

· USPSTF 指南解读系列 (四) ·

2023 年美国预防临床服务指南工作组《成年人抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》解读

扫描二维码
查看原文曾欣¹, 雷玉¹, 彭涛¹, 李佳穗¹, 沈静¹, 廖晓阳², 邹川^{1, 2*}

1.611130 四川省成都市第五人民医院全科医学科

2.610041 四川省成都市, 四川大学华西医院全科医学中心

*通信作者: 邹川, 副教授; E-mail: zou5chuan@163.com

【摘要】 成年人抑郁症和自杀已成为我国乃至全球重要的公共卫生问题, 给患者及社会带来了沉重的疾病负担。2023 年美国预防临床服务指南工作组在 JAMA 上发表了《成年人抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》(以下简称 USPSTF 推荐), 并发布了最新证据报告和系统评价结果, 认为应对成年人进行抑郁症筛查, 包括孕妇、产妇及老年人, 但目前自杀筛查的风险与获益证据不充分, 无法确定筛查的利弊。本文结合 USPSTF 推荐和国内外研究现状, 从成年人抑郁症和自杀的流行病学、危险因素、早期筛查工具及利弊、治疗和干预、推荐对全科指导价值等方面进行了概述。

【关键词】 抑郁症; 自杀; 筛查; 成年人; 声明; 美国预防临床服务指南工作组

【中图分类号】 R 749.42 **【文献标识码】** A DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0876

Interpretation of Screening for Depression and Suicide Risk in Adults of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2023

ZENG Xin¹, LEI Yu¹, PENG Tao¹, LI Jiasui¹, SHEN Jing¹, LIAO Xiaoyang², ZOU Chuan^{1, 2*}

1.Department of General Practice, Chengdu Fifth People's Hospital, Chengdu 611130, China

2.General Practice Medical Center, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China

*Corresponding author: ZOU Chuan, Associate professor; E-mail: zou5chuan@163.com

【Abstract】 Depression and suicide in adults have become significant public health issues in China and globally, imposing a heavy burden on patients and society. In 2023, the United States Preventive Services Task Force (USPSTF) published a recommendation statement on *Screening for Depression and Suicide Risk in Adults* in JAMA. The statement suggested screening for depression in adults, including pregnant and postpartum individuals, as well as the elderly. However, the evidence regarding the risks and benefits of suicide screening is insufficient, making it challenging to determine its overall impact. This article provides an overview of adult depression and suicide, including epidemiology, risk factors, early screening tools, pros and cons, treatments and interventions, and the guidance value of the USPSTF statement for general practitioners, combining insights from the USPSTF statement and current research both domestically and internationally.

【Key words】 Depression; Suicide; Screening; Adult; Statement; United States Preventive Services Task Force

抑郁症是一种常见的、高致残率和高复发率的精神障碍疾病, 其临床表现主要包括情绪低落、思维迟缓、失眠多梦、沉默寡言、认知障碍、兴趣减退、食欲减退, 严重患者甚至出现自杀倾向^[1-2]。抑郁症严重影响患者的心理社会功能和生活质量^[3-6], 增加心血管事件风险、加重患者病情和升高死亡率^[5, 7-8], 是目前

世界范围内第二大疾病负担^[9]。抑郁症也是初级保健中常见的健康问题之一, 但很少有患者会与全科医生直接讨论这些症状。实际上, 2/3 的抑郁症患者因躯体症状就诊, 例如头痛、背部不适或慢性疼痛, 这使得抑郁症更难被发现^[10-11], 因此系统性早期筛查可能大有益处。2023-06-20 美国预防临床服务指南工作组 (U.S.

基金项目: 四川省科学技术项目 (2023YFS0027); 四川省卫生健康委员会课题 (川干研 2024-108); 成都市医学科研课题 (2021062)

引用本文: 曾欣, 雷玉, 彭涛, 等. 2023 年美国预防临床服务指南工作组《成年人抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》解读 [J]. 中国全科医学, 2024, 27 (15): 1789-1796. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0876. [www.chinagp.net]

ZENG X, LEI Y, PENG T, et al. Interpretation of screening for depression and suicide risk in adults of U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement 2023 [J]. Chinese General Practice, 2024, 27 (15): 1789-1796.

© Chinese General Practice Publishing House Co., Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.

Preventive Services Task Force, USPSTF) 在 JAMA 上更新了《成年人抑郁症和自杀风险筛查推荐声明》(以下简称 USPSTF 推荐) [12], 并发布了最新证据报告和系统评价结果。本文结合国内外相关声明、指南及临床研究, 对 USPSTF 推荐的主要内容进行解读, 成年人抑郁症及自杀风险的最新进展进行梳理, 以期为临床研究提供参考资料。

1 国内外流行病学现状

1.1 国外流行病学现状

全球不同国家和地区所报道的抑郁症障碍患病率差异较大。来自 10 个国家(巴西、加拿大、智利、捷克共和国、德国、日本、墨西哥、荷兰、土耳其和美国)的 37 000 例成年人的调查发现, 抑郁症的患病率从 3% (日本) 到 17% (美国) 不等, 大多数国家的抑郁症患病率为 8%~12% [13]。2019 年 7.8% (1 940 万人) 的美国成年人至少经历过 1 次抑郁症, 5.3% (1 310 万人) 经历过严重抑郁症发作并伴有严重损害 [5, 14]。抑郁症在产后和孕妇中很常见, 调查显示 10%~20% 的孕妇患有产前抑郁症 [15]。美国妊娠风险评估监测系统数据显示, 妊娠期间的抑郁症发生率从 2016 年的 11.6% 增加到 2019 年的 14.8% [16]。产后抑郁症患病率因国家而异, 高收入国家为 6.9%~12.9%, 低收入或中等收入国家的患病率在 20.0% 以上 [17]。全球调查显示社区老年人抑郁症发生率重型为 2%、轻型为 10% [18]。躯体疾病并发抑郁症很常见, 研究显示 26.8% 的高血压患者、21% 的 2 型糖尿病患者、28% 的心肌梗死患者、11%~42% 的心力衰竭患者以及 7%~24% 的肿瘤患者患有抑郁症 [19]。WHO 报告显示, 自杀是 15~29 岁人群的第 2 大死亡原因 [9], 2012 年全球大约有 80.4 万人死于自杀, 中低收入国家自杀人数占全球自杀人数的 75.5%, 高收入国家占 24.5%。高收入国家自杀率为 12.7/10 万, 中、低收入国家的自杀率为 11.2/10 万 [20]。自杀是美国成年人的第 10 大死亡原因 [21], 2001—2017 年, 美国自杀死亡人数增加了 31% [22]。2014—2019 年, 亚裔或夏威夷/太平洋岛民的自杀率上升了 16%, 黑人上升了 30% [23]。

