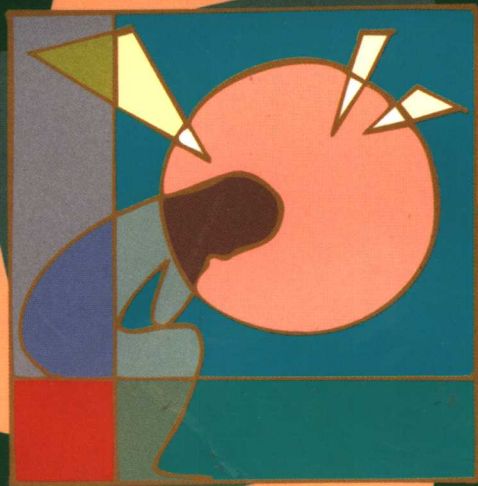


中国精神障碍防治指南丛书

抑郁障碍 防治指南

主编单位 中华医学会

主编 江开达



北京大学医学出版社

中国精神障碍防治指南丛书

抑郁障碍防治指南

主编单位 中华医学会

主 编 江开达

副主编 朱紫青

北京大学医学出版社

YIYU ZHANGAI FANGZHI ZHINAN

图书在版编目 (CIP) 数据

抑郁障碍防治指南/江开达主编. —北京: 北京大学医学出版社, 2007. 6

(中国精神障碍防治指南丛书)

ISBN 978-7-81116-260-8

I. 抑… II. 江… III. 抑郁症—防治—指南 IV. R749.4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 049497 号

抑郁障碍防治指南

主 编: 江开达

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100083) 北京市海淀区学院路 38 号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E-mail: booksale@bjmu.edu.cn

印 刷: 北京东方圣雅印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 李小云 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 850mm×1168mm 1/32 印张: 5 字数: 128 千字

版 次: 2007 年 6 月第 1 版 2007 年 6 月第 1 次印刷 印数: 1-8000 册

书 号: ISBN 978-7-81116-260-8

定 价: 11.50 元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

《中国精神障碍防治指南》编写委员会

名誉主任 沈渔邨

主 任 张明园 舒 良

学术秘书 张鸿燕

委 员 (以姓氏笔画为序)

马 崔 王祖沂 刘协和 严 俊 杨德森

沈其杰 沈渔邨 张 立 张明园 陈远光

陈彦方 周东丰 赵旭东 顾牛范 黄明生

舒 良 蔡焯基

抑郁障碍防治指南

主 编 江开达

副主编 朱紫青

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 弘 王向群 王祖沂 汤宜朗 孙学礼

李 鸣 张明园 季建林 胡 建 梅其一

蔡焯基

前 言

由卫生部疾病预防控制局、中国疾病预防控制中心精神卫生中心和中华医学会精神病学分会牵头，编写《中国精神障碍防治指南》（以下简称《指南》）。现已完成的是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍、老年期痴呆和儿童注意缺陷多动障碍（ADHD）。它们是《中国精神卫生工作规划，（2002~2010年）》（以下简称《规划》）中规定的重点疾病。

精神分裂症及双相障碍（旧称躁狂抑郁症），无疑是目前我国精神科服务的重点，而且在今后一段时间内仍然是我国专科服务的重点病种。抑郁障碍，则包括一组以情绪低落为主要表现的精神疾病或精神障碍，患病率相当高，正在日益引起人们的重视。以上三类精神疾病，均被世界卫生组织列为造成主要劳动力年龄段（15~45岁）的十大主要致病病种。随着人口的老龄化，老年期痴呆将为今后一段时期中，致残率增长最快的精神障碍。ADHD（旧称多动症），则为儿童最常见的精神障碍。

本《指南》参考和借鉴了国内外最新研究成果和指导建议，国际精神药物治疗规程委员会（IPAP）以及美国哈佛医学院的专家也多次提出咨询建议。在格式方面则参照卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》（试行本）。

本《指南》的指导思想之一是：精神分裂症、抑郁障碍、双相障碍和 ADHD 的发生和发展，都是生物-心理-社会因素综合作用的结果，它们的防治必须采取生物-心理-社会的综合措施。合适的精神药物治疗对上述疾病有肯定的效果，但是不能忽视也不能偏废心理社会干预。老年期痴呆虽以生物学因素为主，但在

干预方面，社会心理干预仍占重要地位。

本《指南》的另一指导思想是上述各类精神障碍，都呈慢性或慢性发作性过程，因而需要全病程防治。在病程的不同阶段，采用以人为本的不同措施。在《指南》的编写中，还考虑到我国的国情和现实的社会经济发展水平，特别是与我国情况相应的卫生经济学原则。

