

# WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（六）：特殊情况

2014-10-15 来源：医脉通

医脉通编译，转载请注明出处

## 4 特殊情况下的治疗

### 4.1 与其他精神障碍共病

#### 4.1.1 与焦虑障碍共病

△WFSBP 推荐：

针对合并突出焦虑症状或焦虑障碍（惊恐障碍、广泛性焦虑障碍或 PTSD）的患者，SSRIs、文拉法辛、TCAs 及 MAOIs 均有效，但起始剂量宜低，如氟西汀和帕罗西汀分别自 5mg 和 10mg 起始，并缓慢加至治疗剂量。快速滴定或导致焦虑症状在治疗应答出现前的一过性加重。

（C1 级证据，4 级推荐）

对于抑郁所伴发的焦虑症状，认知行为治疗（CBT）及人际治疗（IPT）均有效。

（B 级证据，3 级推荐）

对于抑郁所伴发的焦虑症状，抗抑郁药治疗第 1 周使用苯二氮草类药物或有帮助。

（A 级证据，1 级推荐）

鉴于心理及躯体依赖、耐受性、认知、运动功能损害的风险，强烈不建议在抗抑郁药长期治疗过程中使用苯二氮草类药物治疗共病焦虑症状。

（临床共识）

#### 4.1.2 共病强迫症状及强迫障碍

△WFSBP 推荐

推荐使用氯米帕明和 SSRIs 治疗抑郁共病强迫症状及强迫障碍的患者。此种情况下，SSRIs 的剂量通常 2-3 倍于治疗抑郁时。

（A 级证据，2 级推荐）

#### 4.1.3 物质滥用与依赖

抑郁综合征与物质滥用常出现交织。由于临床表现的复杂性，鉴别原发性心境障碍及物质滥用所导致的继发性心境障碍并不容易。

#### 4.1.3.1 原发性心境障碍

△WFSBP 推荐：

针对抑郁共病显著物质滥用的患者，在启动抗抑郁药治疗之前治疗物质滥用是较为慎重的做法，因为抑郁症状可能随物质滥用治疗的成功而缓解。处方药之间的相互作用值得注意。

（临床共识）

#### 4.1.3.2 物质滥用所致心境障碍

△WFSBP 推荐：

尽管抗抑郁药在治疗物质滥用所致心境障碍时拥有一席之地，但在使用此类药物之前必须充分权衡利弊，副作用及物质滥用相关躯体并发症均应加以考虑。有效的心理社会治疗包括认知疗法等，但这些治疗应确保根据患者的具体需要量身打造。

（临床共识）

### 4.2 老年患者

△WFSBP 建议：

老年重性抑郁障碍的诊断及治疗率均较低，目前准确评估抗抑郁药针对 65 岁以上老年人疗效的证据尚不充分。

对于老年群体而言，巩固期治疗较安慰剂有效。

（B 级证据，3 级推荐）

尽管目前抗抑郁药针对老年人疗效的证据尚不充分，但这一群体对抗抑郁药种类的选择不应受限。

（临床共识）

老年患者更易出现直立性低血压，对包括心血管副作用及抗胆碱效应在内的其他副作用也更为敏感。因此，SSRIs 及其他新型抗抑郁药较 TCAs 更适合老年人。

然而，新近也有证据显示，使用这些新型抗抑郁药时发生意愿之外转归的风险更高，这些证据值得加以考虑及评估。

老年患者的起始剂量一般低于相对年轻的成人患者，但滴定至有效剂量或有必要。同一剂量下，老年患者的血药浓度通常高于年轻个体，药物用量或需调整，尤其是那些存在肾功能及肝功能损害的老年患者。

（临床共识）

### 4.3 器质性疾病所致抑郁

导致抑郁的常见器质性疾病包括：

△神经退行性疾病（如阿尔茨海默病、帕金森病、多发性硬化、亨丁顿病）

△脑血管疾病（如卒中）

△其他神经系统疾病（如癫痫、脑肿瘤）

△内分泌疾病（甲状腺功能减退/亢进、肾上腺皮质功能减退/亢进、甲状旁腺功能减退/亢进、糖尿病）

△代谢疾病（如维生素 B12 及叶酸缺乏）

△全身性免疫疾病（如红斑狼疮）

△病毒及其他感染（如 HIV、肝炎）

△特定癌症（如胰腺癌、肺癌）

躯体疾病伴发抑郁的比例大约为 25%，这一数字在神经系统疾病患者中约为 40-50%。针对此种状况的一般策略为优先治疗躯体疾病，因为抑郁或为躯体疾病或其治疗过程所直接导致。若重性抑郁持续存在，则应考虑使用抗抑郁药治疗。

