

# 中国神经性贪食诊疗专家共识



扫描二维码  
查看原文

中华医学会心身医学分会进食障碍协作学组, 中华医学会精神医学分会进食障碍研究协作组, 陈妍<sup>1</sup>, 陈涵<sup>1</sup>, 刘兰英<sup>1</sup>, 孔庆梅<sup>2</sup>, 乔慧芬<sup>3</sup>, 张岚<sup>4</sup>, 李雪霓<sup>2</sup>, 匡桂芳<sup>5</sup>, 张大荣<sup>2</sup>, 栗克清<sup>6</sup>, 王振<sup>1\*</sup>, 陈珏<sup>1\*</sup>

**【摘要】** 神经性贪食是以反复发作的暴食和防止体质量增加的补偿行为, 以及对体形和体质量过度关注为特征的一类进食障碍。神经性贪食患者存在紊乱的进食行为, 导致电解质异常, 出现胃肠道疾病、代谢和内分泌紊乱等躯体问题; 其次常共病双相情感障碍、抑郁症、物质使用障碍等多种精神障碍, 需引起重视。然而, 目前在中国对于神经性贪食, 乃至进食障碍不能早期识别和诊治, 导致病程迁延。因此, 在中华医学会心身医学分会进食障碍协作学组的组织下, 联合中华医学会精神医学分会进食障碍研究协作组, 由12名专家包括精神科医师和循证医学专家, 组成专家组, 基于循证医学证据、国内外指南与专家共识、专家经验等制订本专家共识, 以期提高国内精神科专业人员和全科医师对神经性贪食的识别和诊治水平。

**【关键词】** 神经性贪食; 心理治疗; 药物治疗; 诊疗指南; 指南

**【中图分类号】** R 442.9 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0443

**【引用本文】** 中华医学会心身医学分会进食障碍协作学组, 中华医学会精神医学分会进食障碍研究协作组, 陈妍, 等. 中国神经性贪食诊疗专家共识 [J]. 中国全科医学, 2023, 26(36): 4487-4497. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0443. [www.chinagp.net]

Eating Disorders Coordination Group of the Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association, Eating Disorders Research Collaboration Group of the Psychiatric Medicine Society of the Chinese Medical Association, CHEN Y, et al. Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Bulimia Nervosa [J]. Chinese General Practice, 2023, 26(36): 4487-4497.

**Chinese Expert Consensus on the Diagnosis and Treatment of Bulimia Nervosa** Eating Disorders Coordination Group of the Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association, Eating Disorders Research Collaboration Group of the Psychiatric Medicine Society of the Chinese Medical Association, CHEN Yan<sup>1</sup>, CHEN Han<sup>1</sup>, LIU Lanying<sup>1</sup>, KONG Qingmei<sup>2</sup>, QIAO Huiwen<sup>3</sup>, ZHANG Lan<sup>4</sup>, LI Xueni<sup>2</sup>, KUANG Guifang<sup>5</sup>, ZHANG Darong<sup>2</sup>, LI Keqing<sup>6</sup>, WANG Zhen<sup>1\*</sup>, CHEN Jue<sup>1\*</sup>

1. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai 200030, China

2. Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health, NHC Key Laboratory of Mental Health (Peking University), National Clinical Research Center for Mental Disorders (Peking University Sixth Hospital), Beijing 100091, China

3. Nanjing Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 210024, China

4. Mental Health Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China

5. Women and Children's Hospital, Qingdao University, Qingdao 266075, China

6. Hebei Mental Health Center, Baoding 071000, China

\*Corresponding authors: CHEN Jue, Chief physician/Professor/Doctoral supervisor; E-mail: chenjue2088@163.com

WANG Zhen, Chief physician/Professor/Doctoral supervisor; E-mail: wangzhen@smhc.org.cn

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(82071545); 上海市科学技术委员会医学创新研究专项项目(20Y11906500); 上海市卫生健康委员会面上项目(202140092); 医工交叉重点项目(YG2022ZD026); 上海市精神心理疾病临床医学研究中心(19MC1911100)

1.200030 上海市, 上海交通大学医学院附属精神卫生中心 2.100091 北京市, 北京大学第六医院 北京大学精神卫生研究所 国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室(北京大学) 国家精神心理疾病临床医学研究中心(北京大学第六医院) 3.210024 江苏省南京市, 南京医科大学附属脑科医院 4.610041 四川省成都市, 四川大学华西医院心理卫生中心 5.266075 山东省青岛市, 青岛大学附属妇女儿童医院 6.071000 河北省保定市, 河北省精神卫生中心

\*通信作者: 陈珏, 主任医师/教授/博士生导师; E-mail: chenjue2088@163.com

王振, 主任医师/教授/博士生导师; E-mail: wangzhen@smhc.org.cn

本文数字出版日期: 2023-08-06

**【Abstract】** Bulimia nervosa is a type of eating disorders characterized by recurrent binge eating and compensatory behaviors to prevent weight gain, as well as excessive concern about body shape and mass. The patients with bulimia nervosa present with disturbed eating behavior, resulting in electrolyte abnormalities, gastrointestinal disorders, metabolic and endocrine disorders and other physical problems; secondly, the bulimia nervosa patients are often co-morbid with a variety of mental disorders such as bipolar disorder, depression, substance use disorders, which need to be taken seriously. However, bulimia nervosa and even eating disorders cannot be recognized and diagnosed at an early stage in China, which leads to a prolonged course of the disease. Therefore, under the organization of the Eating Disorders Coordination Group of the Psychosomatic Medicine Society of the Chinese Medical Association, in conjunction with the Eating Disorders Research Collaboration Group of the Psychiatric Medicine Society of the Chinese Medical Association, this expert consensus was formulated by 12 experts in the field of psychiatry and evidence-based medicine based on evidence-based medicine, domestic and foreign guidelines and expert consensus and expert experience, in order to improve the recognition, diagnosis and treatment of bulimia nervosa by psychiatric professionals and general practitioners in China.

**【Key words】** Bulimia nervosa; Psychological treatment; Drug treatment; Diagnostic and treatment guideline; Guidelines

神经性贪食 (bulimia nervosa, BN), 又称贪食症, 是以反复发作的暴食和防止体质量增加的补偿行为, 以及对体形和体质量过度关注为主要特征的一类进食障碍 (eating disorder, ED) [1-2]。BN 患者体质量正常或轻微超重, 多数患者有神经性厌食 (anorexia nervosa, AN) 病史。BN 患者紊乱的进食行为, 可导致电解质异常、胃肠道疾病、代谢和内分泌紊乱等躯体问题, 同时 BN 也常共病多种精神问题, 如抑郁障碍、焦虑障碍、双相情感障碍、物质使用障碍等。目前, 有关 ED 的流行病学数据多来自欧美国家。一般来说, BN 发病年龄常较 AN 晚, 发生在青少年晚期和成年早期, 发病年龄跨度较 AN 大, 为 12~35 岁, 中位年龄为 18 岁。

BN 患者中, 女性明显多于男性, 在欧美国家, BN 的年患病率在 35 岁以下女性中为 1%~2%, 在男性中约为 0.5% [3-5]。近年来, 由于对男性人群中 BN 的识别增加, 发现男性 BN 患病率可能比既往高 [6]。BN 的加权粗死亡率为 1.74 人/1 000 人年, 总体标准化死亡率为 1.93 [4]。我国的 ED 的患病率尽管低于欧美国家 [7], 但现有的调查数据提示我国 ED 发病率呈逐年上升趋势 [1, 7]。BN 影响着年轻人群的身心健康甚至是生命。然而, 在临床诊疗过程中存在不能早期识别、早期诊治的问题, 造成患者病程迁延, 社会功能受损, 缓解率低 [8-9]。此外, 自 2015 年由王向群等 [1] 牵头制订《中国进食障碍防治指南》至今, 近 8 年来国内未对 BN 的诊疗进展进行更新。因此, 为解决这一现状, 《中国神经性贪食诊疗专家共识》专家组组织制订了本专家共识, 以期能提高精神科医生和全科医生对 BN 的早期识别和诊治能力。

