

· 临床精神病学 ·

强迫障碍诊疗概要

闫俊¹ 李凌江² 季建林³ 司天梅¹ 魏镜⁴ 郑毅⁵ 张亚林²
何燕玲⁶ 赵旭东⁷ 张伟⁸ 孙学礼⁸ 于欣¹

(¹ 北京大学第六医院, 北京大学精神卫生研究所, 卫生部精神卫生学重点实验室(北京大学), 北京 100191 ² 中南大学湘雅二医院, 长沙 410011 ³ 复旦大学附属中山医院, 上海 200032 ⁴ 中国医学科学院, 北京协和医院, 北京 100730 ⁵ 首都医科大学附属北京安定医院, 北京 100008 ⁶ 上海交通大学医学院附属精神卫生中心, 上海 200030 ⁷ 同济大学医学院, 同济大学附属上海东方医院, 上海 200120 ⁸ 四川大学华西医院, 成都 610041 通信作者: 于欣 yuxin@bjmu.edu.cn)

【摘要】 强迫障碍是一种以强迫思维或强迫行为为主要特征的精神障碍, 终生患病率为 0.8% ~ 3.0%, 常共患多种精神障碍, 致残性高, 但医疗服务利用不佳。为进一步规范其临床诊治, 中华医学会精神医学分会组织有关专家结合国外诊疗指南、循证医学证据和专家治疗经验, 撰写本文, 为临床医生提供较全面的强迫障碍诊疗信息, 包括流行病学、诊断和评估、治疗原则和目标、药物和心理治疗流程、急性期和长期治疗以及特殊人群的治疗等。

【关键词】 强迫障碍; 诊断; 治疗; 心理治疗

中图分类号: R749.05 文献标识码: 文章编号: 1000-6729(2014)004-0308-13

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2014.04.014

(中国心理卫生杂志, 2014, 28(4): 308-320.)

Expert consensus for clinical diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder

YAN Jun¹, LI Ling-Jiang², JI Jian-Lin³, SI Tian-Mei¹, WEI Jing⁴, ZHENG Yi⁵, ZHANG Ya-Lin²,
HE Yan-Ling⁶, ZHAO Xu-Dong⁷, ZHANG Wei⁸, SUN Xue-Li⁸, YU Xin¹

¹Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health, Key Laboratory of Mental Health, Ministry of Health (Peking University), Beijing 100191, China ²The Second Xiangya Hospital of Central South University, Changsha 410011, China ³Zhongshan Hospital Fudan University, Shanghai 200032, China ⁴Chinese Academy of Medical Science, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730, China ⁵Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100008, China ⁶Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China ⁷Tongji University School of Medicine, Shanghai East Hospital, Shanghai 200120 ⁸West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China

Corresponding author: YU Xin, yuxin@bjmu.edu.cn

【Abstract】 Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a mental disorder characterized by obsessive thoughts or compulsive behavior. Lifetime prevalence of OCD is 0.8% - 3.0%. Despite of high comorbidity and OCD-related disability, people with OCD have poor access to medical service. To provide comprehensive diagnostic and therapeutic strategy, Chinese Society of Psychiatry invited experts to write the consensus based on international guidelines, evidence-based medicine and expert opinion. Detailed information about epidemiology, diagnosis and evaluation, therapeutic principles, psychological and pharmaceutical interventions of OCD are outlined. Acute and long-term treatment, management for special population are included as well.

【Key words】 obsessive-compulsive disorder; diagnosis; treatment; psychotherapy

(Chin Ment Health J, 2014, 28(4): 308-320.)

强迫障碍是一个历史悠久的疾病, 同时它也在 精神病理学和精神分析的理论发展中有着重要的地

www.cmhj.cn



<http://guide.medlive.cn/>

位。最近出版的美国精神障碍与诊断手册第5版,将其从焦虑障碍中分离,划归为一个独立的诊断类别,反映了近年来学术界对其疾病性质认识的逐渐深入。然而强迫障碍的症状怪异和多变,强迫障碍的患者对药物及心理治疗反应不良或者抵触,都会让医生对强迫障碍的诊断和治疗感到困惑和棘手。因此,中华医学学会精神医学分会专门组织有关专家在大量文献复习、充分学术讨论的基础上,形成了“强迫障碍诊疗概要”,希望能够帮助临床医生增加对强迫障碍的认识,提高诊断水平,改善治疗结局。

1 强迫障碍的流行病学概况

强迫障碍终生患病率0.8%~3.0%^[1-6],平均发病年龄19~29岁^[2-3,7-8]。约56%~83%的强迫障碍至少共患一种其他精神障碍^[8]。它是一种多维度、多因素疾病^[9],病前人格、遗传风险、心理因素、环境因素都有影响。它也是致残性较高的疾病,对婚姻、职业、情感、社会功能都有影响^[3,8]。尽管如此,很多患者却不寻求医治^[2,10]。

1.1 患病率

1.1.1 强迫障碍的患病率

据2005年至今的国内研究,强迫障碍时点患病率0.10%~0.30%,终生患病率0.26%~0.32%^[11-14],个别研究高达2.5%^[7];香港和台湾地区的研究报告终生患病率0.74%~1.0%^[15-16]。世界范围内报告的强迫障碍终生患病率大约0.8%~3.0%^[1-6],如加拿大1.6%~3.0%^[8],美国1.6%^[3],英国时点患病率为1.11%^[1]。

多数研究发现女性患病率高于男性,一项跨国研究报告男女患病率之比为1.0:1.2~1.8。各年龄组患病率比较,16~34岁组最高,随年龄增加,患病率有所降低^[7]。青年患病率为老年两倍。城乡患病率对比,国内研究报告无明显差异,国外研究显示城市高于农村。

1.1.2 强迫障碍的共病

1.1.2.1 与其他精神障碍共病

情感障碍(包括抑郁障碍、双相情感障碍)、焦虑障碍(惊恐障碍、广泛性焦虑障碍、社交恐怖障碍)、神经性厌食症和贪食症、酒精或物质滥用或依赖、抽动障碍和一系列的强迫谱系障碍都是强迫障碍常见的共患病^[17]。强迫障碍与心境障碍

的共病率12%~85%,与其他焦虑障碍的共病率24%~70%^[18-19]。强迫障碍患者抑郁障碍的患病率是普通人群的8~10倍^[20]。美国国立精神卫生院流行病学区域(Epidemiological Catchment Area, ECA)调查数据显示,46.5%的患者伴恐惧症,31.7%的患者伴重度抑郁障碍,24.1%的患者伴物质滥用^[10]。1994年Pigott等发现50%以上的强迫障碍符合至少一种人格障碍诊断^[21]。有研究报告与人格障碍的共病率高达88%^[22-23]。

1.1.2.2 与躯体疾病的共病

Cummings发现亨廷顿氏病(Huntington氏病)与强迫障碍共病,并提出抽动秽语综合征、神经棘红细胞增多症(neuroacanthocytosis, NA)、脑炎后帕金森综合征、尾状核梗死、一氧化碳中毒、锰中毒、缺氧、进行性核上性麻痹、风湿性舞蹈病(Sydenham氏舞蹈病)、额叶损伤等疾病患者都表现出强迫症状,可能由于前额叶、尾状核、苍白球是构成强迫症状大脑环路的重要部分^[24]。

1.1.3 发病危险因素

家系遗传研究发现强迫障碍存在遗传性。神经生化研究发现5-羟色胺的功能异常。眶额回、尾状核、扣带回和丘脑是病理研究的重点区域。儿童时期成长的经历和所受到的教育与此都密切相关。其他的危险因素还有可卡因使用者、女性、失业、酒依赖者、情感障碍及恐惧障碍等^[25-26]。脑源性神经营养因子基因多态性,女性幼年性虐待史也是强迫障碍的高危因素^[27]。

