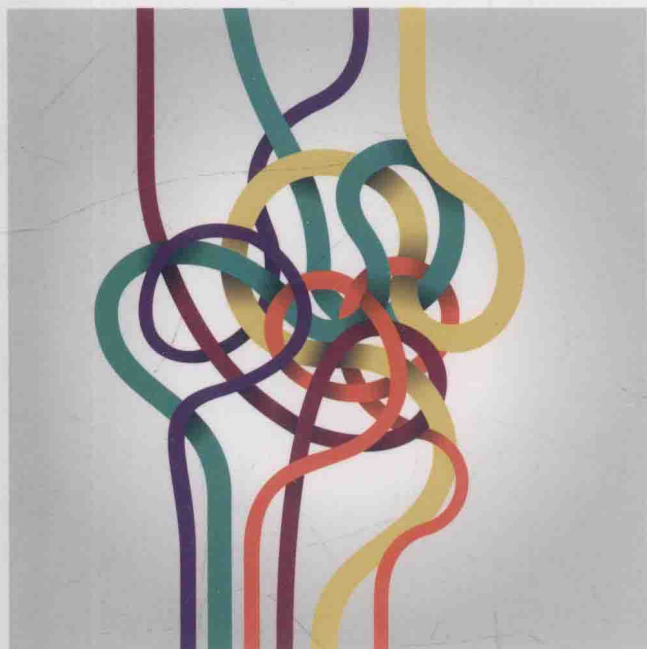


浙江省基层卫生适宜技术成果转化工程重大项目资助

抑郁症和老年期痴呆 防治技术

主 编 于恩彦



人民卫生出版社

抑郁症和老年期痴呆 防治技术

主 编：于恩彦

副 主 编：张永华 章健民 邢葆平 吴万振
章迎春

编 委：（按姓氏笔画排序）

于恩彦	王东波	王志轩	王莲月
田国强	叶敏捷	刘江燕	刘志宏
刘 健	李国荣	邢葆平	许蔚倩
吴万振	吴 皓	陈中鸣	张永华
沈旭明	杨胜良	陆 强	范卫星
郑成应	胡伟明	徐松泉	钱敏才
章迎春	章健民	章浩明	章晓春
梁胜林	谭云飞	蔡忠全	魏丽丽

学术秘书：廖峥雯 仇雅菊 朱俊鹏

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

抑郁症和老年期痴呆防治技术/于恩彦主编. —北京:人民卫生出版社, 2016

ISBN 978-7-117-22270-9

I. ①抑… II. ①于… III. ①抑郁症-防治-技术培训-教材②老年痴呆症-防治-技术培训-教材 IV. ①R749.4②R592

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2016)第 051976 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数据库服务, 医学教育资源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

抑郁症和老年期痴呆防治技术

主 编: 于恩彦

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/32 印张: 7.5

字 数: 188 千字

版 次: 2016 年 5 月第 1 版 2016 年 5 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-22270-9/R · 22271

定 价: 30.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

前言

应该说，我国改革开放三十多年来取得的重大发展中包含着精神卫生事业的长足进步，体现在精神卫生知识的普及、公众对精神卫生问题的重视、常见心理问题的干预、重性精神疾病的防治、科研教学、学术交流及精神卫生产品的研发与生产等方方面面；尤其可喜的是 2013 年 5 月我国《精神卫生法》的出台，更具有划时代的意义，为发展精神卫生事业，规范精神卫生服务，维护精神障碍患者的合法权益提供了法律保障，使开展维护和增进公民心理健康、预防和治疗精神障碍、促进精神障碍患者康复的活动有了法律依据。这些成绩的取得实属不易，难能可贵，但精神疾病防治情况仍面临诸多问题，任务仍然沉重，整体形势不容乐观。

