

# 浙江省双相躁狂中西医结合治疗专家共识

浙江省中西医结合学会精神疾病专业委员会双相障碍学组

通信作者: 金卫东, Email: wdjin@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.10.014

**【摘要】** 浙江省中西医结合学会精神疾病专业委员会双相障碍学组组织精神科和中医专家,通过对浙江精神科和中医医生研究的大量文献收集和筛选,结合浙江医派六郁学说,制定了关于浙江省躁狂症中西医结合治疗专家共识。为精神科临床提供有建设性意义的建议。

**【关键词】** 躁狂症; 中西医结合; 专家共识

**Expert consensus on the treatment of bipolar mania with integrated traditional Chinese and Western medicine in Zhejiang Province** *Bipolar Disorder Group of the Mental Disease Professional Committee of Zhejiang Society of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*  
Corresponding author: Jin Weidong, Email: wdjin@163.com

**【Abstract】** The bipolar disorder group of the Mental Disease Professional Committee of Zhejiang society of integrated traditional Chinese and Western medicine organized psychiatric and traditional Chinese medicine (TCM) experts. By collecting and screening a large number of literatures on the research of psychiatrists and TCM doctors in Zhejiang Province, combined with the "six depression theory" of Zhejiang medical school, the expert consensus on the treatment of mania in Zhejiang Province was formulated. This will provide constructive suggestions for clinical psychiatric.

**【Key words】** Mania; Integrated traditional Chinese and Western medicine; Expert consensus

## 一、双相躁狂的概念

### (一) 疾病概念

双相障碍(bipolar disorder)也称双相情感障碍,一般是指临床上既有躁狂或轻躁狂发作,又有抑郁发作的一类心境障碍,终生患病率高达5.5%~7.8%<sup>[1]</sup>。双相障碍之躁狂发作称为双相躁狂(bipolar mania),归属中医狂病范畴。

双相障碍的临床特点是反复(至少两次)出现心境和活动水平明显紊乱的发作,紊乱有时表现为心境高涨、精力和活动增加(躁狂和轻躁狂),有时表现为心境低落、精力降低和活动减少(抑郁)。发作间期通常以完全缓解为特征。与其他心境障碍相比,本病在两性的发病率更为接近。由于仅有躁狂的患者相对少见于双相抑郁,过去称为单相躁狂(unipolar mania),目前国际上趋于共识的看法是,即使是单相躁狂,也认为是双相障碍<sup>[2]</sup>,而且这类患者与双相抑郁发作的患者有类似性,诸如家族史、病前人格、起病年龄、长期预后等方面,因此归于双相障碍(F31.8)或者双相谱系障碍(bipolar spectrum disorder, BSD)<sup>[3]</sup>。

双相障碍的躁狂或躁狂发作可表现为不同形式,包含轻躁狂、不伴有精神病性症状、伴有精神病性症状发作<sup>[4]</sup>。双相躁狂或躁狂发作还可分为I型和II型,双相躁狂I型系指其躁狂表现为严重的躁狂发作或伴有精神病性症状;双相躁狂II型系指躁狂表现为轻躁狂<sup>[5]</sup>。双相躁狂的临床表现与单相躁狂发作几乎相同,有时统称躁狂症(mania),性质无差异,治疗方案也是相同的<sup>[6]</sup>。

### (二) 双相躁狂的临床诊断

双相障碍躁狂发作的诊断采用ICD-10诊断标准,确诊需要符合躁狂或轻躁狂发作(F32)的诊断标准,同时过去必须至少有一次抑郁或混合性的情感发作。

双相障碍躁狂发作包含3种不同形式的躁狂发作,即轻躁狂(F31.0)、目前不伴有精神病性症状的躁狂发作(F31.1)、目前为伴有精神病性症状的躁狂发作(F31.2)。

1. 躁狂发作诊断标准<sup>[4]</sup>: 以心境高涨为主,与其处境不相称,可以从高兴愉快到欣喜若狂,某些病例仅以易激惹为主。病情轻者社会功能无损害或

仅有轻度损害,严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。

症状标准:以情绪高涨或易激惹为主,并至少有下列3项(若仅为易激惹,至少需4项):(1)注意力不集中或随境转移;(2)语量增多;(3)思维奔逸(语速增快、言语迫促等)、联想加快或意念飘忽的体验;(4)自我评价过高或夸大;(5)精力充沛、不感疲乏、活动增多、难以安静,或不断改变计划和活动;(6)鲁莽行为(如挥霍、不负责任,或不计后果的行为等);(7)睡眠需要减少;(8)性欲亢进。

