中国中西医结合学会标准

T/CAIM 005-2021

广泛性焦虑障碍中西医结合临床实践指南

Clinical practice guideline with integrated traditional Chinese and Western medicine to generalized anxiety disorder

2021-8-11 发布　　2021-8-23 实施

中国中西医结合学会　发布

目　　次

前言.....1
广泛性焦虑障碍中西医结合临床实践指南.....1
1　范围.....1
2　规范性引用文件.....1
3　术语及定义.....1
4　病因病机.....1
4.1　病因.....1
4.2　病机.....2
5　临床表现.....2
5.1　精神症状.....2
5.2　躯体症状.....2
5.3　心理性警觉.....2
5.4　神经、肌肉及运动性不安症状.....3
5.5　伴随症状.....3
6　诊断标准.....3
6.1　中医诊断标准.....3
6.2　西医诊断标准.....3
6.3　鉴别诊断.....3
7　检查评估.....3
7.1　概况.....3
7.2　焦虑自评量表.....4
7.3　汉密尔顿焦虑量表.....4
7.4　贝克焦虑量表.....4
7.5　状态-特质焦虑问卷.....4
8　中医证候分型.....4
8.1　心肾不交型.....4
8.2　肝郁化火型.....4
8.3　痰火上扰型.....5
8.4　心脾两虚型.....5
8.5　心胆气虚型.....5
8.6　阴虚内热型.....5
9　治疗方案.....5
9.1　治疗目的.....5

9.2 西药治疗.....5
9.3 中药治疗.....7
9.4 中成药.....8
9.5 针灸疗法.....9
9.6 物理治疗.....10
9.7 心理治疗.....10
10 预防及康复.....13
10.1 健康教育.....13
10.2 心理保健.....13
10.3 高危因素.....13
11 疗效评价.....14
11.1 评价标准.....14
11.2 评价方法.....14
参考文献.....15

前　　言

广泛性焦虑障碍是以紧张，担忧，恐惧及自主神经功能紊乱为特征，给病人带来明显的痛苦感，是精神科常见的精神障碍之一。广泛性焦虑障碍的发病率在逐年上升，其终身患病率在 3.8%-7.12%。焦虑障碍容易共患其他疾病，其中，共患抑郁最为常见。共病造成患者症状多变，病情复杂，给治疗带来较大难度。广泛性焦虑障碍会影响患者的认知和社会功能，其慢性、易复发的特点也给个人、家庭和社会带来了沉重的经济和精神负担。

2011 年英国 NICEN 协会制定的成人广泛性焦虑障碍诊断治疗指南规定，心理治疗为广泛性焦虑障碍的首要治疗方式，其次是药物治疗，以抗抑郁药物及苯二氮卓类药物为主。西药治疗在有效改善症状的同时也带来了一系列的不良反应，常见的有胃肠道反应、神经系统反应及戒断症状，部分患者因无法耐受不良反应而中断西药治疗。广泛性焦虑障碍是中医治疗有效的疾病之一，具有自身的特色和优势，能较好的改善患者的精神症状和躯体症状，且不良反应低，有助于提高患者服药的依从性，逐渐受到患者的青睐。目前国内尚无中西医结合治疗广泛性焦虑障碍的临床实践指南，对诊断标准、辨证分型及治疗，均无统一的标准，影响其在临床的应用。

因此，本《指南》制定的目标是为临床医生或相关人员提供有参考价值的广泛性焦虑障碍中西医结合诊疗方案。本《指南》制定的意义是促进国内广泛性焦虑障碍中西医结合诊疗的规范化，为广泛性焦虑障碍的临床实践提供可靠证据依据，确保治疗的安全性和有效性。具体内容包括：确定广泛性焦虑障碍定义、病因病机、临床表现、诊断依据、评估工具、中医证候分型、治疗方案、预防康复。

本标准按照 GB/T 1.1-2020 给出的规则起草。

本标准由中国中西医结合学会提出并归口。

本标准起草单位：由首都医科大学附属北京安定医院负责起草，北京大学回龙观临床医学院，西安市精神卫生中心，无锡市精神卫生中心，广州医科大学附属脑科医院，郑州市第八人民医院，河北省唐山市第五医院，天津中医药大学第二附属医院参加起草。

本标准主要起草人：贾竑晓 尹冬青 李雪 李宝君 闫少校 赵安全 于林 孔德荣 毛稚霞 郭亚明 马艳冰 徐天朝 陈进东 郭华　都红 刘兰英

广泛性焦虑障碍中西医结合临床实践指南

1 范围

本指南规定了广泛性焦虑障碍的定义、病因病机、临床表现、诊断依据、评估工具、中医证候分型、中西医结合治疗方案、预防康复。

本指南适用于广泛性焦虑障碍中西医结合临床实践。

2 规范性引用文件

GB/T16751.1-1997《中医诊疗术语·疾病部分》

GB/T16751.2-1997《中医诊疗术语·证候部分》

GB/T16751.3-1997《中医诊疗术语·治法部分》

《24 个专业 104 个病种中医诊疗方案》国家中医药管理局医政司编著

3 术语及定义

以下术语和定义适用于本指南。

3.1

脏躁

因情志不舒，郁火内扰，或天癸将绝之时，阴血亏虚，阴阳失调，气机紊乱，心神不宁所致，以神情抑郁，烦躁不宁，悲伤欲哭等为主要表现的脑神疾病。

3.2

百合病

多继发于急性热病，或中毒、脑部疾患等之后，余邪未尽，阴液亏虚，气血失调，经脉失养，心神霍乱。以神情恍惚，行、卧、饮食等皆觉不适为主要表现的脑神疾病。

3.3

卑惵

因心气亏损，胆虚神怯，或气郁胆气不宁所致。以抑郁，胆怯，自卑（卑），恐惧（惵）为主要表现的郁病类疾病。

3.4

广泛性焦虑障碍 generalized anxiety disorder; GAD

是一种对日常生活事件或想法持续担忧和焦虑的综合征，患者往往能够认识到这些担忧是过度和不恰当的，但不能控制。它是一种慢性疾病，是最常见的一种焦虑障碍[1] 。

4 病因病机

4.1 病因

4.1.1 先天禀赋不足 人之始生，来源于父母，男女构精才有了生命。若男女双方罹患疾病，在一定程度上会对后代产生影响。先天禀赋不足，造成气血阴液亏虚，脏腑阴阳失调，出现肾阴肾精不足，阴不敛阳，虚阳浮动于外，脑髓失养，脑神不充。

4.1.2　七情内伤 情志不遂，七情过极，或突遇惊恐，造成肝郁难解，气机不行，气滞为患；肝郁抑脾，饮食受阻，生化乏源，气血不足，心脾失养，或脾虚生痰，痰阻气滞，脑气不爽。气滞、血瘀及痰火上扰脑神，皆可引起脑神被遏，神志不安，发为焦虑。

4.1.3　劳倦过度 劳倦过度，饮食不调或房事不节，都会造成脾肾亏虚，脾意不行，脾失健运以致食滞、湿蕴、生痰、化热；肾精亏虚，阴虚阳亢，火热上扰易乱神，神乱而不静，脑神失养，出现恐惧、敏感、善忧思等症状。

