

· 基层常见疾病诊疗指南 ·

抑郁症基层诊疗指南(2021 年)

中华医学会 中华医学会杂志社 中华医学会全科医学分会 中华医学会精神医学分会抑郁障碍协作组 中华医学会《中华全科医师杂志》编辑委员会 神经系统疾病基层诊疗指南编写专家组

通信作者:马宁,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) 100191, Email: maning@bjmu.edu.cn; 李凌江,中南大学湘雅二医院精神卫生研究所 国家精神心理疾病临床医学研究中心(中南大学湘雅二医院) 精神疾病诊疗技术国家地方联合工程实验室 精神病学与精神卫生学湖南省重点实验室,长沙 410008, Email: llj2920@163.com

【关键词】 指南; 精神障碍; 抑郁症

Guideline for primary care of major depressive disorder (2021)

Chinese Medical Association, Chinese Medical Journals Publishing House, Chinese Society of General Practice, Depressive Disorder Collaboration Group of Chinese Society of Psychiatry, Editorial Board of Chinese Journal of General Practitioners of Chinese Medical Association, Expert Group of Guidelines for Primary Care of Nervous System Disease

Corresponding author: Ma Ning, 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 Six Hospital), Beijing 100191, China, Email: maning@bjmu.edu.cn; Li Lingjiang, Institute of Mental Health, the Second Xiangya Hospital of Central South University, National Clinical Research Center for Mental Disorders (the Second Xiangya Hospital of Central South University), National Local Joint Engineering Laboratory for Diagnosis and Treatment Technology of Mental Disorders, Hunan Key Laboratory of Psychiatry and Mental Health, Changsha 410008, China, Email: llj2920@163.com

一、概述**(一)定义**

1. 抑郁障碍(depressive disorder)是指各种原因引起的以显著而持久的心境低落为主要临床特征的一类心境障碍。临床上主要表现为心境低落,与其处境不相称,可以从闷闷不乐到悲痛欲绝,甚至发生木僵,部分患者会出现明显的焦虑和运动性激越,严重者可以出现幻觉、妄想等精神病性症状。部分患者存在自伤、自杀行为,甚至因此死亡。抑郁障碍的典型病程为发作性病程,但临床上有20%~30%的抑郁障碍为慢性病程,这个类型会带

来更多的医疗问题,且长期预后更差。恶劣心境是慢性抑郁障碍中最常见的一种,在基层尤其是慢性病患者中更常见。

2. 抑郁症(major depressive disorder, MDD)是抑郁障碍最常见的类型,表现为单次发作或反复发作,具有较高的复发风险。发作期存在显著的情感、认知和躯体症状,发作间期症状缓解。

(二)分类

根据国际疾病分类第10版(ICD-10),抑郁障碍包括:抑郁发作、复发性抑郁障碍、持续性心境障

DOI: 10.3760/ema.j.cn114798-20211020-00778

收稿日期 2021-10-20 本文编辑 白雪佳 刘岚

引用本文:中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 抑郁症基层诊疗指南(2021年)

[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(12): 1249-1260. DOI: 10.3760/ema.j.cn114798-20211020-00778.



碍、其他心境障碍、未特定的心境障碍。通常所说的抑郁症包括抑郁发作和复发性抑郁障碍。

(三) 流行病学

全球不同国家和地区所报道的抑郁障碍患病率差异较大。一项由国际精神疾病流行病学联盟(ICPE)开展的研究,采用世界卫生组织(WHO)复合式国际诊断访谈(CIDI)调查了来自10个国家(美国、欧洲和亚洲)的37 000名成年人,发现大多数国家抑郁障碍的终生患病率在8%~12%之间,但是不同国家或地区之间仍然存在显著差异,其中美国为16.9%,而日本仅为3%左右^[1]。Phillips等^[2]2001—2005年对中国4个省市进行的流行病学调查资料显示抑郁症月患病率为2.06%。2013年的Meta分析资料显示我国抑郁症的现患病率为1.6%,年患病率为2.3%,终生患病率为3.3%^[3]。Huang^[4]等2013—2015年的流行病学调查研究结果显示我国抑郁症终生患病率为3.4%。

根据全球疾病负担研究2013的研究统计,抑郁症已成为全球每个国家伤残调整生命年十大病因中最主要的病因^[5]。抑郁障碍患病率高、疾病负担重,但其治疗率低,在许多国家中仅有不到10%的患者接受了有效治疗。

抑郁障碍在躯体疾病患者中很常见,大约22%~33%的躯体疾病住院患者^[6]、15%~30%的急性冠心病患者、20%的冠心病和充血性心力衰竭患者以及9%~27%的糖尿病患者患有抑郁障碍。而积极治疗抑郁症状对改善躯体疾病有效^[7-8]。

二、病因学

抑郁症的病因和病理机制未完全阐明,发病的危险因素涉及生物、心理和社会多方面。

(一) 危险因素

1. 遗传学因素:家系调查显示40%~70%的抑郁症患者有遗传倾向^[9-10]。抑郁症患者的亲属,特别是一级亲属罹患抑郁症的概率高出一般人群2~4倍。双生子调查提示抑郁症的遗传度约为37%,调查发现单卵双胞胎之间抑郁症同病率约50%,而异卵双胞胎同病率为10%~25%。

2. 心理社会因素:

(1) 应激性生活事件在抑郁症的发生中起促进作用。负性生活事件,如丧偶、离婚、婚姻不和谐、失业、严重躯体疾病、家庭成员患重病或突然病故均可导致抑郁症的发生。另外,经济状况差、社会

阶层低下者也易患本病。

(2) 童年经历对成年期抑郁症的发生有影响。包括亲子分离、幼年丧亲、父母的养育风格、儿童期虐待、亲友关系与社会支持系统及生活事件等。

(3) 抑郁症患者存在病前人格的易感性。其中神经质、消极人格与抑郁症关系密切。

(二) 病理机制^[11]

抑郁症病理机制的相关研究较多,但尚无最终结论。

1. 神经生化和内分泌研究:抑郁障碍患者存在神经递质水平或神经递质相关神经通路的功能甚至结构的异常。失调假说认为,抑郁障碍患者的神经递质功能和内稳态功能出现失调,而药物治疗的药理学作用在于恢复这些系统的正常调节。与此相对应的假说包括:5-羟色胺(5-HT)假说、多巴胺(DA)系统假说、去甲肾上腺素(NE)系统假说以及其他的神经递质、神经肽、第二信使系统的异常假说。

同时,许多研究发现,抑郁障碍患者有下丘脑-垂体-肾上腺轴(HPA)、下丘脑-垂体-甲状腺轴(HPT)、下丘脑-垂体-生长素轴(HPGH)的功能异常,尤其是HPA功能异常,包括:高糖皮质激素血症,昼夜分泌节律改变;地塞米松抑制;肾上腺体积增大;促肾上腺皮质激素(ACTH)所引起的糖皮质激素分泌增强;脑脊液中促肾上腺皮质激素释放激素(CRH)水平升高;ACTH分泌对外源性CRH反应迟钝。