1.2 疾病负担

1.2.1 强迫障碍对患者的功能损害

1.2.1.1 个人功能损害

一些研究发现强迫障碍患者功能受损程度与糖尿病、抑郁障碍、焦虑障碍及精神分裂症等各种疾病引起的功能损害相似^[28]。英国一项研究显示强迫障碍组自杀风险高于正常对照组及其他焦虑障碍^[26]。美国一项随访研究发现1/3的患者因为症状而无法工作,生活质量的各个维度都显示出严重的损害,包括工作能力、操持家务、主观健康感受、社会关系及享受休闲生活的能力^[29]。

1.2.1.2 对生活质量的影

Masellis等研究显示强迫思维的严重度影响生活质量;强迫行为的严重程度与职业能力有关;年龄、受教育年限、自知力和病程对于生活质量影响

不明显^[30]。国内一项研究显示强迫思维分和强迫症状总分与生活质量的躯体方面、心理方面、社会方面、尽职的能力、自我健康意识呈负相关。强迫思维对患者生活质量的影响明显高于强迫行为^[31]。

1.2.1.3 对家庭功能的影响

强迫障碍也给家庭成员造成重大的负担^[32]，社交活动减少，导致隔离感和压抑感增加。强迫障碍男性患者更易长期失业和接受经济援助。

1.2.2 强迫障碍的疾病负担

强迫障碍位列世界银行和世界卫生组织排名第十位的致残性疾病，在15~44岁女性中，该疾病甚至成为前五位致残性病因^[33-34]。

1.3 医疗服务使用情况

尽管强迫障碍致残性较高、治疗选择多，但很多患者却不寻求医治^[2,10]。一项流行病学调查显示，只有34%的患者寻求医学治疗，在症状出现到确诊大概平均要经历17年^[10,15]。据ECA调查数据，30岁以前发病的患者中有74%可能是延误诊断，而另外一项研究表明50%的患者在就医行为前的20年就已经出现强迫症状^[10]。ECA调查中大多数强迫障碍患者都没有寻求专业治疗，原因很多，如：对疾病缺乏正确认识，认为强迫症状很奇怪但不认为是疾病表现，对于强迫症状感到难堪而隐瞒，认为疾病可以自愈、不知如何求助等。所有这些因素与精神健康知识贫乏及疾病自知力有关^[10,15]。

1.4 知晓率和识别率

普通人群中的知晓情况：国内一项对普通人群特定精神障碍知晓率进行调查，发现强迫障碍知晓率最低（11.5%）^[35]。

误诊漏诊：国内一项对综合医院心理疾患的误诊资源浪费情况及影响因素调查研究发现强迫障碍就诊人数占总门诊人数1.8%，误诊率26.3%，明显低于抑郁症、广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、躯体形式障碍等疾病的误诊率^[36]。研究看似误诊漏诊几率低于其他疾病，但是实际可能的原因是患者的就诊率低。

2 强迫障碍的临床表现、诊断与评估

强迫障碍症状形形色色，涉及多个心理过程，所以需要和多种疾病进行鉴别^[37]。临床评估需要贯穿诊断、治疗、康复的全过程。量表评估除了常

规强迫量表外，还需要利用其他相关量表进行各个维度如情绪、社会功能、生活质量等评估。

2.1 临床表现

2.1.1 强迫症状

强迫障碍的症状异质性强，同一患者报告很多不同强迫症状；不同患者所具有的症状可以完全不同，从而导致诊断困难。常见症状是强迫思维、强迫行为、强迫意向和强迫情绪。强迫思维包括强迫联想、强迫回忆、强迫疑虑、强迫性穷思竭虑、强迫对立思维；强迫行为包括强迫检查、强迫计数、强迫仪式动作^[37]。

强迫患者通常能认识到症状都是自己的想法和感受，并认为是不合理或过分的，但是这种自知力因人和病程时间而异。强迫障碍也有一种自知力不良的亚型存在。通常儿童青少年对强迫症状的自知力不好^[3]。

2.1.2 其他临床表现

强迫症状能引起明显的情绪反应，如焦虑、抑郁及恐惧。强迫症状也可以影响患者的日常功能，表现出生活质量下降、疏于自我照顾、回避某些环境和情景、甚至强迫他人顺从自己的强迫、干扰他人生活等。

2.2 诊断与鉴别诊断

2.2.1 诊断标准

2.2.1.1 国际疾病与相关健康问题统计分类第十版（International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, ICD-10）^[38]

诊断标准如下（编码F42，强迫性障碍）：必须在连续2周的大多数日子里存在强迫症状或者强迫动作，或两者并存。这些症状引起痛苦或妨碍活动。强迫症状应具备以下特点：a 必须被看作是患者自己的思维或冲动；b 必须至少有一种思想或动作仍被患者徒劳地加以抵制，即使患者不再对其他症状加以抵制；c 实施动作的想法本身应该是令人不愉快的（单纯为缓解紧张或焦虑不视为这种意义上的愉快）；d 想法、表象或冲动必须是令人不快地一再出现。

2.2.1.2 美国精神障碍诊断与统计手册第5版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition DSM-5）^[39]

强迫障碍（Obsessive-Compulsive Disorder）诊

www.cmhj.cn

断标准如下 (表 1)。

表 1 DSM-5 强迫障碍诊断标准

<p>诊断标准 [编码 300.3 (F42)]</p> <p>A. 具有强迫观念或行为, 或两者都有 强迫观念的定义如下 1 和 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 反复持续的思想、欲望或意象, 在病程的某些时间被体验是闯入性的和不想要的, 在大多数患者引起显著的焦虑或烦恼。 2. 患者企图忽视或者压抑这些思想、欲望、意象, 或用其他思想或行动来中和它们 (例如通过进行一种强迫行为)。 <p>强迫行为的定义如下 1 和 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 患者感到作为强迫思维的反应或按照应该刻板执行的规则而不得不进行的重复行为 (例如, 洗手、排序、核对) 或精神活动 (例如, 祈祷、计数、默默地重复字词)。 2. 这些行为或精神活动的目的在于预防或减少焦虑或苦恼, 或预防出现某些可怕的事件或情景; 然而这些行为或精神活动与打算中和/或预防的事件或情景缺乏现实的联系或明显是过分的。 <p>B. 这些强迫观念或强迫行为是费时的 (例如, 每天花费 1 小时以上), 或者引起显著的烦恼, 或者损害社会、职业或其他重要的功能。</p> <p>C. 强迫症状不是由于物质的生理效应 (如物质滥用、药物) 或其他躯体问题导致的。</p> <p>D. 病情不能更好地被其他精神障碍的症状所解释 (例如: 广泛性焦虑的过度担心; 躯体变形障碍对外貌的先占观念; 储藏癖专注于储藏而无法丢弃和部分持有; 拔毛癖专注于拔毛; 揭皮癖 (skin picking) 专注于剥皮; 刻板型活动障碍的刻板活动; 进食障碍的仪式化进食行为; 物质滥用及成瘾患者的物质滥用和赌博; 疑病症对生病的先占观念; 性欲倒错专注于性欲或性幻想; 冲动控制障碍的冲动; 抑郁症的反复自责; 精神分裂症谱系及其他精神病性障碍的思维插入或妄想的先占观念, 全面发育障碍谱系的重叠动作等)</p> <p>标明:</p> <p>自知力好或良好: 患者认为强迫症相关信念明显或可能不是真的。 自知力差: 患者认为强迫症相关信念可能是真的。 无自知力/妄想性信念: 患者坚称强迫症相关信念是真的。</p> <p>标明:</p> <p>抽动相关: 患者目前存在或既往有抽动障碍。</p>

