
2013 WFSBP 单相抑郁障碍生物治疗指南（一）：总论

[医脉通](#) 2014-10-11

World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders

世界生物精神病学联合会（WFSBP）单相抑郁障碍生物治疗指南

第 1 部分：单相抑郁障碍的急性期及持续期治疗（2013 年更新版）

摘要

目标：2013 年更新版由 WFSBP 国际工作组开发完成，旨在系统地回顾所有与单相抑郁障碍治疗相关的可用证据，并基于现有证据制定一系列具有临床及科学意义的临床推荐。本指南力求为所有接诊及治疗抑郁患者的医师所用。方法：系统更新了文献检索及评估，所有推荐建议均由指南工作组所批准。结果：本指南的第一部分涵盖了单相抑郁障碍的定义、分类、流行病学及病程，以及急性期及维持期的治疗。本指南主要涉及成人抑郁的生物学治疗，包括抗抑郁药、其他精神药物治疗、电休克治疗（ECT）、光疗、联合治疗及新型治疗手段。结论：目前为止，有很多具有循证学证据的抗抑郁治疗选择。然而，仍有很多患者无法实现完全缓解。另外，躯体/精神科共病与其他特定状况尚需更透彻的研究，因此，我们需要进一步开展高质量的有益的随机对照研究。

关键词

重性抑郁障碍，急性期治疗，维持期治疗，药物治疗，抗抑郁药

一般建议

一般而言，对于满足 ICD-10 中抑郁发作及 DSM-IV-TR 中重性抑郁障碍诊断标准的患者，生物学治疗应加以考虑，包括药物及非药物治疗。

治疗开始前，医师应基于患者的病史、当前临床亚型、当前精神检查结果、疾病严重程度及自杀风险制定详尽的治疗方案。精神科及躯体共病、非精神科药物及心理社会因素同样需要充分考虑，因为这些因素可能参与了抑郁综合征的发生发展，或对治疗构成干扰。应评估心境障碍家族史及治疗反应。

无论选用了何种生物学干预方式，精神科管理即应启动，并持续整个治疗过程。这些管理措施包括确定治疗方案及设置，建立及维持治疗同盟，监测及再次评估患者包括自杀风险在内的精神状况，再次评估诊断效力，监测患者对治疗的应答，副作用及一般躯体状况，并就治疗依从性的重要性教育患者及其家人。

急性期治疗的最终目的在于症状缓解。在大约 2 周的抗抑郁药治疗后，医师应评估患者的治疗应答；若疗效欠佳，应优化治疗策略。在进入维持期之前，实现最大限度的症状缓解可能至少需要 8-10 周。抑郁越严重，患者从足效治疗中所获得的潜在受益越大。

巩固期治疗的目的为预防复发、消除一切残余症状、使患者的心理社会及职业功能恢复到病前状态。

维持期（预防）治疗的目标为预防新的抑郁发作及自杀。

成功的抗抑郁同时治疗包括针对患者及其家人的教育，包括可行的治疗选择、治疗起效时间及可观察到的征象、早期副作用及应对策略、预期治疗进程。

生物学治疗推荐

抗抑郁药为重性抑郁（中-重度）发作的一线治疗。根据个体特征和/或患者的需求，抗抑郁药或可同样用于轻度抑郁发作；但对于很多类似个案，单用心理及社会治疗或已足够。

选择抗抑郁药时需要考虑的因素包括：

△患者先前的用药经历（应答、耐受性、副作用）

△当前躯体状况及非精神科药物的使用

△特定药物的短期及长期副作用

△对于存在自杀风险的患者而言，特定药物过量的毒性

△医师个体用药经验

△患者既往用药依从性

△患者一级亲属对药物的应答

△患者喜好

△经济条件

△使用特定抗抑郁药的机会

△药物批准情况

尚无证据证明，某一类抗抑郁药在疗效及起效时间方面优于其他类型的抗抑郁药，但对于某些病情严重的住院患者，包括阿米替林及氯米帕明在内的某些三环类抗抑郁药

（TCAs）及文拉法辛的疗效稍优于 SSRI。抗抑郁药的副作用属性、与其他药物发生相互作用的潜力及过量服用的危险差异甚大。第二代抗抑郁药（安非他酮、马普替林、米安色林、曲唑酮）及第三代抗抑郁药（如 SSRI、SNRI、米氮平），即所谓新型抗抑郁药的耐受性总体优于第一代的 TCAs，而服用这些药物的患者停药的可能性也较低。对于“真实生活”中的疗效而言，这一点或许至关重要。

