



抑郁症 – 循证为基础的首次应诊

作者:

- **Bruce Arroll**, Professor of General Practice and Primary Health Care, University of Auckland, New Zealand.
- **Weng Y Chin**, Assistant Professor, Department of Family Medicine and Primary Care, The University of Hong Kong.
- **Christopher Dowrick**, Professor of Primary Care, University of Liverpool UK; Chair of Working Party for Mental Health, World Organisation of Family Doctors (WONCA).

联系方式:

Bruce Arroll contact details here bruce.arroll@auckland.ac.nz Private Bag 92019

Auckland 1142 New Zealand Ph 64-9-9236978

鸣谢

- 感谢 WONCA 心理健康工作组的成员对本文早期版本所提供的意见。

要点 (各点与下列各章节的标题相符)

1. 抑郁症在基层医疗中很常见。
2. 大多数的抑郁症患者都会出现躯体化症状。
3. 开始应诊时要考虑到心理健康问题。
4. 区别心理困扰与抑郁症是非常有挑战性的，尤其是在首诊的时候。
5. 为何医生不诊断心理疾病。
6. 对抑郁症、焦虑症、或其他方面 (比如需要别人聆听和理解)作出准确诊断到底有多重要？
7. 用两个问题快速排除抑郁症。
8. 两条“筛查”问题中任意一个阳性回答均需要进一步处理。
9. 在抑郁症量表中取得高分并不代表患者就患有抑郁症，而且下一次看诊时分数很有可能会下降。
10. 处理上应首先考虑以同理心倾听患者的方式和非药物治疗。
11. 首次应诊时就应该给患者开抗抑郁药吗？
12. 注意早期应用抗抑郁药的风险。
13. 考虑在下次复诊前给患者打电话— 这是有效的。
14. 应安排在 1 周内复诊，或与患者协商复诊时间。

1. 抑郁症在基层医疗中很常见。

抑郁症通常被理解为一种精神疾病，其特征是持续最少两星期在大多数情况下处于情绪低落的状态。抑郁症通常会伴有的症状包括自尊心降低，对平时感兴趣的活动失去兴趣，失去动力，以及没有明确原因的疼痛。

一个由世界卫生组织所举办，涉及到十四个国家，关于基层医疗心理问题的合作研究（WHO PPGHC）估计，在基层医疗机构中约 14%（范围 2.6%-15.9%）的人患有抑郁症¹。另一关于抑郁症的影响的纵向研究（LIDO）亦指出，在基层医疗机构中约 13%（范围 4%-23%）的人患有抑郁症²，与世界卫生组织的研究所估计的接近。

2. 大多数的抑郁症患者都会出现躯体化症状。

45%至 95%的抑郁症病人会出现躯体化症状，11%的病人没有任何心理上的症状。³

与评估病人的情绪，快乐，内疚感和自杀的感觉相比，通过抑郁症的「躯体化」症状来识别抑郁症可能会更为容易，如睡眠，精力，食欲，运动或集中力。⁴

如果你认为病人可能有情绪问题，你可以询问他们最近有没有感受到任何压力 — 因为大多数人其实一直都有受到不同程度的压力，所以他们很可能会回答有的。填写抑郁症量表（例如病人健康问卷 - 9 [PHQ-9]，医院焦虑和抑郁量表 - 抑郁症[HAD-D]，贝克抑郁量表[BDI]）可能会非常有用。⁵

3. 开始应诊时要考虑到心理健康问题。

鉴于大多数的应诊从身体症状方面的主诉开始，医生在考虑生理病因的同时，要提高其心理病因的可能性，特别是在症状难以作出生理疾病方面的诊断的时候。

- 直接的询问：最近你的心情和精神状况如何？
- 间接的询问：询问病人关于睡眠，精力，集中力，生活兴趣等方面的状况，如果得到很多阳性答案，就直接询问有关抑郁症的问题。

这不是在筛查抑郁症，而是发现病例，因为医生是在问诊有情绪相关症状的病人。（在没有症状的人群里）筛查抑郁症是有争议的。⁶假如感到不确定的话，你可以询问病人是否愿意填写抑郁症量表（如 PHQ-9）。如果得分是正常的，那就再询问有关于身体健康方面的问题。如果分数异常的话，你可以说「这份问卷的结果表示你可能有情绪方面的问题 — 你有什么看法？」以引入话题，许多病人都愿意与医生进一步探讨心理上的顾虑。

然而，一些病人可能倾向认为那是生理上的问题（即不是心理上的），因此可能不接受精神疾病的诊断。此时重要的是不要反对病人的意见，但是提出这一点可以让病人在将来更愿意讨论心理上的问题。

