



# 团 体 标 准

T/CACM 1373.13—2023

## 神志病中西医结合诊疗指南 第 13 部分：恶劣心境

Guidelines for diagnosis and treatment of mental diseases with integrated traditional Chinese and western medicine—Part 13: Dysthymia

2023 - 04 - 17 发布

2023 - 04 - 17 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

## 目次

前言 .....	II
引言 .....	IV
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 诊断和鉴别诊断 .....	2
4.1 中医诊断 .....	2
4.2 中医证候分型 .....	2
4.3 中医鉴别诊断 .....	2
4.4 西医诊断 .....	3
4.5 西医鉴别诊断 .....	3
5 治疗 .....	4
5.1 治疗目的 .....	4
5.2 西医治疗 .....	4
5.3 中医治疗 .....	5
5.4 心理治疗 .....	7
5.5 疗程 .....	7
6 预防与调护 .....	7
7 转归和预后 .....	7
8 注意事项 .....	7
附录 A（资料性） 症状评估量表 .....	8
参考文献 .....	9

## 前 言

本文件按照 GB/T 1.1—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 T/CACM1373 《神志病中西医结合临床诊疗指南》的第13部分。T/CACM1373 已经发布了以下部分：

- 第1部分：精神分裂症；
- 第2部分：疑病症；
- 第3部分：非器质性失眠症；
- 第4部分：躁狂症；
- 第5部分：强迫症；
- 第6部分：抽动障碍；
- 第7部分：癫痫所致精神障碍；
- 第8部分：急性应激障碍；
- 第9部分：惊恐障碍；
- 第10部分：酒精中毒性精神障碍；
- 第11部分：癔病；
- 第12部分：中风后精神障碍；
- 第13部分：恶劣心境；
- 第14部分：发作性睡病；
- 第15部分：焦虑障碍；
- 第17部分：躯体形式障碍；
- 第18部分：神经衰弱；
- 第19部分：围绝经期精神障碍；
- 第20部分：心理性勃起障碍；
- 第21部分：抑郁障碍；
- 第22部分：注意缺陷多动障碍。

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、新疆精神卫生中心、北京中医药大学、浙江省立同德医院（浙江省精神卫生中心）、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、新疆乌鲁木齐市友谊医院。

本文件主要起草人：陈俊逾。

本文件参与起草人：钟雯雯、肖春霞、王秦豫、胡颖、胡列鹏、马源源、刘晓亚、李志刚、白冰、李卡、都弘、贾竑晓、毕焕洲、王健、夏永刚、李涓涓、张敏。

全国团体标准信息平台  
CACM

## 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 第 13 部分：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。

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，提供了恶劣心境中西医结合为主要内容的诊断、治疗建议，并将抑郁症状评估量表列入附录 A。

T/CACM 1373《神志病中西医结合临床诊疗指南》拟由以下部分组成。

——第 1 部分：精神分裂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供精神分裂症中西医结合诊疗指导。

——第 2 部分：疑病症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供疑病症中西医结合诊疗指导。

——第 3 部分：非器质性失眠症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供非器质性失眠症中西医结合诊疗指导。

——第 4 部分：躁狂症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躁狂症中西医结合诊疗指导。

——第 5 部分：强迫症。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供强迫症中西医结合诊疗指导。

——第 6 部分：抽动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抽动障碍中西医结合诊疗指导。

——第 7 部分：癫痫所致精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癫痫所致精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 8 部分：急性应激障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供急性应激障碍中西医结合诊疗指导。

——第 9 部分：惊恐障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供惊恐障碍中西医结合诊疗指导。

——第 10 部分：酒精中毒性精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供酒精中毒性精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 11 部分：癔病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供癔病中西医结合诊疗指导。

——第 12 部分：中风后精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供中风后精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 13 部分：恶劣心境。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供恶劣心境中西医结合诊疗指导。

——第 14 部分：发作性睡病。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供发作性睡病中西医结合诊疗指导。

——第 15 部分：焦虑障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供焦虑障碍中西医结合诊疗指导。

——第 16 部分：进食障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供进食障碍中西医结合诊疗指导。

——第 17 部分：躯体形式障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供躯体形式障碍中西医结合诊疗指导。

——第 18 部分：神经衰弱。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供神经衰弱中西医结合诊疗指导。

——第 19 部分：围绝经期精神障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供围绝经期精神障碍中西医结合诊疗指导。

——第 20 部分：心理性勃起障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供心理性勃起障碍中西医结合诊疗指导。

——第 21 部分：抑郁障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供抑郁障碍中西医结合诊疗指导。

