

## · 精神与心理疾病用药专栏 ·

[编者按] 随着社会竞争的加剧,人们生活节奏的加快,精神障碍已成为严重而又耗资巨大的全球性卫生问题,影响着不同年龄、不同文化、不同工种的人群。世界精神病学协会从 1992 年起,把每年的 10 月 10 日定为世界精神卫生日。为了全面系统地报道精神疾病最新治疗进展和抗精神病药物的合理应用与安全性评价,本刊从 1999 年起,每年组编一期抗精神病药物专栏,经过 17 年的努力,该专栏已经成为本刊特色性栏目,受到广大作者和读者极大的关注。本期专栏特向温州医科大学附属第二医院精神神经学科郑国庆教授研究团队组织精神疾病治疗进展系列文章,包括精神分裂症、抑郁症、失眠、阿尔茨海默病治疗进展等 4 篇综述,从疾病的治疗目标、治疗原则、治疗策略、药物治疗及出现不良反应后应对措施等方面进行系统介绍,以飨读者。

## 精神疾病治疗进展(一):精神分裂症\*

许梦蓓,单纯烁,郑国庆

(温州医科大学附属第二医院神经精神学科,温州 325027)

**摘要** 精神分裂症发病率高,社会和家庭负担重。随着近半个世纪抗精神病药物在临床上的广泛应用,其治疗遵循早期、有效和维持的原则,临床预后日趋改善。该文从精神分裂症不同时期的临床特征,结合近年抗精神病药物的研究进展,阐述精神分裂症治疗药物的临床选择。

**关键词** 抗精神病药物;精神分裂症;药物治疗

**中图分类号** R971.41;R749.3

**文献标识码** A

**文章编号** 1004-0781(2017)10-1133-05

**DOI** 10.3870/j.issn.1004-0781.2017.10.011

### Therapeutic Progress of Mental Diseases (First): Schizophrenia

XU Mengbei, SHAN Chunshuo, ZHENG Guoqing (Department of Neurology, the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325027, China)

**ABSTRACT** The high incidence of schizophrenia causes a greater burden on society and family. In the past of half century, with the widespread use of schizophrenic drugs, the prognosis of clinical schizophrenia has been substantially improved after following the principles of early, effective and maintenance therapy. In this overview, the clinical characteristics at different stages of disease progression with the recent advances in drug therapy of schizophrenia was combined, to introduce clinical selection of schizophrenic drugs.

**KEY WORDS** Anti-schizophrenic drugs; Schizophrenia; Drug therapy

精神分裂症是一组病因不明的严重精神疾病,多表现为急性或亚急性起病,是青壮年致残的主要原因之一。临床往往表现为感知觉、思维、情感和行为等多方面障碍以及精神行为不协调的综合征,一般无智能减退或意识障碍<sup>[1]</sup>。其症状可分为阳性症状、阴性症状和认知缺陷三个领域。阳性症状指精神功能的异常

或亢进,包括感觉异常(幻视和幻听)、妄想、混乱的思维方式、言行失控等;阴性症状指精神功能的减退或缺失,包括动机缺乏、欣快感减少、社交减退、意志缺乏等;认知缺陷主要包含注意力难以集中、执行力减退和工作记忆下降<sup>[2]</sup>。

全球精神分裂症的终生患病率高,为 3.8‰~8.4‰<sup>[3]</sup>。大多数患者呈现慢性病程,一旦罹患,病情易迁移或反复发作,导致明显的精神功能减退。同时,精神分裂症患者的生活质量明显受损,失业率高,为 80%~90%<sup>[4]</sup>,平均预期寿命减少 10~20 岁<sup>[5]</sup>,超过半数患者最终出现精神残疾,给患者、家属和社会带来巨大的负担。在我国,由于经济发展不均衡,社会对疾病的认识不足,未接受正规治疗的比例高达 30%,自然预后较差,社会功能损害更明显<sup>[6]</sup>。因此,正确认识精神分裂症,早期有效的抗精神病治疗十分关键。患