4. 区别心理困扰与抑郁症是非常有挑战性的，尤其是在首诊的时候。

在基层医疗的环境下进行心理疾病的诊断是有挑战性的。一名全科医生总结说：「我们是在“不确定”的灰色地带中冒险进行管理」。⁷有可能需要多过一次的应诊才能更安全的诊断抑郁症。⁸

医生面对的一个主要挑战之一是明确区分心理困扰与临床抑郁症之间的分界线。全科医生通常能够认识到病人由于生活中的问题而受到了情绪困扰，却很难判断其问题是否具有临床意义，以及是否符合心理疾病诊断。⁸一项由 Mitchell 等人所做的荟萃分析发现，我们在病人事实上没有抑郁症的情况下诊断其有抑郁症的可能性，比正确诊断或漏诊的可能性高出 50%。⁹

大家一致认为在基层医疗服务中诊断情绪困扰方面存在很多问题，但只有少数的研究尝试探索如何评估它们。一份来自荷兰的问卷 4-DSQ 已经得到证实能够测量情绪困扰，焦虑，抑郁和躯体化障碍。^{10 11} 这问卷的主要缺点是它有 50 个问题，使其难以在通常都比较短的基层医疗应诊中发挥作用。

5. 为何医生不诊断心理疾病。

即使医生知道病人正在遭受心理上的痛苦，医生仍有可能不为他们作出心理方面的诊断，这里头有很多原因。

医生接受的医学训练通常会先探索生理方面的问题，认为错过生理上的诊断是非常不当的做法，而错过心理诊断则不是什么问题。⁷ 家庭医生倾向于基于患者的问题而不是诊断来进行思考，所以除非他们打算治疗病人，否则他们可能不会诊断病人为抑郁症。^{12 13}

在一些国家，全科医生可能不被允许作出心理健康上的诊断，且要将所有可疑病例转诊给精神科医生。

有些医生不喜欢处理心理问题。⁷ 有的医生不愿意探讨心理 - 社会的问题以免打开了「潘多拉的盒子」。讽刺的是，在潘多拉盒子底部埋藏着的是希望。有的医生会由于缺乏信心或缺乏处理心理健康问题方面的技巧而去逃避处理心理问题。¹⁴ 医生自身情感上的脆弱性也与此有关 - 如同身兼诗人和全科医生的 Glenn Colquhoun 的一首诗所描述：「我接见了一名来开药的年轻女子。她的故事是如此之沉重，让我知道我不应在这早上询问她，因为她今天如此脆弱又如此需要帮助。」。这显示了临床医生在自身情感上无力处理这些痛苦病人所带来的复杂问题。¹⁵

有些医生担心病人会感到耻辱⁷，另一些医生则担心病历中的抑郁症诊断会对未来保险索赔方面产生影响。⁷

可能有些医生会认为，在不需要药物治疗的时候，目前被诊断为抑郁症的许多情况更适合用「哀伤」模型」来进行解释，特别是与“失去”相关的情形。^{16 17}

6. 对抑郁症、焦虑症、或其他方面 (比如需要别人聆听和理解)作出准确诊断到底有多重要？

抑郁症与焦虑症之间的症状有着一定程度上的重叠。新西兰惠灵顿 (Wellington) 的 Magpie 研究发现，在过去 12 个月内，有 18.1% 的全科病人符合抑郁症的诊症标准，而其中 56% 同时具有达到 DSM IV 程度的焦虑，20% 有药物滥用和依赖的问题。患有医学无法解释症状的病人可能会感到焦虑或沮丧。¹⁸ ICD-11 中将会有一个新词，称为焦虑性抑郁症，这包括了混合型的焦虑抑郁症。¹⁹

诊断的准确性随观察的时间而增加。医生能够更好的为多次就诊的病人作出抑郁症的诊断。⁸

医生与病人对问题有共同的理解是很重要的。这包括医生对病人文化方面的了解。医生能与病人建立友好关系、获得病人的信任、允许病人倾诉他们的故事来表现出对病人的尊重，从

而建立具有治疗作用的伙伴关系。²⁰ 还有一些结构性的方法可帮助加强临床医生的沟通，例如使用BATHE法来问五个问题：你的生活中发生了什么事（Background，背景），你对这件事感觉如何（Affect，影响），这件事最困扰你的是什么（Trouble，麻烦），你如何处理这件事（Handling，处理），这对你来说很困难吧（Empathy，共感）。²⁰