——第 22 部分：注意缺陷多动障碍。目的在于为各级医院、基层卫生服务机构提供注意缺陷多动障碍中西医结合诊疗指导。

# 神志病中西医结合诊疗指南 第 13 部分：恶劣心境

## 1 范围

本文件界定了恶劣心境的术语和定义，给出了恶劣心境的诊断和鉴别诊断、治疗、预防与调护、转归和预后等内容。

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；不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

- GB/T 16751.1—2023 中医临床诊疗术语 第 1 部分：疾病  
 GB/T 16751.2—2021 中医临床诊疗术语 第 2 部分：证候  
 GB/T 16751.3—2023 中医临床诊疗术语 第 3 部分：治法

## 3 术语和定义

GB/T 16751.1—2023、GB/T 16751.2—2021、GB/T 16751.3—2023 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）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<sup>[1]</sup>。

### 3.2

#### 郁病 depression

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、胁肋胀痛等为主要临床表现的一类病证<sup>[2]</sup>。

## 4 诊断和鉴别诊断

### 4.1 中医诊断<sup>[3]</sup>

中医诊断如下：

- a) 情绪低落，忧郁不畅，精神不振，胸闷胁胀，善太息；
- b) 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；
- c) 男女皆有，但好发于青中年女性；
- d) 体检与辅助检查多无阳性征象。

### 4.2 中医证候分型

本文件参考《中医内科学》<sup>[2]</sup>、《神志病中西医结合诊断学》<sup>[3]</sup>、临床经验<sup>[4]</sup>制定如下证候分型。

#### a) 肝郁气滞证

精神抑郁，情绪不宁，胁肋胀痛，脘闷暖气，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。

#### b) 肝郁化火证

情绪低落，精神抑郁，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。

#### c) 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，胁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。

#### d) 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。

#### e) 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。

#### f) 心脾两虚证

多思善疑，失眠健忘，神疲乏力，少气懒言，形体消瘦或虚胖，面色不华，食欲不振，舌质淡或边有齿痕、苔薄白，脉细弱。

### 4.3 中医鉴别诊断<sup>[3]</sup>

#### 4.3.1 郁病与癫证

本病发作时有情绪低落、悲忧善哭、沉默少言等表现，应与癫证相鉴别。癫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。

### 4.3.2 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，心情愉快时症状可减轻或消失，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，咽部症状与情绪波动无关。

## 4.4 西医诊断

### 4.4.1 西医诊断标准<sup>[5]</sup>

参考 ICD-10 F34.1 中恶劣心境的诊断标准。

恶劣心境是慢性的心境低落，无论从严重程度还是一次发作的持续时间，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，但过去（尤其是开始发病时）曾符合轻度抑郁发作的标准。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。

### 4.4.2 诊断要点<sup>[5]</sup>

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）。

## 4.5 西医鉴别诊断<sup>[3, 6]</sup>

### 4.5.1 重度抑郁障碍

重度抑郁障碍与恶劣心境之间主要鉴别点：

- a) 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；
- b) 前者临床上精神运动性迟缓症状明显，而后者症状不明显；
- c) 前者可伴有精神病性症状，后者无；

- d) 后者病期冗长，至少持续 2 年，且间歇期短；
- e) 前者病前可为循环性格或不稳定，后者多为多愁善感，郁郁寡欢，较内向。

#### 4.5.2 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。

#### 4.5.3 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 周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。

#### 4.5.4 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。

#### 4.5.5 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。

## 5 治疗

### 5.1 治疗目的

恶劣心境以持久的心境低落为突出表现，并伴有焦虑、躯体不适、睡眠障碍等症状，影响患者生活质量。因此，缓解或者消除患者现有症状，改善患者认知，提高患者生活质量是治疗目的。西药治疗存在相关副作用，可结合中医治疗改善相关副作用及控制西药用量。

### 5.2 西医治疗

#### 5.2.1 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。

##### 5-HT再摄取抑制剂（SSRIs）类：

- a) 盐酸帕罗西汀<sup>[7]</sup>（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 10 mg 日 1 次口服，3 天后改为 20 mg 日 1 次口服；

b) 西酞普兰与氟西汀<sup>[8]</sup>（高级证据，弱推荐）

西酞普兰与氟西汀治疗恶劣心境疗效相当，剂量均为 20 mg / 日~40 mg / 日。氟西汀<sup>[9]</sup>提高突触间隙内 5-HT 浓度，通过激活患者内在动力，改善患者低动力。而西酞普兰起效快、心血管及抗胆碱能反应少，对于合并心血管疾病的患者推荐优选西酞普兰。

