

· 标准与规范 ·

综合医院焦虑抑郁诊断和治疗的专家共识

吴文源 魏镜 陶明

代表中华医学会精神病学分会焦虑障碍协作组

焦虑、抑郁是综合医院中常见的心理问题。绝大多数焦虑、抑郁障碍患者,曾以躯体不适症状在综合医院等医疗机构就诊。临床各科医师由于缺乏诊断和治疗心理障碍的培训和经验,不能识别和处理以躯体症状为主诉的焦虑和抑郁障碍病人,常导致漏诊、误诊,延误治疗时机和浪费医疗资源。针对上述问题,中华医学会精神病学分会焦虑障碍协作组专家撰写了本文,对焦虑和抑郁的筛查、诊断和治疗策略等进行了讨论,涵盖了焦虑和抑郁的鉴别诊断、转介给精神科医师、与患者和家属建立治疗联盟、根据个体需要选择并优化治疗,以及必要的非药物治疗等相关问题。

定 义

一、焦虑、焦虑状态、焦虑障碍

焦虑:通常是一种处于应激状态时的正常情绪反应,表现为内心紧张不安、预感到似乎要发生某种不利情况,属于人体防御性的心理反应,多数不需要医学处理。

焦虑状态:是一组症状综合征,包括下文要提及的躯体性焦虑症状、精神性焦虑症状以及坐立不安等运动性焦虑症状,个体有与处境不相符的情绪体验,可伴睡眠困难。属病理性,一般需要医学处理。

焦虑障碍:即焦虑症,是一类疾病诊断,症状持续、痛苦,严重影响患者日常功能,并导致异常行为,需要治疗。焦虑障碍又可按其主要临床表现分为若干类别,如广泛性焦虑、惊恐障碍、恐惧障碍等。

二、抑郁、抑郁状态、抑郁障碍

抑郁:是一种负性情绪,以情绪低落为主要表现,对平时感到愉快的活动兴趣降低。一般为正常心理反应,持续时间短,多数不需要医学处理。

抑郁状态:是一组症状综合征,以显著抑郁心境为主要特征,丧失兴趣或愉快感,表现有情绪、行为和躯体症状,一般为病理性,持续时间略长,需要医学处理。

抑郁障碍:即抑郁症,是一类疾病诊断。由各种原因引起、以显著且持久的心境低落为主要临床特征的一类心境障碍,影响社会功能,一般需要治疗。

本共识中所用“焦虑”和“抑郁”术语主要是指焦虑和抑郁状态,即严重程度达中等或以上,超出患者所能承受的程度或自我调整能力,对其生活和社会功能造成影响,但这种焦虑、抑郁并不一定达到或符合精神障碍的具体诊断标准。

流行病学

一、综合性医院就诊患者中常见焦虑、抑郁

综合医院就诊人群有焦虑、抑郁甚至患焦虑障碍、抑郁障碍比例明显增加。国内综合医院住院患者中超过 26% 的内外科门诊就诊者有焦虑和抑郁^[1],并且焦虑症状比例(35%)大于抑郁症状(33.2%)^[2]。近年国内一项大型流调显示,综合医院就诊患者焦虑障碍、抑郁障碍、抑郁和焦虑共病的校正患病率分别为 8.6%、12.0% 和 4.1%,能达到上述任一诊断的患病率为 16.5%^[3]。美国资料比例更高,发现超过 50% 的个体共患焦虑、抑郁或者有躯体化症状,并且社会功能受损程度增加^[4]。法国社区保健门诊患者有 14.9% 的患者符合美国精神障碍诊断与分类统计手册-第 4 版(DSM-IV)焦虑障碍或者抑郁症诊断标准^[5]。

1. 心血管疾病:心血管疾病合并焦虑、抑郁等心理问题在临床上很常见。心内科中超过半数的冠状动脉造影病变不明显者可诊断焦虑症;对中年非典型心绞痛或胸痛患者,接受心脏检查者中 9% 可诊断惊恐障碍。同样,患者合并抑郁的发生率也不少,为 17% ~ 27%^[6]。横断面调查发现,心脏病患者合并焦虑症和抑郁症的危险比分别为 2.2、2.1,明显高于正常人群^[7]。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2012.31.008

作者单位:200065 上海,同济大学附属同济医院精神医学科(吴文源);中国医学科学院北京协和医学院北京协和医院心理医学科(魏镜);浙江省杭州市第七人民医院(陶明)

通信作者:吴文源,Email:wuwy@tongji.edu.cn

2. 神经系统疾病: 神经系统疾病伴发焦虑、抑郁同样多见。队列研究发现, 卒中后 3~4 个月抑郁患病率为 24%~54%^[8]。北京、上海等 10 家综合医院神经内科卒中、帕金森病和癫痫就诊患者中, 焦虑、抑郁症状的患病率分别为 24% 和 20%^[9]。国外资料比例更高, 伴发焦虑可达 40%, 伴发抑郁可达半数以上。

3. 癌症: 癌症与抑郁有明显关联, 约半数伴抑郁症状, 可诊断为抑郁症者占 1/3。不同癌症类型患者的抑郁患病率差异较大, 按从高到低的比例依次为脑、胰腺、头颅、乳腺和妇科肿瘤等^[10]。

