

# 抑郁症治疗与管理的专家推荐意见(2022 年)

中华医学会行为医学分会 中华医学会行为医学分会认知应对治疗学组

通信作者:王长虹,新乡医学院第二附属医院精神科,新乡 453002, Email: wangchdr@163. com; 季建林,复旦大学附属中山医院心理医学科,上海 200032, Email: jianlinji@aliyun. com

**【摘要】** 抑郁症是常见的精神障碍,每年经济负担位于临床疾病前列,造成严重的公共卫生问题。及时的识别、诊断及规范的治疗对患者临床症状的改善,以及社会功能的恢复具有重要意义。本文对国内外相关指南进行综合分析和评价,形成针对抑郁症的筛查与评估、诊断与鉴别诊断、治疗、特殊人群的治疗、管理、随访与监测等方面的专家意见,以期为临床工作者提供指导和参考。

**【关键词】** 抑郁症; 诊断; 治疗; 管理; 共识

**基金项目:**国家自然科学基金项目(81671346);河南省重点研发专项(221111311000);新乡市重大科技专项(ZD2020011);中原英才计划(育才系列)项目

DOI:10. 3760/cma. j. cn371468-20220921-00563

## Expert recommendations on the treatment and management of major depressive disorder(2022)

Chinese Society of Behavioral Medicine; Cognitive Coping Therapy Group, Chinese Society of Behavioral Medicine

Corresponding author: Wang Changhong, Department of Psychiatry, the Second Affiliated Hospital of Xinxiang Medical University, Xinxiang 453002, China, Email: wangchdr@163. com; Ji Jianlin, Department of Psychomedicine, Zhongshan Hospital, Fudan University, Shanghai 200032, China, Email: jianlinji@aliyun. com

**【Abstract】** Major depressive disorder is a common mental disorder with an annual economic burden at the forefront of clinical diseases, causing serious public health problems. Timely identification, diagnosis and standardized treatment are of great significance to the improvement of patients' clinical symptoms and the recovery of social functions. This paper makes a comprehensive analysis and evaluation of the relevant guidelines at home and abroad, and forms expert opinions on screening and evaluation, diagnosis and differential diagnosis, treatment, treatment of special populations, management, follow-up and monitoring, in order to provide guidance and reference for clinicians.

**【Key words】** Major depressive disorder; Diagnosis; Treatment; Management; Expert consensus

**Fund programs:** National Natural Science Foundation of China(81671346); Key Research and Development Projects in Henan Province (221111311000); Xinxiang Major Science and Technology Project (ZD2020011); Zhongyuan Talent Plan (Cultivation Series)

DOI:10. 3760/cma. j. cn371468-20220921-00563

### 一、概述及流行病学

抑郁症(major depressive disorder, MDD)是精神障碍的常见类型,表现为多种独特的症状组合,其主要的症状是持续的情绪低落、兴趣缺乏、快感缺失、注意力不集中、睡眠障碍、疲劳乏力、自杀观念和躯体功能障碍等<sup>[1-4]</sup>。目前 MDD 已成为世界范围内致残的主要原因, MDD 相关的不良结局包括角色转换困难、角色功能下降、自杀以及继发性躯体疾病的风险持续性增加,继发性躯体疾病和自杀反过来会导致 MDD 早期死亡风险增高<sup>[5-8]</sup>。WHO 研究报告

显示,自杀是 15~29 岁年龄段人群的第二大死亡原因<sup>[9-10]</sup>。

目前不同国家和地区的抑郁症患病率不尽相同,据现有调查数据显示,全球范围内抑郁症的患病率约为 5%<sup>[9]</sup>。2013 年的荟萃分析总结了我国 2001—2010 年抑郁症的当前、12 个月和终生患病率分别为 1.6%, 2.3% 和 3.3%<sup>[11]</sup>。我国学者黄悦琴在 2013 年 7 月至 2015 年 3 月进行的流行病学调查显示, MDD 是我国最常见的情绪障碍,其终身患病率为 3.4%, 12 个月患病率为 2.1%, 而女性终生患



病率及 12 个月患病率均高于男性,失业者终生患病率及 12 个月患病率均比就业者高,分居、丧偶或离婚人群的终生患病率及 12 个月患病率比已婚及同居的人群高<sup>[12-13]</sup>。

MDD 与部分躯体疾病存在某些相似的病理机制并相互影响,抑郁症患者患 2 型糖尿病的风险增加约 41%,糖尿病患者患 MDD 的风险增加约 30%~60%<sup>[14]</sup>,另外,老年 MDD 患者发生青光眼的风险增加约 20.77%<sup>[15]</sup>,而约 53.8% 的患有心肌疾病者同时患有抑郁症<sup>[16]</sup>。MDD 功能障碍的定义主要是患者躯体状况导致其工作能力的丧失,因此无论是伴有躯体疾病还是原发性的 MDD,早期发现、积极治疗才能更好地改善躯体疾病患者的生活质量<sup>[17-18]</sup>。近年来,随着世界卫生组织发布新的抑郁症的诊断标准、欧美国家发布最新的诊疗指南及新药的上市等,抑郁症的诊疗有了新的观念及突破。然而,在过去的几年中,国内精神专科领域没有关于抑郁症诊疗的最新指南,本领域专家之间的共识或意见被认为有助于填补临床上有挑战性的问题和空白。结合 ICD-11 和 DSM-5 诊疗规范、国内外相关共识指南及最新研究,中华医学会行为医学分会认知应对治疗学组制订此专家共识。本共识的起草首先通过召开本学组共识起草小组会议确定写作框架、专家分工合作、形成共识初稿;然后向全体委员征集意见形成修改稿;最后,向其他资深专家学者征集意见形成最终稿。

## 二、筛查与评估

1. 筛查:临床上通常采用经过验证的标准化抑郁症状量表来筛查疑似抑郁症患者。包括贝克抑郁自评量表(Beck depression inventory, BDI)、9 条目简易患者健康问卷(brief patient health questionnaire-9, PHQ-9)、Zung 抑郁自评量表(self-rating depression scale, SDS)、快速抑郁症状自评问卷(quick inventory of depressive symptomatology self-rated, QIDS-SR)、医院焦虑抑郁量表(the hospital anxiety and depression scales, HADS)、抑郁症状调查表(inventory for depressive symptomatology, IDS)等。这些量表经验证在疑似抑郁症状患者的人群中筛查有效,并且可以初步判断抑郁症状的严重程度。精神专科医师可以使用抑郁症状他评量表如汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)和蒙哥马利-艾斯伯格抑郁评分量表(Montgomery-Asberg depression rating scale, MADRS)筛查,并且结合上述自评量表结果全面评估抑郁症状的严重程度。