**收稿日期** 2017-06-18 **修回日期** 2017-07-15

**基金项目** \*浙江省高等学校中青年学科带头人项目(浙教办高科 201360277);浙江省卫生高层次人才医坛新秀(浙卫办 2015 第二期)

**作者简介** 许梦蓓(1993-),女,浙江台州人,医师,硕士,从事神经精神疾病的临床诊治工作。电话:0577-88002064, E-mail:12708504@qq.com。

**通信作者** 郑国庆(1975-),男,浙江温岭人,教授,双医学博士,主要研究方向:精神神经疾病的临床和基础。E-mail:gq\_zheng@sina.com。

者的病情控制通常需要医院和社区的协作管理,其中经济有效的方式是抗精神病药物的治疗。自1952年第一个抗精神病药氯丙嗪上市以来,精神分裂症的治疗治疗进入一个新的时代。半个多世纪以来,随着各种抗精神病药物在临床上的广泛应用,患者的临床缓解率明显提高。荟萃分析显示,精神分裂症的良好预后可能与抗精神病药物的普遍使用,显著提高缓解程度和改善社会功能有关<sup>[7]</sup>。现就精神分裂症的药物治疗进展阐述如下。

### 1 治疗目标

精神分裂症多为慢性复发性病程,表现为间断性发作或持续性病程。首次发作患者中,经过有效的治疗,75%患者可达到临床治愈,但后续出现反复发作或恶化概率较高。目前认为,影响本病预后的关键点在于发病后5年内是否进行规范的抗精神病药物治疗,因为即使病情波动,也较少进一步损伤精神功能。因此,在精神分裂症发病早期,就应尽快制定长期疾病管理规划<sup>[8]</sup>。积极的抗精神分裂症药物治疗:一者在急性发作期选择快速起效的药物控制病情,二者为防止病情的复发进行长期的药物维持治疗<sup>[9]</sup>。不同时期治疗的具体目标不同,急性期重点在预防伤害,控制异常行为,降低精神病性阳性症状如激越、攻击等,阴性症状如低落、退缩等及情感症状的严重性,寻找导致急性发作发生的可能因素;维持期的关键在于维持症状持续缓解,降低复发率,促进患者功能水平的持续改善;两期共同的目标是避免出现严重药物不良反应,提高患者依从性,最终改善预后。

### 2 治疗原则

精神分裂症药物治疗原则包括如下几点。①尽早治疗:一旦患者被确诊为精神分裂症,应尽早选择合适的抗精神分裂药物进行治疗。②单药治疗:一般不联合使用两种抗精神病药物进行治疗。治疗一般从小剂量开始,逐渐增加至有效剂量。药物调整速度取决于患者症状改善程度及不良反应的发生情况。维持治疗期间,剂量可适当进行调整,但疗程必须足够。③原药治疗:急性加重患者,包括复发和病情恶化的患者,依照以前的药物治疗继续使用原药。如果无效,可酌情加量或换药。疗效差者再考虑使用氯氮平,但应严格检查血液中白细胞和嗜中性粒细胞。④个体化治疗:定期评估药物疗效及时调整用药方案。⑤关注药物不良事件:药物不良反应是导致患者自行停药的主要原因,药物不良反应会诱发或加重患者的精神病症状,严重影响患者的预后<sup>[3]</sup>。

### 3 常用药物

精神分裂症病因目前尚不明确。目前认为,遗传与环境因素是主要诱因,中枢神经系统内神经递质及受体功能失调是可能的发病机制。抗精神分裂症药物根据作用机制不同可分为:①第1代抗精神病药物,又称为经典抗精神病药物<sup>[10]</sup>,主要作用于中枢神经系统内的多巴胺能( $D_2$ )受体;②第2代抗精神病药物,也称为非经典抗精神病药物,其作用机制不局限于对 $D_2$ 受体的阻断,也可对5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)及谷氨酸能系统进行调节。经典的第一代抗精神病药物为氯丙嗪(chlorpromazine)、舒必利(sulpiride)、奋乃静(perphenazine)和氟哌啶醇(haloperidol)。该类药物可改善大部分患者的幻觉、妄想、兴奋、激越等急性的阳性症状,也可控制部分慢性患者的症状,但对退缩、低落等阴性症状及伴发抑郁症状疗效不佳。另外,由于药物在阻断中脑-大脑皮质和中脑-边缘系统的多巴胺 $D_2$ 受体发挥治疗效果的同时,也影响到黑质-纹状体和结节-漏斗系统的DA功能<sup>[11]</sup>,会引起锥体外系反应(extrapyrarnidal reactions, EPS)。当药物作用于其他神经传导系统时,可影响心血管系统、自主神经系统,导致体质量增加、肥胖、嗜睡等不良反应。在接受长期维持治疗者中不良反应尤其明显,显著降低患者生活质量,以致影响服药依从性,结果导致复发率上升。因此,该类药物在临床上已被新一代抗精神病药物所取代<sup>[10]</sup>。但在我国,由于这些药物价格低廉,对经济状况不佳、耐受不良反应的患者仍是一种合适的选择。

