

2006. <http://guidance.nice.org.uk/CG38>.
- 20 Tijssen MJ, van Os J, Wittchen HU, Lieb R, Beesdo K, Mengelers R, et al. Prediction of transition from common adolescent bipolar experiences to bipolar disorder: 10-year study. *Br J Psychiatry* 2010; 196:102-8.
- 21 Wagner KD, Redden L, Kowatch RA, Wilens TE, Segal S, Chang K, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of divalproex extended-release in the treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48:519-32.
- BMJ 2014;349:g5673 doi: 10.1136/bmj.g5673

## 指南

# 儿童及青少年抑郁的诊断和管理：NICE 指南更新概要

## Guidelines

## Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance

本文是英国医学杂志( The BMJ)最新指南系列文章之一,新指南基于现有的最佳证据编写;着重解读对临床实践重要的建议,特别是存在不确定和争议的部分。

约有 2.8% 的 13 岁以下儿童及 5.6% 的 13 ~ 18 岁青少年受到抑郁的影响<sup>1</sup>。持续的抑郁与严重的并发症相关,包括学习成绩和社会功能不佳<sup>2</sup>、成年期的抑郁复发<sup>3</sup>,以及自杀<sup>4</sup>,因此有效的治疗十分重要。本文总结了英国国家健康与临床优选研究所(NICE)关于儿童及青少年抑郁更新版指南的建议<sup>5</sup>。本次更新只涉及与心理治疗的选择、抗抑郁药治疗与心理治疗结合相关的建议。

## 建议

NICE 指南推荐建立在对获得的临床证据进行系统评价的基础上,并对成本效益进行了仔细的考量。如果可获得的证据很少,指南则基于编写组成员(GDG)的临床经验和良好临床实践。证据的等级用方括号里的斜体字标出。

## 评估和检查

- 评估抑郁的儿童或青少年时,通常应考虑可能的合并症,患者及其家庭成员的社会、教育和家庭背景,并记录在患者注意事项中。这些信息中应包括患者与其他家庭成员、患者与其朋友和同龄人之间的人际关系质量。【根据2005年指南制定小组(GDG)的经验和意见】
- 基层医疗、学校及其他相关社区单位的医疗卫生专业人员应接受训练,以便检查抑郁症状,评估可能有抑郁风险的儿童和青少年。训练

## 基本共识

对于治疗儿童及青少年抑郁,很少有明确的证据表明某种心理治疗优于另一种疗法。临床医生在建议治疗时应阐述这一不确定性

对于青少年(12~18岁)中度到重度抑郁的初始治疗,抗抑郁药和心理治疗可同时开展,用以替代既往的先试用心理治疗,只在试用不成功时再使用抗抑郁药的方法

应包括对近期和曾经心理危险因素的评估,例如年龄;性别;家庭不和;遭受欺辱;躯体、性或情感虐待;伴发疾病,包括药物和酒精滥用;以及父母抑郁的病史。还应了解单一损失事件的自然病程,多种危险因素的重要性,民族文化因素,以及已知与抑郁和其他健康问题相关的高危因素,例如无家可归、难民身份以及住在福利机构。【根据2005年GDG的经验和意见】

- 评估儿童或青少年抑郁的过程中,坚持直接询问患者及其父母或照顾者有关儿童或青少年的饮酒及用药情况、任何被欺辱或虐待经历、自残以及自杀观念。为有此类情况的青少年提供机会私下讨论这些问题。【根据2005年GDG的经验和意见】
- 如果抑郁儿童或青少年存在明显的自残行为,应遵照之前适用于儿童和青少年的NICE指南立即处理<sup>6</sup>,要特别注意关于同意和资格的指

Kathryn Hopkins  
technical analyst<sup>1</sup>,

Paul Crosland  
health economist<sup>1</sup>,

Nicole Elliott  
associate director<sup>1</sup>,

Susan Bewley  
committee chair and  
professor in complex  
obstetrics<sup>2</sup>,

