

抑郁症的 调适与综合疗法

主 编 吴 敏
副主编 王世强
许 良

抑郁症识别率低，上海有关的调查显示仅21%左右，能得到正规系统治疗者不到10%。

抑郁症患者在确诊前其心理特点多有时间感或感知的异常表现；抑郁症发生的前兆征象最典型的是睡眠障碍，其中以早醒为主。

总结起来一句话就是“睡不好，吃不好，做不动”。

更年期抑郁障碍、孕产期抑郁障碍、青少年抑郁障碍、老年抑郁障碍、神经系统疾病伴发抑郁障碍、躯体疾病伴发抑郁障碍、药源性抑郁障碍、冬季抑郁障碍

加味逍遥散、宁神解忧汤、清心解郁汤、消郁神安汤

三A疗法、交际疗法

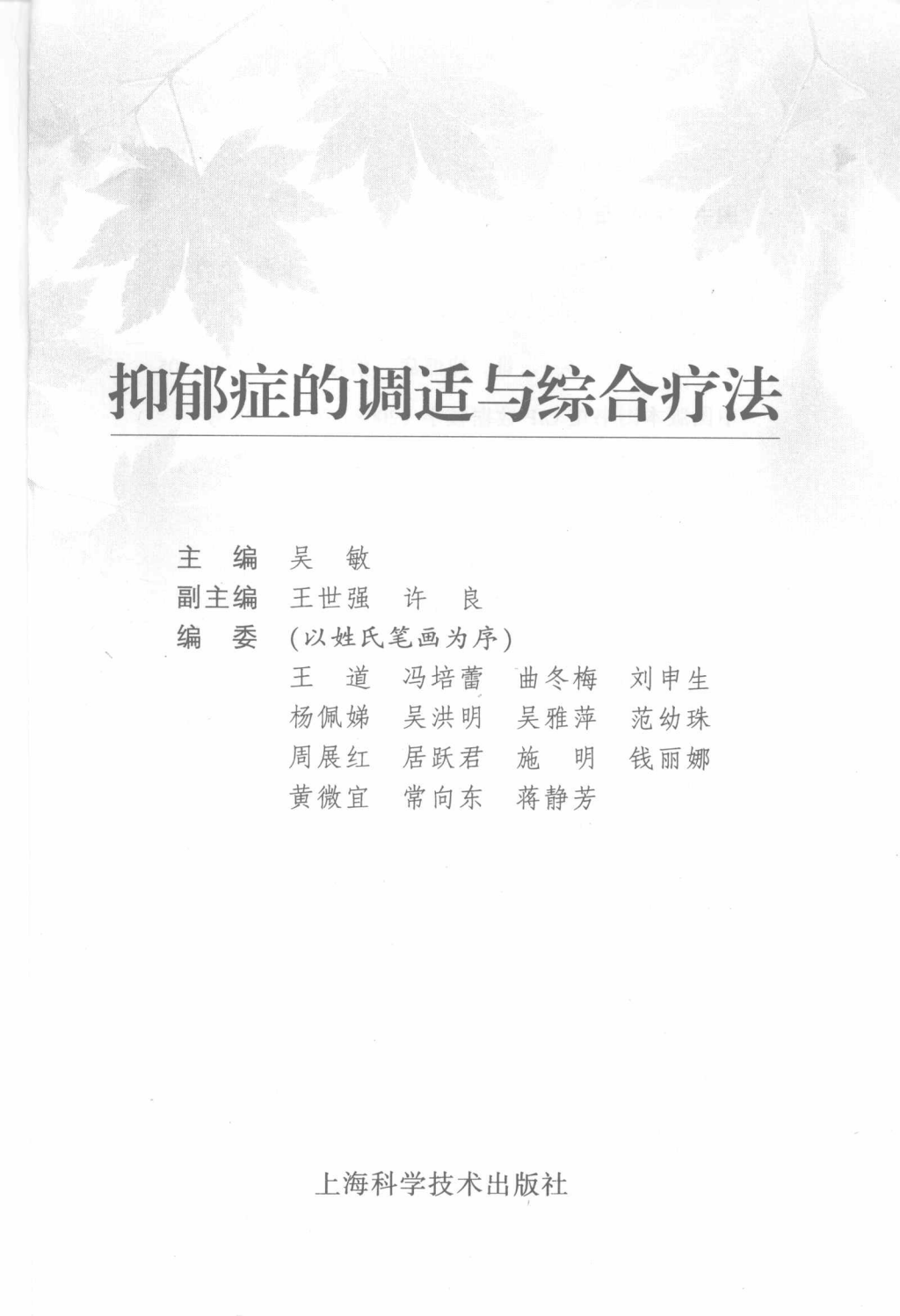
抑郁症临床案例

抑郁症常用量表



上海科学技术出版社

YIYUZHENG DE
TIAOSHI YU ZONGHE LIAOFA



抑郁症的调适与综合疗法

主 编 吴 敏

副主编 王世强 许 良

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 道	冯培蕾	曲冬梅	刘申生
杨佩娣	吴洪明	吴雅萍	范幼珠
周展红	居跃君	施 明	钱丽娜
黄微宜	常向东	蒋静芳	

上海科学技术出版社

图书在版编目 (C I P) 数据

抑郁症的调适与综合疗法 / 吴敏主编. —上海: 上海科学技术出版社, 2009.1

ISBN 978 - 7 - 5323 - 9263 - 6/R. 2479

I . 抑... II . 吴... III . 抑郁症 - 治疗 IV . R749.405

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2008) 第 152990 号

上海世纪出版股份有限公司 出版、发行
上海科学技术出版社

(上海钦州南路 71 号 邮政编码 200235)

新华书店上海发行所经销

常熟市兴达印刷有限公司印刷

开本 850 × 1168 1/32 印张 5.625

字数: 120 千字