1.2 国内流行病学现状

我国抑郁症的患病率也在逐年增加。PHILLIPS 等 [24] 于 2001—2005 年对我国 4 个省市进行的流行病学调查显示, 抑郁症年患病率仅为 2.06%, 而 2012 年的全国横断面研究增加至 3.6% [25]。据最新的《中国国民心理健康发展报告(2021—2022)》数据, 我国成年人抑郁症检出率为 10.6% [26]。近 5 年老年人中抑郁症检出率高至 20.6% [27], 妊娠期妇女抑郁症发生率为 15% [28]。我国疾病监测系统数据显示, 1991—1995 年

的年均自杀率为 19.58/10 万 [29], 1991—2000 年的年均自杀率为 16.81/10 万 [30]。21 世纪初, 我国的自杀率达 23/10 万, 每年约有 28.7 万人死于自杀, 每天约 800 人自杀, 每 2 min 就有 1 人自杀死亡、8 人自杀未遂。自杀给家人和朋友造成长期和严重的心理创伤并可以持续 10 余年 [31]。

2 USPSTF 推荐声明总结

2.1 成年人抑郁症筛查

USPSTF 推荐更新了 2016 年 USPSTF 关于成年人抑郁症筛查的推荐, 2016 年 USPSTF 推荐仅支持在能够准确诊断、有效治疗和适当随访的医疗场所筛查抑郁症(推荐等级: B 级) [32]。随着筛查证据的不断增加, 目前中等质量证据表明抑郁症筛查具有中等净收益。因此, 2023 年的 USPSTF 推荐对所有成年人包括孕妇、产妇和老年人进行抑郁症筛查(推荐等级: B 级)(表 1、2)。

2.2 成年人自杀风险筛查

USPSTF 推荐更新了 2014 年 USPSTF 关于成年人自杀风险筛查的推荐, 2014 年 USPSTF 推荐指出证据不足以评估自杀风险筛查的利弊(推荐等级: I 级) [33]。而 2023 年 USPSTF 推荐再次得出结论, 成年人自杀风险筛查的风险与获益证据仍不足, 无法确定筛查的利弊(推荐等级: I 级)(表 1、3), 医生需结合患者情况和临床场景综合决策, 也亟需开展更多成年人自杀筛查的相关研究。

表 1 USPSTF 推荐声明总结

Table 1 Summary of USPSTF recommendation statements

| 人群 | 推荐 | 等级 |
|--------------------------|---|----|
| 成年人, 包括孕妇、产妇及老年人(≥ 65 岁) | USPSTF 推荐对成年人进行抑郁症筛查, 包括孕妇、产妇以及老年人 | B |
| 成年人, 包括孕妇、产妇及老年人(≥ 65 岁) | USPSTF 认为当前证据不足以评估成年人自杀风险筛查的利弊, 包括孕妇、产妇及老年人 | I |

注: USPSTF= 美国预防临床服务指南工作组。

3 危险因素评估

3.1 抑郁症的危险因素

抑郁症的危险因素包括遗传、生物和环境因素的综合作用 [5-6, 34], 如抑郁症家族史、既往有抑郁症或其他精神病史、创伤史或不良生活事件史、疾病史(如心血管疾病) [35-41]。抑郁症患病率因性别、年龄、种族、民族、受教育程度、婚姻状况、地理位置、贫困程度和就业状况而异 [5-6, 34]。女性患抑郁症的风险是男性的 2 倍 [42-43]。一项包含我国 75 599 名老年人抑郁症流行病学的 Meta 分析显示, 老年人抑郁症的危险因素包括女性、高龄、无配偶、文化程度低、罹患慢性病、独居、失眠等 [27]。围生期抑郁症的危险因素包括生活

表 2 USPSTF 基本原理总结：抑郁症筛查
Table 2 USPSTF fundamentals summary: screening for depression