「积极聆听」的方法值得推荐。²¹ 已故的Ian McWhinney 教授曾说过：「应诊中最大的一个问题是未能让病人讲述自己的故事。」²² 病人的背景也很重要，除了精神健康的问题外，也要考虑孤独，合并其他生理疾病，家庭暴力，性虐待和身体上的虐待，犯罪，战争，移民和无家可归等因素。

7. 用两个问题快速排除抑郁症。

我们并不是要推荐进行筛查。这两个问题是用来处理那些难以作出生理诊断的躯体化症状。这些人患有精神疾患/ 困扰的机率远高于正常人，因为身体上的症状越多，就越可能有心理问题。在这种临床环境中，心理问题的流行率高于筛查人口，因此这个方法应被视为病例发现。²³

1. 在过去一个月的大部分时间，你是否感到低落或绝望？
2. 在过去一个月的所有或大部分活动当中，你有否失去兴趣或感到没有乐趣？

两个问题的答案都是否定的话，病人通常几乎可以排除抑郁症的诊断。²⁴

8. 两条“筛查”问题中任意一个阳性回答均需要进一步处理。

如果病人对任何一条问题回答「是的」，这就显示他们可能正处于抑郁的状态。PHQ-9 或其他抑郁症量表将有助于衡量其严重程度。²⁵

家庭医生应常考虑到病人的自杀风险和社会功能状态。PHQ-9 有涉及关于自杀和社会功能方面的问题。在自杀的人当中，高达 41% 的人可能在死亡前一年内入住过精神病院，高达 9% 的人可能在出院的一天内自杀。对全科医生来说，这两个数字分别为 83% 和 20%。在死于自杀的人当中，很多都在死亡前接受过医疗服务。²⁶ 国家卫生保健研究所（The National Institute for Health Care Excellence, NICE）（英国指导小组）建议「如果抑郁症病人存在自我伤害或自杀的风险，医生应直接询问其是否有自杀意图及想法。」²⁷

医生可以通过向病人询问其在工作、家庭和社会方面所遇到的困难，来对其社会功能状态进行非正式评估。

此时很重要的一点是检查病人有没有躁狂病史，因为在使用抗抑郁药物治疗的全科病人中，约10%的病人患有未被诊断的双相障碍。²⁸ 我们也建议对酒精和药物使用方面进行评估。

9. 在抑郁症量表中取得高分并不代表患者就患有抑郁症，而且下一次看诊时分数很有可能会下降。

PHQ-9 是一个可以测量病人精神困扰方面的方法，但病人可能在问卷中获得非常高的分数而没有抑郁。²⁹ 英国的研究显示，PHQ-9（最高分为 27 分）大于等于12分或许可以作为一个更好的分界线指标，以决定应否提供积极的治疗（通常先采取非药物的方法），因为该分数在英国患有抑郁症的人口中，比 10 分显示出了更高的特异度和相同的灵敏度。³⁰

有证据显示，60%的全科病人即使在第一次就诊时其抑郁症症状未能被发现，这些症状也能在一年内痊愈。³¹ 许多病人的得分在下一周已经会降低，这可能是因为统计学上的均值回归现象 (regression to the mean) 或是由于病人已经与临床医生讨论了他们的症状（Michael Balint 博士称这为「医者本为药」）。

10. 处理上应首先考虑以同理心倾听患者的方式和非药物治疗。

对于大部分的病人，我们提倡开始的时候先以非药物的方法进行治疗。NICE 的指南中建议在病情不太严重的时候不应使用药物治疗，而应使用非药物治疗。³²

考虑先尝试低强度的心理辅导。这包括：

- 睡眠卫生，
- 认知行为治疗(CBT) 中的个性化自助原则，
- 有或没有引导者协助的计算机化认知行为治疗（例如 moodgym.com），
- 解难问题治疗（problem solving therapy），
- 行为启动治疗（behavioural activation），

- 运动 (建议以小组形式进行)，
- 心理教育— 解释抑郁症的成因可以让病人知道这很普遍，减少病人的自我贬低和自责，³³
- 在发展中国家，小组治疗已显示是有效的。³⁴

一项 Cochrane 综述发现，在减少抑郁症症状方面，运动比控制干预治疗有效，但没有心理治疗或药物治疗有效。³⁵ 在 2016 年的一项随机对照实验 (RCT) 中，Hallgren 发现，哪怕只是每周一次的轻量运动 (瑜伽和伸展运动)，而不是中度或高强度运动，都对改善抑郁症的情况有帮助。³⁶ 而且，这对抑郁症患者的心血管功能和代谢功能方面都有益处。

接纳和承诺治疗 (Acceptance and commitment therapy, ACT) 是第三代的认知行为疗法，其包括了正念的组成部分。它使用转换诊断方法，认为病人是被「卡住」而不是抑郁或焦虑。³⁷ 在基层医疗中，其重点在于让病人接受治疗，而用于诊断的时间很有限，因为许多病人不会复诊。