## 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制（SNRIs）类：

度洛西汀与文拉法辛<sup>[10]</sup>（高级证据，弱推荐）

度洛西汀与文拉法辛治疗恶劣心境疗效相当，均能提高中枢的 5-HT 和 NE 能活性。

## 5.3 中医治疗

## 5.3.1 治疗原则

郁病治疗的基本原则是疏肝解郁。对于实证，首当理气开郁，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。虚证则应根据脏腑、气血、阴阳、津精虚损的不同而补之。对于虚实夹杂者，应虚实兼顾。

5.3.2 辨证论治<sup>[11]</sup>

## 5.3.2.1 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》）<sup>[12-13]</sup>（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，症见胁肋掣痛，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，症见胁肋隐痛不休，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、川楝子、延胡索、郁金。

## 5.3.2.2 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《内科摘要》）<sup>[14]</sup>（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：胁肋胀痛加川楝子、延胡索；胸中烦闷加瓜蒌、琥珀、合欢皮、豆豉；失眠多梦加酸枣仁、茯苓、石决明。

## 5.3.2.3 痰气郁结证

治法：行气解郁，化痰散结。

方药：半夏厚朴汤加减。（出自《金匮要略》）<sup>[15-17]</sup>（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、苔红黄者，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。

#### 5.3.2.4 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<sup>[4]</sup>。（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，龙骨、牡蛎重镇安神。

#### 5.3.2.5 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》）<sup>[18]</sup>（中级证据，弱推荐）

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 者，加蒺藜、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。

#### 5.3.2.6 心脾两虚证

治法：健脾养心、补益气血。

方药：归脾汤（出自《济生方》）加减<sup>[2]</sup>。（中级证据，弱推荐）

党参、茯苓、白术、甘草、黄芪、当归、酸枣仁、远志、茯神、龙眼肉、木香、神曲。

加减：纳呆腹胀、面色无华，加山药、苍术；心悸怔忡，加桂枝、生牡蛎、生龙骨、珍珠母；寐浅多梦，加夜交藤、合欢花、合欢皮；如伴有腰膝酸软、耳鸣健忘，加桑椹、菟丝子、仙灵脾等。

#### 5.3.3 中成药

越鞠丸<sup>[19-20]</sup>（中级证据，强推荐）

口服，一次6 g~9 g，一日2次，适用于痰气郁结证。

解郁丸<sup>[21]</sup>（中级证据，弱推荐）

口服，一次4 g，一日3次，适用于肝郁气滞证。

逍遥丸<sup>[22-23]</sup>（高级证据，强推荐）

口服，一次6 g~9 g，一日1次~2次，适用于肝郁气滞证。

舒肝解郁胶囊<sup>[24]</sup>（高级证据，强推荐）

口服，一次2粒，一日2次，适用于肝郁气滞证。

#### 5.3.4 针刺治疗<sup>[11,25]</sup>

针灸治疗参照《针灸学》<sup>[26]</sup>及临床研究<sup>[27-28]</sup>。（高级证据，强推荐）

主穴：百会、印堂、神门、太冲、内关、合谷。

配穴：肝郁化火配行间、内庭；痰气郁结配丰隆、足三里；肝气郁结配肝俞、三阴交、膻中；脾虚湿盛配脾俞、丰隆、足三里；心脾两虚配心俞、脾俞。

针刺方法：采用毫针刺法。针百会，平刺0.5寸~0.8寸；针印堂，提捏局部皮肤，平刺0.5寸；针神门，直刺0.3寸~0.5寸；针内庭、行间，直刺0.5寸~0.8寸；针内关、合谷、太冲，直刺0.5寸~1.0寸；针膻中，平刺0.3寸~0.5寸；针心俞、脾俞、肝俞，斜刺0.5寸~0.8寸；针丰隆、足三里、三阴交，直刺1.0寸~1.5寸；每周治疗3次~5次，4周~6周为1个疗程。合谷、三阴交孕妇禁针。

#### 5.4 心理治疗

童年期不幸遭遇与恶劣心境发病相关，认知行为疗法、意象对话等心理治疗可以帮助患者减轻内心冲突，改善患者的认知及抑郁状况<sup>[7,29]</sup>。

#### 5.5 疗程

目前暂无恶劣心境中西医结合疗程的相关研究。建议系统评估患者病情，若病情稳定且无复发倾向，则可在密切随访及关注病情的前提下逐步撤减药量以缩短疗程。

### 6 预防与调护

不建议患者在重大事件及应激事件发生时终止治疗。如需终止维持治疗，应以周为间隔逐渐减量，观察有无复发迹象。在停止治疗前告知患者存在复发的潜在风险。若症状复发，患者应该再次接受治疗。停药后，建议患者定期随访。

