

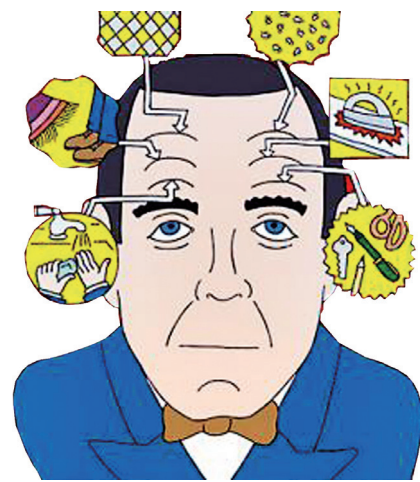


强迫障碍成为独立精神疾病类别

▲ 本报实习记者 苏明

编者按：强迫障碍是一种以强迫观念或行为为主要临床表现的精神疾病，其终身患病率高达 0.8%~3.0%，常共患多种精神障碍，致残性高，但目前医疗服务利用欠佳，亟需加强对疾病的正确认知和规范治疗。

2013 年 5 月，美国精神病学会出版了第五版《精神疾病诊断与统计手册》（DSM-5），将强迫及相关障碍作为一种新的疾病分类从焦虑障碍中分出，并对其分类和诊断标准作出相应改变。本报特邀复旦大学附属中山医院心理医学科季建林教授和中南大学湘雅第二医院李凌江教授解读 DSM-5 并介绍强迫障碍规范治疗方案。



强迫障碍是指患者具有反复、持续的思想、渴求或意象等强迫观念或感到不得不进行重复行为（如洗手、排次序、核对）或精神活动（如祈祷、计数、默默重复字句）等强迫行为。

强迫障碍重新分类并制定诊断标准

“强迫障碍现有的发病机制、临床表现、治疗等临床证据都表明其不完全等同于焦虑障碍。相较其他焦虑障碍疾病，强迫障碍存在明显认知损害。”季建林教授介绍说。

疾病分类 在 DSM-5 中，强迫及相关障碍疾病

分为强迫症、躯体变形障碍、囤积症、拔毛症、揭皮症、物质 / 药品导致的强迫及相关障碍等。这样的分类体现了这些疾病在临床诊治的相关性。

诊断标准 强迫障碍指具有强迫观念或行为，或两者皆有；且患者企图压制这些强迫观念，或

进行这些强迫行为以预防或减少焦虑和苦恼。DSM-5 中，对于强迫障碍的诊断并未规定具体病程，而是强调这些强迫观念或行为是费时的（如每天花费 1 h 以上）、引起显著烦恼、明显影响社会、职业或其他重要功能。此外，DSM-5 中强

迫障碍患者对强迫性意念或行为的自知力不再是诊断必须，“自知力不良”的标注内容扩大，包括自知力良好、自知力不良、缺乏自知力 / 妄想强迫观念等，更好地区分了患者对强迫的认知情况，提高医生诊断的效率。

药物、心理协同治疗

李凌江教授表示，强迫障碍的治疗是一个长期过程，包括急性期和维持期治疗。一般建议急性期治疗为 10~12 周，起效后可进入维持期 1~2 年。同时需要药物和心理相互协调，治疗过程中，医生要

考虑患者的感受、需求、期望并与患者一起制定方案。治疗过程需随时评估和处理任何潜在的不良反应；停药时需逐步停用，定期随访，以防症状复燃或恶化。

美国精神病协会、世

界生物精神病学联盟均推荐 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRI）为治疗强迫障碍一线药物，包括舍曲林、氟西汀、氟伏沙明、帕罗西汀等；氯米帕明为二线药物。单一药物足量、足疗程治疗无效时，可考虑

联合用药。研究表明，氯米帕明联合 SSRI 较抗精神病药联合 SSRI 方案疗效更佳，但安全性不足，所以放在抗精神病药物联合方案后推荐；苯二氮草类药物联合 SSRI 可能只改善焦虑。

老年缺血性卒中治疗质量有待提高

▲ 北京协和医院神经内科 崔丽英

人口老龄化是全球性问题，预计 2025 年全球 60 岁以上人数将上升至 12 亿。全国老龄工作委员会办公室日前称，我国老年人口数量 2015 年将达 2.21 亿，到 2050 年为 4.3 亿。卒中虽然可发生在任何年龄，但 55 岁以上发病率明显升高，> 65 岁卒中患者占 75%~89%，其中 50% 卒中发生于 70 岁以上，近 25% 患者超过 85 岁。随年龄增长，卒中发生率明显增加。

老年卒中病情更重

随着年龄增长，人体对缺血性卒中易感性高，导致老年卒中发病率高，且往往多病共存、易出现并发症致预后差、致残率和死亡率均高，医疗花费更多。老年卒中较年轻人严重，且恢复差，复发率高。65 岁以上老人首次卒中后，10 年内复发风险是年轻人的 3 倍。卒中死亡率最高年龄段在 75 岁以上，未得到高质量的治疗是其重要原因。