2. 评估方式和流程:临床医生需从临床特征、既往病史、生活环境、量表或问卷、实验室指标等多个维度对患者的危险因素、并发症、相关病因、抑郁症状严重程度、自残风险和功能障碍程度等进行全面评估。评估是一个连续的过程,应根据治疗的需要分阶段对患者定期评估。基本评估流程:(1)建立和维持良好的治疗联盟;(2)详细的病史记录以及从多种资源中获得的信息;(3)详细的社会心理评估:如有无早期依恋关系建立不良、社交/家庭支持差、社交互动少、应激性生活事件、不良的生活方式、缺乏爱好、兴趣下降、基于情绪的应对不良和物质滥用经历等;(4)治疗史:既往服用抗抑郁药类型、疗效、依从性、不良反应及耐受性等;(5)与继发性抑郁症进行鉴别诊断;(6)排除双相情感障碍;(7)体格检查:排除与躯体疾病或脑器质性疾病相关的证据;(8)根据当前诊断标准建立诊断;(9)评估抑郁症的严重程度、特征、亚型及共病情况;(10)评估自杀和安全问题风险;(11)评估患者的功能水平和社会文化环境;(12)基本检查:如体质量、体质量指数、心电图、血常规、肝肾功能、甘油三酯、胆固醇、脂蛋白、血糖、甲状腺功能、皮质醇和瘦素水平、C-反应蛋白、白介素-6 等、视觉诱发电位、脑结构/功能特征等;(13)确定治疗方案;(14)照护者的评估:包括对疾病知识的理解、治疗的态度和信念以及疾病对个人、家庭和社会资源的影响等;(15)治疗过程中的评估:包括治疗效果、血药浓度、药物不良反应、服药依从性、患者周围环境的影响、其他医疗保健需求、与治疗团队接触的便捷性等。

3. 严重程度评估:临床上评定抑郁症严重程度的量表如下,需要结合患者的病史、精神检查及诊断标准,合理使用测评工具来评估抑郁症状的严重程度。见表 1。

表 1 抑郁症相关量表严重程度评分(分)

量表	性质	优点	无	轻度	中度	重度
HAMD-17	他评	简便使用、标准明确	≤7	8~17	18~24	≥25
HAMD-24	他评	简便使用、标准明确	≤8	9~20	21~34	≥35
MADRS	他评	主要针对疗效	≤11	12~21	22~29	≥30
PHQ-9	自评	简单易操作	≤4	5~9	10~19	20~27
SDS	自评	简便易行、题目均衡	≤52	53~62	63~72	≥73
BDI	自评	应用广泛、操作简便	≤4	5~7	8~15	≥16
QIDS-SR	自评	简洁明了、快速、可靠	6~10	11~15	16~20	21~27

注:HAMD-17 为汉密尔顿抑郁量表(17 项);HAMD-24 为汉密尔顿抑郁量表(24 项);MADRS 为蒙哥马利抑郁量表;PHQ-9 为 9 条目患者健康问卷;SDS 为抑郁自评量表;BDI 为贝克抑郁问卷;QIDS-SR 为快速抑郁症状自评问卷



关于抑郁症的分级,主要根据临床症状,量表评估仅作为一项参考指标而非绝对标准。在 DSM-5 中,抑郁症的所有症状都被认为是严重程度的表征。而在 ICD-11 中其严重程度不仅仅取决于症状的数目,也需要观察患者症状的严重程度以及对社会功能的损害,如果出现了相关精神障碍,其严重程度则至少是中度发作及以上。

4. 自杀风险评估:评估抑郁症患者自杀风险是一个关键而又充满挑战的过程。自杀风险评估目的是及时、有效地识别出自杀的高危险个体,帮助个体理解自杀的动机,实施有效的干预措施以降低自杀风险。常见的自杀风险评定自评量表见表 2。

5. 转诊治疗:在综合医院与社区基层医疗机构中,医生通过筛查和上述评估,判断患者符合以下情况之一,及时与患者及家属沟通,明确告知患者接受规范化治疗的必要性,建议患者前往精神专科医院或精神科门诊接受进一步治疗。具体情况包括:(1)有自杀行为、自杀想法;(2)存在精神病性症状;(3)伴有多种躯体疾病;(4)症状反复发作,症状恶化;(5)目前治疗失败,建议进一步治疗;(6)出现难以耐受的药物不良反应;(7)治疗依从性差;(8)自我忽视。当患者近期有自杀行为、强烈的自杀观念、自责自罪感、服药后出现意识障碍、肝功能异常等严重不良反应,应紧急转诊至精神专科机构,接受规范化的治疗。

### 三、诊断与鉴别诊断

#### (一)诊断标准

参考既往指南、文献等<sup>[19-24]</sup>,建议主要根据 ICD-11 中关于抑郁症的诊断标准进行诊断:

1. 症状标准:在一天的大部分时间里,几乎每天都同时出现以下至少 5 种特征性症状,最少持续 2 周,至少 1 项症状是源自情感症状群,应根据个体的典型功能来评估是否存在症状。主要症状表现:(1)情感症状群:①抑郁心境:患者自我体验的抑郁情绪(例如情绪低落、悲伤)或他人观察到的抑郁情绪(例如流泪、颓废),在儿童和青少年中可表现为易怒;②缺乏兴趣或愉悦感:对活动的兴趣或乐趣显著降低,尤其是那些通常被认为对个人来说很有趣的活动,愉悦感缺失包括性欲减退。(2)认知行为症状群:①集中注意和持续注意的能力下降,或明显优柔寡断;②对自我评价过低/过度或不恰当的内疚感,这可能是妄想或妄想预兆,如果内疚或自责完全与抑郁有关,则不应认为该项目(妄想)存在;③对

未来的绝望感;④反复出现死亡念头(不仅仅是害怕死亡)、反复出现自杀念头(有或没有具体计划)或有自杀未遂的证据。(3)自主神经系统症状群:①显著的睡眠紊乱(入睡困难、夜间觉醒频率增加或早醒)或睡眠过多;②食欲显著变化(减少或增加)或体质量显著变化(增加或减少);③精神运动性激越或迟滞(其他人可以观察到,而不仅仅是主观上坐立不安或慢下来的感觉);④精力下降或疲乏,或低限度活动后也出现明显疲劳。

2. 病程标准:(1)单次发作的抑郁障碍:目前或既往仅有 1 次发作,本次发作至少持续两周。从没有过躁狂发作、混合发作或轻躁狂发作的病史。(2)复发性抑郁障碍:至少有 2 次发作,之间有几个月无明显心境紊乱;本次发作至少持续 2 周。从没有过躁狂发作、混合发作或轻躁狂发作的病史。

3. 严重程度标准:抑郁障碍的严重程度不仅取决于症状的数目,也取决于症状的严重程度及其对社会功能的损害。这些症状引起临床意义的痛苦,或导致社交、职业及其他重要功能方面的损害。根据其目前发作的严重程度(轻、中、重)、伴或不伴精神病性症状,抑郁障碍可进行进一步按照其严重程度分类。如果出现了精神病性障碍,那么抑郁障碍的严重程度至少是中度发作及以上。见表 3。