### 7 转归和预后

本病的转归与预后，多与患者的人格基础、认知、心理应激能力、对生活/工作事件的应对方法相关。因此，在药物治疗基础上，应结合患者个体因素，辅以综合治疗。长期随访以观察疾病转归及预后。

### 8 注意事项

多数综合医院临床医生对本病识别率较低，而部分精神科医生考虑为“抑郁发作”。因此，部分患者可能出现误诊或漏诊。在诊疗过程中，应系统评估病情及分析病因，帮助患者找到个体化及综合性的治疗方案。

附录 A  
(资料性)  
症状评估量表

A.1 抑郁自评量表 (Self-rating Depression Scale, SDS)<sup>[30-31]</sup>

SDS 含有 20 个条目, 采用 4 级评分制, 分数越高表示症状越严重。分界值为 53 分, 轻度: 53 分~62 分, 中度: 63 分~72 分, 重度 > 72 分。

A.2 Beck 抑郁问卷 (Beck Depression Inventory, BDI)<sup>[32]</sup>

该问卷共 13 项, 各项症状分别为: 抑郁、悲观、失败感、满意感缺失、自罪感、自我失望感、消极倾向、社交退缩、犹豫不决、自我形象改变、工作困难、疲乏感、食欲丧失。按照 0 分~3 分的四级标准评分, 可以评价抑郁的严重程度。其结果为: 0 分~4 分 (基本上) 无抑郁症状; 5 分~7 分为轻度; 8 分~15 分为中度; 16 分以上为严重。

A.3 汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD)<sup>[33]</sup>

汉密尔顿抑郁量表是临床上评定抑郁状态时最普遍使用的量表, 该量表包括 17 项、21 项和 24 项 3 种版本, 每个条目采用 0 级~2 级或 0 级~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:  $\geq 25$  分为严重抑郁, 18 分~24 分为中度抑郁, 8 分~17 分为轻度抑郁, 0 分~7 分以下为没有抑郁。

## 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: 351-356.
- [3] 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.
- [4] 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 (8): 1152-1154.
- [5] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类 [M]. 范肖冬等译. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 105.
- [6] 陆林. 沈渔邨精神病学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 395-406.
- [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 (7): 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 (3): 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 (4): 515-516.
- [11] 赵永厚, 神志病中西医结合治疗学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 164-166.
- [12] 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 (9): 635-636.
- [13] 明·张介宾著. (李继明, 王大淳等整理). 景岳全书 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 580.
- [14] 巩昌镇, 刘一凡. 丹栀逍遥散 [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2009: 3.
- [15] 汉·张仲景著. (何任, 何若苹整理). 金匱要略 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 83.
- [16] 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 (6): 104-111.
- [17] 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.
- [18] 明·薛己著. 校注妇人良方 [M]. 太原: 山西科学技术出版社, 2012: 126.
- [19] 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 (6): 875-879.
- [20] 余英仪, 于世江, 杨孝. 越鞠丸治疗恶劣心境的疗效观察 [J]. 今日药学, 2010, 20 (8): 54-56.
- [21] 黄永进, 秦和平, 刘盈, 等. 中药解郁丸与帕罗西汀治疗 60 例恶劣心境患者临床对照研究 [J]. 中国全科医学, 2007 (16): 1387-1388.

- [22] 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.
- [23] 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 (7): 228—234.
- [24] 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 (4): 283—285.
- [25] 过伟峰, 曹晓岚, 盛蕾, 等. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识 [J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40 (2): 141—148.
- [26] 梁繁荣, 王华. 针灸学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021.
- [27] 蔡小莉. 针药结合治疗郁病 30 例疗效观察 [J]. 新中医, 2011, 43 (3): 105—106.
- [28] 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 (3): 122—124.
- [29] Rajan D. An Overview on Dysthymia Diagnosis and Treatment [J]. International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience, 2021, 23 (8): 147—148.
- [30] 张美燕, 李小群, 邓先华, 等. 精神科门诊患者综合使用 MMPI、SCL-90、SAS、SDS 的相关分析 [J]. 四川精神卫生, 2018, 31 (4): 356—360.
- [31] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 161—164.
- [32] 戴晓阳. 常用心理评估量表手册 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2015: 158—161.
- [33] 张明园, 何燕玲. 精神科评定量表手册 [M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 2015: 143—148.
-