第2代抗精神病药物的作用机制不局限于对 $D_2$ 受体的阻断,还具有较高5-HT<sub>2</sub>受体阻断作用,合称 $D_2$ -5-HT<sub>2</sub>受体拮抗剂,又称为非典型抗精神病药物<sup>[12]</sup>。1990年以来,非典型抗精神病药逐渐开始应用于临床。目前已在国内上市并应用广泛的包括氯氮平(clozapine)、奥氮平(olanzapine)、利培酮(risperidone)、喹硫平(quetiapine)、齐拉西酮(ziprazidone)、帕利哌酮(paliperidone)和阿立哌唑(aripiprazole)等。这类药物对精神分裂症的阳性和阴性症状均有治疗作用,可在一定程度上改善认知功能。同时,由于临床适应证广泛、较少引发锥体外系反应,已逐渐取代经典抗精神病药成为治疗初发急性精神分裂症的一线选择。它们的作用机制各异,适应不同症状,在不良反应方面也各不相同,因此可为不同患者提供个体化选择<sup>[13]</sup>。

### 4 急性期治疗策略

精神分裂症应重视早发现、早诊断和早治疗,但是由于精神分裂症患者对自己的疾病缺乏自省,而其

周围的人包括家属及同事,通常不能在早期发现异常,甚至讳疾忌医,因此精神分裂症的诊疗常会延误。目前针对初发精神分裂症药物治疗的一致观点是:首次症状发生时治疗十分关键,此时患者对抗精神病药物的治疗反应最好,所需剂量也较低,如能获得有效治疗,康复概率最大,长期预后也最好<sup>[9]</sup>。研究认为,精神分裂症发病后 2~3 年为治疗的关键时期,在此期间如得不到有效药物治疗,预后不良将难以避免<sup>[14]</sup>。据指南推荐,精神分裂症急性期的治疗策略据患者的主要症状不同,相应的可选择药物也各不相同。

**4.1 以阳性症状为主患者治疗策略** 急性期以幻觉、妄想等阳性症状为主要表现的患者,指南推荐口服第 2 代抗精神病药物如奥氮平、喹硫平、利培酮、帕利哌酮、齐拉西酮、阿立哌唑或氨磺必利。起始治疗应从小剂量开始逐渐加量,根据药动学特点在 2 周内加至目标剂量。对于不能配合服药的患者可选择口服液或口崩片等剂型。除了抗精神病药物,为了快速控制病情,达到更好治疗效果,临床上常联用苯二氮 类镇静药物如劳拉西泮、氯硝西泮或地西泮注射液等<sup>[15]</sup>。对于自知力丧失完全不配合治疗的患者,通常不用口服剂型,而选择起效快速注射制剂。过去几十年临床上使用较多的是第 1 代抗精神病药物的针剂,如氟哌啶醇短效针剂、氯丙嗪短效针剂,疗程一般为 3~7 d。近年来,第 2 代抗精神病药的使用比例大幅上升,如肌肉注射齐拉西酮短效针剂 20~40 mg·d<sup>-1</sup>,有明确的疗效和安全性,正逐渐取代第 1 代药物。

以兴奋、激越和暴力行为等阳性症状为主要表现的患者,在迅速完成患者躯体情况评估和精神科初步诊断后,应选用肌肉注射这种起效较快的给药方式以尽快控制症状,防止发生伤害事件。首选第 2 代抗精神病药齐拉西酮进行肌肉注射,或根据患者病情以及医院具体情况选择一代抗精神病药物如氟哌啶醇或氯丙嗪进行肌肉注射。另外,还应根据患者兴奋激越的严重程度考虑同时合用苯二氮 类,如劳拉西泮或氯硝西泮注射液。患者急性症状得到控制后,应尽快改为口服药物。口服药物的选择应充分考虑到长期治疗的要求而选择非典型抗精神病药(氯氮平除外)。如果上述治疗效果不佳,可以尝试以氯氮平为主的治疗,但要注意监测血液学指标。

