



北京中医药大学学报

Journal of Beijing University of Traditional Chinese Medicine

ISSN 1006-2157, CN 11-3574/R

《北京中医药大学学报》网络首发论文

题目：青少年抑郁障碍中西医结合防治指南
作者：郭蓉娟，袁勇贵
收稿日期：2023-03-06
网络首发日期：2024-05-14
引用格式：郭蓉娟，袁勇贵. 青少年抑郁障碍中西医结合防治指南[J/OL]. 北京中医药大学学报. <https://link.cnki.net/urlid/11.3574.R.20240514.0929.004>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

青少年抑郁障碍中西医结合防治指南*

《青少年抑郁障碍中西医结合防治指南》编写组 中华中医药学会心身医学分会 中华医学
会心身医学分会

关键词：青少年抑郁障碍；中西医结合；指南；循证医学

1 背景、目的及意义

青少年心理健康工作是健康中国建设的重要内容。随着我国经济社会快速发展，青少年心理行为问题发生率和精神障碍患病率逐渐上升，已成为关系国家和民族未来的重要公共卫生问题。《中国国民心理健康发展报告》显示，2020年中国青少年的抑郁风险检出率为24.6%，其中，重度抑郁风险检出率为7.4%，抑郁障碍成为当前青少年健康成长的一大威胁。青少年抑郁障碍的诊疗仍然存在社会、学校、家庭对学生心理健康问题的重视力度不够以及早发现、早诊断、早干预的能力不足等问题，亟需探索有效的整体解决方案。

目前国内缺乏青少年抑郁障碍中西医结合防治的共识、标准和指南。中医强调未病先防、既病防变、瘥后防复的治未病思想，对于抑郁状态和轻中度抑郁的青少年可以采用中药、针灸、中医心理治疗等实现早期干预；重度抑郁青少年可采用中西医结合诊治方法协同增效，减少不良反应。因此，本指南借鉴国内外中医、西医及中西医结合治疗青少年抑郁障碍的治疗方案，遵循循证医学的方法，对青少年抑郁障碍的临床研究文献进行分级推荐及专家意见达成共识，形成中西医结合防治青少年抑郁障碍的临床实践指南，对于规范使用中西医结合方法提高青少年抑郁障碍的临床疗效具有重要作用。

《青少年抑郁障碍中西医结合防治指南》是以中西医在精神疾病临床诊疗中优势互补为目标，结合近年来国内外临床研究证据，进行证据分级和意见推荐，经过专家讨论，形成具有指导意义的青少年抑郁障碍的中西医结合防治指南。

本指南主要为青少年抑郁障碍提供以中西医结合为主要内容的筛查、诊断、治疗、预防意见，推荐有循证医学证据的青少年抑郁障碍现代医学和中医药治疗方法。本指南的使用者为中医、西医、中西医结合临床医师、护理人员以及从事青少年抑郁障碍诊疗和管理相关专业人员。

2 指南制定方法

*通信作者：郭蓉娟，女，博士，教授，博士生导师，主要研究方向：中医药防治抑郁症，E-mail: dfguorongjuan@163.com；袁勇贵，男，博士，教授，博士生导师，主要研究方向：抑郁症临床诊治和发病机制研究，E-Mail: yygyh2000@sina.com。

*中华中医药学会团体标准项目（No.20220731-BZ-CACM）；抑郁症中西医协同攻关项目（No.2023BJSZDYNJBXTGG-014）

2.1 临床问题构建

采用专家访谈与问卷调查相结合的方式，开展专家调研，收集全国17个省份（包括直辖市）105位从事中医、西医、中西医结合专家对临床问题和结局指标的意见与建议，并经线上会议专家投票确定，最终确定本指南主要回答的10个临床问题：①青少年抑郁障碍的患病率如何？②青少年抑郁障碍的危险因素有哪些？③青少年抑郁障碍需要与哪些疾病进行鉴别？④青少年抑郁障碍有哪些中医证候类型？⑤青少年抑郁障碍应如何筛查？⑥青少年抑郁障碍治疗目的和注意事项是什么？⑦轻中度青少年抑郁障碍有哪些疗法？疗效和安全性如何？⑧中重度青少年抑郁障碍有哪些疗法？疗效和安全性如何？⑨青少年抑郁障碍的治疗疗程应如何限定？⑩预防青少年抑郁障碍的措施有哪些？

2.2 证据检索与综合

2.2.1 纳入标准

对最终纳入的指南问题，按照PICOS原则，以主题词与自由词相结合的检索方式进行文献检索。P（Population）-研究对象：青少年抑郁障碍患者（符合世界卫生组织发布的国际疾病分类第十一版〔ICD-11〕或美国精神障碍诊断和统计手册〔DSM-V〕抑郁障碍诊断标准）。I（Intervention）-干预措施：中医、西医治疗或中西医结合治疗。C

（Comparison）-对照措施：西医治疗单用、安慰剂对照、联合治疗。O（Outcome）-结局指标：有效率，汉密尔顿抑郁量表（hamilton depression scale, HAMD），汉密尔顿焦虑量表（hamilton anxiety scale, HAMA），中医证候评分量表，不良反应，Reynolds青少年抑郁量表（reynolds adolescent depression scale, RADS），儿童抑郁问卷（children's depression inventory, CDI），儿童抑郁评定量表（children's depression rating scale, CDRS），临床疗效总评量表（clinical global impression, CGI），治疗不良反应量表（treatment emergent symptom scale, TESS），患者健康问卷2条目版（patient health questionnaire 2, PHQ-2）或患者健康问卷9条目版（patient health questionnaire 9, PHQ-9）条目版，抑郁自评量表（self-rating depression scale, SDS），Kutcher青少年抑郁量表（kutcher adolescent depression scale, KADS），贝克抑郁自评量表（beck depression inventory II, BDI-II），儿童焦虑抑郁量表修订版（revised edition Children's Anxiety and Depression Scale, RCADS），儿童社交焦虑量表（social anxiety scale for children, SASC），睡眠障碍流调中心用抑郁量表（the center for epidemiologic studies depression scale, CES-D），情绪和感受问卷（mood and feelings questionnaire, MFQ），戴维斯在线认知量表（davis online cognition

scale, DOCS)。S (Study design) -研究类型：随机对照试验、队列研究、病例对照、病例系列、系统评价及Meta分析。

2.2.2 排除标准

符合以下任一条件者排除：①青少年抑郁障碍诊断标准不明确的文献；②重复或雷同报告，或文献经确认为同一临床试验者；③综述、动物实验、理论性研究及会议论文等；④摘要类文献或无法下载全文的文献；⑤无法提取相关数据的文献。

2.2.3 检索策略

系统检索中国知网（CNKI）、万方数据库（WanFang）、维普网（VIP）、中国生物医学文献数据库（SinoMed）、PubMed、Cochrane Library和Embase数据库。检索时间为建库时间—2023年7月。中文检索词包括青少年、少年、青春期、青春期、学生、初中生、高中生、抑郁、抑郁障碍、郁证、郁病、随机对照试验、随机、RCT、队列研究、病例对照、系统评价、Meta、循证、荟萃分析等，英文检索词包括：Adolescent、Adolescence、Teen、Teenager、Youth、Depression、Depressive Disorder、Depressive Symptom、Randomized Controlled Trial、Clinical Trials、RCT、Cohort study、Case control、Evidence-based、meta、meta-analysis、System evaluation、systematic review等。采用主题词与自由词相结合的方式进行搜索，并根据具体数据库进行调整。

2.2.4 文献筛选及资料提取

由指南工作组根据预先制定的纳排标准进行文献的筛选。将已检索的文献题录导入Note Express（版本3.7.0.9296）文献管理软件，去除重复的文献，进行初步筛选和全文筛选。根据题目、摘要和全文，按照纳排标准逐级筛选文献。阅读全文后，利用Excel建立资料提取表，提取最终纳入文献的相关资料。每篇文献的筛选和信息提取由两名独立的人员完成，第三人负责核对和审查相关资料。对于存在争议的文献，提交至秘书处，召开线上会议，由协作组专家集体讨论明确。

2.2.5 证据评价

证据评价在方法学专家的指导下，由硕士和博士团队完成。根据研究类型，使用相应的评价标准进行文献质量评估。采用Cochrane系统评价手册中的ROB工具对随机对照试验（RCT）的方法学质量进行评价。采用国际SR/Meta方法学质量评价量表（AMSTAR-2），对现有的系统评价和Meta分析文献进行质量评估。