| 基本原理 | 人群 | | |
|------------|---|---|---|
| | 成年人 | 孕妇、产妇 | 老年人 |
| 检测 | 令人信服的证据表明，抑郁症筛查工具可以准确识别抑郁症 | 令人信服的证据表明，抑郁症筛查工具可以准确识别抑郁症 | 充分证据表明，抑郁症筛查工具可以准确识别抑郁症 |
| 早期发现和干预的获益 | <ul style="list-style-type: none"> 充分证据表明，在初级保健或类似环境中开展抑郁症筛查项目可以带来中等程度的健康结局改善 令人信服的证据表明，对抑郁症的治疗（如心理治疗或药物治疗）可以带来中等程度的健康结局改善 | <ul style="list-style-type: none"> 充分证据表明，在初级保健或类似环境中开展抑郁症筛查项目可以带来中等程度的健康结局改善 充分证据表明，心理治疗抑郁症可以带来中等程度的健康结局改善 孕产妇药物治疗的证据不充分 | <ul style="list-style-type: none"> 充分证据表明，在初级保健或类似环境中开展抑郁症筛查项目可以带来中等程度的健康结局改善 令人信服的证据表明，心理治疗干预抑郁症可以带来中等程度的健康结局改善 充分证据表明，药物治疗抑郁症可以带来中等程度的健康结局改善 |
| 早期发现和干预的危害 | <ul style="list-style-type: none"> 关于抑郁症筛查危害的直接证据不足 充分的证据表明心理治疗的危害程度很小，基于使用筛查工具的危害性小，心理治疗副作用的证据有限以及心理治疗干预的非侵入性（当直接证据有限、缺乏或仅限于特定人群或临床情况时，USPSTF 可能会对获益或危害的程度设定概念性的上限或下限） 充分证据表明，药物治疗的危害可能不会超过中等程度 | <ul style="list-style-type: none"> 关于抑郁症筛查危害的直接证据不足 充分的证据表明心理治疗的危害程度很小，基于使用筛查工具的危害性小，心理治疗副作用的证据有限以及心理治疗干预的非侵入性（当直接证据有限、缺乏或仅限于特定人群或临床情况时，USPSTF 可能会对获益或危害的程度设定概念性的上限或下限） 有关孕产妇接受药物治疗的危害证据不足 | <ul style="list-style-type: none"> 关于抑郁症筛查危害的直接证据不足 充分的证据表明心理治疗的危害程度很小，基于使用筛查工具的危害性小，心理治疗副作用的证据有限以及心理治疗干预的非侵入性（当直接证据有限、缺乏或仅限于特定人群或临床情况时，USPSTF 可能会对获益或危害的程度设定概念性的上限或下限） 充分证据表明，药物治疗的危害可能不会超过中等程度 |
| USPSTF 评估 | 抑郁症筛查具有中等净收益，把握度中等 | 抑郁症筛查具有中等净收益，把握度中等 | 抑郁症筛查具有中等净收益，把握度中等 |

表 3 USPSTF 基本原理总结：自杀风险筛查
Table 3 USPSTF fundamentals summary: suicide risk screening

| 基本原理 | 成年人（孕妇、产妇及老年人） |
|------------|---|
| 检测 | 成年人（孕妇、产妇及老年人）自杀风险筛查工具准确性的证据不充分。有关自杀风险筛查工具信效度的证据极少。没有任何筛查工具在超过单个研究中进行评价 |
| 早期发现和干预的获益 | <ul style="list-style-type: none"> 关于自杀风险筛查对接受筛查者与未接受筛查者的健康结局获益，证据不充分；仅有一项研究提供了证据 关于自杀风险干预（即心理治疗或药物治疗）对改善成年人（包括孕妇、产妇及老年人）健康结局有效性的证据不足。研究报告中健康结局事件（自杀死亡）很少，因此无法确定其益处 |
| 早期发现和干预的危害 | <ul style="list-style-type: none"> 没有充足的证据评估成年人（包括孕妇、产妇及老年人）自杀风险筛查的潜在危害 没有充足的证据评估心理和药物治疗对成年人（包括孕妇、产妇及老年人）自杀风险干预的潜在危害 |
| USPSTF 评估 | 在初级保健中对成年人（包括孕妇、产妇及老年人）进行自杀风险筛查的获益和危害的证据不足，无法评估利弊 |

压力大、社会支持少、抑郁症史、婚姻或伴侣不满意以及虐待史^[44]。

3.2 自杀的危险因素

自杀风险因年龄、性别、种族和民族而异^[5]。男性死于自杀的概率是女性的3倍以上^[45]。女性自杀率最高的年龄段为45~54岁，而男性自杀率最高的年龄段是在65岁之后^[45]。导致自杀未遂风险增加的因素包括严重的心理困扰、重度抑郁症发作、酗酒、离婚或分居，以及失业。自杀死亡的重要危险因素包括：曾有自杀企图（未来自杀死亡的最强预测因素）、精神疾病和物质依赖、自杀或精神疾病家族史、生活压力、家庭暴力或虐待、监禁或法律问题、某种疾病、慢性疼痛或退伍军人^[5]。

4 早期筛查

4.1 抑郁症筛查

4.1.1 筛查工具：目前已开发出许多抑郁症筛查工具

适合在初级保健中使用，常用的抑郁症筛查工具（表4）包括：两种版本的患者健康问卷（Patient Health Questionnaire, PHQ）、流调中心抑郁症量表（Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D）、针对老年人群的老年抑郁症量表（Geriatric Depression Scale, GDS）、针对围生期人群的爱丁堡孕期抑郁症量表（Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS）^[5, 46]。目前 USPSTF 推荐尚无证据表明哪种工具为优选，临床还是建议选择最实用的工具为好。如果筛查结果阳性，应进行全面诊断性检查，依据精神障碍诊断和统计手册第5版规范（DSM-V）的诊断标准。

PHQ: PHQ-9 是基于美国精神障碍诊断与统计手册的抑郁症状学编制而成，包括9个条目，评估被试者过去2周的感受，总分为0~27分，得分越高表示抑郁症状越严重^[47]，其本身就可以作为筛查检测或监测治疗，但用于确诊也日益增多。PHQ-2 由 PHQ-9 衍生而来，只包含 PHQ-9 问卷中的第1和第2个问题，这2个问

题是 DSM-IV 诊断标准中的主要诊断，可用于排除抑郁症，但不能作为抑郁症的确诊依据。

CES-D: 该量表最初由美国国立精神卫生研究所的 RADLOFF 编制并提出^[48]，是评定个体抑郁症状状态的问卷，其主要判定过去 1 周内抑郁症状或情绪出现的频率。CES-D 共包含 20 个条目，分值范围为 0~60 分，分数越高，表明抑郁症状越严重。根据 CES-D 总分可对抑郁症状的严重程度进行评估，一般认为 ≥ 20 分为抑郁症状筛查的临界分^[49]。