4. 其他: 消化系统疾病中常见有功能性消化不良、肠易激综合征等, 它们大多存在明显的焦虑和抑郁症状。世界精神病学学会资料显示, 糖尿病人群中约 1/3 出现疾病相关的抑郁症状群, 其中 11% 可诊断为抑郁症^[11]。

综上, 综合医院各科不同躯体疾病均可伴有不同比例、不同程度的焦虑和抑郁。

二、焦虑、抑郁识别率低, 治疗率更低

总体而言, 综合医院心理障碍患者总体识别率低, 尤其当焦虑和抑郁障碍与躯体疾病并存时, 其识别和治疗率更低。

在 20 世纪 90 年代 WHO 多中心调查^[12]中, 上海内科医师对心理障碍识别率仅为 15.9%, 远低于全球调查中 15 个国家资料的中位数^[13]。10 余年后, 中国沈阳调查综合医院对抑郁症的识别率仅为 4%^[14]。国外资料显示, 9.3% 个体在调查前 12 个月内曾患抑郁症, 但其中仅 27% 因抑郁症就诊; 未就诊患者中, 84% 不承认有心理障碍, 绝大多数在过去 1 年内曾以情绪以外的症状就诊^[15]。老年住院患者半数有严重焦虑症状, 也仅有 8% 被诊断为焦虑障碍^[16]。

焦虑和抑郁的治疗率更低, 约 10%。在社区中检出符合诊断标准的居民, 只有 6% 曾去医院就诊^[3], 即使到医院看病, 半数以上也是到非精神科就诊; 80% 的患者未做任何针对性处理^[17], 合适治疗率更低。

综合医院心理障碍总体识别率和治疗率如此低, 原因之一是绝大多数焦虑或抑郁障碍患者主诉是躯体症状, 而非情绪问题, 给各科医师识别造成困难, 尤其当躯体疾病和焦虑、抑郁障碍共病时更为突出。例如当抑郁症状与糖尿病症状互相重叠, 或抑郁症状和糖尿病症状相似时, 患者和临床医师常忽略了可能并发抑郁, 简单将病情变化归结于糖尿病,

延误了抑郁识别。其他原因还有患者耻感或通科医师对精神科诊疗相关知识和技能匮乏, 对心理疾病重视不足和诊疗时间不足。

焦虑和抑郁对躯体疾病的影响

伴发焦虑、抑郁会显著影响患者预后, 增加疾病负担, 影响患者生活质量。广泛性焦虑障碍患者 6 年复发率达 80%, 若无医治, 极少痊愈, 约半数迁延为慢性病程^[18]; 惊恐障碍也易转为慢性、复发性病程。

由于焦虑障碍患者常表现多种情绪相关躯体症状, 反复就诊于临床各科, 成为各级医疗保健机构医疗资源高使用者。例如, 以胸痛为主诉的急诊患者, 约 1/4 可诊断为惊恐障碍, 其中 98% 没能在接诊的心内科专科医师处获得正确诊断和合理治疗^[19], 多数病程迁延 2 年以上^[20]。

焦虑症状持续存在, 不仅增加患其他疾病的风险, 而且显著增加心血管疾病死亡风险, 是冠心病致病致残的重要危险因素, 焦虑和抑郁对稳定性心绞痛 2 年内心血管事件(心源性死亡、心肌梗死、心脏骤停)有显著预测效应^[21]。

抑郁的危害程度与焦虑相当, 也增加冠心病风险, 尤其是增加急性心肌梗死风险^[22], 是任一原因病死率和心血管病病死率增加的独立危险因子^[23]。抑郁症人群患糖尿病的风险增加 65%^[22]。抑郁和脑卒中的相互恶化关系更不能忽视, 有抑郁症状患者 10 年内卒中发生风险增加 2 倍^[24]。

综上所述, 不治疗焦虑抑郁情绪, 可加重疾病严重程度、延迟康复、影响患者的生活质量。

识别和诊断要点

一、识别临床症状是诊治的第一步

综合医院临床各科常见到的焦虑及抑郁多数为躯体疾病伴发, 可能是躯体疾病症状的一部分, 或是由治疗躯体疾病的药物导致; 部分患者可能并无躯体疾病, 而是以躯体症状为主诉的焦虑、抑郁。

分别识别情感(或精神)症状和躯体症状有利于对症状的全面掌握。临床上常为多种症状同时或交替、混合出现。

(一) 焦虑症状及简易筛查

1. 情感症状: 患者体验为过分担心、不安、着急、容易心烦、紧张、害怕或恐惧。外在表现可为表情急切、言语急促、心神不宁, 患者警觉性和敏感性增高, 常对小事失去耐心、发脾气、易抱怨。注意力

较难集中。

2. 躯体症状:又称自主(或植物)神经症状,可涉及呼吸、心血管、消化、神经、泌尿等多个系统,包括:口干、出汗、心悸、呼吸困难、喉部堵塞感、气急、尿频、尿急,面色潮红或苍白、阵发性发冷发热,颤抖、头昏、头晕、失平衡感,四肢酸软、乏力,腹部不适、恶心、呕吐、腹泻以及各种躯体疼痛等。