2009 年 1 月第 1 版 2009 年 1 月第 1 次印刷

定价: 19.00 元

本书如有缺页、错装或坏损等严重质量问题,
请向工厂联系调换

内 容 提 要

抑郁症的治疗在临床上是一个疑难问题,主要在于其受影响因素多、依从性差、疗程长、复发率高。本书综合介绍了抑郁症在临床上的诸多治疗方法,包括中西医药物、心理干预、老中医经验和患者可以自我掌握、操作的某些简易方法。另对抑郁症的发病因素、发病机制和抑郁症与躯体疾病的相互关系,书中也作了相应的阐述,可以让读者了解相关的一些基本理论知识,从而为抑郁症的治疗和自我调适加深理解,利于临床治疗手段的实施。

本书适合于临床各科医生或抑郁症患者参考和阅览。



前言

FOREWORD

随着现代生活节奏的加快、社会竞争的愈加激烈,以及所感受到的生存压力增加,人们相应地所承受的心理压力和心理困扰增加了。

有统计,抑郁症的发病率高达 6%~8%,特别是在综合性医院门诊中,抑郁症占就诊患者人数约 10%,住院患者中则更多,有 25%~30%伴发抑郁症状;在不同性别,统计有近 1/3 的女性曾出现有抑郁症状。抑郁症的最差预后是自杀,而我国一年平均约有 25 万人自杀,其中不少是抑郁症患者。更让人不安的是,平均每一个抑郁症自杀者,就会直接或间接地影响到其生活周围的 6 个人。抑郁症的预防和诊治是全社会面临的一个重要研究课题。

抑郁症患者往往是伴随躯体其他疾病,或躯体疾病中常常隐含着抑郁症的因素,再加上人们的就医心理和习惯,以致大量的抑郁症或有抑郁状态的患者在综合性医院就诊,但综合性医院医务工作者由于精神、心理医学专业技术不足,抑郁症识别率低,上海有关的调查显示仅 21% 左右,能得到正规、系统治疗不到 10%。因此,普及抑郁症的知识,提高综合性医院医务人员识别抑郁症的能力,正确合理使用抗抑郁药是当务之急;同时,对于一些患者或普通人群,了解并掌握相关抑郁症的基础知识,将更加有助于疾患的预防、诊疗和康复。

虽名为综合疗法,然一本小书不能完述抑郁症防治之巨细,编者只是期望从大概中让读者举一反三,小有收获!