2. 神经免疫学研究:人体免疫系统与中枢神经系统具有密切联系。观察到的现象有:用细胞因子进行免疫治疗的患者常表现出一系列抑郁样症状,而抗抑郁药能改善这些症状;免疫系统疾病如类风湿性关节炎、系统性红斑狼疮常伴有抑郁表现;动物实验中发现细胞因子可引起动物出现抑郁样行为,并能被抗抑郁药治疗所逆转。有关应激事件对免疫系统影响的研究也证实了这种密切联系。情绪障碍和应激事件可以影响免疫功能,而免疫功能的改变也可能成为抑郁障碍的病因。

3. 睡眠与脑电生理研究:脑电图研究发现,抑郁障碍患者左右脑半球平均整合振幅与抑郁严重程度呈负相关,且脑电图异常有侧化现象,右半球的激活程度升高。这种激活程度升高主要表现在额区,尤其以右额叶为主,并认为与抑郁情绪产生

有关,但也有不一致结果的报道。抑郁障碍的患者还可出现脑诱发电位波幅较小,并与抑郁障碍的严重程度相关,同时伴有事件相关电位 P300 和 N400 潜伏期延长。

4. 脑影像学研究:有关抑郁障碍的脑影像学研究尚无一致的可重复性结论性研究成果。功能脑影像技术[功能性磁共振成像(fMRI)、单光子发射断层扫描(SPECT)等]的发现提示,抑郁障碍患者的大脑前额叶背侧皮质、额叶近眶部皮质、下丘脑、小脑及尾状核、海马、杏仁核等边缘系统部位的代谢或脑血流异常。这种异常在疾病的不同时期、药物治疗前后、不同类型患者之间存在差异。

三、识别、诊断与鉴别诊断

抑郁症在不同的年龄、性别、文化背景以及疾病状态下表现形式有所差异,缺乏特异的诊断方法。全面收集客观可靠的病史资料,周密细致的心理生理检查是正确诊断的基础。

(一)识别与筛查

抑郁症状在基层医疗卫生机构就诊的躯体疾病患者中非常常见,这些症状有时很严重,甚至是致命的。全科医师对这种患者的早期识别和处理非常重要,有助于减轻患者不必要的痛苦、预防疾病的慢性化。

当患者出现持续的心烦,并伴有精力体力不佳、失眠、食欲下降等生理症状时,应警惕抑郁症的可能。有些中老年患者对情绪的表述能力差,或因病耻感刻意回避谈及情绪问题,这增加了识别的难度。这种情况可以首先重点询问患者的躯体症状,当患者持续存在定位不明确的躯体疼痛或不适症状,且生理指标无异常时,也应该考虑到抑郁症的可能性。

1. 临床症状:抑郁症状主要包括 3 个部分:情绪症状、躯体症状和认知症状。情绪症状是抑郁症的核心症状。

(1)情绪/心境低落:患者大多数时候显得情绪低落,感觉心情压抑、“提不起精神”,觉得自己“简直如同乌云笼罩”,常哭泣。典型的抑郁表情是忧伤,额头紧锁,双眉间呈“川”字形。

在情绪低落的背景上,患者的自我评价往往降低,感到自己能力低下,不如别人,什么事也干不好或干不了。与此同时,患者可能产生无用、无助或绝望感,感到个人的一切都糟糕,前途暗淡,毫无希望。

(2)兴趣减退:绝大多数患者会出现兴趣减退及愉快感缺乏,常无法从日常生活及活动中获得乐趣,即使对以前非常感兴趣的活动也难以提起兴趣,对通常令人愉快的环境缺乏情感反应。因此,患者常放弃原来喜欢的一些活动(如体育活动、业余收藏、社会交往等),往往连正常工作、生活享受和天伦之乐等都一概提不起兴趣,体会不到快乐,行为退缩。

(3)疲劳感、活力减退或丧失:患者感到自己整个人已经垮了、散了架子。患者做什么(包括自理生活)都需别人催促或推他一把,否则就根本不想动。初期常有“力不从心”的感觉,但到了后来,虽然想挣扎着做些事情,但总是坚持不下去。

多数抑郁症患者会有不同程度的疲惫感,且通过休息或睡眠并不能有效地恢复精力。对工作感到困难,常不能完成任务。有时,疲劳感也可能与睡眠障碍有关。

还有一些患者出现无助感,感觉很痛苦,甚至难于表达。但不少患者不愿就医,他们确信医师及其他人对自己的病情爱莫能助,如同自己掉进了深山谷底,一切已无法挽回,谁也救不了。一些患者感到度日如年、极度孤独,与周围人(包括家人)有疏远感。

(4)认知症状:抑郁症患者往往思维活动减慢,言语活动减少,说话缓慢。由于思考过程困难,一些简单的问题也需要较长时间才能完成。决断能力明显降低,变得优柔寡断、犹豫不决,甚至对一些日常小事也难以做出决定。注意力不集中、容易分心、信息加工能力减退、对自我和周围环境漠不关心。

(5)焦虑或激越:很多抑郁症患者有焦虑、紧张等症。患者忧心忡忡、坐立不安,不断地走动、来回踱步、搓手、无目的动作等。

(6)躯体症状:多数抑郁症患者表现为食欲减退,进食量少,消化功能差,常有体重减轻,也有少数患者表现为食欲增加。

大多数抑郁症患者有某种形式的睡眠障碍,可以表现为入睡困难、睡眠不深、易醒,典型表现为早醒。入睡困难的患者常伴有烦躁、焦虑症状。同样,临床上也可见到少数患者出现睡眠过多。

性欲低下在抑郁症患者中相当常见,对性生活无要求及快感缺乏。临床上此类症状常被忽视或遗漏,但此类症状的识别不仅有利于诊断,也有利于全面了解患者的病情。



部分患者以其他躯体症状作为主诉,长期在综合医院门诊反复就诊。这类非特异性症状包括头痛、颈痛、腰背痛等躯体任何部位的疼痛,口干、出汗、视物模糊、心慌、胸闷、喉头肿胀、恶心、呕吐、胃部烧灼感、胃肠胀气、消化不良、便秘、尿频、尿急等。

(7)自杀观念、自杀企图与自杀:由于情绪低落,自我评价低,患者很容易产生自卑、自责,并感到绝望,因此抑郁症患者很容易产生自杀观念,常比较顽固,反复出现。在自杀观念的驱使下,部分患者会产生自杀计划甚至有自杀行为。因此,对于曾经有过自杀观念或自杀未遂的患者,应高度警惕,医师应反复提醒家属及其照料者将预防自杀作为首要任务。

2.老年抑郁症状表现:老年抑郁症患者临床表现有时并不典型,其心境低落、快感缺失和兴趣减退的核心症状常被其他主诉掩盖,需仔细鉴别防止误诊^[12]。其常见临床特征包括:

(1)焦虑/激越明显:是老年期抑郁症最为常见而突出的特点,主要表现为过分担心、灾难化的思维与言行以及冲动易激惹。

(2)躯体不适主诉突出:患者可因躯体不适及担心躯体疾病辗转就诊多家医院,表现为慢性疼痛在内的各种躯体不适,历经检查及对症治疗效果不佳。

(3)伴有幻觉、妄想等精神病性症状:疑病、虚无、被遗弃、贫穷和灾难以及被害等是老年期抑郁症患者妄想症状的常见内容。

(4)自杀行为:与年轻患者相比,老年期抑郁症患者自杀观念频发且牢固、自杀计划周密,自杀死亡率高。严重的抑郁发作、出现幻觉、妄想等精神病性症状、焦虑/激越、自卑和孤独、躯体疾病终末期、缺乏家庭支持和经济困难等因素均可增加老年人的自杀风险。

(5)认知功能损害:认知功能损害常与老年期抑郁症共存。60岁后起病的晚发抑郁症患者若长期处于抑郁期,可增加痴呆的风险,甚至可能是痴呆的早期表现。抑郁发作时认知功能损害表现涉及注意力、记忆力和执行功能等。

(6)睡眠障碍:表现形式包括入睡困难、易醒、早醒以及矛盾性失眠(也称主观性失眠、睡眠知觉障碍,患者过多地把实际睡眠时间感知为觉醒)。

3.筛查:可借助抑郁自评量表来筛检疑似病例(附录1~2)。患者健康问卷抑郁自评量表(Patient Health Questionair-9, PHQ-9)^[13]和抑郁自

评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[14]是常用的筛查抑郁症的自评工具;研究用抑郁障碍流行病学量表(CES-D)适用于一般人群流行病学调查研究中抑郁自评;Beck抑郁问卷(BDI)是最早被广泛使用的评定抑郁的自评工具。

(二)诊断标准与诊断流程

抑郁症是一类具有“发作性”特点的精神疾病,诊断时既要评估目前发作的特点,还要评估既往发作的情况。抑郁症的诊断应结合病史、病程特点、临床症状、体格检查和实验室检查等进行综合考虑。

1.精神检查:全面的精神检查包括一般表现(意识、定向力、接触情况、日常生活表现等),认知过程(包括感知觉、注意力、思维、记忆力、智能、自知力等),情感活动,意志及行为表现等。在此基础上,重点关注患者的情绪及其相关症状,评估其抑郁是否伴有躁狂症状、认知缺陷和幻觉、妄想等精神病性症状。评估患者的自杀风险是抑郁症评估的重要环节。同时还需评估与其他精神障碍和躯体疾病的共病情况。评估这些内容有助于治疗方法的选择。

2.病史追踪:对于存在抑郁症状的患者,应当进行完整的心理社会和生物学评估。包括现病史、症状演化过程、是否有过自杀意念,既往是否有过躁狂发作或幻觉、妄想等精神病性症状发作,目前的治疗情况及疗效、过去的治疗史,家族史、个性特点、嗜好及重大生活事件影响等。

3.诊断标准:完善上述精神检查以及信息收集后,依据诊断标准进行诊断和鉴别。

根据国际疾病与分类第10版(ICD-10),抑郁症的症状学标准里包括3条核心症状及7条其他症状,核心症状:①心境低落;②兴趣和愉快感丧失;③疲劳感、活力减退或丧失。其他症状:①集中注意和注意力降低;②自我评价和自信降低;③自罪观念和无价值感;④认为前途暗淡悲观;⑤自伤或自杀的观念或行为;⑥睡眠障碍;⑦食欲下降。

当同时存在至少2条核心症状和2条其他症状时,才符合抑郁症的症状学标准。如果符合抑郁症的症状学标准,还需同时满足2周以上的病程标准,并存在对工作、社交有影响的严重程度标准,同时还应排除精神分裂症、双相情感障碍等重性精神疾病和器质性精神障碍以及躯体疾病所致的抑郁症状群,方可诊断抑郁症。

抑郁症按严重程度分为轻、中、重度,见表1。

表 1 抑郁症严重程度的分级标准

标准	轻度	中度	重度	
			不伴精神病性症状	伴精神病性症状
症状学标准	2 条核心症状+2 条其他症状	2 条核心症状+3 条其他症状	3 条核心症状+4 条其他症状	3 条核心症状+4 条其他症状+幻觉、妄想或木僵
病程标准	上述表现≥2 周	上述表现≥2 周	上述表现≥2 周	
严重程度标准	持续进行日常的工作和社交活动有一定困难	进行工作、社交或家务活动有相当困难	几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动	
排除标准*	无引起上述表现的重性精神疾病、器质性精神障碍或躯体疾病病因			

注:核心症状包括:①心境低落;②兴趣和愉快感丧失;③疲劳感,活力减退或丧失。其他症状包括:①集中注意和注意力降低;②自我评价和自信降低;③自责观念和无价值感;④认为前途暗淡悲观;⑤自伤或自杀的观念或行为;⑥睡眠障碍;⑦食欲下降; *同时适用于轻、中、重度

4. 躯体及神经系统检查:抑郁症无躯体和神经系统特征的异常,检查的目的是排除躯体疾病或脑器质性继发性抑郁症状的可能。如有阳性发现,应积极处理躯体和神经系统疾病。

5. 辅助检查:对疑似抑郁症患者,除进行全面的躯体检查及神经系统检查外,还要注意辅助检查及实验室检查。尤其注意血糖、甲状腺功能、心电图等。辅助检查的目的之一是排除导致抑郁症状的躯体病因或脑器质性病因。

根据具体情形选择使用以下检查项目:

- (1) 血常规、尿常规、便常规、心电图、肝功能、肾功能、电解质、血脂以及血糖作为常规检查。
- (2) 内分泌检查如甲状腺功能、激素检查可除外相关内分泌系统疾病所致的抑郁。
- (3) 感染性疾病筛查(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病等)可除外相关感染性疾病所致抑郁。

(4) 脑电图检查用以排除癫痫或脑炎等神经系统疾病,头颅影像学检查尤其是头 MRI 检查,对于排除脑结构性病变非常重要。

(5) X 线胸片、超声心动图、心肌酶学、腹部 B 超、相关免疫学检查等则根据临床需要进行。

如果患者长期进食差或已经发生自伤、自杀行为,应视具体情况完善必要检查,做相应的处理,如急查血糖、电解质、心电图,如果存在低血糖或电解质紊乱及时纠正;如有开放性伤口做必要外科处理。

6. 诊断流程:抑郁症诊断流程见图 1。

(三) 常见鉴别诊断

1. 焦虑障碍:抑郁障碍与焦虑障碍常共同存在,但他们是不同的临床综合征。抑郁障碍以“情绪低落为核心”,焦虑障碍以“害怕、恐惧、担忧、着急”为核心表现。按照等级诊断原则,达到抑郁障碍诊断标准优先诊断抑郁障碍;若抑郁、焦虑各自达到其诊断标准,没有因果关联时也可以共病诊断。