4.1.4　外感六淫 外感六淫之邪本身会引起患者的恐惧和担忧，造成气机紊乱，神机失和；还会在传变过程中与人体正气相争，伤及人体阴阳气血津液，邪气残留，虚热内扰，热扰脑神导致气机逆乱、神机失和，脑神不宁而出现烦躁不安[2]。

4.2　病机

广泛性焦虑障碍是一组症候群，中医没有相应病名记载，可归纳至“郁病”、“脏燥”、“百合病”、“卑惵”等疾病中。基本病机是神机失和、脑神失养导致脏腑气血功能紊乱。首先伤肝，刚者及心，柔及脾肺，终必及肾。肾为先天之本，主骨生髓，脑为髓海，肾脑相通。肾精不足，脑髓失养，脑神易扰，外遇情志刺激则导致神机失和，脑神不宁而发为焦虑。肾阴不足，心火上炎，心肾不交可见心悸烦躁失眠；肾阴不足，水不涵木，阴虚阳亢，阴虚化火，脑神不宁而出现各种焦虑；肝主疏泄，调畅气机，若情志不遂，肝郁气滞，郁而化火，热郁为患，上扰脑神，以致脑神不宁，常见于广泛性焦虑急性发作阶段；心主血而藏心神，心神是脑神功能活动的一部分，心胆气虚，气血不荣脑髓，脑神失养则怕见人，胆怯易惊；心脾两虚，生化乏源，脑神失养，疲弱无力伸展，也可导致焦虑的发生；由于肾阴不足，肝郁气滞，肝郁脾虚，导致人体水液代谢失常，内生痰邪，暴怒伤肝，神浮火动，痰火互结，上扰脑神，神不归舍，可见心烦意乱，胆小怕事等焦虑症状；瘀血既是病理产物，又是致病因素，若瘀血影响到脑神，脑络受阻，正常气血不能周流，脑神不畅，发为焦虑。因此，广泛性焦虑病位在肾，可涉及心、肝、脾等脏腑，核心病机是肾阴亏虚，还与气滞、火热、瘀血、痰浊等病理因素有关[2][3][4]。

5　临床表现

5.1　精神症状

精神性焦虑是本病的核心症状。患者对未来或不确定实践过度担心，害怕发生难以预料的危险或不幸；有时不能明确意识到担心的内容，而只是一种提心吊胆、烦躁不安的内心体验；有时担心的内容也许是现实生活中可能发生的事情，如担心工作失误、家人出事等，但是担心和烦恼的程度与现实不相称，患者忧心忡忡，坐卧不宁，似有大祸临头的恐慌感。患者明知这是一种主观过度忧虑，但是不能控制[2][3]。

5.2　躯体症状

主要表现为自主神经功能异常，可涉及多个脏腑系统，有时也可作为患者就诊的主要症状。常见的自主神经功能紊乱多表现为失眠，尤其是入睡困难，或见恶梦易惊，甚至惊醒；或面色苍白或潮红，多汗或心悸；或四肢麻木；或胸闷憋气，甚至窒息感；或口干，或食欲不振，恶心呕吐；或尿频，尿急；或月经不调，性欲减退，甚至缺乏等。常见的躯体症状表现为心慌，胸闷，气短，或心前区不适，甚至疼痛；或全身疲乏，头晕眼花[2][5][6]。

5.3　心理性警觉

表现为易激惹，注意力下降和对噪音敏感，因无法集中注意力，患者常伴有记忆力减退[6]。

5.4 神经、肌肉及运动性不安症状

主观上的肌肉不舒服的紧张感，严重时有肌肉酸痛，多见于胸部、颈部及肩背部肌肉，如肩背部僵硬、疼痛，紧张性头痛，胸骨后压缩感等。有的患者不能静坐，来回走动，搓手顿足，或伴有肢体震颤以及舌、唇、指肌的震颤[2] 。

5.5 伴随症状

患者常伴有强迫、惊恐发作、抑郁以及人格解体等，但这些症状通常不是患者的主要临床表现。

6 诊断标准

6.1 中医诊断标准

参考《24 个专业 104 个病种中医诊疗方案》中郁病（广泛性焦虑障碍）中医诊疗方案、中医药高级丛书《中医内科学》（王永炎主编，人民卫生出版社，第 2 版，2011 年）制定。

郁病是以性情抑郁，多愁善感，易怒欲哭，心疑恐惧及失眠，胸胁胀闷或痛，咽中如有异物梗塞等表现为特征的一类疾病。由于七情所伤，或素体虚弱致肝失疏泄，脾失运化，心失所养，五脏气机失和，渐至脏腑气血阴阳失调而形成的。

6.2 西医诊断标准

一次发作中，患者必须在至少数周（通常为数月）内的大多数时间存在焦虑的原发症状，这些症状通常应该包含以下要素[7]：

6.2.1 恐慌（为将来的不幸烦恼，感到忐忑不安，注意困难等）；

6.2.2 运动性紧张（坐卧不宁、紧张性头痛、颤抖、无法放松）；

6.2.3 植物神经活动亢进（头重脚轻、出汗、心动过速或呼吸急促、上腹不适、头晕、口干等）。

6.3 鉴别诊断

6.3.1 躯体疾病所致焦虑：心脑血管疾病，如冠心病、脑梗死、脑白质缺血等，常常是中老年焦虑的器质性因素，焦虑又会在一定程度上加重原发疾病，此时的治疗应兼顾原发疾病和焦虑障碍。此外，甲状腺功能亢进、低血糖、系统性红斑狼疮也可出现类似焦虑的症状，需要结合化验检查来鉴别。

6.3.2 抑郁障碍：抑郁的症状比焦虑症状更为严重，症状出现的先后顺序也不同。广泛性焦虑障碍是以焦虑为首发症状，抑郁障碍以情绪低落为主要表现，但有时激越的抑郁发作也会被误诊为焦虑，这就需要详细询问病史、评估抑郁与焦虑的严重程度和病程，以减少误诊。

6.3.3 精神分裂症：精神分裂症患者有时会以焦虑为主诉而无明显的精神病性症状，甚至在询问下也会予以否认， 需要仔细询问症状产生的原因，才能减少误诊。

6.3.4 药源性焦虑：许多食物和药物，如哌甲酯、甲状腺素、类固醇、茶碱、抗精神病药物、酒精、咖啡因等，在长期应用、过量或中毒、戒断时都会出现典型的焦虑症状，治疗时要详细了解患者服药史。

7 检查评估

7.1 概况

量表评估是重要的辅助手段，有诊断用和症状评估两类，诊断量表多用于研究使用，较少作为临床常规应用；症状量表用于评估症状的严重程度，条目少，临床较为实用。症状量表分为自评和他评两类。自评量表是受试者根据量表的题目和内容自行选择答案作出判断的量表；他评量表是由评估者根据对被评估者的行为观察或访谈所进行的量化评估。评估焦虑水平的量表有汉密尔顿焦虑量表（Hamilton

anxiety scale, HAMA)、Zung 焦虑自评量表（self-rating anxiety scale, SAS)、贝克焦虑量表（Beck anxiety inventory, BAI)、状态特质焦虑问卷等。其中，HAMA 是临床上应用最为广泛的量表。

7.2 焦虑自评量表

由 Zung 编制，是一种分析病人主观症状的自我评估量表，适用于具有焦虑症状的成年人，能够较好地反映有焦虑倾向的精神病求助者的主观感受。评价条目涉及心理症状和生理症状，由受访者根据在过去一周中对每种方法的应用情况进行评分。使用 4 分制，范围为 1（无或很少）到 4（大多数或所有时间），统计总分，SAS 标准分的分界值为 50 分，其中 50～59 分为轻度焦虑，60～69 分为中度焦虑，70 分以上为重度焦虑[8]。

