苯二氮卓类对焦虑障碍的短期治疗效果明显，该类药物起效快，但服用时间不可过长，有形成依赖的风险，并且服用大剂量苯二氮卓类药物时会产生镇静作用，引起困倦和共济失调，偶尔会有思维紊乱和遗忘的情况，使用后也不可骤然停药，否则会出现失眠、恶心、震颤、激越、抑郁等戒断反应，严重时会出现癫痫样抽搐。服用长效苯二氮卓类药物会有宿醉反应，即在服药次日感到困倦、头晕、反应迟钝、疲乏无力等^[10]。

丁螺环酮具有不成瘾、无肌肉松弛及无镇静作用的特点，与其他镇静剂不发生协同作用，老年人使用低剂量能很好耐受。其主要不良反应有头晕、头痛、口干、便秘、恶心、呕吐等。推荐剂量是 30~45mg/d。

抗抑郁药：有单胺氧化酶抑制剂、三环/四环类抗抑郁药和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂，对缓解焦虑障碍的焦虑、抑郁症状有效。

单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）如苯乙肼、吗氯贝胺，MAOIs 副作用较多，并且与一些药物和食物可发生相互影响，因此只有当一线药物无效时才使用。

三环/四环类抗抑郁药有丙咪嗪、氯丙米嗪、阿米替林、多虑平、马普替林等，其中丙咪嗪和氯丙米嗪还具有抗惊恐的作用。此类药物毒副作用较大，宜小剂量开始，逐渐加到治疗量，有口干、便秘等抗胆碱能作用，大剂量有严重的心脏毒性，可导致心脏传导阻滞、心律不齐，过量可导致死亡，故临床并不作为一线用药。

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）如氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰，其中帕罗西汀是 SSRIs 中第一个被 FDA 批准治疗焦虑障碍的药物，并被推荐作为治疗广泛性焦虑障碍的一线治疗药物之一。常用剂量 20mg/d。此类药物起效较慢，但其副反应较轻，偶有恶心、呕吐、食欲减退，有时有性功能障碍的副反应，对心脏无毒性作用，无胆碱能拮抗作用，其安全性较高，即使超量使用，也无严重危险。

另外，还有 5-羟色胺和去甲肾上腺素双重抑制剂（SNRI）如文拉法辛，FDA 已经批准了广泛性焦虑障碍作为文拉法辛的新适应证；5-羟色胺拮抗/摄取抑制剂（SARI）如曲唑酮，去甲肾上腺素能及特异性 5-羟色胺能抗抑郁剂（NaSSA）如米氮平等对焦虑症状均有较好疗效。

β-受体阻滞剂：如普萘洛尔等，β-受体阻滞剂有利于控制病人躯体症状，对心动过速、震颤、多汗等有一定效果，可适量短期服用。常用量 10mg~30mg/次，每日 3 次。

情感稳定剂：如丙戊酸钠等，能有效地治疗双相情感障碍、焦虑障碍及酒精依赖戒断状态，对惊恐发作也有效，长期用药不会成瘾，也无撤药反应。副作用主要有过度镇静、恶心、眩晕、口干、体重增加等，但患者能耐受，一般 2~3 周后可消失。

7.1.2 辨证论治

本病属本虚标实，虚实夹杂之证。本虚以肾精亏虚、心脾两虚、心胆气虚为主；标实以肝郁气滞、痰浊、血瘀为主。治疗当注意辨别阴阳虚实，注重虚实兼顾之大法，实证予以理气开郁，或伴活血、清热、化痰、祛湿；虚证则予以养心、健脾、滋肝、补肾^[11]。

7.1.2.1 肝郁化火证

（1）治法：清肝泻火，理气畅中。

（2）方药：丹栀逍遥散加减（I 级证据，强推荐）。丹皮 15g、栀子 15g、生地 20g、黄芩 10g、柴胡 12g、香附 12g、枳壳 10g、陈皮 10g、川芎 15g、白芍 12g、当归 12g、生甘草 6g。

