

中 国 中 西 医 结 合 学 会 团 体 标 准

T/CAIM 011—2021

抑 郁 症 中 西 医 结 合 诊 疗 专 家 共 识

Expert Consensus Statement on diagnosis and management of depressive disorders with integrated Chinese medicine and Western medicine

2021-8-11 发布

2021-8-23 实施

中国中西医结合学会 发布

目 录

前言.....	I
引言.....	II
抑郁症中西医结合诊疗专家共识.....	1
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 发病机制与病因病机.....	1
5 中西医诊断要点.....	2
6 中西医结合治疗建议.....	2
6.1 中西医结合治疗抑郁症的优势.....	2
6.2 中西医结合辨证论治.....	2
6.3 中西医结合防治抑郁症伴发症状.....	3
7 中西医结合预防与防复发建议	4
8 抗抑郁药化学药物不良反应的中西医结合处理建议.....	5
8.1 代谢综合征	5
8.2 性功能障碍.....	5
8.3 心血管不良反应.....	5
8.4 消化道不良反应.....	5
8.5 高催乳素血症.....	5
8.6 出汗.....	8
9 总结与展望.....	8
附录 A (资料性)	7
附录 B (资料性)	8
附录 C (资料性)	9
附录 D (资料性)	10
附录 E (资料性)	11
附录 F (资料性)	12
附录 G (资料性)	13
参考文献.....	14

前 言

本专家共识按照GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》规则起草。

本专家共识由中国中西医结合学会提出并归口。

本专家共识起草单位：浙江省立同德医院、浙江省精神卫生中心、浙江大学医学院附属邵逸夫医院、上海交通大学医学院附属精神卫生中心、广州医科大学附属脑科医院、广东省中医院、北京回龙观医院、暨南大学、香港大学中医药学院、南京医科大学附属脑科医院、首都医科大学附属安定医院、北京市中西医结合精神卫生研究所、东南大学附属医院。

本专家共识主要起草人：刘兰英，冯斌，陈炜、方贻儒、于林、李艳、闫少校、陈刚、张樟进、姚志剑、贾泓晓、袁勇贵。征求意见专家：刘清泉、张宏耕、李宝君。

引言

抑郁症(Depressive disorders)是严重影响公众健康的一种精神疾病。全球约有3.22亿抑郁症患者，占全部疾病负担的4.4%^[1]。我国抑郁症的终生患病率为6.9%^[2]。抑郁症临床治疗至今仍存在一些瓶颈问题：如临床治愈率不到30%^[3]；常用抗抑郁药物存在疗效延迟和多种不良反应，严重影响患者的服药依从性等。随着中西医结合医学的发展，过去20年抑郁症的中西医结合治疗从整体观出发，在临床和基础研究上取得了丰硕成果^[4]。为进一步推广应用中西医结合诊疗抑郁症的成果，充分发挥中医特色与优势，中国中西医结合学会组织中医、西医、中西医结合、药理学、方法学等不同学科的专家成立专家组和工作组，制定并颁布本专家共识（以下简称“专家共识”）。

专家共识在2017年国家中医药管理局医政司发布的《郁病（抑郁发作）中医诊疗方案》、中华医学会《抑郁障碍防治指南》^[5]、2016年加拿大情绪和焦虑治疗网络发布的《成人抑郁症临床管理指南》^[6]，2017年世界生物精神病学会联合会工作组发布的《单相抑郁障碍生物学治疗实践指南》^[7]、2015年英国精神药理学会发布的《抗抑郁药治疗抑郁症的循证指南》^[8]以及文献调研的基础上，总结临床一线经验，经专家多次会议讨论共同编制。专家共识以抑郁症患者为对象，依托重大疑难疾病中西医临床协作试点项目制订，特点是突出中西医结合为特色，坚持中西医并重、相互补充。

抑郁症中西医结合诊疗专家共识

1 范围

本专家共识规定了抑郁症的定义、发病机制与病因病机、中西医诊断要点、中西医结合治疗建议、中西医结合抑郁症的预防与防复发建议、抗抑郁药化学药物不良反应的中西医结合处理建议、总结与展望等内容。

本专家共识适用于中医神志病科、中医内科、中西医结合科及精神心理等相关科室的临床医师进行抑郁症的中西医结合诊疗。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 15657-1995《中医病症分类与代码》

GB/T 16751.1-1997《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-1997《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-1997《中医临床诊疗术语·治法部分》

GB/T 13016-2009《标准体系表编制原则和要求》

GB/T 14396-2016《疾病分类与代码》

GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

GB/T 7714《文后参考文献著录规则》

3 术语与定义

下列术语和定义适用于本专家共识。

抑郁症是一种以显著而持久的心境低落为主要临床表现的精神疾病，伴有不同程度的认知和行为改变，可有精神病性症状，此类疾病常会反复发作，间歇期可完全缓解，部分患者可有残留症状。中医将抑郁症归类于“郁病”范畴。