作者回顾分析 2000-2008 年北京协和

医院住院治疗的 2522 例缺血性卒中患者，将其分为年龄 ≥ 65 岁的老年组（1317 例，平均年龄 72.88 ± 5.72 岁）和 < 65 岁的对照组（1205 例，平均年龄 52.16 ± 9.37 岁）。发现老年卒中患者严重程度明显高于中青年患者。国内调查显示，80 岁以上卒中患者并发症（肺部感染、上呼吸道感染、尿路感染等）发生率增高，患者 1 年生存率显著降低，我国 80 岁以上卒中患者治疗质量有待提高。

80 岁以上老年患者溶栓治疗仍可获益

由于老年人组织型纤溶酶原激活物清除功能减退、年龄相关的小血管病及白质疏松等原因，很多研究都将 80 岁以上老年患者排除在外。然而，系统分析发现，接受静脉 rtPA 溶栓的 80 岁以上卒中患者，3 个月死亡风险比年轻人高 3 倍，且预后差，但脑出血风险无差别。有研究提示，溶栓后出血并不随年龄而增加，老年人仍

可从溶栓治疗中获益，但需大型的、纳入老年卒中患者的临床研究证据。

一项研究选取国际溶栓登记研究（SITS-ISTR）人群为治疗组、国际卒中试验（VISTA）中未接受溶栓治疗者为对照组，比较 80 岁以上老年卒中溶栓疗效，结果显示，80 岁以上患者接受溶栓治疗也可改善预后，并可降低死亡风险。因此，

年龄不应是溶栓治疗的障碍，尽管高龄患者预后差，但与不溶栓患者相比，溶栓治疗仍可改进预后。第三次国际卒中试验（IST3）也为 80 岁以上老年卒中溶栓治疗提供了证据，该研究纳入 80 岁以上老人的比例为 54%，研究显示，80 岁以上患者同样可从溶栓中获益，且获益更显著。

80 岁以上老年患者溶

栓的主要顾虑是对出血风险的担忧。加拿大一项研究对 820 例伴脑白质疏松和腔梗患者进行溶栓，溶栓后 90 d 观察发现，总体症状性脑出血率为 3.5%，白质疏松和腔隙梗死使症状性脑出血增加 10%；90 d 后多发腔梗死亡率高，预后与白质疏松无关；CT 示小血管病不影响溶栓治疗，但症状性脑出血增高。

治疗坚持循证医学与个体化结合原则

目前，老年缺血性卒中的诊治有待更多临床证据，秉承循证医学与个体化结合原则，探索更佳治疗方法。

血管内治疗 血管内治疗进展很少用于老年人，80 岁以上老人被排除在研究之外。

神经保护剂 至今开发的约 1000 种保护剂仅约 100 种进入临床研究，没有一种被证明有效。这些神经保护剂并未真正模拟临床，且在动物实验中一般使用年轻动物，与疾病真实情况不符。因此卒中治疗专题研究圆桌会议推荐临床前实验使用老

龄动物。

降压治疗 随年龄增加，高血压发病率也逐渐增加。降压治疗可显著降低卒中发生和复发。研究显示，5 年随访期维持舒张压减少 5~6 mm Hg 可减少 40% 卒中发生，收缩压降低 10 mm Hg，可减少 30% 卒中发生。HYVET 研究纳入 80 岁以上老年患者，降压治疗后，致死及非致死卒中下降 30%，卒中死亡下降 39%，全因死亡下降 21%。

老年患者降压治疗的目标值尚无统一标准，一般

认为，老年患者血压降至 < 140/90 mm Hg 应慎重，维持收缩压 140~150 mm Hg，舒张压 80~90 mm Hg 对维持脑灌注压避免体位性低血压有重要作用。

抗血小板治疗 抗血小板药物在急性缺血性卒中、卒中一级 / 二级预防中起重要作用。对动脉粥样硬化源性血管事件或高危风险的老年患者推荐使用抗血小板药物。目前尚无资料说明合用抗血小板药物的疗效与风险。

抗凝治疗 研究显示，75 岁以上房颤患者使用抗

凝治疗可减少血栓事件复发及降低死亡率，影响抗凝效果的因素很多，应监测国际标准化比值。

他汀治疗 Meta 研究发现，卒中二级预防中老年患者（65~82 岁）他汀治疗可减少 25% 全因死亡和卒中事件。他汀治疗获益可能与抗炎、抗栓、稳定斑块和（或）抗氧化有关，与调脂作用关系不大。

癌胚抗原 CEA 和 CAS 70 岁以上症状性颈动脉狭窄患者，推荐 CEA；年轻患者中，CEA 与 CAS 均可选择。