

# 综合医院抑郁障碍

主编  张传芝 等

zong he yi yuan

yi yu zhang

ai

南海出版公司

# 综合医院抑郁障碍

主编 张传芝等

南海出版公司

2005·海口

图书在版编目(CIP)数据

综合医院抑郁障碍/张传芝等主编. —海口:南海出版公司,2005.7

ISBN 7-5442-3117-8

I. 综… II. 张… III. 抑郁症—研究  
IV. R749.4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 047659 号

ZONGHEYIYUANYIYUZHANGAI

综合医院抑郁障碍

---

主 编 张传芝等

责任编辑 邓 莉

封面设计 韩志录

出版发行 南海出版公司 电话(0898)65350227

社 址 海口市蓝天路友利园大厦 B 座 3 楼 邮编 570203

电子信箱 nhcbgs@0898.net

经 销 新华书店

印 刷 山东省泰安市第三印刷厂

开 本 850 × 1168 毫米 1/32

印 张 11.5

字 数 290 千字

版 次 2005 年 7 月第 1 版 2005 年 7 月第 1 次印刷

印 数 1 ~ 500 册

书 号 ISBN 7-5442-3117-8/R · 110

定 价 22.00 元

---

南海版图书 版权所有 盗版必究

主 编 张传芝 刘 琳 孙爱芹 常立玲 王文舟  
王新华 刘元云 王德玲

副主编 (按姓氏笔画为序)

于凤侠 马振芬 王 芬 王淑敏 任 秀  
刘振爱 闫 峰 江心铜 李 丽 时忠丽  
张凤芝 邵阿玲 郑学敏 秦 平 黄秀丽  
梁美兰 董 军 韩群英 魏 公 魏新记

编 委 (按姓氏笔画为序)

丁 婷 丁素青 于 青 王 萌 王 超  
王合营 王秀伟 王建军 王秋玲 王彦梅  
仇素平 孔 涛 叶 萌 付 华 朱淮成  
刘 元 刘继萍 刘德营 江春英 阮玫琼  
孙新惠 杨业云 杨冬梅 杨秀香 李亚明  
李绍敏 李荣琴 李艳忠 轩春燕 肖皓明  
宋克侠 张 卉 张 增 张 燕 张 霞  
张永强 张新艳 周成运 周金玲 庞爱梅  
屈 岭 孟秀云 胡 荣 侯青松 聂 明  
钱雪荣 高 诚 高 萍 高善村 高慧芳  
梅红光 盛勇池 梁文惠 韩 鹏 樊呈敏

## 前 言

抑郁障碍是危害全人类身心健康的常见病。据世界卫生组织统计,全球每年有5.8%的男性和9.5%的女性,即约1.21亿人会经历一段时间的抑郁;抑郁障碍在全世界的发病率约为5%~10%。总体来看,抑郁障碍的患者全球共达约3.4亿,是精神分裂症的7~8倍。全球每年用于抑郁障碍医疗上的费用共计约600亿美元。抑郁障碍患者大约有15%的人最终以自杀了结一生。抑郁障碍目前已成为世界第四大疾病,到2020年时可能成为仅次于心脏病的第二大疾病。

尽管抑郁障碍已是一种很普遍的疾病,但是很大一部分抑郁障碍长时间未被医生和患者本人发现,其就诊途径也存在很大的误区。世界卫生组织1993年调查发现,到综合医院就诊的抑郁障碍患者平均识别率为55.6%,我国上海的识别率仅为21%,其中能够得到治疗的仅为1%。而得了抑郁障碍能主动就诊或在家人、朋友、同事帮助下就诊者就更少,并且大量的抑郁障碍患者就诊的医院不是精神病专科医院,而是各种综合医院。究其原因一是中国人传统观念造成的偏见,二是公众对抑郁障碍认识不足,三是许多抑郁障碍患者存在躯体不适症状。