如果抑郁障碍并非目前发作,那么可进一步划分为目前部分缓解或目前完全缓解的抑郁障碍。

4. 排除标准:症状不能归因于某种物质的生理效应,或其他躯体疾病;不能用分裂情感性障碍、精神分裂症、精神分裂症样障碍、妄想障碍或其他特定的或未特定的精神分裂症谱系及其他精神病性障碍来更好地解释;从无躁狂发作或轻躁狂发作;临床表现不符合混合发作的诊断要求。

与 DSM-5 将“双相障碍”及“抑郁障碍”列为独立两章不同,ICD-11 将两者共同列于“心境障碍”章节中分别描述,其中抑郁障碍的诊断需要 1 次或多次抑郁发作,并且没有任何躁狂、混合或轻躁狂发作史,基于此分为单次发作和复发性抑郁障碍。ICD-11 抑郁症的诊断分类见图 1。

#### (二)鉴别诊断

由于精神科临床缺乏客观的疾病诊断指标,但精神科各个疾病之间存在症状的交叉重叠,因此应重点从精神分裂症、双相情感障碍、精神活性物质所致精神和行为障碍、器质性精神障碍、躯体形式障碍等方面进行鉴别。



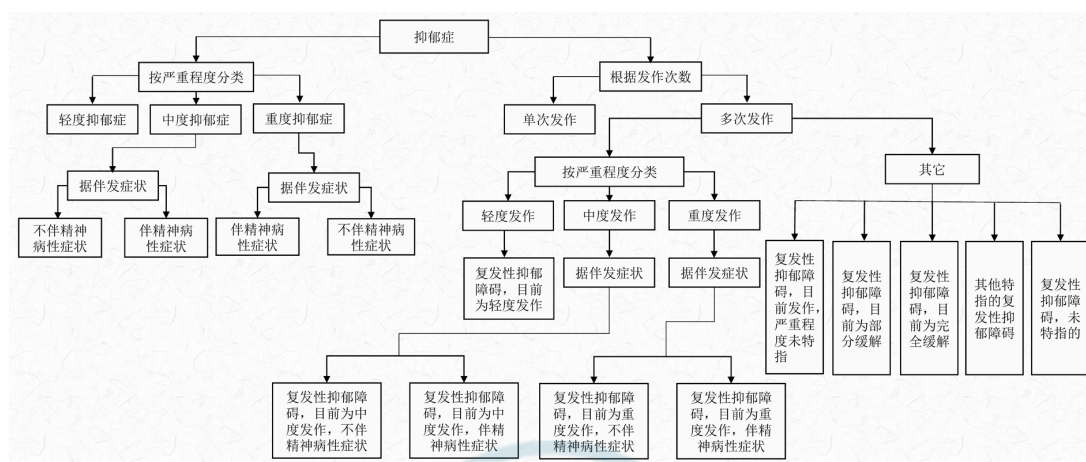


图 1 抑郁症的诊断分类

表 2 自杀风险评估自评量表

量表	适用人群	内容	结果
C-SSRS	青少年自杀筛选	共 8 大题, 包括 4 个自杀危险因素: 近一年自杀意念、既往自杀尝试或自杀未遂、情绪问题、物质使用	8 种筛选方式: 自杀意念筛选、自杀未遂筛选、抑郁情绪筛选、物质使用筛选、自杀问题筛选、自杀问题合并抑郁情绪筛选、自杀问题合并物质使用筛选、自杀问题合并抑郁物质筛选
BHS	测量个体的绝望程度	共 20 条项目, 包括 3 个因子: 对未来的感受、动力丧失、对未来的期望	总分范围 0~20 分, 0~3 分正常, 4~8 分轻度绝望, 9~14 分中度绝望, >14 分重度绝望
BSS	测量自杀意念严重程度	共 19 个项目, 前 5 个为筛选条目, 后 14 个评估自杀意念程度和自杀危险	总分范围 0~38 分, 总分越高, 自杀意念越强, 根据条目 4、5 判断有无自杀意念
QSA	测量对自杀的态度	共 29 个条目, 包括 4 个维度: 对自杀行为性质的认识、对自杀者的态度、对自杀者家属的态度、对安乐死的态度	各维度得分 ≤2.5 分对自杀持肯定、理解、宽容态度; >2.5~<3.5 分为矛盾或中立态度; ≥3.5 分持反对、否定、排斥态度
ASIQ	评估受试者的自杀意念	共 25 个条目, 0~6 分的 7 级评分系统	<23 分没有自杀意念, ≥23 分代表有自杀意念
SPS	评估 14 岁以上、文化程度 4 年级以上受试者的自杀风险	共 36 个条目, 包括 4 个分量表: 绝望感量表、自杀意念量表、消极自我评价量表、敌意量表	<50 分提示目前没有自杀风险; 50~59 分提示较低的自杀风险; 60~69 分自杀风险明显增加; 70~79 分需立即回访, 仔细评估自杀倾向; ≥80 分提示明显的自杀倾向, 立即采取防范措施
MAST	评估青少年的自杀态度	共 30 个条目, 包括 4 个因素: 对生命的热爱、排斥生命、对死亡的热爱、排斥死亡	能将临床自杀青少年与健康对照组青少年区分出来, 具有良好的区分能力

注: C-SSRS 为哥伦比亚自杀严重程度评定量表, BHS 为贝克绝望量表, BSS 为贝克自杀意念量表, QSA 为自杀态度问卷, ASIQ 为成人自杀意念问卷, SPS 为自杀可能性量表, MAST 为多重态度自杀倾向量表

表 3 ICD-11 抑郁严重程度分级标准

程度	抑郁症状	功能损害	精神症状
轻度抑郁发作	任何症状均不严重	经常感到痛苦, 其家庭、社交、学习、工作或生活的其他功能发挥存在一定困难	发作期间不存在幻觉或妄想
中度抑郁发作, 不伴有精神病性症状	存在数条明显的抑郁症状, 或存在大量程度较轻的抑郁症状	通常情况下, 其家庭、社交、学习、工作或生活的其他功能显著受损	发作期间不存在幻觉或妄想
中度抑郁发作, 伴有精神病性症状	存在数条明显的抑郁症状, 或存在大量程度较轻的抑郁症状	通常情况下, 其家庭、社交、学习、工作或生活的其他功能显著受损	发作期间存在幻觉或妄想
重度抑郁发作, 不伴有精神病性症状	存在较多明显抑郁症状, 或多数抑郁症状达到显著程度, 或存在少量严重抑郁症状	社会功能水平极度受限, 无法履行家庭、社交、学习、工作或生活的其他功能	发作期间不存在幻觉或妄想
重度抑郁发作, 伴有精神病性症状	存在较多明显抑郁症状, 或多数抑郁症状达到显著程度, 或存在少量严重抑郁症状	社会功能水平极度受限, 无法履行家庭、社交、学习、工作或生活的其他功能	发作期间存在幻觉或妄想