严重标准:严重损害社会功能,或给别人造成危险或不良后果。

病程标准:(1)符合症状标准和严重标准至少已持续1周;(2)可存在某些分裂性症状,但不符合分裂症的诊断标准。若同时符合分裂症的症状标准,在分裂症状缓解后,满足躁狂发作标准至少1周。

排除标准:排除器质性精神障碍,或精神活性物质和非成瘾物质所致躁狂。

2.轻躁狂发作诊断标准:(1)本次发作为轻躁狂,除了社会功能无损害或仅轻度损害外,发作符合躁狂发作标准;(2)同时过去必须至少有1次抑郁或混合性的情感发作。

3.双相障碍,目前不伴有精神病性症状的躁狂发作(F31.1):(1)本次发作符合不伴有精神病性症状的躁狂发作;(2)同时过去必须至少有1次抑郁或混合性的情感发作。

4.双相障碍,目前伴有精神病性症状的躁狂发作(F31.2):(1)本次发作符合伴有精神病性症状的躁狂发作;(2)同时过去必须至少有1次抑郁或混合性的情感发作。

双相障碍的其他形式还有混合发作或快速循环,但是目前已经将其作为伴有的特征看待。如双相障碍,轻躁狂,伴有快速循环<sup>[5]</sup>。

## 二、双相躁狂的中医概念

### (一)病因病机

躁狂属于中医学“狂病”范畴。《内经》中大多单称狂,即是一个疾病名称,又是一个症状名称,《灵枢·癫狂》篇的描述最为形象于躁狂症,其曰“狂始发,少卧,不饥,自高贤也,自尊贵也,自辨智也,善骂詈也,日夜不休”。《素问·阴阳脉解篇》则从外在行为进行描述为“弃衣而走,登高而歌,或至不食数日,逾垣上屋”。在关于其病因病机的论述中,《内经·至真要大论》曰“诸躁狂越,皆属于火”,金元时期《河间六书·狂越》认为是“心火旺,肾阳衰,

乃失志而狂越”,说明心火上扰是引发狂证的一大因素。金元四大家之一的浙江朱丹溪所著《丹溪心法·癫狂》篇说“癫属阴,狂属阳,大率多因痰结于心胸间”,提出狂证与“痰”有密切关系的理论,治疗用吐法。《证治要诀·癫狂》说“癫狂由七情所郁,遂生痰涎,迷塞心窍”,认为情志抑郁亦是引发狂证原因。《素问·生气通天论篇》说“阴不胜其阳,则脉流薄疾,并乃狂”。说明机体阴阳平衡失调,不能互相维系,以致阴虚于下,阳亢于上,心神被扰,神明逆乱而发狂病。可见狂病的主要病因病机为气郁化火,上扰心神。病理基础为“痰”“火”,病程日久迁延,可兼有“瘀”“虚”,其病变在肝胆心脾。狂病与癫病并列,而狂病属阳,癫病属阴<sup>[7]</sup>。

狂病之前常有“郁”。郁病是以性情抑郁、多愁善感、易怒欲哭、失眠、胸肋胀痛为特征的一类疾病<sup>[7]</sup>。作为浙江医派的朱丹溪之六郁学说,将郁症分为气郁、湿郁、痰郁、热郁、血郁和食郁,其中以气郁为先,后为湿、痰、热、血和食郁形成<sup>[8]</sup>。双相障碍的重要病理学特点是抑郁与躁狂的交替。病机转化过程中,初有心肝郁火、阳明腑热、痰热瘀血而致狂<sup>[7]</sup>。

在古代医书中没有双相障碍这个术语。躁狂发作多以兴奋、欣快、愉悦、话多、夸大等症状为主,但也更多有“怒”。抑郁发作以情绪低落、自责、自罪、绝望为主,也更有“悲”的成分。这体现了情绪的连续性、内生性以及两极性,当人犯怒之时,破坏了舒畅的心理环境,肝失达条,肝气逆横而发病,其中即可以是兴奋之“怒”,也可以发展为低落之“郁”,此乃“重阳必阴、重阴必阳”的转换规律。

