

中国抑郁障碍防治指南(第二版)解读： 评估与诊断

卢瑾 李凌江 许秀峰

一、概述

抑郁障碍(depressive disorder)是最常见的一种精神障碍,在DSM-5^[1]中,抑郁障碍作为独立分类疾病单元呈现,涵盖了破坏性心境失调障碍、抑郁症、持续抑郁障碍、经前期心境恶劣障碍、物质/药品导致的抑郁障碍和由其他躯体问题引起的抑郁障碍。费立鹏等^[2]对我国4省的流行病学调查资料显示(诊断标准为DSM-IV),调整后的心境障碍的月患病率为6.1%,其中抑郁症为2.06%,恶劣心境为2.03%,但治疗率<10%。在抑郁症的序贯治疗(sequence treatment alternatives to relieve depression, STAR*D)研究中,经首轮SSRIs抗抑郁治疗,仅33%的患者达临床痊愈^[3]。Guo等^[4]对抑郁症进行量化评估,其治疗的有效性明显高于常规治疗,且未增加不良反应的发生率及脱落率。同时,首次抑郁发作缓解后约半数患者不再复发,但3次发作、未接受维持治疗的患者,复发风险约100%^[5-6]。20%~35%的患者有残留症状和社会功能或职业能力受影响。抑郁障碍的严重后果是自杀企图和自杀死亡。一项大于10年的前瞻性随访研究显示,抑郁障碍的自杀率为4.0%~10.6%^[5-7]。因此,抑郁障碍是一种患病率高、治疗率低且复发率高的精神障碍,不同的治疗方法可能影响治疗有效率。提高对抑郁障碍的认识,尤其做到早期诊断、早期有效治疗十分重要。而对抑郁障碍患者进行全面、全程的评估是正确诊断和有效治疗的关键。中华医学会精神医学分会发布的《中国抑郁障碍防治指南(第二版)》^[8](以下简称《指南》)中抑郁障碍的评估和诊断成为防治指南的重要组成部分。

二、抑郁障碍的全面评估

迄今为止,抑郁障碍的病因和发病机制还不完

全清楚。抑郁障碍与较多躯体疾病相关,同时许多精神疾病也伴有抑郁情绪。因此对有抑郁症状的患者进行全面评估是正确诊断的开始。对于存在抑郁症状的患者,应当进行完整的生物、心理和社会学评估,其目的是为了对抑郁障碍进行鉴别诊断,准确的评估也有助于指导治疗。《指南》中建议,在评估和诊断的开始阶段,建立稳固的医患联盟是正确评估的基础。

1. 病史评估:包括现病史、目前症状、是否有自杀意念,既往是否有过躁狂发作或精神病性症状发作,目前的治疗情况及疗效、既往治疗史、个人史、家庭史等。

2. 精神检查:包括一般表现(意识、定向力、接触情况、日常生活表现等)、认知过程(感知觉、注意力、思维障碍、记忆力、智能、自知力等)、情感活动、意志及行为表现等,但更应关注患者的情绪及其相关症状。评估患者抑郁是否伴有躁狂症状、认知缺陷和精神病性症状,对精神病性症状的评估应注意是否与患者心境协调。评估患者的自杀风险和暴力风险是抑郁障碍评估的重要环节,同时还需评估与其他精神障碍的共病情况。

3. 评估工具:《指南》中提倡基于评估的治疗,其中介绍了评估工具及相应的方法。常用的标准化患者自评量表和临床量表可用于评估患者抑郁症状的严重性。其中自评量表:(1)9条目简易患者健康问卷(Brief Patient Health Questionnaire, PHQ-9)^[9];(2)Zung抑郁自评量表(Self-rating depression scale, SDS)^[10];(3)Beck抑郁问卷(Beck Depression Inventory, BDI)^[11];(4)快速抑郁症症状自评问卷(Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Rated, QIDS-SR)^[12]。这些自评量表在人群中进行抑郁障碍的筛查及临床症状的评估非常有用,其中PHQ-9的条目与DSM-5中抑郁障碍诊断标准的症状条目完全吻合。专科医生在临床工作中使用的HAMD^[13]和蒙哥马利抑郁量表(Montgomery Depression Rating Scale, MADRS)^[14]可

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.03.003

作者单位:650032 昆明医科大学第一附属医院精神科(卢瑾、许秀峰);中南大学湘雅二医院精神卫生研究所(李凌江)