GDS: GDS 由斯坦福大学老年临床研究中心 YESAVAGE 等^[50]于 1982 年编制，共 30 个项目。简版老年抑郁量表 (GDS-15) 是 YESAVAGE 和 SHEIKH^[51] 鉴于老年人的特点，于 1986 年在 30 个项目的标准版本基础上设计出包含 15 个项目的量表，该量表评估最近 1 周以来被调查者的抑郁症状，主要测试老年人情绪低落、活动减少、易激惹、退缩痛苦的想法，对过去、现在与将来的消极评价。GDS-15 共 15 个条目，分值范围为 0~15 分，分数越高，表示抑郁症状越明显， ≥ 8 分为有抑郁症状。近年来，由于 GDS-15 具有良好的心理测量品质，该量表在老年人中已被广泛使用，研究对象主要涉及慢性躯体疾病、认知障碍、家庭结构类型、居家养老以及参与宗教信仰的老年人^[52]。

EPDS: 一个在西方广泛应用的心理量表，其英文原版是由英国爱丁堡大学的心理学家 JOHN 等 1978 年编制成的，1987 年重新修订^[53]。1998 年香港中文大学的 LEE 等^[54] 编译成中文版 EPDS，用于孕产妇抑郁症初步筛查，该量表具有良好的信度和效度，不仅用于产后抑郁症的筛查，也可用于筛查妊娠期抑郁症。EPDS 共 10 个条目，分别涉及心境、乐趣、自责、焦虑、恐惧、失眠、应付能力、悲伤、哭泣和自伤等，分值范围为 0~30 分，得分越高，抑郁程度越严重。

4.1.2 早期筛查的利弊: (1) 早期筛查的利。早期筛查有助于在抑郁症状出现或加重之前进行治疗，早期干预有助于减轻症状的严重程度，减轻患者的痛苦和不适感，并改善患者生活质量，带来中等程度的益处^[55-56]。同时加上筛查工具的使用可以鼓励更多人主动寻求心理健康服务，从而提高抑郁症患者的就诊率。(2) 早期

筛查的弊。早期筛查可能导致过度诊断，将没有抑郁症的人误诊为抑郁症，从而引发过度治疗。抑郁症早期筛查可能涉及患者的敏感信息，引发隐私问题。同时，大规模的抑郁症筛查可能需要大量资源，包括人力、时间和经费，这可能加重经济负担，尤其是在医疗资源有限的情况下。(3) 早期筛查的利弊证据。USPSTF 推荐发现 17 项筛查试验 ($n=18\ 437$ 名参与者) 直接阐述了抑郁症筛查对健康结局的益处，试验对象包括各年龄段的成年人和围生期人群，其中 8 项随机对照研究 (RCT) ($n=10\ 244$) 显示筛查后 6 个月可以改善抑郁症状 ($OR=0.60$, $95\%CI=0.50\sim0.73$)^[5, 46]。有 40 篇系统评价对抑郁症的治疗进行了评价，其中 30 篇 ($n=45\ 078$) 涉及心理治疗，10 篇 ($n=116\ 477$) 涉及药物治疗^[5, 46]。心理治疗改善抑郁症状 [标准化平均差 (SMD) $=-0.72$, $95\%CI=-0.78\sim-0.67$] 和其他健康结局，如焦虑症状、绝望感和生活质量。如果仅限于针对初级保健患者的研究，则影响较小，但仍有统计学意义 (SMD $=-0.42$, $95\%CI=-0.56\sim-0.29$)。药物治疗的荟萃分析显示抑郁症缓解率和治疗反应率均增加，但对老年人和孕妇获益的证据有限。4 篇系统评价 (63 项 RCT, $n=8\ 466$) 显示任何心理治疗、基于互联网的认知行为疗法或基于互联网的指导干预都不会增加伤害风险^[5, 46]。22 篇系统评价 (522 项 RCT 和 175 项观察性研究) 和 1 篇队列研究 ($n=358\ 351$) 涉及药物治疗对抑郁症人群的危害^[5, 46]，结果显示选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂 (SSRIs) 的使用也增加了严重不良事件的风险 ($OR=1.39$, $95\%CI=1.12\sim1.72$)，但绝对风险较低，其他结局 (如心血管疾病，出血，死亡率，跌倒，骨折或痴呆风险) 几乎完全局限于观察性研究。

4.2 自杀风险筛查

4.2.1 早期筛查的工具: 自杀风险筛查工具通常包括对当前自杀意念、自伤行为以及既往自杀企图和行为的评估。自杀风险筛查工具包括：贝克绝望量表、SAD PERSONS 量表 (性别、年龄、抑郁症、曾尝试自杀、酒精滥用、理性思维丧失、缺乏社会支持、有组织的自杀计划、无配偶、疾病) 和自杀评估五步评估法和分类法 (Suicide Assessment Five-step Evaluation

表 4 常用抑郁症筛查量表的特点

Table 4 Characteristics of commonly used depression screening scales

| 量表 | 性质 | 优点 | 严重程度 (分) | 灵敏度 | 特异度 | 适用人群 |
|--------|----|------------|---|-----------|-----------|--------|
| PHQ-2 | 自评 | 简单迅速、易于使用 | 无: ≤ 2 , 有: 3~6 | 0.91 | 0.67 | 所有人群 |
| PHQ-9 | 自评 | 简单易操作 | 无: ≤ 4 , 轻度: 5~9, 中度: 10~19, 重度: ≥ 20 | 0.85 | 0.85 | 所有人群 |
| CES-D | 自评 | 操作简便、应用广泛 | 无: ≤ 9 , 轻度: 10~19, 中度: 20~29, 重度: ≥ 30 | 0.81~0.90 | 0.83~0.88 | 普通人群流调 |
| GDS-15 | 自评 | 简单快速、高度适应性 | 无: ≤ 4 , 轻度: 5~8, 中度: 9~11, 重度: ≥ 11 | 0.94 | 0.81 | 老年人 |
| EPDS | 自评 | 简洁易懂、操作方便 | 无: ≤ 9 , 轻度: 10~12, 中度: 13~15, 重度: ≥ 16 | 0.79~0.90 | 0.79~0.88 | 孕妇、产妇 |