编 者

2008 年 8 月



目录

CONTENTS

认识抑郁症

- 一、抑郁症的发病因素 / 2
- 二、抑郁症的发病机制 / 4
- 三、抑郁症的诊断与鉴别诊断 / 8
 - (一) 相关诊断标准 / 8
 - (二) 诊断的辅助措施 / 15
 - (三) 与其他精神疾病的鉴别 / 17
- 四、临床上一些特殊类型的抑郁障碍 / 19
 - (一) 更年期抑郁障碍 / 19
 - (二) 产后抑郁障碍 / 19
 - (三) 青少年抑郁障碍 / 20
 - (四) 老年抑郁障碍 / 21
 - (五) 躯体疾病伴发抑郁障碍 / 23
 - (六) 药源性抑郁障碍 / 30
 - (七) 冬季抑郁障碍 / 31
- 五、抑郁症的健康教育及预后 / 32
 - (一) 抑郁症自杀的预防 / 32
 - (二) 抑郁症的健康教育 / 34



治疗抑郁症

一、心理治疗 / 38

(一) 认知治疗 / 38

(二) 支持性心理治疗 / 44

(三) 特殊年龄抑郁障碍的心理治疗 / 45

二、药物治疗 / 46

(一) 常用抗抑郁药物的种类与选用 / 46

阿米替林 / 46

丙咪嗪 / 46

氯米帕明(氯丙咪嗪) / 47

多塞平(多虑平) / 48

马普替林(路滴美) / 48

吗氯贝胺 / 49

帕罗西汀(赛乐特) / 50

氟西汀(百忧解、优克) / 50

氟伏沙明(兰释) / 51

舍曲林(左洛复) / 52

西酞普兰(喜普妙) / 53

艾司西酞普兰(来士普) / 53

阿莫沙平 / 54

瑞波西汀 / 54

度洛西汀(奥思平) / 55

文拉法辛(怡诺思) / 55

米氮平(瑞美隆) / 56

米安色林(脱尔烦) / 56

曲唑酮(美舒玉) / 57

达体朗 / 58

氟哌噻吨美利曲辛(黛力新) / 58

(二) 药物使用注意点 / 58

(三) 与抗抑郁药严禁合并使用的药物 / 80

(四) 抗抑郁药对 CYP450 同工酶的抑制强度 / 81

三、中医治疗 / 81

(一) 中医学对抑郁症的认识 / 81

(二) 中医辨证分型 / 87

(三) 中医脏腑论治 / 89

(四) 抑郁症的中西医结合辨证分型 / 90

(五) 抑郁症常用方剂 / 91

(六) 抗抑郁中药的现代研究 / 93

(七) 老中医辨治抑郁症经验 / 95

(八) 中医其他疗法 / 108

四、其他治疗方法 / 111

(一) 音乐疗法 / 111

(二) 无抽搐电休克治疗 / 112

(三) 康复治疗 / 114

(四) 高压氧治疗 / 116

(五) 光疗与模拟脑波同步治疗 / 117

(六) 自我疗法 / 118

(七) 交际疗法 / 119



4 抑郁症的调适与综合疗法

抑郁症临床案例

抑郁症临床案例 / 122

附录：抑郁症诊断常用量表

- 一、汉密尔顿抑郁量表(HDMA) / 146
- 二、抑郁自评量表(SDS) / 151
- 三、抑郁状态问卷(DSI) / 152
- 四、Carroll 抑郁自评量表(CRS) / 153
- 五、流调中心用抑郁量表(CES-D) / 156
- 六、抑郁形容词检查表(DACL) / 157
- 七、抑郁体验问卷(DEQ) / 158
- 八、医院焦虑抑郁量表(HAD) / 161
- 九、老年抑郁量表(GDS) / 164
- 十、自杀态度调查问卷(QSA) / 166