7.3 汉密尔顿焦虑量表

由 Hamilton 于 1959 年编制。最早是精神科临床中常用的量表之一，包括 14 个项目。《CCMD-3 中国精神疾病诊断标准》将其列为焦虑症的重要诊断工具，主要用于评定神经症及其他病人的焦虑症状的严重程度。HAMA 应由经过训练的 2 名评定员进行联合检查，一般采用交谈和观察的方法，待检查结束后，2 名评定员独立评分。HAMA 所有项目采用 0～4 分的 5 级评分法，各级的标准为：0 分：无症状；1 分：轻；2 分：中等；3 分：重；4 分：极重。按照我国量表协作组提供的资料：总分≥29 分，可能为严重焦虑；≥21 分，肯定有明显焦虑；≥14 分，肯定有焦虑；超过 7 分，可能有焦虑；如小于 7 分，便没有焦虑症状[9]。

7.4 贝克焦虑量表

由美国 A.T.贝克等人于 1988 年编制，为含有 21 个类目的焦虑自测问卷，能够反映被试者焦虑状况的严重程度，适用对象为具有焦虑症状的成年人，在心理门诊、精神科门诊或住院病人中均可应用。量表中将不同焦虑症状的严重程度作为评定指标，采用 4 级评分方法。“1”表示无；“2”表示轻度，无多大烦扰；“3”表示中度，感到不适但尚能忍受；“4”表示重度，只能勉强忍受。测量办法：受试者将 21 项自评分数相加后得到粗分，再使用公式 Y=INT(1.19x)取整，将粗分转换为标准分。一般将 BAI ≥45 作为焦虑阳性的判断标准[10]。

7.5 状态-特质焦虑问卷

由 Spielberger 等人编制的自我评价问卷，可以直观反应焦虑患者的主观感受。是一个自评量表，含有两个分量表，即状态焦虑问卷和特质焦虑问卷。通过分别测定焦虑问卷，可区别短暂的情绪焦虑状态和人格特质性焦虑倾向，为不同的研究目的和临床实践服务[11]。

8 中医证候分型

由于中医并无广泛性焦虑障碍病名，且临床表现多变，并无统一的辨证分型标准。本指南参照部分文献，制定了如下分型[1][12][13][14][15]。

8.1 心肾不交型

主症：虚烦不安，躁扰不宁。

次症：五心烦热，潮热盗汗，心悸失眠，头晕耳鸣，健忘，咽干，腰膝酸软。

舌脉象：舌质红，少苔，脉细数。

8.2 肝郁化火型

主症：心情不畅，烦躁易怒，善太息，咽中不适，如物梗阻，敏感多疑。

次症：头痛，面红目赤，口苦咽干，两肋胀满，脘腹不适，痞满纳差，失眠多梦，女子月经不调。

舌脉象：舌质红或淡红，苔黄或苔白，脉弦数。

8.3 痰火上扰型

主症：心烦易怒，胸中烦热，坐立不安，注意力不能集中。
次症：心悸，痰多呕恶，少寐多梦，口苦口粘，头晕头胀，夜寐易惊。
舌脉象：舌质红，苔黄腻，脉滑数。

8.4 心脾两虚型

主症：善思多虑，善恐多惧。
次症：头晕，神疲乏力，健忘，面色萎黄，心悸，胸闷，失眠，食欲不振，便溏，自汗。
舌脉象：舌质淡，苔白，脉细。

8.5 心胆气虚型

主症：善恐易惊，胆小害怕，坐卧不安。
次症：心悸，气短，易自汗，倦怠乏力，失眠多梦，易醒。
舌脉象：舌淡或淡红，苔薄白，脉细。

8.6 阴虚内热型

主症：焦躁不安，心烦意乱。
次症：头晕耳鸣，胸胁胀痛，吞酸吐苦，口干，入睡困难，腰膝酸软，女子月经紊乱、量少或停经，男子遗精阳痿。
舌脉象：舌质红，少苔，脉弦细。

9 治疗方案

9.1 治疗目的

广泛性焦虑障碍是慢性迁延性病程，复发率高，患者社会功能明显受损，严重影响生活质量。因此，缓解或消除患者的焦虑症状及伴随症状，最大限度地减少病残率，提高生存质量是治疗目的。另外加强长期随访，并对患者进行治疗相关的教育及并发症检查，以改善预后，减少社会功能缺损[16]。现代医学依据疾病的严重程度，将广泛性焦虑障碍分为轻度、中度和重度三个亚型，一般是以 HAMA 得分进行划分。从中医角度分析，焦虑患者严重程度不同，病机不同，治法也有所差别。在治疗开始，就采用中西医结合治疗，是最佳方案。但临床应用也需要分情况论治，如轻度焦虑，在尚不影响社会功能的情况下，可选择中医中药治疗，单纯中医治疗更容易为患者接受。多项研究均已证实中医疗法对轻-中度焦虑障碍患者有显著疗效[17][18][19]，中-重度焦虑或病情处于急性进展阶段，且严重影响患者的生活和工作时，可采用中西医结合疗法。西医疗法在较短时间内改善患者的焦虑症状，辅助的中医疗法不仅可以提高西药起效时间和疗效，还有助于改善药物的不良反应，提高患者服药依从性。在疾病处于恢复时，也可采用中西医结合治疗，中医疗法能降低服用西药的剂量，改善患者的认知和社会功能，缩短病程。总的来说，中西医结合治疗需要结合疾病严重程度、持续时间、对社会功能的影响这几个方面综合考虑。

9.2 西药治疗

9.2.1 治疗原则

根据《焦虑障碍防治指南》（吴文源主编　人民卫生出版社　2010 年）推荐，广泛性焦虑障碍倡导全病程治疗。治疗分为三个时期：急性期、巩固期和维持期。急性期治疗目的是快速控制焦虑症状，尽

量达到临床治愈。巩固期治疗需要 2-6 个月，目的是稳定病情，防止疾病复发。维持期至少要 12 个月以上。维持期结束后，可根据患者病情，缓慢减药至停药，但仍需密切监测复发的早期征象。若发现疾病复燃，应及早恢复治疗。临床治疗需要根据患者年龄、既往治疗史、服药意愿、自杀风险、治疗成本来选择用药。如治疗药物有效，在最佳剂量治疗 6 月后可适当逐渐减量，直至停药[5]。

9.2.2 治疗用药

治疗广泛性焦虑障碍的主要药物有抗焦虑药、5-HT1A 受体部分激动剂，具有抗焦虑作用的抗抑郁药物及其他药物。美国食品药品监督管理局（The Food and Drug Administration，FDA）批准的治疗广泛性焦虑障碍的药物包括文拉法辛、度洛西汀、帕罗西汀、艾司西酞普兰和丁螺环酮。苯二氮卓类药物早期应用有助于帮助患者改善睡眠和减少使用抗抑郁药物出现的不耐受现象，但使用时间不建议超过 2-4 周[15]。

