

惊病（急性应激反应）中医诊疗方案 (2018 年版)

一、诊断

（一）疾病诊断

1. 中医诊断标准

参考《中医神志病临床诊疗指南》（2015 年版）^[1]。

（1）本病相当于中医学的“惊病”，是指由于一种骤然而至，且异乎寻常的情志、社会（环境）因素引起的情志失和类神志病。

（2）临床以急剧的神志因素刺激下迅速出现的情志异常，吵闹不休，高歌狂笑，甚至神志呆滞，惊悸怔忡，失眠梦魇，以及一系列躯体症状为主要特征。

2. 西医诊断标准

参考《ICD-10 精神与行为障碍分类》（世界卫生组织编，人民卫生出版社，1995 年）。

（1）此为一过性障碍，作为对严重躯体或精神应激的反应发生于无其它明显精神障碍的个体，常在几小时或几天内消退。应激源可以是势不可挡的创伤体验，包括对个体本人或其所爱之人安全或躯体完整性的严重威胁（如自然灾害、事故、战争、受罪犯的侵犯、被强奸）；也可以是个体社会地位或社会关系网络发生急骤的威胁性改变，如同时丧失多位亲友或家中失火。如同时存在躯体状况衰竭或器质性因素（如老年人），发生本障碍的危险性随之增加。

（2）诊断要点

异乎寻常的应激源的影响与症状的出现之间必须有明确的时间上的联系。症状即使没有立刻出现，一般也在几分钟之内。此外，症状还应：

①表现为混合性且常常是有变化的临床相，除了初始阶段的“茫然”状态外，还可有抑郁、焦虑、愤怒、绝望、活动过度、退缩，且没有任何一类症状持续占优势；

②如果应激性环境消除，症状迅速缓解；如果应激持续存在或具有不可逆转性，症状一般在 24~48 小时开始减轻，并且大约在 3 天后往往变得十分轻微。

本诊断不包括那些已符合其它精神科障碍标准的患者所出现的症状突然恶化。但是，既往有精神科障碍的病史不影响这一诊断的使用。

包含：急性危机反应、战场疲劳、危机状态、精神休克。

（二）证候诊断

参照《神志病中西医结合治疗学》^[2]（2016 年）。

1. 心虚胆怯证：突然耳闻异声、目击异物、触事临危后心悸怔忡，善惊易恐，

夜寐梦扰，夜啼惊觉，坐卧不安，失音不语；舌苔薄白，脉虚数或结代。

2. 痰热上扰证：突然耳闻异声、目击异物、触事临危后心悸善恐，处事易惊，烦躁不寐，食少痰多；舌红苔黄腻，脉滑数。

3. 痰迷心窍证：突然耳闻异声、目击异物、触事临危后神志呆滞，语无伦次，表情淡漠或喃喃独语，喜怒无常；舌淡苔白腻，脉滑。

4. 心肾阳虚证：突然耳闻异声、目击异物、触事临危后失眠心悸，心惕惕如人将捕之，遗精阳痿，小便频数，腰酸耳鸣，面白少华，畏寒肢冷；舌淡，脉沉细。

5. 瘀血阻窍证：突然耳闻异声、目击异物、触事临危后发痛，发狂，或惊恐，证兼见面色晦滞，女子月经不调；舌质紫黯，舌下脉络瘀阻，脉沉涩。

二、治疗方法

（一）辨证论治

1. 心虚胆怯证

治法：益气养心，镇静安神

推荐方药：平补镇心丹加减。人参、五味子、山药、茯苓、麦冬、熟地黄、肉桂、远志、酸枣仁、龙齿、朱砂、茯苓、茯神、天冬、甘草、生地黄等。或具有同类功效的中成药。

2. 痰热上扰证

治法：清热化痰，宁心安神

推荐方药：清火涤痰汤加减。胆南星、贝母、竹沥、姜汁、柏子仁、茯神、麦冬、丹参、僵蚕、菊花、杏仁、橘红等。

3. 痰迷心窍证

治法：疏肝解郁，化痰开窍

推荐方药：逍遥散合涤痰汤加减。柴胡、白芍、香附、郁金、茯苓、白术、半夏、陈皮、胆南星、竹茹、石菖蒲、枳实、炙甘草等。

4. 心肾阳虚证

治法：补益阳气，安神定志

推荐方药：济生肾气丸加减。熟地黄、山茱萸（制）、牡丹皮、山药、茯苓、泽泻、肉桂、附子（制）、牛膝、车前子等。

5. 瘀血阻窍证

治法：理气化瘀，豁痰醒脑

推荐方药：癫狂梦醒汤加减。桃仁、柴胡、香附、赤芍、半夏、大腹皮、青皮、陈皮、桑白皮、苏子、甘草等。

（二）针刺治疗

治法：开窍醒脑，益气养心，宁心安神。以手太阴、手少阴、手厥阴、督脉经穴为主。

主穴：水沟、内关、神门、少商。

操作：神门直刺 0.3~0.5 寸，内关直刺 0.5~1.0 寸（注意避开正中神经），水沟向上斜刺 0.3~0.5 寸，少商用三棱针或者注射器针头点刺放血 3~5 滴。每次留针半小时。虚证患者采用针刺补法，偏阳虚者加用灸法，实证患者采用针刺泻法，阳热偏盛症者可用放血疗法。

疗程：每日 1 次，连续治疗 14 次为 1 疗程。

（三）穴位刺激调控法^[3]