### (二)证候诊断

证候诊断以临床常见者为主。双相躁狂或躁狂发作属于中医狂病,中医狂病也可以见于其他精神病性障碍。双相躁狂由于有潜在的转相的可能,故此实证为多,虚实夹杂证型比较次之,而虚证相对少见<sup>[9-11]</sup>。其中,证型的选择以常见者为基本原则,兼顾数量适宜、临床实用为准<sup>[11]</sup>。

1.痰火扰心:起病急,常先有性情急躁,头痛失眠,两目怒视,面红目赤,突然狂暴无知,情感高涨,言语杂乱,力气逾常,狂言骂之,不避亲疏,甚者伤人,重者毁物,多动狂言,登高而歌,弃衣而走,喜渴冷饮,便秘尿黄,不食不眠,舌质红绛,苔多黄腻,脉弦滑数。

2.气血凝滞:情绪不稳,易怒多言,哭笑无常,甚者登高而歌,弃衣而走,或目妄见,耳妄闻,妄想

离奇多端,面色暗滞,胸肋胀闷,头痛心悸,妇女易于经期神志异常,情绪波动,心烦易激,经色紫暗;舌质暗紫有瘀斑,苔薄白或薄黄,脉弦涩。

3.肝胆郁热:烦躁易怒,兴奋话多,语无伦次,伤人毁物,情绪不稳,胸肋胀满,多梦,耳中轰鸣,头晕头胀,腹胀,口苦,咽有异物感,恶心,小便短赤;舌质红,舌苔黄腻,脉弦数或滑数。

4.阴虚火旺:狂证日久,病势较缓,精神疲惫,时而躁狂,情绪焦躁,紧张多言,易变善惊,恐惧不稳,烦躁不眠,形瘦面红,五心烦热,舌质红,少苔或无苔,脉细数。

### 三、中西医结合治疗方案

#### (一)中西医结合治疗概念

所谓中西医结合治疗是指在双相躁狂或躁狂发作的不同阶段、不同状态之时采用的西医、中医方法同时或结合,以及两种方法各有偏重的治疗理念。旨在提高疗效<sup>[12]</sup>,提高治疗依从性,减少西药剂量或种类<sup>[13]</sup>,减少不良反应<sup>[14]</sup>。不同阶段或不同状态的中西医方法可能各有侧重,但两种体系的医疗措施同时并举,因为双相躁狂的治疗不仅仅是控制症状,恢复社会功能,更重要的是,治疗不当,可能会引起躁狂向抑郁的转化,这是治疗过程中特别需要关注的<sup>[6,15]</sup>,在这样的状态下,充分体现两种治疗体系或方法的有机结合就显得特别重要。

#### (二)治疗原则

1.中西并重的原则:这是最基本的原则之一,它要求在疾病治疗的一开始就注重中西医结合,并持续或坚持于不同的治疗时期或阶段<sup>[15]</sup>。

2.西医治疗原则:(1)指南原则:根据国内外双相躁狂治疗指南指导临床治疗<sup>[16]</sup>;(2)心境稳定剂的原则,有时需要双稳定剂,特别在急性期尤为重要<sup>[17-18]</sup>;(3)分期治疗原则;(4)综合治疗原则<sup>[6,16]</sup>。

3.中医治疗原则:狂病起始,属阳证、热证、实证,治疗当以涤痰、泻火、通腑、活血、祛邪为主<sup>[7]</sup>,此时需要强化治疗,特别是DSM-5中的双相I型者<sup>[12]</sup>。狂病日久,阴血受损,又当以健脾益气生血、滋阴养血等扶正以祛邪调理之<sup>[7]</sup>,此时需要中医替代更多的西药<sup>[13]</sup>,同时注重精神心理疗法。

4.药物与心理治疗结合原则:药物治疗即包括西药,也包括中药。同时还应该开展心理治疗。在住院的情况下,对于更多的DSM-5中的双相II型者,还可以开展团体心理治疗<sup>[19]</sup>,在非住院或康复期可以开展人际社会节奏治疗<sup>[20]</sup>。

