-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 LingJiang2,JI Jian-Jn3,SI Tian-Mei1 ,WEI Jing4,ZHENG Yi5 ,ZHANG Ya-Jn2,

HE Yan-Ling6,ZHAO Xu-Dong7,ZHANG Wei8,SUN Xue-J8,YU Xin1

1 Peking 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 Hsopital of Central South University, Changsha 410011 , China 3Zhongshan Hospital Fudan University , Shanghai 200032, China 〈Chinese Academy of Medical Science, Peking Union Medical College Hospital, Beijing 100730 , China 5Beijing Anding Hospital, Capital Medical University , Beijing 100008 , China 《Shanghai 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—elat- ed 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 long­term 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% M，平均 发病年龄19 ~29岁膈7封。约56% ~83%的强迫 障碍至少共患一种其他精神障碍08。它是一种多 维度、多因素疾病09，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*。*尽管如此，很多患者却不寻求医治210*。* 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% 011-14，个别研究高达2.5% 07 ；香港和台湾 地区的研究报告终生患病率0. 74% ~ 1.0%临」6。 世界范围内报告的强迫障碍终生患病率大约0.8% ~3. 0% M，如加拿大 1.6% ~ 3.0% 08，美国 1.6% 03，英国时点患病率为1.11% 01*。*

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07。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017。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020。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010。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021。有研究报告 与人格障碍的共病率高达88% 022-23。

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024。

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 生化学研究发现5-羟色胺的功能异常。眶额回、 尾状核、扣带前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025翎。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027

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028。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 碍河。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029。

1. 1.2对生活质量的影响

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

www. cmhj. cn

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

不明显网。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身体方面、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図。 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四湿*。*

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210。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年皿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回。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 110,15

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%) 135。

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囲。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図。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、 强迫仪式动作的。

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

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 Problem s， T enth Revision， ICD- 10)网

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 M anual of M ental Disor­ders， Fifth Edition DSM-5) 39

强迫障碍(Obsessive-Compulsive Disorder)诊

www. cmhj. cn

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

断标准如下（表1）

表1 DSM5强迫障碍诊断标准

诊断标准 编码300. 3 （F42）］

1. 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：

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）。

强迫行为的定义如下1和2：

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。
3. 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。
4. 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。
5. 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 复动作等）

标明：

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。

标明：

抽动相关：患者目前存在或既往有抽动障碍。

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DSM7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问。

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

www. cmhj. cn

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

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同。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，必要时候可以使用 以下的筛选问题帮助识别强迫1340 :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 340 :

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940。

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140。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

www. cmhj. cn



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，焦虑抑郁量表网。

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） 38,7，项。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-3OCS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3840。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 较少圖。

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-B rown 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 工具回。

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） M。

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140。医生应考虑患 者的感受、需求、期望，与患者一起制定方 案240，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140。 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 生活质量照。其次治疗需要做系统的治疗前（基 线）评估和定期随访840，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 等流程序贯进行840，保证足量足疗程的治疗，并 要注意药物的适应证、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140。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140。对于儿童、老 年等特殊人群需要特殊对待。

www. cmhj. cn



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）网。

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，提咼 生活质量和社会功能140*。*

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网：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 时应考虑住院治疗由: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140。

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网。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、患者的治疗情况网。

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网。

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340。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3840。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3840。

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 始网，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同。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由。停 药需要考虑逐渐停药，同时要观察症状复燃或恶 化 18,40

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

www. cmhj. cn



案，并且治疗方案也需要考虑患者的病情和主观意 见。医生还需要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网。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140

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840。

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物监督管理局( 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 ) 扌比 准使用31740*。*SSRIs耐受性更好，所以一般推荐 首选1015,。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网，并且每个药物的耐受性 不同342。

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C5-17-40。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)固，通常要经过一种网或者两 种08 SSRIs药物治疗无效后才使用氯米帕明31015。

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18-10-17、艾司西酞普兰810,5,7。少量的研究提 示换用文拉法辛(剂量为225 -350 mg/d) 810,5,0 和米氮平81540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143。SSRIs联合抗精神病药物可以增加疗效*。* 报告有效率为40% -55% 340。常用的有氟哌啶 醇 3840、利培酮(0.5-6 mg/d) 38‘15'17'40、喹硫 平(150 - 450 mg/d) 815,7,0、奥氮平(5 - 10 mg/d) 815,7,0 和阿立哌唑(5 -20 mg/d) 310,7。