## 1 概述

1.1 临床表现 BN 主要特征为反复发作难以控制的、冲动性的暴食, 继之采取防止增重的不恰当的代偿行为, 如禁食、过度运动、诱导呕吐, 滥用泻药、利尿剂等, 这些行为与其对自身体质量和体形的过度关注和不客观的评价有关 [1-2, 9]。

### 1.1.1 心理和行为特征

(1) 频繁的暴食发作: 暴食发作是 BN 主要的临床症状, 常在不愉快的心情下发生。暴食发作具备以下特点: 患者有强烈的失控感, 一旦开始暴食, 很难自动停止。暴食时进食速度很快; 所食之物多为平时严格控制的“发胖”食物。

(2) 暴食后的补偿行为: 暴食行为之后继之以补偿行为, 以防止体质量增加。常用的补偿行为自我诱吐、过度运动、禁食、滥用泻药、灌肠剂、利尿剂、减肥药、加速机体代谢的药物如甲状腺素片等。其中, 自我诱吐或滥用泻药、利尿剂等为清除性补偿行为, 禁食和过度运动为非清除性补偿行为。当食物被清除或消耗掉后, 又可产生暴食行为, 继之再采取各种补偿行为, 形成恶性循环。

(3) 对进食、体质量和体形的先占观念: 大多数 BN 患者体质量在参考范围, 但患者过度关注自己的体质量和外形, 在意别人的看法, 对身体体形明显感到不满; 少数患者有“体像障碍”, 即使已经很瘦, 但看到镜中的自己仍然感觉很胖, 因而厌食, 后诱发贪食。

(4) 情绪障碍: BN 患者情绪障碍的特点是情绪波动性大, 易产生不良情绪及冲动行为, 如愤怒、焦虑不安、抑郁、孤独感、自伤、自杀等行为。BN

共病抑郁障碍、双相情感障碍及出现物质滥用、冲动行为的概率远高于AN。

### 1.1.2 躯体症状

(1) 消化系统：急性胃扩张、反流性食管炎、食管-贲门黏膜撕裂综合征(Mallory-Weiss综合征)、胰腺炎、便秘或腹泻。

(2) 皮肤和头面部：用手抠吐者，手背被牙齿咬伤，而出现瘀痕(称为Russell征)。频繁呕吐患者容易出现龋齿、牙齿过敏、咽痛、咽部红斑、唾液腺分泌增多、腮腺良性肿大等。

(3) 电解质紊乱：由于反复暴食、呕吐、导泻，BN患者容易出现电解质紊乱，如低钾血症、碱中毒、低钠血症、低镁血症和低磷血症。

(4) 心血管系统：BN患者由于呕吐、导泻等行为导致脱水、水电解质失衡，可诱发心脏功能异常。催吐药可导致心脏传导阻滞和心律失常。

1.2 诊断 近年来，《精神疾病诊断与统计手册》第5版修订版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-TR)<sup>[10]</sup>和国际疾病分类第11版(International Classification of Diseases, ICD-11)均对BN的诊断进行了重新修订。其中，DSM-5-TR的诊断标准需符合以下几条：

(1) 反复发作的暴食。暴食发作以下列2项为特征：①在固定的时间内进食(例如，在任何2h内)，食物量大于大多数人在相似时间段内和相似场合下的进食量；②发作时感到无法控制进食。

(2) 反复出现不适当的代偿行为以预防体质量增加，如自我诱吐，滥用泻药、利尿剂或其他药物，禁食，或过度锻炼。

(3) 暴食和不适当的代偿行为同时出现，在3个月内平均每周至少1次。

(4) 自我评价过度地受体形和体质量影响。

(5) 该障碍并非仅出现在AN的发作期。

而ICD-11关于BN的诊断要点与DSM-5-TR的标准基本相同：

(1) 表现为频繁而持续的暴食发作(例如，每周1次或更多，持续至少1个月以上)。暴食发作定义为在独立的一段时间内，体验到对进食行为失去控制，个人进食明显增多，或较平常明显不同，并无法停止进食或对进食类型或数量进行控制。

(2) 暴食发作伴有反复的、不适当的补偿行为以预防体质量增加(例如自我诱吐，滥用泻药或灌肠剂，剧烈运动)。

(3) 个体存在与体质量或体形相关的先占观念，这种先占观念对自我评价有强烈的影响。

(4) 个体无显著的低体质量，不满足AN的诊断需求。

此外，DSM-5-TR根据不适当代偿行为的频率进行严重程度划分(ICD-11无严重程度划分)，划分方法如下：

轻度：每周平均有1~3次不适当的代偿行为的发作。

中度：每周平均有4~7次不适当的代偿行为的发作。

重度：每周平均有8~13次不适当的代偿行为的发作。

极重度：每周平均有14次或更多不适当的代偿行为的发作。

1.3 鉴别诊断 在诊断BN时，需与消化道疾病、暴食/清除型AN(binge/purging type, AN-BP)、重性精神障碍如妄想性障碍、颞叶癫痫等疾病鉴别。根据病史、躯体检查、精神检查、体质量特点不难鉴别。此外，BN和暴食障碍(binge eating disorder, BED)之间也应互相鉴别，两者均有反复的暴食，但BED在暴食后无防止体质量增加的补偿性行为，患者常有超重或肥胖，以此可以做出鉴别。

## 2 共识制订办法

2.1 临床问题的获取方法 临床问题主要来源于临床实践，对BN诊疗经验丰富的临床医师进行2轮问卷征集、访谈，并通过参与本共识撰写的专家开展线上调研，纳入一线存在的相关医学问题(共计9项问题)形成专家共识，以期能解答目前困扰临床医生的问题。

问题一：在开展治疗前需进行哪些评估，评估指标有哪些？

问题二：如何选择治疗场所？

问题三：目前青少年BN患者一线推荐的治疗方法是什么？

问题四：目前青少年BN患者药物治疗如何选择？

问题五：目前成人BN患者推荐的心理治疗方法是什么？

问题六：目前成人BN患者推荐的药物治疗方法是什么？

问题七：针对共病精神问题，应如何选择药物治疗？

问题八：针对合并躯体问题，应如何选择治疗？

问题九：对于特殊人群应该如何识别 ED 的相关症状？如何管理和治疗？

**2.2 指南检索和临床证据检索** 在中华医学会心身医学分会进食障碍协作学组的组织下，联合中华医学会精神医学分会进食障碍研究协作组，由 12 名专家包括精神科医学专家和循证医学专家刘兰英，组成了制订《中国神经性贪食诊疗专家共识》的专家组。专家组以“eating disorders”“bulimia nervosa”“assessment”“psychotherapy”“pharmacological treatment”“depression”“bipolar disorder”“anxiety”“fluoxetine”“sertraline”为关键词，系统检索 PubMed、Cochrane Library、Embase、中国知网、万方数据知识服务平台、维普网数据库以及指南发表网站〔英国国家临床优化研究所（National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE）、苏格兰院际指南网络（Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN）以及国际 ED 协作组织官网（[www.nedc.com.au/](http://www.nedc.com.au/)）和中华人民共和国国家卫生健康委员会官网（<https://www.nhc.gov.cn/>）〕。检索时间为建库至 2022 年 12 月，限定语种为英文或中文。本共识专家组基于牛津循证医学中心（Oxford Centre for Evidence-Based Medicine, OCEBM）证据等级评价系统对证据质量进行评价。专家组经过 2 轮专家共识会进行内容拟定及共识意见的讨论、达成共识。第一轮专家会议对收集的 9 项热点问题进行分析，进一步筛选文献，剔除重复、已撤稿、个案报道、动物实验、无法获取原文、与 9 项问题不相关的文献后，并纳入国内外权威指南共识，最终筛选 67 篇文献。第二轮专家会议对推荐意见达成共识。同行评审主要包括：问题的审核、审核证据表和召开会议完成推荐意见方案。最终专家组对意见的反馈进行修改和成稿。