9.2.2.1 儿童青少年治疗

6 岁以内的儿童慎重使用药物治疗。6 岁以上的，不能或不愿配合心理治疗的儿童，可尝试用药。

9.2.2.1.1 抗焦虑药

苯二氮卓类和非苯二氮卓类药物对儿童的疗效尚不确定，在用五羟色胺再摄取抑制剂（selective serotonin reuptake inhibitor，SSRI）类药物的前期短时间合并使用，可一天 2-3 次口服，疗程要短于 3 周。目前仅劳拉西泮说明书提及儿童使用的情况为：12 岁以下儿童应用劳拉西泮的安全性和有效性还未确立。

9.2.2.1.2 抗抑郁剂

FDA 已批准度洛西汀胶囊用于 7 岁以上儿童、青少年广泛性焦虑障碍。目前临床对于一些难治性病例也有选用成人广泛性焦虑障碍的药物，如氟伏沙明、舍曲林等。在用于儿童时多以药物的 1/4 片/日以下剂量为起始量，缓慢加大药量至有效剂量，这样可明显减少药物不良反应，增加儿童用药的依从性。

9.2.2.2 成人期治疗[20]

一线选择艾司西酞普兰、文拉法辛、帕罗西汀、舍曲林；二线选择度洛西汀，早期可合并苯二氮卓类药。在 SSRI 类治疗无效时可换用三环类抗抑郁药（tricyclic anti-depressive agents，TCAs,）仍无效也可 SSRI 联合非典型抗精神病药。

9.2.2.2.1 艾司西酞普兰（证据等级：I，推荐强度：A）

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂，达峰时间 5 小时，蛋白结合率低，血浆清除率为 36L/h，半衰期为 27-32 小时，需要 7 天达到稳定血药浓度。

适应症：用于抑郁症、伴有或不伴有广场恐怖症的惊恐障碍。

用法用量：推荐起始剂量 10mg，治疗 1 周后根据病情加量，最高剂量 20mg。

9.2.2.2.2 帕罗西汀（证据等级：I，推荐强度：A）

选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂，达峰时间 5.2 小时，蛋白结合率高，血浆清除率为 79L/h，半衰期为 27-32 小时，需要 5-10 天达到稳定血药浓度。

适应症：治疗各种类型的抑郁症。包括伴有焦虑的抑郁症及反应性抑郁症。

用法用量：推荐起始剂量 20mg，1 周后根据病情加量，每次加 10mg，最高剂量 50mg。

9.2.2.2.3 文拉法辛缓释片（证据等级：I，推荐强度：A）

5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂，达峰时间 5.2 小时，蛋白结合率高，血浆清除率为 79L/h，半衰期为 27-32 小时，需要 5-10 天达到稳定血药浓度。

适应症：适用于各种类型抑郁症，包括伴有焦虑的抑郁症，及广泛性焦虑障碍。

用法用量：推荐起始剂量 75mg，1 周后根据病情加量，最高剂量 225mg。

9.2.2.2.4 度洛西汀胶囊（证据等级：I，推荐强度：A）

5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂，达峰时间 3 小时，蛋白结合率为 90%，半衰期 12 小时，服药 3 天可达到稳定血药浓度。

适应症：用于治疗抑郁症

用法用量：推荐起始剂量 60mg，1 周后根据病情加量，最高剂量 120mg。

9.2.2.2.5 苯二氮卓类（证据等级：I，推荐强度：A）

治疗焦虑症起效快，不良反应小，治疗 1 周就能见到明显改善，但不推荐作为一线用药。常用药物包括阿普唑仑、劳拉西泮、奥沙西泮、地西泮等。需要结合焦虑性质，药代动力学特征以及患者的反应及不良反应来选择。如地西泮适合持续高度焦虑，可间断给药或在必要时给药；如为发作性焦虑，可选择劳拉西泮、奥沙西泮，在焦虑将要发生前服用；焦虑伴发失眠可用选择阿普唑仑及艾司唑仑。

9.2.2.2.6 阿扎哌隆类（证据等级：I，推荐强度：A）

以丁螺环酮为代表的此类药物是近年来新一类抗焦虑药。为 5-HT1A 受体激动剂，在 5-HT 功能亢进时，可发挥拮抗效应，在 5-HT 不足时，可发挥激动作用。口服 0.5-1 小时达血药浓度高峰，血浆蛋白结合率为 95%。

适应症：各种焦虑症，抑郁状态，适应不良行为，以及强迫症的辅助治疗。

用法用量：口服起始剂量 10-15mg/日，常用治疗量为 20-40mg/日。丁螺环酮起效较慢，可以作为苯二氮卓类药物的替代品，改善撤药症状。

9.2.2.2.7 抗精神病药（证据等级：I，推荐强度：A）

抗精神病药能在一定程度上缓解焦虑症状，其作用机制和药物对 5-HT 的拮抗作用有关。如奥氮平对 5-HT2A 具有拮抗作用，喹硫平对 5-HT2 受体有阻断作用，都能产生抗焦虑作用。喹硫平 25mg/日起始，治疗剂量在 25-400mg/日；　奥氮平 2.5mg/日起始，治疗剂量 2.5mg-20mg/日。抗精神病药物作为三线治疗，最好要与抗抑郁药或抗焦虑药联合使用，同时需要权衡药物不良反应。

9.3 中药治疗

9.3.1 治疗原则

中医认为广泛性焦虑障碍的病机是脏腑气血逆乱导致神机失和、脑神失养。病位涉及到心、肝、脾、肾脏腑，为本虚标实之证。本病分为发作期和缓解期，发作期以气郁、痰火等实邪为主，缓解期以虚为主。因此，实证常用的方剂有丹栀逍遥散、黄连温胆汤；虚证常用方剂有归脾汤、黄连阿胶汤、百合地黄汤等。中药治疗时间要根据患者临床表现决定，一般将 1 个月定为一疗程，疗程结束后判定疗效，考虑是否调整用药。中药治疗无严格的禁忌症，但也要综合考虑患者的躯体健康状况、药物配伍之间的禁忌等。

9.3.2 辨证论治

9.3.2.1 心肾不交型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：滋阴清热，除烦安神
推荐方剂：黄连阿胶汤加减。(出自《伤寒论》)[21][27]
方药：黄连、阿胶、黄芩、白芍、鸡子黄、肉桂、黄柏、陈皮、白术等。

9.3.2.2 肝郁化火型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：疏肝解郁，泻火安神
推荐方剂：丹栀逍遥散或柴胡疏肝散加减。（出自《景岳全书》）[22][28]
方药：柴胡、白芍、佛手、香橼、郁金、当归、黄芩、木香、陈皮、炒麦芽、茯苓、山药等

9.3.2.3 痰火上扰型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：清热化痰，宁心安神
推荐方剂：黄连温胆汤加减。（出自《六因条辨》）[23][29]
方药：半夏、陈皮、竹茹、枳实、瓜蒌、黄连、甘草、栀子、淡豆豉、远志等。

9.3.2.4 心脾两虚型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：养血安神，除烦定志
推荐方剂：归脾汤加减。（出自《济生方》）[24][30]
方药：党参、茯神、白术、甘草、黄芪、当归、酸枣仁、龙眼肉、远志等。

9.3.2.5 心胆气虚型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：镇惊安志，宁心安神
推荐方剂：安神定志丸加减。（出自《医学心悟》）[25]
方药：人参、茯苓、茯神、远志、石菖蒲、龙齿、当归、白芍、白术等。