浙江是经济较为发达的地区，自 20 世纪 90 年代以来，全省部分县（市、区）陆续开展了“社会化、综合性、开放式”的社区精神病防治康复工作。近年来，我省实施基本公共卫生服务项目，为纳入社区管理的精神疾病患者提供社区治疗管理指导和随访服务。至 2014 年 3 月底，全省通过各种线索发现疑似精神疾病患者 21.20 万人，确诊精神疾病患者 20.93 万人，其中 19.36 万人确诊为 6 类重性精神疾病（精神分裂症等国家卫计委要求报告的 6 类疾病），17.81 万患者信息已与国家重性精神疾病信息管理系统对接。社区随访患者 17.69 万人，随访率 91.37%，社区治疗患者 12.38 万人，治疗率

83.14%（已去除精神发育迟滞患者），社区稳定或基本稳定患者 15.50 万人，病情稳定率 80.06%。这些工作已经走在了全国的先进行列，但全省各地区的发展还很不平衡，在抑郁症和老年痴呆的防治方面还存在较大的差距。抑郁症具有高患病、高自杀、高致残、高复发、高负担的特点，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；老年痴呆也具有高患病、高致残、高负担的特点，2012 年 4 月 WHO 发布研究报告提示，全球每 4 秒钟增加 1 个新发老年期痴呆病例，2015 年世界阿尔茨海默病报告显示，全球每 3.2 秒钟新增 1 个痴呆病例，可见来势凶猛，然而令人忧虑的是，患者的就诊率低，正确诊断率及治疗率都很低（简称“三低”），这与其高患病、高致残、高负担（简称“三高”）形成了巨大的反差，其结果是导致沉重的心理、社会和经济负担，是必须及早应对的重大社会问题。面对严峻的形势，积极行动起来，政府重视，增加投入，加大宣传力度，增强预防的自觉性，尤其是提高大众对抑郁症和老年痴呆的识别率和预防意识，提高基层医务人员的诊治水平就成为重中之重的工作了。

令人高兴的是，为了提高大众的整体健康水平，解决看病贵、看病难的问题，浙江省科技厅出台了基层卫生适宜技术成果转化重大项目，通过省级医院将适宜技术向基层医疗卫生机构转化的途径，使基层医务人员对这些适宜技术了解并掌握，从而更好地为大众健康服务。其中包括精神卫生的内容——“抑郁症和老年期痴呆防治技术成果转化工程”，资助力度为新中国成立以来之最，这个项目的开展，顺应当前形势，符合浙江省实际，对推进浙江省在抑郁症和老年期痴呆防治工作及精神卫生事业的健康发展意义重大。

作为本项目的负责人，我和我的同道们为能有幸承担这一任务感到非常荣幸，为能在抑郁症和老年期痴呆防治方面做些有益的工作感到非常自豪，同时也深感压力巨大，但我们深知

这既是我们的工作，也是我们的责任和义务，做好这项工作我们责无旁贷，义无反顾。为了保证项目质量，我们邀请了全国著名的精神医学专家马辛院长、于欣教授、肖世富教授和王华丽教授做项目的顾问，并给技术骨干授课，他们的支持让我们深受鼓舞，非常感谢。在工作中，省卫生计生委的马伟杭副主任、科教处沈唐彪处长、朱炜主任，省科技厅的曹新安副厅长、社发处王桂良处长、金宏伟主任及原副厅长丁康生、原社发处处长钱玉红等有关领导不但关心、支持，还给予热心的指导，经常强调这是一项惠民工程，一定要做实做好。我院的黄东胜院长、童向民院长助理及科研部的何晓鹏同志都给予了积极的支持和帮助，王珏、王欣慰、汪宏、陈嫣等研究生在审稿的过程中也做了很多工作，值得一提的是周宁编辑在本书的撰写及出版的过程中给予了很大的帮助，她认真负责、一丝不苟的敬业精神给我们留下了深刻的印象。在此向这些关心、支持和帮助我们的领导、专家、编辑、同事和学生们表示由衷的感谢。