《指南》的读者主要是在第一线服务的精神卫生工作者，包括专科医师、通科医师、综合医院心理科医师、临床社工师以及精神卫生管理人员。

本《指南》的起草委员会，包括来自全国各省市的 50 余名精神科临床及精神卫生预防管理的专家。老年期痴呆部分，还邀请神经科和老年科专家，参与编写和审稿。

精神分裂症、抑郁障碍和双相障碍防治指南的试行本，于 2003 年 9 月推出。承全国同道在试行中，提出不少宝贵意见和建议，成为本《指南》修改和定稿的重要参考依据。实践是检验真理的唯一标准，我们竭诚期望大家在本《指南》的实施中，继续批评指正，使《指南》日臻完善。

张明园 舒 良

2006 年 9 月

目 录

1	抑郁障碍的概念	1
2	抑郁障碍的流行病学及防治现状	2
2.1	国际抑郁障碍流行病学	2
2.2	我国(包括台湾及香港)抑郁障碍流行病学	3
2.3	我国抑郁障碍防治现状和任务	4
3	抑郁障碍发生的相关因素	6
3.1	相关因素	6
3.2	抑郁障碍所导致的问题	14
4	抑郁障碍的临床评估及诊断分类	16
4.1	临床评估	16
4.2	抑郁障碍的诊断标准与分类	25
4.3	临床量表的应用	30
5	抑郁障碍的治疗	34
5.1	抑郁障碍的治疗目标	34
5.2	抑郁障碍的药物治疗	34
5.3	抑郁障碍的心理治疗	65
5.4	心理治疗与药物治疗的合用	74
5.5	抑郁障碍的电痉挛治疗	75
6	抑郁症药物治疗流程	80
7	特殊人群的抑郁障碍	81
7.1	儿童青少年抑郁障碍	81
7.2	女性与抑郁障碍	82
7.3	老年期抑郁障碍	85
7.4	躯体疾病与抑郁障碍	88
7.5	精神分裂症后抑郁障碍	93
7.6	精神活性物质滥用、非精神活性物质与抑郁障碍	94

8	抑郁障碍与自杀	97
8.1	自杀的流行病学研究	97
8.2	自杀与自杀企图	98
8.3	自杀的危险因素	98
8.4	抑郁障碍亚型与自杀	100
8.5	自杀的检查与评估	102
8.6	自杀预防	105
9	抑郁障碍的人群防治	109
9.1	政策和各部门的支持	109
9.2	人员培训	111
9.3	精神卫生的健康教育	114
9.4	心理社会干预	116
9.5	心理应激应对模式的指导	120
9.6	疾病与危险因素监测	121
9.7	人群防治计划的设计与评估	121
10	抑郁障碍防治指南的实施	125
10.1	《中国精神卫生工作规划（2002~2010年）》中 与抑郁障碍防治有关的指标	125
10.2	加强卫生部门的主导作用，协调多部门 参与精神疾病防治工作	127
10.3	广泛开展《指南》宣传和培训，提高专业人员防治 重点精神疾病的业务水平和工作能力	128
10.4	开展健康教育，提高重点精神疾病防治知识 知晓率	128
10.5	多渠道筹集资金，共同促进《指南》推广	129
10.6	加强《指南》实施信息收集与评估，增强《指南》的 指导性	129
	附录	130
	汉密顿抑郁量表（HAMD）	130
	Montgomery-Åsberg 抑郁量表（MADS）	135
	Beck 抑郁自评问卷（BDI）	138
	Zung 抑郁自评量表（SDS）	142

汉密顿焦虑量表 (HAMA)	144
Zung 焦虑自评量表 (SAS)	145
参考文献	147



抑郁障碍的概念

抑郁障碍是一种常见的心境障碍，可由各种原因引起，以显著而持久的心境低落为主要临床特征，且心境低落与其处境不相称，临床表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生木僵；部分病例有明显的焦虑和运动性激越；严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状。多数病例有反复发作的倾向，每次发作大多数可以缓解，部分可有残留症状或转为慢性。