处方：劳宫、内关。

操作：采用 40~50Hz 穴位刺激仪 (OMRON, HV-F04)，将导电黏胶贴片贴于双侧劳宫穴和内关穴，刺激的强度以患者能耐受的程度为准，每次 30min。14 天一疗程。该方法即穴位刺激加认知行为疗法，采用 40~50Hz 的穴位刺激，选双侧内关穴，用黏胶贴贴在穴位上，刺激强度以患者能耐受为准，同时由医生指导患者进行认知行为。

（四）认知行为疗法

认知行为疗法被认为是治疗急性应激障碍较为有效的方法^[4]，与患者建立良好的医患关系，治疗内容为同患者分析发病经过，进行解释，指导其如何对待有关刺激；讲明心理社会应激是经常出现的，关键在于如何应付这些刺激；同时给予有力的社会支持，还要进一步调动患者的主观能动性，以缓冲和减轻患者创伤性反应。

（五）西药治疗

根据 2013 年澳大利亚《急性应激障碍和创伤后应激障碍治疗指南》^[5]，急性应激反应治疗干预的基本原则是及时、就近、简洁。治疗的主要目的，就是尽早消除创伤个体的病态应激反应，减少其随后形成创伤后应激障碍的可能性。治疗干预的基本方法是心理干预为主、药物治疗为辅。灾难发生后 24~48 小时之间是理想的干预时间。

药物主要是对症治疗，但在急性期也是采取的措施之一。适当的药物可以较快地缓解患者的抑郁、焦虑、恐惧、失眠等症状，便于心理治疗的开展和奏效。不推荐药物作为急性应激反应的早期干预方法，但是也不完全排除药物对某些特殊患者有益。考虑使用药物治疗时五羟色胺再摄取抑制剂是首选用药。其他新型抗抑郁剂和三环类抗抑郁剂应作为二线用药。此外，抗焦虑药、非典型抗精神病药、心境稳定剂等也可用于急性应激反应患者，但药物剂量以小量为宜，疗程不宜过长。对激越兴奋的患者常用抗焦虑药或镇静催眠剂；对精神运动性兴奋病人

可酌情选用抗精神病药。对处于精神运动性抑制状态患者，若不能主动进食，给予输液、补充营养。治疗期间密切观察病情变化和不良反应并及时处理；积极治疗与急性应激障碍共病的躯体疾病等。

（六）护理调摄要点

针对导致患者发生应激障碍的原因采取相应的侧重点的护理措施，包括生理、心理和社会功能等多方面的综合护理措施。重点在于：1. 保障患者安全；2. 满足患者的基本生理需要；3. 稳定患者情绪，增强患者的应对能力。

三、疗效评价

（一）评价标准

采用 Bryant 等制定的急性应激障碍量表(The Acute Stress Disorder Scale, ASDS)用于评价急性应激反应的疗效^[6]，以临床症状改善程度结合急性应激障碍量表(ASDS)减分率作为评价指标，痊愈：症状消失，社会功能恢复，并且减分率 $\geq 75\%$ ；好转：症状部分消失，社会功能部分恢复，并且减分率 $\geq 25\%$ ；未愈：症状无明显减轻，社会功能未恢复，并且减分率 $< 25\%$ 。

（二）评价方法

根据患者入院和出院当天病情按照疗效标准进行急性应激反应疗效评价。

急性应激障碍量表(ASDS)

指导语：先简要的描述您最近的创伤性经历 这些经历曾让您感到恐惧吗？ 是 否
请逐条阅读下列问题，说明您在创伤性事件发生后的感受，勾出最适合您的感受程度：

	1. 无	2. 偶尔出现	3. 适中出现	4. 经常出现	5. 持续存在
在此事件发生过程中或者发生后，您有否曾经感觉麻木或者对自己的情感觉得很疏远？					
在此事件发生过程中或者发生后，您有否曾经感觉很茫然？					
在此事件发生过程中或者发生后，您对周围的事情有否曾经感觉不真实或者像梦一般？					
在此事件发生过程中或者发生后，您有否曾经感觉您远离正常的自我或者好像您从外界观察自己的一举一动一样？					
您曾有过不能回忆起此事件的重要方面的时间吗？					
此事件的记忆不断地涌入您的脑海吗？					
您有做过有关此事件的噩梦吗？					
您是否曾经感受到此事件会再一次发生吗？					
当您想到此事件时感到非常心烦吗？					
您试图不去回想此事件吗？					
您试图不谈及此事件吗？					

您试图回避能使你想起此事件的场所和人吗?					
您试图努力不对此事件感到心烦或忧伤吗?					
此事件后您睡眠有困难吗?					
此事件后您更加易怒了吗?					
此事件后您集中注意力有困难吗?					
此事件后您对危险变得更加警觉了吗?					
此事件后您变得神经质了吗?					
当您想起此事件时, 您有没有出汗、发抖或者心跳加快?					

参考文献:

- [1] 中华中医药学会. 中医神志病临床诊疗指南[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015, 12.
- [2] 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, 8.
- [3] 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 (6): 513-515.
- [4] 沈渔邨. 精神病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009, 1.
- [5] Richard A. Bryant, Michelle L. Moulds, Rachel M. Guthrie. Acute Stress Disorder Scale: A Self-Report Measure of Acute Stress Disorder. 2000, 12(1): 61-68.
- [6] Beverley Raphael, David Forbes, Mark Creamer, et al. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder. Australian centre for posttraumatic Mental Health. 2013.

牵头分会: 中华中医药学会神志病分会

牵头人: 冯斌 (浙江省立同德医院)

主要完成人:

冯斌 (浙江省立同德医院)

刘兰英 (浙江省立同德医院)