#### (三)中医治疗<sup>[7,21-22]</sup>

##### 1.分证论治:

###### (1)痰火扰心:

治法:镇心涤痰,泻肝清火

方剂:生铁落饮加味。药用天门冬、麦门冬、贝母、胆南星、橘红、石菖蒲、远志、连翘、茯苓、玄参、钩藤、丹参、生铁落(先煎)。

加减:吞酸嘈杂,胃脘灼痛加吴茱萸、黄连;热甚、口苦便秘加龙胆草、生地、大黄;目赤、头痛者加菊花、天麻;咳逆、气急加泻白散,合黛蛤散。

###### (2)气血凝滞:

治法:活血化瘀,理气解郁。

方剂:癫狂梦醒汤合血府逐瘀汤加减,桃仁、柴胡、香附、赤芍、红花、半夏、大腹皮、青皮、陈皮、桑白皮、甘草、炒当归、炒枳壳、川芎、川牛膝。

加减:胸肋胀满较甚者,加郁金、川楝子、延胡索、佛手;吞酸胃灼热较重者,加吴茱萸、黄连;脘腹痞胀者加炒白术、茯苓;食滞胀满者加神曲、山楂、炒麦芽。女子月事不调,舌黯,脉弦涩,加桃仁、红花;经前乳胀加橘叶。

###### (3)肝胆郁热:

治法:疏肝健脾,解郁清热。

方剂:龙胆泻肝汤加减。药用龙胆草、黄芩、栀子、泽泻、当归、生地、柴胡、甘草、车前子(包煎)、灯芯草、珍珠母(先煎)、龙齿(先煎)。

加减:胸肋胀满甚者加青皮、枳壳、瓜蒌皮;食滞腹胀加砂仁、神曲、麦芽;呕恶、口苦、苔黄腻加竹茹、枳实、贝母、瓜蒌壳化痰和胃清热;胸闷、气急、咳逆有痰加枇杷叶、杏仁、瓜蒌皮、陈皮化痰理气,加郁金、薤白宽胸散结。

###### (4)阴虚火旺:

治法:滋阴降火,安神定志。

方剂:二阴煎加减。药用生地黄、麦门冬、酸枣仁、生甘草、茯苓、木通、灯芯草、竹叶。

加减:湿郁气滞,胸脘痞闷,暖气,苔腻,加香附、佛手,苍术以理气除湿;胀痛明显,加木香、青皮;枳壳以理气消胀;食滞较重,加焦三仙、陈皮以理气清热,如有热象,加牡丹皮、栀子以理气清热。

##### 2.其他中医治疗:

###### (1)中成药<sup>[7]</sup>:

①天王补心丹:每日1丸,分两次服用,适用于狂病日久,阳盛伤阴者。

②朱砂安神丸:每日1丸,分两次服用,适用于心火亢盛者。

## (2) 针灸治疗<sup>[7,22]</sup>:

### ①据证候分型采用相应的穴位治疗。

痰火上扰:选用神庭、水沟、合谷、神门、阳陵泉、丰隆、太冲等,以泻法为主。

心肝热盛:选用水沟、大陵、少府、三阴交、行间等,以泻法为主,可配合少冲、少泽、大敦放血。

阳明热盛:选用少商、商阳、厉兑放血,合谷、神门、中脘、内庭等,以泻法为主。

阴虚阳亢,心肾不交:选用神门、内关、三阴交、然谷、照海等,补泻兼施。

### ②对症治疗:

失眠:辨证的基础上加用神庭、四神聪、太阳、安眠、神门、太溪等可用小电量电针治疗。

兴奋:水沟、十宣、太阳、大陵、曲池、行间等,可配合快针大椎、陶道,使针感向下放射,应避免直接刺激脊髓。

焦虑:中脘、膻中、通里、内关、合谷、太冲。

## (3) 中医心理治疗:

①中医心理法:在充分了解患者心理状态和中医证型的基础上,通过顺情从志法、说理开导法、情志相胜法、移精变气法进行释疑、顺意、怡悦、暗示等法,消除其焦虑紧张、忧郁等不良情绪<sup>[7,15]</sup>。

②中医认知行为治疗<sup>[23]</sup>:这是借助认知行为治疗的治疗模式,应用中医的精髓思想建立起来的具有本土特质的认知行为治疗心理治疗,适宜于各个阶段或状态的双相障碍。

(4) 穴位敷贴:睡眠差者,可予朱砂、黄连适当比例研粉醋调制贴敷于双足底涌泉穴以达到助眠的效果。

(5) 耳针:取双侧耳朵耳甲穴位上对应的肾区、肝区、脾区、心区,以王不留行子压穴留置24h以宁神志,隔日一次。必要时联合神门,效果更好。

## (四) 西药治疗

参照《中国双相障碍防治指南》<sup>[16]</sup>,其中心境稳定剂作为基础治疗,在此基础上,根据病情,选择联合不同的非典型抗精神病药物。

## (五) 疗效评价

### 1. 评价量表与标准:

(1) 杨氏躁狂评定量表(YMRS):减分率 $\geq 75\%$ 为临床控制,50%~<75%为显效,25%~<50%为有效;<25%为无效。必要时可以联合轻躁狂症状清单(HCL-32)和心境障碍问卷(MDQ);