2.2.6 证据体质量评价与推荐标准

本指南采用GRADE方法对汇总证据和推荐意见进行分级（表1）。在证据分级过程

中，考虑 5 个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及 3 个升级因素——效应量大、剂量反应关系、可能的混杂因素。基于青少年抑郁障碍中西医结合诊疗的特色和国内的实际情况，本指南中推荐意见的推荐强度考虑了干预措施的利弊、临床可操作性、患者的价值观与意愿 3 个因素。推荐意见和共识建议的确定采用 GRADE 网格进行投票。GRADE 推荐强度分级与表达参见表 2。

表 1 GRADE 证据质量的描述

Table 1 Description of GRADE Evidence Quality

证据分级 Evidence grading	代码 Code	具体描述 Specific description
高质量	A	非常确信真实的效应值接近估计值
中等质量	B	对效应估计值有中等程度信心：真实值有可能接近估计值，但仍存在二者大不相同的可能性
低质量	C	对效应估计值的确信程度有限：真实值与估计值可能有很大差别
极低质量	D	对效应估计值几乎没有信心：真实值与估计值可能有很大差别

表 2 GRADE 推荐强度分级与表达

Table 2 GRADE Recommended Intensity Grading and Expression

推荐等级 Recommendation level	推荐用语 Recommended words	代码 Code
支持使用某种疗法的强推荐	强推荐	1
支持使用某种疗法的弱推荐	弱推荐	2
不能确定	暂不推荐	0
反对使用某种疗法的强推荐	反对	-1
反对使用某种疗法的弱推荐	不建议	-2

2.2.7 形成共识推荐意见/共识建议

由 29 名临床专家采用名义组法，依据 GRADE 网格对有证据支持的意见进行计票，并形成推荐意见；对于证据支持不充分的意见则采用多数过票规则形成共识建议。计票原则为如果大于 50% 的人数选择一格票数，则达成共识，可直接确定推荐方向及强度；若“中间”格某一侧两格总票数超过 70%，则达成共识，可确定推荐方向，推荐强度为“弱推荐”或“弱不推荐”。其他情况被视为未达成共识，推荐意见将进入下一轮投票，若 3 轮投票后仍未达成共识，视为未形成推荐意见。

3 范围

本指南界定了青少年和青少年抑郁障碍的定义，提出了对青少年抑郁障碍的筛查、诊断、治疗和预防内容。

本指南广泛适用于中医科、中西医结合科、精神心理科、儿科、睡眠医学科、心身医学科、全科等相关科室的临床医师、护理人员以及从事青少年抑郁障碍防治的行政管理、健康教育等相关专业人员使用。

4 术语和定义

4.1 青少年的年龄

青少年的年龄界定为 12~18 岁。

4.2 抑郁情绪

抑郁情绪一般属于人的正常情绪之一，是基于一定的客观事物的无能应对时的一种负性情绪感受，其情绪低落的程度不等，但不影响人的日常生活，且有一定时限性，通常是短期的，能够通过自我调适恢复。

4.3 抑郁状态

抑郁状态是一种临床常见的情绪状态，比抑郁情绪程度更重和/或持续时间更长，但不影响或轻度影响社会功能，和/或持续时间不超过两周，抑郁状态可以间断性反复发作，超过两周或更长的时间。

4.4 抑郁障碍

抑郁障碍是临床一种常见的精神疾病，是指以显著而持久的情绪低落或易激惹、兴趣缺乏、思维及认知功能迟缓为主要临床特征的一类精神障碍。其核心症状是与处境不相称的心境低落和兴趣丧失，严重者可出现自杀念头和行为。多数患者有反复发作的倾向，大多数发作可以缓解，部分可存在残留症状或转为慢性病程。

5 患病率

青少年是抑郁的高发人群之一，中国科学院心理研究所发布的《2022年青少年心理健康状况调查报告》显示，参与调研的3万余名青少年中，14.8%可能有一定程度的抑郁表现，4.0%有重度抑郁风险^[1]。汇总了29项研究的Meta分析显示，中国儿童青少年抑郁症状总患病率为19.85%，东、中、西部分别为17.8%、23.7%和22.7%^[2]。研究显示中国留守儿童抑郁症状的患病率为30.7%，非留守儿童患病率为22.8%^[3]。农村青少年患病率高于城市^[4]。抑郁严重影响青少年的健康成长，给家庭、社会带来沉重的经济负担^[5]。2019年全球疾病负担研究的系统分析显示，抑郁障碍是导致全球疾病负担增加的10个关键疾病之一，青少年抑郁障碍在青少年的疾病负担中由1990年第八位上升至第四位^[6]。

6 危险因素

6.1 遗传因素

父母抑郁障碍是青少年抑郁障碍的重要危险因素^[7]，具有抑郁障碍家族遗传史的青少年有更高的抑郁风险^[8-9]。

6.2 生物因素

生理因素：青少年处在生理快速成熟、心理发展相对缓慢的矛盾阶段，青少年的神经认知系统和情绪调控能力的发展滞后于生理发育，容易产生焦虑抑郁情绪^[10]。此外，性别也是一个影响因素，女生较男生有更高的抑郁风险。女生中存在轻度抑郁风险和重度抑郁风险的比例分别为 12.5%和 5.0%，而在男生中相应的比例分别为 9.2%和 3.0%^[11]。

神经生化因素：神经生化失调假说认为，抑郁障碍患者的神经递质功能和内稳态功能失调。去甲肾上腺素能、多巴胺能和 5-羟色胺能神经递质系统在抑郁障碍的发病中起了重要作用。此外，抑郁障碍也与神经递质相应受体的改变有关。

神经内分泌因素：抑郁障碍患者的下丘脑-垂体-肾上腺轴功能异常，表现为血中皮质醇水平增高、应激相关激素分泌昼夜节律改变以及无晚间自发性皮质醇分泌抑制等。下丘脑-垂体-甲状腺轴可能也参与了抑郁障碍的发病。生长激素、催乳素、褪黑素和性激素在抑郁障碍患者中也均可见不同程度的分泌改变。

神经可塑性因素：抑郁障碍患者脑源性神经营养因子表达异常。

神经环路因素：磁共振成像研究发现，抑郁障碍患者脑结构和功能存在异常，目前较为一致的发现主要涉及两个神经环路，一是以杏仁核和内侧前额叶皮质为中心的内隐情绪调节环路，包括海马、腹内侧前额叶皮质、喙下前扣带回、喙前前扣带皮质、背侧前额叶皮质等，该环路主要受 5-羟色胺调节；二是以腹侧纹状体/伏隔核、内侧前额叶皮质为中心的奖赏神经通路，该环路主要受多巴胺调节。抑郁障碍患者这两个环路都存在神经递质浓度、对负性/正性刺激的反应、静息功能连接、白质神经纤维、灰质体积、脑代谢等多个水平的异常。

神经电生理因素：抑郁障碍患者存在脑电图（EEG）、脑诱发电位（BEP）等神经电生理相关指标异常。抑郁障碍的严重程度与其 EEG 左右半球平均整合振幅呈负相关，BEP 波幅也与抑郁障碍的严重程度相关，同时伴有事件相关电位（ERP）P300 和 N400 潜伏期延长。

线粒体能量代谢因素：在抑郁障碍发病过程中，线粒体也扮演了重要角色。线粒体的氧化磷酸化、氧化应激和介导细胞凋亡等功能参与抑郁障碍过程，尤其是线粒体能量代谢障碍是抑郁障碍重要的病理基础。研究发现抑郁障碍患者外周血单核细胞线粒体功能明显受损，常规和非耦合呼吸以及备用呼吸能力、耦合效率和腺苷三磷酸周转相关呼吸作用显著降低。线粒体呼吸活性与抑郁症状的严重程度呈负相关，尤其是疲劳等低动力症状^[11]。

此外还与肠道菌群紊乱、神经炎症等因素相关，但至今尚无统一的认识。

6.3 环境因素

6.3.1 家庭因素

家庭是青少年重要的成长环境，与青少年抑郁障碍的发生息息相关。①家庭条件：父母教育程度较低、社会经济地位较低的家庭，青少年抑郁障碍发生率较高^[1, 12-13]；②家庭结构：独生子女抑郁水平低于非独生子女，多子女家庭中排行老三或更小的青少年的抑郁风险更高^[1]；单亲家庭、留守儿童、父母一方或双方存在缺位的青少年有着更高的抑郁风险^[14-15]；③养育模式：亲子关系也对青少年抑郁有影响，父母同属于严父严母的家庭青少年抑郁风险更高^[13, 16-17]；此外，父母的心理健康也与青少年抑郁症状之间存在显著相关^[18]；④家庭氛围：父母关系越不和睦，青少年抑郁风险越高^[1, 13]。