共识采用 OCEBM 于 2009 年更新制订的临床证据分级标准和推荐强度系统将循证等级划分为 5 级（1~5 级），推荐强度采用 A~D 表示（从强到弱），见表 1。

### 3 BN 诊疗的专家共识

3.1 在开展治疗前需进行哪些评估，评估指标有哪些？

#### 【推荐意见】

BN 因存在反复暴食和催吐等清除行为，会对各大系统造成损伤；此外 BN 患者共病双相情感障碍、抑郁障碍、人格障碍等比例较高，因此各大指南均推荐在临床干预前应进行全面评估，包括躯体评估

表 1 牛津循证医学中心临床证据分级标准和推荐强度

Table 1 Clinical evidence grading criteria and strength of recommendation by Oxford Centre for Evidence-based Medicine

推荐强度	证据级别 (级)	病因、治疗、预防
A	1a	多个同质随机对照研究的系统综述
	1b	单个随机对照研究
	1c	“全或无”证据
B	2a	同质性队列研究的系统综述
	2b	单一的队列研究（包括低质量的随机对照研究，如随访率 <80%）
	2c	结局性研究
C	3a	同质性病例对照研究的系统综述
	3b	单独的病例对照研究
C	4	病例系列
D	5	没有严格评价的专家意见，或完全基于生理学和基础研究

和精神状况评估，这是判断疾病严重程度、制订治疗计划的前提和基础<sup>[3-5, 11-13]</sup>。（推荐强度 A）

3.1.1 躯体评估 评估患者是否因为反复暴食和清除等行为产生全身多个系统并发症。需常规检查血细胞计数、电解质、肝肾功能、甲状腺、心电图等以全面评估患者躯体情况。对有清除行为的患者需注意是否存在低钾血症、QTc 延长及心律失常等。

3.1.2 一般精神病理评估 BN 常与一些精神疾病共病，需认真回顾病史，评估是否共病抑郁障碍、双相情感障碍、焦虑障碍、创伤后应激障碍、酒精或物质滥用、人格障碍等。

3.1.3 ED 的精神病理评估 评估患者暴食的频率和每次暴食的食物量、清除食物的方法、有无过度运动、对体质量和体形的评判、相关的心理社会因素。常用的评估工具：ED 调查量表 2（Eating Disorder Inventory, EDI-2）、进食态度测试（Eating Attitudes Test, EAT-26）、ED 自评检查问卷（Eating Disorder Examination Questionnaire, EDE-Q）等。评估工具详见附件。

3.2 如何选择治疗场所？

#### 【推荐意见】

一般来说治疗场所的选择应根据症状严重程度、病程、是否合并精神问题、社会心理/家庭的支持性、患者接受治疗的动机等。住院指征包括晕厥，明显的电解质异常（ $K^+ < 3.2 \text{ mmol/L}$ ， $Cl^- < 88 \text{ mmol/L}$ ）、心律失常（包括 QTc 间期延长）、食管贲门黏膜撕裂，持续性呕吐、呕血，门诊治疗效果欠佳，以及严重的共病躯体或精神疾病，包括自杀意念等<sup>[1-5, 14]</sup>。（推

### 荐强度 A)

3.3 目前青少年 BN 患者一线推荐的治疗方法是什么?

#### 【推荐意见】

一项针对 BN 患者治疗的荟萃分析结果显示,与对照组相比,对青少年 BN 患者开展心理治疗,能使暴食和清除行为得到中度至重度缓解<sup>[15]</sup>。而目前对于青少年 BN 患者药物治疗尚无明确的证据。因此建议青少年 BN 患者的一线治疗方法为心理治疗<sup>[16-18]</sup>。

(推荐强度 A)见表 2。

(1) 认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT): CBT 是目前研究最多的心理治疗方法,也是推荐为 BN 的首选治疗方法<sup>[2-3, 5, 19]</sup>。一项囊括了 79 项随机对照研究(randomized controlled trial, RCT)的荟萃分析显示 CBT 治疗效果的效应值均为中等以上<sup>[15]</sup>。(推荐强度 A)

(2) 家庭治疗:对于青少年 BN 患者,各国指南推荐可开展基于家庭的治疗(family-based treatment, FBT)<sup>[14, 19]</sup>。近年来的研究表明,FBT 治疗在青少年群体中疗效优于人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT),与 CBT 相当<sup>[16-17]</sup>。(推荐强度 A)

(3) 其他心理治疗:如不能接受 CBT 或 FBT,或 CBT 和 FBT 效果欠佳,可考虑开展精神动力性心理治疗。一项评估 CBT 与精神动力性心理治疗在 14~20 岁 BN 患者的研究显示:在治疗结束时,两组均有 1/3 的患者 ED 相关症状得到显著缓解,缓解率保持稳定至 12 个月的随访<sup>[18]</sup>。(推荐强度 B)

3.4 目前青少年 BN 患者药物治疗如何选择?

#### 【推荐意见】

目前在青少年 BN 的药物治疗方面没有明确的证据。然而,当青少年 BN 合并焦虑障碍、强迫障碍和抑郁障碍时,可考虑选择药物治疗<sup>[1, 5, 14]</sup>。

氟西汀已被美国食品药品监督管理局(Food and Drug Administration, FDA)批准用于成人 BN 的治疗。一项对青少年 BN 患者的开放性研究表明,氟西汀(60 mg/d)可有效减少暴食和清除行为,且耐受性良好<sup>[19]</sup>。但使用氟西汀与 25 岁以下出血风险增加以及自杀或自我伤害想法或攻击风险增加有关,尤其在初始使用时,需加强监测<sup>[5, 14]</sup>。另外,氟西汀还被许可用于治疗 8~18 岁的重度抑郁症。因此,可推荐使用。(推荐强度 B)

3.5 目前成人 BN 患者推荐的心理治疗方法是什么?