加减：热势较重，口苦、大便秘结者，可加龙胆草 9g、大黄（后下）6g 泻热通腑。肝火犯胃而见胁肋疼痛、口苦、嘈杂吞酸、嗝气、呕吐者，可加黄连 3g、吴茱萸 5g，肝火上炎而见头痛、目赤、耳鸣者，加菊花 10g、钩藤（后下）10g、刺蒺藜 12g、蔓荆子 15g。

7.1.2.2 瘀血内阻证

（1）治法：活血化瘀，理气通络。

（2）方药：血府逐瘀汤加减（I 级证据，强推荐）。桃仁 5g，红花 9g，当归 10g，生地

15g, 川芎 5g, 赤芍 15g, 牛膝 10g, 桔梗 5g, 枳壳 6g, 甘草 3g, 丹参 30g, 生龙齿 15g, 琥珀粉 6g。

加减：身外凉、多汗、恶风者，加生黄芪 30g、防风 10g、麦冬 10g、五味子 10g、元参 20g；胀痛明显者，加香附 12g, 青皮 9g, 郁金 12g；纳差脘胀者，加鸡内金 15g、焦三仙（各）12g、陈皮 10g；如有寒象，加乌药 9g, 木香 12g；兼有热象者，加丹皮 10g, 栀子 12g^[11]。

7.1.2.3 痰火扰心证

（1）治法：清热涤痰，宁心安神。

（2）方药：黄连温胆汤加减（I 级证据，强推荐）。黄连 5g, 法半夏 15g, 陈皮 6g, 茯苓 15g, 胆南星 15g, 枳实 10g, 竹茹 15g, 酸枣仁 15g, 炙远志 10g, 天竺黄 10g, 焦山栀 10g, 龙胆 10g, 生龙齿 15g（先煎），青礞石 30g（先煎），磁石 20g（先煎）。

若实火较盛，烦躁不安者，可加黄连至 15g 以助泄火宁心之力；若痰盛者，可加浙贝 20g、石菖蒲 30g。如热久气阴两伤者，加五味子 10g, 黄精 10g。

7.1.2.4 心脾两虚证

（1）治法：益血健脾，宁心解虑。

（2）方药：归脾汤加减（I 级证据，强推荐）。党参 15g, 茯神 10g, 白术 10g, 甘草 6g, 黄芪 20g, 当归 12g, 龙眼肉 15g, 酸枣仁 15g, 远志 10g, 木香 9g, 刺五加 30g, 大枣 5 枚, 生姜 3 片。

加减：心悸失眠，舌红少苔等心阴虚症状明显者，加百合 15g, 柏子仁 12g, 炙首乌 12g。若纳呆食少、食后腹胀、少气懒言者，上方重用党参 20g, 加砂仁（后下）6g、陈皮 15g。

7.1.2.5 心胆气虚证：

（1）治法：镇惊定志，宁心安神。

（2）方药：安神定志丸加减（I 级证据，强推荐）。人参 9g, 茯苓 12g, 茯神 12g, 远志 10g, 石菖蒲 9g, 龙齿 30g, 当归 12g, 白芍 12g, 白术 12g。

加减：躁扰失眠者，加酸枣仁 20g, 磁石 30g（先煎）；心惊胆怯者，加珍珠母 30g（先煎），龙骨、牡蛎各 30g（先煎）。

7.1.2.6 心肾不交证

（1）治法：滋阴清心，养脑安神。

（2）方药：交泰丸加减（I 级证据，强推荐）。黄连 10g, 肉桂 5g, 灯心草 10g, 知母 10g, 黄柏 10g, 生地 20g。

加减：如虚热较甚，低热，手足心热，可加白薇、麦冬 10g；失眠者，加合欢皮 15g、炒枣仁 30g。

7.1.2.7 肾虚肝郁证

(1) 治法：益肾调气，解郁安神。

(2) 方药：解忧安虑方加减（I 级证据，强推荐）。栀子 10g，灯心草 10g，郁金 30g，刺五加 30g，贯叶金丝桃 10g，山萸肉 15g，紫石英 20g，枳实 15g，天麻 20g。