躯体疾病和抑郁障碍之间存在着相互影响的关系,一方引起或加重另一方。许多躯体疾病共患抑郁障碍,但也常常被综合医院临床医生所忽视。

综合医院及基层卫生工作者普遍缺乏识别抑郁障碍的能力及进行处理的相关知识。有鉴于此我们编写了本书。

本书共分上、下篇,上篇主要论述了抑郁障碍的概念及分类分型、流行病学、危害、临床表现、诊断、自杀、杀人、治疗、预防、护理和遗传咨询等;下篇则论述了综合医院抑郁障碍的流行病学、抑郁障碍的认识诊疗现状、抑郁障碍认识的误区、躯体疾病共患抑郁障碍的特点及诊断治疗、药物滥用及营养物质缺乏所致抑郁障碍等。

本书适于综合医院及基层医务工作者、社区医护人员、医学院校学生、公众及抑郁障碍患者的亲朋等阅读。由于编者的水平及时间的限制,书中缺点错误在所难免,恳请读者批评指正。

**编 者**

于济宁市精神病防治院

2005年4月

# 目 录

上篇 抑郁障碍 .....	1
第一章 抑郁障碍的基本概念及分类 .....	1
第一节 概述 .....	1
第二节 抑郁障碍的基本概念 .....	4
第三节 抑郁障碍的分类原则及基本特点 .....	6
第四节 抑郁障碍与正常人的抑郁情绪的区别 .....	14
第二章 抑郁障碍的流行病学资料 .....	17
第一节 抑郁障碍的流行病学调查 .....	17
第二节 抑郁障碍发病率和患病率 .....	24
第三节 抑郁障碍的性别与年龄 .....	28
第四节 不同地区抑郁障碍的发病率和患病率 .....	31
第五节 不同民族抑郁障碍的发病率和患病率 .....	31
第三章 抑郁障碍的疾病负担 .....	32
第一节 抑郁障碍对个人及社会的影响 .....	32
第二节 抑郁障碍的病程及预后 .....	33
第三节 抑郁障碍的后果 .....	39
第四节 抑郁障碍的经济损失 .....	42
第五节 全球疾病负担的研究 .....	47
第六节 中国精神疾病负担的研究 .....	49
第七节 抑郁障碍的治疗成本 .....	51
第四章 抑郁障碍的病因学研究 .....	53
第一节 神经生化 .....	53

第二节	遗传因素 .....	54
第三节	心理因素 .....	56
第四节	社会因素 .....	66
第五章	抑郁障碍的临床表现 .....	82
第一节	抑郁障碍的主要临床特征 .....	82
第二节	抑郁障碍的核心症状 .....	85
第六章	抑郁障碍的诊断 .....	87
第一节	诊断 .....	87
第二节	抑郁障碍的评定量 .....	92
第七章	抑郁障碍的治疗 .....	97
第一节	概述 .....	97
第二节	抑郁障碍的药物治疗 .....	99
第三节	心理治疗 .....	120
第四节	抑郁障碍的电抽搐治疗 .....	159
第五节	其他治疗 .....	164
第六节	促进抑郁障碍病人社会康复的策略 .....	172
第八章	抑郁障碍的护理 .....	183
第一节	一般护理 .....	183
第二节	常见的护理诊断及护理 .....	184
第三节	心理护理 .....	188
第九章	抑郁障碍与自杀 .....	189
第一节	抑郁障碍自杀的临床特征 .....	189
第二节	抑郁障碍自杀的预测 .....	193
第三节	自杀的治疗 .....	194
第十章	抑郁障碍与凶杀 .....	196
第一节	抑郁障碍导致凶杀的流行病学资料 .....	196
第二节	抑郁障碍导致凶杀的原因 .....	197
第三节	抑郁障碍导致凶杀的方式 .....	197