2. 2. 1. 3 两个诊断标准对比

总体上, ICD-10 的标准简单, 强调症状体验上必须有 4 个特点存在: 症状自我性、对至少一个症状有抵抗感、痛苦感和重复。对病程的定义是连续 2 周的大多数时间里存在症状。其他则没有具体解释, 对自知力和抽动障碍没有提及。DSM-5 则更为详尽描述强迫观念和行为的定义标准, 尤其是“病程的某些时间”“在大多数患者”“缺乏现实的联系或明显是过分的”等具体描述方式来定义症状, 这样容易把握诊断, 诊断的范围也相应扩大。并且 DSM-5 没有具体的病程要求, 但是对疾病程度有具体的解释。在 DSM-5 中, 删除了 DSM-IV 中有关自知力的条目“在此疾病病程的某些时刻, 此人能理解自己的强迫性意念或强迫性行为是过度或不合理的”。取而代之的是 DSM-5 用标明的方式, 标注出患者的自知力的程度和是否有过抽动障碍。同时对鉴别诊断的疾病也做了详尽的描述。DSM-5 用标明的方式, 标注出患者的自知力的程

度和是否有过抽动障碍。同时对鉴别诊断的疾病也做了详尽的描述。

2. 2. 2 鉴别诊断

强迫障碍主要与抑郁障碍、焦虑障碍、疑病障碍、精神分裂症及人格障碍等疾病鉴别^[40]。

抑郁障碍: 抑郁障碍患者可以出现强迫症状, 而强迫障碍患者也可以有抑郁体验, 对比鉴别主要根据哪种症状是原发并占主要地位而定。难分伯仲的话, ICD-10 建议抑郁障碍诊断优先。

广泛焦虑障碍: 广泛焦虑障碍表现的是一种模糊的但很困扰的不祥预感, 内容广泛、多不固定, 也很少有自我抵抗的感觉。而强迫症障碍的思维通常都有明确的内容, 并多数有自我抵抗的感觉。

躯体形式障碍: 躯体形式障碍的表现主要是诸多躯体的不适感觉和个人主观的关注; 而强迫障碍的症状不仅仅限于躯体症状。

疑病障碍: 疑病障碍对于严重疾病的恐惧或信念是基于将普通的身体体征和症状错认为是严重疾

病的表现,这一点可以将强迫障碍与疑病障碍区别开来。在强迫障碍中,这些恐惧来自于外界的刺激。

精神分裂症: 精神分裂症患者常出现强迫症状,鉴别诊断主要看患者有无自知力、是否引以为痛苦,还是淡漠处之;患者与环境、现实是否保持一致,以及患者有无精神分裂症的特征性症状。

强迫型人格障碍: 强迫型人格障碍是人格或者性格上的特征,是随着性格形成而发展出来的;强迫障碍则是有临床症状表现,相对来说有明确的病程界限。

其他有刻板行为的疾病: 继发于躯体疾病或者药物所致的刻板行为都需要和强迫障碍相鉴别,一般能从躯体疾病病史和用药历史可以发现证据。

拔毛癖、揭皮癖、储藏癖、冲动控制障碍等: 各类疾病专注的点不同,如拔毛癖专注于拔毛,揭皮癖专注于剥皮,储藏癖专注于储藏而无法丢弃和部分持有,冲动控制障碍的体验主要是冲动的控制不住。

2.3 临床评估

临床评估需要评估患者对治疗的要求、是否适合某治疗、治疗是否有效、是否需要调整治疗、某种治疗可能带来的不良反应和影响,以及患者可能的预后等等。

临床评估的频率要根据诊断和治疗的需要而确定。每次开始新的治疗前、治疗进行每2~3周、整体治疗结束后都需要评估。如果治疗效果良好和病情稳定,也可以间隔每个月进行评估。

2.3.1 症状筛选和症状记录

强迫症状多种多样,并且不同时间段的表现会有所不同。所以要详细地记录现在和过去症状表现,记录患者症状多样性和症状群。每个症状都要记录患者每天花费的时间以及设法摆脱强迫的努力程度及抵抗行为,以及最终的效果等等^[40]。还需要记录患者因强迫症状而主动回避的问题或情境。同时记录患者在工作、家庭和社会关系方面的影响,以及对情绪的影响等。

为了能够更多的询问症状,必要时可以使用以下的筛选问题帮助识别强迫^[13,40]: 你是否有很难摆脱的不愉快想法?你是否担心自己会冲动地伤害他人?你是否需要一遍遍地数数、洗手或检查物品?你是否担心自己的某些关于宗教的想法是不正

确或是不道德的?你是否在一些关于性的想法方面有困扰?你是否需要做事情强调对称或严格的次序?你的房间是否很凌乱?这些忧虑和行为是否已经干扰到工作、家庭或社会活动?

2.3.2 病史采集

需要对强迫障碍的发生、发展、既往治疗过程和心理基础等进行全面的评估,包括以下方面^[3,40]:

现病史: 包括发病年龄,发病诱因(了解患者当时的个人背景、心理和社会因素等),不同阶段的症状内容,严重程度,症状的演变等,病程变化等。

治疗史: 住院治疗、既往和当前药物治疗(详细剂量、疗程、疗效和不良反应),以及心理治疗(包括性质、程度和效果)。预测潜在的药物相互作用风险。

既往史: 目前躯体状况、相关住院治疗史、头部创伤史、意识丧失、癫痫发作史等;并记录躯体或心理症状的发作和严重程度,因为可能会和药物治疗的不良反应混淆。

其他疾病史: 抑郁障碍,了解与自杀观念、行为之间的联系。双相情感障碍及家族史判定是否有诱发轻躁狂或躁狂的风险十分重要。惊恐障碍、抽动障碍、冲动控制障碍、进食障碍、物质滥用及物质依赖史、注意缺陷多动障碍会使治疗方案变得复杂。

心理社会因素: 个人史、社会心理支持资源、潜在心理压力源、受教育和工作情况、对学术和职业成就、家庭关系、社会关系、性关系的妨碍。医患关系、社会或自然环境以及既往治疗中的影响。

其他: 治疗费用、保险范围和交通等实际问题。

2.3.3 精神检查

强迫症状清单和强迫症状的严重度,对自我影响和外界干扰的评估。包括各类的强迫症状:让患者估计每天花几个小时在强迫观念和强迫行为上,设法摆脱强迫的努力程度(采取分散注意力或接受被动的认知,而非重复争论)及抵抗行为的程度,因强迫症状而主动回避的问题或情境^[9,40]。

安全性评估: 患者及他人的安全性,即患者潜在的自伤或自杀以及攻击他人的行为^[1,40]。尽管患者极少对干扰到其进行强迫性仪式动作的人使用暴

力,但是暴力行为还是存在一定案例的,需要引起关注。

自我认识水平评估:患者对自我病情的自知力和判断力,治疗动力和配合能力。对疾病病因、影响和机制的理解;症状对家庭生活的影响等等。当强迫障碍患者拒绝或过早中断治疗时,医生最好建议受到强迫障碍患者负面影响的家庭成员进行相关治疗咨询。

量表测查:耶鲁布朗强迫量表和生活质量量表等,焦虑抑郁量表^[40]。

2.3.4 量表评估

2.3.4.1 强迫症状评估

目前最常用的是耶鲁布朗强迫症状量表(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS)^[3,8,17,40-41]。Y-BOCS是由Goodman编制的针对强迫障碍各种症状表现和严重性的临床评估、半结构化、他评量表。有十个条目,包括症状检查表和严重性量表2个部分。严重性量表中,强迫思维(5项)和强迫行为(5项)的严重性通过痛苦、频率、冲突、抵抗等维度来评估。每个条目都是0到4分,所有的条目合成总分(范围为0~40)。症状检查表包括62种强迫思维和强迫行为,患者根据目前存在的症状进行选择。