抑郁障碍主要包括：抑郁症、恶劣心境、心因性抑郁症、脑或躯体疾病患者伴发抑郁、精神活性物质或非成瘾物质所致精神障碍伴发抑郁、精神病后抑郁等。

抑郁症至少有 10% 的患者可出现躁狂发作，此时应诊断为双相障碍。

抑郁障碍的流行病学及防治现状

2.1 国际抑郁障碍流行病学

抑郁障碍的流行病学研究已有大量报道，由于抑郁症诊断概念及分类上的意见分歧，特别是早期的研究未将单相抑郁症和双相障碍分开，故所报道的患病率和发病率数字相差甚远。

1984 年美国国立卫生研究所 (NIH) 在流行病学责任区 (epidemiologic catchment area, ECA) 进行的调查，发现抑郁症的终生患病率为 4.9%；恶劣心境为 3.3% (Regier, 1988)。至 1994 年的另一项调查，抑郁症的终生患病率为 17.1%，恶劣心境为 6%，其中男性为 12.7%，女性为 21.3% (Kessler, 1998)。

世界卫生组织 (WHO, 1993) 的一项以 15 个城市为中心的 global 合作研究，调查综合医院就诊者中的心理障碍，发现患抑郁症和恶劣心境者达 12.5%。

在 10 个国家和地区 (包括美国、加拿大、黎巴嫩、韩国、中国台湾等) 的对 38 000 个体的社区调查，发现各国抑郁症的终生患病率相差悬殊，中国台湾仅为 1.5%，而黎巴嫩高达 19.0%；年发病率在中国台湾为 0.8%，美国新泽西则为 5.8% (Myra, 1996)。

1998 年，世界精神卫生调查委员会 (World Mental Health Survey Consortium, WMH) 对焦虑障碍、心境障碍、冲动-控制障碍及药物依赖的年患病率、疾病严重程度、功能损害程度和接受治疗情况等进行了调查。2004 年报道了已完成 14 个国家的 15

项调查结果，各国心境障碍的年患病率在 0.8%~9.6%之间，其中美国最高，尼日利亚最低；我国北京、上海分别为 2.5%和 1.7%。调查还发现，各类精神疾病都有严重的功能缺损，而且很大比例的患者未接受治疗，尤其是发展中国家，即便发达国家——美国尚有 33.1%的重度精神疾病患者未得到治疗，在我国至少 50%的患者未得到治疗。

2.2 我国（包括台湾及香港）抑郁障碍 流行病学

20 世纪 80 年代以前我国精神病学界对心境障碍的诊断概念狭窄，诊断率过低。由于 ICD-9 及 DSM-III 的问世，修订了心境障碍的诊断标准，我国精神病学界对心境障碍的诊断概念也有了新的认识。国内调查也显示抑郁障碍的患病率呈现上升趋势。

WHO (1993) 的多中心全球合作研究中，上海调查表明，在综合医院内科门诊的抑郁症患病率为 4.0%，恶劣心境为 0.6%。

台湾、香港等地华人的抑郁症患病率也较低，台湾人群中抑郁症终生患病率为 1.5% (Myra, 1996)，远低于其他亚洲地区 (韩国 2 倍于台湾地区)。在对中国台湾老年抑郁症患者的 23 项横断面的流行病学调查资料的综合分析显示，抑郁症的患病率为 3.86%，农村的抑郁症发病危险率为 5.07%，高于城市的 2.61%，远低于西方国家的患病率 (Chen, 1999)。

2003 年，北京安定医院的马辛等采用世界卫生组织推荐的复合性国际诊断交谈检查核心本 1.0 版 (Composite International Diagnostic Interview 1.0, CIDI 1.0)，以国际疾病分类第 10 版精神与行为障碍分类中抑郁障碍的诊断标准为依据，对北京市 15 岁以上的人群进行抑郁障碍的流行病学研究。结果发现，抑郁障碍患者的终生患病率 6.87%，其中男性终生患病率为 5.01%

(137/2735)，女性终生患病率为 8.46% (137/3191)。抑郁障碍患者的时点患病率为 3.31% (年患病率为 4.12%)，其中男性时点患病率为 2.45% (67/2735)，女性时点患病率为 4.04% (129/3191)。

