2013 WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（一）：总论

[医脉通](http://guide.medlive.cn/) 2014-10-11

World Federation of Societies of Biological Psychiatry （WFSBP） Guidelines for  
Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 onthe acute  
and continuation treatment of unipolar depressive disorders

**世界生物精神病学会联合会（WFSBP）单相抑郁障碍生物治疗指南  
第1部分：单相抑郁障碍的急性期及持续期治疗（2013年更新版）**

摘要

目标：2013年更新版由WFSBP国际工作组开发完成，旨在系统地回顾所有与单相 抑郁障碍治疗相关的可用证据，并基于现有证据制定一系列具有临床及科学意义的临床推 荐。本指南力求为所有接诊及治疗抑郁患者的医师所用。方法：系统更新了文献检索及评 估，所有推荐建议均由指南工作组所批准。结果：本指南的第一部分涵盖了单相抑郁障碍 的定义、分类、流行病学及病程，以及急性期及维持期的治疗。本指南主要涉及成人抑郁 的生物学治疗，包括抗抑郁药、其他精神药物治疗、电休克治疗（ECT）、光疗、联合治 疗及新型治疗手段。结论：目前为止，有很多具有循证学证据的抗抑郁治疗选择。然而， 仍有很多患者无法实现完全缓解。另外，躯体/精神科共病与其他特定状况尚需更透彻的研 究，因此，我们需要进一步开展高质量的有益的随机对照研究。

关键词

重性抑郁障碍，急性期治疗，维持期治疗，药物治疗，抗抑郁药

一般建议

一般而言，对于满足ICD-10中抑郁发作及DSM-IV-TR中重性抑郁障碍诊断标准的 患者，生物学治疗应加以考虑，包括药物及非药物治疗。

治疗开始前，医师应基于患者的病史、当前临床亚型、当前精神检查结果、疾病严重 度及自杀风险制定详尽的治疗方案。精神科及躯体共病、非精神科药物及心理社会因素同 样需要充分考虑，因为这些因素可能参与了抑郁综合征的发生发展，或对治疗构成干扰。 应评估心境障碍家族史及治疗反应。

无论选用了何种生物学干预方式，精神科管理即应启动，并持续整个治疗过程。这些 管理措施包括确定治疗方案及设置，建立及维持治疗同盟，监测及再次评估患者包括自杀 风险在内的精神状况，再次评估诊断效力，监测患者对治疗的应答，副作用及一般躯体状 况，并就治疗依从性的重要性教育患者及其家人。

急性期治疗的最终目的在于症状缓解。在大约2周的抗抑郁药治疗后，医师应评估患 者的治疗应答；若疗效欠佳，应优化治疗策略。在进入维持期之前，实现最大限度的症状 缓解可能至少需要8-10周。抑郁越严重，患者从足效治疗中所获得的潜在受益越大。

巩固期治疗的目的为预防复发、消除一切残余症状、使患者的心理社会及职业功能恢 复到病前状态。

维持期（预防）治疗的目标为预防新的抑郁发作及自杀。

成功的抗抑郁同时治疗包括针对患者及其家人的教育，包括可行的治疗选择、治疗起 效时间及可观察到的征象、早期副作用及应对策略、预期治疗进程。

生物学治疗推荐

抗抑郁药为重性抑郁（中-重度）发作的一线治疗。根据个体特征和/或患者的需求， 抗抑郁药或可同样用于轻度抑郁发作；但对于很多类似个案，单用心理及社会治疗或已足 够。

选择抗抑郁药时需要考虑的因素包括：

**△**患者先前的用药经历（应答、耐受性、副作用）

**△**当前躯体状况及非精神科药物的使用

**△**特定药物的短期及长期副作用

**△**对于存在自杀风险的患者而言，特定药物过量的毒性

**△**医师个体用药经验

**△**患者既往用药依从性

**△**患者一级亲属对药物的应答

**△**患者喜好

**△**经济条件

**△**使用特定抗抑郁药的机会

**△**药物批准情况

尚无证据证明，某一类抗抑郁药在疗效及起效时间方面优于其他类型的抗抑郁药，但 对于某些病情严重的住院患者，包括阿米替林及氯米帕明在内的某些三环类抗抑郁药

**（TCAs）及文拉法辛的疗效稍优于SSRIs。**抗抑郁药的副作用属性、与其他药物发生相 互作用的潜力及过量服用的危险差异甚大。第二代抗抑郁药（安非他酮、马普替林、米安 色林、曲唑酮）及第三代抗抑郁药（如SSRIs、SNRIs、米氮平），即所谓新型抗抑郁药 的耐受性总体优于第一代的TCAs,而服用这些药物的患者停药的可能性也较低。对于“真 实生活”中的疗效而言，这一点或许至关重要。

在至少30%的抑郁发作中，患者对足量足疗程的一线药物治疗应答不佳。一旦岀现这 种情况，医师需要认真回顾诊断的准确性、药物剂量及服用依从性。理论上的应对策略包 括：