#### 【推荐意见】

心理治疗对成人 BN 有确定的短期和长期疗效,且危害小,可作为首选治疗方法。CBT 是首选的治疗方法,若 CBT 治疗无效,也可换用其他治疗方法,如 IPT、辩证行为治疗(dialectical behavior therapy, DBT)和精神动力性心理治疗<sup>[14]</sup>。见表 2。

(1) CBT:目前成人 BN 治疗证据最充分的是 CBT<sup>[14]</sup>,被各国指南推荐为 BN 的首选治疗方法<sup>[1-3, 5, 20]</sup>。CBT 治疗的目标就是要打破暴食-清除恶性循环,控制 BN 症状,降低对自身体质量和体形的过度关注<sup>[21]</sup>。暴露和反应预防治疗对 BN 效果较理想。个体 CBT 是治疗 BN 最有效的干预措施,一项网络荟萃分析结果提示个体 CBT 能显著降低暴食和清除行为 $[OR=3.89, 95\%CI(1.19, 4.02)]$ <sup>[22]</sup>。另一项比较网络 CBT 与地面 CBT 的 RCT 发现,网络 CBT 与地面 CBT 相比,在减少暴食和清除行为方面起效较慢,但经 1 年的随访发现两者的疗效相似,均能减少暴食和清除行为<sup>[23]</sup>。(推荐强度 A)

(2) IPT: IPT 假设 BN 患者和重要他人之间的人际关系影响着其症状的持续和对治疗的反应,针对 BN 的 IPT 聚焦于识别和改变导致进食问题发生、发展和持续的人际关系背景。IPT 同样可改善其低自尊和社会功能问题,持续减少患者的精神症状<sup>[24]</sup>。一项 RCT 结果显示: IPT 组在治疗结束时 21.7% 的患者没有暴食和清除行为,而 CBT 组有 44.8% 的患者症状缓解,但在 60 周的随访中, IPT 组进食障碍检查自评问卷(EDE)评分继续改善,两组之间的差异无统计学意义,提示 IPT 起效较慢,但长期疗效与 CBT 相当<sup>[24]</sup>。(推荐强度 B)

(3) DBT: DBT 属于后现代的 CBT,通过个体、团体、电话、咨询师团队等不同模式进行技能训练,包括正念技能、情绪调节技能、人际效能及痛苦承受技能,帮助患者认识自我、学会调节情绪、建立良好的人际关系以及学会承受生活中不可避免的痛苦,从而减少暴食和清除行为<sup>[25-27]</sup>。一项对 16 例 BN 患者的研究发现, DBT 能改善与边缘型人格障碍相关的行为,但没有改善 ED 症状<sup>[28]</sup>。但有系统综述提示, DBT 组在改善暴食、清除行为和 EDE 总分方面比等待组更有效<sup>[25]</sup>。(推荐强度 B)

(4) 精神动力性心理治疗:该治疗方法可帮助患者理解其症状与早年经历、生活事件之间的关系,理解 BN 症状背后的潜意识冲突、防御方式等,理解暴食和清除行为的心理意义、在其生活中的作用,

患者通过领悟从而调整其行为<sup>[29]</sup>。一项系统综述分析了精神动力性心理治疗与 CBT 治疗的疗效差异发现,在治疗结束时, CBT 和精神动力性心理治疗均能改善 ED 相关症状,但 CBT 组起效更快;在 2 年的随访中,44% 的 CBT 组和 15% 的精神动力性心理治疗组无暴食和清除行为 [OR=4.34, 95%CI (1.33, 14.21)]<sup>[29]</sup>。(推荐强度 B)

### 3.6 目前成人 BN 患者推荐的药物治疗方法是什么?

#### 【推荐意见】

(1) 氟西汀:在 BN 药物治疗中,研究最多的是选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs),氟西汀是唯一被 FDA 批准用于治疗 BN 的药物,推荐剂量 60 mg/d。一项多中心研究纳入了 387 例 BN 患者,比较 20 mg 和 60 mg 氟西汀与安慰剂之间的疗效差异,结果显示氟西汀 (60 mg/d) 疗效最佳:暴食减少 67%,清除行为减少 56%;而氟西汀 (20 mg/d) 和安慰剂分别能使暴食减少 45% 和 33%,清除行为减少 29% 和 5%<sup>[30]</sup>。此后,也有多项 RCT 研究报告氟西汀治疗能减少暴食和清除行为<sup>[31-32]</sup>。因此,氟西汀被推荐为 BN 药物治疗的首选,但值得注意的是,建议治疗时间维持 2 年,能减少暴饮暴食的次数<sup>[33]</sup>,在使用氟西汀时,要注意药物的不良反应,如恶心、腹泻、食欲不振、体质量减轻等。氟西汀抑制细胞色素 P450 2D6 (CYP2D6),因此与由 CYP2D6 代谢的药物联用时,需注意血药浓度增加导致的严重中毒。(推荐强度 A)

(2) 其他 SSRIs: 一项比较不同 SSRIs 治疗 BN 的 RCT 结果提示,氟西汀 (减少暴食 75% 和清除行为 68%) 和氟伏沙明 (减少暴食 59% 和清除行为 62%) 在减少 BN 患者暴食和清除行为方面均有效,两者均比舍曲林更有效 (减少暴食 18% 和清除行为

0%)<sup>[34]</sup>。因此,当氟西汀疗效不佳时,可以考虑其他的 SSRIs 类药物。一般来说治疗 BN 的 SSRIs 类药物剂量要高于治疗抑郁症的剂量,由于 BN 患者对氟西汀 60 mg/d 的耐受性较好,因此临床上可使用推荐的最大剂量,根据患者对药物的不良反应下调剂量。(推荐强度 B)

(3) 其他抗抑郁剂:有多项安慰剂对照、双盲研究报道地昔帕明 (200~300 mg/d) 等三环类药物<sup>[35-40]</sup>、曲唑酮 (200~400 mg/d) 对 BN 有效<sup>[41]</sup> (有 40% BN 患者暴食症状改善),但这些药物的不良反应尤其是心血管方面的不良反应较多,使用较少。去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂 (norepinephrine and dopamine reuptake inhibitors, NDRI) 类药物安非他酮<sup>[42]</sup> (25~450 mg/d) 能显著降低暴食频率,但会增加癫痫风险,因此不被推荐。

(4) 抗癫痫药: 一项综述提示托吡酯 (平均剂量 100 mg/d, 最高剂量 250~400 mg/d) 也被证明对 BN 有效,耐受性良好,研究表明可明显减轻暴饮暴食、自我诱吐、对自己身体的不满等症状,但临床上少数加量过快的患者出现找词困难和感觉异常现象,所以只有在证明其他药物无效时使用<sup>[27]</sup>。由于托吡酯可造成体质量减轻,所以不适用于体质量正常或偏低的患者<sup>[2,43]</sup>。目前美国 FDA 正在评估芬太尼-托吡酯复合物对 BN 的疗效以及是否批准作为 BN 治疗的药物<sup>[33]</sup>。(推荐强度 B)

(5) 5-羟色胺 3 (5-HT<sub>3</sub>) 拮抗剂: 尽管止吐药昂丹司琼在一项 RCT 和两项开放研究中被证明是有益的,但由于 QTc 存在剂量依赖性延长的风险,因此不推荐使用<sup>[44]</sup>。

### 3.7 针对共病精神问题,应如何选择药物治疗?

目前针对 BN 共病精神问题无相关证据,以下建

表 2 BN 患者心理治疗证据分级和推荐强度

Table 2 Clinical evidence grading criteria and strength of recommendation for psychotherapy in patients with BN

项目	治疗目标	适应人群	推荐疗程	推荐强度 / 证据级别
CBT	打破暴食-清除恶性循环,控制 BN 症状,降低对自身体质量和体形的过度关注	青少年、成人 BN	4~6 个月,约 20 次访谈	A/1a
IPT	聚焦于识别和改变导致进食问题发生、发展和持续的人际关系背景	成人 BN	4~5 个月,15~20 次访谈	B/1b
DBT	帮助患者认识自我、学会调节情绪、建立良好的人际关系以及学会承受生活中不可避免的痛苦,从而减少暴食和清除行为	成人 BN	6 个月,20 次访谈	B/2a
精神动力性心理治疗	帮助患者理解其症状与早年经历、生活事件之间的关系,理解 BN 症状背后的潜意识冲突、防御方式等,理解暴食和清除行为的心理意义、在其生活中的作用,患者通过领悟从而调整其行为	成人 BN	约 1 年,50 次访谈	B/1b
家庭治疗	通过维系家庭平衡,减少暴食清除频率	青少年 BN	6 个月,20 次访谈	A/1a