加减：偏肝郁者，可加佛手 15g、玫瑰花 10g。偏阳虚者，加巴戟天 15g，枸杞子 12g；加杜仲 9g，菟丝子 12g。偏阴虚者，滋补肾阴，加熟地 12g，黄精 10g；失眠烦躁，加磁石 30g（先煎）。

7.1.3 中西医结合治疗焦虑的策略

中西医结合治疗焦虑障碍具有肯定的疗效和优势，中医药应当全程介入焦虑障碍的治疗。对于早期、轻中度的焦虑患者（HAMA量表<29分），根据不同的证候类型单用中医方案即可以取得很好的疗效，往往可以将焦虑障碍控制在萌芽状态。

对于焦虑症状急剧发展恶化、病情较重的重度焦虑患者（HAMA量表 ≥ 29 分），需足量、足疗程地给予中药和西药的抗焦虑治疗。抗焦虑药物可以快速改善焦虑情绪，但停药后疗效难以维持，容易反复，对于焦虑的躯体症状往往疗效不佳，且多伴有一定程度的副作用，如头晕、过度镇静、胃肠道症状等等。中药针对精神性焦虑和焦虑躯体症状，也可以较快的改善症状，增加抗焦虑药物的疗效，纠正其副作用，缩短抗焦虑药物的使用时间^[12, 13]。

在焦虑障碍治疗的后期，中医方案还可以有效地改善残留症状，促进抗焦虑药物的减量及停药，达到巩固疗效和防止焦虑复发的目的。

7.2 针灸与康复

主穴：取风府、百会、神门、通里、内关。

配穴：肝郁化火结型加太冲、合谷；瘀血内阻加血海、膈俞；痰火扰心型加丰隆、阴陵泉；心脾两虚型加心俞、脾俞；心胆气虚加心俞、胆俞；心肾不交加心俞、肾俞、太溪；肾虚肝郁加太溪、太冲。

操作：用提插、捻转补泻法，平补平泻，留针30min~60min，10min行针1次。隔日1次，10次为1个疗程（I级证据，强推荐）。

7.3 管理

(1) 认知 - 行为疗法：在认知行为治疗中，通过行为矫正技术改变患者不合理的认知观念，从而治愈疾病。首先，与患者建立良好的医患关系，了解患者的心理问题及相关的原因，通过解释和提问等方式，使患者了解焦虑的性质、惊恐的实质，侵入性思想的认知偏差，惊恐时灾难化思想和惊恐反应之间的恶性循环等，使患者明白心理治疗的机理，增加其治愈的希望和信心；其次，帮助患者重建新的正确的认知，包括识别自动性想法、识别认知性错误、真实性检验、去注意、监察苦闷或焦虑水平；最后，布置家庭作业，通过家庭作业可以让患者练习那些新的行为，并且帮助患者建立新的条件反射（I 级证据，强推荐）^[14]。

(2) 分析性心理治疗：首先详细了解病史，确定治疗目标，制定治疗计划。其次要指出患者产生焦虑、恐惧的心理问题，分析隐藏于症状背后的心理冲突，用通俗的语言给患者作出分析与解释，并慎重地提醒患者所忽略的没有意识到的问题，帮助患者认清潜意识里的心理冲突对焦虑、恐怖症状的影响，目前症状的根源，启发患者探索自我，消除不恰当的情感和行为模式，促使他们以比较现实的、成熟的态度和行为去面对生活，最终消除症状，并取得较为持久的疗效（I 级证据，弱推荐）。

