
澳大利亚与新西兰皇家精神科医师学会： 进食障碍新指南（图表推荐）

医脉通

2014-12-09

近期，澳大利亚与新西兰皇家精神科医师学会（RANZCP）发布了进食障碍指南，整合了 DSM-5 中的最新推荐，包括新型障碍中的回避性限制饮食摄取障碍（ARFID）。该指南是循证和多学科的，包括对恢复为导向实践的考虑，特别关注神经性厌食（AN）。该指南发表在 11 月份的 [《Australian and New Zealand Journal of Psychiatry》](#) 上。

指南全文下载：[2014 RANZCP 临床实践指南：进食障碍的治疗](#)

研究者说该指南比较新和有特色的地方是，从儿童和青少年神经性厌食、成人神经性厌食，包括严重和持久性神经性厌食的角度来探讨治疗，因为他们是有区别的。另一个主要变化是该指南范围扩大，包括神经性贪食和暴食症患者，以及其他相关障碍。还有其他注意的，当然是 DSM-5，进食障碍概念化的方式和诊断标准的扩大。这些重要的方面都应该反映在指南中。

根据指南，AN 的治疗应取决于疾病严重程度和患者年龄，这些最新的推荐对 2009 年旧指南进行了更新，特别关注了 AN。为了将现有指南扩大包括其他进食障碍，研究者们进行了一项系统综述，纳入了 21 篇文献，随后是一个多学科工作组拟定了指南。

成人神经性厌食

推荐	等级
<p>成人神经性厌食的评估</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 患者为中心，患者文化背景下的知情同意 ✓ 家人和关键者的参与，除非有明确禁忌 ✓ 多学科方法 ✓ 多维方法去看待疾病，例如基于疾病严重程度和症状表现来定制治疗 ✓ 详细评估核心症状，包括限制饮食的方法，与担心体重增加、体重下降、为求瘦身、体相障碍/不满意相关的精神症状，同时关注严重程度和疾病持续时间 ✓ 对任何伴随的精神疾病诊断进行详细评估 ✓ 进行详细的体格、内科和实验室检查，从而为任何特定的内科治疗设置优先权 	<p>EBR III</p>

<p>成人神经性厌食的治疗</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 尽可能少的采用限制性环境。很多患者可以在门诊治疗（EBR II） ✓ 提供“阶梯式和无缝诊疗”方案，在不同诊疗机构间平缓转诊（包括初级保健，综合医院和其他社区服务） ✓ 入院治疗的适应症：存在高风险的威胁生命的内科并发症时，尤其是低体重和其他不能控制的症状。 ✓ 使用再喂养和增加体重方案，同时要让再喂养综合征、营养摄入增加带来的其他内科并发症的风险尽可能小。 ✓ 采用多轴方法去评估治疗进展，包括考虑营养、内科和精神方面 ✓ 在治疗任何阶段都可以提供心理教育、支持和一种治疗性关系，在患者身体充分稳定和对饥饿认知提高后开始更强烈的心理治疗 ✓ 启动较长期的随访，因为其完全康复率低而复发率高。这将减少重新强化治疗的需要。 	<p>EBR III</p>
<p>药物治疗</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 神经性厌食药物治疗的证据较弱。低剂量抗精神病药物例如奥氮平在减少焦虑和强迫性思维方面可能有帮助，但是临床试验结果各异，这些患者出现副作用的风险更高（EBR I）。严重共患病/症状需要予以精神病药物治疗时，要谨慎做运动，直到明确这些症状不是继发于饥饿。 	<p>EBR III</p>
<p>心理治疗</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 心理治疗是必要的，但是关于最佳治疗形式的高质量证据仍然有限。 ✓ 有中等程度的证据表明家庭为基础的治疗对于较小的患者有效（不超过 18 岁）。 ✓ 专科医生主导的程式化治疗方法有最具希望的证据基础，因此应该作为一线选择。 	<p>EBR I</p>

将来的研究	EBR I
✓ 将来的研究应该包括可靠的方法论设计, 可以克服过去招募大量患者时存在的问题, 可以进行更长时间的随访。	

(EBR: Evidence Based Recommendation 循证推荐)

其他类型的进食障碍, 包括儿童、青少年神经性厌食, 严重和持久性神经性厌食, 暴食症等的推荐医脉通正在陆续整理中, 敬请期待。

追踪关注地址>> <http://guide.medlive.cn/guideline/7183>