郁病是由于情志不舒，气机郁滞，脏腑功能失调所引起的一类病证，表现抑郁不畅，情绪不宁，胸胁胀痛；或易怒喜哭，或咽中如物梗塞，不寐等。该病的特点以情志内伤为主要因素，病机发展以气郁为先，进而变生他证。

4 发病机制与病因病机

抑郁症的病因及发病机制复杂，目前尚未完全阐明，可能涉及的生物学因素包括遗传因素（家系、双生子、寄养子研究及分子遗传学研究），神经生化机制（单胺类神经递质系统功能障碍），神经内分泌机制（下丘脑-垂体-肾上腺轴、下丘脑-垂体-甲状腺、下丘脑-垂体-性腺轴等），神经电生理机制（脑电图、睡眠脑电图、诱发电位等），神经影像学改变（前额叶皮层、前扣带回、杏仁核、海马、丘脑、下丘脑等脑区结构、功能异常）等^[9-11]。除了上述生物学机制，心理及社会环境因素等在抑郁症的发生、发展中也发挥了重要的作用。

中医学认为，本病初期多以气滞为主，气机不畅则肝气郁结而成气郁，气郁可以导致痰湿内阻，血行不畅，又可进

而化为火热证候，但以肝气郁结为病变基础；疾病经久不愈，由实转虚，可见心、脾、肝、肾各脏腑气血阴阳亏虚。早期证候多为肝郁气滞，肝郁化火、肝郁脾虚或肝胆湿热，日久则致心脾两虚，肾虚肝郁等证。现代研究发现，肝郁气滞证多与单胺和氨基酸神经递质的生物合成异常有关^[12]、神经环路异常^[13]等有关；肝郁化火证与炎症通路异常有关；肝郁脾虚证与皮质酮-炎性反应-线粒体网络异常^[14]、脑肠轴、脑电生理^[15]等功能失调密切相关；心脾两虚证与脑岛、海马旁回后扣带回处等神经环路异常连接、事件相关电位P300 异常、下丘脑-垂体-肾上腺轴调节功能下降^[16]相关；肾虚肝郁证与神经内分泌异常相关^[17]。

5 中西医诊断要点

抑郁症西医诊断主要遵循国际精神疾病分类第 10 版（the 10th revision of the International Classification of Disease, ICD-10）“抑郁发作”、美国精神障碍诊断和统计手册第 5 版（the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5, 2013）“重性抑郁障碍”、中国精神疾病分类与诊断标准第3版（CCMD-3）“抑郁发作”诊断标准。依据严重程度可分为轻、中、重度，其区分有赖于全面的临床评估，包括症状的数量、类型及严重程度；日常工作和社交活动的表现等。除此之外，还需明确是首次发病还是复发性抑郁；是否伴有精神病性症状等。必要时对于特殊人群，如儿童、妇女、老年人群抑郁症需适当注明。

中医诊断标准参照《中医内科学》（第二版）（王永炎主编，人民卫生出版社，2011 年）及《中医神志病临床诊疗指南-首发抑郁症》（中华中医药学会团体标准 T/CACM 1131-2018）（中国中医药出版社，2018年），肝郁气滞、肝郁脾虚、肝郁化火、肝胆湿热、心脾两虚、肾虚肝郁为常见的证型（附录A）。

6 中西医结合治疗建议

6.1 中西医结合治疗抑郁症的优势

中西医结合治疗主要作用为急性期缩短起效时间，缓解躯体症状，预防不良反应。在巩固期和维持期治疗，采用中西医结合综合治疗，可明显提高疗效，减少残留症状，降低复发率，减轻副反应，缩短治疗疗程。在中医整体观念和辨证论治基础上，阈下抑郁及轻中度抑郁可能更适合应用中医药为主进行干预。相比于单用抗抑郁药，针灸合并抗抑郁药可以加快抑郁症患者对选择性5-羟色胺再摄取抑制剂的反应，防止病情加重，电针合并抗抑郁药的临床疗效更显著，抗抑郁作用更持久^[18, 19]。

6.2 中西医结合辨证论治

6.2.1 急性期治疗

急性期采用中西医结合治疗能缩短抗抑郁治疗疗程，提高疗效。轻度抑郁症可单用中药或针灸治疗，根据证候进行辨证治疗；中重度抑郁症则需要中西医结合治疗，在抗抑郁药物治疗基础上、根据证候进行中医辨证治疗。必要时联合心理治疗（附录C）及/或物理治疗（附录D）。具体中医证型、治法方药，参照如下：