轻度:6~15分(单纯的强迫思维或强迫行为,仅需要6~9分):其症状已经对患者的生活、学习或职业开始造成一定程度的影响。

中度:16~25分(单纯的强迫思维或强迫行为,仅需要10~14分):表示症状的频率或程度已经对生活、学习或工作造成显著影响,导致患者可能无法有效完成原本的角色功能。

重度:25分以上(单纯的强迫思维或强迫行为,仅需要15分以上):症状非常严重,完全无法完成原有的角色功能,甚至无法胜任生活自理。

治疗有效的定义是比基线的Y-BOCS评分至少减少25%~35%,或临床总体印象-改善量表(Clinical Global Impressions-Improvement Scale, CGI-I)评定为较多改善或改善非常大^[3,8,40]。治疗痊愈是Y-BOCS 8分及以下,或者症状不再满足疾病的诊断标准,功能完整,焦虑和抑郁症状没有或较少^[8]。

需要强调的是,量表得分主要反映病情严重程度,间隔一定时间重复评定可反映病情变化情况,

不能只凭量表得分做诊断。

儿童版Y-BOCS量表(Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, CY-BOCS)是年龄向下延伸的成人版Y-BOCS(适用年龄范围8~17岁),是临床医生用来对儿童进行评估的半结构化工具^[17]。

2.3.4.2 焦虑抑郁评估

焦虑、抑郁相关的量表如焦虑抑郁自评量表(Self-Rating Anxiety Scale, SAS)和Self-Rating Depression Scale, SDS),汉密尔顿焦虑抑郁量表(Hamilton Anxiety Scale HAMA, Hamilton Depression Scale, HAMD)^[40]。

2.3.4.3 生活质量和社会功能评估

评价社会功能的社会功能损害量表(SDSS)。评价生活质量:简明生活质量幸福与满意度问卷(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Short Form, Q-LES-Q-SF),或SF-36^[40]。这些对疾病的影响及其治疗的效果可提供更广泛地评估。

3 强迫障碍的治疗

强迫障碍治疗需要药物和心理相互协调,是一个长期过程^[15],包括急性期和维持期治疗。治疗首先需要建立和维护治疗联盟^[1,40]。医生应考虑患者的感受、需求、期望,与患者一起制定方案^[2,40],也要依靠联盟来应对患者的过度猜疑、对药物不良反应的过度担忧和完美主义等情况^[1,40]。同时要考虑所有治疗因素,制定分层次的治疗目标:急性期是减少强迫症状的频率和严重度,改善患者的社会功能;长期目标是消除强迫症状、改善生活质量^[40]。其次治疗需要做系统的治疗前(基线)评估和定期随访^[8,40],包括使用相关量表评估等。药物治疗选择需要按照一线、二线、联合治疗等程序贯进行^[8,40],保证足量足疗程的治疗,并注意药物的适应证、加量、停药事宜。同时使用心理治疗的资源来加强药物治疗效果。心理治疗需要选择合适的治疗方式,如认知行为疗法等,并且考虑个人、团体、家庭治疗等形式,甚至包括对强迫患者家人的支持性治疗^[1,40]。治疗的整个过程中还需要创建患者合适的治疗环境,以及协调患者与其他医疗和社会部分的关系等^[1,40]。对于儿童、老年等特殊人群需要特殊对待。

3.1 治疗目标

急性期治疗: 最大限度减少症状的频率和严重性, 改善患者的社会功能和生活质量 (家庭、社会、工作/学习、居家、为人父母和休闲方面)^[40]。

长期治疗目标: 要根据疾病的严重程度和治疗情况, 决定适合患者的长期治疗目标。可以分别为: ① 临床治愈, 消除强迫症状, 社会功能完全恢复。② 症状减轻到最小限度, 对社会功能和生活质量影响最小。③ 对于部分难治的患者, 最大限度减少症状的频率和程度, 接受带着症状生活, 提高生活质量和社会功能^[1, 40]。

3.2 治疗原则

3.2.1 创建治疗联盟, 提高治疗依从性

治疗联盟可以使治疗更连贯有效, 提高配合医疗的积极性和能力。治疗应符合患者需要和承受能力^[40]。

3.2.2 定期评估患者疾病和共病

评估患者的强迫症状, 并和其他相似症状鉴别以及评估是否出现新的症状^[40]: 包括抑郁性思维反刍、广泛性焦虑障碍的焦虑、创伤后应激障碍的闯入性想法和景象, 以及精神分裂症和双相障碍的妄想等。还需评定疾病及共病的严重程度和对患者功能的影响。随访频率从 2 天到 2 周不等, 取决于患者症状的严重程度和并发症所致的身体状况, 是否有自杀观念以及产生令人困扰的不良反应的可能性。

3.2.3 创建合适的治疗环境

患者应在既安全又有效的环境中治疗^[40]。可以是住院或者部分住院、门诊治疗。出现以下情况时应考虑住院治疗^[1]: 自杀风险、对他人构成危险、不能提供充分的自我照料、不能忍耐门诊药物治疗的不良反应、需要加强认知行为治疗 (cognitive behaviour therapy, CBT)、因共病严重的精神障碍而需要住院治疗 (比如严重的抑郁和有自杀行为的抑郁、精神分裂症、双相障碍的躁狂发作)、对治疗严重抵触。

3.2.4 协调患者医疗与其他社会机构的关系

医生应与患者共发躯体疾病的其他临床医生, 以及社会机构例如学校和职业康复机构之间进行关系协调^[1, 40]。

3.2.5 药物和 (或) 心理治疗的综合长期治疗

医生应考虑患者的动机和配合药物治疗及心理

治疗的能力。CBT 和选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (selective serotonin re-uptake inhibitors, SSRIs) 作为安全有效的一线治疗^[40]。是否使用 CBT 或一种 SSRIs, 或联合治疗, 取决于患者症状的性质和严重程度、共病的精神障碍和躯体疾病的性质及治疗情况、CBT 的可获得性、患者的治疗情况^[40]。

3.2.6 个体化原则

完全缓解可能会出现, 但不会迅速发生。并且每个患者的症状、疾病的自我认知、能接受的治疗条件都不尽相同, 因此需要根据患者的个体来决定相应的治疗方案。

3.2.7 健康教育

提高患者协同治疗的能力, 使任何治疗的不利影响最小化, 帮助患者培养解决压力源的方案, 以及对患者和家属进行相关教育^[40]。

3.3 药物治疗

3.3.1 药物治疗原则

3.3.1.1 足量足疗程治疗

每一种 SSRIs 都有各自的起始剂量、常用有效剂量、最大推荐剂量^[3, 40]。大多数患者在治疗 4 ~ 6 周后不会有显著效果, 有些患者甚至到治疗 10 ~ 12 周才有改善^[3, 40]。一般建议急性期治疗 10 ~ 12 周, 效果好可以进入维持期 1 ~ 2 年^[3, 40]。

3.3.1.2 选择适合的药物和心理治疗

治疗应从首选的药物和 (或) 心理治疗开始^[40], 按照治疗流程, 治疗效果不佳的患者逐步进行换药或者联合治疗。选择治疗药物时, 应考虑到患者的安全和对某些不良反应的耐受性^[15], 包括考虑任何相关的食品和药物管理局给予警告的、潜在的药物相互作用、既往治疗效果和当前的共患躯体疾病^[40]。如帕罗西汀是体质量增加最明显和抗胆碱能作用最强的 SSRIs, 不宜作为肥胖、糖尿病、便秘或排尿不畅患者的首选药物^[40]。选择药物治疗还需要考虑药物对代谢改变的程度 (肝脏细胞色素 P450 酶系统)。