6.3.2 人际关系

人际关系也是预测青少年抑郁情绪发展的危险因素^[4]。青少年易受到同伴的影响，人际关系不良与青少年抑郁的发生显著相关^[19]。此外，校园欺凌与网络欺凌也是青少年抑郁的一个发生因素^[20]。

6.3.3 学业压力

随着年龄增长，抑郁风险有升高趋势，初中三年级的抑郁风险显著高于小学三年级^[4, 13]。繁重的学业压力会导致青少年睡眠时长不足、缺乏运动，也与更高的抑郁风险密切相关^[1]。

7 诊断

7.1 西医诊断

7.1.1 临床表现

青少年抑郁障碍是指发生青少年时期，以显著而持续的情绪低落、兴趣缺失为主要表现的一类精神疾病。青少年抑郁障碍的临床表现与成人抑郁相似，但也有其特殊之处，常以烦躁、情绪反应为核心症状^[2]，也可能表现为睡眠紊乱、饮食失调、疲乏、疼痛等各种躯体症状以及自伤自残、逃学、抽烟、酗酒、网瘾、不做作业、成绩下降、人际关系紧张等行为问题。

7.1.2 诊断标准

参照世界卫生组织发布的国际疾病分类第十一版（ICD-11）^[21]及美国精神障碍诊断和统计手册第五版（DSM-V）^[22]中的青少年抑郁障碍诊断标准。

7.1.2.1 症状标准

1) 在 2 周内, 出现 5 个或以上的下列症状, 表现出与先前功能相比不同的变化, 其中至少一项是心境抑郁或丧失兴趣或愉悦感。至少出现 4 项以下症状: 情绪烦躁、易激惹; 兴趣丧失、无愉悦感; 精力减退或疲乏感; 精神运动性迟滞或激越(由他人看出来, 而不仅是主观体验到的迟钝或坐立不安); 自我评价过低、自责, 或有内疚感; 联想困难或自觉思考能力下降; 反复出现想死的念头或有自杀行为; 睡眠障碍; 食欲降低或体重明显减轻。

2) 这些症状引起有临床意义的痛苦, 或导致社交、职业或其他重要功能方面的损害。

3) 这些症状不能归因于某种物质的生理效应, 或其他躯体疾病。

7.1.2.2 严重程度标准

轻度: 符合抑郁障碍诊断标准, 症状程度较轻, 在日常学习、社交或家务活动中有一些困难, 但不甚严重; 中度: 符合抑郁障碍诊断标准, 有少许症状表现突出, 或整体症状略微突出。中度抑郁发作的个体通常在进行日常学习、社交或家务活动中有相当程度的困难, 但在一些领域仍保有功能; 重度: 较多或大多数的症状表现突出, 或一些症状表现尤为强烈。重度抑郁发作的个体在个人、家庭、社交、学业、职业或其他重要领域中无法保有功能, 或功能严重受限。

7.1.2.3 病程标准

符合症状标准, 且至少持续 2 周。

7.1.2.4 排除标准

排除器质性精神障碍、精神分裂症和双相情感障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致抑郁障碍。

7.1.3 西医鉴别诊断

双相情感障碍、精神分裂症、广泛性焦虑障碍、破坏性心境失调障碍等疾病常伴随抑郁症状, 因此青少年抑郁障碍在诊断时, 与上述疾病的鉴别非常重要^[23]。

7.1.3.1 双相情感障碍

一项研究显示重度抑郁障碍诊断的患者中 22.1%有终生双相特征史^[24]。青春期前抑郁障碍患者发生双相情感障碍的风险约为 10%~20%^[25]。双相情感障碍患者既有躁狂或轻躁狂发作, 又有抑郁发作。躁狂发作时, 表现为情绪高涨、思维奔逸、活动增多; 而抑郁发作时则出现情绪低落、思维迟缓、活动减少等症状。双相情感障碍在抑郁相时常被误诊为抑郁障碍, 可通过以下几个方面鉴别。青少年双相情感障碍患者多有家族史, 起病为急性或亚急性, 病程较短, 易反复发作, 心境不稳定, 多见思维奔逸等思维形式障

碍，注意力随境转移，多见贪食和体重增加，睡眠增多。青少年抑郁障碍患者多无双相情感障碍家族史，起病较缓，病程较长，缓解期较长，心境较稳定，思维形式障碍多表现为迟缓，消瘦，多见睡眠障碍。青少年抑郁障碍在治疗过程中转躁的风险较高，临床医师需密切关注患者症状变化，早识别，早干预。

7.1.3.2 精神分裂症

精神分裂症患者可伴有抑郁的症状，青少年抑郁障碍也可能伴有精神病性症状，可通过以下几个方面鉴别。精神分裂症通常以感知觉障碍（如幻觉等）、思维障碍（如妄想等）和情感淡漠、不协调为原发症状，抑郁症状为继发，且短于精神分裂症的原发症状，思维、情感和意志行为等精神活动之间缺乏协调性，病程多数为发作进展或持续进展。青少年抑郁障碍以心境低落、易激惹为原发症状，精神病性症状是继发的，精神活动之间存在协调性多为间歇性病程，间歇期基本正常。

7.1.3.3 广泛性焦虑障碍

青少年抑郁障碍和焦虑障碍常共同出现，但属于不同的临床综合征。焦虑障碍的核心症状为“害怕、恐惧，担忧、着急”为特点，焦虑症状较为突出，情感表达以焦虑、脆弱为主，有明显的自主神经功能失调及运动性不安，症状波动性大，求治心切，病前往往有明显引起高级神经活动过度紧张的精神因素。青少年抑郁障碍常出现头晕、头痛、乏力、失眠及食欲降低等躯体化主诉，或者以心境低落为主要表现，患者自我感觉不佳，觉得痛苦、精力减退、疲劳感，联想困难或自觉思考能力下降，兴趣丧失，反复出现想死的念头或有自杀行为。

7.1.3.4 破坏性心境失调障碍（disruptive mood dysregulation disorder, DMDD）

DMDD 主要表现严重的反复的脾气爆发，表现为言语（如言语暴力）或行为（如以肢体攻击他人或财物），其强度或持续时间与所处情况或所受的挑衅不成比例。脾气爆发与其发育阶段不一致。脾气爆发平均每周 3 次或 3 次以上。几乎每天和每天的大部分时间，脾气爆发之间的心境是持续性的易激惹或发怒，且可被父母、老师、同伴等观察到。症状发生于 10 岁以前。DMDD 在病程特征方面，呈现的所有症状已超过 12 个月；从没有超过 3 个月持续不表现任何症状；从没有持续 1 天以上存在兴奋、话多等能够符合躁狂发作或轻躁狂发作诊断的症状标准。

7.1.4 辅助检查

一般体格检查、神经系统检查及实验室检查排除其他躯体性疾病。

7.2 中医诊断及辨证论治

7.2.1 中医诊断

中医没有抑郁障碍病名，青少年抑郁障碍属于中医郁证、郁病的范畴^[5]。中医认为其是以悲忧善哭、心神不宁、烦躁不寐、食欲减退、精神恍惚为主症的一种病证。

7.2.2 中医辨证论治

参照文献[26-28]制定中医辨证论治标准。

7.2.2.1 肝气郁结证

主症：情绪低落，心绪不宁。次症：思维缓慢，自责自卑，厌学，或沉默寡言，反应迟钝，两胁胀痛，脘闷暖气，不思饮食，面色晦暗。舌脉：舌淡，苔薄白，脉弦细。可采用柴胡疏肝散加减。药用柴胡、枳壳、川芎、制香附、陈皮、生白芍、甘草。

7.2.2.2 气郁化火证

主症：情绪低落，易发脾气，胸胁胀痛。次症：有攻击行为，社交退缩，暴躁不安，注意力不集中，口苦，口干，食欲不振或有头痛、目赤、耳鸣，便秘。舌脉：舌红，苔薄白或黄，脉弦数。可采用丹栀逍遥散加减。药用柴胡、当归、生白芍、白术、茯苓、薄荷、生甘草、生姜、丹皮、栀子。

7.2.2.3 痰气郁结证

主症：情绪低落，咽中异物感，咽之不下，咯之不出。次症：胸部闷塞，胁肋胀痛，或见咳嗽有痰，或吐痰不咳嗽，或兼胸肋刺痛。舌脉：舌质淡红，苔白腻，脉弦滑。可采用半夏厚朴汤加减。药用厚朴、紫苏、法半夏、生姜、茯苓。