（1）肝郁气滞证

治法：疏肝理气

推荐方药：柴胡疏肝散（《医学统旨》）（醋炒陈皮、柴胡、川芎、香附、炒枳壳、芍药、炙甘草）

推荐中成药：越鞠丸、解郁丸

（2）肝郁脾虚证

治法：疏肝健脾

推荐方药：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）（炙甘草、炒当归、茯苓、白芍、白术、柴胡、生姜、薄荷）

推荐中成药：逍遥丸、舒肝解郁胶囊

（3）肝郁化火证

治法：清肝泻火

推荐方药：丹栀逍遥丸（《方剂学》）（牡丹皮、栀子、柴胡、白芍、当归、白术、茯苓、薄荷、炙甘草）

（4）肝胆湿热证

治法：清肝胆，利湿热

推荐方药：龙胆泻肝汤（《医方集解》）加减（酒炒龙胆草、炒黄芩、酒炒栀子、泽泻、车前子、酒当归、酒炒生地黄、柴胡、生甘草）

推荐中成药：龙胆泻肝丸

（5）心脾两虚证

治法：益气补血，健脾养心

推荐方药：归脾汤（《正体类要》）（人参、炙黄芪、当归、炙甘草、茯苓、远志、炒酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣）

推荐中成药：九味镇心颗粒

（6）肾虚肝郁证

治法：滋阴益肾，清热疏肝

推荐方药：滋水清肝饮（《医宗己任编》）（熟地、当归身、白芍、枣仁、山萸肉、茯苓、山药、柴胡、山栀、丹皮、泽泻）

推荐中成药：养血清脑颗粒

根据证候分型选用中药汤药的基础上，结合针灸、推拿、中医心理治疗、中医音乐疗法，并通过运动、饮食等生活方式改善。精神创伤后导致的抑郁症，可应用抗抑郁药联合穴位刺激调控法治疗，并结合中医心理治疗。常用的抗抑郁药物见附录B，常用的心理治疗见附录C，常用的中医传统方药见附录E，常用的中成药见附录F。针灸治疗在急性期，主要作用在于改善症状，减轻西药的不良反应。采用调神舒肝法治疗，以电针印堂、百会为主穴。对无法承受电针的患者，建议采用毫针刺法，取穴、疗程同电针方法。疗程一般为4~6周。耳穴压丸法以耳部脏腑穴位舒肝理气法为主。

6.2.2 巩固期和维持期治疗

在急性期治疗后，主观有改善的患者中48.8%存在残留症状，如注意力/决策力下降、精力不足、兴趣减退、感觉沮丧、睡眠不深等^[20]。在巩固期和维持期治疗，需要采用抗抑郁药物联合中医药的综合治疗，根据证候进行辨证，具体中医证型、治法方药参照急性期治疗。针灸治疗主要作用在于防复发，方法同急性期治疗。同时，可以辅助采用物理治疗、穴位按摩、穴位刺激调控法、中医心理疗法，五行音乐疗法等治疗，能够明显减少残留症状，预防复燃，降低复发率。

6.3 中西医结合防治抑郁症伴发症状

抑郁症往往同时伴随心理症状和躯体症状，包括焦虑、认知功能减退、睡眠障碍及各种自主神经功能紊乱、免疫

紊乱等。中医药能有助于缓解抑郁症的心理症状、躯体症状，同时改善认知功能，调节免疫功能。

6.3.1 改善焦虑症状

抑郁症伴发焦虑症状多由于肝郁化火、肝郁脾虚、心脾两虚所致，可采用疏肝理气、清肝泻火、疏肝健脾、补益心脾的治法，选用柴胡疏肝散、丹栀逍遥丸、归脾汤等中药汤剂或中成药、针灸、气功调节等，结合抗抑郁药及心理、物理疗法进行中西医结合治疗。

6.3.2 改善睡眠障碍

抑郁症伴发睡眠障碍多表现为早醒，多由于心脾两虚、肝郁化火所致，可采用养心镇惊安神、疏肝解郁安神为主要治法，选用柴胡加龙骨牡蛎汤等，能够较快改善抑郁症患者的睡眠质量，延长睡眠时间或缩短患者的入睡时间。针刺治疗采用调神舒肝法，以电针百会、印堂或四神聪为主穴^[19]。另外，联合穴位贴敷、中医捏脊法治疗，有助于改善患者睡眠质量，缓解抑郁症状。

6.3.3 改善认知功能

抑郁症伴发认知功能障碍多由痰气交互、阻滞脉络、脑髓神机失用所致，可采用安神定志、化痰开窍、疏肝理气为主要治法，选用柴胡疏肝散、加味温胆汤、定志方、肉蔻五味丸、舒肝解郁胶囊等。此外，针刺治疗也可以改善抑郁障碍伴发的认知损害，取穴以通关利窍、疏肝调神针刺法为主。