3. 运动症状:患者动作多,难以安静落座、经常变换姿位,躯干四肢震颤、发抖,深长呼吸、过度换气或经常叹气,捶打胸口,甚至搓手顿足,也会感觉头颈身体发紧僵硬、无法放松等。即如成语所说“坐卧不宁”。

可采用“90 秒 4 问题询问法”快速筛查焦虑症状(表 1)^[25]。如果回答阳性(即是或有)有 2 项或以上,则需进一步做精神检查。

表 1 焦虑症状的简易筛查

问题	阳性
你认为你是一个容易焦虑或紧张的人吗?	是(了解是否有焦虑性人格或特质)
最近一段时间,你是否比平时更感到焦虑或忐忑不安?	是(了解是否有广泛性焦虑)
是否有一些特殊场合或情景更容易使你紧张、焦虑?	是(了解是否有恐惧)
你曾经有过惊恐发作吗,即突然发生的强烈不适感或心慌、眩晕、感到憋气或呼吸困难等症状?	有(了解是否有惊恐)

(二) 抑郁症状及简易筛查^[26-27]

1. 情感症状:(1)情绪低落:患者显出面容愁苦,表情忧烦;内心感觉苦闷、压抑、难过,觉得心情如同“乌云笼罩”,没有愉悦感;对自己状况评价低,把自己的困难(包括疾病或不适症状)看得很严重;常委屈悲伤,自卑自责,容易哭泣。(2)思维迟缓:患者思维和反应速度减退,自觉“脑子不好使”,思考能力下降;交谈时主动言语和表达减少,回答问题缓慢;工作、学习及解决问题的能力较平时下降。形象化比喻为脑子像“生了锈的机器”。(3)兴趣减退:患者对以往喜好甚至热衷从事的事物与活动不再感兴趣,认为什么都没有意思、“兴致索然”;行事被动、不愿参与,常独处或独坐不语,疏远他人;较重的患者则回避社交活动或长时间居家不出,甚至卧床不起。(4)消极观念及行为:患者感受到对自己的状况“无能为力”,生活没有希望、没有意义或者只是“活受罪”;认为生存下去没有价值、拖累别人;认为自己死了反而更好,会想到不如暴毙或者干脆安乐死,甚至会想到自杀;较重的患者进一步会计划

自杀,甚至有实际的准备和尝试。

2. 躯体症状:(1)疲劳或乏力:患者常感到明显的疲乏、身体虚弱或沉重,体力下降,一般活动即引起显著疲劳,连交谈一会儿都觉得困难,且休息之后无法缓解。即真正体会到“心有余而力不足”或“有气无力”。(2)睡眠障碍:多为形式多样的睡眠问题。可以表现为入睡困难、睡眠不深、易醒、早醒、睡眠感缺乏、多梦或睡眠过多,其中早醒具有特征性,典型患者比平时早醒 2 h 以上,醒后不能再入睡。(3)食欲和体重改变:多数患者常常感到食欲不振、进食量减少、体重下降,有时体重减轻与食欲减退不成比例。也可以出现腹胀、早饱,餐后上腹痛、胃部烧灼感,恶心、暖气、打嗝,便秘、排便困难或腹泻等多种消化道症状。少数患者出现食欲增加、暴饮暴食和体重增加。(4)性欲和性功能改变:患者自感性欲下降,对性生活无要求、无意愿,或者性活动中快感缺乏。男性可能出现阳痿、早泄,女性出现月经紊乱等。(5)多部位的疼痛或不适:多种功能性疼痛可以是抑郁的重要症状,包括肌肉痛、头痛、腰痛、背痛、四肢关节痛、颈部痛、腹痛、胸痛等。(6)其他:头昏、头沉,心悸、胸闷,口干、多汗,尿频、尿急,耳鸣、视力模糊、眼部异物感,肢体麻木、肌肉痉挛等非特异性症状均可出现。

可通过“90 秒 4 问题询问法”来快速筛查抑郁症状(表 2)^[25]。如果回答皆为阳性(即是或有),则需要进一步精神检查。

表 2 抑郁症状的简易筛查

问题	阳性
过去几周(或数月)是否感到无精打采、伤感,或对生活的乐趣减少了?	是
除了不开心之外,是否比平时更悲观或想哭?	是
经常有早醒吗(事实上并不需要那么早醒来)?	每月超过 1 次以上为阳性
近来是否经常想到活着没意思?	经常或“是”

二、拟诊和确定治疗方案前需要做出状态(综合征)描述与诊断

(一) 焦虑状态(综合征)

各种焦虑症状妨碍患者应对环境和处境时需要发挥出来的各种功能,妨碍患者的生活功能、家庭功能及社会功能。

患者同时有明显的焦虑情感症状、自主(植物)神经功能紊乱症状和运动症状。根据具体的表现形式,又可以分为下述具体的一些类型:

1. 惊恐发作:患者突然感到突如其来的惊惧不安;伴严重的自主(植物)神经功能紊乱症状,包括胸闷、心悸等心脏症状、呼吸困难及其他严重的躯体不适感;可伴有濒死感、失控感。通常症状急剧加重,在 10 min 内达到高峰,持续数分钟至 1 h 或数小时不等。患者极度恐惧,常求救或急诊,而客观医学检查结果不能解释其症状。患者发作时意识清醒,发作后多有疲劳感并心有余悸,担心自己再次发作。

2. 恐惧(综合征):患者在面临具体情境或物体时出现上述焦虑情感症状,伴显著的自主(植物)神经功能紊乱症状和运动症状;对相应物体或情境存在预期性焦虑,常有对具体情境和物体的明显回避。

(二) 抑郁状态(综合征)

各种抑郁症状持续存在,主动调整难以改善,对患者的日常生活与工作造成不利影响。

患者心情忧郁、兴趣减退、缺乏愉悦感、自我评价降低;有无用、失望或绝望感、内疚甚至罪恶感;常有不同程度的疲乏感,休息或睡眠不能有效地恢复精力,工作能力下降;患者思维活动减慢、言语减少,决断能力明显降低,说话也可能变得缓慢;常伴有食欲、体重、睡眠、性欲改变及其他躯体不适。

以上情感和躯体症状一般与其客观处境并不相称。较重的患者会觉得生存没有意义,甚至产生自杀观念。

三、必要时识别或诊断精神障碍

一般不主张非精神科医师做出精神障碍诊断。

常见的焦虑障碍和抑郁障碍如广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、混合性焦虑抑郁障碍及抑郁发作、抑郁症等的诊断,参考 ICD-10 精神与行为障碍分类^[28]和《焦虑障碍防治指南》^[29]、《抑郁障碍防治指南》^[30]有关内容。

四、识别时观察和问诊的要点

适用于那些难以主动表述甚至拒绝表述情感(精神)症状的患者。在判断焦虑或抑郁情绪时应尊重患者的自身体验。

1. 围绕核心症状进行观察和询问:(1)焦虑的识别:对以各种躯体问题就诊于非精神科的患者,他们焦虑的症状可能表现为反复主诉多种躯体不适;进行检查前或等待检查结果时表现过度的担心和犹豫、反复询问、难以确信、过度要求医师给予安慰或保证;表现烦躁、缺乏耐心等;难以解释的症状和睡眠问题也可能是焦虑的线索。(2)抑郁的识别:对以各种躯体问题就诊于非精神科的患者,当发现他们的主诉和症状难以单纯用躯体疾病解释,伴有睡

眠障碍或表现闷闷不乐时需要考虑存在抑郁的可能性。通常要提问:“得病以来是否大多数时候高兴不起来?”以及“是否会感觉到没意思?”。两个问题中任何一个回答“是”,需要进一步评估。

2. 询问时要避免有主观推测,减少患者的抵触、否认和耻感。比如提问时不说“你的症状是否因为心情不好?”,而是说“你生病这段时间每天心情怎么样?”。

3. 敏锐识别存在自杀风险的患者:可以从询问患者对目前生活的感受开始,如“你有时会想到活下去没有意思吗?”。如果涉及到肯定回答,接着询问关于死亡或自杀的问题,如“你最近考虑过死亡的问题吗?”、“你是否会想到要伤害自己(或自我了断)?”。对以上问题有肯定回答即有自杀风险的患者应转介精神/心理科进一步评估和处理。

五、参考、使用评估量表作为工具来筛查焦虑、抑郁症状及判断严重程度

必须注意的是任何量表评估所得的评分都绝不能作为诊断疾病的依据,只能用于反映患者当前是否存在症状、反映临床症状的严重程度以及持续时间。

目前常用的焦虑或抑郁自评量表有:

1. 医院焦虑抑郁量表(HADS):为 14 个条目的自评量表。包含两个独立的分量表评估焦虑和抑郁。中文版通常以 9 分作为分界值。

2. Zung 氏焦虑/抑郁自评量表(SAS/SDS):为各有 20 个条目的自评量表。各条目的总和换算为标准分,50 分以下为正常,50~59 分为轻度焦虑/抑郁,60~69 分为中度,70 分以上为重度。

3. 患者健康问卷抑郁量表(PHQ-9):9 个条目的自评问卷。评分 5、10、15 和 20 分别代表轻度、中度、中重度和重度。

4. 患者健康问卷抑郁量表(PHQ-2):2 个条目的自评问卷,包含 2 个问题:“缺乏兴趣或愉悦感”和“情绪低落、抑郁、无望”,每项评分 1~3 分,两项之和 3 分以上为筛查阳性。

5. 患者健康问卷焦虑及抑郁量表(PHQ-4):4 个条目的自评问卷,包含 2 个关于焦虑和 2 个关于抑郁的问题,每项评分 1~3 分,焦虑两项之和 3 分以上为焦虑筛查阳性,抑郁两项之和 3 分以上为抑郁筛查阳性。