7.2.2.4 肝郁脾虚证

主症：情绪低落，两胁胀满，善太息。次症：多愁善感，思虑过度，沉默少言，失眠，健忘，社交退缩，神疲乏力，食欲减退，体质量下降，或伴有头晕，腹胀，腹泻或便秘。舌脉：舌淡，苔薄白，脉弦细。可采用逍遥散加减。药用柴胡、当归、生白芍、白术、茯苓、薄荷、生甘草、生姜。

7.2.2.5 心脾两虚证

主症：多思善虑，纳差神疲。次症：心悸，多梦，面色萎黄，手足麻木，头晕，自汗，腹胀，大便溏，月经不调。舌脉：舌质淡嫩，舌苔白，脉细弱。可采用归脾汤加减。药用白术、茯神、黄芪、龙眼肉、酸枣仁、人参、木香、炙甘草、当归、远志。

以上证候类型仅供参考，临床青少年抑郁障碍患者还可能涉及肾阳不足、肾阴不足、肝胆湿热、痰火扰心等证候类型，或伴随失眠、焦虑等症状，可根据症状辨证论治。

8 筛查

8.1 筛查范围及频次

共识建议：建议 12~18 岁青少年每年展开一次抑郁症状筛查，针对抑郁障碍高风险青少年可重复筛查。

青少年抑郁障碍严重危害青少年的健康成长，及早的筛查有助于抑郁障碍的提早干预。多个国家、机构认识到了青少年抑郁障碍筛查在初级保健中的重要性，美国预防服务工作组（united states preventive services task force, USPSTF）更新了《儿童和青少年抑郁障碍和自杀风险筛查》，认为对 12~18 岁的青少年进行抑郁障碍筛查具有中等收益^[8]。抑郁障碍高风险青少年为既往有抑郁发作史、家族史、其他精神障碍、药物使用、创伤、心理社会逆境、频繁的躯体主诉、既往未经抑郁障碍诊断的高分筛查等风险因素的青少年^[29]。然而重复筛查的时间间隔未见证据描述。

8.2 筛查量表选择

共识建议：建议采用 PHQ-9、CDI 进行青少年抑郁障碍的筛查。

“国际健康结果测量联盟”（the international consortium for health outcomes measurement, ICHOM）提出采用《儿童焦虑抑郁量表修订版》（revised child anxiety and depression scale, RCADS）或《患者健康问卷 9 条目版》（patient health questionnaire-9, PHQ-9）进行青少年抑郁障碍的筛查^[30-31]。美国预防服务工作组（USPSTF）推荐 PHQ-9 作为青少年抑郁障碍的筛查工具^[32]。国内筛查常用的量表《儿童抑郁量表》（children's depression inventory, CDI）^[33-34]。

目前 RCADS 在我国青少年群体中的信效度尚未得到验证，且筛查条目过多，不便于广泛筛查，此条专家共识不予推荐。PHQ-9、CDI 在我国青少年中有良好的信效度，且条目较少，对阅读水平要求低，推荐用于青少年抑郁障碍的筛查^[33, 35-36]。

8.3 筛查后处理

共识建议：建议筛查有抑郁障碍风险的青少年转至专业机构进行完善相关评估和诊断。

建议使用筛查工具筛查出有抑郁障碍风险的青少年（无论是作为普通筛查还是靶向筛查）、以任何情绪问题为主诉的青少年以及尽管筛查结果为阴性但仍高度怀疑抑郁障碍的青少年应及时转诊至精神心理相关专科，由专业医师进行针对性的评估和治疗^[29]。

9 治疗

9.1 治疗目的和注意事项

共识建议：青少年抑郁障碍治疗的目的是缓解症状，恢复功能，降低复发风险。

青少年抑郁障碍治疗的目的首先应是缓解症状，其次是恢复功能与降低复发风险^[37]。美国初级保健青少年抑郁障碍指南（guidelines for adolescent depression in primary Care, GLAD-PC）指出青少年抑郁治疗过程中应系统、定期地跟踪治疗的目标，包括改善功能和缓解抑郁症状^[38]。抗抑郁治疗分为3个阶段：急性期、巩固期和维持期。急性期的目标是实现临床症状缓解，而巩固期和维持期的目标是预防复燃和复发。治疗目标的定义如下：起效：症状显著减轻，持续至少2周；缓解：至少2周但少于2个月，症状很少或没有症状；恢复：2个月或更长时间无明显症状；复燃：缓解期间抑郁发作；复发：恢复期间抑郁发作^[39]。

在青少年抑郁障碍的治疗过程中应密切监测并预防非自杀性自伤和自杀行为。（共识建议）抑郁障碍及抗抑郁西药治疗存在安全风险，包括自杀念头和行为、自残、冒险行为和冲动^[40]。临床医生应在抑郁障碍治疗全程监测不良事件的出现^[38]。青少年开始使用抗抑郁西药时，应告知患者（及其父母或照护者）药物治疗的理由、起效延迟、治疗时间、可能的副作用以及按处方服药的必要性^[41]。在初始药物治疗时，应由处方医生或提供心理治疗的医疗保健专业人员密切监测，预防青少年的自残、自杀行为或故意的出现^[41]。有自杀行为的应及时转介专业机构进行治疗。

非自杀性自伤（non-suicidal self-injury, NSSI）也是青少年抑郁障碍的常见症状。NSSI是指个体在没有明确自杀意念的情况下，所采取的一系列不被社会和文化所认可的直接、故意、反复伤害自己的行为。非自杀性自伤一般始于青春期前后，在12~16岁的青少年中较为常见。对NSSI的监测可以使用渥太华自伤调查表（ottawa self-injury inventory, OSI）、临床医生评定的非自杀性自伤严重程度量表（clinician-rated severity of non-suicidal self-injury, CRSNSSI）量表。同时，还应注意对青少年抑郁障碍患者的冲动攻击行为进行监测，以降低安全意外事件的发生率，可使用外显攻击行为量表（modified overt aggression scales, MOAS）等进行评估。

9.2 轻度青少年抑郁障碍的治疗

9.2.1 加强社会支持和定期监测

共识建议：建议轻度青少年抑郁障碍患者首先积极改善与家庭、学校、人际等关系，加强社会支持和定期监测。

对于被诊断为轻度抑郁障碍的青少年，推荐治疗之前考虑一段时间的积极支持和监测，每1~2周进行一次主动监测，监测6~8周^[38]。与认知行为疗法（cognitive-behavioral therapy, CBT）和人际关系疗法（interpersonal therapy, IPT）相比，支持性治疗对轻度抑郁

障碍患者同样有效^[39]。积极支持是抑郁障碍治疗重要组成部分。积极支持指家庭参与，帮助青少年解除应激源；给予心理支持包括积极倾听，教会青少年在遇到挫折时的应对技巧；反思教养方式，改善亲子关系^[39]；学校重视青少年心理健康发展，打破唯分数论，建设有归属感的学校；社区打造丰富的艺术和体育资源，满足孩子好奇心等多方面的需求；社会层面需要更多的抑郁障碍健康宣教，减少抑郁障碍的污名化，给予青少年患者和家属更多的支持、理解与包容。监测指定期复诊，关注青少年抑郁症状的变化。家庭、学校、心理治疗师和医生形成整体治疗联盟相互配合对于青少年抑郁障碍的治疗非常重要。

9.2.2 心理治疗

共识建议：建议轻中度青少年抑郁障碍首选心理治疗，优先推荐CBT、IPT和家庭治疗。

心理治疗被认为是轻度至中度抑郁障碍青少年初始治疗的首选^[38-39]。对于初发或症状轻的青少年抑郁患者应首选心理治疗。优先推荐CBT和IPT作为青少年抑郁障碍的心理治疗。

对抑郁障碍的青少年提供CBT和IPT可改变其不良认知，增加社会支持，减少人际压力，增强情绪处理能力，改善社会功能^[40]。一项综述表明在患有抑郁障碍的青少年中，相较于空白对照组，CBT改善了自我报告的抑郁症状和临床医生报告的功能障碍^[42]。CBT是针对抑郁障碍认知和行为干预的治疗措施，抑郁障碍的不良认知包括认知扭曲和侵入性消极思想，不良行为如快感缺乏/动机下降。CBT治疗抑郁障碍的核心要素包括认知重组，调动前额叶皮层资源以增强信念的认知处理和情绪状态的控制；行为激活，激活与奖励相关的脑回路以增强适应性变化的动机。在认知重组中，治疗师帮助提高患者对习惯性负性认知的识别及消除负性认知的技能。在行为激活中，治疗师激励患者设定目标，定期从事愉快的活动^[40]。