3.3.1.3 及时处理药物治疗的不良反应, 停止治疗需要评估

随时评估和处理任何可能的不良反应^[1]。停药需要考虑逐渐停药, 同时要观察症状复燃或恶化^[1, 40]。

3.3.1.4 每次治疗前需要再次进行充分的评估

确定患者治疗无效时需要考虑下一步治疗方

案,并且治疗方案也需要考虑患者的病情和主观意见。医生还应注意疾病的继发获益以及因为抑郁情绪而降低治疗愿望的情况^[40]。同时需要再次评估以下内容,包括患者的症状特点及严重性、药物依从性、既往不良反应、共病情况、自杀风险、社会心理压力、与家庭和/或照顾者的关系以及性格等^[40]。

3.3.1.5 定期随访

开始进行一种治疗后,随访频率可以从几天到2周。随访频率取决于症状的严重程度、并发症情况、自杀观念、不良反应等等因素^[8,40]。

3.3.2 一线药物

一线药物:舍曲林、氟西汀、氟伏沙明和帕罗西汀是由美国食品药品监督管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准的治疗强迫障碍药物(排序按照FDA批准强迫障碍适应证的时间顺序),也同样被中国国家食品药品监督管理总局(China Food and Drug Administration, CFDA)批准使用^[3,17,40]。SSRIs耐受性更好,所以一般推荐首选^[1,8,10,15,40]。尽管所有的SSRIs显示出相近效果,但针对单独个体,可能其中一种药物效果好,而其他药物效果不好^[40],并且每个药物的耐受性不同^[3,42]。

3.3.3 二线药物

获得CFDA批准治疗的氯米帕明。安慰剂对照的meta分析中,氯米帕明比SSRIs更有效,但头对头研究中氯米帕明与SSRIs之间差异无统计学意义^[15,17,40]。出于安全性的考虑(惊厥、心脏毒性、认知损害、抗胆碱能不良反应、药物相互作用以及过量致死性)^[3],通常要经过一种^[40]或者两种^[8]SSRIs药物治疗无效后才使用氯米帕明^[3,10,15]。

表1 CFDA 批准的药物治疗强迫障碍的剂量

药物	起始剂量和增加剂量 (mg/d)	常用目标剂量 (mg/d)	最大剂量 (mg/d)
舍曲林	50	200	200
氟西汀	20	40~60	80
氟伏沙明	50	200	300
帕罗西汀	20	40~60	60
氯米帕明	25	100~250	250

注:CFDA,中国国家食品药品监督管理总局。

尚未获得FDA和CFDA的适应证批准,但是有RCT研究等高质量证据支持的治疗药物有西酞普兰^[1,8,10,17]、艾司西酞普兰^[8,10,15,17]。少量的研究提示换用文拉法辛(剂量为225~350 mg/d)^[8,10,15,40]和米氮平^[8,15,40]有效。

3.3.4 联合用药治疗方案

主张单一用药原则,当足量足疗程的单药治疗方案效果不好时,可以考虑联合用药治疗方案。

抗精神病药单药治疗不作为强迫障碍的常规治疗^[1,43]。SSRIs联合抗精神病药物可以增加疗效。报告有效率为40%~55%^[3,40]。常用的有氟哌啶醇^[3,8,40]、利培酮(0.5~6 mg/d)^[3,8,15,17,40]、喹硫平(150~450 mg/d)^[8,15,17,40]、奥氮平(5~10 mg/d)^[8,15,17,40]和阿立哌唑(5~20 mg/d)^[3,10,17]。

氯米帕明作为SSRIs的联合用药,现有文献证据显示,和抗精神病药联合SSRIs的方案相比疗效上有优势,但安全性有劣势,所以一般放在抗精神病药的联合方案后推荐。

苯二氮草类药物也被用于SSRIs的联合用药治疗^[17,40],但有研究提出氯硝西洋作为增效剂对强迫症状的治疗效果尚没有定论,可能只是改善了焦虑^[8]。

丁螺环酮^[1,10,15,40]、普萘洛尔(7.5mg)^[40]、利鲁唑(50 mg)^[8,10,40]也可作为SSRIs的联合用药,但是证据都欠充分。

其他药物治疗:锂盐、抗癫痫药(托吡酯等)、单胺氧化酶抑制剂、圣约翰草、曲马多在难治性患者中可能会有用,但尚无充足证据^[3,10,15,40]。

3.4 心理治疗

强迫障碍的一线心理治疗是个人或团体的CBT,主要技术有暴露和反应预防^[1-3,8,10,40]。治疗会谈次数、时间长短均因人而异。理想的CBT是每周一次^[40],每次90~120 min,共13~20次^[3]。如果治疗有效,维持治疗3~6个月^[3]。较严重患者可能需要更长时间和(或)更多次数的会谈^[40]。接受个体CBT治疗的患者改善更多,可能和治疗对个体更有针对性的建议有关^[8]。

实施CBT有以下要素^[8]:①教育阶段,强迫障碍的症状及应对方案,解释治疗重点、合理治疗程序;②暴露阶段,按照引发焦虑程度从最小到最大排列症状清单,帮助患者暴露在诱发焦虑及强迫

行为的情境中,学习忍耐焦虑体验;③反应预防,逐渐减少、消除强迫行为;④认知干预,重新评估涉及情境中诱发强迫症状的危险观念。

精神动力学治疗通过向患者阐明症状之所以会持续存在的原因(如最佳适应、继发获益)来帮助患者克服阻抗,处理强迫症状带来的人际关系^[40]。也可以建议自助疗法^[40]。

家庭疗法可缓和家庭内部存在的可加剧患者症状的心理压力的因素,或者改善症状相关的家庭问题^[40]。少儿期患者常见的家庭特点:高情感表达,即批评多、互相卷入,但情感支持、温暖、亲近水平较低;较少使用积极的问题解决方法,较少鼓励子女的独立性。同时患者家庭功能受损,家庭成员沮丧、紧张,过度卷入仪式性行为、应对强迫性的需求。所以推荐以家庭为基础的认知行为治疗,以及注重人际系统改变的系统式心理干预,方法包括:心理教育,症状行为外化,症状监测,协助父母及同胞支持和犒赏患者完成暴露及反应预防家庭作业,并且让家庭成员避免无意中强化患者的仪式行为^[44-45]。对于成年患者,人际系统(夫妻及家庭)为对象的系统式心理干预显示更好的疗效。治疗目标是帮助家庭成员降低他们对于患者强迫性仪式、强迫观念的过度迎合或对抗性的反应^[46-47]。

3.5 其他治疗

对于严重、难治或无法消除症状的患者,只有在完成一线、二线以及证据良好的增效方案后再考虑其他治疗的可能性。重点是要权衡可能的受益与风险。

改良电休克治疗(modified electroconvulsive therapy, MECT)不推荐用于强迫障碍的治疗,但当共患有 MECT 适应证的疾病(如重度抑郁障碍、不可控制的双相情感障碍躁狂发作、精神分裂症)时会考虑治疗的可能性^[10,40]。但是需要注意可能有麻醉风险和记忆损害。

系统住院治疗或部分住院的方式可能有助于治疗严重的难治性强迫障碍^[1,40]。

重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)和深部脑刺激(deep brain stimulation, DBS)都有相应文献报告,但证据有限^[8,10,15,40],并且CFDA目前都未批准相关的适应证。具体操作实践还需严格遵照我国相关医疗和法律的规定。

神经外科手术因为术后潜在的不良反应诸多^[8,40],不作为推荐方案^[1,40]。

3.6 治疗规范化程序

3.6.1 规范化治疗流程图(见图1)