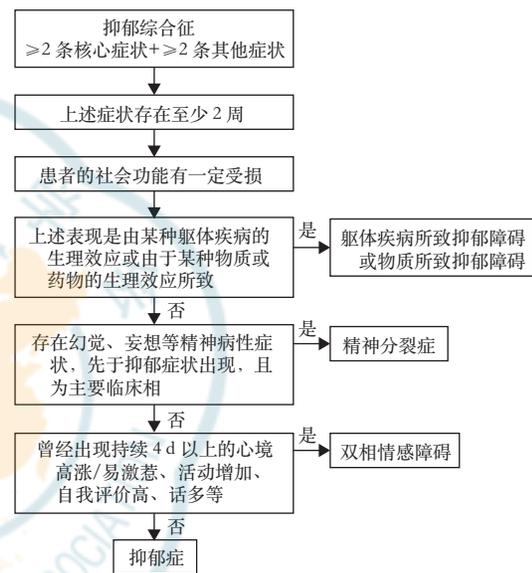


图 1 抑郁症的诊断流程

2. 双相情感障碍:双相情感障碍是在抑郁发作的基础上,有过 1 次及以上的躁狂/轻躁狂发作史。抑郁发作的疾病特征是个体的情感、认知、意志行为的全面“抑制”,双相情感障碍的疾病特征是“不稳定性”。有些抑郁发作患者并不能提供明确的躁狂、轻躁狂发作史,但是具有如下特征:25 岁前起病、不典型抑郁症状(如食欲增加、睡眠增加等)、伴焦虑或幻觉、妄想等精神病性症状、有双相情感障碍家族史、抗抑郁药足量足疗程治疗不能缓解等。在这类抑郁患者的诊治中,要高度关注和定期随访评估躁狂发作的可能性,以及时修正诊断和治疗方案。

3. 躯体情况所致抑郁障碍:其基本特征是突出和持续的抑郁情绪,或几乎所有活动的兴趣或愉快感减低为主要临床相,且抑郁状态是躯体情况直接的生理效应所致。躯体情况病因包括神经系统疾病、内分泌疾病等,如卒中中、帕金森病、脑外伤、库欣综合征和甲状腺功能减退等。其中甲状腺功能减退导致抑郁症状非常常见。因此,接诊抑郁状态的患者要充分考虑到这些躯体情况的可能性,应进

行体格检查,并完善甲状腺功能及其他必要检查。

四、转诊建议

(一)紧急转诊

1. 患者目前有明确的自杀计划,比如计划跳楼并去楼顶踩点,囤积大量的药物,写遗书或购买大量活性炭等;近期已经实施过自杀行为。

2. 伴有严重躯体疾病,联合用药可能存在不良反应。

3. 服药后出现意识障碍、血压明显升高、大量出汗或肝功能异常等严重药物不良反应。

(二)紧急处置

如果患者目前有强烈的自杀观念,或有明显的自罪自责,应告知家人务必加强看护,防范患者实施自杀行为。如果患者已出现自杀行为,可针对自杀行为做相应处理,比如止血、洗胃等。紧急处置后,应建议立即转诊至精神专科机构。

(三)普通转诊

1. 出现多个抑郁症状,考虑有抑郁症可能,需明确诊断者。

2. 两种抗抑郁药物规范治疗4周症状改善不明显。

3. 出现难以耐受的药物不良反应。

4. 伴有人格障碍。

5. 伴有多种躯体疾病。

6. 治疗依从性差。

7. 家庭支持系统差。

五、治疗

(一)治疗原则^[15]

抑郁症的治疗目标在于尽可能早期诊断,及时规范治疗,控制症状,提高临床治愈率,最大限度减少病残率和自杀率,防止复燃及复发。

1. 全病程治疗:抑郁症复发率高达50%~85%,其中有50%患者的复发在疾病发生后2年内发生^[15-17]。目前倡导全病程治疗,包括急性期、巩固期和维持期治疗。

(1)急性期治疗(8~12周):控制症状,尽量达到临床治愈(抑郁症状完全消失的时间>2周)与促进功能恢复到病前水平,提高患者生命质量。

(2)巩固期治疗(4~9个月):在此期间患者病情不稳定,复燃风险较大,原则上应继续使用急性期治疗有效的药物,并强调治疗方案、药物剂量、使用方法保持不变。

(3)维持期治疗:维持治疗时间的研究尚不充分,目前认为并非所有抑郁症患者均需要维持治

疗。对有复发倾向的患者,应该至少维持治疗2~3年,这些患者包括第3次及以上的复发患者、有明显社会心理应激因素的患者、有残留症状或者发病年龄早或者有家族史的患者。维持治疗结束后,病情稳定可缓慢减药直至终止治疗,一旦发现有复发的早期征象,应迅速恢复原治疗。

2. 个体化治疗:应根据临床因素进行个体化选择。不同个体对精神药物的治疗反应存在很大差异,为每个患者制订治疗方案时需要考虑患者的性别、年龄、躯体情况、是否同时使用其他药物、首发或复发、既往对药物的反应等多方面因素,决定选择的药物和剂量。考虑药物疗效或不良反应的性别差异选择药物种类;考虑不同年龄患者的代谢差异调整药物剂量;对于有自杀观念的患者避免一次处方大量药物,以防意外;考虑患者既往用药史,优先选择过去药物疗效满意的种类。当患者存在人格、认知、行为等问题,或有较为明显的不良事件时,可以考虑心理治疗,或者在药物治疗基础上联合心理治疗。

特殊人群(妊娠或哺乳期妇女)、存在药物禁忌证、或患者倾向于心理治疗时,也可以考虑心理治疗。

3. 单一、足量、足疗程用药:通常抗抑郁药尽可能单一使用,并强调足量足疗程治疗。首发患者的起始剂量通常从较低开始,根据患者的反应在1~2周内逐渐滴定至有效剂量,以免发生明显不良反应影响患者治疗的依从性。过去接受过此类药物治疗者,可根据既往的耐受性,适当加快滴定速度,以期较早获得疗效。一般药物治疗2~4周开始起效,治疗的有效率与时间呈线性关系,如果患者使用足量药物治疗4~6周无效,换用同类其他药物或作用机制不同的药物可能有效。对难治性抑郁(经过2种或多种抗抑郁药足量足疗程治疗后无明显疗效)可以联合用药以增加疗效。

(二)治疗方法

1. 药物治疗:

(1)常用药物:抗抑郁药根据作用机制或化学结构的不同分为以下几类:选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs),5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs),去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺能抗抑郁剂(NaSSA),三环(TCAs)和四环类抗抑郁药,单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)等。TCAs、四环类抗抑郁药和MAOIs属传统的第一代抗抑郁药,其他均为新型抗抑郁药,后者在安全性、耐受性和用

药方便性方面较前者更有优势,是临床推荐首选的药物,其中 SSRIs 又是最常用的一类。TCAs 类药物由于其耐受性和安全性问题,作为二线药物使用。

新型抗抑郁药介绍见表 2,传统抗抑郁药和其他抗抑郁药的介绍见表 3。

(2) 常见不良反应:抗抑郁药物常见不良反应包括口干、恶心、消化不良、腹泻、失眠、多汗等,往往在服药的前几天明显,随着服药时间延长逐渐减轻。在最初阶段与食物同服可减少恶心的发生率,且大多数患者描述恶心是一个短暂的不良反应。