(2) 汉密尔顿抑郁量表(24项);

(3) 汉密尔顿焦虑量表。

应用焦虑和抑郁的反向评定,是从量的角度关注治疗的进展,预防并早日发现转向抑郁的可能。

2. 评价方法:各量表每周评定1次。

3. 在量表评分的监测下,结合临床观察,如果出现抑郁,按郁病的中西医结合处理。

## 四、转归与预后

狂病起始较快,属火热实证,改善比较快速,恢复也比较理想。但或夹痰瘀,或寒凉太过,或因循失治,病情迁延或虚实夹杂,缠绵不愈,实少虚多,可能向抑郁转化。早期可能症状比较轻微,如失眠、头痛,但往往具有波动性,此时需要认真评估或辨证,及时调整治疗方案。某些患者可能已经转相,出现抑郁,此时称为双相抑郁,中医称为郁病,应按照国家双相抑郁进行中西医结合治疗。

大多数的双相躁狂或躁狂发作的预后相对良好。急性期结束后,在随后的巩固期和维持期依然需要药物的治疗,其西药剂量和中药方剂可视当时状况而定。

## 五、护理与调摄

### 1. 生活起居护理:

(1) 病室环境安静,安全,防刺激和干扰。

(2) 注意休息,保证睡眠,慎防过分兴奋而劳倦伤脾。

### 2. 病情观察:

(1) 应安置在重点病室,严格或适当控制活动范围,离开病室需护士陪伴。

(2) 工作人员应坚守岗位,定时巡回,对患者携带物品要严格检查杜绝危险物品带入病房。

(3) 认真关注患者病情变化,特别是说话速度、语量、情绪变化以及精力和活动量。

### 3. 情志护理与饮食:

(1) 居室安静、舒适,保持空气新鲜,避免强光刺激。

(2) 进行心理疏导,观察精神状态,对于过于兴奋、冲动者给予适当的保护,避免发生伤害。

(3) 掌握药效心理,针对不同性别、年龄、性格,保证治疗的中药、西药都可以按量、按时间服用,以利于症状的控制和调整。

(4) 督促正常饮食。宜清淡素爽,营养丰富,易消化之品。必要时遵医嘱行使鼻饲药物,包括所需的营养。避免辛辣厚味,禁绝烟酒。

4. 加强睡眠护理:有条件者中药热水泡脚、热水浴,以利睡眠。

## 六、预防与康复

作为狂病,双相躁狂或躁狂发作治疗缓解后,尚需要坚持一段时间的药物治疗,具体时间视病情恢复时间和程度决定。其药物与时间参照《中国双相障碍防治指南》<sup>[16]</sup>。康复期可以进行中医药的调理,继续辨证选用调益心脾,交通心肾,养心怡神的方药,如归脾汤。同时加强心理康复,积极恢复社会功能。

**执笔者:**沈芳(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心)

**专家共识组成员(按姓氏汉语拼音顺序):**蔡文治(温州市第五人民医院),陈正昕(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),丁万涛(温州市第七人民医院),杜凌阳(浙江萧山医院、萧山区精神卫生中心),范卫星(金华第二医院),胡伟明(衢州市第三医院),姜德国(温州市第七人民医院),金卫东(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),李国荣(嘉兴市康慈医院),李旭娟[树兰(杭州)医院],林勇(嘉兴市康慈医院),马永春(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),齐钢桥(台州市第二人民医院),钱建军(绍兴市第七人民医院),钱敏才(湖州市第三人民医院),任志斌(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),沈芳(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),沈鑫华(湖州市第三人民医院),唐建良(嘉兴桐乡市第一人民医院),陶明(浙江中医药大学附属第二医院心理科),王鹤秋(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),吴向平(宁波市康宁医院),谢健(浙江大学附属杭州市第一医院心理卫生科),邢葆平(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心),徐松泉(浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心;浙江省精神卫生工作办公室),叶敏捷(温州康宁医院),朱桂东(丽水市第二人民医院),朱锐明(义乌市丹溪研究所)