6. 老年抑郁量表(GDS):为 30 个条目的自评问卷,适用于老年人。采用“是”或“否”的答案便于老年人的理解。中文版以 10~20 分作为轻度抑郁

的分界值。

7. 状态-特质焦虑问卷(STAI):分别评定焦虑状态和焦虑特质。区别患者当前情绪的焦虑状态和人格的焦虑倾向特征。分数越高焦虑越强。

治 疗

躯体疾病与其伴发的焦虑抑郁互相影响,需要加以关注。其症状的严重程度不仅与病情的危急程度、病程长短、躯体疾病之间的共病状况、医疗措施与用药情况等有关,还与患者的家庭支持、经济状况、心理应激、人格特征等社会心理因素密切相关。治疗医师需要综合考虑躯体与精神方面的各种因素,根据治疗原则采取相应的治疗策略和措施^[29-31]。

一、治疗目标

1. 缓解或消除患者的焦虑抑郁症状,减轻对躯体健康的影响。

2. 重建治疗信心,提高治疗依从性,促进躯体与心理全面康复。

3. 提高应对能力,恢复社会功能,改善生活质量。

二、治疗原则

1. 全面评估:患者同时存在躯体和精神障碍,实施精神科治疗前必须对患者的躯体和精神状态以及影响因素作出全面评估,充分考虑治疗的必要性、安全性和可行性。评估的主要内容包括:躯体疾病及其治疗药物的影响、焦虑抑郁的严重程度、精神药物治疗的获益与风险、治疗的耐受性、依从性及监测措施。对于症状较轻患者仅需予以关注或心理支持;症状明显影响躯体疾病的治疗或康复,给患者造成精神痛苦,可考虑药物治疗或心理治疗;精神症状严重患者建议申请精神科医师会诊,或转精神科治疗。

2. 治疗联盟:治疗方案的选择与实施取决于医患之间治疗联盟的建立和发展。治疗联盟本身就是最基本的治疗措施,与患者及其家属进行有效沟通,让其充分表达自己的感受与体验、需要与愿望、经验与认识,有助于消除疑虑、缓解紧张、澄清误会、重建信心,良好的治疗联盟是提高治疗依从性、取得疗效的基本保证。

3. 综合治疗:躯体疾病与心理因素的交互影响对患者的焦虑抑郁发生发展有着重要的影响,药物治疗和心理治疗对于缓解患者的焦虑抑郁症状均有效。初发患者可以根据躯体疾病的病情程度及伴随

焦虑抑郁情况确定治疗方法,急性发病期建议药物治疗与心理治疗联合治疗,症状缓解后可采用一种治疗方式维持治疗。反复发作或者慢性病程持久者常常也需要两者联合治疗。对于轻中度的焦虑抑郁障碍,或存在明显心理社会因素、药物治疗依从性差,或躯体状况不适宜药物治疗时可优先考虑心理治疗。无明确诱因且病程持久、焦虑抑郁程度较重,或伴有失眠、精神痛苦严重、且躯体症状与情绪相关、伴药物滥用、既往有焦虑抑郁障碍发作史等优先考虑精神药物治疗。综合精神药物治疗和心理治疗,有助于更快、更有效地改善患者的预后。

4. 个体化治疗:全面考虑患者的躯体疾病性质、严重程度、当前焦虑抑郁障碍的临床表现、年龄特点、既往药物治疗史以及是否存在社会心理应激因素、自杀风险等,因人而异制定个体化的治疗方案。

三、治疗策略

1. 躯体疾病伴发的焦虑抑郁障碍与其原发疾病有着密切的关系,因此治疗首先是针对原发躯体疾病,选择适宜的药物有效控制原发疾病是治疗这类焦虑抑郁障碍的基本策略之一。

2. 不同的躯体疾病所伴发的焦虑抑郁障碍所采用的治疗策略也往往不同:(1)急性起病的躯体疾病所出现焦虑抑郁表现是疾病急性期的临床伴发症状之一,抗焦虑抑郁治疗也主要针对急性期实施,一旦病情稳定,症状消失后即可考虑逐步减药或停药;(2)长期患病或慢性反复发作的躯体疾病,或者病情不稳定者,其焦虑抑郁的临床症状既与原发疾病有关,也与长期反复的慢性疾病导致其心理承受能力下降有关,抗焦虑抑郁治疗在急性期控制临床症状后往往还需要继续巩固治疗一段时间;(3)对于既往曾有焦虑抑郁障碍发病史,目前所患脑和躯体疾病同时存在显著的焦虑抑郁症状,或同时存在明显的社会心理因素,抗焦虑抑郁治疗往往需要全程实施,即急性期、巩固期、维持期。

3. 急性期治疗:尽快控制症状,达到临床痊愈。药物治疗可因作用机制不同其起效时间有一定差异,一般1~2周开始起效,严重焦虑抑郁障碍患者药物治疗的起效时间会延长至2~4周起效,因而可以考虑短期联用苯二氮革类药物;治疗有效率与时间呈线性关系,焦虑抑郁症状改善50%的平均治疗时间为2~4周,如果患者药物治疗6~8周无效,建议申请精神科会诊或转精神科治疗。