在至少 30%的抑郁发作中，患者对足量足疗程的一线药物治疗应答不佳。一旦出现这种情况，医师需要认真回顾诊断的准确性、药物剂量及服用依从性。理论上的应对策略包括：

△增加（最大化）初始抗抑郁药的剂量；

△换用另一类抗抑郁药，例如从一种 SSRI 换为一种 TCA 或双通道抗抑郁药；

△换用另一种同类抗抑郁药，例如从一种 SSRI 换为另一种 SSRI；

△联用两种不同类别的抗抑郁药，例如一种 SSRI 或双通道抗抑郁药联用米氮平；

△增效治疗，如锂盐、甲状腺素或非典型抗精神病药；

△抗抑郁药联合心理干预；

△抗抑郁药联合非药物性的生物学疗法，如觉醒疗法、光照疗法、ECT 等。

其中，使用锂盐、喹硫平及阿立哌唑进行增效治疗是当前证据最为充分的治疗策略。

ECT 仅在需要快速缓解严重抑郁症状时被视为一线治疗，例如伴精神病性症状的抑郁、存在精神运动性迟滞的抑郁、“真性”难治性抑郁、持续拒食、严重自杀倾向等。此前对 ECT 治疗应答较好及妊娠期妇女（尤其是前三个月）适用 ECT。

附：抗抑郁药分类及剂量

化学名	传统结构 分类	作用机制 分类	起始剂量 (mg/d)	标准剂量 (mg/d)	治疗窗 (ng/ml)
阿戈美拉汀		MT 激动剂	25	25-50	
阿米庚酸			100	200-300	
阿米替林	TCA		25-50	100-300	80-200*
阿莫沙平	TetraCA		50	100-400	
安非他酮		NDRI	150	150-450	
西酞普兰		SSRI	20	20-40 (60)	
氯米帕明	TCA		25-50	100-250	175-450*
地昔帕明	TCA		25-50	100-300	100-300
二苯西平	TCA		120-180	240-720	
Doslepine	TCA		75	75-150	
度硫平	TCA		25-50	100-300	
多塞平	TCA		25-50	100-300	
度洛西汀		SNRI	30-60	60-120	
艾司西酞普兰		SSRI	10	10-20	
氟西汀		SSRI	20	20-60	
氟伏沙明		SSRI	50	100-200	
丙咪嗪	TCA		25-50	100-300	175 – 300*
异卡波肼			20	20-60	
洛非帕明	TCA		70	140-210	
马普替林	TetraCA		25-50	150-225	
米安色林	TetraCA	§	30	60-120	
米那普仑		SNRI	50-100	100-200	

米氮平		其他\$	15	15-45	
吗氯贝胺		RIMA	150	300-600	
萘法唑酮			100	300-600	
去甲替林	TCA		25-50	75-200	70 – 170
帕罗西汀		SSRI	20	20-40 (60)	
苯乙肼		MAOI	15	30-90	
普罗替林	TCA		10	20-60	
瑞波西汀		NARI	4-8	8-12	
舍曲林		SSRI	50	50-150	
司普替林	TetraCA		3	3-6	
噻替普汀		其他#	12.5	25-37.5	
反苯环丙胺		MAOI	10	20-60	
曲唑酮			50-100	200-600	
三甲丙咪嗪	TCA		25-50	100-300	
文拉法辛		SNRI	37.5-75	75-375	195 – 400*
维洛沙嗪			100	200-500	

MT：褪黑素受体；§：去甲肾上腺素再摄取抑制+突触前 α_2 受体阻断；\$： α_2 受体拮抗；#：5-HT 再摄取增强

对于老年（>60 岁）或共病躯体疾病（尤其是心血管疾病）的患者，起始剂量或需降低。

（[医脉通](#)编译，转载请注明出处。）

相关阅读：

[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](#)

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）](#)