1. 精神分裂症: 精神分裂症的阴性症状主要表现为情感迟钝或平淡, 自发动作及肢体语言的减少与缺乏, 被动退缩等, 两者的鉴别要点主要在于: 首先, 精神分裂症的病程多迁延, 即使是缓解期也残存精神病性症状, 影响日常工作、学习、生活及社会功能; 而抑郁症为间歇性病程, 间歇期生活如常人。其次, 精神分裂症的抑郁症状多为继发症状, 如精神分裂症后抑郁; 而抑郁症的抑郁症状多为原发症状, 且为核心症状。最后, 精神分裂症患者的认知、情感、

意志活动是不协调的, 缺乏情感体验, 而抑郁症患者的认知、情感、意志活动相对来说是协调的。

2. 双相情感障碍: 抑郁症与双相情感障碍均存在某种程度上的抑郁发作, 临床上极易混淆, 尤其是混合发作。混合发作中的抑郁症状可能在性质上与抑郁发作相似, 但在混合发作中, 显著的抑郁症状与躁狂症状同时出现或快速交替出现, 例如易激惹、思维奔逸、话多或活动增加。

3. 持久性悲伤障碍: 持久性悲伤障碍是亲人或



其他亲密的人逝去后存在的持续性和普遍性悲伤反应,在失去亲人后持续异常的时间较长(至少 6 个月),并且其特征是对逝者的持续思念及先占观念,伴随着强烈的情感性痛苦体验(例如悲伤、内疚、愤怒、否认、责备、难以接受死亡、感觉失去了自己的一部分、无法体验积极情绪、情感麻木、难以参与社交及其他活动等)。

其常见症状与抑郁发作中观察到的症状相似(例如悲伤、兴趣感下降、社交退缩、内疚感、自杀念头等)。然而,持久性悲伤障碍与抑郁发作有所不同,因为其症状是有限的,并且特别关注失去的亲人,而抑郁症状和情感反应通常涵盖生活的各个领域。此外,持久性悲伤障碍的其他常见症状(例如难以接受失去、难以信任他人、对失去感到痛苦或愤怒、感觉个体的一部分好像已经死亡)并不是抑郁发作的特征。

4. 器质性精神障碍:临床上器质性疾病尤其是颅脑外伤后可出现抑郁障碍,与原发性心境障碍极其相似,如多伴有头痛、头晕、睡眠障碍、注意力不集中、易激惹、记忆力减退、思维迟缓等症状。因此,在诊断时应详细了解脑器质性疾病发生的时间、严重程度、损伤部位和范围大小等。

5. 躯体形式障碍:躯体形式障碍常伴有抑郁情绪,但抑郁症状常伴有躯体化症状,若躯体化症状只存在于抑郁症的急性发作期,则不做躯体形式障碍的诊断。且躯体形式障碍的抑郁症状往往是对躯体症状相关的健康担忧,而抑郁症的症状比较广泛,即使躯体症状已经消失,仍担心未来出现的疾病。

#### 四、治疗

##### (一) 治疗目标

抑郁症的治疗目标:及时诊断,规范治疗,提高临床缓解率及治愈率,尽可能降低自伤、自杀率及病残率,改善认知功能,促进社会功能恢复,提高生活质量,并预防疾病的复发。

##### (二) 治疗原则

1. 全病程治疗:抑郁症后果严重,病程迁延,复发率高,全病程治疗尤为重要。全病程治疗分为三期:急性期治疗(8~12 周)、巩固期治疗(4~9 个月)及维持期治疗(2~3 年)。

急性期治疗(8~12 周):以控制症状为首要目的,尽量达到临床治愈(抑郁症状完全消失的时间>2 周)与促进功能恢复到病前水平,提高患者的生命质量。药物治疗是中重度抑郁发作急性期首选的治疗方式,还可以考虑联合物理治疗、心理治疗及替代

与补充治疗等。在自杀风险较高者、抑郁危重状态或多种治疗效果不佳时可紧急采取改良电抽搐治疗(modified electric convulsive therapy, MECT)。急性期治疗,特别是首发抑郁症的初始治疗,药物的合理选择十分重要,关系到疾病转归及预后。确定治疗药物后,需根据患者病情、年龄及耐受性,以适当速度增加药物剂量,并定期对病情及治疗效果进行评估。如果经 4~8 周足量治疗,症状仍无明显改善,需重新评估并调整治疗计划。一般情况下不推荐两种以上的抗抑郁药联用,当难治性抑郁症患者足量足疗程,同类型和不同类型抗抑郁药物治疗无效或部分有效时才考虑联合用药以增加疗效,弥补单药治疗的不足和减少不良反应。

巩固期治疗(4~9 个月):以防止疾病复发为主,在此期间患者病情不稳定,反复发作的风险较大,原则上应继续使用急性期治疗有效的治疗方案,并定期对患者的症状、药物不良反应、治疗依从性和功能状态进行量化评估。

维持期治疗(2~3 年):目前对维持治疗时间的研究尚不充分,维持治疗的时间在各指南中论述不一,差异较大,应根据患者的综合情况个体化考虑。但是对有复发倾向的患者,应该至少维持治疗 2~3 年,包括 3 次及以上的复发患者、有明显社会心理应激因素的患者、有残留症状或者发病年龄早或者有家族史的患者。维持治疗期间应定期评估病情及疗效,关注早期复发征象,监测药物不良反应。国内外多个指南推荐,维持期建议加强心理治疗,如认知行为治疗、团体自助模式等,纠正错误的观点及认知,建立积极的自助、社交心态,可有效降低抑郁症复发率,改善疾病预后。维持治疗结束后,病情稳定可缓慢减药直至终止治疗,一旦发现复发的早期征象,应迅速恢复原治疗。

2. 个体化治疗:选择个体化治疗方案时应考虑症状特点、性别、年龄、既往用药史、药物反应、躯体状况、有无自杀观念及不良事件发生等临床因素。

3. 综合治疗:应采取药物治疗、心理治疗及物理治疗相结合的综合治疗方式。药物治疗应尽量遵循单一用药原则,并强调足量、足疗程。心理治疗及物理治疗对抑郁症的效用已有大量临床实证,是治疗方案中不可或缺的部分。