第四节	抑郁障碍导致凶杀的认知模式·····	199
第十一章	抑郁障碍的预防和遗传咨询·····	202
第一节	抑郁障碍发生的预防·····	202
第二节	抑郁障碍复发的预防·····	206
第三节	抑郁障碍的遗传咨询·····	207
下篇	综合医院相关抑郁障碍·····	211
第十二章	综合医院的抑郁障碍·····	211
第一节	临床流行病学资料·····	213
第二节	临床医生对抑郁障碍的识别·····	215
第三节	综合医院诊治抑郁障碍的若干误区·····	219
第四节	抑郁障碍与内科疾病·····	223
第五节	抑郁障碍伴发躯体疾病问题·····	227
第六节	抑郁障碍与躯体疾病之间的关系·····	230
第七节	抑郁障碍的临床鉴别技巧·····	231
第八节	抑郁障碍与焦虑障碍的区分·····	233
第九节	综合医院抑郁障碍病人的健康教育·····	234
第十三章	各科躯体疾病并发抑郁障碍·····	236
第一节	概述·····	236
第二节	抑郁障碍的识别、诊断和治疗·····	240
第三节	神经科的抑郁障碍·····	246
第四节	心血管疾病中的抑郁障碍·····	250
第五节	内分泌科中的抑郁障碍·····	255
第六节	肿瘤科中的抑郁障碍·····	266
第七节	血液科中的抑郁障碍·····	270
第八节	其他特定躯体疾病中的抑郁障碍·····	271
第九节	躯体疾病中抑郁障碍的治疗·····	279
第十四章	妇产科相关抑郁障碍·····	281
第一节	孕期(妊娠期)抑郁障碍·····	281

第二节	产后(分娩/围产期)抑郁障碍 .....	289
第三节	与女性抑郁障碍有关的其他状态 .....	299
第十五章	老年科抑郁障碍 .....	304
第一节	老年期抑郁障碍 .....	304
第二节	几种引起继发性抑郁障碍的常见疾病 .....	322
第十六章	儿童抑郁障碍 .....	332
第一节	概述 .....	332
第二节	流行病学特点 .....	332
第三节	病因 .....	334
第四节	临床表现 .....	335
第五节	诊断与分类 .....	337
第六节	病程与愈后 .....	340
第七节	治疗 .....	340
第十七章	药物滥用及营养物质缺乏所致抑郁障碍 .....	344
第一节	药物滥用所致抑郁障碍 .....	344
第二节	营养物质缺乏所致抑郁障碍 .....	350
参考文献	.....	353

# 上篇 抑郁障碍

## 第一章 抑郁障碍的基本概念及分类

### 第一节 概述

精神病学家 Klerman (1978) 曾称, 人生中总会有一段时间生活在抑郁之中。抑郁心境是一种忧伤、悲哀或沮丧的情绪体验。这种体验不仅自身普遍存在, 而且与许多其他精神障碍、躯体疾病, 特别是社会和外部环境因素有关。贫穷、失业、婚姻与家庭不和睦、年老和伤残等情况均可诱发抑郁。不是只要存在抑郁体验就可视为抑郁障碍, 抑郁心境体验不等于抑郁障碍。抑郁障碍是一组症状群, 是由与潜在的生物异常有关的症状和体征组成的, 只有抑郁心境发展到一定严重程度, 具备这组综合征的基本特征, 持续存在相当长的时间, 且严重损害自身的社会职业功能, 才能考虑抑郁障碍的诊断。

最保守的估计, 世界范围内有数千万人患有抑郁障碍 (Marsella 等, 1985)。在我国, 据 1982 年全国 12 个地区流行病学调查

揭示,情感障碍的总患病率为 0.76‰,时点患病率为 0.37‰;1983~1984 年间进行的流行病学调查研究结果报道,情感障碍的患病率在 0.57‰~1.37‰之间;1993 年我国 7 个地区流行病学调查研究资料报道,情感障碍的时点患病率为 0.52‰,终生患病率为 0.83‰。另有报道,抑郁发作的半年患病率男性为 2%,女性多于 3%;抑郁障碍终身患病危险率逐年增高,且青年和青中年抑郁的半年患病率无论男或女都有增高倾向。在美国,如以 6 个月为期进行的任何一次调查均可发现,有 940 万人患抑郁障碍 (fink, 1988)。也就是说,从年轻人到老年人,每 20 个美国人中至少有一人在其一生中某个时期患某种抑郁障碍。此外,还有许多人所患的抑郁虽未达到有临床意义的程度,却妨碍其生活功能以及引起不可言状的烦恼和痛苦。