6.3.4 改善躯体症状

抑郁症伴随诸多躯体症状，以心血管系统、消化系统、神经系统症状为主，涉及多脏腑多系统。这些症状多由七情不遂所引起，可采用疏肝健脾、养心安神、活血化瘀等治法。可以选用血府逐瘀汤改善抑郁障碍伴疼痛症状，甘麦大枣汤合百合知母汤降低口干、眩晕等不良反应的发生率。应用醒脑安神针刺法缓解抑郁障碍患者疼痛^[4]。

6.3.5 改善食欲下降

抑郁症伴发的食欲下降，中医辩证病位以脾胃为主，涉及肝胆，中医治疗以疏肝健脾和胃为主，可采用温胆和胃、镇惊安神等治法。选用柴胡加龙骨牡蛎汤改善产后抑郁的纳呆症状，减轻其抑郁程度；心脾两虚型可以选用归脾汤治疗脘痞、纳呆等症状。

6.3.6 改善免疫功能

抑郁症患者存在下丘脑-垂体-肾上腺轴功能异常，可能导致免疫功能紊乱，抗抑郁中药普遍具有改善外周和中枢免疫系统的功能，涉及下丘脑-垂体-肾上腺-免疫轴各个环节。可以应用补益类中药复方，结合抑郁症的肝气不舒、气机郁滞的核心病机，根据不同证型进行辨证治疗，柴胡舒肝散^[21]、四君子汤、小柴胡汤、补中益气汤、归脾丸等均有较强的免疫调节作用，可根据病证特点加减处方。

7 中西医结合预防与防复发建议

早发现、早诊断、早治疗是预防抑郁症的关键。阈下抑郁是指以抑郁心境为主，具有轻微或缺少生物学症状的一种抑郁水平，但尚未达到抑郁症的诊断标准，是早期防治的重要窗口期。主要病机为气机郁滞，气血运行不畅，脑

神失于濡养所致，肝郁脾虚、心脾两虚、心胆气虚、肾虚肝郁为其常见证候。

针对阈下抑郁人群，可以进行中药、针灸、中医心理治疗。中药治疗以疏肝健脾、补益心脾、安神定志、益肾解郁为法则，可选用逍遥散、归脾汤、安神定志丸、百合地黄汤、颐脑解郁方^[22]等加减。颐神调气针法和调神开郁针法可作为阈下抑郁的干预方法。中医情绪诱导心理治疗、中医团体心理治疗为干预手段。针灸治疗联合心理治疗具有较好的临床疗效。体育锻炼，包括气功、五禽戏等中医疗法能有效缓解患者的抑郁情绪，提高患者对负性情绪的应对能力，可以作为阈下抑郁的一线干预方法。光照治疗作为一种安全、绿色的物理疗法，对抑郁症具有辅助治疗作用^[1-2]，可以作为阈下抑郁治疗的一种策略。

中医认为“阴平阳秘，精神乃治”，要预防抑郁症，一要养其形，饮食运动疗法是养形的关键，通过体育运动，可促进机体气血的运行，使阴阳达到平衡。荞麦、萝卜、辣椒、山药、枸杞、羊肉、低脂牛奶等食物对抑郁情绪有一定调节作用，香蕉、葡萄柚、樱桃、鸡肉、深海鱼油等能促进机体分泌更多可带来快乐情绪的血清素、多巴胺。根据患者的体质特征选择合适食物，通过饮食调补气血，祛病强身，从而使机体健康；二要养神，“恬淡虚无，真气从之，精神内守，病安从来”，需要调养人的精神意识，做到内心平静就可以预防抑郁的发生，国内外的许多研究发现音乐疗法、正念、冥想等能够改善抑郁、焦虑症状，提高睡眠质量。

8 抗抑郁药化学药物不良反应的中西医结合处理建议

抗抑郁药存在诸多的不良反应，如代谢综合征、性功能下降、心血管不良反应、消化道不良反应等。临床可根据不良反应的特点，采用中医辨证施治。西药联合中药、针灸治疗抑郁症可起到增效减毒作用，在服用足量抗抑郁药物的情况下进行辨证施治，可使口干、便秘等不良反应发生率明显减少。

8.1 代谢综合征

中医药治疗药物所致代谢综合征，能够提高患者生活质量，从而提高患者服药依从性，降低复发率。治疗以健脾理气、扶正祛邪为主，可选用温胆汤、苓桂术甘汤等，能够改善药物所致代谢综合征的进程，具有较好的安全性；病程久者，以化痰活血、调和阴阳为主，可选用二陈汤合桃红四物汤等，可以改善患者血脂、血糖、体重等水平。针刺可以通过平衡阴阳，恢复机体脏腑正常功能，改善药物所致代谢综合征患者的肥胖、糖脂代谢异常。