为了把这项工作做实做好，我们编写了这本小册子，在内容上力争有较强的操作性，但因为我们的水平所限，所做的工作还是初级的，并不精细，适宜技术的提炼、考核等方面还有待进一步的研究和细化，其他方面也可能存在不少瑕疵，敬请同道批评指正。

抑郁症和老年期痴呆防治技术

成果转化重大项目负责人

于恩彦

2016年3月于杭州

**浙江省科学技术厅 浙江省卫生与计划生育委员会
基层卫生适宜技术成果转化工程重大项目资助**

“抑郁症和老年期痴呆防治技术成果转化工程”

编号：2013T301-19

牵头单位：浙江省人民医院

推广单位：浙江省立同德医院

杭州市第七人民医院

浙江省精神卫生工作办公室

浙江大学医学院附属邵逸夫医院

浙江医院

示范单位：湖州市第三人民医院

宁波市康宁医院

绍兴市第七人民医院

金华市第二人民医院

丽水市第二人民医院

温州市康宁医院

杭州市富阳区第三人民医院

嘉兴市康慈医院

衢州市第三人民医院

台州市第二人民医院

[illegible]9

第五章 项目实施保障与控制	176
第一节 目的与意义	176
第二节 组织结构与工作流程	177
第三节 质量控制	180
第四节 信息化管理	183
附录一 常用心理测量量表	188
附录二 英汉名词对照表	226

第一章

绪 论



内容提要

本章重点介绍本项目产生的背景、项目实施的意义以及抑郁症和老年期痴呆的防治现状等内容。

第一节 项目背景

为了满足广大群众的医疗卫生需求,提高健康水平,解决看病难、看病贵的社会难题,李克强总理在 2015 年《政府工作报告》中反复强调,要加快健全基本医疗卫生制度,完善分级诊疗体系。浙江省科技厅发布《浙江省科学技术厅关于征集社发领域成果转化工程 2012 年度项目的通知》(浙科发社 2012-40 号),其中重点提到精神疾病的防治技术,“重点推广应用常见与多发精神疾病的诊断与预防治疗技术、康复护理技术、康复综合管理模式以及心理健康干预技术等适宜技术,联合有关特殊单位和部门,建立特殊示范区,并提高基层精神疾病患者的预防、治疗水平,提高基层医疗卫生机构在脑功能、骨关节功能、语言功能恢复等方面的技术水平”。

经过层层遴选与反复论证,浙江省科学技术厅于 2013 年 5

月正式发文《浙江省科学技术厅关于启动基层卫生适宜技术成果转化工程重大项目的通知》(浙科发社 2013-104 号),由浙江省人民医院领衔,浙江医院、浙江大学医学院附属邵逸夫医院、浙江省立同德医院、浙江省精神卫生工作办公室、杭州市第七人民医院等六家单位共同承担“抑郁症和老年期痴呆防治技术成果转化工程”,历时三年。该工程拟转化 7 项技术成果,建立全省抑郁症和老年期痴呆防治技术协作网络,辐射全省 11 个地市,42 家精神专科医院,24 家县级综合医院,60 家社区卫生服务中心等基层医疗单位,培养 1450 余名基层医疗技术骨干。

第二节 项目实施的意义

近年来,随着经济、社会的快速发展,精神疾病的发病率越来越高,2009 年我国各类精神疾病患者人数在 1 亿人以上,重性精神疾病超过 1600 万人;平均每年有 28.7 万人死于自杀,200 万人自杀未遂,相当于每两分钟就有一人自杀身亡。精神疾病导致患者工作、学习和生活能力受损,抑郁症、痴呆、精神分裂症、酒精依赖及其他物质使用障碍构成了全球疾病负担的 13%,超过了心血管疾病和肿瘤;我国精神卫生问题(包括精神疾病和自杀)的负担早在 1998 年就占我国疾病总负担的 19%,远远超过我国心脑血管、呼吸系统及恶性肿瘤等病种所占的疾病负担比例,而且精神疾病还会发生危害社会安全的行为。因此,精神卫生问题是我国当前重要的公共卫生问题,已成为一个影响和谐和稳定的社会问题。