针对卒中后抑郁，去甲替林的疗效优于安慰剂及氟西汀，西酞普兰同样优于安慰剂。

总体而言，SSRIs 治疗抑郁共病痴呆患者的应答率低于未共病痴呆的患者。

治疗共病躯体问题的患者时，药物间相互作用同样需要考虑。

### 4.4 妊娠及哺乳期的抗抑郁药使用

与妊娠期使用抗抑郁药相关的三个主要风险分别为致畸性、围产期综合征及产后行为后遗症。

针对 TCAs 的研究数据较多，此类药物似乎没有致畸性，也不升高后两种风险。但新生儿适应困难或需治疗。

SSRIs 类药物西酞普兰和舍曲林并不升高畸形、宫内死亡及主要出生缺陷的风险；氟西汀和帕罗西汀或存在一定的致畸风险，不建议于妊娠期使用；妊娠期内使用抗抑郁药的孕妇所生育的婴儿中，大约三分之一出现新生儿适应不良，症状包括烦躁不安、肌张力差、啼哭弱或缺如、除外其他原因的呼吸窘迫、低血糖、Apgar 评分低和/或惊厥。上述现象在妊娠后三个月使用抗抑郁药时尤为明显。

有关 SNRIs 于妊娠期内使用的资料仍非常有限。目前为止，尚未发现此类药物可升高畸形风险，而后代宫内死亡风险的升高曾被探讨。安非他酮的相关资料有限。由于可能导致高血压危象，MAOI 禁用于妊娠期。

在很多情况下，妊娠期使用抗抑郁药是适宜的，但应充分权衡利弊。患者配偶也应参与决策的制定，这一点非常重要。心理治疗及 ECT 也应被视为治疗选择。

分娩后，很多女性再发心境障碍的风险很高。产后为期 7-10 天的一过性抑郁综合征通常并不能达到重性抑郁障碍的诊断标准。产后抑郁症的发生率为 10-15%，而既往存在重性抑郁病史的女性罹患产后抑郁的风险约为 25-50%。针对帕罗西汀、舍曲林、氟西汀、氯米帕明和去甲替林在哺乳期抑郁患者中的研究较多。

使用精神药物时，应每天观察婴儿在睡眠、喂食及行为方面的改变。若有相关征象，母亲应就此提醒医生。

ECT 应被视为妊娠期抑郁患者的一线治疗，尤其是妊娠前三个月。

## 5、个体化治疗

当前治疗推荐的一个系统性缺陷在于，它们难以厘清治疗应答在个体间的差异。尽管已经有许多遗传研究描述了治疗应答的潜在预测因素，这些结果尚不能完全转化应用于临床实践。

在预测个体针对特定抗抑郁药的应答时，研究通常聚焦于单胺系统的某些基因。5-HT 信号传导的单个基因变异即可影响个体对 SSRIs 的应答，去甲肾上腺素信号传导的基因变异似乎可影响个体对 NRIs 的应答，而糖皮质激素受体基因变异则与个体对多种类型抗抑郁药的应答有关。然而，上

述效应相当微弱，且受到表观遗传学的进一步调控，因此并不适合为选择不同抗抑郁药提供决策制定方面的指导。

对于此前抗抑郁药治疗应答不理想的患者，锂盐增效治疗可使其中 40-50%产生应答。然而，应答预测因素的研究结果并不一致。

我们所期待的是，基因组研究可拓宽我们的知识及推动实际应用。将基因预测因素、生物标记物及神经影像学数据成功集成于一个模型之中，可以为我们提供一扇通往有效、可用的个体化抗抑郁治疗的大门。

## 6、新型药物治疗手段

有望在不远的将来为我们所用的新型抗抑郁治疗药物包括 NMDA 受体拮抗剂（氯胺酮）以及多重 5-HT 效应剂（如 LUAA21004）。

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）](#)

相关资料：

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（一）：总论](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（二）：图表汇总](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（三）：抗抑郁药](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（四）：疗效](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（五）：其他治疗](#)

[WFSBP 单相抑郁障碍生物学治疗指南（六）：特殊情况](#)

医脉通编译，转载请注明出处。