**利益冲突** 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

## 参 考 文 献

- [1] Stiles BM, Fish AF, Vandermause R, et al. Identifying the Complexity of Diagnosing Bipolar Disorder: A Focused Ethnography[J]. Issues Ment Health Nurs, 2019, 40(9): 812-818. DOI: 10.1080/01612840.2019.1615584.
- [2] Yazici O. Unipolar mania; a distinct entity[J]. J Affect Disord, 2014, 152-154: 52-56. DOI: 10.1016/j.jad.2013.10.005.
- [3] Dell'Aglio Jr JC, Basso LA, de Lima Argimon II, et al. Systematic review of the prevalence of bipolar disorder and bipolar spectrum disorders in population-based studies[J]. Trends Psychiatry Psychother, 2013, 35(2): 99-105. DOI: 10.1590/s2237-60892013000200002.
- [4] 世界卫生组织.范肖东,汪向东 于欣,等,译.ICD-10精神与行为障碍分类[M].北京:人民卫生出版社,1993.
- [5] de Dios C, Goikolea JM, Colom F, et al. Bipolar disorders in the

new DSM-5 and ICD-11 classifications[J]. Rev Psiquiatr Salud Ment, 2014, 7(4): 179-185. DOI: 10.1016/j.rpsm.2014.07.005.

- [6] 金卫东,唐建良.双相心境障碍[M].北京:人民军医出版社,2011.
- [7] 王永炎,鲁兆麟.中医内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [8] 田思胜.朱丹溪医学全书[M].北京:中国中医药出版社,2017.
- [9] 金卫东,邢葆平,黄飞华.软双相抑郁与中医证型[J].浙江中西医结合杂志,2009,9(19): 555-556. DOI: 10.3969/j.issn.1005-4561.2009.09.013.
- [10] 金卫东.软双相中医证型的研究策略[J].中医研究,2010,23(2): 4-6. DOI: 10.3969/j.issn.1001-6910.2010.02.003.
- [11] Sun FL, Li W, Yu F, et al. Analysis of TCM Syndrome Types of Manic Disorder: Data from Clinical Therapy of TCM and Western Medicine[J]. International Journal of Chinese Medicine, 2020, 4(1): 12-15. DOI: 10.11648/j.ijcm.20200401.12.
- [12] 孙峰刚,高芝涵,朱建峰,等.躁狂症中药强化治疗:国内对照研究的meta分析[J].亚太中医学期刊,2019,1(1): 1-4.
- [13] 孙峰刚,金锐,朱建峰,等.躁狂症中西医结合的替代治疗:国内对照研究的meta分析[J].中医学,2018,7(6): 78-79.
- [14] Sun FL, Ren ZB, Jiang YH, et al. A Placebo-Controlled Study on the Treatment of Metabolic Syndrome of Qi Stagnation and Dampness Obstruction Related to Atypical Antipsychotics with Traditional Chinese Medicine (TCM) [J]. Evid Based Complement Alternat Med, 2020, 2020: 5103046. DOI: 10.1155/2020/5103046.
- [15] 唐建良,王志强,金卫东.抑郁障碍研究新进展[M].北京:中国发展出版社,2018.
- [16] 于欣,方贻儒.中国双相障碍防治指南[M].2版.北京:中华医学电子音像出版社,2015.
- [17] Jin WD, Uscincka M, Ma YC. Review of double mood stabilizer treatments for bipolar disorder in China[J]. Open Journal of Psychiatry, 2014, 4: 1-4. DOI: 10.4236/ojpsych.2014.41001.
- [18] Sun FL, Chen FP, Zhu JF, et al. The Role of Lithium Carbonate in Concept of Double Mood Stabilizer for Treatment of Bipolar Mania[J]. Int J Psychiatr Res, 2019, 2(1): 1-6. DOI: 10.33425/2641-4317.1008.
- [19] 陈浩然,程朗朗,林崇光.非结构式团体心理治疗在双相情感障碍中的应用[J].全科医学临床与教育,2019,10(17): 889-893. DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2019.010.007.
- [20] 陈小帆,丁万涛.双相障碍的人际社会节奏治疗[J].国际精神病学杂志,2014,2(41): 103-106.
- [21] 沈渔邨.精神病学[M].5版.北京:人民卫生出版社,2009.
- [22] 王彦恒.中医精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2000.
- [23] 孙峰刚,金卫东,马永春,等.中医认知行为治疗[N].精神卫生通讯,2019-11-1.

(收稿日期:2020-09-29)

(本文编辑:戚红丹)