抑郁是一种低落的心境,当其发作时与其处境不相称,并且严重到患者的社会功能受损,给本人造成痛苦或不良后果时,称之为抑郁障碍,其表现可以从闷闷不乐到悲痛欲绝,甚至发生木僵。严重者可出现幻觉、妄想等精神病性症状,某些病例的焦虑与运动性激越很显著。抑郁障碍主要包括:抑郁

症、持续性心境障碍（环性心境障碍、恶劣心境）、脑或躯体疾病伴发抑郁、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，其中以抑郁症最常见。

老年期痴呆是由多种原因导致的以认知功能缺损为核心症状的获得性智能损害综合征。其原因可能是神经退行性变、脑血管病变、感染、外伤、肿瘤、营养代谢障碍等，认知损害可涉及记忆、学习、定向、理解、判断、计算、语言、视空间等功能，通常具有慢性、进行性的特点，并且随着疾病的进展，常伴有精神、行为和人格异常，最终将导致患者的社会功能（日常生活能力、个人生活自理能力、社交能力、职业能力、学习能力）下降甚至丧失。主要包括阿尔茨海默病（Alzheimer's disease, AD）、血管性痴呆（vascular dementia, VaD）、路易体痴呆（dementia with Lewy bodies, DLB）、额颞叶痴呆（fronto-temporal dementia, FTD）等，其中前三种类型的痴呆占有所有老年期痴呆病例的90%以上。

为了规范精神疾病的诊治、康复与管理，由卫计委疾病预防控制局、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，编写了《中国精神障碍防治指南》，包括《中国老年期痴呆防治指南》和《中国抑郁障碍防治指南》。指南强调精神类疾病都是生物-心理-社会因素共同作用的结果，因此它们的防治亦必须采取生物-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。各类精神障碍，都呈慢性发作，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。浙江省于2001年在全省范围内开展15岁以上人群各类精神疾病的时点患病率和分布特点调查，为制定全省精神卫生规划提供科学依据。2004年国家《重性精神疾病治疗管理项目》（686项目）正式启动，主要是引导精神卫生机构的服务延伸至社区，探求精神病患者住院—社区整合服务模式。社区精神卫生的概

念是主张以社区为基本单位,针对社区成员的特性发展出的一套有组织且适宜社区的精神卫生专业服务,其中包括教育、治疗、预防、康复、宣教等措施,以提升患者的生活品质。2000年,浙江省成立了由省卫生厅牵头,民政、公安、残联等有关部门参加的省精神卫生工作领导小组,配备专职工作人员,保证工作经费。目前已建立起由省、市精神卫生办公室牵头,县(市、区)疾病预防控制中心、乡镇(街道)社区卫生服务中心、社区(村、居)卫生服务站于一体的精神卫生服务三级管理网络,落实相关防治工作。至2010年6月底,浙江省有63个县(市、区)开展了社区精神病防治工作,开展了“社会化、综合性、开放式”的社区精神病防治工作;共检出重性精神患者11.26万人,已全部纳入计算机管理,病人监管率达100%,治疗率超过80%,病人肇事肇祸率为0,药物不良反应处理率达100%,形成了重性精神病患者规范化管理模式。近几年,浙江省共投入2000余万元用于社区精神卫生防治工作。对病人建档立卡,实行档案管理信息化,实现分级管治、动态监测,定期开展病人康复评估,建立快速反应机制,对民警、病人家属、社区医生等进行管理和护理培训。建立工疗站,日间托管精神疾病患者,设立心理危机热线等方式进行危机干预等。