注: PHQ= 患者健康问卷, CES-D= 流调中心抑郁量表, GDS= 老年抑郁量表, EPDS= 爱丁堡孕期抑郁量表。

and Triag, SAFE-T)。也有一些抑郁症筛查工具,如 PHQ-9,包含了关于自杀意念的问题。

4.2.2 早期筛查的利弊:(1)早期筛查的利。USPSTF 推荐发现关于自杀风险筛查获益的证据不充分,仅有一项研究提供了证据。自杀风险干预(即心理治疗或药物治疗)对改善成年人(包括孕妇、产妇及老年人)健康状况的有效性证据不足,研究报告的健康结局(自杀死亡)很少,因此无法确定其益处。(2)早期筛查的弊。USPSTF 推荐发现评估成年人(包括孕妇、产妇及老年人)自杀风险筛查潜在危害的证据不足。但 USPSTF 推荐中提到虽然自杀风险筛查的危害证据有限,但筛查的潜在危害可能导致假阳性结果进行不必要的转诊和治疗。目前没有足够的证据来评估心理治疗和药物治疗对成年人自杀风险干预的潜在危害。(3)早期筛查利弊的证据。仅有1项短期 RCT ($n=443$)对自杀风险进行了筛查,仅限于抑郁症筛查阳性的初级保健患者^[5, 46]。本试验报告了2周随访时自杀意念的组间差异无统计学意义,所有研究参与者中有1例自杀未遂。纳入了23篇关于自杀风险增加人群预防自杀的 RCT ($n=22\ 632$),由于事件数量较少,心理干预对自杀死亡和自杀未遂的预防效果尚不能确定^[5, 46]。一项大型试验($n=18\ 882$)基于 PHQ-9 量表评估了2种自杀风险较高的成年人自杀预防干预措施,与常规治疗相比,治疗干预对自杀未遂率没有影响($HR=1.07$, $97.5\%CI=0.84\sim 1.37$, $P=0.52$)^[57]。

5 治疗与干预

5.1 抑郁症的治疗

成年人抑郁症的有效治疗一般包括抗抑郁症药物治疗和心理治疗,两者可单独也可联合使用^[5]。USPSTF 推荐鼓励临床医生在决定治疗孕妇或哺乳期妇女抑郁症的最佳方案时,应权衡利弊。需要有足够的系统和临床人员来确保对患者进行筛查,如果筛查结果呈阳性,则采用循证治疗或转诊上级医院进行适当的诊断和治疗。

5.1.1 药物治疗:抗抑郁症药根据作用机制或化学结构的不同分为以下几类:SSRIs, 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs),去甲肾上腺素及多巴胺再摄取抑制剂(NDRI),去甲肾上腺素能和特异性5-羟色胺抗抑郁剂(NaSSA),褪黑激素(MT)受体激动剂,5-羟色胺受体5-HT_{2C}拮抗剂,三环(TCAs)和四环类抗抑郁症药,单胺氧化酶抑制剂(MAOIs)等。TCAs、四环类抗抑郁症药和MAOIs属传统的第一代抗抑郁症药,其他均为新型抗抑郁症药。新型抗抑郁症药在安全性、耐受性和用药方便性较传统药物更有优势,是临床推荐首选的药物,其中SSRIs、SNRIs、NDRI为一线药物(I级证据)^[58]。TCAs类药物由于其耐受

性和安全性问题,推荐为二线用药。MAOIs在临床中已逐渐被淘汰,不予推荐^[2]。基层医疗卫生机构中,大多数患者的抑郁症为轻中度,真正意义上的严重抑郁症很少。而且大量证据表明,抗抑郁症药治疗轻中度抑郁症作用不大,甚至可能不具有临床意义^[59]。因此英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)指南,建议针对轻中度抑郁症进行观察性等待或心理干预,除非患者本人倾向于使用抗抑郁症药^[59]。

5.1.2 心理治疗:心理治疗在抑郁症治疗中起着非常重要的作用,尤其是对于存在明确社会心理应激因素的抑郁症患者。相较于药物治疗,心理治疗有着更优的长期治疗效果。对于抑郁症患者可采用的心理治疗种类较多,常用的主要有:认知行为治疗、人际心理治疗、动力学心理治疗以及婚姻和家庭治疗等^[2]。认知行为治疗及人际心理治疗为抑郁症的一线治疗方法^[58]。

5.1.3 生物物理治疗:近年来,有越来越多的研究证实有一些物理治疗措施可以改善抑郁症状并治疗抑郁症,包括改良电抽搐治疗、重复经颅磁刺激治疗、经颅直流电刺激、迷走神经刺激术、深部脑刺激治疗等^[58]。

5.1.4 协作医疗模式:USPSTF 推荐中推荐对抑郁症患者采用协作医疗模式进行基层管理,主要通过多学科团队(全科医生、全科护士、精神科医生)协作、个体化的干预计划和主动的随访与评估,为患者提供全面的医疗服务。基于初级保健的协作医疗模式已在发达国家中广泛推广,多项RCT和系统评价证实可以有效改善患者抑郁症状、降低医疗花费、提高患者躯体社会功能和服药依从性^[60-62]。随着协作医疗模式的发展,其应用范围不仅局限在单纯抑郁症患者,在抑郁症合并肿瘤^[63]、糖尿病^[64]以及冠心病^[65]等共病患者也呈现出非常好的效果,逐渐成为一种整合身体健康和心理健康照护模式。