注:BN=神经性贪食, CBT=认知行为治疗, IPT=人际心理治疗, DBT=辩证行为治疗。

议主要根据各国临床指南和专家建议推荐。

### 3.7.1 BN合并单相抑郁，应如何选择药物治疗？

#### 【推荐意见】

大约45%的BN患者共病单相抑郁障碍<sup>[45]</sup>，目前对BN共病单相抑郁障碍的研究较少，无RCT研究，各国指南基于专家经验等建议可使用第二代抗抑郁剂<sup>[1-2, 5, 14]</sup>。（推荐强度B）

（1）SSRIs：如西酞普兰等。LEOMBRUNI等<sup>[46]</sup>的研究比较了两种SSRIs（氟西汀和西酞普兰）的疗效，结果显示西酞普兰较氟西汀能更好地缓解BN患者的抑郁症状，而氟西汀对ED相关症状更有益。西酞普兰推荐剂量范围为10~40 mg/d，其他的SSRIs类药物如艾司西酞普兰5~20 mg/d，氟伏沙明50~300 mg/d，帕罗西汀20~60 mg/d，舍曲林50~200 mg/d也可用于治疗BN共病抑郁障碍<sup>[32]</sup>。

（2）其他抗抑郁药：除SSRIs外，也可使用选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂（selective norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs），或去甲肾上腺素和特异性5-羟色胺能抗抑郁剂（noradrenergic and specific serotonergic antidepressants, NASSA）等<sup>[47]</sup>改善抑郁症状，如度洛西汀60~120 mg/d，米氮平15~45 mg/d。在治疗期间，需综合考虑其有效性和安全性。

### 3.7.2 BN合并双相情感障碍，应如何选择药物治疗？

#### 【推荐意见】

BN共病双相情感障碍的患病率高，大约70%的ED患者在临床上表现出显著的双相情感障碍的症状<sup>[48]</sup>，会进一步加重病情，增加社会经济负担<sup>[49]</sup>。然而，迄今为止，尚无针对ED共病双相情感障碍的干预研究。因此，药物选择需要基于伦理、禁忌证、临床指南等多方面考虑。

（1）丙戊酸盐：由于BN患者通常处于育龄期，丙戊酸盐可能导致胎儿畸形，因此不推荐使用<sup>[50]</sup>。

（2）锂盐：锂盐治疗需要稳定的盐摄入量和电解质水平<sup>[51]</sup>，然而BN患者暴食、呕吐或滥用泻药易导致电解质紊乱和盐摄入不足，使用锂盐治疗容易导致锂盐中毒。此外，妊娠期服用锂盐与畸胎生成有关，会引起埃布斯坦畸形<sup>[52]</sup>，因此不建议在妊娠期服用。

（3）拉莫三嗪：对于BN合并双相抑郁的患者，可使用拉莫三嗪<sup>[33]</sup>。另有2项病例报告表明拉莫三嗪能改善BN患者的情绪不稳和冲动症状，以及物质依赖<sup>[53-54]</sup>。若拉莫三嗪联合DBT，也可增加DBT的疗效<sup>[55]</sup>，拉莫三嗪的起始剂量为25 mg/d，每隔

2周增加剂量，最终药物剂量视患者对药物的反应而定，通常剂量为75~200 mg/d。（推荐强度B）

（4）非典型抗精神病药：奥氮平因会导致进食和体质量增加，因此不适合在BN中使用。而利培酮可作为BN共病双相情感障碍患者急性期和长期维持治疗的药物（1~6 mg/d），喹硫平〔双相情感障碍抑郁发作最大剂量300 mg/d，双相情感障碍躁狂发作剂量范围（400~800 mg/d）〕和阿立哌唑（10~30 mg/d）也可作为BN合并双相情感障碍的替代治疗<sup>[33, 56]</sup>，一般从小剂量开始，视病情变化，逐渐滴定至治疗剂量。（推荐强度B）

### 3.7.3 BN合并焦虑障碍，应如何选择药物治疗？

#### 【推荐意见】

有超过50%的BN患者共病焦虑障碍<sup>[45]</sup>，除使用第二代抗抑郁药外，也可使用苯二氮革类药物，如劳拉西泮，起始剂量为0.5 mg，1~3次/d，对焦虑症状有效<sup>[57]</sup>。然而，苯二氮革类药物在短期和长期治疗中均会导致镇静和认知障碍，长期使用可能会出现耐受性和依赖性<sup>[58]</sup>。因此，建议短期使用，临床连续使用最好不超过1个月，最长不超过2个月。（推荐强度B）

### 3.8 针对合并躯体问题，应如何选择治疗？

#### 【推荐意见】

BN患者常合并躯体问题，根据各国指南及专家建议推荐：根据内科监测结果对症处理，常见水电解质紊乱和消化系统问题。若病情严重，建议转诊至专科就诊。（推荐强度B）

（1）水电解质紊乱：一般来说，对于电解质紊乱的BN患者随着清除行为的停止和营养状况的改善，体液和电解质失衡也会好转<sup>[59]</sup>。如有必要，可口服补钾。仅在病情危急或胃肠道吸收存在的问题的情况下，静脉补钾<sup>[60]</sup>。

（2）消化系统问题：对于有胃肠功能障碍的患者来说，碳酸氢钠或碳酸钙或质子泵抑制剂如奥美拉唑或兰索拉唑可用于治疗胃食管反流<sup>[59]</sup>。促胃肠动力药物多潘立酮或甲氧氯普胺可减少腹胀、腹部不适和食管反流<sup>[1-2]</sup>。乳果糖和甘油等可作为治疗便秘的药物，但是在使用时需注意BN患者滥用泻药的问题，并要保证每天液体摄入量在2 000 mL以上<sup>[1, 61]</sup>。对于暴食引发的急性胃扩张时可能需要进行胃肠减压，若出现食管贲门黏膜撕裂引起上消化道出血、胃壁局部坏死和胃穿孔则需要急诊手术治疗<sup>[1, 2]</sup>。BN患者常因呕吐还会出现高淀粉酶血症、胰腺炎等，需积极明确病因，对因治疗。

(3) 心血管问题: BN 患者的心血管问题主要包括心律失常和心脏传导阻滞, 主要是由频繁清除行为引起的电解质紊乱所致。通常情况下, 恢复规律饮食, 停止清除行为后, 上述症状会得到改善。值得注意的是, 在选择药物治疗前应考虑每种药物对心脏功能的影响, 避免使用延长 QTc 的药物, 并需定期进行心电图检查<sup>[2]</sup>。

(4) 皮肤问题: BN 患者皮肤问题通常在停止催吐、营养状况改善后会有好转。但也可以使用尿素软膏治疗 Russell 征, 局部使用维生素 E 软膏治疗口角炎<sup>[32]</sup>。

### 3.9 对于特殊人群应该如何识别 ED 的相关症状? 如何管理和治疗?

对于特殊人群, 如男性、孕产妇等, 既往未引起足够重视, 但是随着对 ED 的了解, 这类人群同样有罹患 BN 的风险, 应引起重视; 并建议进行多学科联合治疗, 尽早发现, 尽早干预, 给予个性化的治疗方案。