虽然采取了以上有效措施,但目前抑郁症和老年期痴呆的危害及防治现状仍不容乐观。

第三节 抑郁症和老年期痴呆的防治现状

一、抑郁症和老年期痴呆的危害

(一) 抑郁症具有高患病、高自杀、高致残、高复发、高负担的特点

1. 高患病 抑郁症的流行病学研究已有大量报道,美国

国立卫生研究所 1994 年的一项调查, 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%。世界精神卫生调查委员会 (world mental health survey consortium, WMH) 2004 年报道了 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%。马辛等对北京市 15 岁以上的人群进行抑郁障碍的流行病学研究发现, 抑郁障碍患者的终生患病率为 6.87%, 其中男性终生患病率为 5.01%, 女性终生患病率为 8.46%; 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%, 女性时点患病率为 4.04%。21 世纪初世界卫生组织/国家卫计委在浙江省实施的精神卫生流行病学调查项目中发现, 浙江省心境障碍时点患病率为 8.6%, 重性抑郁障碍 4.3%。

2. 高自杀 抑郁症患者的自杀、自伤, 甚至杀害亲人的危险性很高, 2/3 抑郁症患者曾有自杀想法与行为, 15% ~ 25% 抑郁症患者最终自杀成功。而对于自杀死亡者中 90% ~ 93% 的患者死前至少符合一种或多种精神障碍的诊断, 其中主要是抑郁症, 占全部自杀患者的 50% ~ 70%。抑郁心境可导致情绪低落, 思维迟缓, 感到做任何事情都困难重重, 对前途悲观绝望, 把自己看得一无是处, 感到自己对不起他人、家属和社会, 只有一死才能得以解脱。司法精神病鉴定经常出现抑郁凶杀案, 多为扩大性自杀, 也叫怜悯性自杀, 被害人多是依靠患者生活的老、幼、病、弱等家属, 患者在决定自杀前担心他(她)死后这些亲人要受苦, 为了怜悯他们而与其一起去死, 其中以女性抑郁症患者杀婴案例较多见; 抑郁症患者还有一种自杀行为叫曲线自杀, 也称间接自杀, 是因为患者多次自杀未遂, 故改为胡乱杀人, 想通过他人之手或司法部门将自己处死, 被害人多为不熟悉的人, 这是抑郁症患者一种较少见的

杀人行为。

3. 高致残 抑郁症可显著影响个体的身心健康、社会交往、职业能力及躯体活动。抑郁症患者与无抑郁症者相比,前者对自身总体健康状况的评价较低,躯体功能受限程度严重。评估抑郁症患者社会功能的2项为期16年的随访研究显示,有25%和11%的患者存在躯体及社会功能的减退。抑郁症相关的心理社会功能损害包括:不能上班、工作能力下降、婚姻不和谐以及亲子关系问题等。

4. 高复发 对抑郁症患者随访10年的研究发现,有75%~80%的患者多次复发,并且重型抑郁症第一次抑郁发作后复发概率为50%,第二次发作后再次发作的概率为75%,第三次达到100%。

5. 高负担 抑郁症造成的经济损失也是惊人的,不仅有直接的而且更多的是间接损失。如美国调查发现(1994)总的健康费用中4%用于治疗抑郁症,高达430亿美元;其中仅90亿美元(20.9%)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,抑郁症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诊费用及家庭看护费等,只是其中极少的一部分。1993年世界卫生组织(WHO)的全球疾病负担(global burden of disease, 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;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%上升至20.2%,占全部疾病负担的1/5。