**4.2 以阴性症状为主患者治疗策略** 以阴性症状为主患者首选第 2 代非典型抗精神病药治疗<sup>[16]</sup>,目前指南推荐的药物是阿立哌唑(10~20 mg·d<sup>-1</sup>)、奥氮平(5~10 mg·d<sup>-1</sup>)、喹硫平(100~300 mg·d<sup>-1</sup>)、帕利哌酮(3~6 mg·d<sup>-1</sup>)和齐拉西酮(40~80 mg·d<sup>-1</sup>),与阳

性症状为主患者相比选择小剂量,更有利于阴性症状的改善。如果首选药物治疗无效,可更换另一种化学结构不同的第 2 代抗精神病药包括氯氮平(50~100 mg·d<sup>-1</sup>)。一般精神分裂症治疗原则是单药治疗,但由于阴性症状为主型精神分裂症的特殊性,药物治疗效果较差,预后不佳,可在单药治疗基础上加用另一种抗精神病药,具体可根据患者病情选择,以氯氮平为主联合其他非典型抗精神病药,或以一种非典型抗精神病药为主联合小剂量氯氮平治疗。

**4.3 伴随抑郁存在自杀及自伤倾向患者治疗策略** 精神分裂症伴发抑郁的发病率较高,据统计有 25% 急性期精神分裂症患者伴发抑郁症状,抑郁导致治疗难度增加,复发率增高,甚至可能促发患者冲动性自杀<sup>[17]</sup>。此时首选仍是起效相对较快第 2 代抗精神病药,如阿立哌唑、氨磺必利、齐拉西酮,主要优势在于效价较高、剂量滴定迅速,对心境稳定的疗效较好。在综合考虑患者病情基础上也可选择奥氮平。单用抗精神病药物治疗症状未能控制时可联合使用抗抑郁症状药<sup>[15]</sup>。对于症状仍不能控制者,可联合改良电抽搐治疗,有利于自杀或自伤行为的迅速控制,待控制后再改为已选择的非典型抗精神病药物治疗。

## 5 维持期治疗策略

由于精神分裂症的病因不明,目前药物治疗仅能对症治疗,而不能从病因角度根治疾病。因此当患者急性期症状缓解后仍需要继续服用药物,预防症状反复或复发。复发导致的结果是大脑神经元的丢失增多<sup>[18]</sup>,使急性期的治疗难度加大,症状缓解十分缓慢,并且更难恢复到之前的功能水平<sup>[19]</sup>。因此,为改善患者长期预后,关键在于预防复发,降低停药风险及提高患者依从性。另外,认知功能减退作为精神分裂症的核心症状之一,在长期治疗过程中有加重进展的风险,认知减退对患者日常生活影响巨大,因此延缓认知功能下降十分关键,目前用于认知症状改善的药物有多奈哌齐,但效果并不十分显著,尚有大量新药正在研发当中<sup>[20]</sup>。

药物维持治疗的目的在于保持急性期治疗获得的临床疗效,减少不良反应的发生,提高患者的生活质量。一般维持治疗的所需的持续时间为:首发患者至少需要 2 年;一次复发的患者需要 3~5 年;多次复发者需维持治疗>5 年<sup>[3]</sup>。由于治疗持续时间较长,服药期间不良反应发生率高,部分患者存在病耻感等原因,导致患者难以坚持服药,使病情反复。因此,维持期治疗首选仍是第 2 代抗精神病药物,原因在于不良反应相对较小,使患者能坚持服药,依从性较高。对于治疗



依从性差的患者可以考虑第 2 代抗精神病的长效制剂。国内已经上市有利培酮长效注射剂(每次 25 mg)和帕利哌酮长效注射剂(每次 75~150 mg)。长效利培酮注射剂有很好的临床疗效,每 2 周肌肉注射 1 次,使用方便,不良反应比其口服制剂更少。棕榈酸帕利哌酮 2011 年在国内上市,该药每个月仅需注射 1 次,且兼具急性期起效快速,维持期持续症状改善的优点,安全性高,使用便捷,目前在临床上广泛使用<sup>[21]</sup>。长效抗精神病药物相比口服制剂更能提高患者的依从性,减少用药中断率,有效降低疾病复发率。另外,在维持治疗期间还需要关注患者认知功能的减退情况。当患者有强迫或抑郁障碍等共患病时,可加用相应治疗药物,但值得注意的是避免长期使用抗焦虑和治疗失眠的苯二氮 类药物,以免产生耐受性与依赖性。