(3) 森田疗法：森田疗法是一种具有东方特色的心理治疗方法，分住院式和门诊式治疗。住院治疗分为四期：第一期为绝对卧床期，让患者除进食、大小便外几乎绝对卧床，使其产生烦闷的体验，并使患者身心疲劳得到调整；第二期为轻作业期，此期卧床时间减少，白天到户外接受空气和阳光，促进患者心身的自发活动；第三期为重作业期，患者可随意选择各种重体力劳动，指导患者在不知不觉中养成对工作的持久耐力；第四期为社会康复期，对患者进行外界变化的训练，使患者洞察到自己存在顺其自然的常态，从根本上促发其自然治愈力（I 级证据，强推荐）。

门诊式治疗的原则是让患者顺其自然地接受焦虑、恐惧的情绪，把应该做的事情作为真正的目的，作为行为的准则，启发患者“从现在开始”，“让现实生活充满活力”，“像健康人一样生活就会变得健康”，指导患者努力发扬性格的长处，避免短处，逐步陶冶其性格，并在生活上也给患者加以指导，通过改变患者的行动，促使焦虑、恐怖情绪的恢复（I 级证据，弱推荐）^[15]。

(4) 支持性心理治疗：对于病程较短或不适于应用其他心理治疗的患者，可以单纯应用支持性心理治疗。首先和病人建立良好的关系，获得患者的信任；其次对患者的病情及发病原因给予科学的分析和解释，给患者以安慰、鼓励和适当保证，加强患者克服焦虑、恐惧的信心，鼓励患者积极参加一些社会活动，培养其对有益事物的浓厚兴趣和开放的性格，锻炼自己的意志，支持协助患者适应现实环境（I 级证据，弱推荐）。

7.4 结局

本病预后较好，经过规范的中西医结合治疗，多数可以恢复正常。

附录 A
(资料性/规范性)
附录名称

附录 B
(资料性/规范性)
附录名称

参 考 文 献

- [1] 唐启盛主编. 《中医临床诊疗指南释义》. 北京: 中国中医药出版社, 2017, 119-126.
- [2] Ruscio Ayelet Meron, Hallion Lauren S, Lim Carmen C W et al. Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. [J]. JAMA Psychiatry, 2017, 74: 465-475.
- [3] 陆林主编. 《沈渔邨精神病学》. 北京: 人民卫生出版社, 2018, 129.
- [4] World Health Organization. ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research[M]. Geneva: World Health Organization:1993.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association:2013.
- [6] 曲淼, 唐启盛, 孙文军, 任熙. “神、魂、魄”理论在精神疾病辨治中的应用[J]. 北京中医药大学学报, 2013, 36(07):437-440.
- [7] 崔涪楦, 孙文军, 曲淼, 唐启盛. “躁”的内涵及病机探析[J]. 世界中医药, 2021, 16(01):130-133.
- [8] 陈宝宇, 王丹, 孙文军, 唐启盛. 基于“魂魄飞扬”的多梦症病机探讨[J]. 北京中医药, 2021, 40(01):69-72.
- [9] 唐启盛, 孙文军. 精神疾病应用金石类药物的思考[J]. 世界中医药, 2021, 16(20):3073-3077.
- [10] Wang Tsai-Chiao, Sit Cindy Hui-Ping, Tang Ta-Wei et al. Psychological and Physiological Responses in Patients with Generalized Anxiety Disorder: The Use of Acute Exercise and Virtual Reality Environment. [J]. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17: undefined.
- [11] 唐启盛主编. 《中成药临床应用指南》. 北京: 中国中医药出版社, 2018, 230-255.
- [12] 唐启盛主编. 《焦虑障碍中西医基础与临床》. 北京: 人民卫生出版社, 2013, 201-203.
- [13] 唐启盛主编. 《抑郁障碍中西医基础与临床》. 北京: 人民卫生出版社, 2012, 120-125.
- [14] James Anthony C, Reardon Tessa, Soler Angela et al. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2020, 11: CD013162.
- [15] Grecucci Alessandro, Sığirci Hüseyin, Lapomarda Gaia et al. Anxiety Regulation: From Affective Neuroscience to Clinical Practice. [J]. Brain Sci, 2020, 10: undefined.