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01740，但有研究提出氯硝西泮作为增效剂对强 迫症状的治疗效果尚没有定论，可能只是改善了焦 虑圖*。*

丁螺环酮110,5,0、普萘洛尔(7.5mg) 40、 利鲁唑(50 mg) 81040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 310,15,40

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E&1"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 03。 如果治疗有效，维持治疗3-6个月回。较严重患 者可能需要更长时间和(或)更多次数的会谈问。 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08。

实施CBT有以下要素回:**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

www. cmhj. cn



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 系照*。*也可以建议自助疗法同*。*

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 题网。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 行为四週。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区-7。 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皿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140*。*

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810'15'40，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810，不作为推荐方案140*。*

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SSRIs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SSRIs治疗由。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SSRIs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SSRIs和CBT联合治疗。

如果单一 SSRIs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SSRIs联合治疗*。*

如果经CBT和一种SSRIs联合治疗的患者在 治疗12周后治疗效果仍不好，或对SSRIs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SSRIs药物或者使用氯米帕明*。*

若患者对第一种SSRIs药物没有效果，则可能 需要换用另一种SSRIs 840，第2种SSRIs的有效 率接近50%网。小量的研究提示换用文拉法辛 （剂量为225 ~350 mg/d）网和米氮平同有效*。*

如果患者对至少一种SSRIs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SSRIs药物足疗程治疗、 足疗程的一种SSRIs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SSRIs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08。

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网。联合方案可以

www. cmhj. cn

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

SSRIs联合抗精神病药物，包括氟哌啶醇回、利培  
酮(0.5 - 6 mg/d)回、喹硫平(150 ~450 mg/  
dy) M、奥氮平(5 ~10 mg/d)回、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，。

无效

有效

有效

有效

无效

无效

重新评估

-换用另一种**SSRIs**

-换用不同的第二代抗精神病药联合治疗

,皱米帕明作为增效剂

-普蔡洛*尔、*丁螺环酮、利鲁哩、托毗酯等作为增效剂

重新评估

•换用另一种**SSRlsfnf**以尝试不止一种)

-第二代抗精神病药联合治疗

•换用気米帕明

-换用文拉法辛

-换用米氮平

所有方案都无效的情况下，重新评估

必要时候可以考虑其他方式，包括**rTMS**和在符合国家规定的前提下宾试新进展

药物：持续**1-2**年，然后考虑在几个月甚至更长 时间内逐渐减少剂量

**CBT：**在急性治疗后，进行**3~6**个**J］**的周期性集 中治疗

建立治疗联盟

结合患者愿意决定心理或者药物治疗

单一 **CBT**

(包括**ERP,**超过】**0**次)