3.6.2 急性期治疗

诊断明确后,建立治疗联盟,医生要结合患者的需求制定药物和心理治疗方案。治疗建议按照如下流程操作,每步都需要重新评估。

对于没有太多抑郁或者焦虑症状、不愿意采用药物治疗而有意愿做 CBT 的患者,建议单独 CBT 作为初始治疗^[1]。对于以前对药物治疗效果良好,或有意愿单用 SSRI 治疗,或有严重强迫障碍,或不能配合 CBT 以及无法获得 CBT 资源的情况下,建议单独 SSRI 治疗^[1]。属于以下情况:患者对单一疗法效果不满意,有共患精神障碍而 SSRI 对此有效,以及对治疗期限有要求、严重强迫障碍,建议采用一种 SSRI 和 CBT 联合治疗。

如果单一 SSRI 药物治疗(12周)或单一 CBT(包括暴露和反应阻断疗法,超过10次)(exposure and response prevention, ERP)治疗效果不好,可以在评估后 CBT 和一种 SSRI 联合治疗。

如果经 CBT 和一种 SSRI 联合治疗的患者在治疗12周后治疗效果仍不好,或对 SSRI 单药治疗没有效果,或者患者没有进行认知行为疗法,则需要换用不同的 SSRI 药物或者使用氯米帕明。

若患者对第一种 SSRI 药物没有效果,则可能需要换用另一种 SSRI^[8,40],第2种 SSRI 的有效率接近 50%^[40]。小量的研究提示换用文拉法辛(剂量为 225~350 mg/d)^[40]和米氮平^[40]有效。

如果患者对至少一种 SSRI 药物足疗程治疗后无效或者耐受不良,或患者希望使用氯米帕明,或以前对氯米帕明治疗效果良好的情况下,可以考虑使用氯米帕明^[8]。

如果患者对至少一种 SSRI 药物足疗程治疗、足疗程的一种 SSRI 和 CBT 联合治疗、足疗程氯米帕明单药治疗无效时,应该考虑在 SSRI 或氯米帕明的基础上使用联合治疗方案。强迫障碍可能会难治,在首次治疗获益甚微的情况下维持下去也相当重要。因此,在治疗早期增加二线、联合治疗药物也很重要^[8]。

当患者对初始治疗有部分疗效,此时推荐联合治疗方案而不是更换治疗方案^[40]。联合方案可以

SSRIs 联合抗精神病药物，包括氟哌啶醇^[3]、利培酮 (0.5 ~ 6 mg/d)^[17]、喹硫平 (150 ~ 450 mg/dy)^[17]、奥氮平 (5 ~ 10 mg/d)^[17]、阿立哌唑 (5 ~ 20 mg/d)^[17]。氟哌啶醇对共病抽动障碍的患者

有帮助，但是氟哌啶醇常有锥体外系不良反应、迟发性运动障碍等不良反应，所以目前倾向联合非典型抗精神病药^[3, 8]。

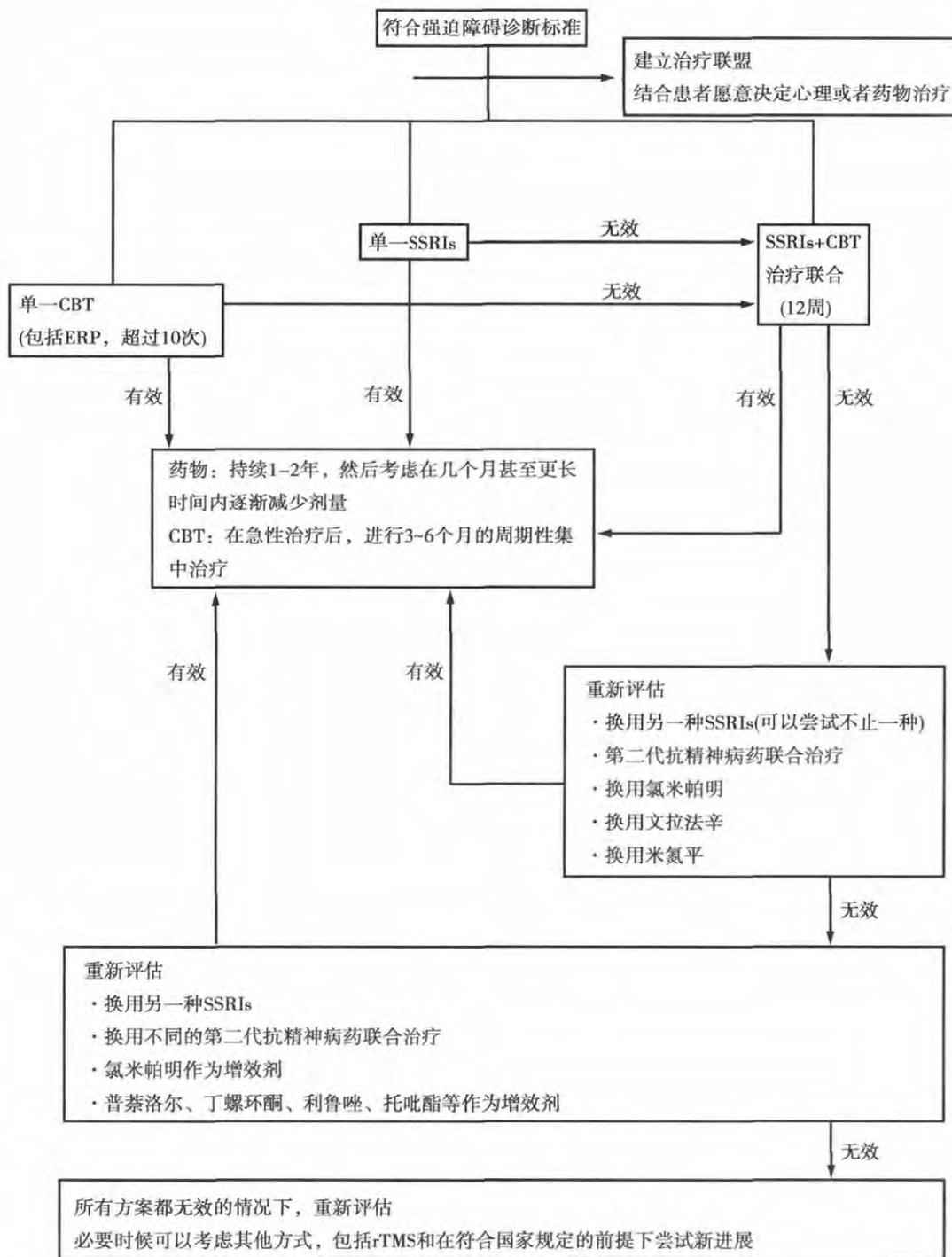


图1 强迫障碍规范化治疗流程图

如果上述方案无效，可能还要考虑其他联合治疗，如氯米帕明^[8, 40]、丁螺环酮^[10, 15, 40]，普萘洛

尔^[40]、利鲁唑^[8,10,40]、苯二氮草类药物^[2]、锂盐^[10,15,40]、抗癫痫药^[40]、单胺氧化酶抑制剂^[40]、圣约翰草^[8,40]、曲马多^[8,40]、托吡酯^[8,15,40]等。SSRIs联合氯米帕明,在其剂量达50 mg/d之后,应当每2~3周监测氯米帕明和去甲氯米帕明的血药浓度。氟西汀、帕罗西汀、氟伏沙明都会增加氯米帕明的血药浓度。对于有心脏疾病或年龄大于40岁的患者,需要做心电图筛查。随着氯米帕明的剂量增加,应监测患者的脉搏和血压。