4. 巩固期治疗:巩固疗效。不同疾病患者的巩固治疗时间差异较大,一般至少3~6个月,在此期

间患者病情不稳,有较大复发的风险。

5. 维持期治疗:维持期维持治疗一般需要 6 ~ 12 个月。维持治疗结束后,病情稳定,可缓慢减药直至终止治疗,但应密切监测病情反复的临床征象,一旦发现病情反复征象,可迅速恢复原治疗。

四、治疗措施

(一) 药物治疗

1. 药物治疗的基本原则:(1)明确躯体和精神障碍的诊断,充分评估焦虑抑郁障碍药物治疗的必要性和安全性。(2)精神药物治疗的选择必须根据患者的年龄、所患躯体疾病的性质、严重程度、症状特点、治疗药物以及患者对精神药物的耐受性、选择偏好以及药物费用负担等因素。(3)药物治疗前向患者及家人介绍药物性质、作用、起效时间、疗程以及可能发生的不良反应及对策。(4)药物宜小剂量开始逐步递增,躯体状况较差的患者初始剂量更小,往往是药物推荐起始剂量的 1/2 ~ 1/4,治疗尽可能采用最小的有效量,使不良反应减至最少,以提高服药依从性和安全性。(5)精神药物优先选择安全性高、抗焦虑抗抑郁疗效确切的选择性 5-HT 再摄取抑制剂、选择性 5-HT 及 NE 再摄取抑制剂、NE 及特异性 5-HT 能抗抑郁药、5-HT 受体拮抗和再摄取抑制剂、选择性 5-HT_{1A} 受体激动剂以及其他药物(氟哌噻吨美利曲辛等)。(6)治疗早期可以酌情联用苯二氮草类药物,有助于快速控制焦虑、改善睡眠、减少抗抑郁药物的不良反应,但持续用药不宜超过 4 周。(7)治疗期间应密切观察病情变化,及时调整药物剂量,尤其要注意与躯体疾病治疗药物间的相互作用,及时处理药物不良反应。

2. 药物治疗的临床选择:(1)选择性 5-HT 再摄取抑制剂(SSRI):临床常用的有氟西汀、帕罗西汀、舍曲林、氟伏沙明、西酞普兰、艾司西酞普兰。这类药物的作用机制是通过抑制突触前 5-羟色胺能神经末梢对 5-羟色胺的再摄取而获得疗效,具有疗效确切,不良反应少,耐受性好,服用方便等特点,临床应用广泛。大量文献证实,与安慰剂相比,SSRI 对抑郁症疗效显著。10 个以上的系统综述和荟萃分析得出结论,SSRI 与其他抗抑郁药物(主要是三环类抗抑郁药)疗效相当。(2)选择性 5-HT 及 NE 再摄取抑制剂(SNRI):具有 5-HT 和 NE 双重再摄取抑制作用,主要代表药物有文拉法辛和度洛西汀。相对于 SSRI 类药物,一些荟萃分析证实 SNRI 稍优。(3)NE 及特异性 5-HT 能抗抑郁药(NaSSA):代表药物为米氮平,其作用机制通过增强 NE、5-HT

能的传递及特异阻滞 5-HT₂、5-HT₃ 受体,拮抗中枢去甲肾上腺素能神经元突触 α_2 自身受体及异质受体。临床特点是镇静作用明显,能改善食欲,抗胆碱能作用轻。(4)5-HT 受体拮抗和再摄取抑制剂(SARIs):主要代表药物为曲唑酮,其药理作用复杂,具有拮抗 5-HT₂ 受体,兴奋其他受体特别是 5-HT_{1A} 受体而发挥作用。与镇静药物联用会加强中枢抑制,包括酒精的抑制作用,易引起血压降低,与降压药联用应谨慎。(5)选择性 5-HT_{1A} 受体激动剂:这类药物属于新型的非苯二氮草类抗焦虑药,其抗焦虑作用主要与 5-HT_{1A} 具有较强的亲和力,能够激活突触前 5-HT_{1A} 受体,抑制神经元放电,减少 5-HT 的合成与释放,但对突触后 5-HT_{1A} 受体具有拮抗作用。目前临床常用的药物有丁螺环酮和坦度螺酮。(6)苯二氮草类药物(BZD):主要作用于抑制性神经递质 γ -氨基丁酸系统(GABA),因其抗焦虑作用强、起效快、疗效好、不良反应轻、安全可靠等特点而被临床广泛应用。这类药物的最大缺点是容易产生耐受性,多种药物之间具有交叉耐受现象。长期应用往往会产生依赖性,包括精神依赖和躯体依赖,估计连续用药 > 6 个月者为 5% ~ 50%,一般短半衰期的药物较容易发生,因而不宜单一长期使用。常见的不良反应有嗜睡、头痛、激越、抑郁、食欲减退、记忆障碍等,老年体弱者易于出现共济失调、感知障碍、呼吸抑制等。(7)其他药物:代表药物为氟哌噻吨美利曲辛(黛力新,Deanxit):每片含 0.5 mg 氟哌噻吨以及 10 mg 美利曲辛。前者是一种抑制突触后 D₁、D₂ 受体的抗精神病药,后者是一种抑制 5-HT 和 NE 再吸收的抗抑郁剂。低剂量应用时,具有兴奋性,此药具有抗焦虑、抗抑郁和兴奋特性,适用于轻、中度的焦虑及伴发抑郁患者。临床常用剂量为 1 ~ 2 片/d。不良反应较轻,耐受性好,但长期使用注意锥体外系反应的发生,尤其在老年人应用时应该密切观察。