主要参考文献 / 168

· 抑 · 郁 · 症 · 的 · 调 · 适 · 与 · 综 · 合 · 疗 · 法 ·

素因常发内宜暗喻

常发是严

认识抑郁症



一、抑郁症的发病因素

1. 气质异常

气质是指人典型的、稳定的心理特点,具体包括思维的合成速度、情绪变化、意志强弱、注意力集中的程度,以及内向性与外向性不同的特征,这些因素的不同构成了各种气质。传统的气质学说分为多血质、胆汁质、黏液质、抑郁质 4 种不同气质,中医学有阴阳 25 型气质的分类。

抑郁症患者在确诊前其心理特点多有时间或长或短的异常表现,如突然内向、多愁善感、易生闷气、社交缺乏,有的抑郁症患者其气质特点还有遗传背景。在临床上,有上述心理异常者,多为抑郁症的易感人群。

归纳抑郁症患者的气质特点,主要有:感受性高,耐受性低,反应速度慢,刻板而不灵活,情绪体验深刻,内倾性格明显,行为可塑性小,动作较迟缓,多愁善感,能觉察他人不易觉察的事物,较富于幻想,胆小孤僻,不合群。

2. 非常事件

人的一生会遇到许多不同的非常事件,其性质多为突发性、创伤性或严重性,而非常事件对人身心理健康损害而导致抑郁症日益受到人们的关注。许多研究证明,某些非常事件与抑郁症的发生、发展以及转归有密切关系,如事业挫折、婚恋失败、经济来源缺乏、家庭变故、社会关系不和、纠纷诉讼,甚至自然灾害等,特别是严重的生活事件、应激事件在发生后的 6 个月内,抑郁症的发病率约为一般人群的 6 倍,而长期的不良生活事件如家庭不和、失恋、失学、失业等持续 2 年以上可以诱发抑郁症。

青少年学习期间学习成绩不好、受人歧视,长期在农村生活

者到城市后受人冷遇,原有生活习惯、生活作息突然或明显变化,均可成为诱发抑郁症发生的因素。

社会心理因素与抑郁症的发病、复发与预后的关系,可以是直接作用,亦可伴内分泌调节异常、中枢神经系统调节异常,有时免疫调节更受影响。因此,研究社会心理因素对预防抑郁症有重要意义。

3. 遗传基因

抑郁症的遗传史是十分明确的,特别是原发性抑郁症具有明显的家族遗传史倾向,血缘关系越近,发病概率越高。通过对单卵双胞胎的研究显示:若一方有抑郁症病史,另一方的患病率是 50%;父母双方一方有抑郁症史,子女患病率是 25%;父母双方有抑郁症史,遗传率高达 50%~75%。

经对 650 例抑郁症家族史的调查,发现有 88 个基因与抑郁症的发病有关,将 *Tnek-1* 基因从实验小鼠染色体中去除发现有抗抑郁作用;脑内 *TPH-2* 蛋白酶与控制情绪的血清素有关,蛋白酶分为 2 种不同类型,*Disc-1* 基因突变可以发生抑郁症,有时还会发生精神分裂症,但在什么环境下、如何促使 *Disc-1* 基因突变还需进一步研究,初步研究认为 *Disc-1* 基因可能与精神、神经系统疾病有关。

2004 年 4 月,欧盟出资 730 万欧元,作为新情绪科研项目的研究资助,通过 5 年在 10 个国家 13 个实验室、用特殊生物芯片找出了影响情绪有关的基因,具体说就是初步弄清了哪些是引起快乐的基因,哪些是引起抑郁的基因。

国内在精神神经疾病的基因研究方面近年来有长足发展。一些国内有实力的基因研究机构,对抑郁症、躁狂抑郁症、精神分裂症的研究目前在不断深入之中,相关基因不少,将为抑郁症基因诊断打下良好基础。