如果完成所有治疗方案,效果仍不好,可以在重新确定诊断和再次评估后考虑难治性的治疗方案和尝试某些新进展,但是需要注意风险和获益的评估以及合法性。

治疗中需要注意:对于担心不良反应、合并焦虑障碍、老年患者,需要较低的药物起始剂量和更加缓慢加量的方法。治疗第1个月,药物剂量逐星期滴定增加^[3,40]。大多数患者在开始治疗后4~6周不会觉得有明显改善,有些到治疗10~12周才最终体验到改善。开始4周内症状改善很小或未改善的情况下,药物可按说明每周或每两周增加到患者可以耐受的最大剂量。在已知的有效剂量治疗10~12周之后无效果的患者,对较高剂量可能有效果。如果耐受良好,每周增量到最大推荐剂量。在这些情况下,应该密切监测患者的不良反应,包括5-羟色胺综合征。氯米帕明起始剂量25 mg可提高其治疗早期的耐受性^[8]。对于有明显自杀风险的每次只开少量药物^[1],之前要做心电图、量血压。

药物加量的速度应该考虑到治疗效果、不良反应和患者的主观意愿。需要监测不良反应。最初的治疗很少能使强迫症状完全消失,有效定义为比基线的Y-BOCS评分减少25%~35%以上。

3.6.3 长期治疗

长程药物治疗可以预防复发,建议急性期后药物治疗至少持续6个月,最好药物维持1~2年^[3,8,40]。经治疗后尚有30%~40%的患者存在残留症状^[17]。很多患者可能需要更为长期的药物治疗。CBT有效的患者,需要在急性期治疗后进行3~6个月的周期性集中治疗^[40]。虽然抗精神病药物联合治疗强迫障碍有效,但每一药物的最佳剂量、长期耐受性、疗程、停药方法以及何类患者何种药物获益都需进一步研究。

患者在病情缓解之后(症状没有临床意义并且社会功能完全恢复至少12周)已经服用了一种SSRIs药物12个月,需要定期评估继续治疗的必要性^[1]。评估应考虑首次发病时的严重程度及持续时间、发作次数、残余症状及社会心理状况等因素。

一些证据证实低剂量的维持治疗可能是有效的,但药物应小心减量谨防复发,必须严密监测患者情况^[8,40]。也要防止突然停药出现的撤药综合征(有眩晕、恶心/呕吐、头痛以及嗜睡、激越、失眠、肌阵挛以及感觉异常)^[40]。为减轻停药反应,药量应在几周之内逐渐减少,减药量应该考虑患者的初始剂量、药物半衰期以及不良反应的特点,一般每1~2个月逐渐减少10%~25%的剂量^[40]。应该告知患者注意复发的早期表现,在必要时加强药物治疗。

3.7 特殊人群的治疗

3.7.1 共病的治疗

选择治疗药物时,必须考虑躯体疾病和躯体疾病相关的治疗药物。需要参阅肾脏与肝脏疾病对药物代谢的影响和潜在的药物相互作用提示^[40]。SSRIs由于诱发癫痫发作风险低、对心血管相对安全、对胃肠道刺激小等特点,可以用于癫痫、心律失常、充血性心力衰竭或血压异常、超重的患者,以及正在服用曲普坦的偏头痛患者和帕金森病患者^[40]。SSRIs的不良反应和以下症状有关,包括心动过缓、高血压、低钠血症、出血、皮肤紫癜、恶心、腹泻、便秘、排尿改变、锥体外系症状群等等。这些需要和共患的躯体疾病以及药物治疗中出现的不良反应相鉴别^[3,40]。

共患抽搐障碍的患者,可能从抗精神病药物联合治疗中受益^[40]。共患抑郁障碍的患者,可以做以下方案:增加SSRIs的剂量、联合不同化学结构的抗抑郁药、联合抗精神病药物,或对于严重、难治性或自杀的抑郁障碍使用MECT^[40]。共患有双相障碍的患者可能需要联合情绪稳定剂和第二代抗精神病药物^[40]。共患惊恐障碍,SSRIs治疗应该从低剂量开始,并且剂量应该在几周以上缓慢向上滴定,以避免诱发或加重惊恐发作或者合用苯二氮草类药物^[40]。合并酒精或其他物质滥用或依赖,有可能影响强迫障碍治疗依从性和疗效,并会增加药物相互作用的危险^[40]。

3.7.2 儿童强迫障碍的治疗

FDA 批准可以用于治疗儿童强迫障碍的有: 舍曲林 (6 岁以上)、氟西汀 (8 岁以上)、氟伏沙明 (8 岁以上) (排序按照 FDA 批准强迫障碍适应证的时间顺序) 和氯米帕明 (10 岁以上)^[40]。CFDA 批准的有: 舍曲林 (6 岁以上)、氟伏沙明 (除强迫症外不应用于 18 岁以下的儿童少年) 和氯米帕明 (5 岁以下儿童没有相关资料)。

对于轻度没有共病的患者, CBT 是首选方案^[1,10,40]。对于症状严重、共患其他疾病、认知功能低无法配合 CBT 的患者, 推荐 SSRI 药物治疗^[1,10,40]。如果可以, CBT 和 SSRI 联合方案最好^[40]。

SSRI 在治疗第 1 个月, 能增加共病重度抑郁障碍和其他精神障碍的儿童患者自杀的风险, 所以应该监测症状恶化情况、自杀倾向和不寻常行为改变^[1,40]。

儿童的治疗起效时间、剂量、加药速度、治疗持续时间和停药后的可能复发时间都没有更进一步的临床试验证据, 目前是基于成人试验和临床经验使用^[1]。使用氯米帕明治疗之前, 需要做心电图检查来排除心脏传导异常, 谨慎地逐渐加量^[10]。

药物使用需要经过患者和家属的知情同意^[1]。年龄小的儿童, 第 1 周可以考虑给予正常初始剂量的 1/2 或 1/4, 加量缓慢并且要考虑到治疗效果的延迟。最高剂量不能超过推荐的高限。症状缓解后药物治疗需要持续至少 6 个月^[1]。尝试停药应该告知患者和家属可能的复发和/或出现停药症状。减停过程中应该继续心理治疗降低复发的风险。常规治疗中不应该单独使用抗精神病药治疗, 但是可以考虑作为联合治疗方案^[1], 也需要做包括家庭或照顾者在内的 CBT 治疗^[1]。

3.7.3 老年强迫障碍的治疗

SSRI 是一线治疗药物, 医生需要根据躯体情况选择药物类型和调整药物剂量^[10]。药物起始剂量要从低量开始, 增加剂量更缓慢^[40]。注意 SSRI 会恶化帕金森病的运动不能和临床症状。肝肾功能代谢能力下降会影响血药浓度。因躯体疾病治疗, 多种药物相互作用风险增加^[3,40]。舍曲林因与其他药物间相互作用风险较低, 可考虑使用^[3]。老年患者对氯米帕明和抗精神病药物的抗胆碱能作用较为敏感^[40], 对 ERP 治疗效果较好。

3.7.4 难治性强迫障碍的治疗

仍有 40% ~ 60% 的患者经 SSRI 药物治疗后无效^[15,17]。建议难治性病例应该重新诊断, 并评估躯体疾病和精神障碍共病状况 (如甲状腺功能疾病、物质滥用、双相情感障碍等), 还需要评价患者对治疗依从性、是否存在社会心理压力、家庭成员对症状影响、药物耐受性等方面^[2,40] 因素。并推荐采用以下方案: 换用高剂量 SSRI、联合用药、尝试其他新型药物、加强心理治疗^[15,40]。

增加 SSRI 剂量到超过一般常用治疗剂量, 如果对以前药物治疗有效果但不显著, 并对药物耐受良好的患者甚至可能会考虑超出药物说明书推荐的最大剂量用药 (获得家属的知情同意)^[40]。静脉注射氯米帕明, 能够避免肝脏的首过代谢效应, 有潜在毒性, 需要严密观察^[3]。SSRI 联合治疗中推荐联合抗精神病药物, 大概 1/3 到 1/2 的患者会受益, 而无效的患者, 应该停止使用抗精神病类药物, 减少风险^[3]。CBT 也可作为一种强化治疗的方案^[40]。