美国儿童青少年精神病学会（American academy of child and adolescent psychiatry, ACCAP）制定指南支持IPT用于抑郁障碍的治疗^[40]。IPT的主要目标为扩大社会支持，减少人际压力，增强情绪处理以及改善重要关系中的社会功能。专业教育、培训和经验对于有效提供IPT是必要的。IPT疗程通常为每周1次，持续12周，但强度和持续时间可因具体情况而异。建议家长根据个人意愿参与。在治疗的初始阶段，评估当前问题，建立治疗联盟，并提供有关抑郁障碍的性质、原因和病程以及治疗过程的教育。治疗师进行人际关系清单，对患者当前和过去的重要关系及其情感价值进行详细回顾。该清单将患者

的人际关系情况与抑郁症状联系起来，通常确定4个主要问题领域之一：哀伤反应、人际缺陷、人际冲突以及角色转换。在治疗的中期阶段，治疗师与患者合作，通过将情绪与哀伤反应、人际缺陷、人际冲突以及角色转换过程联系起来，解决已确定的问题区域。在终止阶段，在治疗环境和预防复发之外推广和维持技能成为治疗重点。帮助患者识别抑郁障碍的预警信号，及时治疗。

家庭心理治疗，是指改变家庭成员围绕症状所表现出来的交往方式，从而达到治疗症状的一种治疗理论和方式。该治疗体系认为症状的形成源于家庭成员的不良交往方式，即便不是如此，症状的维持也是家庭成员不良交往方式强化的结果。通过改变家庭成员的不良交往方式可以达到治疗症状的目的。实施家庭治疗需要全家人或者有关的主要家人参与，以家庭群体的方式进行治疗。

9.3 轻中度青少年抑郁障碍的治疗

9.3.1 辨证中药、中成药或针刺治疗

共识建议：建议轻中度青少年抑郁障碍可以采用辨证中药、中成药或针刺治疗。

在整体观念和辨证论治的基础上，可以采用中药或中成药用于轻中度青少年抑郁障碍的治疗。中药的治疗可以参考“7.2.2 中医辨证论治”项下内容。中成药肝气郁结证可以使用舒肝颗粒，肝郁脾虚证可使用舒肝解郁胶囊、逍遥丸，肾阳虚证可采用巴戟天寡糖胶囊，抑郁伴失眠症状可使用乌灵胶囊^[43]。

针刺作为一种简、便、验、廉的非药物疗法，具有多环节、多靶点的治疗特点。一项Meta分析^[44]显示，相较于安慰针刺，针刺可以降低成年抑郁障碍患者的HAMD评分 [$n=920$, $MD=-4.49$, $95\%CI (-5.93,-3.04)$, $P<0.001$]。轻中度青少年抑郁可以单独使用针灸治疗，中重度青少年抑郁采用针刺联合中药或抗抑郁西药治疗。针刺可选用百会、印堂、太冲、神门、内关等疏肝解郁，养心调神穴位。肝气郁结加膻中、期门；气郁化火加行间、侠溪等；痰气郁结加丰隆、中脘等；肝郁脾虚加肝俞、足三里等；心脾两虚加三阴交、心俞等。

9.3.2 经颅磁刺激疗法

共识建议：建议轻中度青少年抑郁障碍可以采用经颅磁刺激疗法治疗。

重复经颅磁刺激（repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS）是一种治疗抑郁障碍的神经调节技术，具有无创、副作用小、操作简单的特点。一项前瞻性临床研究^[45]显示，rTMS可以改善青少年抑郁障碍患者的儿童抑郁评定量表（children's depression

rating scale--revised, CDRS-R) 的评分, 且耐受性好。推荐rTMS单独用于轻中度青少年抑郁障碍的治疗。

9.3.3 联合疗法

9.3.3.1 共识建议

轻中度青少年抑郁障碍使用单一疗法4周症状未见明显缓解, 可以采用两种或两种以上疗法联合治疗。

轻中度青少年抑郁障碍使用心理疗法、辨证中药、中成药、针刺、经颅磁刺激等单一疗法4周症状未见明显缓解, 可以采用两种或两种以上疗法联合治疗。

9.3.3.2 推荐意见

1) 推荐使用针刺联合心理疗法治疗轻中度青少年抑郁障碍, 以改善抑郁症状。

推荐等级: 1C。

证据概要: 与常规抗抑郁西药联合心理治疗相比, 针刺联合心理治疗可降低HAMD评分^[46] [$n=60$, $MD=-4.36$, $95\%CI (-7.78,-0.94)$, $P=0.01$]。

2) 推荐中成药联合心理疗法治疗轻中度青少年抑郁障碍, 以改善抑郁症状。

推荐等级: 1C。

证据概要: 在心理治疗(CBT)的基础上, 中成药(舒肝解郁胶囊)可降低HAMD评分^[47] [$n=60$, $MD=-6.38$, $95\%CI (-7.80,-4.96)$, $P<0.001$]。

3) 推荐使用针刺联合辨证中药治疗轻中度青少年抑郁障碍, 以改善抑郁症状。

推荐等级: 1C。

证据概要: 与单独使用抗抑郁西药(氟西汀)相比, 针刺联合中药(柴胡加龙骨牡蛎汤)治疗可降低HAMD评分^[48] [$n=120$, $MD=-2.70$, $95\%CI (-5.34,-0.06)$, $P=0.04$], 可提高临床疗效^[48] [$n=120$, $RR=1.22$, $95\%CI (1.04,1.42)$, $P=0.01$]。

9.4 中重度青少年抑郁障碍的治疗

9.4.1 抗抑郁西药治疗

9.4.1.1 推荐意见

推荐中重度青少年抑郁障碍可采用抗抑郁西药治疗, 首选氟西汀、舍曲林。

推荐等级: 1C。

诊断为中重度抑郁障碍的青少年, 可采用单纯抗抑郁西药治疗。选择性5羟色胺再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitor, SSRIs)类是青少年抑郁障碍首选的药物类型, 在具体用药上, 推荐氟西汀、舍曲林作为青少年的首选抗抑郁药^[40, 49-51]。

证据概要：Meta分析^[52]显示，与安慰剂相比，氟西汀可以降低青少年抑郁障碍患者的儿童抑郁障碍自评量表（depression self-rating scale for children, DSRSC）评分 $[n=1\ 183, MD=-2.72, 95\%CI(-3.96,-1.48), P=0.006]$ ，降低临床总体印象-严重度量表（clinical global impressions scale-severity of illness, CGI-S）评分 $(n=957, MD=-0.21, 95\%CI[-0.36,-0.06], P=0.001)$ 。氟西汀和安慰剂之间的不良反应发生率差异无统计学意义 $[n=1\ 038, RR=1.03, 95\%CI(0.95,1.11), P=0.14]$ 。一项网状Meta分析^[53]显示，针对青少年急性期障碍的14种抗抑郁西药中氟西汀的疗效显著优于安慰剂 $[MD=-0.51, 95\%CI(-0.99,-0.03)]$ 。与安慰剂相比，舍曲林可以降低青少年抑郁障碍临床总体印象-改善量表（clinical global impressions scale- improvement, CGI-I）评分 $[n=376, MD=-3.16, 95\%CI(-3.46,-2.86), P<0.001]$ 。舍曲林和安慰剂之间的不良反应发生率差异无统计学意义 $[n=199, RR=2.33, 95\%CI(0.94,5.76), P=0.07]$ ^[54]。

9.4.1.2 共识建议

建议使用西酞普兰、艾司西酞普兰或氟伏沙明治疗中重度青少年抑郁障碍。

若氟西汀或舍曲林治疗不成功或由于副作用不耐受，应考虑另一种抗抑郁西药^[41]。一旦开始使用抗抑郁西药，患者应接受足量且可耐受的治疗。如果在此期间观察到部分缓解且副作用较少，则应将剂量增加到最大允许量，或应考虑增加循证心理治疗。如果抗抑郁西药的最大剂量仍然无反应，临床医生应考虑更换药物或改用其他方法。在这种情况下，可使用西酞普兰、艾司西酞普兰或氟伏沙明。氟伏沙明使用前4周患者会有多动、易怒、烦躁、焦虑等激活症状，建议用药前期配合苯二氮草类镇静药物^[55]。