3. 药物的主要适应证:上述药物在中国 SFDA 注册的适应证:主要适用于焦虑障碍的药物有丁螺环酮、坦度螺酮和苯二氮草类;主要适用于抑郁障碍的药物有西酞普兰、米氮平,阿戈美拉汀也获得了抑郁症的适应证;焦虑障碍和抑郁障碍均适用的药物有帕罗西汀、氟西汀、舍曲林、氟伏沙明、艾司西酞普兰、文拉法辛、度洛西汀、曲唑酮和氟哌噻吨美利曲辛。

另外,传统的三环类抗抑郁药主要适应证为抑郁症,其中有些药物如多塞平也注册了焦虑症,但因

不良反应较多,一般不推荐用于有躯体疾病的患者。

(二)心理治疗

1. 心理治疗是焦虑抑郁障碍患者的基本治疗措施之一,适用于各种焦虑抑郁障碍患者,对于轻-中度的焦虑抑郁障碍患者可以作为单独的治疗措施。

2. 选择心理治疗时需要考虑的主要因素有:患者是否面临心理应激或足以影响其情绪的社会心理因素、医师是否受过规范训练并具有心理治疗经验、患者的兴趣和既往接受心理治疗有效的经历、是否存在人格缺陷、是否存在药物治疗的风险等。

3. 对于儿童、孕妇、哺乳期或计划怀孕者倾向于采用心理治疗作为初始治疗。

4. 常用的心理治疗方法有:支持性心理治疗、认知行为治疗、行为治疗、人际关系治疗、精神动力学心理治疗、生物反馈治疗、家庭治疗等。(1)认知行为治疗:荟萃分析显示,认知行为治疗(CBT)的疗效明确,但有研究提示,症状严重的患者疗效差。中度到重度的抑郁症患者,需要更有经验的 CBT 治疗

师才能取得疗效。与药物治疗不同,CBT 即使在停止治疗以后还能降低复发危险性,维持治疗期间继续 CBT 可以进一步降低这一危险性。(2)行为治疗:有大量研究证实了行为治疗的疗效。有两项荟萃分析发现,行为治疗优于对照,尤其是轻症患者行为治疗的效果较为理想。(3)人际关系治疗(IPT):一系列随机研究证实 IPT 的疗效。很多研究把 IPT 作为单一治疗或增效治疗,对照研究提示可用于焦虑抑郁障碍各个阶段的治疗。一般来说,IPT 是药物治疗患者有效的增效措施,IPT 中患者和治疗师人际关系危机(如角色转换)的解决程度,与症状改善有关。(4)精神动力学心理治疗:用于焦虑抑郁障碍的临床资料很多,但是理想的研究十分有限;荟萃分析发现短程和长程精神动力心理治疗对焦虑抑郁障碍的患者获益是肯定的。

5. 对于中-重度焦虑抑郁障碍患者、或病情反复发作、症状有慢性化趋势、存在明显的心理冲突、人际关系困难、人格缺陷、药物治疗依从性差、或者单一治疗措施仅部分有效,精神药物联合心理治疗

常用焦虑抑郁障碍治疗药物的临床应用特点

药名	SSRI						SNRI		NaSSA	SARI	选择性 5-HT1A 受体激动剂	
	氟西汀	帕罗西汀	舍曲林	氟伏沙明	西酞普兰	艾司西酞普兰	文拉法辛	度洛西汀	米氮平	曲唑酮	丁螺环酮	坦度螺酮
规格 (mg)	20	20	50	50	20	10	25,75,150	60	30	50	5,10	10
常用剂量 (mg)	20 ~ 40	20 ~ 40	50 ~ 100	100 ~ 200	20	10	75 ~ 225	60 ~ 120	15 ~ 45	50 ~ 100	15 ~ 60	20 ~ 60
蛋白结合 (%)	95	95	95	77	80	80	27	>90	85	89 ~ 95	95	
达峰时间 (h)	4 ~ 8	3 ~ 8	6 ~ 8	2 ~ 8	1 ~ 6	2 ~ 5	5.5	6	2	1	2.5	0.8 ~ 1.4
半衰期 (h)	24 ~ 72	20	25	15	35	30	4 ~ 12	8 ~ 17	20 ~ 40	25 ~ 9	1 ~ 2	1.2 ~ 1.4
肝酶抑制 2D6	+++	+++	++	+	++	++	+	++	-			
1A2	++	+	+	+++	+	-	-	-	+			
3A4	+	+	++	++	-	-	+	-	+			
2C19	++	+	++	+++	+	-	-	-	-			
2B6	++	+++	++	++	+	-	+	-	-			
常见不良反应	恶心、呕吐、便秘或腹泻较多见,多数可以耐受,且治疗数周后逐渐减轻或消失;少数患者会出现口干、多汗、坐立不安,情绪激动,睡眠障碍及性功能障碍等						恶心、呕吐、便秘、多汗、心率和血压增高、性功能障碍和情绪激动等		口干、镇静、食欲和体重增加	口干、镇静、头痛、体位性低血压,偶见勃起障碍	头晕、头痛、嗜睡、恶心、食欲下降、疲乏等	