参考文献

- [1] National Collaborating Centre for Mental Health. NICE guideline—Obsessive-compulsive disorder 2005 [OL]. (2011-1-21) [2013-8-30]. <http://guidance.nice.org.uk/CG31/NICEGuidance/pdf/English>.
- [2] Bandelow B, Zohar J, Hollander E, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders—first revision [J]. World J Biol Psychiatry, 2008, 9(4): 248-312.
- [3] Stein DJ, Koen N, Fineberg N, et al. A 2012 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder [J]. Curr Psychiatry Rep, 2012, 14(3): 211-219.
- [4] Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS) [J]. Psychol Med, 2004, 34(4): 597-611.
- [5] Ritchie K, Artero S, Beluche I, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population [J]. Br J Psychiatry, 2004, 184: 147-152.
- [6] Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, et al. Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000 [J]. Int Rev Psychiatry, 2003, 15(1-2): 65-73.
- [7] 刘肇瑞, 黄悦勤, 陈曦, 等. 北京市社区人群心境障碍、焦虑障碍及物质使用障碍的现况调查 [J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(2): 102-110.
- [8] Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders [J]. Can J Psychiatry, 2006, 51(8 Suppl 2): 9S-91S.
- [9] Leckman JF, Grice DE, Boardman J, et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder [J]. Am J Psychiatry, 1997, 154(7): 911-917.
- [10] Marazziti D, Consoli G, Baroni S, et al. Past, present and future drugs for the treatment of obsessive-compulsive disorder [J]. Curr

- Med Chem, 2010, 17 (29): 3410 - 3421.
- [11] Keqing L, Ze C, Lijun C, et al. Epidemiological survey of mental disorders in the people aged 18 and older in Hebei Province [J]. Asian J Psychiatr, 2008, 1(2): 51 - 55.
- [12] 马起民, 李喜泼, 张海燕, 等. 保定市精神障碍流行病学调查 [J]. 中国全科医学, 2008, 11(6): 522 - 526.
- [13] Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001 - 05: an epidemiological survey [J]. Lancet, 2009, 373 (9680): 2041 - 2053.
- [14] 张明廉, 袁国桢, 徐文炜, 等. 无锡市神经症流行病学调查 [J]. 临床精神医学杂志, 2005, 15(2): 78 - 79.
- [15] Marazziti D, Consoli G. Treatment strategies for obsessive-compulsive disorder [J]. Expert Opin Pharmacother, 2010, 11(3): 331 - 343.
- [16] Chen CN, Wong J, Lee N, et al. The Shatin community mental health survey in Hong Kong. II. Major findings [J]. Arch Gen Psychiatry, 1993, 50 (2): 125 - 133.
- [17] Choi YJ. Efficacy of treatments for patients with obsessive-compulsive disorder: a systematic review [J]. J Am Acad Nurse Pract, 2009, 21 (4): 207 - 213.
- [18] Karno M, Golding JM, Sorenson SB, et al. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities [J]. Arch Gen Psychiatry, 1988, 45 (12): 1094 - 1099.
- [19] 曹文胜, 于宏华, 焦志安, 等. 强迫障碍共病轴 I 及其与童年期创伤性经历的关系 [J]. 中国健康心理学杂志, 2010, 18(6): 648 - 650.
- [20] Denys D, Tenney N, van Megen HJ, et al. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder [J]. J Affect Disord, 2004, 80(2): 155 - 162.
- [21] Pigott TA, L'Heureux F, Dubbert B, et al. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions [J]. J Clin Psychiatry, 1994, 55 (10): 15 - 27.
- [22] Black DW, Noyes R, Pfohl B, et al. Personality disorder in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects, and their first-degree relatives [J]. Am J Psychiatry, 1993, 150 (8): 1226 - 1232.
- [23] Crino RD, Andrews G. Personality disorder in obsessive-compulsive disorder: a controlled study [J]. Psychiatr Res, 1996, 30 (1): 29 - 38.
- [24] Cummings JL, Cunningham K. Obsessive-compulsive disorder in Huntington's disease [J]. Biol Psychiatry, 1992, 31(3): 263 - 270.
- [25] Crum RM, Anthony JC. Cocaine use and the risk of obsessive-compulsive disorder: a new hypothesis tested with epidemiologic data [J]. NIDA Res Monogr, 1993, 132: 189.
- [26] Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000 [J]. Am J Psychiatry, 2006, 163(11): 1978 - 1985.
- [27] Saunders BE, Villepontoux LA, Lipovsky JA, et al. Child sexual assault as a risk factor for mental disorders among women a community survey [J]. J Interpers Violence, 1992, 7(2): 189 - 204.
- [28] 俞峻瀚, 肖泽萍. 强迫症患者生活质量研究 [J]. 上海精神医学, 2006, 18(2): 111 - 113.
- [29] Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life [J]. Compr Psychiatry, 2006, 47 (4): 270 - 275.
- [30] Masellis M, Rector NA, Richter MA. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity [J]. Can J Psychiatry, 2003, 48(2): 72 - 77.
- [31] 周云飞, 张亚林, 胡纪泽, 等. 强迫症患者生活质量与其症状严重程度相关性研究 [J]. 临床心身疾病杂志, 2007, 13(4): 309 - 311.
- [32] Gururaj GP, Math SB, Reddy JYC, et al. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective [J]. J Postgrad Med, 2008, 54(2): 91 - 97.
- [33] 韦盛中, 张玲, 杨丽. 精神疾病负担的研究进展 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2010, 19(5): 478 - 480.
- [34] Ayuso-Mateos JL. Global burden of obsessive-compulsive disorder in the year 2000. World Health Organization. Global program on evidence of health policy (GPE). Global burden of disease 2000 [OL]. (2006 - 8 - 21) [2013 - 08 - 30] http://www.doc88.com/p-315622640708.html.
- [35] 许毅, 蔡巍, 胡健波, 等. 文化程度及生活地域对常见精神疾病知晓率及就医方式的影响 [J]. 中华预防医学杂志, 2005, 39(4): 237 - 240.
- [36] 周敏娟, 姚立旗. 综合医院心理疾患的误诊资源浪费情况及影响因素 [J]. 中国行为医学科学, 2006, 15(2): 174 - 175.
- [37] 沈渔邨. 精神病学 [M]. 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [38] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类 [M]. 范肖冬, 汪向东, 于欣, 等, 译. 北京: 人民卫生出版社, 1993.
- [39] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5TM) [M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [40] Koran LM, Hanna GL, Hollander E, et al. Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder [J]. Am J Psychiatry, 2007, 164(7 suppl): 5 - 53.
- [41] Storch EA, Mcnamara J, Jordan C, et al. Associations between miscellaneous symptoms and symptom dimensions in adults with obsessive-compulsive disorder [J]. Anxiety Stress Coping, 2008, 21 (2): 199 - 212.
- [42] Soomro GM, Altman D, Rajagopal S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus placebo for obsessive compulsive disorder (OCD) [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2008, (1): CD001765. doi: 10.1002/14651858.CD001765.pub3
- [43] Komossa K, Depping AM, Meyer M, et al. Second-generation antipsychotics for obsessive compulsive disorder [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, (12): CD008141. doi: 10.1002/14651858.CD008141.pub2
- [44] Alan C. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems [J]. J Fam Ther, 2009, 31(1): 3 - 45.
- [45] Battett P, Healy-farrel L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004, 43(1): 46 - 62.
- [46] Alan C. The effectiveness of family therapy and systemic interventions for adult-focused problems [J]. J Fam Ther, 2009, 31(1): 46 - 74.
- [47] Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving Family Members in the Treatment of OCD [J]. Cogn Behav Ther, 2005, 34 (3): 164 - 175.

编辑: 张卫华

2013 - 12 - 16 收稿