抗抑郁治疗需要在4~6周（急性期）滴定至治疗剂量，每周监测不良反应，并评估反应^[40]。如果4~6周评估未见明显疗效，可以考虑增加初始SSRIs剂量或换另一种SSRIs药物^[40]。表3列出了临床常用且推荐的抗抑郁西药和用于青少年抑郁障碍的剂量^[38]。

表3 SSRI滴定时间表（mg/d）

Table 3 SSRI titration schedule（mg/d）

药物 Medication	起始剂量 Starting Dose	增量 Increments	有效剂量 Effective Dose	最大剂量 Maximum Dose	禁忌 Contraindicated
氟西汀 Fluoxetine	10.0	10.0~20.0	20.0	60.0	单胺氧化酶抑制剂MAOIs
舍曲林 Sertraline	25.0	12.5~25.0	50.0	200.0	单胺氧化酶抑制剂MAOIs
艾司西酞普兰 Escitalopram	10.0	5.0	10.0	20.0	单胺氧化酶抑制剂MAOIs

西酞普兰					
Citalopram	10.0	10.0	20.0	60.0	单胺氧化酶抑制剂MAOIs
氟伏沙明					单胺氧化酶抑制剂MAOIs
Fluvoxamine	25.0	25.0	50.0	200.0	

9.4.2 抗抑郁西药联合重复经颅磁刺激疗法

推荐意见：推荐中重度青少年抑郁障碍可采用抗抑郁西药联合重复经颅磁刺激治疗增强疗效。

推荐等级：1C。

重复经颅磁刺激术可以单独或联合抗抑郁西药治疗，但是对于病情严重、伴有自杀观念的抑郁障碍患者，建议辅助治疗青少年抑郁障碍。一项Meta分析显示^[56]，与抗抑郁西药加假 rTMS 或单用抗抑郁药西药相比，抗抑郁西药联合rTMS在降低HAMD评分方面更有优势 $[n=464, SMD = -1.50, 95\% CI(-2.16, -0.84), I^2 = 89\%, P < 0.001]$ 。在不良事件方面没有发现显著差异 ($P > 0.05$)。

9.4.3 抗抑郁西药联合辨证中药、中成药、针刺治疗

9.4.3.1 共识建议

建议中重度青少年抑郁障碍可采用抗抑郁西药联合辨证中药、中成药、针刺干预，以增强疗效，减少不良反应。

诊断为中重度抑郁障碍的青少年，可采用抗抑郁西药联合中药、或中成药、或针灸干预以增强疗效，减少不良反应^[41, 50, 57-58]。中医药通过辨证论治，整体调节，降低患者对环境应激的敏感性，同步调治抑郁及躯体症状等发挥积极的防治作用。中西医结合治疗青少年抑郁障碍可实现优势互补，协同增效，缩短抗抑郁药起效时间，提高用药依从性，减少不良反应，改善生活质量，减少复发复燃风险，降低复发率、致残率和病死率，提高临床治愈率及安全性^[59-60]。

9.4.3.2 推荐意见

1) 推荐针刺联合抗抑郁西药治疗中重度青少年抑郁障碍，以改善抑郁症状、减少不良反应。

推荐等级：1C。

证据概要：在抗抑郁西药治疗的基础上，联合针刺治疗，可降低HAMD评分^[57]，⁶¹⁾ $[n=244, MD=-1.15, 95\% CI(-2.09,-0.21), I^2=0\%, P=0.02]$ ，可提高临床疗效^[57] $[n=147, RR=1.16, 95\% CI(1.04,1.30), I^2=0\%, P=0.008]$ 。纳入的2项研究^[57, 61]中，有1项研究^[57]报

告了不良反应，采用治疗副反应量表（treatment emergent symptom scale, TESS）进行多症状评分，与抗抑郁西药相比，针刺联合抗抑郁西药可降低TESS水平^[57] [$n=120$, $MD=-6.69$, $95\%CI(-7.68,-5.70)$, $P<0.001$]。

2) 推荐辨证论治中药联合抗抑郁西药治疗中重度青少年抑郁障碍，以改善抑郁症状、改善焦虑症状、改善睡眠质量。

推荐等级：1C。

证据概要：在抗抑郁西药（舍曲林）治疗的基础上，联合中药（乌灵胶囊、舒肝解郁胶囊、舒眠胶囊、辨证论治中药）治疗，可降低HAMD评分^[58, 62-65] [$n=355$, $MD=-1.69$, $95\%CI(-2.79,-0.59)$, $I^2=88\%$, $P=0.03$]，降低SDS评分^[66] [$n=102$, $MD=-5.92$, $95\%CI(-6.76,-5.08)$, $P<0.001$]，降低HAMA评分^[65] [$n=60$, $MD=-3.05$, $95\%CI(-3.67,-2.43)$, $P<0.001$]，降低SAS评分^[66] [$n=102$, $MD=-5.54$, $95\%CI(-6.62,-4.46)$, $P<0.001$]，降低PSQI评分^[66] [$n=102$, $MD=-1.88$, $95\%CI(-2.45,-1.31)$, $P<0.001$]，降低中医证候评分^[66] [$n=102$, $MD=-2.68$, $95\%CI(-3.59,-1.77)$, $P<0.001$]，可提高临床疗效^[58, 62, 64-67] [$n=456$, $RR=1.21$, $95\%CI(1.12,1.31)$, $I^2=17\%$, $P<0.001$]。

9.4.4 抗抑郁西药联合认知行为疗法

推荐意见：推荐中重度青少年抑郁障碍可采用抗抑郁西药联合认知行为疗法等心理治疗，以防止抑郁障碍的复燃或复发。

推荐等级：1B。

在急性期对氟西汀治疗有效的抑郁障碍青少年中，与单独使用氟西汀相比，CBT加持续使用氟西汀可预防复燃/复发^[40]。一项荟萃分析^[68]表明氟西汀单独或与心理治疗联合使用是青少年中重度抑郁障碍急性治疗的最佳选择。多项指南推荐患有中度或重度抑郁障碍的青少年，使用SSRIs与心理治疗的组合^[38, 41]。Meta分析显示^[69]与单独使用氟西汀相比，氟西汀联合CBT可以降低青少年抑郁障碍患者的复发率 [$n=504$, $RR=0.27$, $95\%CI(0.16,0.45)$, $P<0.001$]。

9.4.5 无抽搐电休克疗法

共识建议：建议无抽搐电休克疗法（modified electroconvulsive therapy, MECT）只用于青少年重度抑郁障碍的患者。

MECT一般在抗抑郁西药治疗及心理干预均无效时采用，对于难治性青少年抑郁障碍疗效显著，但会导致一些不良反应，并对认知功能有损害。MECT 仅应考虑用于患有非

常严重抑郁障碍且有危及生命的症状（如自杀行为）或对其他治疗无效的顽固性和严重症状的患者^[41]。

9.5 疗程

共识建议：建议青少年抑郁障碍患者在症状缓解后继续使用抗抑郁治疗6~12月。

大多数青少年患者在抑郁症状缓解后继续使用抗抑郁治疗至少6~12月，逐渐停止治疗以预防复发和复燃^[29, 41, 51]。对于使用抗抑郁西药的患者，可使用中药、中成药、针灸辨证治疗以辅助撤药过程，减少撤药过程中的不良反应^[43]。

10 预防

共识建议：建议对有危险因素的青少年早筛查早干预。

预防青少年抑郁障碍发生与复发首先应改善抑郁障碍的危险因素，如青少年抑郁障碍的环境因素。对12岁及以上的青少年进行抑郁症状的全面筛查^[29]，结合危险因素，有助于青少年抑郁障碍的识别，做到早发现、早诊断、早干预。

共识建议：建议对所有青少年进行心理健康教育和行为指导。

良好的心理韧性有助于青少年在遇到压力时迅速适应环境，可通过健康教育提高青少年的心理韧性^[70]。健康教育指培养青少年正向情绪反应，纠正消极认知，调整应对压力方式，改善人际关系，提升社会功能和生活技能，规律和充足的睡眠，适当运动，追求愉快和有意义的活动等^[39, 71-72]。《健康中国行动——儿童青少年心理健康行动方案（2019-2022年）》提出“两个一”行动，促进学生每天与同学、家人有效沟通交流15 min，引导学生每天至少参加1 h体育运动，以促进青少年心理健康。