4. 关注认知功能及社会功能恢复:认知功能障碍贯穿抑郁症的整个病程,导致严重的社会功能损害。症状缓解不是治疗终点,认知功能及社会功能

的恢复情况应得到足够关注。

### (三) 治疗方法

1. 药物治疗: (1) 抗抑郁剂使用<sup>[3,19,21-24]</sup>: 根据国内外指南推荐抑郁症单药治疗的药物: ①5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs): 一线药物(1 级证据)。SSRIs 是抑郁症治疗中最常用的药物种类, 以氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、氟伏沙明、西酞普兰及艾司西酞普兰等药物为代表。单独使用时各药治疗效果无显著差异。②5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin noradrenaline reuptake inhibitors, SNRIs): 一线药物(1 级证据)。文拉法辛、度洛西汀及米那普仑治疗抑郁症的临床证据明确, 效果与 SSRIs 相当, 其中文拉法辛单独使用时的临床治愈率优于 SSRIs 类药物。③去甲肾上腺素及多巴胺再摄取抑制剂(norepinephrine dopamine reuptake inhibitor, NDRI): 一线药物(1 级证据)。安非他酮治疗抑郁症的疗效被证明与 SSRIs 及 SNRIs 相当。④其他抗抑郁剂: 褪黑激素受体(melatonin receptor) MT1 和 MT2 激动剂和 5-羟色胺受体 5-HT<sub>2C</sub> 拮抗剂以阿戈美拉汀为代表, 其可能通过使生物节律恢复同步化而起到抗抑郁作用, 在疗效及预防复发方面优于安慰剂, 整体疗效与 SSRIs 及 SNRIs 相当(1 级证据)。多模式抗抑郁药物以伏硫西汀为代表, 通过抑制 5-HT 转运体介导的 5-HT 再摄取, 同时调节多种 5-HT 受体活性而发挥抗抑郁作用, 其疗效与 SSRIs 及 SNRIs 相当(1 级证据)。去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁剂以米氮平为代表, 因缺乏治疗抑郁症的高等级临床证据推荐为二线药物(3 级证据)。三环类抗抑郁剂(tricyclic antidepressants, TCAs)以丙咪嗪、阿米替林、多塞平等药物为代表, 在伴有焦虑症状的重度抑郁症中疗效明确, 但临床应用中存在安全性及耐受性问题, 故推荐为二线用药(1 级证据)。单胺氧化酶抑制剂(monoamine oxidase inhibitors, MAOIs)在临床中已逐渐被淘汰, 不予推荐。

抗抑郁剂联合使用: 在抑郁症的临床治疗中, 单药使用效果往往欠佳, 尤其在焦虑症状改善方面, 因此抗抑郁剂联合使用在临床上十分普遍。文拉法辛联合米氮平的联合用药方案在临床应用较为广泛, 但这一方案始终缺乏高等级临床证据。此外, 联合用药不可避免地存在高剂量及药物相互作用问题, 其带来的不良反应往往较多, 真实疗效尚待商榷, 故暂不推荐。

### (2) 增效药物使用: 对抗抑郁剂治疗应答不佳

的抑郁症患者, 常联合非典型抗精神病药、抗焦虑药及苯二氮卓类药物进行增效治疗。①非典型抗精神病药: 美国食品药品监督管理局已批准阿立哌唑、喹硫平缓释片、奥氮平及依匹哌唑等四种非典型抗精神病药可与抗抑郁剂联用, 作为难治性抑郁症的增效治疗。结合最新文献, 推荐喹硫平缓释片单药使用或联合抗抑郁剂为一线治疗(1 级证据); 阿立哌唑联合抗抑郁剂为一线治疗(1 级证据); 奥氮平联合氟西汀(奥氮合剂)为二线治疗(1 级证据); 依匹哌唑联合抗抑郁剂为二线治疗(1 级证据); 鲁拉西酮单药使用或联合抗抑郁剂为二线治疗(2 级证据)。②抗焦虑药: 以丁螺环酮及坦度螺酮为代表的抗焦虑药可改善焦虑症患者的认知功能, 常作为抑郁症的增效剂。其中丁螺环酮增效抑郁症治疗临床证据明确, 为一线药物(1 级证据), 坦度螺酮尚缺乏高等级临床证据, 暂不予推荐。③苯二氮卓类药物: 苯二氮卓类药物可在短期内快速缓解抑郁患者显著的焦虑症状及伴随的睡眠障碍, 因此常作为治疗初期的增效剂。但临床使用中应充分考虑其药理特性带来的不良反应及滥用风险, 在症状缓解后尽快停用。

2. 心理治疗: 心理治疗在抑郁症治疗中, 尤其是在存在明确社会心理应激因素及认知障碍的抑郁症患者治疗中起着重要作用。相较于药物治疗, 心理治疗有着更优的长期治疗效果。认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)及人际心理治疗(interpersonal psychotherapy, IPT)为抑郁症的一线治疗方法。其中 CBT 联合抗抑郁剂能够显著提高抑郁症的临床疗效, 推荐为一线方案(1 级证据), IPT 在焦虑抑郁共病时能够有效改善症状, 但存在较高脱落率, 推荐其辅助治疗为二线方案(3 级证据)。心理动力学疗法、接纳与承诺疗法(acceptance and commitment therapy, ACT)及正念疗法(mindfulness)在抑郁症治疗中被证明与抗抑郁剂单药使用效果相当, 联合抗抑郁剂使用效果更佳, 但在抑郁症治疗中尚缺乏高质量临床证据, 推荐辅助治疗为二线方案(3 级证据)。近年出现的一种新型心理治疗方法—价值取向短程治疗(value orientation brief therapy, VBT)在临床研究中表现出对抑郁症的确切疗效, 但因样本量偏小, 仍需进一步研究, 推荐其辅助治疗为二线方案(3 级证据)。

3. 物理治疗: 临床上针对抑郁症常见的物理治疗包括改良电抽搐治疗、重复经颅磁刺激、经颅直流





电刺激等。此外,迷走神经刺激术(vagus nerve stimulation, VNS)、深部脑刺激(deep brain stimulation, DBS)、磁抽搐治疗(magnetic seizure therapy, MST)等物理治疗技术也逐渐开展。高频重复经颅磁刺激被证明对抑郁症具有确切疗效,能够缓解焦虑及抑郁症状,并改善认知功能,推荐其联合抗抑郁剂为一线治疗(1 级证据)。抗抑郁剂联合 MECT 对抑郁症治疗效果确切,因其安全性及不良反应推荐为二线治疗(1 级证据)。此外,光照疗法、电针加艾灸疗法等抑郁症辅助治疗手段在临床上逐渐开展,但其缺乏高质量临床证据,暂不予推荐。

### 五、特殊人群

1. 青少年:青少年抑郁症治疗应遵循抗抑郁药与心理治疗并重的原则。心理治疗适合不同严重程度的儿童青少年抑郁障碍患者,有助于改变认知,完善人格,降低自杀率,恢复社会功能<sup>[25]</sup>。认知行为疗法是治疗青少年抑郁症首选的心理治疗方法<sup>[26]</sup>,其次推荐锻炼、家庭治疗和人际治疗。经 6~12 周心理治疗后无效,需合并抗抑郁药物。SSRI 类药物是儿童青少年抑郁障碍首选治疗药物,疗效和安全性方面有循证医学的证据支持<sup>[27]</sup>,青少年抑郁障碍人群对氯胺酮耐受性良好,但因其成瘾性不作为首选推荐。经颅磁刺激可用于治疗青少年抑郁症,高频经颅磁刺激在青少年中表现出安全性和耐受性。

另外青少年的抑郁症需与注意缺陷与多动障碍(attention deficit and hyperactivity disorder, ADHD)相鉴别,儿童和青少年抑郁发作表现为发作性的,可有学习成绩下降、完成学业的时间增加,或无法完成学业。ADHD 患者的注意力损害是持续存在,不随心境或精力的变化而产生波动性的变化,如果两者同时满足各自诊断标准,则可进行分别诊断。