常用抗抑郁药不良反应详见表 2。

(3) 严重不良反应:5-羟色胺综合征是神经系统 5-羟色胺功能亢进引起的一组症状和体征,有可能危及生命。通常表现为自主神经功能亢进(发热、恶心、腹泻、头痛、颤抖、脸红、出汗、心动过速、呼吸急促、血压改变、瞳孔散大)、精神状态改变(轻躁狂、激越、意识混乱、定向障碍)和神经肌肉异常(肌阵挛、肌强直、震颤、反射亢进、踝阵挛、共济失调)的三联征。出现 5-羟色胺综合征时应立即停药,并根据症状对症处理。

表 2 常用新型抗抑郁药使用说明^[18]

药名	药理机制	常用剂量 (mg/d)	治疗特点	常见不良反应	注意事项
西酞普兰	SSRIs	20~40	对合并焦虑症状的抑郁症有效	恶心、呕吐、消化不良、腹泻、出汗、激越、焦虑、头痛、失眠、震颤、性功能障碍、低钠血症、皮肤出血性疾病 可发生撤药症状	1. 早饭后服用; 2. 定期查电解质、凝血功能; 3. 避免与 MAOIs 合用; 4. 与华法林合用时注意出血风险; 5. 可在短期内合并镇静催眠类药物
艾司西酞普兰	SSRIs	10~20	同西酞普兰;疗效和耐受性相对更为平衡	同西酞普兰	同西酞普兰
氟西汀	SSRIs	20~60	轻度抑制食欲,很少引起体重增加	同西酞普兰,失眠和激越可能更多 可改变胰岛素需要量	1. 同西酞普兰; 2. 与苯二氮草类药物、卡马西平合用时后者血药浓度升高
帕罗西汀	SSRIs	20~50	治疗伴有焦虑症状的抑郁症更有优势	同西酞普兰,但抗胆碱能和镇静作用更常见;撤药反应常见	1. 同西酞普兰; 2. 老年人慎用; 3. 缓慢停药
氟伏沙明	SSRIs	100~300	对睡眠有一定改善	同西酞普兰,恶心更常见	合用时使茶碱、氨茶碱、普萘洛尔、华法林、咖啡因、苯二氮草类药物、卡马西平、氯氮平、美沙酮、TCAs 浓度升高
舍曲林	SSRIs	50~200	改善认知功能;疗效和耐受性相对更为平衡	同西酞普兰	同西酞普兰
文拉法辛	SNRIs	75~225	高剂量时改善焦虑症状	恶心、失眠、口干、嗜睡、头晕、出汗、紧张、头痛、性功能障碍、便秘 大剂量时血压升高 撤药症状常见	1. 同西酞普兰; 2. 监测血压;尽量使用最小有效剂量;必要时加用降压药
度洛西汀	SNRIs	60~120	同文拉法辛;对伴有躯体疼痛的抑郁症有效	恶心、失眠、头痛、头晕、口干、困倦、便秘、厌食。心率和血压轻度增加,包括高血压危象	同文拉法辛
米氮平	NsSSA	15~45	胃肠道反应小;对食欲和睡眠有改善作用;对性功能影响小	食欲增加、体重增加、困倦、水肿、头晕、头痛、白细胞减少。恶心、性功能障碍相对少见	1. 防摔伤; 2. 服药期间监测血糖,控制饮食,加强体育锻炼
阿戈美拉汀	MT 受体激动剂	25~50	耐受性好;对睡眠有改善作用	恶心、头晕、头痛、失眠、困倦、偏头痛、肝功能异常	1. 肝功能异常慎用; 2. 定期检测肝功能
曲唑酮	5-HT 调节剂	50~400	对焦虑症状有效;改善睡眠结构;对性功能影响小	镇静、头晕、头痛、恶心、呕吐、震颤、体位性低血压、心动过速、阴茎异常勃起	1. 慎用镇静剂、酒精、地高辛、苯妥英; 2. 禁止与 MAOIs 合用
安非他酮	NDRIs	150~450	无体重增加的问题;可用于性功能障碍	失眠、焦虑、激越、震颤、恶心、口干、多汗、耳鸣和皮疹	1. 高剂量时有增加惊厥的风险; 2. 禁止与 MAOIs 合用

注:SSRIs 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂;SNRIs 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂;NsSSA 去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁剂;MT 褪黑素;5-HT 5-羟色胺;NDRIs 去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂;MAOIs 单胺氧化酶抑制剂;TCAs 三环类抗抑郁药



表3 传统抗抑郁药和其他治疗抑郁症的药物使用说明^[18]

药名	药理机制	常用剂量	治疗特点	常见不良反应	注意事项
阿米替林	TCA	50~250 mg/d	对焦虑和抑郁症状均有明显效果	心律失常、体位性低血压、口干、便秘、排尿困难、性功能障碍、谵妄	定期查心电图;监测血压;评估其他可能导致不良反应的躯体因素
氯米帕明	TCA	50~250 mg/d	同阿米替林	同阿米替林	同阿米替林
多塞平	TCA	50~250 mg/d	同阿米替林	同阿米替林	同阿米替林
马普替林	四环类	50~225 mg/d	同阿米替林	同阿米替林	同阿米替林
氟哌噻吨美利曲辛片	复方制剂	1~3片/d	控制焦虑、改善睡眠	口干、便秘、肌阵挛、镇静、视力模糊、撤药反应	缓慢减量
圣·约翰草提取物片	中成药	1片/次,2~3次/d	耐受性好	少见	用于轻中度抑郁症
疏肝解郁胶囊	中成药	2粒/次,2次/d	耐受性好	少见	用于轻中度抑郁症
巴戟天寡糖胶囊	中成药	1~2粒/次,2次/d	耐受性好;对性功能有改善	少见	用于轻中度抑郁症

注:TCA 三环类抗抑郁药

(4)撤药综合征:抗抑郁药的撤药综合征通常出现在大约20%的患者中,在服用一段时间的药物后停药或减药时发生。几乎所有种类的抗抑郁药都有可能发生撤药综合征,其发生与使用药物时间较长,药物半衰期较短有关。通常表现为流感样症状、精神症状及神经系统症状(如焦虑、激越、失眠、恶心、呕吐)等。撤药综合征的症状可能被误诊为病情复发。