良好的行为习惯有助于预防青少年抑郁障碍的发生，也能帮助抑郁障碍青少年康复。建议青少年养成良好的睡眠习惯，将睡眠节律从晚睡晚起型调整到早睡早起型。生活规律，固定起居时间。营养均衡，饮食种类齐全，多吃全谷物、蔬果、豆奶类，适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉。减少辛辣、油腻及深加工食物的摄入。适当使用艾灸、耳穴、足浴、推拿、刮痧、五音、六字诀等中医药适宜技术以增进健康，增强心身的抵抗力。制定合理的运动计划，保证每日锻炼但不过分劳累。可以尝试慢跑、太极拳、八段锦、瑜伽等运动。

家庭教育对学生心理健康和人格的发展具有特殊的意义。建议对家长进行家庭心理健康教育，帮助家长树立心理健康的观念，增强对孩子心理健康重要性的认识，树立正确的教育观念，掌握科学的教育方法，让家庭心理教育与学校心理健康协调一致，为孩子的健康成长创造一个良好的环境。

11 青少年抑郁障碍治疗推荐

推荐青少年抑郁障碍治疗方法汇总见图1。

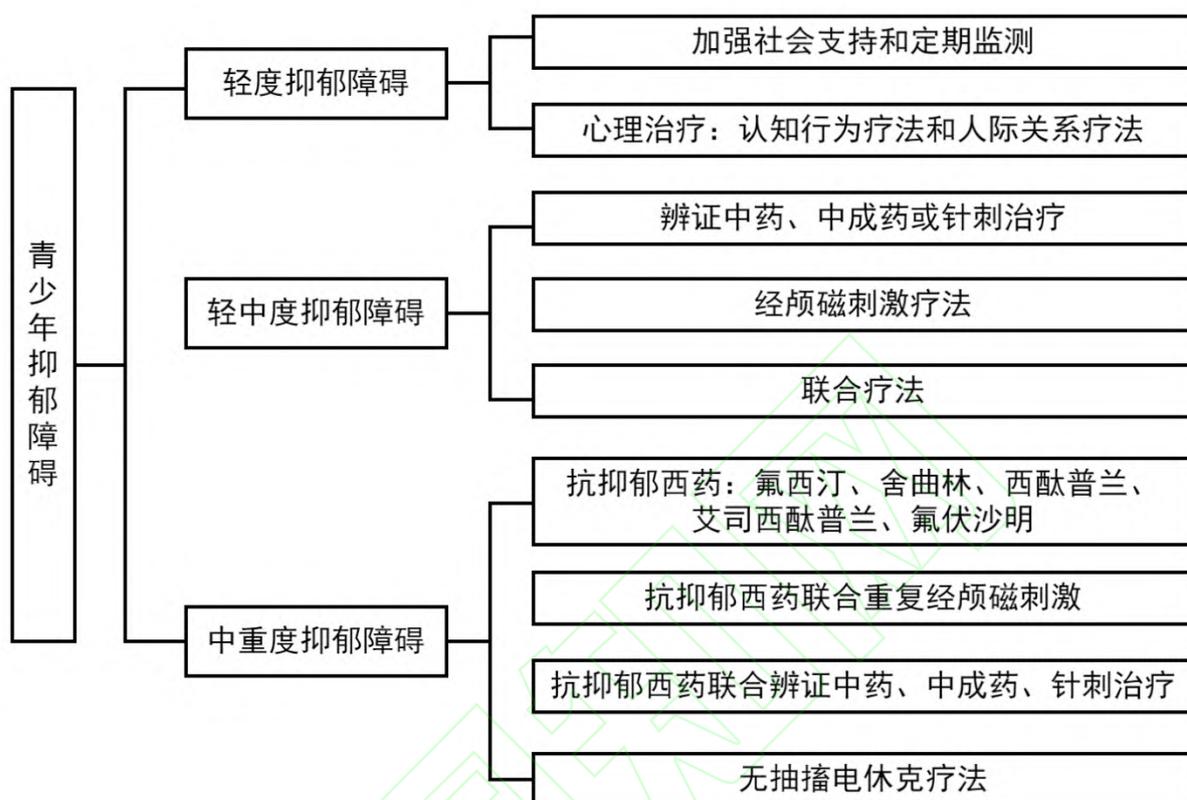


图1 青少年抑郁障碍治疗方法推荐

Fig. 1 Recommended treatment methods for adolescent depression

12 相关利益说明

在正式参与指南制定相关工作之前，所有项目组成员均须签署利益冲突声明表，声明无任何与本指南主题相关的商业、专业或其他方面的利益，以及无任何可能受本指南成果影响的利益。

13 说明

根据相关管理规定，本指南计划在5年后进行进一步的补充、修订和更新。更新的内容将取决于以下几个因素：指南发表后是否出现了新的相关证据，这些证据的变化对指南推荐意见的影响，以及指南推荐意见的强度是否发生了变化。更新的标准将按照指南更新报告规范（checklist for the reporting of updated guidelines, Check Up）执行。

本指南由中华中医药学会、中华医学会归口。

执笔人：郭蓉娟（北京中医药大学东方医院）、袁勇贵（东南大学附属中大医院）

主审人：王永炎（中国中医科学院）、陆林（北京大学第六医院）

参与专家（按姓氏拼音排序）：曹俊岭（北京中医药大学东直门医院）、陈刚（暨南大学中医学院）、陈剑华（上海市精神卫生中心）、陈珏（上海市精神卫生中心）、陈胜良（上海交通大学医学院附属仁济医院）、丁荣晶（北京大学人民医院）、段艳平（北京协和医院）、方建群（宁夏医科大学总医院）、韩振蕴（北京中医药大学东方医院）、贺立娟（北京中医药大学东方医院）、洪霞（北京协和医院）、洪霞（中国中医科学院西苑医院）、黄俊山（福建省中医药研究院）、贾福军（广东省人民医院）、贾竝晓（首都医科大学附属北京安定医院）、况利（重庆医科大学附属第一医院）、黎元元（中国中医科学院）、李峰（北京中医药大学）、李淑英（郑州大学第一附属医院）、李秀玉（解放军总医院第六医学中心）、李艳（广东省中医院）、林巧（福建省福州神经精神病防治院）、刘翠莲（同济大学）、刘华清（北京回龙观医院）、刘向哲（河南中医药大学第一附属医院）、刘忠纯（武汉大学人民医院）、陆峥（同济大学附属同济医院）、米国琳（山东省精神卫生中心）、倪红梅（上海中医药大学）、庞铁良（首都医科大学附属北京安定医院）、秦雪梅（山西大学）、沈鑫华（浙江省湖州市第三人民医院）、孙录（广东省中医院）、唐启盛（北京中医药大学第三附属医院）、陶红（首都医科大学附属北京安贞医院）、滕晶（山东中医药大学附属医院）、王鹤秋（浙江省精神卫生中心）、王嘉麟（北京中医药大学东方医院）、王建新（中国中医科学院西苑医院）、王士良（浙江省湖州市第三人民医院）、王雪芹（北京大学第六医院）、魏镜（北京协和医院）、咸振萍（连云港市第一人民医院）、谢健（杭州市第一人民医院）、邢佳（北京中医药大学东方医院）、徐建（上海市中医医院）、颜红（天津中医药大学第一附属医院）、杨东东（成都中医药大学附属医院）、姚志剑（南京医科大学附属脑科医院）、詹淑琴（首都医科大学宣武医院）、张伯华（山东中医药大学）、张桂青（石河子大学医学院第一附属医院）、张捷（首都医科大学附属北京中医医院）、张燕（中南大学湘雅二医院）、赵鹏（北京中医药大学东直门医院）、赵永厚（黑龙江神志医院）、周波（四川省人民医院）、朱刚（中国医科大学附属第一医院）、朱晓晨（北京中医药大学东方医院）