2. 孕产妇:对孕产妇抑郁症患者应针对抑郁的病因采取综合防治措施,减轻产妇的不良情绪及躯体症状,开展科学的治疗方法,减少孕产期抑郁症的发病率<sup>[28-29]</sup>。治疗时首先权衡药物对胎儿的风险,抗抑郁药对孕产妇的使用风险与安全性尚无最后定论,治疗方案应根据抑郁严重程度进行调整。症状较轻的患者给予支持性心理治疗,中度抑郁症患者选择认知行为治疗、人际关系心理治疗及正念心理疗法,目前最有效的心理治疗是人际心理治疗及认知行为治疗。妊娠早期应尽量避免使用药物。心理治疗无效的重度抑郁患者必要时可以服用抗抑郁药,有严重自杀倾向的孕产妇在知情同意权衡利弊

之后可以考虑单用 SSRIs。常用的物理疗法为改良电休克治疗及重复经颅磁刺激,其他如运动疗法、光疗、饮食疗法等也被用来辅助治疗孕产期抑郁症。

3. 老年抑郁症对轻度和中度老年抑郁症推荐心理治疗,研究表明 CBT、问题解决技术、人际心理治疗能改善老年抑郁症的抑郁症状<sup>[30]</sup>。老年重度抑郁症推荐使用 SSRIs 作为一线治疗药物,起始剂量比成年人偏低,需定期监测精神状况及躯体情况,为患者及家属提供健康教育,加强治疗的依从性<sup>[31]</sup>。

老年患者在抑郁发作前后可能伴有相应的躯体症状,出现严重的记忆减退及其他认知症状,特别注意要与痴呆相鉴别,痴呆的特征是显著认知损害或 2 个及以上认知功能下降(例如:记忆力、注意力、执行力、语言流畅性、社会活动、精神运动速度、视觉感知或视觉空间能力等),最终影响日常活动或独立生活能力,抑郁症状可伴随痴呆产生,诊断时应重点考虑认知障碍症状与抑郁症状的时间发生顺序。

4. 有慢性疾病的抑郁症:慢性病患者受疾病侵害后,容易产生抑郁、焦虑等负面情绪,躯体疾病患者常共病抑郁症,需内科用药控制躯体症状的同时给予精神心理方面的相应处置。(1)胃肠疾病:肠易激综合征患者及功能性消化不良患者常规内科治疗的同时联用 SSRIs 类药物,如氟伏沙明、氟西汀,能有效改善胃肠症状和抑郁情绪<sup>[32]</sup>。(2)肿瘤:约 47.14% 的肿瘤患者伴发抑郁症状,肿瘤病情的加重会引发抑郁症状和加重抑郁症状<sup>[33]</sup>。对疼痛伴发抑郁的患者推荐使用 SSRIs 类药物,例如氟西汀能明显缓解抑郁情绪,改善患者生活质量。(3)糖尿病:研究表明,超过四分之一的糖尿病患者患有抑郁症,面对应激等状况时表现更为明显,推荐使用 SSRIs 类药物或 CBT 改善抑郁症状<sup>[34-35]</sup>。(4)心血管疾病:研究表明,冠心病患者可能面临更高比例的抑郁症状威胁,约 29% 的患者需要在 12 个月内进行干预<sup>[36]</sup>,对于急性冠脉综合征患者推荐使用 CBT 或 SSRIs 类药物改善抑郁症状<sup>[37-38]</sup>,心力衰竭共病抑郁患者推荐使用 CBT 改善抑郁症状<sup>[39]</sup>。

### 六、管理

1. 安全风险:研究显示,抑郁症患者终身自杀率高达 6.0%,其治疗期间的全病程管理应对自杀风险进行评估,而安全是早期干预的第一要务。危机干预与管理要求必须与患者及其家属建立联系,以便在出现危机情况下得到支持,并对其进行相关心理健康专业知识的宣教,定期随访以动态监测

患者的自杀风险及疾病发展情况,尤其是使用抗抑郁剂早期,自杀风险存在增加可能。另外在评估患者存在自杀风险的同时,也要时刻关注可能存在的暴力行为,例如扩大性自杀等。

2. 生活方式管理:抑郁症治疗的目标之一就是提高患者的生活质量,通过药物等改善抑郁症状是方法之一,而另外重要的方法是保持良好的生活规律。目前推荐的生活方式管理包括:(1)定期锻炼,良好的运动习惯有助于增强机体免疫力及心理抗压能力;(2)健康的常规膳食;(3)压力管理策略;(4)睡眠卫生;(5)每天至少进行 1 次愉快的活动;(6)避免滥用物质,减少并尽量避免烟酒等物质的使用;(7)保持每日情绪的记录。

3. 药物管理:药物治疗管理的主要目标是实现症状的控制和降低复发的风险,最终回归社会及生活。基于此,需安排足够的随访以评估患者疗效(推荐每两周 1 次,每月至少 1 次,之后可根据个体化原则逐渐延长随访时间),在用药前告知其治疗的疗程,降低其效果期望值,让其明白常见不良反应,并给予患者及其家属健康宣教。对于患者而言,药物联合心理治疗比单独的药物或心理治疗更加有效,所以药物治疗期间对心理治疗进行认真的评估和监测也是患者管理的重点内容之一。

4. 自我管理:自我管理反映了患者应对抑郁症相关症状、治疗、预后和生活方式问题的解决能力及态度。在自我管理实践中,患者可以通过运用健康所有权,以便更长时间地保持独立和健康。鼓励患者制定自我管理策略可以增强其权利感,鼓励患者积极地参与社区活动,有助于促进其和社区重新连接,获取更多社会支持。

5. 心理健康教育管理:抑郁症的发病原因复杂,

除生物学因素外,心理及社会因素在抑郁症的病因学中起着重要作用,心理健康教育、心理治疗和社会支持对抑郁症的全病程管理非常重要。心理健康教育及各种心理治疗技术,可帮助患者识别其心理行为问题产生的根源,矫正患者的负性情绪及心理行为问题,协助其构建建设性的心理应对能力,调动其积极性及主动性,逐渐减轻过重的心理负担,提高其解决实际问题的能力,促进家庭和社会生活的满意度,不断减轻负性情绪,促进康复,预防复发,回归社会。

6. 治疗依从性管理:患者的治疗依从性主要反映在服药、饮食及生活等各个方面,由于患者在自知力等方面存在很大的差异,因此,其治疗依从性的提高需要患者、家属及医生等共同配合。这需要考虑药物及不良反应、费用、服药时间等影响,此外,家属需要将患者的服药等情况反馈给医生,医生做出相应评估,及时对患者的治疗方案做出调整。

#### 七、随访和监测

鉴于抗抑郁剂可能产生的副作用及对患者身体、服药依从性、甚至生命健康的影响,在治疗前后应对患者的血常规、心电图、体质量指数及肝肾功能等重点指标给予必要的监测。见表 4。