On behalf of the  
Clinical Guidelines  
Update Committee B

<sup>1</sup>Centre for Clinical  
Practice, National  
Institute for Health  
and Care Excellence,  
Manchester M1 4BT,  
UK;

<sup>2</sup>Women's Health  
Academic Centre,  
King's College  
London, London, UK

崔轶译

中华医学杂志  
英文版编辑部

导。进一步处理应遵循目前的抑郁指南。【根据2005 年GDG 的经验和意见】

- 评估和处理合并症诊断及成长、社会和教育问题,与抑郁治疗同时进行或依次进行均可。恰当的做法是通过咨询,并结合更广泛的教育和社会关怀网络。【根据非随机研究】
- 如果要改善儿童或青少年的心理健康,注意其父母自身的精神问题(特别是抑郁)可能需要同时治疗。如果确定有这种需要,应制定得到此治疗的计划,对提供成年人心理健康指导及其他服务的可获得性做到心中有数。【根据非随机研究】
- 儿童及青少年心理健康服务(CAMHS)二级或三级应与基层医疗、学校及其他相关社区单位的健康和社会关怀专业人员合作,提供培训,为检查、评估、支持和帮助抑郁或抑郁高危儿童及青少年建立适用于各民族和文化的系统。(二级服务由工作在社区和基层医疗单位的CAMHS专家组成;三级由工作在社区心理健康诊所或儿童精神病门诊的多学科团队或服务组成)。【根据2005 年GDG 的经验和意见】
- 为CAMHS专业人员创造培训机会,提高他们诊断抑郁状况的准确性。可以使用现有的访谈者测评工具[例如Kiddie-Sads(K-SADS)和儿童及青少年精神评估(CAPA)]满足这一需要,但对于繁忙的CAMHS单位日常使用可能需要修改。【根据2005 年GDG 的经验和意见】

## 心理治疗

- 应用于儿童及青少年的心理治疗应由受过训练的儿童及青少年心理卫生保健专业人员开展。【根据非随机研究】
- 与儿童及青少年,他们的家庭成员或照顾者讨论心理治疗的选择(如果适当的话)。阐明尚没有高质量证据表明某种心理治疗方法优于其他方法。(新建议)【根据低质量随机对照试验(RCTs)】

## 轻度抑郁

- 对儿童及青少年的初始治疗不要使用抗抑郁药物。【根据RCTs 和2005 年GDG 的经验和意见】
- 最多4周的观察等待后,对所有持续轻度抑郁且没有严重合并症或自杀观念迹象的儿童及青少年,提供有限时间(2到3个月)的单独非指示性支持治疗、小组认知行为疗法(CBT),或有引导的自我救助。这些治疗可由基层医疗、学校、社会公益服务及志愿者部门或二级CAMHS中受过恰当训练的专业人员开展。(2015 年回顾,未修改)【根据低质量随机对照研究和2005 年GDG 的经验和意见】

## 中度到重度抑郁

- 向儿童及青少年提供特定的心理治疗(单独CBT,人际关系治疗,家庭治疗,或精神动力心理疗法);建议这种治疗应至少持续三个月。(新建议)【根据低质量RCTs 和2005 年GDG 的经验和意见】