8.2 性功能障碍

抗抑郁药物所致男性性功能障碍以肾阳不足、肝肾阴虚和肝经湿热为主，可采用中医温肾壮阳、滋阴清热、清肝利湿治法，选择相应的中医方药治疗。肾阳不足证采用温肾壮阳法，中药桂附地黄汤加减；肝肾阴虚证治以滋阴补肾，中药左归丸加减；肝经湿热证以清肝利湿为法，中药龙胆泻肝汤加减。

8.3 心血管不良反应

抗抑郁药物引起的心血管不良反应以阳气亏虚、气滞血瘀为主。阳气亏虚可选用归脾汤、桂枝甘草龙骨牡蛎合参附汤等辨证治疗，能够有效减轻和避免抗精神病药物引起的心脏毒副作用。气滞血瘀可选用麝香保心丸，可有效减轻和避免抗抑郁病药物所致心脏毒副作用。

8.4 消化道不良反应

抗抑郁药物引起的胃肠道副反应多属肺胃阴虚或心脾两虚，可以根据具体证型进行辨证施治（附录G）。耳穴压

豆疗法治疗抗抑郁药物引起的便秘具有一定作用。麦门冬汤治疗抗抑郁药物所致胃肠道副反应辨证属肺胃阴虚型的效果良好。归脾汤联合抗抑郁药能较好改善恶心等不良反应发生。

8.5 高催乳素血症

高催乳素血症与中医学中闭经、乳泣、月经过少、月经后期等病症相关。抗抑郁药引起的高催乳素血症辨证多为肝郁肾虚证，可以选用柴胡加龙骨牡蛎汤等治疗，能够较好地改善患者的各项性激素水平。中药配合针灸治疗，能够通过调理脏腑机能、气血运行状态改善症状。

8.6 出汗

抗抑郁药物所致的多汗症，多属中医气虚不固证，可选用中药玉屏风散进行治疗。气阴不足者，以健脾养阴为治疗原则，选用相应方药。中药治疗抗抑郁药所致的出汗，可能通过减少不良反应，提高患者治疗的依从性以及联合治疗的增效作用。

9 总结与展望

中西医结合在抑郁症防治中取得了显著的进步，现有的研究已经显示出中西医结合治疗的临床优势，可实现快速起效、降低不良反应的目的。由于抑郁症的异质性，个体化治疗将会是未来治疗的方向，而中医辨证分型是个体化诊疗的范式，因此可以预测中西医结合防治将在今后占据重要的地位。但中西医结合防治抑郁症的临床研究仍存在很多亟待解决的问题：（1）缺乏从理论体系进行结合。中医最强大的是理论体系，如“辨证论治”，“急则治其标，缓则治其本”；如何在理论指导下，将中医治病的指导思想与西医的理论体系进行结合，充分发挥中西医的特点，是今后需要重点研究与发展的。（2）缺乏中医学与现代医学很好结合的研究。与抑郁症诊断标准亚型分类的融合研究很少见。以传统中医辨证分型开展的临床实践活动，由于证候分类繁多，使得临床研究的可比性、重复性明显不足。（3）临床研究的证据良莠不齐。大样本、多中心研究少；更多的是单中心、小样本或者个案研究；头对头研究缺乏，不同中医治疗效果的疗效优劣有待阐明。（4）缺乏对中医治疗机制的深入研究。今后应建立符合现代医学模式的抑郁症中西结合诊治方案，运用神经影像学、神经生物学、代谢组学、基因组学等多种实验技术阐明治疗机制。

附录A(资料性) 抑郁症常见的中医证型及临床表现

证型	主要临床表现
肝郁气滞证	精神抑郁，胸胁作胀或刺痛，脘痞腹胀，面色晦暗，嗳气频作，善太息，或咽中如有炙脔，夜寐不安，月经不调；舌质淡或有瘀点，苔薄白或腻，脉弦
肝郁脾虚证	精神抑郁，胸胁胀满，多疑善虑，喜太息，纳呆，消瘦，稍事活动便觉倦怠，脘痞嗳气，大便时溏时干，或咽中不适，舌苔薄白，脉弦细或弦滑
肝郁化火证	精神抑郁，性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，或头痛、目赤、耳鸣，或嘈杂吞酸，大便秘结，舌红，苔黄，脉弦数
肝胆湿热证	烦躁易怒，胸胁胀满，多梦，耳中轰鸣，头晕头胀，腹胀，口苦，咽有异物感，恶心，小便短赤，舌质红，舌苔黄腻，脉弦数或滑数
心脾两虚证	善思多虑不解，胸闷心悸，神疲，失眠，健忘，面色萎黄，头晕，神疲倦怠，易自汗，纳谷不化，便溏；舌质淡苔白，脉细
肾虚肝郁证	情绪低落，烦躁兼兴趣索然，神思不聚，善忘，忧愁善感，胁肋胀痛，时有太息，腰酸背痛，性欲低下，脉沉细弱或沉弦