执笔专家 王长虹

参加本共识制定的专家 王长虹(新乡医学院第二附属医院精神科)、季建林(复旦大学附属中山医院心理医学科)、李晏(郑州大学公共卫生学院)、王艺明(贵州医科大学精神科)、李涛(浙江大学附属精神卫生中心精神科)、王振(上海市精神卫生中心心理咨询科)、况利(重庆医科大学第一附属医院精神科)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

志谢 本指南撰写过程中,冀紫阳、耿梦军、付怡芳、王慧颖、顾乔乔、和曼玉、李嫣然、邱晨、张金玉、王欣宇、谷景阳、刘聪参与了查阅文献、文稿校对等工作,在此一并志谢

表 4 治疗期间的持续监控

监测指标	使用药物	监测时间	备注
体质量指数	MAOIs, TCAs	基线水平;基线后 6 个月	
血压	文拉法辛, TCAs, MAOIs	基线水平;大剂量加药期;稳定后 3~6 个月	在 MAOIs 治疗的前几周至发生耐受期间密切监测
心电图显示 Q-T 间期延长	TCAs	基线水平;初始剂量滴定后;剂量变化后	45 岁以上或有心血管疾病的人
	SNRIs, SSRIs	基线水平	有心血管疾病风险的人群
肝功检测	阿戈美拉汀	基线水平;初始剂量第 3, 6, 12, 24 周后;增加剂量后	如果转氨酶超过正常值的 3 倍,应停止治疗
电解质	SSRIs, 米氮平, SNRIs, TCAs	基线水平;治疗开始后 1 个月;其他高危人群	更频繁地监测老年人或存在低钠血症的人;需监测尿液和血清渗透压;因为 SSRIs 通过影响抗利尿激素的分泌而诱导低血容量及低钠血症
全血细胞计数	米氮平, 米安色林	有临床表现的人	检测血液病(如中性粒细胞减少症和血小板减少)
骨密度	SSRIs	骨质疏松高危人群	参考国家卫健委 CPG 骨质疏松管理中的骨折风险评估工具评分

注:MAOIs 为单胺氧化酶抑制剂,TCAs 为三环类抗抑郁剂,SNRIs 为 5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂,SSRIs 为 5-羟色胺再摄取抑制剂;CPG 为临床实践指南





**作者贡献声明** 王长虹:确定共识框架、组织撰写共识、对全文提供修改和补充;季建林:组织撰写共识、对全文提供修改和补充;李晏:协助编辑共识、提供修改和补充;王艺明:负责撰写概述、筛选评估、诊断及提供修改;李涛:负责撰写鉴别诊断、治疗及提供修改;王振:负责撰写特殊人群、管理及提供修改;况利:负责撰写特殊人群随访和监测及提供修改

## 参 考 文 献

- [1] Sawamura J, Morishita S, Ishigooka J. Symmetrical treatment of "diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition", for major depressive disorders[J]. Source Code Biol Med, 2016, 11:1. DOI: 10.1186/s13029-015-0041-7.
- [2] Libuda L, Antel J, Hebebrand J, et al. Nutrition and mental diseases: focus depressive disorders [J]. Nervenarzt, 2017, 88(1): 87-101. DOI: 10.1007/s00115-016-0262-2.
- [3] Feng Y, Xiao L, Wang WW, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of depressive disorders in China: the second edition[J]. J Affect Disord, 2019, 253:352-356. DOI: 10.1016/j.jad.2019.04.104.
- [4] Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, et al. Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders [J]. Rev Psiquiatr Salud Ment, 2014, 7(4): 195-207. DOI: 10.1016/j.rpsm.2014.05.003.
- [5] Greenberg PE, Sisitsky T. Introduction to the special issue of pharmacoeconomics on major depressive disorders[J]. Pharmacoeconomics, 2021, 39(6): 617. DOI: 10.1007/s40273-021-01041-6.
- [6] Fountoulakis KN, Young A, Yatham L, et al. The International College of Neuropsychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 1: background and methods of the development of guidelines [J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2017, 20(2): 98-120. DOI: 10.1093/ijnp/pyw091.
- [7] Luxton R, Kyriakopoulos M. Depression in children and young people: identification and management NICE guidelines [J]. Arch Dis Child Educ Pract Ed, 2022, 107(1): 36-38. DOI: 10.1136/archdischild-2020-320020.
- [8] McIntyre RS, Lee Y. Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic [J]. World Psychiatry, 2020, 19(2): 250-251. DOI: 10.1002/wps.20767.
- [9] Herrman H, Patel V, Kieling C, et al. Time for united action on depression: a lancet-world psychiatric association commission [J]. Lancet, 2022, 399(10328): 957-1022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02141-3.
- [10] Kong LZ, Lai JB, Hu SH. China initiates depression screening in children and adolescents [J]. Lancet Psychiatry, 2022, 9(2): 107-108. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00479-X.
- [11] Gu L, Xie J, Long J, et al. Epidemiology of major depressive disorder in mainland China: a systematic review [J]. PLoS One, 2013, 8(6): e65356. DOI: 10.1371/journal.pone.0065356.
- [12] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. Lancet Psychiatry, 2019, 6(3): 211-224. DOI: 10.1016/S2215-0366(18)30511-X.
- [13] Lu J, Xu X, Huang Y, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. Lancet Psychiatry, 2021, 8(11): 981-990. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00251-0.
- [14] Kulzer B, Priesterroth L. Depressive disorders: an often underestimated comorbidity in diabetes [J]. Dtsch Med Wochenschr, 2020, 145(22): 1614-1623. DOI: 10.1055/a-1038-0408.
- [15] Jung Y, Han K, Wang SM, et al. Effect of depressive symptom and depressive disorder on glaucoma incidence in elderly [J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 5888. DOI: 10.1038/s41598-021-85380-6.
- [16] Dogoritis A, Asimakopoulos A, Ragos V, et al. Depressive symptoms and myocardial disease [J]. Pol Arch Intern Med, 2021, 131(6): 592-593. DOI: 10.20452/pamw.16044.
- [17] Benasi G, Fava GA, Guidi J. Prodromal symptoms in depression: a systematic review [J]. Psychother Psychosom, 2021, 90(6): 365-372. DOI: 10.1159/000517953.
- [18] 季建林. 中国抑郁障碍防治指南修订与抑郁障碍的规范治疗 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2015, 24(4): 292-293. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2015.04.002.
- [19] Ji JL. The revise of guidelines of prevention and treatment for depression in China and standard treatment of depressive disorder [J]. Chin J Behav Med Brain Sci, 2015, 24(4): 292-293. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2015.04.002.
- [20] Fountoulakis KN, Grunze H, Vieta E, et al. The International College of Neuro-Psychopharmacology (CINP) treatment guidelines for bipolar disorder in adults (CINP-BD-2017), Part 3: the clinical guidelines [J]. Int J Neuropsychopharmacol, 2017, 20(2): 180-195. DOI: 10.1093/ijnp/pyw109.
- [21] World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics [EB/OL]. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentit%2f6398729>.
- [22] Malhi G S, Bell E, Bassett D, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders [J]. Aust N Z J Psychiatry, 2021, 55(1): 7-117. DOI: 10.1177/0004867420979353.
- [23] 李凌江. 中国抑郁障碍防治指南 [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [24] Li LJ. Chinese guidelines for the prevention and treatment of depression [M]. Beijing: China Medical Electronic Audio Video Publishing House, 2015.
- [25] Depression in adults: treatment and management [M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2022.
- [26] Kendrick T, Pilling S, Mavranzeouli I, et al. Management of depression in adults: summary of updated NICE guidance [J]. BMJ, 2022, 378: 01557. DOI: 10.1136/bmj.01557.
- [27] Radovic S, Melvin GA, Gordon MS. Clinician perspectives and practices regarding the use of exercise in the treatment of adolescent depression [J]. J Sports Sci, 2018, 36(12): 1371-1377. DOI: 10.1080/02640414.2017.1383622.
- [28] Hvenegaard M, Moeller SB, Poulsen S, et al. Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: phase II trial [J]. Psychol Med, 2020, 50(1): 11-19. DOI: 10.1017/S0033291718003835.
- [29] Murphy SE, Capitão LP, Giles S, et al. The knowns and unknowns of SSRI treatment in young people with depression and anxiety: efficacy, predictors, and mechanisms of action [J]. Lancet Psychiatry, 2021, 8(9): 824-835. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00154-1.
- [30] Evans J, Ingram J, Law R, et al. Interpersonal counselling versus perinatal-specific cognitive behavioural therapy for women with depression during pregnancy offered in routine psychological treatment services: a phase II randomised trial [J]. BMC Psychiatry, 2021, 21(1): 504. DOI: 10.1186/s12888-021-03482-x.
- [31] 杨怀洁, 杨虹, 李燕, 等. 晚期妊娠孕妇抑郁影响因素的路径分析 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2020, 29(1): 38-43. DOI: 10.3760/cma.j.cn371468-20190424-00283.
- [32] Yang HJ, Yang H, Li Y, et al. Path model analysis of influencing factors on depression in late pregnant women [J]. Chin J Behav Med Brain Sci, 2020, 29(1): 38-43. DOI: 10.3760/cma.j.cn371468-20190424-00283.
- [33] Cui L, Ding D, Chen J, et al. Factors affecting the evolution of Chinese elderly depression: a cross-sectional study [J]. BMC Geriatr, 2022, 22(1): 109. DOI: 10.1186/s12877-021-02675-2.
- [34] Tayaa S, Berrut G, Seigneurie AS, et al. Diagnosis and manage-