SSRIb+CBT

治疗联合

**(12** 周)

符合强迫障碍诊断标准

单 一 SSRIs

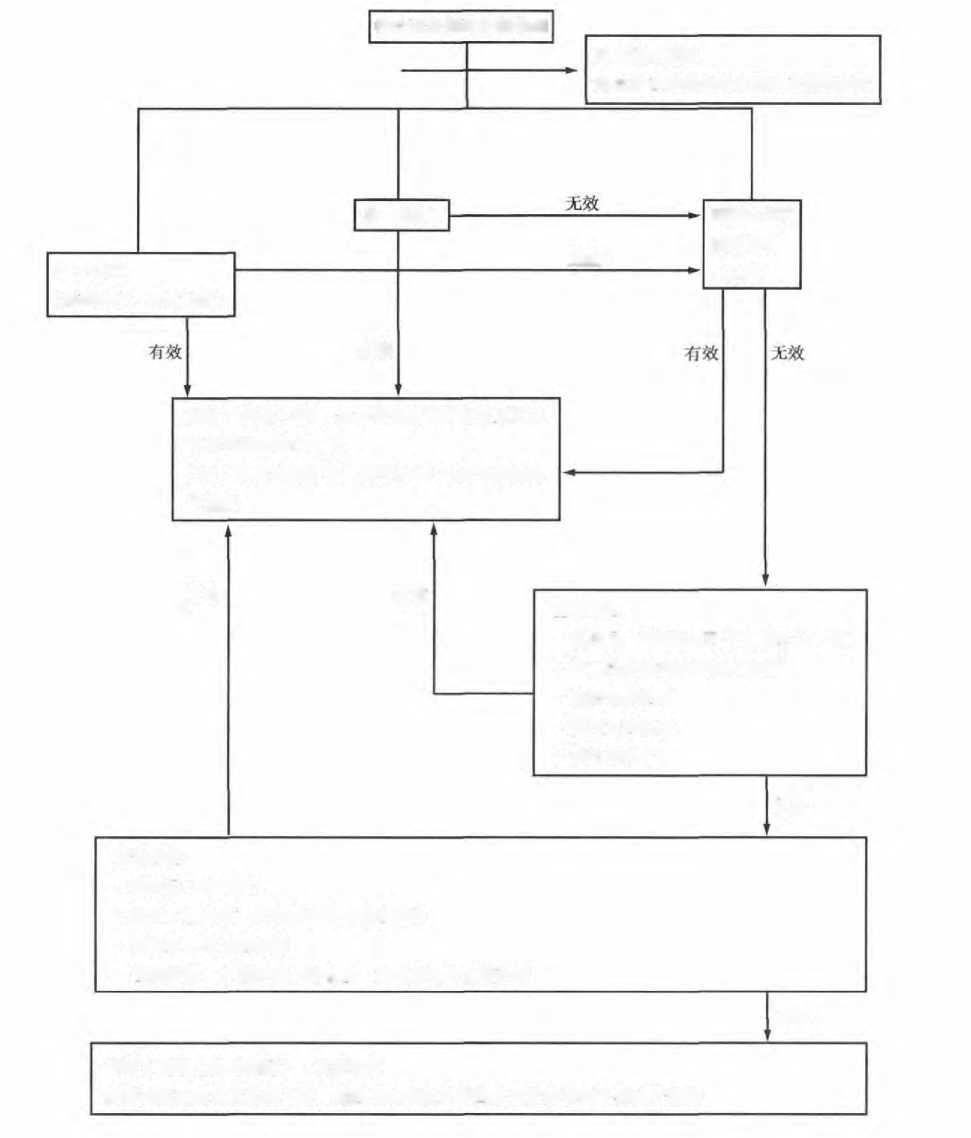


图1强迫障碍规范化治疗流程图

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840、丁螺环酮C0-15-40 ,普萘洛

www. cmhj. cn

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

尔网、利鲁唑810,0、苯二氮草类药物2、锂 盐C0-15-40、抗癫痫药同、单胺氧化酶抑制剂40、 圣约翰草840、曲马多840、托吡酯81540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340*。*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熒色胺综合征。氯米帕明起始剂量25 mg可提 高其治疗早期的耐受性圖。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-JOCS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3840。经治疗后尚有30% -40%的患者存在残 留症状回。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网。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 要性由。评估应考虑首次发病时的严重度及持续 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840。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 的初始计量、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%的剂量网。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氏病患 者网。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、皮肤紫瘢、 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340。

共患抽搐障碍的患者，可能从抗精神病药物联 合治疗中受益网。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网。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 精神病药物同。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 草类药物治疗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网。

www. cmhj. cn

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

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11040。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SSRIs药物治 疗11040*。*如果可以，CBT和SSRIs联合方案最 好M。

SSRIs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 140。

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 使用由。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M。

药物使用需要经过患者和家属的知情同意由。 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个月由。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由，也需要做包括家庭或 照顾者在内的CBT治疗由。

3.7.3老年强迫障碍的治疗

SSRIs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回。药物起始剂 量要从低量开始，增加剂量更缓慢同。注意SSRIs 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340。舍曲林因与其他 药物间相互作用风险较低，可考虑使用回。老年 患者对氯米帕明和抗精神病药物的抗胆碱能作用较 为敏感同，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SSRIs药物治疗后 无效既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、药物耐受性等等方面240因素。 并推荐采用以下方案：换用高剂量SSRIs、联合用 药、尝试其他新型药物、加强心理治疗C5-40。

增加SSRIs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)网。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。SSRIs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，减少风险回。CBT也可作为一种强化治疗的 方案网。

参考文献

[1 ] National Collaborating Centre for Mental Health. NICE guideline­Obsessive-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 diso rder [J]. Curr Psychiatry Rep,2012,14(3): 211 -219.

[4 ] Jacobi F, Wittchen HU , Holting C , et al. Prevalence, co-morbidity and co rrelates of m ental disorders in the general po pulatio n: results from the German Health Interv iew 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 amo ng adults liv ing in priv ate households,2000 [J] . Int Rev Psy- chiatry,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] C anadian Psy chiatric Association. Clinical practice g uide-

lines. Management of anxiety disorders [J]. Can J Psychiatry, 2006,51(8 Suppl 2) :9S -91S.