通信作者:许秀峰, Email: xfxu2004@sina.com

以全面准确评价患者的抑郁症状,同时也可与患者自评量表相互验证。

关于抑郁障碍其他方面的评估工具,《指南》中介绍了自杀风险评定、转躁风险评定、生命质量及社会功能评定、药物治疗副反应量表、亚利桑那性体验量表(Arizona Sexual Experience Scale, ASEX)^[15]、药物依从性评定量表(Medication Adherence Rating Scale, MARS)^[16]等。这些量表可促进临床工作中对患者的抑郁障碍危险性、是否有躁狂症状、疾病对社会功能影响、对药物的不良反应及依从性等进行全面评估。

对拟诊为抑郁障碍的患者,通过前述评估,可以根据其临床表现、病程、症状的严重程度等确定症状学层面的诊断,但要明确抑郁症或持续抑郁障碍的诊断还需要排除物质/药品导致的抑郁障碍和由其他躯体问题引起的抑郁障碍。因此精神科医师应关注患者躯体检查及神经系统检查,还应关注相关的实验室检查,并结合病史明确患者的躯体疾病,根据躯体疾病的性质和严重程度判断躯体疾病与抑郁障碍的关系,最后确认患者的抑郁障碍是否与躯体疾病及使用物质/药品导致相关。因此,在《指南》中罗列的实验室检查均提示临床医师在诊断过程中需要关注实验室检查项目^[8]。

三、抑郁障碍的全程评估

在抑郁障碍的治疗中,确定患者社会功能和生活质量的恢复是终极目标,而不仅仅是临床症状获得完全缓解,但临床症状的缓解是前提。因此,《指南》中提出,对抑郁障碍的治疗评估应该是全程的。基于评估的治疗比传统的临床治疗可以使更多的患者达临床治愈。

1. 全程治疗的评估内容:治疗全程中评估应更加关注:(1)症状严重程度,是否有残留症状,包括社会功能及生活质量;(2)对自己或他人的“危险”程度;(3)治疗过程中是否有转躁的线索;(4)是否出现其他精神障碍,包括酒依赖或其他物质依赖;(5)伴有的躯体疾病及相关治疗,特别关注与抑郁障碍严重程度及躯体疾病治疗的关系;(6)对抗抑郁治疗的反应、相关的不良反应及治疗的依从性等。

2. 急性期、巩固期和维持期^[7]治疗的评估与治疗目标:急性治疗期的目标是达临床治愈,以最大限度减少病残率、自杀率和复燃复发风险,评估更聚焦于治疗后患者抑郁症状严重程度和变化,患者自伤自杀的可能性、治疗的不良反应等。巩固治疗期患者病情常常没有达完全稳定的状态,复燃风险

较大,系统评估患者的症状、治疗反应、依从性和社会功能,监测患者是否有复燃可能性非常重要。痊愈后6个月的患者有20%可能复发^[17],50%~85%的抑郁患者在一生中至少有1次复发^[18]。有复发风险的患者,在维持治疗期应当定期、系统的对患者进行评估,特别是既往有3次及以上抑郁发作或慢性抑郁障碍的患者,治疗后存在残留症状、早年起病、有持续的心理社会应激、有心境障碍家族史者;在终止治疗阶段,停止治疗之前,应告知患者存在抑郁症状复发的潜在危险,并应确定复发后寻求治疗的计划;复发概率最高的时间是在结束治疗后的2个月内。停药后仍应对患者进行数月的监督随访,评估患者情绪状况。

四、抑郁障碍的诊断评估

抑郁障碍是一类具有“发作性”特点的精神疾病,诊断时既要评估目前发作的特点,还要评估既往发作的情况。抑郁障碍的诊断主要根据病史、临床症状、病程特点及体格检查和实验室检查,依照相关的精神疾病诊断分类标准而确定。临床上密切观察,把握疾病横断面的主要症状或症状群及纵向病程特点,才能进行准确的临床诊断。《指南》中,对不同的诊断标准进行了分类及介绍,同时关注了抑郁障碍的不同特征及其鉴别诊断。

1. 关于诊断标准:在《指南》中,ICD-10(第五章精神与行为障碍分类)作为主要诊断标准进行了详细的介绍,考虑未来与DSM-5和ICD-11的通用性,同时介绍了ICD和DSM这两大诊断系统对抑郁障碍的分类、描述及其差异。对于抑郁症状的描述,2个诊断标准都将心境低落作为主要症状,DSM-5中注明了这种心境是与其处境不相称的,ICD-10中未做说明。对于病程标准的规定,ICD-10中规定整个发作至少持续2周,DSM-5中对于单次发作的规定是2周内出现与以往功能不同的明显改变。对于复发性抑郁,DSM-5中规定呈现2次以上抑郁发作,其间歇期至少为连续2个月,在这2个月内的表现不符合抑郁发作的标准;ICD-10中规定至少2次发作,2次发作之间应有几个月没有明显的心境紊乱,这与DSM-5相似,但是未注明缓解期精神状况的具体标准。对于抑郁严重程度的划分,ICD-10中依据符合的症状及社会功能划分为轻度、中度及重度3个等级;DSM-5中仅有对抑郁症的描述,不将疾病严重程度或社会功能损害程度列为诊断标准之一。