³⁸

11. 首次应诊时就应该给患者开抗抑郁药吗？

目前没有证据显示在第一次应诊时应该使用哪一种治疗方式。我们所知道的是，抗抑郁药的有效程度会随着抑郁症症状的严重程度而增加，一般来讲，对轻中度症状的病人而言，抗抑郁药的有效程度可能很低，甚至完全没有效。对于非常严重的抑郁症患者而言，与安慰剂相比，药物治疗的效果更为显著。³⁹ 但由于大多数基层医疗中的病人病情处于轻度至中度的范围，而许多病情严重的病人能很快转变为轻中度症状，所以大部分的病人由于抗抑郁药而获益。

12. 注意早期应用抗抑郁药的风险。

在早期使用处方药物有很多风险：病人可能不回来复诊；他们可能难以停药；他们可能会过量服药，及许多病人会产生不良反应。⁴⁰

我们不建议常规使用抗抑郁药来治疗持续性亚达标(sub-threshold)状态的抑郁症状或轻度抑郁症，因为这弊大于利。大多数人不会从抗抑郁药中获益，病人病情的改善更可能是源于安慰剂效应而不是药物效应。对于轻中度的抑郁症症状，安慰剂效应比真正的药物效应高约八倍。³⁹ 由于

大多数患者可能会出现安慰剂效应，因此他们可能会认为是药物让他们的病情得以改善，而不是因为他们改变了自身的世界观。他们下一次感到困扰时可能会把他们的不适归结为医学问题，从而再次要求药物治疗。⁴¹

在试图停用这些药物时的戒断症状也需要考虑，因为它可能会导致病人不必要地长期服用抗抑郁药。⁴⁰

NICE 建议，除非病人过去曾患有中度至重度的抑郁症，而且其病情在经过其他治疗后未能得到改善，或仍长期出现亚达标的抑郁症症状至少两年，否则应避免使用药物治疗。³²

13. 考虑在下次复诊前给患者打电话—这是有效的。

在一个随机对照试验中显示，以护士为主导的远程医疗护理提高了临床治疗的效果和病人满意度。⁴² 在每次电话中，诊所护士向病人询问他们对抗抑郁药物的任何疑虑，提供如何处理轻度副作用的建议，并强调定期服药的重要性。护士提供情感上的支持，并帮助病人识别出一些他们会愿意尝试的活动从而找到乐趣。此外，护士还可以解决有关其他病情方面的问题，并与病人讨论他们的整体健康问题。⁴² 在某些医疗机构中可能没有可以帮忙的护士，德国的一项研究则让医疗保健助理来协助完成这项工作。⁴³

14. 应安排在 1 周内复诊，或与患者协商复诊时间。

没有任何根据证明两次应诊的间隔时间应该怎样决定，但是我们受到英国一名全科医生在「Insider's guide to depression」中的评论所影响，她说：「开始时应经常与我们见面，有的情况下，一个星期已是很长的时间。三个星期几乎是难以想象的。⁴⁴」

我们承认，某些医疗机构或许没有足够的资源提供每星期的随访。关于随访的安排也会受到一些其他的因素如病情的严重程度所影响。

免责声明

所有作者都在发达国家工作，并意识到我们的一些建议并不是在所有国家都是可行的。语言，战争，移民，距离，偏爱以口头而非书面形式作交流的文化，工作人员配置，问卷的翻译，和全科医生在精神健康方面的有限作用，都会影响一些医护人员对我们提出建议的执行结果。