2.3 我国抑郁障碍防治现状和任务

2.3.1 抑郁障碍的疾病负担

WHO (1993) 的全球疾病负担 (GBD) 的合作研究，分析了 1990 年、并预测了 2020 年各国的疾病负担。发现 1990 年全球疾病负担的前 5 位排序为：下呼吸道感染、围产期疾病、腹泻、AIDS、抑郁症；而在 15~44 岁年龄组的前 10 位疾病中，有 5 项为神经精神疾病 (抑郁症、自杀与自伤、双相障碍、精神分裂症和酒/药物依赖)。全球的神经精神疾病负担中抑郁症、自杀分别为 17.3%、15.9%，高居榜首；抑郁症占伤残调整生命年 (DALY) 减少的 4.2%；抑郁症和自杀占 5.9%。提示抑郁症、自杀/自伤是精神障碍中导致疾病负担损失最大的问题，应予以重视。研究还预测，到 2020 年抑郁症将成为继冠心病后的第二大疾病负担源。预测从 1990~2020 年中国的神经精神疾病负担将从 14.2% 增至 15.5%，加上自杀与自伤，将从 18.1% 升至 20.2%，占全部疾病负担的 1/5。精神障碍与自杀所占疾病负担将名列第 1、2 位 (20.2%)，而恶性肿瘤、心脑血管疾病和呼吸系统疾病分列第 3~5 位。抑郁症、自杀与自伤，以及老年痴呆的疾病负担明显增加，而抑郁症仍是精神疾病负担中的最主要问题 (1990 年为 44%，预测 2020 年将为 47%)。

抑郁障碍具有高发病、高复发、高致残的特点，所带来的后果就是沉重的经济负担，给社会造成巨大的经济损失。美国 (1994) 总的健康费用中 4% 用于治疗抑郁障碍，高达 430 亿美元；其中仅 90 亿美元 (28%) 是直接医疗费用，其余 340 亿美

元则是因患者致病或致残后所造成的各种损失。King 及 Sorensen (1993) 在英国所调查的结果显示, 抑郁障碍所带来的间接损失高达 30 亿英镑, 占总经济损失的 88%; 而直接治疗的花费, 如住院费、综合医院或专科医院就的费用及家庭看护费等, 只是其中极少的一部分。

2.3.2 我们面临的任务

近年来抑郁障碍已成为临床上最常见的一个问题。抑郁障碍如给予及时恰当的治疗, 则能提高临床治愈率, 但目前诊治的情况不容乐观, 对抑郁障碍的总体识别率较低, 尤其是在综合医院。WHO 的多中心合作研究显示, 15 个不同国家或地区的内科医生对抑郁症的识别率平均为 55.6%, 中国上海的识别率为 21%, 远远低于国外水平。大多数抑郁症状并未引起患者、家属及医生的重视, 大多数躯体疾病伴发的抑郁障碍被忽视, 而对抑郁障碍引发的自杀自伤和药物、酒精依赖等问题的治疗/干预率则更低。

抑郁障碍具有高复发的特性, 近期研究显示其复发率高达 80%。因此临床医师要充分认识到, 及时予以识别和处理, 提高对抑郁障碍的识别率, 提供各种有效途径使他们得到及时正确的诊断和治疗, 改善其预后, 降低直接与间接经济损失。对抑郁障碍的治疗要有针对性, 自始至终、全面改善或消除抑郁的核心症状, 恢复患者的社会功能 (工作、学习、生活), 最大限度地减少复发。同时应提高人群对精神健康的意识及对精神疾病的正确认识, 纠正不正确的看法, 消除患者及家属的病耻感, 促使患者主动就医治疗。全社会应争取不断改善抑郁障碍防治, 提高患者的治愈率及改善患者的生活质量, 降低疾病负担。

抑郁障碍发生的相关因素

抑郁障碍的发生与生物、心理和社会因素有关，在有的病例中某方面的因素对于抑郁障碍的发生起到重要的，甚至是决定性的作用，而在另一些病例中多方面的因素对于抑郁障碍的发生共同产生影响。认识抑郁障碍发生的危险因素有助于开展对抑郁症的预防及做到早期识别，同时有助于制定有针对性的治疗措施并判断患者的预后。应注意，抑郁障碍的严重情绪低落症状往往会促发其他精神和躯体障碍，而后者又会反过来加重抑郁症状或使抑郁障碍的治疗及预后复杂化。

3.1 相关因素

3.1.1 遗传因素

抑郁障碍的发生与遗传素质密切相关。家系研究发现亲属患病率远高于一般人群。血缘关系越近发病一致率越高，父母兄弟子女发病一致率为12%~24%，堂兄弟姐妹为2.5%；双生子研究发现双卵双生的发病一致率12%~38%，单卵双生为69%~95%；寄养子研究发现患者的亲生父母患病率为31%，养父母仅为12%，提示遗传因素起重要作用。在抑郁症患者的调查中发现大约有40%~70%的患者有遗传倾向，即大约将近或超过一半以上的患者可有抑郁症家族史。因此抑郁症患者的亲属，特别是一级亲属发生抑郁症的危险性明显高于一般人群。关于其遗传方式，目前多数认为是多基因遗传。