**△**增加（最大化）初始抗抑郁药的剂量;

**△**换用另一类抗抑郁药，例如从一种SSRI换为一种TCA或双通道抗抑郁药；

**△**换用另一种同类抗抑郁药，例如从一种SSRI换为另一种SSRI；

**△**联用两种不同类别的抗抑郁药，例如一种SSRI或双通道抗抑郁药联用米氮平；

**△**增效治疗，如锂盐、甲状腺素或非典型抗精神病药；

**△**抗抑郁药联合心理干预；

**△**抗抑郁药联合非药物性的生物学疗法，如觉醒疗法、光照疗法、ECT等。

其中，使用锂盐、喹硫平及阿立哌唑进行增效治疗是当前证据最为充分的治疗策略。

ECT仅在需要快速缓解严重抑郁症状时被视为一线治疗，例如伴精神病性症状的抑 郁、存在精神运动性迟滞的抑郁、“真性”难治性抑郁、持续拒食、严重自杀倾向等。此前 对ECT治疗应答较好及妊娠期妇女（尤其是前三个月）适用ECT。

**附：抗抑郁药分类及剂量**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 化学名 | 传统结构 分类 | 作用机制  分类 | 起始剂量  **(mg/d )** | 标准剂量 **C mg/d )** | 治疗窗  **(ng/ml)** |
| 阿戈美拉汀 |  | MT激动剂 | 25 | 25-50 |  |
| 阿米庚酸 |  |  | 100 | 200-300 |  |
| 阿米替林 | TCA |  | 25-50 | 100-300 | 80-200\* |
| 阿和沙平 | Tetra CA |  | 50 | 100-400 |  |
| 安非他酮 |  | NDRI | 150 | 150-450 |  |
| 西敵普兰 |  | SSRI | 20 | 20-40(60) |  |
| 氣米帕明 | TCA |  | 25-50 | 100-250 | 175-450\* |
| 地昔帕明 | TCA |  | 25-50 | 100-300 | 100-300 |
| 二苯西平 | TCA |  | 120-180 | 240-720 |  |
| Doslepine | TCA |  | 75 | 75-150 |  |
| 度硫平 | TCA |  | 25-50 | 100-300 |  |
| 多塞平 | TCA |  | 25-50 | 100-300 |  |
| 度洛西汀 |  | SNRI | 30-60 | 60-120 |  |
| 艾司西猷普兰 |  | SSRI | 10 | 10-20 |  |
| 氟西汀 |  | SSRI | 20 | 20-60 |  |
| 氟伏沙明 |  | SSRI | 50 | 100-200 |  |
| 丙咪嗪 | TCA |  | 25-50 | 100-300 | 175-300\* |
| 异卡波职 |  |  | 20 | 20-60 |  |
| 洛非帕明 | TCA |  | 70 | 140-210 |  |
| 马普替林 | Tetra CA |  | 25-50 | 150-225 |  |
| 米安色林 | Tetra CA | § | 30 | 60-120 |  |
| 米那普仑 |  | SNRI | 50-100 | 100-200 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 米氮平 | | 其他$ | 15 | 15-45 | |
| 吗氯贝胺 |  | RIMA | 150 | 300-600 |  |
| 票法哩酮 |  |  | 100 | 300-600 |  |
| 去甲替林 | TCA |  | 25-50 | 75-200 | 70 - 170 |
| 帕罗西汀 |  | SSRI | 20 | 20-40 ( 60) |  |
| 苯乙麟 |  | MAOI | 15 | 30-90 |  |
| 普罗替林 | TCA |  | 10 | 20-60 |  |
| 瑞波西汀 |  | NARI | 4-8 | 8-12 |  |
| 舍曲林 |  | SSRI | 50 | 50-150 |  |
| 司普替林 | Tetra CA |  | 3 | 3-6 |  |
| 噬禁普汀 |  | 其他# | 12.5 | 25-37.5 |  |
| 反茶环丙胺 |  | MAOI | 10 | 20-60 |  |
| 曲哩酮 |  |  | 50-100 | 200-600 |  |
| 三甲丙咪嗪 | TCA |  | 25-50 | 100-300 |  |
| 文拉法辛 |  | SNRI | 37.5-75 | 75-375 | 195-400\* |
| 维洛沙嗪 |  |  | 100 | 200-500 |  |

MT：褪黑素受体；§：去甲肾上腺素再摄取抑制+突触前a2受体阻断；$： a2受体拮 抗；#： 5-HT再摄取增强

对于老年（〉60岁）或共病躯体疾病（尤其是心血管疾病）的患者，起始剂量或需降低。 **[医脉通编](http://guide.medlive.cn/)译，转载请注明出处。）**

**相关阅读：**

**[WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（二）：图表汇总](http://news.medlive.cn/psy/info-progress/show-68837_60.html)**

**[WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（三）：抗抑郁药](http://news.medlive.cn/psy/info-progress/show-68898_60.html)**

**[WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（四）：疗效](http://news.medlive.cn/psy/info-progress/show-68923_60.html)**

**[WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（五）：其他治疗](http://news.medlive.cn/psy/info-progress/show-68984_60.html)**

**[WFSBP单相抑郁障碍生物治疗指南（六）：特殊情况](http://news.medlive.cn/psy/info-progress/show-68988_60.html)**

**指南全文下载：WFSBP单相抑郁障碍生物学治疗指南，第一部分：单相抑郁障碍的 急性和持续性治疗（2013更新版）**