9.3.2.6 阴虚内热型（证据等级：II，推荐强度：C）

治法：补肾益肝，养阴安神
推荐方剂：百合地黄汤合知柏地黄汤加减。（出自《金匮要略》）[26]
方药：百合、生地黄、知母、山药、茯苓、炒枣仁、炙甘草、牡丹皮、黄柏、赤芍等。

9.4 中成药

9.4.1 六味地黄丸（证据等级：II，推荐强度：C）[31]

六味地黄丸，每丸 9g，早晚各 1 丸口服，连续服用 1 月。

9.4.2 乌灵胶囊 （证据等级：II，推荐强度：C）[32]

乌灵胶囊，每粒 0.33g，早中晚各 3 粒，口服，连续服用 2 月。

9.4.3 九味镇心颗粒（证据等级：I，推荐强度：A）[33]

九味镇心颗粒，每袋 6g，早中晚各 1 袋口服，连续服用 2 月。

9.4.4 逍遥丸（证据等级：II，推荐强度：C）[34]

逍遥丸，每袋 6g，早晚各 1 袋口服，连续服用 1 月。

9.4.5 解郁丸（证据等级：II，推荐强度：C）[35]

解郁丸，每 15 丸重 1g，早晚各 4g 口服，连续服用 2 月。

9.4.6 温胆丸（证据等级：II，推荐强度：C）[36]

温胆丸，每次 1 丸，早晚各 1 次口服，连续服用 1 月。

9.4.7 柴胡舒肝丸（证据等级：II，推荐强度：C）[37]

柴胡疏肝丸，每丸重 10g，早晚各 1 丸口服，连续服用 1 月。

9.4.8 血府逐瘀胶囊（证据等级：II，推荐级别：C）[38]

血府逐瘀胶囊，每粒 0.4g，早晚各 6 粒口服，连续服用 2 月。

9.5 针灸疗法

9.5.1 辨证取穴[39] [40] [41] （证据等级：II，推荐强度：C）

9.5.1.1 心肾不交证

取穴：太溪、三阴交、内关、神门。

手法：太溪、三阴交用补法，内关、神门用泻法。诸穴均常规针刺，达到欲刺深度有针感后，留针 30 分钟每日一次，15 次一疗程。

9.5.1.2 肝郁化火证

取穴：太冲（或行间）、丘墟、阴陵泉。

手法：诸穴均常规针刺，达到欲刺深度有针感后留针，再留针 20-30 分钟期间，每隔 5-10 分钟各捻泻 1-2 分钟，如此捻泻 2-4 次后，停留数分钟拔针。每日一次，10 次一疗程。

9.5.1.3 痰热上扰证

取穴：百会、人中、丰隆、太冲、合谷。

手法：百会沿皮刺，向后快速捻转泻法，人中向上斜刺 1-2 寸，快速捻转并间歇行针，其余诸穴均用提插捻转泻法，如此捻泻 2-4 次，留针 30 分钟，每日一次。15 次一疗程。

9.5.1.4 心脾两虚证

取穴：心俞、脾俞、神门、三阴交、足三里、安眠穴、印堂。

手法：以上腧穴均用补法，背俞穴加温和灸。诸穴均常规针刺，达到欲刺深度有针感后，留针 30 分钟每日一次，前后穴位分两组交替针刺，15 次一疗程。

9.5.1.5 心胆气虚证

取穴：上星、阳陵泉、三阴交、胆俞、神门、心俞、百会、丘墟。

手法：针刺上星穴用 3 号毫针快速刺入皮下，沿皮向百会进针施捻转手法，用补法。配穴以提插捻转手法为主，诸穴均常规针刺，达到欲刺深度有针感后，留针 30 分钟，留针期间每 10 分钟运针一次，

每日一次，15 次为一疗程。

9.5.1.6 阴虚内热证

取穴：肝俞、太冲、足窍阴、风池、印堂。

手法：肝俞、太冲用泻法，足窍阴用较强的强刺激泻法，风池、印堂用平补平泻法，诸穴均常规针刺，达到欲刺深度有针感后，留针 30 分钟每日一次。15 次一疗程。

9.5.2 头针疗法

取穴：运动区、感觉区、足运感区。

手法：用 28 号 2 寸毫针，缓缓捻转进针，出现针感后稍捻转片刻。留针 30 分钟每日一次，15 次一疗程。

9.5.3 走罐疗法

取穴：背腰部督脉以及两侧膀胱经的腧穴。

操作：患者采取俯卧位，肩部放平。先于背俞穴采用连续闪罐法，反复操作，先上后下，以皮肤潮红时为止。然后在取穴部位的皮肤表面和玻璃罐口涂上少许石蜡油，用闪火法把罐吸拔在大椎穴处，向下沿督脉至尾骶部，上下推拉数次后，推拉旋转至背俞穴，依次垂直于脊柱方向上下推拉。吸拔力的大小，以推拉顺手，患者疼痛能忍为宜，观察经走罐部位充血，颜色变紫红色，尤以局部出现紫色血瘀为佳。起罐后将石蜡油擦净，每周两次。6 周为一个疗程。

9.5.4 按摩疗法

取穴：循行于头部的手少阴、足阳明经穴的印堂、太阳、百会、神庭、风池、安眠穴、四神聪、肩井、心俞、脾俞、胃俞、神门、睡眠点（合谷与三间之间）足三里、三阴交、涌泉、照海、申脉。

操作：按摩手法为点、按、揉、拿、摩、振、拍打、扫散等。每日 2-3 次，12 次一疗程。

9.6 物理治疗（证据等级：II，推荐强度：C）

广泛性焦虑障碍的治疗是以药物治疗及心理治疗为主，但仍有部分患者治疗后效果不佳。有部分学者尝试采用物理治疗方法用于难治性广泛性焦虑障碍的治疗，但临床研究证据不够充分，对广泛性焦虑障碍的疗效尚无定论。目前临床可用的物理治疗包括经颅磁刺激（transcranial magnetic stimulation, TMS），采用的刺激强度为 80%-90%的运动阈值，频率为 1Hz，刺激部位为右侧前额叶背外侧区，每次治疗的脉冲数 1200-1600 次，总刺激次数 10-20 次。一项研究显示广泛性焦虑障碍患者接受了功能磁共振成像技术（Functional Magnetic Resonance Imaging, fMRI）引导下的 rTMS 治疗后，HAMA 减分率及临床疗效总评量表（clinical global impression, CGI）CGI 都有显著变化，符合缓解标准，该研究提示以 fMRI 为指导的 rTMS 治疗可能是治疗焦虑症的有益技术[42]。另有一篇 meta 分析表明 TMS 可能是广泛性焦虑障碍的有效治疗方法[43]。

9.7 心理治疗（证据等级：I，推荐强度：A）

9.7.1 概要

心理社会因素在焦虑障碍的发病中至关重要。心理治疗可减轻和缓解广泛性焦虑障碍患者的焦虑情绪及躯体症状，增加治疗的依从性，矫正由广泛性焦虑障碍引发的各种不良心理社会性后果，最大限度的恢复患者心理功能[44][45][46][47][48]。首先根据病情严重程度及有关临床资料，确定选用药物治疗还是心理治疗，或者两者联合治疗。轻度广泛性焦虑障碍、患者拒绝药物治疗，有明显药物禁忌症以及有明显应激源导致的焦虑，可单用心理治疗。中重度焦虑患者，可选择心理治疗合并药物治疗。维持期心理