更有帮助。

志谢 张明园(上海市精神卫生中心)、赵靖平(中南大学精神卫生研究所)、季建林(复旦大学附属中山医院)、司天梅(北京大学附属第六医院)、施慎逊(复旦大学附属华山医院)、陆峥(同济大学附属同济医院)、李惠春(浙江大学附属第二医院)多次参与了本共识的审阅修订工作

参 考 文 献

- [1] 吴文源, 刘美兰, 李春波, 等. 综合性医院就诊病人伴发的抑郁焦虑症状及其治疗. 中华医学杂志, 1999, 79: 509-511.
- [2] 于德华, 吴绍敏, 李春波, 等. 综合医院住院患者焦虑与抑郁症状调查. 临床精神医学杂志, 2004, 14: 68-70.
- [3] 何燕玲, 马弘, 张岚, 等. 综合医院就诊者中抑郁焦虑障碍的患病率调查. 中华内科杂志, 2009, 48: 748-751.
- [4] Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, et al. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. Gen Hosp Psychiatry, 2008, 30: 191-199.
- [5] Norton J, de Roquefeuil G, David M, et al. Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription. Encephale, 2009, 35: 560-569.
- [6] Evans DL, Charney DS, Lewis L, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. Biol Psychiatry, 2005, 58: 175-189.
- [7] Ormel J, Von Korff M, Burger H, et al. Mental disorders among persons with heart disease-results from World. Gen Hosp Psychiatry, 2007, 29: 325-334.
- [8] Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L, et al. The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO). J Neurol, 2006, 253: 556-562.
- [9] 付朝伟, 徐飏, 詹思延, 等. 中国四城市综合医院神经内科患者抑郁、焦虑现况研究. 中华流行病学杂志, 2006, 27: 803-807.
- [10] Massie MJ. Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Inst Monogr, 2004(32): 57-71.
- [11] Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care, 2001, 24: 1069-1078.
- [12] Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. JAMA, 2004, 291: 2581-2590.
- [13] 肖世富, 陆余芬, 卜锦炎, 等. 世界卫生组织初级卫生保健病人心理障碍合作研究的上海样本结果. 中华精神科杂志, 1997, 卷(02): 27-31.
- [14] Qin X, Wang W, Jin Q, et al. Prevalence and rates of recognition of depressive disorders in internal medicine outpatient departments of 23 general hospitals in Shenyang, China. J Affect Disord, 2008, 110(1-2): 46-54.
- [15] Hamalainen J, Isometsa E, Laukkala T, et al. Use of health services for major depressive episode in Finland. J Affect Disord, 2004, 79(1-3): 105-112.
- [16] Mulsant BH, Reynolds CF 3rd, Shear MK, et al. Comorbid anxiety disorders in late-life depression. Anxiety, 1996, 2: 242-247.
- [17] Phillips MR, Zhang J, Shi Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey. Lancet, 2009, 373: 2041-2053.
- [18] Lee S, Tsang A, Chui H, et al. A community epidemiological survey of generalized anxiety disorder in Hong Kong. Community Ment Health J, 2007, 43: 305-319.
- [19] Fleet RP, Dupuis G, Marchand A, et al. Panic disorder in emergency department chest pain patients: prevalence, comorbidity, suicidal ideation, and physician recognition. Am J Med, 1996, 101: 371-380.
- [20] Fleet RP, Lavoie KL, Martel JP, et al. Two-year follow-up status of emergency department patients with chest pain: Was it panic disorder. CJEM, 2003, 5: 247-254.
- [21] Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease. Arch Gen Psychiatry, 2008, 65: 62-71.
- [22] Campayo A, de Jonge P, Roy JF, et al. Depressive disorder and incident diabetes mellitus: the effect of characteristics of depression. Am J Psychiatry, 2010, 167: 580-588.
- [23] Gump BB, Matthews KA, Eberly LE, et al. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. Stroke, 2005, 36: 98-102.
- [24] Ohira T, Iso H, Satoh S, et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. Stroke, 2001, 32: 903-908.
- [25] 季建林. 重视医患关系, 提高沟通技能. 内科理论与实践, 2011, 6: 167-170.
- [26] 韩彦超, 宗艳红, 张彦恒, 等. 117 例抑郁症患者的躯体症状和首诊情况调查. 中国心理卫生杂志, 2008, 22: 874-877.
- [27] 抑郁症临床症状表现复杂多样. <http://www.psycard.com/ztjj/ShowArticle.asp?ArticleID=15583>.
- [28] Organization WH. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1992. Geneva. World Health Organization.
- [29] 吴文源. 焦虑障碍防治指南. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [30] 江开达. 抑郁障碍防治指南. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
- [31] Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, et al. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd ed. American Psychiatric Association, 2010. <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1667485>.

(收稿日期: 2012-07-03)

(本文编辑: 朱瑶)