（二）老年期痴呆具有高患病、高致残、高负担的特点

1. 高患病 Lobo 等 2000 年报道欧洲的一项调查结果显示,老年人群年龄标化的患病率为 6.4%,其中 AD 为 4.4%,VaD 为 1.6%。巴西 2002 年报道的老年期痴呆患病率为 7.1%,古巴调查的患病率在 7.76%~14.96% 之间,较其他地区偏高,提示老年期痴呆患病率可能存在地区差异。在亚洲地区,Suh 2003 年报道韩国 1037 名年龄 65~94 岁老年人的调查,结果显示老年期痴呆患病率为 6.8%,其中 AD 为 4.2%,VaD 为 2.4%,其他类型老年期痴呆为 0.2%。Ankri 等 2003 年综述了 MEDLINE 上的 50 篇文章,发现 85 岁以上老年人的患病率介于 15%~40% 之间。张振馨等(2005)采用统一的诊断标准和调查程序在北京、上海、成都、西安 4 个主要城市对 55 岁及以上老年人进行老年期痴呆患病率调查,结果表明,65 岁以上老年人 AD 患病率男性为 2.9%,女性 6.6%,总患病率为 4.8%。根据这一结果估计,我国现有 AD 患病人数约 310 万。2015 年世界阿尔兹海默病报告提示,全球共有痴呆患者 4680 万人,每 3.2 秒钟增加 1 个新发老年期痴呆病例,每 20 年增加 1 倍,2050 年痴呆患者将达到 1 亿 3 千万。

2. 高致残 老年期痴呆患者由于记忆、判断、思维等能力的衰退而造成日常生活能力明显下降,逐渐需要他人照顾,对他人的依赖性不断增强。最初患者可能表现为不能独立理财、购物;逐渐地,可能无法完成已熟悉的活动,如洗衣、下厨、穿衣等;严重者个人生活完全不能自理。在老年期痴呆的疾病进程中,常常会出现精神症状,如幻觉、妄想、错认、抑郁、类躁狂、激越、无目的漫游、徘徊、躯体和言语性攻击、喊叫、随地大小便及睡眠障碍等。最重要的是,老年期痴呆一经诊断,日常生活能力和社会功能就已受到影响,且逐渐加重不可逆转。根据国内外常用的有关痴呆的诊断标准,如《国际疾病分类》第十版(ICD-10),美国《精神障碍诊断统计手

册》第5版(DSM-5)以及《中国精神障碍分类与诊断标准》第三版(CCMD-3)等,疾病诊断成立必需的严重标准中明确规定,“日常生活和社会功能明显受损”。

3. 高负担 老年期痴呆负担费用的高低与支付方式、躯体疾病及老年期痴呆严重程度、缺血指数、日常生活功能总分呈正相关,如在社区通过改善患者的认知状态和预防危险因素,加强日常生活能力训练,便能降低经济负担。由于照料老年期痴呆患者的医疗保健措施尚未完善,超过90%的老年期痴呆患者仍在家中生活,由此给照料者及其家庭带来了沉重的精神压力和负担。在美国,尽管拥有针对老年期痴呆患者的长期服务机构,仍有80%的老年期痴呆患者居住在家里,由配偶或其他家庭成员照料,其中有的家庭同时拥有1个以上的家庭照料者。瑞典的一份报告指出,2005年全球用于痴呆防治的开支约为每年3150亿美元,每年每个痴呆患者的医疗费用,在低收入国家为1521美元,中等收入国家为4588美元,高收入国家为17964美元。随着痴呆人群的扩大和非正式护理的机会成本和更新费用的增长,中低收入国家用于老年期痴呆的公共卫生开支在国内生产总值中的比例会不断上升。照料者的心理负担较重,焦虑和抑郁情绪明显;提高社会支持度可有效降低其负担水平,促进照料者的身心健康,并最终提高照料质量,有利于疾病的康复。

从以上分析可以看出,抑郁症和老年期痴呆已经成为危害广大人民群众身心健康、破坏社会和谐稳定、阻碍社会经济发展的重大社会公共卫生问题。2002年4月,卫计委、民政部、公安部和中国残疾人联合会共同签发的《中国精神卫生工作规划(2002~2010)》中将抑郁症和老年期痴呆作为重点防治的精神疾病,并且我省制定了《浙江省精神卫生工作规划(2002~2010年)》,均明确提出要“提高综合性医院、基层医疗卫生机构的抑郁症和老年期痴呆的识别率,提高抑郁症和老