- 除与心理治疗联用外,不要给儿童或青少年使用抗抑郁药。制定具体计划密切监测药物不良反应,此外还要评估精神状态和总体进程,例如,在治疗的前4周,每周与儿童或青少年及他们的父母或照顾者联系。具体的联系频率需要根据个体情况决定并记录在案。如果患者拒绝接受心理治疗,可继续用药,但由于患者无法在心理治疗中得到评估,开具处方的医生应定期密切监测该儿童或青少年的进展,特别要注意急性的药物不良反应。(2015 年回顾,未修改)【根据中低质量RCTs 和2005 年GDG 的经验和意见】
- 对于青少年(12~18岁)的初始治疗,考虑将联合治疗(氟西汀和心理治疗)作为先心理治疗再联合治疗的替代选择(见下一条建议)。注意,在没有心理治疗的失败尝试情况下使用氟西汀治疗青少年抑郁不属于许可适应证。(新建议)【根据中低质量RCTs】
- 如果儿童或青少年的抑郁在4到6个疗程的心理治疗后仍无改善,进行一次多学科检查。【根据2005 年GDG 的经验和意见。】
- 多学科检查后:
  - 如果心理治疗对儿童或青少年的抑郁无改善是因为共存因素,例如合并症、持续的心理危险因素(例如家庭不和)或父母的心理不健康,要考虑对其父母或其他家庭成员进行其他或附加的心理治疗,或对患者的其他心理治疗。【根据2005 年GDG 的经验和意见】
  - 如果青少年(12~18岁)的抑郁在4到6个疗程的特定心理治疗后仍无改善,使用氟西汀。注意,氟西汀是唯一被许可用于青少年抑郁的抗抑郁药(2015 年回顾,未修改)。【根据中低质量RCTs 和2005 年GDG 的经验和意见】
  - 如果儿童(5~11岁)的抑郁在4到6个疗程的特定心理治疗后仍无改善,谨慎考虑氟西汀,尽管氟西汀对该年龄组的效果还未确定。注意,使用氟西汀治疗8岁以下儿童的抑郁不属于许可适应证。(2015 年回顾,未修改)【根据中低质量RCTs 和2005 年GDG 的经验和意见】

## 患者是如何参与此篇文章的创作的

3名非委员会成员(包括一名具有儿童和青少年抑郁专业知识和经验的人员)对这篇文章中所总结建议的形成做出了贡献。

## 未来的研究

2005年指南确定的研究建议,关于心理治疗的效果以及抗抑郁药与心理治疗的联合使用,仍是未来研究的侧重点。委员会还给出了如下新的研究建议:

- 儿童及青少年抑郁中,在仅用心理治疗无效的情况下,先心理治疗再添加抗抑郁药的相对有效性如何?
- 儿童及青少年抑郁中,同时使用心理治疗和抗抑郁药的相对有效性如何?

## 克服障碍

原有的 2005 年指南建议,只在尝试心理治疗无效时使用抗抑郁药。主要的改变在于临床医生现在应考虑对中度到重度抑郁的青少年同时使用抗抑郁药和心理治疗。执行的障碍可能在于克服对青少年使用抗抑郁药安全性的担忧(有关自杀的想法)。然而,委员会回顾的证据并未显示与仅接受心理治疗的青少年相比,联用抗抑郁药和心理治疗的青少年其自杀观念的增加,但却显示联合治疗有明显效果。遗憾的是,尽管早先的 NICE 指南关注对此曾有关心,英国仍存在难以得到心理治疗的情况。

## 有关指南的更多信息

经过监督审读,确定对英国国家健康与临床优选研究所(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)关于儿童及青少年抑郁的指南进行更新,该过程为检查 NICE 指南以确定是否存在可能影响目前建议的新证据。在心理治疗和抗抑郁药与心理治疗联合使用方面发现了新证据。对证据进行了审读,并仅对指南的这些部分做了更新。

## 方法

该次更新根据 2012 年 NICE 指南手册中指定的方法实施([www.nice.org.uk/article/pmg6/chapter/1%20introduction](http://www.nice.org.uk/article/pmg6/chapter/1%20introduction)),过程中的偏差遵循 2013 试点项目指南更新的临时过程和方法指导中写明的([www.nice.org.uk/article/pmg17/chapter/1%20purpose](http://www.nice.org.uk/article/pmg17/chapter/1%20purpose))。

委员会由 13 名常委和 5 名主题特定成员构成。常委包括业外人士、临床医师(包括一名全科医师)、研究人员以及不具有更新主题的专业知识或经验的专员。主题特定成员包括 1 名具有儿童及青少年抑郁专业知识和经验的业外人士、1 名儿童及青少年医疗服务护士、1 名儿童心理治疗师、1 名儿童精神科医生以及 1 名儿童心理健康研究人员/临床心理学家。有关心理治疗的选择,抗抑郁药治疗与心理治疗联合使用的 3 个问题,进行了临床和卫生经济学证据的系统回顾。使用建议的评级、评估、制定以及评价(GRADE)工作组指定的方法评价临床证据的质量<sup>7</sup>。利益相关者应邀对指南的草拟版本发表意见,并且指南更新的最终版本考虑了利益相关者的意见。