附录B(资料性) 常用的抗抑郁药物

药物类别	药物名称	推荐日剂量 范围 (mg)	特殊人群应用
选择性5-羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRIs)	艾司西酞普兰	10~20	可用于儿童青少年抑郁症。但目前还没有一种抗抑郁药物对儿童和青少年绝对安全；其中舍曲林、氟西汀、西酞普兰可用于儿童青少年抑郁症的一线药物；舍曲林可用于治疗6岁以上儿童抑郁症；老年患者建议首选SSRI类药物；重度或有严重自杀倾向的孕妇可使用（除了帕罗西汀，均为FDA妊娠期抗抑郁药物使用分类等级C级，帕罗西汀为D级）；重症的哺乳期抑郁症可使用SSRI（除氟西汀外，SSRI类药物在乳汁内浓度较低）
	氟西汀	20~60	
	舍曲林	50~200	
	帕罗西汀	20~50	
	氟伏沙明	100~300	
	西酞普兰	20~60	
选择性5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors, SNRIs)	文拉法辛	75~225	缺乏安全性的充分证据，慎用于儿童青少年抑郁症；可用于老年抑郁症治疗；FDA妊娠期抗抑郁药物使用分类等级C级
	度洛西汀	60~120	可用于老年抑郁症治疗；FDA妊娠期抗抑郁药物使用分类等级C级
	米那普伦	100~200	可用于抑郁症、卒中后抑郁、脑外伤后抑郁
去甲肾上腺素和多巴胺再摄取抑制剂(norepinephrine reuptake inhibitors, NDRIs)	安非他酮	150~450	FDA妊娠期抗抑郁药物使用分类等级B级
褪黑素受体激动剂	阿戈美拉汀	25~50	可用于老年抑郁症
5-羟色胺阻滞和再摄取抑制剂(serotonin Antagonist and Reuptake inhibitors, SARIs)	曲唑酮	50~400	可用于抑郁症，伴睡眠障碍、抑郁症状的焦虑症，以及药物依赖者戒断后的情绪障碍；尤其适用于老年性抑郁症或伴发心脏疾患的患者
三环类抗抑郁药物(tricyclic antidepressant, TCAs)	氯米帕明	50~250	缺乏安全性的充分证据，慎用于儿童青少年抑郁症；老年人慎用；阿米替林、多塞平、氯米帕明为FDA妊娠
	阿米替林	50~250	
	丙米嗪	50~250	
	多塞平	50~250	
多模式抗抑郁药	氢溴酸伏硫西汀	5~10	可用于成人抑郁症，对抑郁症病人认知功能具有保护作用

附录C（资料性） 常用的心理治疗

心理治疗方法	基本理念	适应人群	频率及疗程
认知行为治疗 (cognitive-behaviour therapy, CBT)	针对患者的适应不良 认知行为模式，改善患者焦虑抑郁情绪及改善人际关系	轻中度抑郁症急性期、巩固期、维持期治疗，单独使用或与药物合用	每周 1~2 次, 3~4 月阶段性评估
人际心理治疗 (interpersonal psychotherapy, IPT)	关注患者角色转换及人际关系模式	轻中度抑郁症急性期、巩固期、维持期治疗，单独使用或与药物合用	每周 1~2 次，2~3 月阶段性评估
家庭治疗 (family therapy , FT)	调整家庭沟通模式	儿童青少年、围产期妇女、围绝经期妇女、老年人	每周 1~2 次，2~3 月阶段性评估

附录D(资料性) 常用的物理治疗

物理治疗方法	适应人群及禁忌
重复经颅磁刺激治疗 (repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)	抑郁症，也适用于特定人群如青少年患者、围产期抑郁患者等。对于有癫痫病史、癫痫家族史、头部外伤史、颅内医疗植入物及金属植入物、心脏起搏器的患者禁用。
无抽搐电休克治疗 (modified electra convulsive therapy, MECT)	严重抑郁，有强烈自伤、自杀企图及行为者，以及明显自责自罪者；拒食、违拗和紧张性木僵者；药物治疗无效或对药物治疗不能耐受者。 治疗每周2~3次，1疗程大概6~12次

