

WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（五）：其他治疗

2014-10-15 来源：医脉通

医脉通编译，转载请注明出处。

2.3 草药治疗

对于不愿服用传统抗抑郁药的患者而言，草药疗法提供了另一种选择。有大量研究显示，短期治疗轻中度抑郁方面，贯叶连翘（圣约翰草）较安慰剂疗效更佳；与 TCAs 和 SSRIs 相比，治疗应答方面似无显著差异。然而，一项多中心安慰剂对照研究显示，圣约翰草治疗中重度抑郁与安慰剂无异。基于现有资料，不推荐使用该药治疗重度抑郁。该药标准剂量为 600–900mg/d。

需要牢记的是，该药与多种药物存在相互作用。

△WFSBP 推荐：

对于希望接受替代疗法的轻度抑郁患者而言，金丝桃属植物（圣约翰草）或为一种治疗选择。然而，针对潜在副作用及药物相互作用的教育必不可少，潜在药物相互作用同样需要加以监测。

（B 级证据，3 级推荐）

2.4 电休克治疗（ECT）

ECT 治疗重性抑郁障碍的疗效已得到充分验证，缓解率为 60-80%，最大程度的应答出现于治疗 2-4 周后。对于药物治疗应答不充分的患者而言，ECT 仍是最有效的治疗方式。

△WFSBP 推荐：

将 ECT 作为一线治疗的指征包括：伴精神病性特征的严重抑郁；伴精神运动性迟滞的严重抑郁；拒食患者；其他需要快速缓解抑郁症状的情况（如严重自杀倾向）；药物治疗受限（如妊娠）。对于此前对 ECT 应答良好及出于某些特定原因而倾向于使用 ECT 的患者而言，ECT 同样可被视为一线选择。

（C 级证据，4 级推荐）

ECT 治疗的缺点之一在于疗效仅能维持几个月，复发率达 50-95%，且主要发生于前 6 个月。ECT 的其他缺点包括一过性意识混乱状态及逆行性遗忘。总体而言，ECT 是较为安全的治疗手段，副作用发生率大约为 0.4%，且除颅内压升高外，ECT 无绝对禁忌症。尚无可靠证据显示，ECT 可导致结构性脑损伤。

△WFSBP 推荐

在进行 ECT 治疗前，医生必须与麻醉师密切合作，对患者的躯体状况进行全面评估。针对颅内压升高、脑血管脆性升高、心血管疾病（新近心肌梗死、心肌缺血、充血性心力衰竭、心律不齐或安装起搏器）、腹主动脉瘤及严重骨质疏松患者，实施治疗时应小心。ECT 仅应由经验丰富的精神科医师操作。

（临床共识）

目前，ECT 在门急诊的使用逐渐增加。治疗频率多为隔天、每周 3 次或每周 2 次。低频率治疗所导致的认知损害相对较轻，但并未显示与高频率同等的疗效。单侧 ECT 所导致的记忆损害相对较轻，但对于某些患者而言，效果可能不如双侧 ECT。理想状况下，总治疗进程应以缓解抑郁症状为目标，一般包含 6-12 次治疗，很少超过 20 次。

2.5 心理治疗

针对抑郁，研究最为深入的有效心理治疗包括认知行为治疗（CBT）、行为治疗、人际疗法及认知行为分析系统的心理治疗（CBASP）。然而，2012 年的一项 meta 分析显示，由于偏倚及随机效应，认知治疗减轻抑郁严重度的疗效或被高估，而包括缓解、自杀倾向、负性事件及生活质量在内的总体收益尚不明确。

△WFSBP 推荐：

心理治疗应被视为轻度抑郁患者的初始治疗方式。针对中重度抑郁、对抗抑郁药部分应答或存在用药依从性问题的患者，推荐心理治疗联合抗抑郁药治疗。在选择治疗形式时，患者个人的倾向及心理治疗的可获得性同样需要考虑。

（B 级证据，3 级推荐）

2.6 光照疗法

推荐使用荧光盒。若无条件，针对季节性情感障碍（SAD）患者，推荐使用“自然光治疗”：早晨在户外散步 1 小时，持续 2 周以上。

光照治疗并无绝对禁忌症，也无证据显示该疗法与视觉或视网膜损害有关，但存在视觉问题风险的患者在治疗前宜进行相关咨询。该疗法的副作用包括视觉疲劳或紊乱、头痛、激越、恶心、镇静，极少情况下可能出现轻躁狂或躁狂，但总体轻微且为一过性，可随时间推移或光照强度的降低而逐渐消失。