(5)妊娠期用药:关于妊娠或计划妊娠妇女是否继续服用抗抑郁药物,需要权衡药物治疗对母亲和胎儿的获益与不治疗的风险,并向患者及家属交待清楚。对症状较轻的患者给予健康教育、支持性心理治疗即可;对轻度-中度抑郁症患者,可给予认知行为治疗和人际心理治疗;对重度或有严重自杀倾向的患者可以考虑抗抑郁药治疗,目前孕妇使用最多的是SSRIs类药物。研究显示,除帕罗西汀外,孕期使用SSRIs类抗抑郁药并未增加胎儿心脏疾病和死亡风险,但可能增加早产和低体重风险。SNRIs类药物和米氮平可能与发生自然流产有关。美国FDA妊娠期抗抑郁药物使用分类等级见表4。如果产后开始使用SSRIs治疗,应避免使用氟西汀,因其活性代谢产物去甲氟西汀更容易排泄到母乳,其半衰期长达1~2周,母乳喂养的婴儿可能有蓄积效应,其他SSRIs类药物在乳汁中的浓度较低。

(6)老年抑郁症用药:老年抑郁症的治疗要特别注意老年人的病理生理改变,定期监测躯体状况。

老年抑郁症药物治疗首选SSRIs类,疗效肯定,不良反应少,其抗胆碱能及心血管系统不良反应轻微,老年患者易于耐受。有报道它们可能会增

表4 抗抑郁药的国家药品监督管理局(NMPA)妊娠期安全性分级

安全分级	药物名称
A	无
B	马普替林
C	西酞普兰、艾司西酞普兰、氟西汀、伏氟沙明、舍曲林、文拉法辛、度洛西汀、米那普仑、米氮平、曲唑酮、安非他酮、维拉唑酮、阿米替林、多塞平和氯米帕明
D	帕罗西汀

注:A 随机对照研究显示无风险,妊娠期患者可安全使用;B 在人群中尚无风险性证据,有明确指征时慎用;C 风险性尚未排除,在确有指征时,充分权衡利弊决定是否选用;D 有风险性证据,避免应用

加胃肠道出血的风险,特别是在高龄老人以及有明确危险因素者,如有出血病史、接受类固醇或华法林治疗等。高剂量SNRIs类药物可引起血压升高,如使用应注意监测血压变化。米氮平能显著改善睡眠,适用于伴有失眠、焦虑症状的老年患者。老年患者要慎用TCA类,此类抗抑郁药有明显的抗胆碱能作用及对心脏的毒性作用,不良反应大。注意老年患者用药起始剂量一般要低于普通成年患者,滴定速度要慢。

(7)共病躯体疾病的抑郁:基层医疗卫生机构常见躯体疾病共病抑郁症,后者会影响躯体疾病的病程。共病时内科用药和精神科用药同时存在,涉及药物间相互作用问题。多数情况下,精神科药物与内科药物相互作用不明显。以下是常伴发抑郁症躯体疾病的药物治疗情况:

①卒中后抑郁:卒中的幸存者中至少有30%~40%患有抑郁症^[19],目前已知卒中后抑郁会延缓患者功能康复速度。抗抑郁药可缓解抑郁症状,还能提高整体认知功能,促进运动功能恢复。



卒中后抑郁的药物治疗推荐使用 SSRI 类的西酞普兰、舍曲林和艾司西酞普兰;帕罗西汀和氟西汀则要慎用,因为会增加心血管和卒中的风险。此外,SSRI 会增加新发出血性卒中的风险,当已知现有卒中为出血性时,SSRI 与华法林或其他抗血小板药物合用时,需要密切关注。进行抗凝治疗或阿司匹林治疗的患者,如果要使用 SSRI,需同时处方质子泵抑制剂护胃。SNRI 类药物能较好地改善情绪和认知功能,也可以用于卒中后抑郁的治疗。

② 心血管系统疾病:20%~30% 的高血压患者和至少 20% 的冠心病患者共病抑郁障碍。心脏病患者并发抑郁障碍后,未来半年内死亡风险会增加 3 倍以上。一般来说,SSRI 推荐用于心脏病患者,但要注意抗血小板效应以及与心血管药合用时经细胞色素酶系介导的相互作用。SNRI 药物和米氮平也有较好的治疗效果,但文拉法辛会引起剂量依赖性血压升高,使用时应监测血压。

③ 糖尿病:糖尿病与抑郁症存在明确相关。患糖尿病后,共病抑郁症的几率将为正常人的 2 倍,病死率增加 1.5 倍。药物治疗方面,SSRI 类药物能有效改善抑郁症状并使糖尿病控制得更好。

2. 心理治疗:心理治疗对于轻中度抑郁症的疗效与抗抑郁药疗效相仿,但对于重度抑郁发作往往不能单独使用,需在药物治疗基础上联合使用。

对于抑郁症患者可采用的心理治疗种类较多,常用的主要有:支持性心理治疗、认知治疗、行为治疗、动力学心理治疗、人际心理治疗以及婚姻和家庭治疗等。一般而言,支持性心理治疗可适用于所有就诊对象,各类抑郁症患者均可采用或联用;认知行为治疗方法可矫正患者的认知偏差,缓解情感症状、改善行为应对能力,并可减少抑郁障碍的复发;精神动力学的短程心理治疗可用于治疗抑郁障碍的某些亚型,适用对象应该有所选择;人际心理治疗主要处理抑郁症患者的人际问题、提高患者的社会适应能力;婚姻家庭治疗可改善抑郁症患者的夫妻关系和家庭关系,减少不良家庭环境对疾病复发的影响。

支持性心理治疗便于在基层医疗卫生机构开展,主要通过倾听、安慰、解释、指导和鼓励等方法帮助患者正确认识和对待自身疾病,使患者能够主动配合治疗。通常由医生或其他专业人员实施。具体包括:

(1) 积极倾听:给予患者足够的时间述说问题,通过耐心的倾听,让患者感受到医生对自己的关心和理解。

(2) 引导患者觉察自己的情绪,并鼓励患者表达其情绪,以减轻苦恼和心理压抑。

(3) 疾病健康教育,使患者客观地认识和了解自身的心理或精神问题,从而积极、乐观面对疾病。

(4) 增强患者的信心,鼓励其通过多种方式进行自我调节,帮助患者找到配合常规治疗和保持良好社会功能之间的平衡点。

3. 生物物理治疗:近年来,有越来越多的研究证实有一些物理治疗措施可以改善抑郁症状并治疗抑郁症,包括改良电抽搐治疗(MECT)、经颅磁刺激治疗、迷走神经刺激治疗、深部脑刺激治疗等。

改良电抽搐治疗是目前临床上最常用的物理治疗方法,它起源于 20 世纪 60 年代的“电休克”治疗,后改良为在麻醉状态下,应用肌松剂并有监护和复苏设备支持下的电抽搐治疗,扩大了适应证范围并降低了治疗风险。对于拒食、有自杀风险、伴有幻觉或妄想、紧张综合征或者需要快速控制症状的患者,MECT 均可作为治疗的首选方案。MECT 治疗前需进行精神状态和躯体疾病的评估,部分患者可有短时间记忆力障碍等不良反应,总体治疗有效率和安全性较高。电休克治疗期间,多数抗抑郁药可继续使用。停用电休克治疗后可用抗抑郁药巩固和维持。

4. 其他辅助治疗方法:除了上述治疗方法外,还有一些其他方法,如光照治疗、运动疗法、针灸、阅读疗法以及 $\Omega 3$ 脂肪酸等。这些方法作为抑郁症的辅助治疗已在临床上开始使用,但目前尚缺乏有力的研究证据。