治疗目的在于让患者保持基本正常状态，减少或消除导致焦虑障碍产生的持续因素，有助于预防复发，解决患者心理社会问题。广泛性焦虑障碍患者适宜的心理治疗方法包括认知行为疗法、支持性疗、家庭治疗和放松疗法。部分中医心理治疗方法对焦虑症也有显著疗效，如低阻抗下意念导入疗法、改良中医情绪疗法、中医情志顺势心理治疗、情志相胜心理治疗。

9.7.2 一般原则

9.7.2.1 建立良好的治疗关系。予以关心理解和体贴的同情心，双方是平等协助关系，彼此尊重，予以倾听与设身处地的理解患者，鼓励其自由倾诉，真诚的情感交流。用简单明了的语言，予以无条件的情感肯定，积极关注和接纳。

9.7.2.2 尊重信任原则。全神贯注的倾听，用同情、理解的目光和鼓励、启发式的提问，来引导患者倾吐内心的不良情绪。

9.7.2.3 保密原则：理解尊重患者的情感，保护其隐私，不把在治疗过程中获取的患者个人资料暴露给第三方。

9.7.2.4 综合性原则。心身综合，要求治疗师对患者身心之间和相互影响保持敏锐，以统一的思维来分析对待患者问题。

9.7.2.5 特殊情况的积极处理。有明显自杀企图的患者，应积极与监护人或相关人员联系，避免意外发生。

9.7.3 注意事项

9.7.3.1 心理治疗的目标应注重当前问题，以消除当前症状为主要目的。处理焦虑症状，改变不合理的焦虑认知，透过症状表象来了解患者真实的内心冲突。在制定治疗计划时，不以改变和重塑人格作为首选目标。

9.7.3.2 一般应该限时。

9.7.3.3 如果患者治疗效果不完全，对症状的进一步评估也有助于计划下一步治疗措施；

9.7.3.4 如果治疗 6 周焦虑症状无改善或治疗 12 周症状缓解不彻底，则需考虑重新评价和换用或联用药物治疗。

9.7.4 西方心理治疗技术[49]

9.7.4.1 认知行为治疗

由 A.T.Beck 在 60 年代发展出的一种有结构、短程、认知取向的心理治疗方法，主要针对抑郁症、焦虑症等心理疾病和不合理认知导致的心理问题。它的主要着眼点，放在患者不合理的认知问题上，通过改变患者对已，对人或对事的看法与态度来改变心理问题。人的情绪来自人对所遭遇的事情的信念、评价、解释或哲学观点，而非来自事情本身。正如认知疗法的主要代表人物贝克(A·T·Beck)所说:“适应不良的行为与情绪，都源于适应不良的认知”。认知行为治疗认为治疗的目标不仅仅是针对行为、情绪这些外在表现，而且分析病人的思维活动和应付现实的策略，找出错误的认知加以纠正。

9.7.4.2 支持性心理治疗

治疗师和患者建立信任的治疗关系，需要借助特定的心理技术，培养患者的健康防御机制，提高有效应对困难的能力，减少行为缺陷，改善人际关系，减轻痛苦，促进心理和社会功能健康发展。常用的技术包括倾听、支持和鼓励、说明与指导、培养信心与希望、调整对应激的看法、控制与训练、善用资源、改变环境、鼓励功能性的适应。对抑郁症、焦虑症有效。

9.7.4.3 家庭治疗

20 世纪 50 年代以来发展起来的一种以家庭为单位的治疗技术，以系统观念来理解和干预家庭的一种心理治疗方法，是将所存在的问题或症状从个体转向关系的一种思考和实践的方式。家庭治疗比较注重家庭成员互动关系以及生活中需要改善的相处问题。一般原则：需要积极参与，保持对人际关系的敏感性；要用系统的观点思考家庭问题；着眼于当前，保持中立，注意治疗界限；重视家庭成员能力，使其抱有希望；进行家庭干预，促进改变。核心理念：家庭是一个系统和整体，要更有效更快捷的缓解或消除某个成员的症状，需要整个家庭成员共同参与，共同成长。

9.7.4.4 放松疗法[50]

放松疗法是一种普遍的经常被使用的一种技术，它是以一定的媒介(如暗示指导语)集中注意、调节呼吸，使肌肉得到充分放松，从而调节中枢神经系统兴奋性的方法。放松训练目的在于改变焦虑患者的焦虑情绪，此方法比较容易掌握，便于应用方法种类较多，包括深呼吸放松、渐进性肌肉放松、暗示控制放松和自我控制放松等。有关研究资料显示，放松疗法是一种有意识地控制机体生理和心理活动，从而能够降低机体唤醒水平，调整紧张或刺激所致的功能紊乱。

9.7.5 中医心理治疗

9.7.5.1 低阻抗下意念导入疗法[51][52] thoughts imprint psychotherapy in lower resistance state; TIP

是由汪卫东创立，是建立在低阻抗学说和意念导入学说的基础上，把中国的导引、气功疗法与西方的暗示、催眠疗法进行某种结合，通过言语的和行为的诱导，使被治疗者进入某种从清醒到睡眠这个过程的中间状态，将治疗者根据某种治疗需要构成的由言语的和行为信息组成的某种 “思想、理念、观念”导入给被治疗者，通过暗示的作用，使被治疗者在接受这种“思想、理念、观念”的信息之后，形成自我大脑中的某种符合治疗需要的“境像”，再影响、覆盖、替代被治疗者过去的“思想、理念、观念”，最终影响到被治疗者的记忆和内隐认知并达到某种心理治疗与心理康复作用的治疗方法。多项研究表明 TIP 对焦虑抑郁情绪及失眠等有肯定疗效。

9.7.5.2 改良中医情绪疗法[53][54] modified TCM emotional therapy; MTET

是北京回龙观医院闫少校教授在中医“情志相胜”心理治疗基础上，结合现代心理治疗的实践而提出的一种中医心理治疗方法，可操作性较强，有规范的治疗程序，通过穴位刺激、放松治疗的技术的有机结合，能减轻和缓解心理社会应激源所引起的情绪症状，矫正心理障碍继发的各种不良心理社会性后果。已有研究及临床观察提示，MTET 治疗中综合运用以上技术，其疗效和起效速度超出单独运用其中任何一种技术，暗示治疗、穴位刺激及眼动脱敏三者之间的治疗作用可以相互增强，起到了较快、较好的疗效，能改善抑郁焦虑情绪症状及其相关心理病理症状。

9.7.5.3 中医情志顺势心理治疗[55]

张柏华教授创建的中医特色心理疗法。20 世纪 80 年代开始奠基，2006 年成都世界中医心理学大会正式推出，其后不断完善。该方法融汇中医理论、临证实践、现代心理治疗相关理论技术，通过言语和非言语的手段，紧贴访者情志发展趋势，顺势利导，于情(情感)、志(认知)、心理潜能等层面展开治疗。旨在“合和”态的形成，即情志和、人格和、心身和、人与环境关系和的整体和谐状态。用于心理咨询与临床心理治疗，显示出见效快、效果巩固。其特点“中医为本，西学为用；重在疗效，本土理论”。疗法以中医扶正祛邪、顺势治疗、阴阳五行、脏腑情志、五神脏等思想为理论指导。以此主导解读(诊断评估)情志(情志郁结)为核心的系列心理、心身现象，并指导心理的捭阖收放之法。治疗全程分六部分：建立关系、诊断评估、表达释情、顺势调志、开发潜能、整体和谐。