患抑郁障碍除了付出严重的感情和社会代价之外,经济上的代价也是巨大的。美国的研究结果表明,直接消费,包括住院病人、门诊病人、药物和其他医疗费用,每年超过 21 亿美元;间接消费,包括总发病率和死亡率所致的生产力损失每年超过 140 亿~160 亿美元 (Stoudemire 等,1986)。据 1996 年 WHO 一项关于“疾病负担”的研究分析,以因病造成“伤残”或功能缺损 (disability) 统计,抑郁障碍导致的“伤残”仅次于慢性肺部疾病而居第二位,占全部疾病总负担的 6.2%。可见,抑郁障碍对患者的社会生活能力和劳动生产率的损害是巨大的。

许多抑郁障碍患者得不到适当的诊断和治疗。很多人是由于伤感、失望和绝望、自杀观念、悲痛、性功能问题、疲乏或莫名的头痛和疼痛等原因直接找精神卫生工作者、开业医生、内科医生等寻求帮助,他们常不被诊断为抑郁障碍。事实上,患重性抑郁的院外病人,能得到恰当治疗的不足三分之一,而且其中的 50% 到 70% 曾反复地向内科医生求医。不能识别抑郁障碍的症状的全科医生,充其量只能给病人某些不适当的药物治疗。即使患者被诊为

抑郁障碍,由于全科医生缺少有关抑郁障碍这个十分复杂领域的专业知识,他们给病人提供的药物治疗往往是不正确的。

所有卫生工作人员,包括心理咨询工作者、医生、护士、职业物理治疗师、精神病学家、心理学家、社会工作者和其他家政服务人員,均会经常处理患不同程度抑郁障碍的病人。当抑郁障碍未被诊断或虽已诊断但处理不当时,病人均可能付出巨大的心理、生理和经济方面的代价。这就要求所有临床各科医生,特别是全科医生、开业医生对抑郁障碍方方面面的知识予以优先了解。

尽管抑郁障碍很普遍,但即便是专业人员,对其定义、尤其是如何治疗等问题常常在认识上不统一。争论的焦点在于抑郁障碍的本质是生物方面的,还是心理方面的。争论的结果常常严重影响对抑郁障碍的治疗。如某抑郁患者求治于某一全科医生,医者认为患者所患抑郁障碍本质上是生物性的,通常所采用的治疗是药物治疗或电痉挛治疗或其他躯体疗法。反之,医者认为患者所患抑郁障碍本质上是心理学方面的,治疗则可能只是某种“谈话”治疗(talking therapy)。

关于抑郁障碍的病因,从根本上说,目前仍不能彻底阐明,但有许多理论。广义地说,有生物源性和心理源性两种不同的病因。这种划分是在病因上对遗传与环境、个性与环境因素相关理论的重申。

生物学因素包括:①遗传,包括个体的直接遗传,也包括个体易患性的遗传;②生理紊乱,主要集中于机体神经化学、内分泌和淋巴系统方面。

心理学因素包括:①家庭因素,主要指人格及其形成,特别是儿童期教养的结果(决定因素包括双亲与孩子间在约束力、相互关心与爱护的表率行为及其他因素间的相互作用);②社会影响,涉及社会和文化因素,如贫困、隔离等等。许多有关抑郁障碍病因的理论认为,在对抑郁障碍进行评估与治疗时,患者家庭环境和生