## 6 难治性精神分裂症(treatment resistant schizophrenia, TRS)治疗策略

TRS 是指足剂量、足疗程地使用两种化学结构不同的抗精神病药物后,仍不起效的病例<sup>[22]</sup>。近年来研究结果显示 TRS 发病具有神经系统发育异常的基础,10%~15%患者在早期起病时即为 TRS<sup>[22]</sup>。对 TRS 的治疗主要分为两步:第一审视既往治疗方案,了解患者既往用药史,评估患者既往的治疗依从性,个体化使用药物。第二重新制定治疗方案,更换另一种抗精神病药,有效剂量、有效疗程治疗。尤其应考虑氯氮平<sup>[23]</sup>,近年来由于其存在血液系统的不良反应风险,用药期间需监测血液学指标,氯氮平一般不作为精神分裂症的首选药物。但研究表明,氯氮平治疗 TRS 患者效果显著,可有效减轻患者的攻击性行为,降低自杀风险。如果经过上述治疗后症状仍未改善者,需考虑联合使用电抽搐治疗,以尽快控制症状,改善预后。

## 7 不良反应的防治

第 1 代和第 2 代抗精神病药物由于在药物作用机制上的差异,它们的不良反应也有所不同。第 1 代抗精神病药物经常引起 EPS,而第 2 代抗精神病药物由于作用机制不同,较少引起 EPS,但引起体质量增加及糖脂代谢异常等代谢综合征的不良反应可能性大。治疗精神分裂症药物的主要不良反应包括如下几种。①EPS:首先应选择合适药物,最容易引起 EPS 的是第 1 代抗精神病药物,在第 2 代抗精神病药物中顺序是利培酮和帕利哌酮较高,阿立哌唑与齐拉西酮次之,奥氮平和喹硫平较少,而氯氮平几乎没有。当出现 EPS 时首先换用发生率较小药物,必要时合用其他药物,如丁苯那嗪片;如仍无效可尝试合用维生素 E 和维生素 B<sub>6</sub>、多奈哌齐。但指南不推荐使用抗胆碱能药物,可能

会使症状恶化,临床上存在争议<sup>[12]</sup>。②代谢异常:体质量增加及糖脂代谢异常目前已成为药物治疗中需要重视的问题,严重影响患者服药的依从性,增加心血管疾病和糖尿病的风险。因此在用药期间因监测血糖血脂等代谢指标,及早预防。最新研究提示二甲双胍对抗精神病药物所致体质量增加控制有效,对血糖、血脂代谢异常也具有临床疗效<sup>[24]</sup>。③其他:抗精神分裂症药可能出现不良反应较多,具体存在内分泌紊乱、心血管不良反应、镇静作用、流涎、体温调节紊乱、抗胆碱能不良反应、肝功能损伤、癫痫发作、血液系统改变等,临床上应警惕这些不良反应发生,并及时处理。

## 参考文献

- [1] OWEN M J, SAWA A, MORTENSEN P B. Schizophrenia [J]. Lancet, 2016, 388(10039): 86-97.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) [M]. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- [3] 赵靖平. 中国精神分裂症防治指南 [M]. 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015.
- [4] MARWAHA S, JOHNSON S. Schizophrenia and employment—a review [J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2004, 39: 337-349.
- [5] CHESNEY E, GOODWIN G M, FAZEL S, et al. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review [J]. World Psychiatry, 2014, 13: 153-160.
- [6] 李敏, 李春芳. 武汉市洪山区 2145 例重症精神疾病患者现状调查分析 [J]. 中国社会医学杂志, 2015, 32(3): 234-236.
- [7] JABLENSKY A. Course and outcome of schizophrenia and their prediction [M] // GELDER M G, LOPEZ-IBOR J J Jr, ANDREASEN N C. New Oxford textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2000: 612-621.
- [8] LIEBERMAN J A. Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia [J]. J Clin Psychiat, 1996, 57(Suppl 11): 68-71.
- [9] 高哲石. 精神分裂症及其药物治疗的沿革 [J]. 医药专论, 2010, 31(4): 211-215.
- [10] MILLAN M J, ANDRIEUX A, BARTZOKIS G, et al. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives [J]. Nat Rev Drug Discov, 2016, 15(7): 485-515.
- [11] LI P, SNYDER G L, VANOVER K E, et al. Dopamine targeting drugs for the treatment of schizophrenia: past, present and future [J]. Curr Top Med Chem, 2016, 16(29): 3385-3403.
- [12] GRACE A A. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression [J]. Nat Rev Neurosci, 2016, 17(8): 524-532.