5.2 自杀的干预

自杀风险的干预包括药物干预、心理干预、行为干预(辩证行为疗法和专家疗法、认知疗法)、物理干预(重复经颅磁刺激和电休克治疗)、联合干预等。如果患者目前有强烈的自杀观念,或有明显的自罪自责,应告知家人务必加强看护,防范患者实施自杀行为。如果患者已出现自杀行为,可针对自杀行为做相应处理,比如止血、洗胃等^[2]。

6 USPSTF 推荐对全科的指导价值

抑郁症是基层医疗卫生机构十分常见的疾病,而且随着糖尿病、高血压、肿瘤等慢性病患病人数的增加,抑郁症将会更加普遍^[19]。由于抑郁症表现的“躯体化”和患者对抑郁症诊断的“病耻感”,早期常无法明确诊断,严重影响患者的心理社会功能、生活质量和慢性病

管理的健康结局,也给家属和社会造成极大的照护和经济负担,应及早发现和干预。一方面,家庭医生团队应提高抑郁症筛查的意识,加强抑郁症和自杀风险筛查的培训和继续教育,提高对抑郁症的识别能力和管理能力,发展基层精神健康的亚专长;另一方面,家庭医生团队应充分利用自身的优势,如地域的邻近、良好的医患关系、连续性的照顾等,通过门诊就诊、家访、居民体检、慢病随访等途径,加强对抑郁症的机会性筛查。最后,基层医疗卫生机构应与上级精神卫生机构建立紧密的医联体,并借鉴国外抑郁症照护的协作医疗模式,发展适合中国文化和国情的抑郁症筛查和管理模式。

作者贡献:廖晓阳、邹川进行文章的构思与设计,负责文章的质量控制及审校,对文章整体负责,监督管理;曾欣、邹川负责研究的实施与可行性分析,文献收集及整理,撰写论文,进行论文的修订;雷玉、彭涛、李佳穗、沈静负责文献收集与整理、撰写论文。

本文无利益冲突。

参考文献

- [1] MALHI G S, MANN J J. Depression [J]. *Lancet*, 2018, 392 (10161): 2299-2312. DOI: 10.1016/s0140-6736(18)31948-2.
- [2] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等.抑郁症基层诊疗指南(实践版·2021)[J].*中华全科医师杂志*, 2021, 20(12): 8. DOI: 10.3760/cma.j.cn114798-20211020-00779.
- [3] WANG G, SI T M, LI L J, et al. Cognitive symptoms in major depressive disorder: associations with clinical and functional outcomes in a 6-month, non-interventional, prospective study in China [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2019, 15: 1723-1736. DOI: 10.2147/NDT.S195505.
- [4] 阎丹峰,李凌江.抑郁症患者的认知功能障碍及其临床启示[J].*中华精神科杂志*, 2018, 51(5): 343-346. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2018.05.012.
- [5] O'CONNOR E, HENNINGER M, PERDUE L A, et al. Screening for depression, anxiety, and suicide risk in adults: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force [R]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2023. Report No.: 22-05295-EF-1. PMID: 37406149.
- [6] KESSLER R C, MERIKANGAS K R, WANG P S. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century [J]. *Annu Rev Clin Psychol*, 2007, 3: 137-158. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091444.
- [7] GILMAN S E, SUCHA E W, KINGSBURY M, et al. Depression and mortality in a longitudinal study: 1952-2011 [J]. *CMAJ*, 2017, 189(42): E1304-1310. DOI: 10.1503/cmaj.170125.
- [8] GALLO J J, HWANG S, JOO J H, et al. Multimorbidity, depression, and mortality in primary care: randomized clinical trial of an evidence-based depression care management program on mortality risk [J]. *J Gen Intern Med*, 2016, 31(4): 380-386. DOI: 10.1007/s11606-015-3524-y.
- [9] HERRMAN H, PATEL V, KIELING C, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission [J]. *Lancet*, 2022, 399(10328): 957-1022. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02141-3.
- [10] TYLEE A, GANDHI P. The importance of somatic symptoms in depression in primary care [J]. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 2005, 7(4): 167-176. DOI: 10.4088/pcc.v07n0405.
- [11] SIMON G E, VONKORFF M, PICCINELLI M, et al. An international study of the relation between somatic symptoms and depression [J]. *N Engl J Med*, 1999, 341(18): 1329-1335. DOI: 10.1056/NEJM199910283411801.
- [12] Preventive Services Task Force U.S., BARRY M J, NICHOLSON W K, et al. Screening for depression and suicide risk in adults: us preventive services task force recommendation statement [J]. *JAMA*, 2023, 329(23): 2057-2067. DOI: 10.1001/jama.2023.9297.
- [13] ANDRADE L, CARAVEO-ANDUAGA J J, BERGLUND P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys [J]. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2003, 12(1): 3-21. DOI: 10.1002/mpr.138.
- [14] Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey On Drug Use and Health [R/OL]. [2023-05-09]. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/NSDUHNationalFindingsReport2018/NSDUHNationalFindingsReport2018.pdf>.
- [15] YASUMA N, NARITA Z, SASAKI N, et al. Antenatal psychological intervention for universal prevention of antenatal and postnatal depression: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2020, 273: 231-239. DOI: 10.1016/j.jad.2020.04.063.
- [16] Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence of Selected Maternal and Child Health Indicators for All PRAMS Sites, Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2016-2019 [EB/OL]. [2023-05-09]. https://www.cdc.gov/prams/prams-data/mchindicators/states/pdf/2019/All-Sites_PRAMS_Prevalence-of-Selected-Indicators_2016-2019_508.pdf.
- [17] CAMERON E E, SEDOV I D, TOMFOHR-MADSEN L M. Prevalence of paternal depression in pregnancy and the postpartum: an updated meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2016, 206: 189-203. DOI: 10.1016/j.jad.2016.07.044.
- [18] BEEKMAN A T, COPELAND J R, PRINCE M J. Review of community prevalence of depression in later life [J]. *Br J Psychiatry*, 1999, 174: 307-311. DOI: 10.1192/bjp.174.4.307.
- [19] Comorbid depression in medical diseases [J]. *Nat Rev Dis Primers*, 2020, 6: 70. DOI: 10.1038/s41572-020-0211-z.
- [20] World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [R]. Geneva: WHO, 2014.
- [21] IVEY-STEPHENSON A Z, CROSBY A E, HOENIG J M, et al. Suicidal thoughts and behaviors among adults aged ≥ 18