2. 关于抑郁症状特征:抑郁障碍临床特征的识

别难点中特别提出:(1)伴发躯体症状:抑郁发作时躯体症状多见,不适身体症状主诉可涉及各系统器官,其中早醒、食欲减退、体重下降、性欲减退以及抑郁心境晨重夜轻等生物学特征有助于诊断,但最重要的是应明确这些躯体症状不是躯体疾病所导致的;(2)伴有精神病性症状:应与精神分裂症进行鉴别;(3)伴发焦虑症状:多数抑郁障碍患者伴有焦虑症状,而这些焦虑症状通常会掩盖抑郁症状,焦虑症状也往往是促使患者就医的主要原因,需要仔细甄别其中的主次关系才能正确识别出抑郁障碍。

3.关于鉴别诊断:脑器质性疾病、躯体疾病、某些药物和精神活性物质等均可引起继发性抑郁障碍,因此,对患者的躯体状况全面评估十分重要。此外,伴有精神病性症状的抑郁发作或抑郁性木僵需与精神分裂症或其紧张型鉴别。PTSD常伴有抑郁,但PTSD常在严重的、灾难性的、对生命有威胁的创伤性事件,如强奸、地震、被虐待后起病,以焦虑、痛苦、易激惹为主的情感改变;有与创伤相关的噩梦、梦魇;患者常重新体验到创伤事件,有反复出现的闯入性回忆等。

综上所述,《指南》中强调了抑郁障碍的全面和全程评估,并在此基础上应用ICD-10诊断系统对患者进行诊断及鉴别诊断。只有进行全面和全程评估,才能对抑郁障碍进行基于评估的治疗,提高抑郁障碍的临床治愈率。

参 考 文 献

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association Publishing, 2013.

[2] 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[J]. Lancet, 2009, 373(9680):2041-2053. DOI:10.1016/S0140-6736(09)60660-7.

[3] Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report[J]. Am J Psychiatry, 2006,163(11):1905-1917. DOI: 10.1176/ajp.2006.163.11.1905.

[4] Guo T, Xiang YT, Xiao L, et al. Measurement-based care versus standard care for major depression: a randomized controlled trial with blind raters[J]. Am J Psychiatry, 2015,172(10):1004-1013. DOI: 10.1176/appi.ajp.2015.14050652.

[5] Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J. New oxford textbook of psychiatry[M]. 2th ed. New York: Oxford University Press, 2003.

[6] Kennedy SH, Lam RW, Nutt DJ. Treating depression effectively: applying clinical guidelines[M]. 2th ed. Bodmin, Cornwall UK: Informa Medical, 2007.

[7] Lam RW. Depression[M]. New York: Oxford University Press, 2008.

[8] 李凌江,马辛.中国抑郁障碍防治指南[M]. 2版.北京:中华医学电子音像出版社,2015.

[9] Zuthoff NP, Vergouwe Y, King M, et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary care: consequences of current thresholds in a cross-sectional study[J]. BMC Fam Pract, 2010,11:98. DOI: 10.1186/1471-2296-11-98.

[10] Zung WW, Richards CB, Short MJ. Self-rating depression scale in an outpatient clinic. Further validation of the SDS[J]. Arch Gen Psychiatry, 1965,13(6):508-515.

[11] 刘平.贝克抑郁问卷[J].中国心理卫生杂志,1999,(增刊):191-193.

[12] Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), clinician rating (QIDS-C), and self-report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression[J]. Biol Psychiatry, 2003,54(5):573-583.

[13] 汤毓华.汉密顿抑郁量表[J].中国心理卫生杂志,1999,(增刊):220-223.

[14] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change[J]. Br J Psychiatry, 1979,134:382-389.

[15] McGahuey CA, Gelenberg AJ, Laukes CA, et al. The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): reliability and validity[J]. J Sex Marital Ther, 2000,26(1):25-40.

[16] Thompson K, Kulkarni J, Sergejew AA. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses[J]. Schizophr Res, 2000,42(3):241-247.

[17] Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder[J]. Am J Psychiatry, 2000,157(2):229-233. DOI: 10.1176/appi.ajp.157.2.229.

[18] Eaton WW, Shao H, Nestadt G, et al. Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder[J]. Arch Gen Psychiatry, 2008,65(5):513-520. DOI: 10.1001/archpsyc.65.5.513.

(收稿日期:2016-07-12)

(本文编辑:高蓓蕾)