#### 3.9.1 男性 BN 患者, 如何识别、管理和治疗?

因既往认为 ED 在女性中高发, 因此男性 BN 诊断常会被延误。近年来, 随着诊断标准的修订, 男性 BN 得以被识别, 有研究表明男性 BN 终生患病率为 0.1%~1.6%<sup>[62-65]</sup>。男性 BN 的临床症状与女性有所不同: 男性更侧重于体质量控制和健身, 存在性功能障碍; 男性患者使用通便药、增肌药物以及滥用药物和共病抑郁障碍的情况多见; 男性更容易存在病耻感, 常造成治疗延误<sup>[66]</sup>。

#### 【推荐意见】

**针对男性 BN 患者应加强筛查、评估, 建立个性化的治疗手段。(推荐强度 B)**

#### 3.9.2 妊娠期 BN 患者, 如何识别、管理和治疗?

据研究, 妊娠期间由于体内激素的变化以及体形的改变, 孕妇 ED 患者中有 0.94% 罹患 BN, ED 相关症状在妊娠早期和中期以及产后均可能出现。一项小型研究发现, 在目前或既往诊断为 ED 的妇女中, 在妊娠前 3 个月和中期(与对照组相比), 精神障碍症状的严重程度有所增加<sup>[67]</sup>。

#### 【推荐意见】

(1) 在妊娠和产后期间, 医生应该定期询问目前或既往是否有 ED; (2) 医生应该及时识别妊娠妇女 ED 相关症状; (3) 对于目前或既往有 ED 的孕妇, 应考虑转诊到专业机构; (4) 对于孕产妇 BN 患者建议多学科团队的参与(如产科医生、ED 专科医生、围生期心理健康服务、全科医生、儿科医生), 一

## 起制订诊疗计划。(推荐强度 B)

### 4 小结与展望

总之, 目前 BN 的发病机制仍未明了, 生物、心理、社会应激等因素均参与了 BN 的发生、发展。近年来, 大量遗传学、免疫学、微生物学、神经影像和神经认知方面的研究在 BN 中开展, 对 BN 的发病机制有了深入了解, 也开发出大量新型的治疗方案, 如心理治疗、药物治疗、物理治疗以及多种治疗方式相结合的模式。心理治疗方面, 如 DBT、FBT 等显示出较好的疗效, 为 BN 患者的康复提供了更多的可选择的治疗方案。物理治疗方面, 是近年来研究的热点。物理治疗是任何旨在“通过电能、磁场或其他的能量场来改变神经系统功能的干预措施”<sup>[68]</sup>, 主要包括深部脑刺激(deep brain stimulation, DBS)、重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)、经颅直流电刺激(transcranial direct current stimulation, tDCS)等。然而, 目前对于 BN 的物理治疗尚处于起步阶段, 虽取得一定的进展, 但治疗方法主要为高频 rTMS, 目标靶点多选择背外侧前额叶(dorsolateral prefrontal cortex, DLPFC), 缺少设计良好的 RCT 研究<sup>[69-72]</sup>。因此, 还需继续开展相关研究以获得循证证据。此外, 一批新型药物, 如鼻腔内应用的阿片拮抗剂纳洛酮、甲磺酸利地美、芬太尼和托吡酯的复合物、雌孕激素联合制剂、 $\alpha$  肾上腺素受体拮抗剂哌唑嗪等<sup>[33]</sup>研究已在开展中, 将给 BN 患者带来更多的药物选择。

本协作组首次针对 BN, 在总结归纳目前国内外相关证据基础上, 提出评估方法和诊疗意见, 制订本共识, 旨在为临床诊疗提供依据。希望能对精神科专业医师和全科医师在识别 BN 和诊疗上有所帮助, 使更多的患者获益。然而, 迄今针对 BN 临床研究还不够充分, 亟待通过开展大样本、多中心的 RCT 研究, 并结合真实世界研究获得更强有力的循证证据以协助早期精准诊断、个体化治疗; 帮助更多的患者回归社会。其次, 由于临床实际问题的复杂性, 希望广大精神领域专家以及全科医师积极反馈建议、意见, 并期待未来能够进一步收集新的临床实践问题进一步补充修订。

本文无利益冲突。

#### 参考文献

- [1] 王向群, 王高华. 中国进食障碍防治指南 [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [2] 陈珏. 进食障碍 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013.
- [3] HORNBERGER L L, LANE M A, Committee on Adolescence.

- Identification and management of eating disorders in children and adolescents [J]. *Pediatrics*, 2021, 147 (1): e2020040279. DOI: 10.1542/peds.2020-040279.
- [4] LOCK J, LA VIA M C. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2015, 54 (5): 412-425. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.01.018.
- [5] National Guideline Alliance (UK). *Eating Disorders: Recognition and Treatment* [M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017.
- [6] GALMICHE M, DÉCHELOTTE P, LAMBERT G, et al. Prevalence of eating disorders over the 2000-2018 period: a systematic literature review [J]. *Am J Clin Nutr*, 2019, 109 (5): 1402-1413. DOI: 10.1093/ajcn/nqy342.
- [7] 梅莉, 陈珏. 中国大陆进食障碍患者患病状况调查 [J]. *临床精神医学杂志*, 2021, 31 (1): 80-81. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2021.01.024.
- [8] MAIRS R, NICHOLLS D. Assessment and treatment of eating disorders in children and adolescents [J]. *Arch Dis Child*, 2016, 101 (12): 1168-1175. DOI: 10.1136/archdischild-2015-309481.
- [9] TREASURE J, DUARTE T A, SCHMIDT U. Eating disorders [J]. *Lancet*, 2020, 395 (10227): 899-911. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
- [10] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision* [M]. Washington: American Psychiatric Association, 2022.
- [11] HERUC G, HURST K, CASEY A, et al. ANZAED eating disorder treatment principles and general clinical practice and training standards [J]. *J Eat Disord*, 2020, 8 (1): 63. DOI: 10.1186/s40337-020-00341-0.
- [12] 古练, 陈珏, 黄悦, 等. 进食障碍检查自评问卷 6.0 中文版在女性进食障碍患者中应用的效度和信度 [J]. *中国心理卫生杂志*, 2017, 31 (5): 350-355. DOI: 10.3969/j.issn.1000-6729.2017.05.003.
- [13] KANG Q, CHAN R C K, LI X P, et al. Psychometric properties of the Chinese version of the eating attitudes test in young female patients with eating disorders in mainland China [J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2017, 25 (6): 613-617. DOI: 10.1002/erv.2560.
- [14] Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). *Eating disorders 2022* [EB/OL]. [2023-02-26]. <http://www.sign.ac.uk>.
- [15] SVALDI J, SCHMITZ F, BAUR J, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa [J]. *Psychol Med*, 2019, 49 (6): 898-910. DOI: 10.1017/S0033291718003525.
- [16] GRANGE D L, CROSBY R D, RATHOUZ P J, et al. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64 (9): 1049-1056. DOI: 10.1001/archpsyc.64.9.1049.
- [17] GRANGE D L, LOCK J, AGRAS W S, et al. Randomized clinical trial of family-based treatment and cognitive-behavioral therapy for adolescent bulimia nervosa [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2015, 54 (11): 886-894.e2. DOI: 10.1016/j.jaac.2015.08.008.
- [18] STEFINI A, SALZER S, REICH G, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial [J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2017, 56 (4): 329-335. DOI: 10.1016/j.jaac.2017.01.019.
- [19] KOTLER L A, DEVLIN M J, DAVIES M, et al. An open trial of fluoxetine for adolescents with bulimia nervosa [J]. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2003, 13 (3): 329-335. DOI: 10.1089/104454603322572660.
- [20] COUTURIER J, ISSERLIN L, NORRIS M, et al. Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders [J]. *J Eat Disord*, 2020, 8: 4. DOI: 10.1186/s40337-020-0277-8.
- [21] 邹蕴灵, 陈珏. 认知行为疗法在进食障碍治疗中的应用 [J]. *临床精神医学杂志*, 2019, 29 (3): 214-215. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2019.03.025.
- [22] SLADE E, KEENEY E, MAVRANEZOULI I, et al. Treatments for bulimia nervosa: a network meta-analysis [J]. *Psychol Med*, 2018, 48 (16): 2629-2636. DOI: 10.1017/S0033291718001071.
- [23] ZERWAS S C, WATSON H J, HOFMEIER S M, et al. CBT4BN: a randomized controlled trial of online chat and face-to-face group therapy for bulimia nervosa [J]. *Psychother Psychosom*, 2017, 86 (1): 47-53. DOI: 10.1159/000449025.
- [24] FAIRBURN C G, COOPER Z, DOLL H A, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up [J]. *Am J Psychiatry*, 2009, 166 (3): 311-319. DOI: 10.1176/appi.ajp.2008.08040608.
- [25] LINARDON J, FAIRBURN C G, FITZSIMMONS-CRAFT E E, et al. The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review [J]. *Clin Psychol Rev*, 2017, 58: 125-140. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.10.005.
- [26] 张靖, 陈珏. 辩证行为疗法在进食障碍中的应用 [J]. *精神医学杂志*, 2018, 31 (4): 312-315. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2018.04.020.
- [27] 陈珏. 辩证行为治疗简介 [J]. *心理学通讯*, 2018, 1 (2): 137-140.
- [28] NAVARRO-HARO M V, BOTELLA C, GUILLEN V, et al. Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: a pilot study in a naturalistic setting [J]. *Cogn Ther Res*, 2018, 42 (5): 636-649. DOI: 10.1007/s10608-018-9906-9.
- [29] STEINERT C, MUNDER T, RABUNG S, et al. Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments? A meta-analysis testing equivalence of outcomes [J]. *Am J Psychiatry*, 2017, 174 (10): 943-953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057.
- [30] Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group. Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa. A multicenter, placebo-