9.7.5.4 情志相胜心理治疗[56] [57]

“情志相胜”心理治疗指在中医阴阳五行学说及情志相胜等理论指导下，医生有意识地运用一种或多种情志刺激，以制约、消除患者的病态情志，从而治疗由情志所引起的某些心身疾病的心理疗法。情志相胜疗法是指医生有意识的运用一种或多种情志刺激，以制约、消除患者的病态情志，从而治疗由情志所引起的某些心身疾病。“情志相胜”心理治疗是建立在“心神合一”整体观念的基础上的。建立在心理与身体密切联系的整体观念基础上的，这种通过调整相应脏腑功能来治疗情绪障碍的方法，为心理治疗提供了一种最佳的途径。

9.7.5.5 移空技术[58] [59]

移空技术是刘天君团队首创，以中医具象思维作为理论基础，将身心症状或危机事件对个体的影响具象化为某一具体的物品（象征物），通过具象化承载物对目标症状或情绪进行处理，最后达到“空”（消失）的治疗技术。它是由治疗师指导来访者充分运用意识的想象功能，先将所需要解决的心理疾病或障碍的心身症状象征性物化，并放入想象中为其量身打造的承载物，而后想象在不同的心理距离上反复移动置放了象征物的承载物，使象征物及承载物在移动的过程中逐渐变化乃至消失，从而缓解或消除心身症状的心理治疗技术。移空技术源于中国传统文化中的心理调节方法，是本土化的原创心理治疗技术。

10 预防及康复

10.1 健康教育

健康教育的宗旨是加深医患双方交流，加强传播患者对疾病诊疗及康复相关知识，较少个体和公众对广泛性焦虑障碍的不理解，增强缓和对疾病的知识和应对能力。在教育的过程中，帮助患者对疾病病因、症状、诊断及治疗的理解，让患者了解不同的治疗方案及流程，治疗策略和预后。另外还需要对病患家属进行教育，促进对疾病的正确认识、理解和接纳，积极参与观察患者的病情变化、督促就医、缓解患者情绪，协助医疗机构的治疗，以期提高患者的治疗依从性，更快的回归社会[60] [61]。

10.2 心理保健[62] [63]

心理保健能够起到认知重建、缓解焦虑、改善情绪、减慢疾病进程、有效预防复发的作用。如时常进行自我反省，将被压抑的情绪体验毫不保留地诉说出来，进行正确的自我定位；在面临每天的例行干扰之前，暂时放松数秒，可以大幅改善焦虑的程度。这种蓄意放松数秒钟的习惯，可充当有效的镇定剂；对于一些缺乏自信心的人，怀疑自己完成和应付事物的能力，从而忧虑、紧张和恐惧。首先要自信，减少自卑感。相信自己有能力克服困难，不要妄自菲薄。焦虑情绪是一种恶性循环，越焦虑就会越让我们注意引发焦虑情绪的事件。这就需要去转移注意力，如参加体育活动，或参加劳动，以转移注意方向，转换思维对象，这样可以从精神上减轻负担，促进身心健康。

10.3 高危因素[64] [65]

广泛性焦虑障碍存在一定的发病危险因素，如遗传、创伤性生活事件、学习或工作压力、罹患重大躯体疾病等，这些危险因素增加了广泛性焦虑障碍的患病风险。因此，早期识别及处理危险因素，对疾病的预防、诊断和治疗都具有重要的意义。常见的干预措施包括健康宣教、心理干预、家庭支持、医疗团队介入和社会的理解支持。

11 疗效评价

11.1 评价标准

11.1.1 总体疗效评价

参照国家中医药行业标准《中医病证诊断疗效标准》中郁病疗效评价标准拟定[66]。

治愈：情绪、语言、举止正常，精神安定，能正常处理日常事务；

好转：精神安定，言语、情绪基本正常，或有改善；

未愈：精神、情绪、语言、举止不能控制，或无改善。

11.1.2 焦虑量表评定

参考《24 个专业 104 个病种中医诊疗方案》中郁病（广泛性焦虑障碍）中医诊疗方案拟定。

采用汉密尔顿焦虑量表评定（HAMA）进行评定。

临床缓解：焦虑情绪及伴随躯体症状消失，治疗后量表得分小于 7 分。

显效：焦虑情绪或伴随躯体症状明显减轻，减分率≥50%，＜75%。

好转：焦虑情绪或随躯体症状有所减轻，减分率≥25%，＜50%。

无效：焦虑情绪或伴随躯体症状无明显变化，甚至加重，减分率＜25%。

11.2 评价方法

总体疗效标准在治疗结束后进行评定，量表评定采用尼莫地平法[(治疗前总积分-治疗后总积分)÷治疗前总积分]×100%，计算减分率，每周评价一次，同时根据临床需要进行其他相应的检查和评定。

参 考 文 献

[1] 中华医学会精神病学分会.焦虑障碍防治指南2010[M].北京,人民卫生出版社,2010:115

[2] 贾竑晓,康玉春.中西医结合论治焦虑障碍[M].北京,人民卫生出版社,2018:142-144

[3] 孙文军,曲淼,唐启盛.广泛性焦虑症中医证候的聚类研究[J].中华中医药杂志,2014,29(07):2298-2300.

[4] 耿东,郭蓉娟.广泛性焦虑症中医症状及证候要素的临床调研[J].北京中医药大学学报,2013,36(06):421-425.

[5] 陆林.沈渔邨精神病学第六版[M].北京,人民卫生出版社,2018:430-433

[6] 中华中医药医学会内科分会.中医内科常见病诊疗指南.西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008:290

[7] 世界卫生组织.ICD-10精神与行为障碍分类[M].北京,人民卫生出版社,1995:114-115

[8] Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders[J]. Psychosomatics. 1971 Nov-Dec;12(6):371-9.

[9] HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating[J]. Br J Med Psychol. 1959;32(1):50-5

[10] Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties[J]. J Consult Clin Psychol. 1988 Dec;56(6):893-7.

[11] Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [J]. Br J Clin Psychol. 1992 Sep;31(3):301-6.

[12] 唐启盛,曲淼,孙文军.焦虑障碍中医证候诊断标准及治疗方案[J].北京中医药,2018,37(02):103-104.

[13] 基于个体化的广泛性焦虑障碍中医临床实践指南[J].世界睡眠医学杂志,2016,3(02):80-94.

[14] 孙文军,曲淼,唐启盛.基于贝叶斯网络的广泛性焦虑症中医证候学规律研究[J].北京中医药,2014,33(06):403-405+421.

[15] 中华中医药学会内科分会.中医内科常见病诊疗指南西医疾病部分[M].北京:中国中医药出版社,2008,290-291

[16] 中华医学会精神病学分会.焦虑障碍防治指南[M].北京,人民卫生出版社,2010,126-150

[17] 熊航,郭蓉娟.自拟宁心安神方治疗轻中度广泛性焦虑症的临床疗效观察[J].中华中医药杂志,2019,34(06):2803-2806.

[18] 叶青,袁晓蕾,周洁,等.镇惊泻火颗粒治疗痰热内扰型轻中度焦虑症的随机、双盲、安慰剂对照研究[J].上海中医药杂志,2016,50(12):37-40.