△WFSBP 推荐：

若有可能实施，且治疗依从性可以保证，光照疗法可被视为 SAD 的治疗选择之一。

（B 级证据，3 级推荐）

2.7 联合治疗

2.7.1 镇静剂/抗焦虑药

△WFSBP 推荐：

对于每一位患者而言，联用苯二氮草类药物时应谨慎评估潜在获益及弊端，后者包括镇静、精神运动及认知损害、其他中枢神经系统抑制潜力、依赖及停药综合征。总体而言，苯二氮草类药物不应用于既往或目前存在酒药滥用/依赖的患者。另外，抑郁患者使用苯二氮草的时间一般应限制在 4-6 周以内，直至抗抑郁药被证明有效。

（临床共识）

2.7.2 睡眠剥夺/觉醒疗法

△WFSBP 推荐：

睡眠剥夺疗法，尤其是完全睡眠剥夺，可单独应用于未经药物治疗的抑郁患者，或与抗抑郁药同时开始使用，以加速患者对药物的应答。另外，该疗法也可添加至正在进行的抗抑郁药物治疗方案中，以增强疗效。

（C1 级证据，4 级推荐）

2.7.3 锻炼疗法

△WFSBP 推荐：

锻炼疗法可与药物联合治疗轻到中度抑郁。

（B 级证据，3 级推荐）

2.8 其他治疗

2.8.1 经颅磁刺激（TMS）

△WFSBP 推荐：

针对在标准临床环境下使用 TMS 治疗抑郁，目前尚无充分证据，需进一步研究。

（D 级证据，5 级推荐）

2.8.2 迷走神经刺激（VNS）

△WFSBP 推荐

VNS 可能是药物治疗应答不理想的患者的一种治疗选择。

（D 级证据，5 级推荐）

2.9 难治性抑郁（TRD）

在对第一种抗抑郁药无应答的患者中，有多达 50%对第二种治疗同样如此。监管部门将 TRD 定义为：足量足疗程使用至少两种抗抑郁药，且治疗依从性确凿良好，但未出现具有临床意义的改善。

尽管很多治疗无应答者在使用上文所提及的治疗策略后获得了改善，仍有很多患者发展为慢性病程。

有人认为，药物治疗不足及治疗方案不系统与难治性抑郁相关。临床实践中，难治性抑郁通常与抗抑郁药剂量不足、治疗时长不恰当或治疗选择利用不足相关。一些研究显示，仅有少数“难治性抑郁”患者是绝对意义上的难治，对于大部分“相对难治性抑郁”患者，可以采用严谨的治疗方案促使

其改善，包括 ECT。当出现新的抑郁发作时，既往对 ECT 应答良好的患者可考虑即刻开始 ECT 治疗。

重复进行非足量的药物治疗可能对患者有害，造成消极预后。一些证据显示，这种治疗模式与难治性抑郁相关。有研究显示，先前每一次药物治疗失败可使患者对新的抗抑郁药的应答率下降 15-20%。其他导致难治性抑郁的原因包括“潜在的双极性”。

3. 重性抑郁障碍的巩固期治疗

巩固期治疗的目标为降低抑郁反复的风险。一般认为，这一过程应自症状缓解后持续 6 个月，但一些研究者推荐延长至 9 个月。总体而言，对于那些既往抑郁发作持续时间较长的患者而言，巩固期治疗应超过 9 个月。鉴于残留症状为日后症状更早再现的强预测因子，推荐治疗应持续至这些症状消失。若药物治疗无法完全消除残留症状，可考虑联合心理治疗。对于伴精神病性症状的抑郁患者而言，巩固期治疗时间应长于那些无精神病性症状的患者。

△WFSBP 推荐

若患者在急性期对特定抗抑郁药产生应答或缓解，建议于巩固期内以同一剂量沿用该药。若巩固期内未再发作，且患者为初发，则建议逐步减停抗抑郁药。患者在停药后应得到严密监测，以确保缓解的稳定性。若减药造成症状反复，药物应加回原始剂量，并持续至少 6 个月，此后方可尝试再次停药。

（B 级证据，3 级推荐）

相关资料：

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（一）：总论](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（二）：图表汇总](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（三）：抗抑郁药](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（四）：疗效](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（五）：其他治疗](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（六）：特殊情况](#)

医脉通编译，转载请注明出处。