- controlled, double-blind trial [ J ] . Arch Gen Psychiatry, 1992, 49 ( 2 ) : 139-147.
- [ 31 ] GOLDSTEIN D, WILSON M G, THOMPSON V, et al. Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa [ J ] . Br J Psychiatry, 1995, 166: 660-666. DOI: 10.1192/bjp.166.5.660.
- [ 32 ] GOLDBLOOM D S, OLMSTED M P. Pharmacotherapy of bulimia nervosa with fluoxetine: assessment of clinically significant attitudinal change [ J ] . Am J Psychiatry, 1993, 150 ( 5 ) : 770-774. DOI: 10.1176/ajp.150.5.770.
- [ 33 ] HIMMERICH H, KAN C, AU K, et al. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences [ J ] . Pharmacol Ther, 2021, 217: 107667. DOI: 10.1016/j.pharmthera.2020.107667.
- [ 34 ] MILANO W, DE ROSA M, MILANO L, et al. A comparative study between three different SSRIs in the treatment of bulimia nervosa [ J ] . Curr Neurobiol, 2013, 4 ( 1/2 ) : 39-42.
- [ 35 ] POPE H G Jr, HUDSON J I, JONAS J M, et al. Bulimia treated with imipramine: a placebo-controlled, double-blind study [ J ] . Am J Psychiatry, 1983, 140 ( 5 ) : 554-558. DOI: 10.1176/ajp.140.5.554.
- [ 36 ] MITCHELL J E, GROAT R. A placebo-controlled, double-blind trial of amitriptyline in bulimia [ J ] . J Clin Psychopharmacol, 1984, 4 ( 4 ) : 186-193.
- [ 37 ] HUGHES P L, WELLS L A, CUNNINGHAM C J, et al. Treating bulimia with desipramine. A double-blind, placebo-controlled study [ J ] . Arch Gen Psychiatry, 1986, 43 ( 2 ) : 182-186. DOI: 10.1001/archpsyc.1986.01800020092012.
- [ 38 ] BARLOW J, BLOUIN J, BLOUIN A, et al. Treatment of bulimia with desipramine: a double-blind crossover study [ J ] . Can J Psychiatry, 1988, 33 ( 2 ) : 129-133. DOI: 10.1177/070674378803300211.
- [ 39 ] BLOUIN A G, BLOUIN J H, PEREZ E L, et al. Treatment of bulimia with fenfluramine and desipramine [ J ] . J Clin Psychopharmacol, 1988, 8 ( 4 ) : 261-269.
- [ 40 ] WALSH B T, HADIGAN C M, DEVLIN M J, et al. Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa [ J ] . Am J Psychiatry, 1991, 148 ( 9 ) : 1206-1212. DOI: 10.1176/ajp.148.9.1206.
- [ 41 ] HUDSON J I, POPE H G Jr, KECK P E Jr, et al. Treatment of bulimia nervosa with trazodone: short-term response and long-term follow-up [ J ] . Clin Neuropharmacol, 1989, 12 ( Suppl 1 ) : S38-S46; Discussion S47-9. DOI: 10.1097/00002826-198901001-00007.
- [ 42 ] HORNE R L, FERGUSON J M, POPE H G Jr, et al. Treatment of bulimia with bupropion: a multicenter controlled trial [ J ] . J Clin Psychiatry, 1988, 49 ( 7 ) : 262-266.
- [ 43 ] MCELROY S L, GUERDJIKOVA A I, MORIN, et al. Progress in developing pharmacologic agents to treat bulimia nervosa [ J ] . CNS Drugs, 2019, 33 ( 1 ) : 31-46. DOI: 10.1007/s40263-018-0594-5.
- [ 44 ] FARIS P L, KIM S W, MELLER W H, et al. Effect of decreasing afferent vagal activity with ondansetron on symptoms of bulimia nervosa: a randomised, double-blind trial [ J ] . Lancet, 2000, 355 ( 9206 ) : 792-797. DOI: 10.1016/S0140-6736(99)09062-5.
- [ 45 ] ULFVEBRAND S, BIRGEGÅRD A, NORRING C, et al. Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database [ J ] . Psychiatry Res, 2015, 230 ( 2 ) : 294-299. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.09.008.
- [ 46 ] LEOMBRUNI P, AMIANTO F, DELSEDIME N, et al. Citalopram versus fluoxetine for the treatment of patients with bulimia nervosa: a single-blind randomized controlled trial [ J ] . Adv Ther, 2006, 23 ( 3 ) : 481-494. DOI: 10.1007/BF02850170.
- [ 47 ] BAUER M, SEVERUS E, MÖLLER H J, et al. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines [ J ] . Int J Psychiatry Clin Pract, 2017, 21 ( 3 ) : 166-176. DOI: 10.1080/13651501.2017.1306082.
- [ 48 ] CAMPOS R N, DOS SANTOS D J, CORDÁS T A, et al. Occurrence of bipolar spectrum disorder and comorbidities in women with eating disorders [ J ] . Int J Bipolar Disord, 2013, 1: 25. DOI: 10.1186/2194-7511-1-25.
- [ 49 ] MCAULAY C, HAY P, MOND J, et al. Eating disorders, bipolar disorders and other mood disorders: complex and under-researched relationships [ J ] . J Eat Disord, 2019, 7: 32. DOI: 10.1186/s40337-019-0262-2.
- [ 50 ] GOODWIN G M, HADDAD P M, FERRIER I N, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology [ J ] . J Psychopharmacol, 2016, 30 ( 6 ) : 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- [ 51 ] HAUSSMANN R, LEWITZKA U, SEVERUS E, et al. Correct treatment of mood disorders with lithium [ J ] . Nervenarzt, 2017, 88 ( 11 ) : 1323-1334. DOI: 10.1007/s00115-017-0421-0.
- [ 52 ] JACOBSON S J, JONES K, JOHNSON K, et al. Prospective multicentre study of pregnancy outcome after lithium exposure during first trimester [ J ] . Lancet, 1992, 339 ( 8792 ) : 530-533. DOI: 10.1016/0140-6736(92)90346-5.
- [ 53 ] REILLY E E, BERNER L A, TRUNKO M E, et al. Evaluating the use of lamotrigine to reduce mood lability and impulsive behaviors in adults with chronic and severe eating disorders [ J ] . Eat Weight Disord, 2022, 27 ( 5 ) : 1775-1785. DOI: 10.1007/s40519-021-01320-3.
- [ 54 ] GUERDJIKOVA A I, MCELROY S L. Adjunctive methylphenidate in the treatment of bulimia nervosa co-occurring with bipolar disorder and substance dependence [ J ] . Innov Clin Neurosci, 2013, 10 ( 2 ) : 30-33.
- [ 55 ] BERNER L A, REILLY E E, YU X Z, et al. Changes in cognitive and behavioral control after lamotrigine and intensive dialectical behavioral therapy for severe, multi-impulsive bulimia nervosa: an fMRI case study [ J ] . Eat Weight Disord, 2022, 27 ( 5 ) : 1919-1928. DOI: 10.1007/s40519-021-01308-z.
- [ 56 ] GOODWIN G M, HADDAD P M, FERRIER I N, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology [ J ] . J Psychopharmacol, 2016, 30 ( 6 ) : 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- [ 57 ] BALDWIN D S, WALDMAN S, ALLGULANDER C. Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder [ J ] . Int J Neuropsychopharmacol, 2011, 14 ( 5 ) :