[19] 皮红霞,杨东东,史敏.中医药辨治结合心理护理治疗轻中度广泛性焦虑临床研究[J].成都医学院学报,2016,11(04):439-442.

[20] Slee A, Nazareth I, Bondaronek P,et al. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis[J]. Lancet. 2019 Feb 23;393(10173):768-777.

[21] 张仲景.上海中医学院中医基础理论教研组校注.伤寒论[M].上海:上海人民出版社,1976,70

[22] 张介宾.景岳全书[M].上海:上海科学技术出版社,1959,270
[23] 陆子贤.山东中医学院文献研究室校点.六因条辨[M].山东:山东科学技术出版社,1982,23
[24] 严用和.济生方[M].北京:人民卫生出版社,1956,129
[25] 程国彭.医学心悟[M].北京:中国中医药出版社,1996,167
[26] 张仲景.杨鹏举,侯仙明,杨延巍注释.金匮要略[M].北京:学苑出版社,2007,19
[27] 王晓峰,王新芳.黄连阿胶汤加减治疗心肾不交型轻中度广泛性焦虑症的临床分析[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(10):61-63.
[28] 李小黎,刘晓梅,邵珺,等.丹栀逍遥散干预社区肝郁化火型广泛性焦虑症患者的临床疗效分析[J].北京中医药,2017,36(04):359-361.
[29] 刘琪,王瑞,赵鸣芳,等.黄连温胆汤加减治疗肝郁痰阻型广泛性焦虑的临床观察[J].中国药房,2016,27(14):1984-1986.
[30] 陈涛,陈丰.归脾汤加减治疗心脾两虚型广泛性焦虑的临床效果研究[J].中国继续医学教育,2018,10(34):137-139.
[31] 陈嵘,李菊,谭丽萍,等.六味地黄丸抗焦虑作用的实验研究[J].中国中医基础医学杂志,2016,22(11):1476-1478.
[32] 徐薇薇,吴爽,周冬蕊,等.交泰丸加减联合乌灵胶囊治疗失眠伴焦虑状态的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(06):890-893.
[33] 黄科,贺梅红,张玉霞,等.九味镇心颗粒治疗广泛性焦虑障碍疗效与安全性系统评价[J].山东中医杂志,2018,37(06):462-468.
[34] 刘琳,邹俊波,张小飞,等.基于网络药理学探讨逍遥丸治疗抑郁和焦虑的作用机制[J].海南医学院学报:1-14[2020-09-23].
[35] 刘兰英,王忠,陆林,等.解郁丸临床应用专家建议[J].中国新药杂志,2020,29(14):1602-1606.
[36] 黄海阳.温胆片治疗广泛性焦虑症的药效学实验研究与机制探讨[D].广州中医药大学,2015.
[37] 张新平,刘金鹏,刘军.柴胡疏肝散治疗焦虑症随机平行对照研究[J].实用中医内科杂志,2015,29(11):26-28.
[38] 贾智捷.血府逐瘀汤治疗广泛性焦虑 38 例[J].辽宁中医杂志,2012,39(11):2235.
[39] 赖新生.针灸脑病学[M]. 北京,人民卫生出版社出社,2006.
[40] 王麟鹏.北京中医院针灸科临床经验集萃[M].北京,北京科学技术出版社.2006.
[41] 李宛亮.祖传针灸常用处方[M].北京,人民卫生出版社.2006.
[42] Bystritsky A, Kaplan JT, Feusner JD, et al. A preliminary study of fMRI-guided rTMS in the treatment of generalized anxiety disorder[J]. J Clin Psychiatry.2008 Jul;69(7):1092-8.
[43] Cirillo P, Gold AK, Nardi AE, et al. Transcranial magnetic stimulation in anxiety and trauma-related disorders: A systematic review and meta-analysis[J]. Brain Behav. 2019 Jun;9(6):e01284.
[44] 杨德森.行为医学[M].长沙：湖南大学出版社,1990:180—182.
[45] Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti SK, et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis[J]. East Asian Arch Psychiatry. 2020 Jun;30(2):52-56.
[46] Carpenter JK, Andrews LA, Witcraft SM, et al. Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials[J]. Depress Anxiety. 2018 Jun;35(6):502-514.
[47] Hall J, Kellett S, Berrios R, et al. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and

Meta-Regression[J]. Am J Geriatr Psychiatry. 2016 Nov;24(11):1063-1073.
[48] Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, et al. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis[J]. Clin Psychol Rev. 2014 Mar;34(2):130-40.
[49] 陆林.沈渔邨精神病学（第6版）[M].北京,人民卫生出版社,2018:804-807
[50] 巴义然.健身锻炼联合放松训练治疗广泛性焦虑症老年患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(4):309-310.
[51] 汪卫东.低阻抗意念导入疗法[M].北京,人民卫生出版社,2012:56-58.
[52] 汪卫东，杜辉.适用于中国本土的低阻抗意念导入疗法[J].国际中医中药杂志，2013，35（1）：1-4.
[53] 闫少校,郎俊莲.中医“情志相胜”心理治疗的优势、弊端与改进对策探讨[J].中医杂志,2012,53(4):294-296.
[54] 闫少校,曹延筠,崔界峰,等.改良中医情绪疗法的方法、接受性及对情绪影响的初步研究[J].时珍国医国药,2008,19(10):2405-2406.
[55] 冯晔,谭梦,张伯华.论情志顺势心理治疗中求助者的投射心理及其运用[J].上海中医药杂志,2015,49(2):7-9.
[56] 徐蕊,孔军辉,杨秋莉,等.广泛性焦虑障碍“思胜恐”情志治疗思路探讨[J].中医杂志,2017,58(10):836-840.
[57] 张琦,胡真.中医情志疗法在创伤后应激障碍中的应用[J].北中医药大学学报,2019,21(3):50-53.
[58] 夏宇欣,吴晓云,刘天君.移空技术的特点分析及其未来研究展望[J].中国临床心理学杂志,2013,21(05):852-855+862.
[59] 吴晓云.移空技术的操作要点与理论解析[D].北京中医药大学,2013.
[60] Pilkington P, Milne L, Cairns K, et al. Enhancing reciprocal partner support to prevent perinatal depression and anxiety: a Delphi consensus study[J]. BMC Psychiatry. 2016 Feb 3;16:23.
[61] Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, et al. Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression[J]. JAMA Psychiatry. 2017 Oct 1;74(10):1021-1029.
[62] Deady M, Choi I, Calvo RA, et al. eHealth interventions for the prevention of depression and anxiety in the general population: a systematic review and meta-analysis[J]. BMC Psychiatry. 2017 Aug 29;17(1):310.
[63] Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, et al. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis[J]. Clin Psychol Rev. 2017 Feb;51:30-47.
[64] Rasing SPA, Creemers DHM, Janssens JMAM,et al. Depression and Anxiety Prevention Based on Cognitive Behavioral Therapy for At-Risk Adolescents: A Meta-Analytic Review[J]. Front Psychol. 2017 Jun 28;8:1066.
[65] Moreno-Peral P, Bellón JÁ, Huibers MJH, et al. Mediators in psychological and psychoeducational interventions for the prevention of depression and anxiety[J]. A systematic review. Clin Psychol Rev. 2020 Mar;76:101813.
[66] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:国家中医药管理局.1994:20.