六、疾病管理

(一) 安全风险

1. 自杀风险管理:既往研究表明抑郁症是导致自杀最常见的精神疾病^[20]。一项在基层医疗机构开展的研究显示,抑郁症患者中,21.3% 的个体既往有过自杀未遂^[21]。一个人认真考虑自杀时会有以下征兆:表示要杀死自己,说些诸如“我走了没人会想念我”等言辞;寻找杀死自己的办法,如设法获得农药或药物,或上网搜寻结束自己生命的办法;向亲密的家人和朋友告别,赠送有价值的个人财物,或写遗嘱等。询问自杀想法不会引发自杀行

为,却往往可以减轻患者的焦虑,让患者感觉得到了理解。与患者讨论自杀还能评估自杀的风险,了解阻止患者实施自杀行为的因素,从而把这些保护性因素纳入自杀的防控中来。具体而言,医生应主动评估患者自杀观念和企图,患者计划或准备实施自杀的进度,自杀手段的可用性和致命性,患者实施自杀计划的坚决程度。比如询问患者“你说你每天都生活得很痛苦,你想过放弃吗?”“你会觉得生活没意思吗?想过死吗?”“你想过用自杀的方式来解决这些困难吗?”“你想过哪些自杀的方式?有去做一些准备工作吗?”“你尝试过你提到的这些自杀的方法吗?”“还没去做(自杀),是有什么顾虑和原因吗?”。如果评估到患者有自杀的风险,首先应及时告知其监护人,其次了解患者对自杀结果的实际顾虑,增加阻止患者自杀的因素,并尽快转诊至上级精神卫生医疗机构,不要将有立即自杀风险的患者单独留下。在问诊时,把对自杀问题的询问放在最后。

2. 药物安全性管理:患者在服药期间,应定期监测血常规(是否存在白细胞减少)、血生化(是否存在肝功能、血脂或尿酸异常等)、电解质(是否存在低钠血症)、心电图(是否存在心动过速、QTc 间期延长等)、甲状腺功能(常见甲状腺功能低下)等。

(二)服药依从性管理

服药的前 2 周是最容易停药的阶段。因为这个阶段,药物的作用没有充分发挥出来,而不良反应可能比较明显,做好疾病宣教在这个阶段非常重要。当患者在服药第 1 周出现诸如胃肠道反应、困倦、焦虑等不严重的不良反应时,应告知患者这种反应的普遍性及阶段性,给予信心。若服药后不良反应长期存在但程度不重,如出汗、便秘、体重增加等,应与患者讨论这些不良反应对其日常生活的影响,如不明显则继续用药;当不良反应明显时,比如严重的性功能障碍、肝功能异常等,应进一步明确药物与这些问题的关系,必要时尽快减药、换药。在服药一段时间,症状部分或完全消除时,患者往往会担心长期用药可能成瘾,或由于病耻感,觉得吃药就意味着有病,于是自行减药、停药。这是最容易复发的一个阶段,医生应不时询问服药情况,给予针对性宣教,与家属共同做好患者的服药管理。

(三)生活方式管理

抑郁症的治疗目标,除缓解症状预防复发外,

就是消除功能障碍,改善生命质量。对患者的整体生命质量加以评估,询问抑郁症最困扰他们的情况,确定如何调整他们现有的生活活动和娱乐。一般健康行为的促进,如良好的睡眠卫生和减少咖啡的使用,远离烟酒和其他有害物质。对大多数人而言,锻炼有益于健康。经常运动锻炼在提高身体抵抗力的同时,也可以提高心理的承受能力,降低一般人群抑郁症状的发生,对于老年人群和伴发躯体疾病的人尤其有益,有氧运动还可以一定程度地改善患者的抑郁情绪。

(四)家属健康教育

家属是患者康复过程中最有力的天然联盟。在治疗过程中,应与患者家属建立密切的合作关系,让家属参与进来,最大程度调动患者的支持系统,包括对家属宣教抑郁症是一种疾病、自杀风险的评估、药物的规范使用原则、非药物的干预手段、抑郁症可能复发和复发预防的相关知识等,借此让患者得到最全面的干预。

(五)建立和维持良好的医患关系

建立治疗联盟,形成良好的医患关系不仅在疾病管理中至关重要,也是基本治疗措施之一。医生要充分理解和了解患者,营造一种信任和积极的治疗环境,争取使患者能舒畅地表达他们的疑虑和担心。患者对精神科治疗的接受程度、对治疗方式的喜好等都需要在治疗时加以考虑,医生应与患者协商选择最有利的治疗方案。

神经系统疾病基层诊疗指南编写专家组:

组长:王拥军 龚涛

神经精神专家组成员(按姓氏拼音排序):蔡业峰(广东省中医院);陈海波(北京医院);陈立华(电子科技大学四川省人民医院);崔勇(北京回龙观医院);高平(北京医院);龚涛(北京医院);何燕玲(上海市精神卫生中心);侯世芳(北京医院);胡文立(首都医科大学附属北京朝阳医院);黄旭升(解放军总医院);黄勇华(解放军总医院第七医学中心);鞠奕(首都医科大学附属北京天坛医院);李凌江(中南大学湘雅二医院);陆崢(同济大学附属同济医院);马宁(北京大学第六医院);蒲城城(北京大学第六医院);邱峰(解放军总医院第八医学中心);任艳萍(首都医科大学附属北京安定医院);盛爱珍(北京医院);施慎逊(复旦大学附属华山医院);司天梅(北京大学第六医院);孙新宇(北京大学第六医院);王佳伟(首都医科大学附属北京同仁医院);王拥军(首都医科大学附属北京天坛医院);伍文清(首都医科大学附属北京地坛医院);吴文源(同济大学附属同济医院);薛崢(华中科技大学附属同济医院);闫俊(北京大学



第六医院);杨欢(中南大学湘雅医院);赵性泉(首都医科大学附属北京天坛医院);于逢春(福建省漳州市正兴医院);庄建华(海军军医大学第二附属医院)

全科专家组成员(按姓氏拼音排序):段英伟(北京市西城区什刹海社区卫生服务中心);姜岳(清华大学第一附属医院);刘秀梅(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);马岩(北京市潘家园第二社区卫生服务中心);沙悦(北京协和医院);王尚才(北京市昌平区沙河医院);魏学娟(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);吴浩(北京市丰台区方庄社区卫生服务中心);易春涛(上海市徐汇区枫林街道社区卫生服务中心);张娜(北京市东城区东花市社区卫生服务中心);张跃红(北京市西城区展览路社区卫生服务中心)