- 697-710. DOI: 10.1017/S1461145710001434.
- [58] DELL'OSSO B, LADER M. Do benzodiazepines still deserve a major role in the treatment of psychiatric disorders? A critical reappraisal [J]. *Eur Psychiatry*, 2013, 28 (1): 7-20. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.11.003.
- [59] GRAVINA G, MILANO W, NEBBIAI G, et al. Medical complications in anorexia and bulimia nervosa [J]. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*, 2018, 18 (5): 477-488. DOI: 10.2174/1871530318666180531094508.
- [60] HIMMERICH H, BENTLEY J, LICHTBLAU N, et al. Facets of shared decision-making on drug treatment for adults with an eating disorder [J]. *Int Rev Psychiatry*, 2019, 31 (4): 332-346. DOI: 10.1080/09540261.2019.1571995.
- [61] MÜLLER-LISSNER S A. Adverse effects of laxatives: fact and fiction [J]. *Pharmacology*, 1993, 47 (Suppl 1): 138-145. DOI: 10.1159/000139853.
- [62] HUDSON J I, HIRIPI E, POPE H G Jr, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication [J]. *Biol Psychiatry*, 2007, 61 (3): 348-358. DOI: 10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
- [63] WOODSIDE D B, GARFINKEL P E, LIN E, et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community [J]. *Am J Psychiatry*, 2001, 158 (4): 570-574. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.4.570.
- [64] ALLEN K L, BYRNE S M, ODDY W H, et al. Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents [J]. *J Abnorm Child Psychol*, 2013, 41 (7): 1083-1096. DOI: 10.1007/s10802-013-9747-7.
- [65] KJELSÅS E, BJØRNSTRØM C, GÖTESTAM K G. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years) [J]. *Eat Behav*, 2004, 5 (1): 13-25. DOI: 10.1016/S1471-0153(03)00057-6.
- [66] GORRELL S, MURRAY S B. Eating disorders in males [J]. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2019, 28 (4): 641-651. DOI: 10.1016/j.chc.2019.05.012.
- [67] EASTER A, SOLMI F, BYE A, et al. Antenatal and postnatal psychopathology among women with current and past eating disorders: longitudinal patterns [J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2015, 23 (1): 19-27. DOI: 10.1002/erv.2328.
- [68] PHILIP N S, NELSON B G, FROHLICH F, et al. Low-intensity transcranial current stimulation in psychiatry [J]. *Am J Psychiatry*, 2017, 174 (7): 628-639. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.16090996.
- [69] VAN DEN EYNDE F, BROADBENT H, GUILLAUME S, et al. Handedness, repetitive transcranial magnetic stimulation and bulimic disorders [J]. *Eur Psychiatry*, 2012, 27 (4): 290-293. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.015.
- [70] GAY A, JAUSSENT I, SIGAUD T, et al. A lack of clinical effect of high-frequency rTMS to dorsolateral prefrontal cortex on bulimic symptoms: a randomised, double-blind trial [J]. *Eur Eat Disord Rev*, 2016, 24 (6): 474-481. DOI: 10.1002/erv.2475.
- [71] GUILLAUME S, GAY A, JAUSSENT I, et al. Improving decision-making and cognitive impulse control in bulimia nervosa by rTMS: an ancillary randomized controlled study [J]. *Int J Eat Disord*, 2018, 51 (9): 1103-1106. DOI: 10.1002/eat.22942.
- [72] 陈妍, 陈珏. 神经调控技术在进食障碍中的应用 [J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2021, 30 (5): 469-475. DOI: 10.3760/cma.j.cn371468-20210104-00019.
- (收稿日期: 2023-07-09; 修回日期: 2023-07-21)  
(本文编辑: 崔莎)

## · 信息速递 ·

# 本刊“临床指南/共识制订及应用研究”栏目征稿

临床指南/共识是权威专家、学者、机构等基于现有证据的全面、客观评估后,针对临床诊疗所给出的最佳推荐意见。合理应用临床指南/共识在指导医疗实践、改良卫生政策、给予患者更为有效的治疗措施等方面发挥着巨大作用。《中国全科医学》杂志为临床指南/共识制订及应用的研究类文章提供快速发表通道(绿色通道),旨在为广大科研工作者提供高水准国际学术交流平台。快速发表周期:≤1个月(投稿至网络首发),专人负责,不收取审稿费用。

### 一、稿件要求

1. 稿件字数 >5 000 字。

(1) 指南/共识制订需核实/提供的信息详见中国全科医学杂志社官方网站 <https://www.chinagp.net/CN/news/news425.shtml>。

(2) 指南/共识应用研究类文章:对选指南/共识的意义、可能应用范围、优缺点等进行比较全面的评价,或通过对比旧有指南的优缺点,介绍新指南的创新性或优势,或依据研究的结果和所掌握的信息,对科研成果与技术成就进行评论,指出其所达到的国内外学科水平和具有的指导价值以及存在的问题,并针对性地提出自己的观点、意见或建议。

2. 要求具备:中英文摘要,指南/共识摘要无结构要求,但需有背景、指南制订的目标、过程或说明,适用人群及指南的意义等。

### 二、投稿指南

1. 杂志官网 (<https://www.chinagp.net>) 在线投稿/绿色通道投稿。

2. 文题注明“临床指南/共识制订及应用”,格式如:临床指南/共识制订及应用+文题。

3. 其他参考本刊投稿指南: <https://www.chinagp.net/CN/column/column31.shtml>。

(本刊编辑部)