4 抑郁症的调适与综合疗法

4. 生化及药物因素

有关抑郁症发病的生物化学方面的研究有多种假说,最常见的是5-羟色胺假说、儿茶酚胺假说、乙酰胆碱与去甲肾上腺素平衡假说。5-羟色胺作为神经递质信号的第一信使,直接或间接调节人的情绪或心境。5-羟色胺在脑内神经突触间浓度过度下降可引起抑郁,其浓度下降与合成回收变化、转运、储存的改变,以及释放障碍、受体数量和敏感度改变等有关。5-羟色胺与其他生物胺,如与NE之间的平衡失调也可导致抑郁。

脑内各种其他生物胺因合成、回收、转运、储存的改变,以及释放障碍、受体数量和敏感度改变以及生物胺失衡都可引起抑郁症状。当然,生物胺的改变可能是个体素质的关系,也可能是非素质的关系,也可能非素质的因素和社会心理因素共同参与下导致的改变。

由某种药物的作用引起的抑郁发作,最典型的例子是抗高血压药利血平引起的抑郁,主要是由于利血平能耗竭5-羟色胺而导致抑郁发作,甲基多巴也能出现类似情况。有统计,使用此类药物时,约有10%的可能会出现抑郁症。因药物引致的抑郁称为药源性抑郁症。

抑郁症在病因学研究方面还有一些新进展,如第二信使平衡假说、神经内分泌失调、脑诱发电位改变、神经影像学改变和海马功能障碍等,这些方面均与抑郁症的发病相关,但都还有待深入研究。

二、抑郁症的发病机制

1. 抑郁症的前兆征象

抑郁症发生的前兆征象最典型的是睡眠障碍,其中以早醒

为主。

如果每晚到下半夜醒后就难以入睡,则易一个人胡思乱想,如思虑于生活艰辛、工作学习压力重、经济收入不佳等负面事件,将会直接导致白天上班时无精打采,心烦意乱,注意力不集中,办事效率降低,总结起来一句话就是“睡不好,吃不香,做不动”。长期或反复如此,则每日精神不振,兴趣减退,悲观消极,信心缺乏,激情丧失,在情绪上表现出易激动、爱发无名火,生活中觉得饮食乏味、不想购物、不爱游玩等,这些都是抑郁症发生的前兆征象,应该要引起重视。

据临床观察,48%抑郁症确诊之前有失眠、早醒症状,50%的患者有头痛、头昏症状。最为典型的是早晨起来头沉发胀,或头重脚轻,头痛为胀痛,无固定,大多为紧张性头痛;其次为全身不适,胸闷气短,无食欲,饭后腹胀满,恶心欲吐,腹中有股气上冲,有时眼花耳鸣、心烦意乱等。

实验室检查多无阳性体征发现,但睡眠脑电图却有改变,有时可作为抑郁症生物学指标之一,具有临床辅助诊断的意义。临床上睡眠脑电图的改变主要有:总睡眠时间的减少、睡眠效率降低、睡眠潜伏期延长、觉醒次数增多、眼快动睡眠(REM)潜伏期缩短、REM密度增加,以及非眼快动睡眠(NREM)中第一期(S1)增加和第三、第四期(S3、S4)减少。

在临床工作中,当出现因不能解释的临床症状,体格检查、实验室检查又都正常,不支持躯体疾病的存在,应从心理疾病的角度考虑。很多的临床经验告诉我们,抑郁症早期症状,特别是一些先兆征象常常被忽视,造成抑郁症早期确诊率低。

2. 抑郁症发生的几种假说

(1) 5-羟色胺假说:部分三环类抗抑郁药阻断5-羟色胺再摄取(如氯米帕明),选择性5-羟色胺再摄取抑制剂和选择性5-羟色胺/去甲肾上腺素再摄取抑制剂亦阻断5-羟色胺再摄



6 抑郁症的调适与综合疗法

取,两者均有肯定的抗抑郁作用。抑郁症时 5-羟色胺系统功能不足,脑积液中的 5-羟基吲哚乙酸含量降低,且自杀者中脑积液中的 5-羟基吲哚乙酸比无自杀者低,尤其是选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂出现以来,抑郁症与 5-羟色胺缺乏的相关性似乎更加肯定。