3.1.2 生化因素

3.1.2.1 5-羟色胺 (5-HT) 假说

近 10 年来,心境障碍的 5-HT 假说越来越受到重视。认为 5-HT 直接或间接参与调节人的心境。5-HT 水平降低与抑郁症有关,而 5-HT 水平增高与躁狂症有关。精神药理学研究发现,对氯苯丙氨酸、利血平可耗竭 5-HT,导致抑郁;三环类抗抑郁药 (TCAs)、选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 可阻滞 5-HT 的回收,起抗抑郁作用;5-HT 的前体 5-羟色氨酸能治疗抑郁症;单胺氧化酶抑制剂 (MAOIs),抑制 5-HT 的降解,具有抗抑郁作用。

研究发现自杀者和抑郁症患者脑脊液中 5-HT 代谢产物 5-羟吲哚乙酸 (5-HIAA) 含量降低,还发现 5-HIAA 水平降低与自杀和冲动行为有关;5-HIAA 浓度与抑郁严重程度相关,浓度越低,抑郁程度越重;抑郁症患者和自杀者的尸脑研究也发现 5-HT 或 5-HIAA 的含量降低。

3.1.2.2 去甲肾上腺素 (NE) 假说

研究发现双相抑郁症患者尿中 NE 代谢产物 3-甲氧基-4-羟基苯乙二醇 (MHPG) 较对照组明显降低,转为躁狂症时 MHPG 含量升高;酪氨酸羟化酶 (TH) 是 NE 生物合成的限速酶,而 TH 抑制剂 α -甲基酪氨酸可以控制躁狂症,导致轻度的抑郁,可使经地昔帕明治疗好转的抑郁症患者出现病情恶化;三环类抗抑郁药抑制 NE 的回收,可以治疗抑郁症;利血平可以耗竭突触间隙的 NE,而导致抑郁。

有人认为抑郁症患者脑内 NE 受体的敏感性增高,而抗抑郁药可降低其敏感性,产生治疗效果。

3.1.2.3 多巴胺 (DA) 假说

研究发现某些抑郁症患者脑内 DA 水平降低,躁狂发作时 DA 水平增高。其主要依据:多巴胺前体二羟苯丙氨酸 (L-

DOPA) 可以改善部分单相抑郁症患者的抑郁症状, 可以使双相抑郁转为躁狂; 多巴胺激动剂, 如 (Piribedil) 和溴隐亭等有抗抑郁作用, 可使部分双相患者转为躁狂; 新型抗抑郁药, 如安非他酮 (Bupropion) 主要阻断多巴胺的再摄取。研究发现抑郁发作时, 脑脊液中多巴胺的降解产物高香草酸 (HVA) 水平降低。另有报道, 能阻断多巴胺受体的抗精神病药物, 可治疗躁狂发作, 亦说明心境障碍患者存在 DA 受体的变化。

3.1.2.4 乙酰胆碱 (ACh) 假说

乙酰胆碱能与肾上腺素能神经元之间张力平衡可能与心境障碍有关, 脑内乙酰胆碱能神经元过度活动, 可能导致抑郁; 而肾上腺素能神经元过度活动, 可能导致躁狂。

3.1.2.5 γ -氨基丁酸 (GABA) 假说

临床研究发现抗癫痫药如卡马西平、丙戊酸钠具有抗躁狂和抗抑郁作用, 其药理作用与脑内 GABA 含量的调控有关。有研究发现双相障碍患者血浆和脑脊液中 GABA 水平下降。

3.1.3 神经内分泌功能失调

近年来大量研究资料证实某些内分泌改变与心境障碍有关。

3.1.3.1 下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴 (HPA)

通过监测血浆皮质醇含量及 24h 尿 17-羟皮质类固醇的水平发现, 抑郁症患者血浆皮质醇分泌过多, 且分泌昼夜节律也有改变, 无晚间自发性皮质醇分泌抑制, 提示患者可能有 HPA 功能障碍。其次, 约 40% 的抑郁症患者地塞米松抑制试验 (DST) 为阳性。新近研究发现单相精神病性抑郁症和老年抑郁症患者, DST 阳性率高于非精神病性抑郁及年轻患者。抑郁症患者 DST 异常是比较稳定的, 往往随临床症状缓解而恢复正常。有研究还发现, 重症抑郁症患者脑脊液中促皮质激素释放激素 (CRH) 含量增加, 认为 HPA 异常的基础是 CRH 分泌过多。

3.1.3.2 下丘脑-垂体-甲状腺 (HPT) 轴