NICE 已编制了 4 个不同版本的指南:2005 年完整版的增编详述了已更新建议的证据;途径;被称为“NICE 指南”的版本,总结了这些建议,包括那些已经更新的;以及针对患者及公众的版本([www.nice.org.uk/guidance/CG28/InformationForPublic](http://www.nice.org.uk/guidance/CG28/InformationForPublic))。全部 4 个版本均可在 NICE 网站上获得([www.nice.org.uk/guidance/CG28](http://www.nice.org.uk/guidance/CG28))。

The committee that updated the recommendations described in this article was made up of standing members and topic specific members. Standing members: Susan Bewley (committee chair and professor of complex

obstetrics), Gita Bhutani (clinical psychologist), Simon Corbett (cardiologist), John Graham (oncologist), Peter Hoskin (oncologist), Roberta James (programme lead, Scottish Intercollegiate Guidelines Network), Jo Josh (lay member), Asma Khalil (obstetrician), Manoj Mistry (lay member), Amaka Offiah (radiologist and clinical senior lecturer), Mark Rodgers (research fellow), Nicholas Steel (clinical senior lecturer in primary care), Sietse Wieringa (general practitioner). Topic specific members: Peter Fonagy (researcher and clinical psychologist), Lynn Henderson (child and adolescent mental health service nurse), Peta Mees (psychotherapist), Maria Moldavsky (psychiatrist), Anna Wilson (lay member).

关于作者(Contributors): All authors were part of the committee that made the recommendations described in this summary. KH drafted the summary and PC, NE, and SB revised it critically for important intellectual content. All authors read the final draft of the manuscript and agreed for it to be published. All authors agree to be accountable for all aspects of the work in ensuring that questions related to the accuracy or integrity of any part of the work are appropriately investigated and resolved. All authors are guarantors. 资助(Funding): KH, PC, and NE are employees of the National Institute for Health and Care Excellence (NICE), which is commissioned and funded by the Department of Health to develop clinical guidelines. SB received a fee from NICE for chairing the committee that made the recommendations described in this summary.

利益竞争(Competing interests): We have read and understood BMJ policy on declaration of interests and declare the following interests: KH, PC, and NE are employed by the National Institute for Health and Care Excellence (NICE). SB is a self employed obstetric academic and expert. She has been remunerated for chairing NICE and National Collaborating Centre for Women's and Children's Health committees, external reviews of serious incidents, service reviews, and occasional medicolegal advice (including as a member of the Medical Defence Union cases committee and council), and she receives book royalties. The authors' full statements can be viewed at [www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h824/related#datasupp](http://www.bmj.com/content/bmj/350/bmj.h824/related#datasupp).

来源与同行评议(Provenance and peer review): Commissioned; not externally peer reviewed.

## 参考文献

- Costello EJ, Erkanli A, Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:1263-71.
- Fergusson DM, Woodward LJ. Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:225-31.
- Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Recurrence of major depression in adolescence and early adulthood, and later mental health, educational and economic outcomes. *Br J Psychiatry* 2007;191:335-42.
- Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. *Br Med Bull* 2001;57:47-60.
- National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: Identification and management in primary, community and secondary care. (Clinical guideline 28.) 2015. [www.nice.org.uk/guidance/cg28](http://www.nice.org.uk/guidance/cg28).
- National Institute for Health and Care Excellence. Self harm: the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. (Clinical guideline 16.) 2004. [www.nice.org.uk/guidance/cg16](http://www.nice.org.uk/guidance/cg16).
- Guyatt GH, Oxman AD, Schunemann HJ, Tugwell P, Knottnerus A. GRADE guidelines: a new series of articles in the Journal of Clinical Epidemiology. *J Clin Epidemiol* 2011;64:380-2.

BMJ 2015;350:h824 doi: 10.1136/bmj.h824