- [13] LEUCHT S, CIPRIANI A, SPINELLI L, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis [J]. Lancet, 2013, 382(9896): 951–962.
- [14] KANE J M, LEACHT S, CARPENTER D, et al. The expert consensus guideline series, optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders [J]. J Clin Psychia, 2003, 64(Suppl 12): 21–22.
- [15] 黄楠, 陆峥. 精神分裂症急性期的药物治疗进展 [J]. 医药专论, 2010, 31(4): 212–221.
- [16] TSAPAKIS E M, DIMOPOULOU T, TARAZI F I, et al. Clinical management of negative symptoms of schizophrenia: An update [J]. Pharmacol Ther, 2015, 153: 135–147.
- [17] 李一云, 刘玉局, 季建林. 伴抑郁症状的精神分裂症的临床特征分析 [J]. 中华精神科杂志, 1998, 31(2): 114–115.
- [18] SHEITMAN B B, LIEBERMAN J A. The natural history and pathophysiology of treatment resistant schizophrenia [J]. J Psychiatr Res, 1998, 32(3/4): 143–150.
- [19] LIEBERMAN J A. Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis [J]. J Clin Psychiatry, 1996, 57(Suppl 11): 68–71.
- [20] GREEN M F. Stimulating the development of drug treatments to improve cognition in schizophrenia [J]. Ann Rev Clin Psychol, 2007, 3: 159–180.
- [21] 张鸿燕, 黄继忠, 司天梅. 棕榈酸帕利哌酮临床使用指导意见 [J]. 中国新药杂志, 2014, 23(12): 1410–1417.
- [22] HOWES O D, MCCUTCHEON R, AGID O, et al. Treatment-resistant schizophrenia: treatment response and resistance in psychosis (TRIP) working group consensus guidelines on diagnosis and terminology [J]. Am J Psychiatry, 2017, 174(3): 216–229.
- [23] MUSCATELLO M R, BRUNO A, DE FAZIO P, et al. Augmentation strategies in partial responder and/or treatment-resistant schizophrenia patients treated with clozapine [J]. Expert Opin Pharmacother, 2014, 15(16): 2329–2345.
- [24] MIZUNO Y, SUZUKI T, NAKAGAWA A, et al. Pharmacological strategies to counteract antipsychotic-induced weight gain and metabolic adverse effects in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [J]. Schizophr Bull, 2014, 40(6): 1385–1403.

## 精神疾病治疗进展(二): 抑郁症\*

周晓丽, 林燕, 郑国庆

(温州医科大学附属第二医院神经精神学科, 温州 325027)

**摘要** 抑郁症是一种常见的心境障碍, 具有较高的发病率及患病率, 但总体诊断率及治疗率偏低。抑郁症即使初发治愈, 仍有较高复发可能, 自残自杀风险大。目前, 国内外多个临床治疗指南推荐抗抑郁症药物作为中重度抑郁症治疗首选。同时, 抑郁症的治疗理念也逐步从最初的单纯依靠药物控制症状向综合性、个体化、量化的治疗模式转变。心理治疗、物理治疗及替代补充治疗等辅助治疗也在不断发展。

**关键词** 抗抑郁症药物; 抑郁症; 综合治疗

**中图分类号** R971.43; R749.41

**文献标识码** A

**文章编号** 1004-0781(2017)10-1137-06

**DOI** 10.3870/j.issn.1004-0781.2017.10.012

### Therapeutic Progress of Mental Diseases (Second): Depression

ZHOU Xiaoli, LIN Yan, ZHENG Guoqing (Department of Neurology, the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University, Wenzhou 325027, China)

**ABSTRACT** Depression is a common mood disorder, with a high incidence and prevalence, while the overall diagnosis and treatment rate are low. Even if patients attained the initial clinical cure, there is still a high risk of depression recurrence, of which a great part may turn into self-mutilation or even suicide. Taking antidepressants as the most preferred treatment of moderate and major depression is recommended by almost all clinical treatment guidelines at home and abroad currently. At the same time, the concept of depression treatment is changing gradually from the initial single-mode drug therapy for symptom control to a comprehensive, individualized, quantitative treatment model. Promising psychological treatment, physical therapy and other alternative and complementary treatments are developing quickly.

**KEY WORDS** Antidepressants; Depression; Comprehensive therapy

抑郁症是一种常见的心境障碍, 可由多种原因引起, 以显著而持久的情绪低落、愉快感缺失为核心症状。