其他 WONCA 网站的连结。

文献出处

1. Ormel J, Vonkorff M, B U, et al. Common mental disorders and disability across cultures. JAMA 1994;**272**:1741-48.
2. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, et al. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. Psychol Med 2002;**32**(5):889-902.
3. Simon GE, VonKorff M, Piccinelli M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. N Engl J Med 1999;**341**(18):1329-35.
4. Schumann I, Schneider A, Kantert C, et al. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. Family Practice 2012;**29**(3):255-63.
5. Mulrow CD, Williams JW, Jr., Gerety MB, et al. Case-finding instruments for depression in primary care settings. Ann Intern Med 1995;**122**(12):913-21.
6. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression [Systematic Review]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005;(4) 2005.
7. Dew K, Dowell A, McLeod D, et al. "This glorious twilight zone of uncertainty": mental health consultations in general practice in New Zealand. Soc Sci Med 2005;**61**(6):1189-200.
8. Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. Br J Gen Pract 2004;**54**(508):838-42.
9. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet 2009;**374**(9690):609-19.
10. Terluin B, Smits N, Miedema B. The English version of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ) measures the same as the original Dutch questionnaire: a validation study. Eur J Gen Pract 2014;**20**(4):320-6.
11. Geraghty AW, Stuart B, Terluin B, et al. Distinguishing between emotional distress and psychiatric disorder in primary care attenders: a cross sectional study of the four-dimensional symptom questionnaire (4DSQ). Journal of affective disorders 2015;**184**:198-204.
12. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC, et al. Awareness, Diagnosis, and Treatment of Depression. Journal of General Internal Medicine 1999;**14**(9):569-80.
13. Rost K, Smith R, Matthews DB, et al. The deliberate misdiagnosis of major depression in primary care. Arch Fam Med 1994;**3**(4):333-7.
14. Maxwell M, Harris F, Hibberd C, et al. A qualitative study of primary care professionals' views of case finding for depression in patients with diabetes or coronary heart disease in the UK. BMC Fam Pract 2013;**14**:46.
15. Wilson H, Cunningham W. *Being a doctor: understanding medical practice*: Royal College of General Practitioners, 2014.

16. Dowrick C. *Beyond depression: a new approach to understanding and management*. Oxford University Press, 2009.
17. Parker G. Opening Pandora's box: how DSM-5 is coming to grief. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2013;**128**(1):88-91.
18. Magpie Research Group t. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on mental health and general practice investigation (MAGPIE). *NZ Med J* 2003;**116**:1171-85.
19. Goldberg D, Klinkman M. Primary Health Care and the ICD-11. *Die Psychiatrie* 2013;**10**(1):33-7.
20. Lieberman JA, 3rd, Stuart MR. The BATHE Method: Incorporating Counseling and Psychotherapy Into the Everyday Management of Patients. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 1999;**1**(2):35-38.
21. Robertson K. Active listening: more than just paying attention. *Aust Fam Physician* 2005;**34**(12):1053-5.
22. Freeman TR. *McWhinney's textbook of family medicine fourth edition* Oxford University Press 198 Madison Avenue New York, NY 10016, 2016.
23. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994;**3**(9):774-9.
24. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, et al. Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ* 2005;**331**(7521):884.
25. Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric annals* 2002;**32**:509-21.
26. Pirkis J, Burgess P. Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *Br J Psychiatry* 1998;**173**:462-74.
27. The National Institute for Health Care Excellence. Depression in adults: recognition and management. nice.org.uk/guidance/cg90 Updated 2016. Secondary Depression in adults: recognition and management. nice.org.uk/guidance/cg90 Updated 2016 2016.
28. Hughes T, Cardno A, West R, et al. Unrecognised bipolar disorder among UK primary care patients prescribed antidepressants: an observational study. *Br J Gen Pract* 2016;**66**(643):e71-7.
29. Arroll B, Moir F, Kendrick T. Effective management of depression in primary care *Br j gen pract open* 2017 in press. 2017.
30. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract* 2007;**57**(541):650-2.
31. Chin WY, Chan KT, Lam CL, et al. 12-Month naturalistic outcomes of depressive disorders in Hong Kong's primary care. *Fam Pract* 2015;**32**(3):288-96.
32. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23, 2007.
33. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, et al. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med* 2009;**7**:79.

34. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;**188**:567-73.
35. Cooney G, Dwan K, Mead G. Exercise for depression. *Jama* 2014;**311**(23):2432-33.
36. Hallgren M, Vancampfort D, Stubbs B. Exercise is medicine for depression: even when the "pill" is small (letter) *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016;**12**:2715-21.
37. Harris R. *ACT made simple. An easy-to-read primer on Acceptance and Commitment Therapy* 5674 Shattuck Avenue Oakland CA 94609: New Harbinger Publications Inc 2009.
38. Strosahl K, Robinson P, Gustavsson T. *Brief interventions for radical change: principles and practice of focussed acceptance and commitment therapy* 5674 Shattuck Avenue, Oakland, CA 94609: New Harbinger Publications 2012.
39. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *Jama* 2010;**303**(1):47-53.
40. Warner CH, Bobo W, Warner C, et al. Antidepressant discontinuation syndrome. *Am Fam Physician* 2006;**74**(3):449-56.
41. Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ* 2013;**347**(7):f7140.
42. Hunkeler E, Merseman JF, Hargreaves WA, et al. Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care. *Arch Fam med* 2000;**9**:700-8.
43. Gensichen J, Guethlin C, Sarmand N, et al. Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. *Patient Educ Couns* 2012;**86**(1):114-9.
44. McKall K. An insider's guide to depression *BMJ* 2001(323):1011.