- ment of depression in the elderly [J]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 2020, 18 (1): 88-96. DOI: 10. 1684/pnv. 2019. 0833.
- [32] Oungpasuk K, Li YM, Stettler I. Association between depression and chronic gastrointestinal symptoms [J]. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2020, 18 (8): 1898. DOI: 10. 1016/j. cgh. 2019. 12. 042.
- [33] Riedl D, Schuessler G. Prevalence of depression and cancer - a systematic review [J]. *Z Psychosom Med Psychother*, 2022, 68 (1): 74-86. DOI: 10. 13109/zptm. 2021. 67. oa11.
- [34] Zhu M, Li Y, Luo B, et al. Comorbidity of type 2 diabetes mellitus and depression: clinical evidence and rationale for the exacerbation of cardiovascular disease [J]. *Front Cardiovasc Med*, 2022, 9: 861110. DOI: 10. 3389/fcvm. 2022. 861110.
- [35] Breznoscakova D, Pallayova M. Uncovering the untold emotional toll of living with diabetes in the COVID-19 era [J]. *Psychother Psychosom*, 2022, 91 (4): 286-287. DOI: 10. 1159/000524178.
- [36] Kuhlmann SL, Arolt V, Haverkamp W, et al. Prevalence, 12-month prognosis, and clinical management need of depression in coronary heart disease patients: a prospective cohort study [J]. *Psychother Psychosom*, 2019, 88 (5): 300-311. DOI: 10. 1159/000501502.
- [37] Grace SL, Medina-Inojosa JR, Thomas RJ, et al. Antidepressant use by class: association with major adverse cardiac events in patients with coronary artery disease [J]. *Psychother Psychosom*, 2018, 87 (2): 85-94. DOI: 10. 1159/000486794.
- [38] Rafanelli C, Gostoli S, Buzzichelli S, et al. Sequential combination of cognitive-behavioral treatment and well-being therapy in depressed patients with acute coronary syndromes: a randomized controlled trial (TREATED-ACS Study) [J]. *Psychother Psychosom*, 2020, 89 (6): 345-356. DOI: 10. 1159/000510006.
- [39] Piña IL, Di Palo KE, Ventura HO. Psychopharmacology and cardiovascular disease [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2018, 71 (20): 2346-2359. DOI: 10. 1016/j. jacc. 2018. 03. 458.

(收稿日期: 2022-09-21)

(本文编辑: 冯学泉)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

## 本刊可直接使用的医学缩略语

ATP	腺苷三磷酸	MMPI	明尼苏达多相个性调查表
AD	阿尔茨海默病	MMSE	简明精神状态检查
BDNF	脑源性神经生长因子	MNI	蒙特利尔神经科学研究所
bFGF	碱性成纤维细胞生长因子	MCH	黑色素聚集激素
CCMD-3	中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版	MRI	磁共振成像
CGI	临床疗效总评量表	NE	去甲肾上腺素
CREB	环磷酸腺苷效应元件结合蛋白	NGF	神经生长因子
CRP	C-反应蛋白	NMDA	N-甲基-D-天冬氨酸
CNS	中枢神经系统	PANSS	阳性和阴性症状量表
CSF	脑脊液	PBS	磷酸盐缓冲液
5-HT	5-羟色胺	PCR	聚合酶链反应
CT	电子计算机断层扫描	PD	帕金森病
DA	多巴胺	PET	正电子发射断层显像术
DNA	脱氧核糖核酸	PSQI	匹兹堡睡眠指数量表
DSM-III	美国精神障碍诊断与统计手册第 3 版	PTSD	创伤后应激障碍
DSM-IV	美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版	rTMS	重复经颅磁刺激
DSM-5	美国精神障碍诊断与统计手册第 5 版	SCL-90	症状自评量表
DWI	弥散加权成像	SDS	抑郁自评量表
ECG	心电图	SAS	焦虑自评量表
EEG	脑电图	TCAs	三环类抗抑郁药
fMRI	功能磁共振成像	TIA	短暂性脑缺血发作
GABA	$\gamma$ -氨基丁酸	TNF	肿瘤坏死因子
HAMA	汉密顿焦虑量表	WCST	威斯康星卡片分类测验
HAMD	汉密顿抑郁量表	HPA	下丘脑-垂体-肾上腺
HPT	下后脑-垂体-甲状腺	IL-4	白介素-4
HIV	人类免疫缺陷病毒	AIDS	获得性免疫缺陷综合征