长发育史与社会化进程等方面具有同等重要性。

应激是抑郁障碍的另一发病因素。此处所提及的应激指的是个体在情绪或生理平衡方面的一种混乱。例如,应激可由于躯体疾病,对某类生活事件(如隔离、损失)的适应不良以及婚姻、发育等重大变故而产生。由此可认为,应激是生物源性、心理源性或两者兼而有之。应激亦可诱发抑郁发作,特别是那些对生物和社会因素易患性强而素质脆弱的个体更易发生抑郁障碍。

虽然抑郁障碍的种种“病因”常被分类为内因性和外因性的,但其真相远来清楚。两者间的差异在现实中极不显著。不能过分强调每例抑郁患者的病因是特异的,许多不同的发病因素往往以不同的程度同时存在,并持续不断地变化、影响和相互作用。因此,对某一患者常常难以确定其发病的症结,即使临床症状似乎相同,但完全可能有不同的起因。

抑郁障碍表现形式的多样性日渐显著。不同的文化背景,抑郁障碍的表现形式各异,并受家庭、社会、邻里、种族等等因素的影响。Keyes(1985)曾从生物、心理、社会、生物行为和心理社会学方面,从微观社会到宏观社会等不同的层次进行过分析,结果认为,社会制度及其分支与抑郁障碍的病因及其表现形式明显相关。

## 第二节 抑郁障碍的基本概念

抑郁障碍的历史相当久远。精神病学家 Klerman(1987)曾说过,人类的祖先肯定患过抑郁障碍,正像高度现代化的今天,狒狒和黑猩猩这样的灵长目动物似乎也会患抑郁障碍一样。

有关抑郁障碍的临床描述,从希波克拉底至今,已持续好几十个世纪。对抑郁障碍的临床解释,有的由于科学发现的结果,有的由于主导的理论模式转变已发生变化。

必须给抑郁障碍下定义的原因在于,抑郁障碍的治疗常取决

于定义。在谈及抑郁障碍的含义时,人们常从以下几方面去理解。

### 一、抑郁障碍的表现形式

抑郁障碍通常指的是情绪的障碍,是一个以心境低落为主要特征的综合征。这种障碍可能从情绪的所谓“正常”或轻度情绪不佳到严重的抑郁。

抑郁障碍还有其他方面的表现。这些表现可以是患者对某类物质,如乙醇或其他药物的一种反应;亦可以是对生活的一种积极应付的方式;还可以是人们对生活中所经历的任何一类或所有困难与挫折的一种合理的、可理解的反应的综合体。

抑郁障碍在不同的人,以不同的方式自我表现,同一个人在其一生的不同时期,对复杂的事情的反应也常常表现不同。可见,抑郁障碍可以是原发的,也可以是继发的。它可以明显的方式显露,亦可能是隐蔽性或称隐匿性的。

### 二、情绪改变:悲伤或抑郁

所有人都会悲伤,有时这种悲伤会持续发展到抑郁的地步。有一种至今仍未完全取得一致的观点认为,如果抑郁只是平息到情感正常的阶段,仅是不再忍受沮丧或感情低落的痛苦,但仍感到躯体有明显的功能性疼痛和功能低下,甚至感到功能丧失,这个阶段仍应称为抑郁障碍。

所有关于抑郁障碍的理论的共同问题是如何区分正常状态与抑郁障碍时的痛苦或悲伤。Wender 和 Klein(1981)强调,正常人的悲伤不同于某些类型抑郁障碍的情感体验。正常人在悲痛中感受到的是一种使人痛苦的丧失感。患抑郁障碍时,患者的情绪是一种“痛苦的麻木状态”,毫无感情色彩。之所以痛苦,是因为患者常感到愉快不起来,麻木是因为患者好像完全失去感觉。

有学者对此持反对意见。Szase 认为,在讲授抑郁障碍时,应首先讨论抑郁障碍的种种症状和各方面的表现,甚至应在黑板上写出“不愉快的人”的字样,然后要求学生在这种不愉快的人和抑