- years—United States, 2015–2019 [J]. *MMWR Surveill Summ*, 2022, 71 (1): 1–19. DOI: 10.15585/mmwr.ss7101a1.
- [22] Web-based Injury Statistics Query And Reporting System (WISQARS) injury mortality reports, 2017. Centers for Disease Control and Prevention [EB/OL]. [2023-05-17]. <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html>.
- [23] RAMCHAND R, GORDON J A, PEARSON J L. Trends in suicide rates by race and ethnicity in the United States [J]. *JAMA Netw Open*, 2021, 4 (5): e2111563. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11563.
- [24] PHILLIPS M R, ZHANG J X, SHI Q C, 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.
- [25] HUANG Y, WANG Y, WANG H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study [J]. *Lancet Psychiatry*, 2019, 6 (3): 211–224. DOI: 10.1016/s2215-0366(18)30511-x.
- [26] 傅小兰, 张侃, 陈雪峰, 等. 中国国民心理健康发展报告(2021—2022) [M]. 北京: 社会科学文献出版社, 2023.
- [27] 王越, 陈晴, 刘鲁蓉. 中国老年人抑郁症检出率及影响因素的 Meta 分析 [J]. *中国全科医学*, 2023, 26 (34): 4329–4335. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0269.
- [28] 付明桂, 刘家洪, 张金霞, 等. 高龄经产妇产前抑郁症流行病学调查及危险因素分析 [J]. *中国妇幼保健*, 2023, 38 (13): 2428–2431. DOI: 10.19829/j.zgfybj.issn.1001-4411.2023.13.025.
- [29] 杨功焕, 黄正京. 中国人群的意外伤害水平和变化趋势 [J]. *中华流行病学杂志*, 1997, 18 (3): 142–145.
- [30] 杨功焕, 周灵妮, 黄正京, 等. 中国人群自杀水平的变化趋势和地理分布特点 [J]. *中华流行病学杂志*, 2004, 25 (4): 280–284. DOI: 10.3760/j.issn: 0254-6450.2004.04.002.
- [31] 费立鹏. 国内外自杀预防研究的进展与思考 [J]. *广西医科大学学报*, 2022, 39 (9): 1355–1362.
- [32] SIU A L, Preventive Services Task Force U.S., BIBBINS-DOMINGO K, et al. Screening for depression in adults: us preventive services task force recommendation statement [J]. *JAMA*, 2016, 315 (4): 380–387. DOI: 10.1001/jama.2015.18392.
- [33] LEFEVRE M L, Preventive Services Task Force U.S. Screening for suicide risk in adolescents, adults, and older adults in primary care: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement [J]. *Ann Intern Med*, 2014, 160 (10): 719–726. DOI: 10.7326/M14-0589.
- [34] Depression (major depressive disorder). Mayo Clinic [EB/OL]. [2023-05-17]. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
- [35] KENDLER K S, AGGEN S H, NEALE M C. Evidence for multiple genetic factors underlying DSM-IV criteria for major depression [J]. *JAMA Psychiatry*, 2013, 70 (6): 599–607. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.751.
- [36] TSUANG M T, BAR J L, STONE W S, et al. Gene-environment interactions in mental disorders [J]. *World Psychiatry*, 2004, 3 (2): 73–83.
- [37] Depression. Medline Plus [EB/OL]. [2023-05-17]. <https://medlineplus.gov/genetics/condition/depression>.
- [38] FERNANDEZ-PUJALS A M, ADAMS M J, THOMSON P, et al. Epidemiology and heritability of major depressive disorder, stratified by age of onset, sex, and illness course in generation Scotland: Scottish family health study (GS: SFHS) [J]. *PLoS One*, 2015, 10 (11): e0142197. DOI: 10.1371/journal.pone.0142197.
- [39] WEISS E L, LONGHURST J G, MAZURE C M. Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates [J]. *Am J Psychiatry*, 1999, 156 (6): 816–828. DOI: 10.1176/ajp.156.6.816.
- [40] DILLON G, HUSSAIN R, LOXTON D, et al. Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature [J]. *Int J Family Med*, 2013, 2013: 313909. DOI: 10.1155/2013/313909.
- [41] HARSHFIELD E L, PENNELLS L, SCHWARTZ J E, et al. Association between depressive symptoms and incident cardiovascular diseases [J]. *JAMA*, 2020, 324 (23): 2396–2405. DOI: 10.1001/jama.2020.23068.
- [42] ALBERT P R. Why is depression more prevalent in women? [J]. *J Psychiatry Neurosci*, 2015, 40 (4): 219–221. DOI: 10.1503/jpn.150205.
- [43] MA L, XU Y, WANG G, et al. What do we know about sex differences in depression: a review of animal models and potential mechanisms [J]. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2019, 89: 48–56. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2018.08.026.
- [44] HUTCHENS B F, KEARNEY J. Risk factors for postpartum depression: an umbrella review [J]. *J Midwifery Womens Health*, 2020, 65 (1): 96–108. DOI: 10.1111/jmwh.13067.
- [45] CURTIN S, HEDEGAARD H. Suicide rates for females and males by race and ethnicity: United States, 1999 and 2017. Centers for Disease Control and Prevention [EB/OL]. [2023-05-17]. https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/suicide/rates_1999_2017.htm.
- [46] O'CONNOR E, HENNINGER M, PERDUE LA, et al. Screening for depression and suicide risk in adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force [J]. *JAMA*, 2023. DOI: 10.1001/jama.2023.7787.
- [47] COSTANTINI L, PASQUARELLA C, O'DONE A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9): a systematic review [J]. *J Affect Disord*, 2021, 279: 473–483. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.131.
- [48] RADLOFF L S. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults [J]. *J Youth Adolesc*, 1991, 20 (2): 149–166. DOI: 10.1007/BF01537606.
- [49] 廖娟娟, 郑亚楠, 黄亮明, 等. PHQ-2-C、CES-D 和 BDI-II -C 在筛查青少年抑郁症障碍中的应用研究 [J]. *国际精神病学杂志*, 2017, 44 (1): 23–25, 36. DOI: 10.13479/j.cnki.jip.2017.01.003.
- [50] YESAVAGE J A, BRINK T L, ROSE T L, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary

- report [J]. J Psychiatr Res, 1982, 17 (1): 37-49. DOI: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.
- [51] 周淑新, 李尔曼. 筛查抑郁症 [J]. 中国全科医学, 2012, 15(31): 3575-3577. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2012.31.004.
- [52] 陈玲玲, 曾慧. 简版老年抑郁量表 (GDS-15) 在老年抑郁症评估中的应用现状 [J]. 当代护士 (下旬刊), 2017 (12): 13-16.
- [53] COX J L, HOLDEN J M, SAGOVSKY R. Detection of postnatal depression. development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale [J]. Br J Psychiatry, 1987, 150: 782-786. DOI: 10.1192/bjp.150.6.782.
- [54] LEE D T, YIP S K, CHIU H F, et al. Detecting postnatal depression in Chinese women. Validation of the Chinese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale [J]. Br J Psychiatry, 1998, 172: 433-437. DOI: 10.1192/bjp.172.5.433.
- [55] BENASI G, FAVA G A, GUIDI J. Prodromal symptoms in depression: a systematic review [J]. Psychother Psychosom, 2021, 90 (6): 365-372. DOI: 10.1159/000517953.
- [56] 季建林. 中国抑郁症障碍防治指南修订与抑郁症障碍的规范治疗 [J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2015, 24 (4): 292-293. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2015.04.002.
- [57] SIMON G E, RUTTER C M, PETERSON D, et al. Does response on the PHQ-9 Depression Questionnaire predict subsequent suicide attempt or suicide death? [J]. Psychiatr Serv, 2023, 64 (12): 1195-1202. DOI: 10.1176/appi.ps.201200587.
- [58] 中华医学会行为医学分会. 抑郁症治疗与管理的专家推荐意见 (2022年) [J]. 中华行为科学与脑科学杂志, 2023, 32 (3): 193-202. DOI: 10.3760/cma.j.cn371468-20220921-00563.
- [59] ARROLL B, ROSKVIST R, MOIR F, et al. Antidepressants in primary care: limited value at the first visit [J]. World Psychiatry, 2023, 22 (2): 340. DOI: 10.1002/wps.21057.
- [60] CAMACHO E M, NTAIS D, COVENTRY P, et al. Long-term cost-effectiveness of collaborative care (vs usual care) for people with depression and comorbid diabetes or cardiovascular disease: a Markov model informed by the COINCIDE randomised controlled trial [J]. BMJ Open, 2016, 6 (10): e012514. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-012514.
- [61] GILBODY S, BOWER P, FLETCHER J, et al. Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes [J]. Arch Intern Med, 2006, 166 (21): 2314-2321. DOI: 10.1001/archinte.166.21.2314.
- [62] FAIRALL L, PETERSEN I, ZANI B, et al. Collaborative care for the detection and management of depression among adults receiving antiretroviral therapy in South Africa: study protocol for the CobALT randomised controlled trial [J]. Trials, 2018, 19 (1): 193. DOI: 10.1186/s13063-018-2517-7.
- [63] ELL K, XIE B, QUON B, et al. Randomized controlled trial of collaborative care management of depression among low-income patients with cancer [J]. J Clin Oncol, 2008, 26 (27): 4488-4496. DOI: 10.1200/JCO.2008.16.6371.
- [64] ALI M K, CHWASTIAK L, POONGOTHAI S, et al. Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in India: the INDEPENDENT randomized clinical trial [J]. JAMA, 2020, 324 (7): 651-662. DOI: 10.1001/jama.2020.11747.
- [65] TULLY P J, BAUMEISTER H. Collaborative care for comorbid depression and coronary heart disease: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials [J]. BMJ Open, 2015, 5 (12): e009128. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009128.
- (收稿日期: 2023-12-11; 修回日期: 2024-01-11)
(本文编辑: 崔莎)

2023 年美国预防临床服务指南工作组《儿童和青少年血脂异常筛查推荐声明》解读

刘文郡¹, 姚弥², 荆冠宁², 闫存玲³, 闫辉^{1*}

1.100034 北京市, 北京大学第一医院儿童医学中心

2.100034 北京市, 北京大学第一医院全科医学科

3.100034 北京市, 北京大学第一医院检验科

*通信作者: 闫辉, 主任医师/副教授; E-mail: yanhuiped@126.com

刘文郡和姚弥为共同第一作者



扫描二维码
查看原文

基金项目: 2022 年度北京大学第一医院院内交叉临床研究专项 (2022CR22)

引用本文: 刘文郡, 姚弥, 荆冠宁, 等. 2023 年美国预防临床服务指南工作组《儿童和青少年血脂异常筛查推荐声明》解读 [J]. 中国全科医学, 2024, 27 (15): 1796-1801. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0002. [www.chinagp.net]

LIU W J, YAO M, JING G N, et al. Interpretation of screening for lipid disorders in children and adolescents: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement [J]. Chinese General Practice, 2024, 27 (15): 1796-1801.

© Chinese General Practice Publishing House Co., Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND 4.0 license.