本指南执笔专家:陈超 蒲城城 马宁 **审校专家:**孙新宇 李凌江

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys[J]. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2003, 12(1):3-21. DOI: 10.1002/mpr.138.
- Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-2005: an epidemiological survey[J]. *Lancet*, 2009, 373(9680): 2041-2053. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60660-7.
- Gu L, Xie J, Long J, et al. Epidemiology of major depressive disorder in mainland china: a systematic review[J]. *PLoS One*, 2013, 8(6): e65356. DOI: 10.1371/journal.pone.0065356.
- Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6(3): 211-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.
- Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013[J]. *Lancet*, 2015, 386(9995): 743-800. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4.
- IsHak WW, Collison K, Danovitch I, et al. Screening for depression in hospitalized medical patients[J]. *J Hosp Med*, 2017, 12(2):118-125. DOI: 10.12788/jhm.2693.
- 杨靖, 马闯胜, 邱国松, 等. 高血压患者共病负性情绪联合抗抑郁剂治疗对照研究[J]. *中国健康心理学杂志*, 2013, 21(3): 344-345.
Yang J, Ma CS, Qiu GS, et al. Control study on negative emotion in patients with hypertension joint of antidepressive drugs[J]. *China Journal of Health Psychology*, 2013, 21(3): 344-345.
- 余慧慧. 老年高血压与糖尿病患者的心理问题与团体心理干预研究[D]. 济南: 山东大学, 2015.
- Yu HH. The study of psychological problems of elder patients with diabetes and hypertensive and group psychological intervention[D]. Jinan: Shandong University, 2015.
- Sullivan PF, Neale MC, Kendler KS. Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis[J]. *Am J Psychiatry*, 2000, 157(10):1552-1562. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.10.1552.
- Kendler KS, Gatz M, Gardner CO, et al. Age at onset and familial risk for major depression in a Swedish national twin sample[J]. *Psychol Med*, 2005, 35(11): 1573-1579. DOI: 10.1017/S0033291705005714.
- 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 430-433.
Lu L. Shen Yucun's psychiatry[M]. 6th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2018: 430-433.
- 中华医学会精神医学分会老年精神医学组. 老年期抑郁障碍诊疗专家共识[J]. *中华精神科杂志*, 2017, 50(5): 329-334. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.05.003.
Geriatric Psychiatry Group of Chinese Society of Psychiatry. Expert consensus on diagnosis and treatment of depressive disorders in the elderly[J]. *Chin J Psychiatry*, 2017, 50(5): 329-334. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.05.003.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure[J]. *J Gen Intern Med*, 2001, 16(9): 606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Zung WW. A self-rating depression scale[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12:63-70. DOI: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008.
- 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南[M]. 2版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 45-98.
Li LJ, Ma X. Guidelines for the prevention and treatment of depression in China[M]. 2nd ed. Beijing: Chinese Medicine Multimedia Press, 2015: 45-98.
- Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, et al. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2010, 122(3):184-191. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x.
- Burcusa SL, Iacono WG. Risk for recurrence in depression [J]. *Clin Psychol Rev*, 2007, 27(8): 959-985. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.02.005.
- Taylor D, Paton C, Kapur S. Maudsley 精神科处方指南[M]. 12版. 司天梅, 译. 北京: 人民卫生出版社, 2015.
Taylor D, Paton C, Kapur S. The Maudsley prescribing Guidelines in psychiatry[M]. 12th ed. Si TM, translation. Beijing: People's Medical Publishing House, 2015.
- Hackett ML, Yapa C, Parag V, et al. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies[J]. *Stroke*, 2005, 36(6): 1330-1340. DOI: 10.1161/01.STR.0000165928.19135.35.
- Wang YH, Shi ZT, Luo QY. Association of depressive symptoms and suicidal ideation among university students in China: A systematic review and meta-analysis [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2017, 96(13): e6476. DOI: 10.1097/MD.00000000000006476.
- Indu PS, Anilkumar TV, Pisharody R, et al. Prevalence of depression and past suicide attempt in primary care[J]. *Asian J Psychiatr*, 2017, 27: 48-52. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.02.008.



附录 1: 患者健康问卷抑郁自评量表(Patient Health Questionair-9, PHQ-9)

采用 0~3 分的 4 级评分。总分 27 分。①完全不会=0 分;②好几天=1 分;③一半以上的天数=2 分;④几乎每天=3 分。

在过去 2 周内, 您被以下问题所困扰的频率为?(用“√表示答案”)	①完全不会	②好几天	③一半以上的天数	④几乎每天
1. 做事时提不起劲或没有兴趣				
2. 感到心情低落、沮丧或绝望				
3. 入睡困难、睡不安或睡眠或多				
4. 感觉疲倦或没有活力				
5. 食欲不振或吃太多				
6. 觉得自己很糟—或觉得自己很失败, 或让自己或家人失望				
7. 对事物专注有困难, 例如阅读报纸或看电视时				
8. 动作或说话速度缓慢到别人已经觉察? 或正好相反—烦躁或坐立不安, 动来动去的情况更胜于平常				
9. 有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头				

注: 结果判断: 0~4 分: 没有抑郁。5~9 分: 轻度抑郁; 定期复查 PHQ-9, 随访观察。10~14 分: 中度抑郁; 制定治疗计划, 考虑心理咨询、心理治疗, 随访观察, 必要时药物治疗。15~19 分: 中重度抑郁; 积极药物治疗和/或心理治疗。20~27 分: 重度抑郁; 立即开始药物治疗, 及时转诊至精神卫生医疗机构, 并联合心理治疗和/或综合治疗

附录 2: 抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)

根据你最近一个星期的实际情况在适当的方格里进行选择。

问题	没有或很少时间	小部分时间	相当多时间	绝大部分或全部时间
1. 我觉得闷闷不乐, 情绪低沉	1	2	3	4
2. 我觉得一天之中早晨最好	4	3	2	1
3. 我一阵阵地哭出来或是想哭	1	2	3	4
4. 我晚上睡眠不好	1	2	3	4
5. 我吃得和平时一样多	4	3	2	1
6. 我与异性接触时和以往一样感到愉快	4	3	2	1
7. 我发觉我的体重在下降	1	2	3	4
8. 我有便秘的苦恼	1	2	3	4
9. 我心跳比平时快	1	2	3	4
10. 我无缘无故感到疲乏	1	2	3	4
11. 我的头脑和平时一样清楚	4	3	2	1
12. 我觉得经常做的事情并没有困难	4	3	2	1
13. 我觉得不安而平静不下来	1	2	3	4
14. 我对将来抱有希望	4	3	2	1
15. 我比平常容易激动	1	2	3	4
16. 我觉得做出决定是容易的	4	3	2	1
17. 我觉得自己是个有用的人, 有人需要我	4	3	2	1
18. 我的生活过得很有意思	4	3	2	1
19. 我认为如果我死了别人会生活得更好些	1	2	3	4
20. 平常感兴趣的事我仍然照样感兴趣	4	3	2	1

注: 20 道题的得分相加为粗分。抑郁严重度指数=粗分/80(最高总分)。指数范围为 0.25~1.00, 指数越高, 抑郁严重程度越重。评分指数 <0.50 者为无抑郁; 0.50~0.59 为轻微至轻度抑郁; 0.60~0.69 为中至重度抑郁; >0.70 为重度抑郁