附录E(资料性) 常用的中医方药

方剂名称及出处	组成
柴胡疏肝散 (《医学统旨》)	醋炒陈皮、柴胡、川芎、香附、炒枳壳、芍药、炙甘草
柴胡加龙骨牡蛎汤 (《伤寒论》)	柴胡、龙骨、黄芩、生姜、人参、桂枝、茯苓、半夏、大黄、牡蛎、大枣
逍遥散 (《太平惠民和剂局方》)	炙甘草、炒当归、茯苓、白芍、白术、柴胡、生姜、薄荷
龙胆泻肝汤 (《医方集解》)	酒炒龙胆草、炒黄芩、酒炒栀子、泽泻、木通、车前子、酒当归、酒炒生地黄、柴胡、生甘草
归脾汤 (《正体类要》)	白术、人参、炙黄芪、当归、炙甘草、茯苓、远志、炒酸枣仁、木香、龙眼肉、生姜、大枣
滋水清肝饮 (《医宗己任编》)	熟地、当归身、白芍、枣仁、山萸肉、茯苓、山药、柴胡、山梔、丹皮、泽泻
甘麦大枣汤 (《金匮要略》)	甘草、小麦、大枣
交泰丸 (《万病回春》)	生黄连、肉桂心，白蜜为丸
血府逐瘀汤 (《医林改错》)	桃仁、红花、当归、生地黄、牛膝、川芎、桔梗、赤芍、枳壳、甘草、柴胡
温胆汤 (《三因极一病证方论》)	半夏、竹茹、枳实、陈皮、甘草、茯苓、生姜、大枣

附录F(资料性) 常用的中成药

名称	适应症(说明书)	用法用量	组成
越鞠丸	理气解郁，宽中除满。用于胸脘痞闷，腹中胀满，饮食停滞，嗳气吞酸	口服，一次6~9克，一日2次	香附(醋制)、川芎、栀子(炒)、苍术(炒)、六神曲(炒)
养血清脑丸	养血平肝，活血通络。用于血虚肝旺所致头痛，眩晕眼花，心烦易怒，失眠多梦	口服，一次1袋，一日3次	当归、川芎、白芍、熟地黄、钩藤、鸡血藤、夏枯草、决明子、珍珠母、延胡索、细辛
九味镇心颗粒	养心补脾，益气安神。用于广泛性焦虑症心脾两虚证致善思多虑不解、失眠或多梦、心悸、食欲不振、神疲乏力、头晕、易汗出、善太息、面色萎黄等	温开水冲服，早、中、晚各服1袋，一日3次	人参(去芦)、酸枣仁、五味子、茯苓、远志、延胡索、天冬、熟地黄、肉桂
解郁丸	疏肝解郁，养心安神。用于肝郁气滞，心神不安所致胸肋胀满，郁闷不舒，心烦心悸，易怒，失眠多梦	口服，一次4克，一日3次	白芍、柴胡、当归、郁金、茯苓、百合、合欢皮、甘草、小麦、大枣
舒肝解郁胶囊	舒肝解郁，健脾安神。适用于轻、中度单相抑郁症属肝郁脾虚证者致情绪低落、兴趣下降、入睡困难、早醒、多梦、紧张不安、急躁易怒、食少纳呆、胸闷、疲乏无力等	口服，一次2粒，一日2次，早晚各一次	贯叶金丝桃、刺五加
逍遥丸	疏肝健脾，养血调经。用于肝气不舒所致月经不调，胸胁胀痛，头晕目眩，食欲减退，月经不调	口服，一次9克，一日2次	柴胡、当归、白芍、白术(炒)、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜

附录G（资料性） 抗抑郁药化学药物药物不良反应的中西医结合处理建议

不良反应	中药治疗	西药治疗	非药物治疗
体重增加	脾胃亏虚：胃苓汤、苍术二陈汤 痰瘀互结：血府逐瘀汤联合涤痰汤	神经兴奋剂	针刺治疗：以疏肝健脾、升清祛湿为法，可用针刺法、温针灸法、穴位埋线法
性功能下降	心脾两虚：归脾汤 肾阳亏虚：右归丸 肝气郁结：四逆散	西地那非、他达拉非、安非他酮、睾酮皮贴	针刺治疗：以补肾疏肝健脾为法，可用针刺法、温针灸法及生物反馈治疗等。
心律失常	心虚胆怯：安神定志丸 心脾两虚：归脾汤 阴虚火旺：黄连阿胶汤 心阳不振：桂枝甘草龙骨牡蛎汤 水饮凌心：苓桂术甘汤 心血瘀阻：桃仁红花煎 痰火扰心：黄连温胆汤	抗心律失常药物	针刺治疗：以宁心安神、宣痹解郁、调和气血为法，可用针刺法或温针灸法
胃脘部胀闷	痰湿内阻证：二陈平胃散 湿热阻胃：泻心汤合连朴饮加减 脾胃虚弱：补中益气汤加减 胃阴不足：益胃汤加减	雷尼替丁、奥美拉唑	针刺治疗：以健脾和胃、理气导滞为法，可用针刺法或艾灸法
口干	胃阴不足：益胃汤加减	拟胆碱药	针刺治疗：以清热活血、滋阴生津为法，可用针刺法或电针法
便秘	肠胃积热：麻子仁丸 气机郁滞：六磨汤 阴寒积滞：大黄附子汤 气虚便秘：黄芪汤 血虚便秘：润肠丸 阴虚便秘：增液汤 阳虚便秘：济川煎	容积性轻泻剂、渗透性泻剂、刺激性泻剂、促动力剂、促分泌剂等	针刺治疗：以调和气血、畅通腑气为法，可用针刺法、穴位埋线法、穴位贴敷、手法辅助排便、生物反馈治疗等