5-羟色胺缺乏与抑郁心境、食欲减退、失眠、昼夜节律紊乱、性功能障碍、不能应付应激、活动减少等症状有关。

(2) 去甲肾上腺素假说:三环类抗抑郁药中的氯米帕明、阿米替林与四环类马普替林对去甲肾上腺素再摄取抑制作用较强,具有抗抑郁作用;选择性 5-羟色胺/去甲肾上腺素再摄取抑制剂(文拉法辛)和去甲肾上腺素和特异性 5-羟色胺抑制剂(米氮平)有较迅速的抗抑郁作用,也都有阻断去甲肾上腺素再摄取作用;双相抑郁症患者尿中去甲肾上腺素代谢产物甲氧基羟苯乙二酸较对照组明显降低,转为躁狂时甲氧基羟苯乙二酸升高;选择性去甲肾上腺素再摄取抑制剂(瑞波西汀)阻断去甲肾上腺素再摄取作用很强,亦有抗抑郁作用。这些都说明,去甲肾上腺素与抑郁症有密切关系。

同样,抑郁症与去甲肾上腺素的关系不是唯一的,实际上,中枢神经系统内,去甲肾上腺素与 5-羟色胺系统是密切相关的,去甲肾上腺素与 5-羟色胺系统的相互作用以及两种受体的感受性变化也都与抑郁症有关。

双相抑郁症患者抑郁时,有去甲肾上腺素降低,躁狂时有去甲肾上腺素升高,表明去甲肾上腺素的变化是其状态的标志。

中枢去甲肾上腺素受体有 α 、 β 两种类型, α 类又分为 α_1 、 α_2 , β 类又分为 β_1 、 β_2 、 β_3 。其主要功能有情绪调节、认知、唤醒等,中枢去甲肾上腺素系统的功能还涉及体温调节、食欲和心血管功能。

(3) 多巴胺假说：以往研究认为，多巴胺有 3 条主要通路：中脑-边缘系统通路与精神活动有关，黑质-纹状体系统通路与锥体外系运动功能有关，下丘脑-垂体-多巴胺通路与泌乳有关。后来进一步研究发现，皮质下边缘系统的多巴胺功能亢进与精神分裂症的幻觉、妄想有关，而额叶皮质的多巴胺功能低下与阴性症状有关。近年来研究还发现，多巴胺有 5 种受体，多巴胺也参与了情绪的调节。多巴胺系统是犒赏系统，即多巴胺是快感物质，考试得满分、某项工作获得满意效果，多巴胺就会增加。当然，摄入有些毒品如苯丙胺也会有多巴胺增加。

抑郁症多巴胺假说的支持证据主要有：多巴胺前体左旋多巴可以改善部分单项抑郁症患者的症状，可以使双相障碍的抑郁发作转为躁狂，溴隐停有抗抑郁作用，使部分双相障碍的抑郁症患者转为躁狂；布普品阻断多巴胺再摄取，也具有抗抑郁作用；抑郁症发作时，尿中多巴胺代谢产物高香草酸水平降低。

多巴胺释放可以振奋精神，增强注意力，活动增加，故被称为觉醒胺，氟哌噻吨美利曲辛(黛力新)中四甲蒹丙胺阻断去甲肾上腺素、5-羟色胺再摄取，而三氟噻吨增加多巴胺释放，一起增加了突触间隙的去甲肾上腺素、5-羟色胺和多巴胺的含量。

抑郁症发作时 3 种单胺类神经递质都可能有含量与功能的改变，3 种单胺类神经递质都在不同程度上参与了情绪的调节，但在不同人的身上，这些神经递质的影响可能不同，单一作用于某一神经递质的药物有副作用减少、安全性大的优点，但也有作用范围受限制的问题。单胺类神经递质的变化可能为抑郁症的状态标志，不同的单胺类神经递质缺乏或功能失调与抑郁症的某些不同症状有关，现在已经有了选择性影响各种神经递质、对抑郁症的症状范围有不同影响的抗抑郁药物供临床选用。