郁障碍患者进行区分。这种将抑郁障碍比作仅是情绪不愉快的观点可能过于简单化。Szase 反对将抑郁障碍视为一种疾病,认为“不愉快”除由于精神疾病以外,也可能由现实因素引起。

但 Wender 和 Klein 认为,这种引起不愉快的现实因素是指不能改变、回避或逃脱的环境,个人的不良处境(如不愉快的婚姻),或无安全感的职业或由于应激事件所致的处境不愉快(如新职业、青少年生长发育阶段)等等。这些应激事件虽会引起痛苦体验,但大部分人应激的方式,不仅在质上,而且在程度上均有别于我们在临床中所称的抑郁障碍。

因此,给抑郁障碍下定义,必须考虑以下几条准则:①渗透到患者各个方面的情绪在质和强度上与正常情绪有差异且不能驱散,患者对安慰和支持无反应;②情绪的改变不是由于任何可证实的刺激所引起,或者情绪反应的强度与刺激不协调;③情绪变化有其自身的规律,自发地持续发展,悲伤与抑郁的差异经常可见。

(刘琳 王淑敏)

### 第三节 抑郁障碍的分类原则及基本特点

#### 一、基本问题

在给抑郁障碍下定义时常遇到几个简明而又相关的困难问题:①当人们有时陷于感情沮丧、低落或悲伤时,这种状况是一种将正常情绪夸大的所谓临床抑郁障碍,还是一种有其自身病因、病程和结局的疾病?②假如是一种疾病,它是一种独特的、界限清晰的疾病,还是一种“废纸篓式”疾病分类中的某种精神障碍?③如果不是一种疾病,是否是一种反应类型,还是主要是由心理刺激和冲突引起的抑郁,或者本质上是生物学功能障碍的结果?

#### 二、是疾病还是反应类型

历史上第一个对精神障碍进行分类的欧洲著名精神病学家



Kraepelin 认为,抑郁障碍是有其病因、病程和结局的一种疾病。其病因基本上是生物学方面的,特别是遗传学和生理学方面的。它首先存在某种生物学(特别是生物化学)的障碍,心理学方面的改变继发于生物学功能障碍之后。因为抑郁障碍是一种疾病,所以建议主要的治疗应该是躯体治疗。

相反的观点认为,临床抑郁障碍不是一种疾病,而是一种持续发展的正常感情。为理解这种概念,可设想划一条水平直线,直线的左边末端为正常,在此区域是所有常人所体验到的暂时性沮丧和情绪低落。沿着这条线往右移动,当到达某一部位时,人的感情会干扰机体的功能,此时称为神经症性抑郁。当进一步向右移动时,抑郁可能长时间持续,机体功能进一步受限,并且可能有妄想、幻觉和自杀企图,这称为精神病性抑郁。上述观点主要是美国精神病学家 Adolph Meyer 的观点,称为抑郁障碍的连续性假说或抑郁障碍麦尔学派观点。这种观点认为,抑郁障碍主要是(虽不是惟一的)一种反应类型,并相信其病因主要是心理学方面的,先有心理问题,然后是一种反应,最后是生理学方面的结果。通常建议使用心理治疗。

### 三、外源性与内源性抑郁

抑郁障碍一直被分为外源性(外因反应性)和内源性(内部自发性)两大类。这些名词自 DSM - III - R 以后的诊断系统中已不再使用,但在临床实践中和某些早期著作中仍常见到。

虽然外源性一词用来描述由环境事件所产生的抑郁障碍,但通常的解释是心理学因素引起的抑郁障碍。内源性抑郁障碍意指由“内部”因素(主要是生物学因素)引起的抑郁障碍。上述提法很明显过于简单化,因为对外部压力的反应所引起的抑郁可以有生理学方面的症状,而所谓内因性抑郁往往可能由外部刺激因素所诱发。同理,认为药物治疗只对内源性抑郁有效的观点看来也是陈旧、过于简单化的。