参考文献

- [1] Friedrich M J. Depression is the leading cause of disability around the world[J]. *JAMA*, 2017, 317(15):1517.
- [2] 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.
- [3] Kolovos S, van Tulder M W, Cuijpers P, et al. The effect of treatment as usual on major depressive disorder: a meta-analysis[J]. *J Affect Disord*, 2017, 210:72-81.
- [4] Kou M J, Chen J X. Integrated traditional and Western medicine for treatment of depression based on syndrome differentiation: a meta-analysis of randomized controlled trials based on the Hamilton depression scale[J]. *J Tradit ChinMed*, 2012, 32(1):1-5.
- [5] 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南(第2版) [M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [6] Ravindran A V, Balneaves L G, Faulkner G, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 5.Complementary and Alternative Medicine Treatments[J]. *Can J Psychiatry*, 2016, 61(9):576-587.
- [7] Bauer M, Severus E, Möller H J, et al. Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines[J]. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2017, 21(3):166-176.
- [8] Cleare A, Pariante C M, Young A H, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines[J]. *J Psychopharmacol*, 2015, 29(5):459-525.
- [9] Otte C, Gold S M, Penninx B W, et al. Major depressive disorder[J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2016, 2:16065.
- [10] Fonseka T M, Macqueen G M, Kennedy S H. Neuroimaging Biomarkers as Predictors of Treatment Outcome in Major Depressive Disorder[J]. *J Affect Disord*, 2018, 233:21-35.
- [11] Gethin J A. Electrophysiological and neurocognitive correlates of self-blame and associated vulnerability to major depression[D]. The University of Manchester (United Kingdom), 2016.
- [12] Liu L Y, Zhang H J, Luo L Y, et al. Blood and urinary metabolomic evidence validating traditional Chinese medicine diagnostic classification of major depressive disorder[J]. *Chin Med*, 2018, 13: 53.
- [13] Liu L Y, Xu X P, Luo L Y, et al. Brain connectomic associations with traditional Chinese medicine diagnostic classification of major depressive disorder: a diffusion tensor imaging study[J]. *Chin Med*, 2019, 14:15.
- [14] 袁清洁, 郭建友, 王建伟, 等. 基于皮质酮-炎性反应-线粒体网络研究抑郁症肝郁脾虚病机及醒脾解郁方干预效应[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(5):2241-2245.
- [15] 方倩, 郭蓉娟, 王嘉麟, 等. 基于脑电图非线性分析探索肝郁脾虚抑郁症认知功能特征[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(2): 687-691.
- [16] 高之涵, 朱建峰, 沈莹, 等. 肝郁气滞与心脾两虚抑郁症 HPA 轴及精神病理学差异分析[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(5):324.
- [17] 刘银姣, 郑伯媛, 赵素玲, 等. 温阳解郁法治疗肾虚肝郁型更年期抑郁症疗效及对患者神经内分泌和睡眠的影响[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(3):344-346+356.
- [18] Qu S S, Huang Y, Zhang Z J, et al. A 6-week randomized controlled trial with 4-week follow-up of acupuncture combined with paroxetine in patients with major depressive disorder[J]. *J Psychiatr Res*, 2013, 47(6):726-732.
- [19] 刘保延. ZJ/T E003-2014 循证针灸临床实践指南抑郁症(修订版) [S]. 北京: 中国中医药出版社, 2014: 1-16.
- [20] 肖乐, 丰雷, 朱雪泉, 等. 中国抑郁症患者急性期治疗后残留症状的现状调查[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(3): 175-181.
- [21] 刘兰英, 冯斌, 王佩蓉, 等. 柴胡疏肝散合并文拉法辛对抑郁症患者血清T淋巴细胞亚群及NK细胞的影响[J]. 中国现代应用药学, 2012, 05:393-397.
- [22] 勾圣乐, 朱晨军, 许芳, 等. 益肾调气法干预阈下抑郁肾虚肝郁型患者的临床观察[J]. 北京中医药, 2017(3):81-8