[ 9] L eckm an JF,Grice DE,Boardman J,et al. Symptoms of obsessive­compulsive disorder [J] . Am J Psy chiatry, 1997, 154 ( 7 ) : 911 - 917.

[10 ] Marazziti D , Consoli G , Baroni S , et al. Past, present and future drug s for the treatm ent of obsessive-compulsive diso rder [J] . Curr

www. cmhj. cn

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

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 pro v inces in C hina 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.

1. Chen CN , Wong J, Lee N , et al. The Shatin community mental health survey in Hong Kong. II. Major findings [J]. Arch Gen Psy- chiatry,1993,50 (2):125 -133.
2. 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.

1. 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.
2. Denys D ,Tenney N , van Megen HJ,et al. Axis I and II comorbidity in a larg e sam ple of patients with obsessive-compulsive diso rder [J].J Affect Disord,2004,80(2): 155 - 162.
3. Pigott TA,L'Heureux F, Dubbert B , et al. Obsessive compulsive disorder: comorbid conditions [J] . J Clin Psychiatry, 1994 , 55 (10):15 -27.
4. 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]C rino RD,Andrews G. Perso nality diso rder in obsessive-compulsive diso rder: a co ntro lled study [J] . Psy chiatr 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-com- pulsiv e diso rder: a new hypothesis tested with epidem io lo g ic data [J]. NIDA Res Monogr,1993,132: 189.

[ 26]Torres AR,Prince M J,Bebbington PE, et al. Obsessive-compulsive diso rder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the B ritish N atio nal Psy chiatric M o rbidity Survey of 2000 [J] . Am J Psychiatiy,2006,163(11) : 1978 -1985.

[ 27] Saunders BE, V illepo nteaux LA, Lipovsky JA, et al. C hild sex ual assault as a risk facto r for m ental diso rders amo ng women a com­munity survey [J] . J Interpers Violence,1992,7( 2) : 189 - 204.

[28]俞峻瀚，肖泽萍.强迫症患者的生活质量研究[J].上海精神医 学,2006,18(2):111 -113.

[ 29] Eisen JL, M ancebo MA, Pinto A, et al, Impact of o bsessive-co m- pulsive 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 im pact 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 o bsessiv e co m pulsiv e 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 diso rder in the year 2000. World Health O rg aniz atio n. Global pro g ram 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.

1. 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) 2: 237 - 240.
2. 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.
3. 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京：人民卫生出版社,2009.
4. 世界卫生组织.ICDI0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 Psy chiatric Association. Diagnostic and S tatistical M anual of M ental Disorders,Fifth Edition( DSM -5TM) [M] . Washington, DC : A m erican Psy chiatric Association,2013.

[ 40] Koran LM ,Hanna GL,Hollander E,et al. Practice g uideline for the treatm ent of patients with obsessive-compulsive diso rder [J] . Am J Psychiatry ,2007,164(7 suppl) : 5 - 53.

[41 ]Storch EA , Mcnamara J, Jordan C ,et al. Associations between mis- cellaneo us symptoms and symptom dim ensio ns in adults with ob­sessive-compulsive disorder [J] . A nx iety Stress Coping, 2008, 21 (2):199-212.

[ 42]Soomro GM , Altman D, Rajag o pal S, et al. Selective sero to nin re­uptake inhibito rs ( SSRIs) v ersus placebo for o bsessiv e co m pulsiv e disorder ( OCD) [J] . Cochrane Database Syst Rev , 2008 ,( 1): CD001765. doi: 10. 1002 /14651858. CD001765. pub3

[ 43]Komossa K,Depping AM,M eyer M, et al. Second-generation anti- psy cho tics for o bsessiv e compulsive diso rder [J] . C o chrane Data­base Syst Rev, 2010, ( 12 ): CD008141. doi: 10. 1002 / 14651858. CD008141. pub2

[ 44]Alan C. The effectiveness of family therapy and sy stem ic interv en­tions for child-focused pro blem s [J] . J Fam Ther,2009,31( 1) : 3 - 45.

[ 45 ] Battett P, Healy -f arrel L, M arch JS. Cognitive-behavioral family treatm ent of childho o d obsessive-compulsive diso rder: a co ntro lled trial[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry , 2004,43(1) : 46 - 62.

[ 46]A lan C. The effectiveness of family therapy and sy stem ic interv en­tions for adult-focused problems[J] . J Fam Ther,2009,31 ( 1 ) : 46

- 74.

[ 47]Renshaw KD, S teketee G, C ham bless DL. Involving Fam ily 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

www. cmhj. cn