循证医学专家组：刘建平（北京中医药大学）、金雪晶（北京中医药大学）、何丽云（中国中医科学院）

循证医学工作组：王一帆（北京中医药大学东方医院）、白琛（北京中医药大学东方医院）、汪天宇（东南大学附属中大医院）、游林林（东南大学附属中大医院）、王

君宜（北京中医药大学东方医院）、李泓瑶（北京中医药大学东方医院）、李佳秀（北京中医药大学东方医院）、王思懿（北京中医药大学东方医院）

参考文献：

- [1] 郭菲, 王薪舒, 陈祉妍. 2022年中国青少年心理健康状况调查报告[R]. 社会科学文献出版社, 2023.
- [2] RAO WW, XU DD, CAO XL, et al. Prevalence of depressive symptoms in children and adolescents in China: a meta-analysis of observational studies[J]. *Psychiatry Res*, 2019,272: 790-796.
- [3] WANG YY, XIAO L, RAO WW, et al. The prevalence of depressive symptoms in 'left-behind children' in China: a meta-analysis of comparative studies and epidemiological surveys[J]. *J Affect Disord*, 2019,244: 209-216.
- [4] 侯金芹, 陈祉妍. 青少年抑郁情绪的发展轨迹: 界定亚群组及其影响因素[J]. *心理学报*, 2016,48(8): 957-968.
- [5] JANAWAY BM, KRIPALANI M. Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019,6(4): 283.
- [6] GBD DISEASES AND INJURIES COLLABORATORS. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019[J]. *Lancet*, 2020,396(10258): 1204-1222.
- [7] BEARDSLEE WR, GLADSTONE TRG, O'CONNOR EE. Transmission and prevention of mood disorders among children of affectively ill parents: a review[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2011,50(11): 1098-1109.
- [8] US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, MANGIONE CM, BARRY MJ, et al. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents: us preventive services task force recommendation statement[J]. *JAMA*, 2022,328(15): 1534-1542.
- [9] GORHAM LS, SADEGHI N, EISNER L, et al. Clinical utility of family history of depression for prognosis of adolescent depression severity and duration assessed with predictive modeling[J]. *J Child Psychol Psychiatry*, 2022,63(8): 939-947.
- [10] NELSON EE, LEIBENLUFT E, MCCLURE EB, et al. The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology[J]. *Psychol Med*, 2005,35(2): 163-174.
- [11] KARABATSIKIS A, BÖCK C, SALINAS-MANRIQUE J, et al. Mitochondrial respiration in peripheral blood mononuclear cells correlates with depressive sub symptoms and severity of major depression[J]. *Transl Psychiatry*, 2014,4(6): e397.
- [12] VIDAL C, LATKIN C. Perceived family and individual social status and its association with depression and suicidality in an adolescent clinical sample[J]. *J Community Psychol*, 2020,48(8): 2504-2516.
- [13] 赖富治, 张碧月. 家庭氛围和父母文化程度对未成年者抑郁的影响[J]. *中国预防医学杂志*, 2020,21(8): 934-936.
- [14] ZHANG XQ, HONG HL, HOU W, et al. A prospective study of peer victimization and depressive symptoms among left-behind children in rural China: the mediating effect of stressful life events[J]. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 2022,16(1): 56.
- [15] 高放, 陈先云, 温贤秀, 等. 青少年抑郁障碍与家庭环境及遗传的相关性研究进展[J]. *实用医院临床杂志*, 2022,19(2): 187-190.
- [16] KUSHAL SA, AMIN YM, REZA S, et al. Parent-adolescent relationships and their associations with adolescent suicidal behaviours: secondary analysis of data from 52 countries using the global school-based Health Survey[J]. *EClinicalMedicine*, 2021,31: 100691.
- [17] LEMOULT J, HUMPHREYS KL, TRACY A, et al. Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2020,59(7): 842-855.
- [18] WILKINSON PO, HARRIS C, KELVIN R, et al. Associations between adolescent depression and parental mental health, before and after treatment of adolescent depression[J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2013,22(1): 3-11.
- [19] ALLEN JP, PORTER MR, MCFARLAND FC. Leaders and followers in adolescent close friendships: susceptibility to peer influence as a predictor of risky behavior, friendship instability, and depression[J]. *Dev Psychopathol*, 2006,18(1): 155-172.
- [20] GABRIELLI S, RIZZI S, CARBONE S, et al. School interventions for bullying-cyberbullying prevention in adolescents: insights from the UPRIGHT and CREEP projects[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2021,18(21): 11697.
- [21] THE LANCET. ICD-11[J]. *Lancet*, 2019,393(10188): 2275.

- [22] American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-V[M]. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
- [23] 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: 40-43.
- [24] AMIN-ESMAEILI M, MOTEVALIAN A, RAHIMI-MOVAGHAR A, et al. Bipolar features in major depressive disorder: Results from the Iranian mental health survey (IranMHS)[J]. *J Affect Disord*, 2018,241: 319-324.
- [25] GELLER B, ZIMERMAN B, WILLIAMS M, et al. Bipolar disorder at prospective follow-up of adults who had prepubertal major depressive disorder[J]. *Am J Psychiatry*, 2001,158(1): 125-127.
- [26] 赵森莹, 杨其芬, 杨祥正. 中医诊治儿童及青少年抑郁症的研究进展[J]. *世界最新医学信息文摘*, 2021,21(58): 72-74.
- [27] 王凌志. 儿童抑郁症的中医学探讨[J]. *中医研究*, 2012,25(5): 12-13.
- [28] 池孟轩. 从脏腑整体观探讨中医药对青少年抑郁症的防治[D]. 北京: 北京中医药大学, 2009.
- [29] ZUCKERBROT RA, CHEUNG A, JENSEN PS, et al. Guidelines for adolescent depression in primary care (GLAD-PC): part I. practice preparation, identification, assessment, and initial management[J]. *Pediatrics*, 2018,141(3): e20174081.
- [30] KRAUSE KR, CHUNG S, ADEWUYA AO, et al. International consensus on a standard set of outcome measures for child and youth anxiety, depression, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder[J]. *Lancet Psychiatry*, 2021,8(1): 76-86.
- [31] LIU FF, ADRIAN MC. Is treatment working? detecting real change in the treatment of child and adolescent depression[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2019,58(12): 1157-1164.
- [32] JIN J. Screening for depression and suicide risk in children and adolescents[J]. *JAMA*, 2022,328(15): 1570.
- [33] 王欣, 赖琳媛, 李颖, 等. 儿童青少年抑郁筛查方法及预测模型研究进展 [J]. *中国公共卫生*, 2024, 40 (01): 109-113.
- [34] 柳之啸, 李京, 王玉, 等. 中文版儿童抑郁量表的结构验证及测量等值[J]. *中国临床心理学杂志*, 2019,27(6): 1172-1176.
- [35] 胡星辰, 张迎黎, 梁炜, 等. 病人健康问卷抑郁量表(PHQ-9)在青少年中应用的信效度检验[J]. *四川精神卫生*, 2014,27(4): 357-360.
- [36] 吴文峰, 卢永彪, 谭芙蓉, 等. 儿童抑郁量表中文版在中小學生中的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2010,24(10): 775-779.
- [37] HATHAWAY EE, WALKUP JT, STRAWN JR. Antidepressant treatment duration in pediatric depressive and anxiety disorders: how long is long enough?[J]. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*, 2018,48(2): 31-39.
- [38] CHEUNG AH, ZUCKERBROT RA, JENSEN PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management[J]. *Pediatrics*, 2018,141(3).
- [39] BIRMAHER B, BRENT D, BERNET W, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2007,46(11): 1503-1526.
- [40] WALTER HJ, ABRIGHT AR, BUKSTEIN OG, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2022,62(5): 479-502.
- [41] NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Depression in children and young people: identification and management[M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019.
- [42] VISWANATHAN M, KENNEDY SM, MCKEEMAN J, et al. Treatment of depression in children and adolescents: a systematic review[M]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2020.
- [43] 《中成药治疗优势病种临床应用指南》标准化项目组. 中成药治疗抑郁障碍临床应用指南 (2022年) [J]. *中国中西医结合杂志*, 2023,43(5): 527-541.
- [44] XU GX, XIAO QW, HUANG BQ, et al. Clinical evidence for association of acupuncture with improved major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials[J]. *Neuropsychobiology*, 2023,82(1): 1-13.
- [45] WALL CA, CROARKIN PE, SIM LA, et al. Adjunctive use of repetitive transcranial magnetic stimulation in depressed adolescents: a prospective, open pilot study[J]. *J Clin Psychiatry*, 2011,72(9): 1263-1269.
- [46] 董艳, 黄玮宏, 张月, 等. “调督通脑针法”治疗青少年抑郁症的临床研究[J]. *中医药导报*, 2017,23(2): 67-68.
- [47] 刘振东. 认知行为疗法联合疏肝解郁胶囊治疗青少年抑郁疗效观察[J]. *反射疗法与康复医学*, 2021,2(15): 44-46.
- [48] 刘静, 周娅妮, 周晓玲, 等. 柴胡加龙骨牡蛎汤联合针刺治疗青少年抑郁症疗效及对患者血清尿酸影

- 响的研究[J]. 陕西中医, 2019,40(3): 387-389.
- [49] THE NATIONAL CENTRE OF EXCELLENCE IN YOUTH MENTAL HEALTH. Treating depression in young people: guidance, resources and tools for assessment and management[R/OL]. (2017-12-05) [2024-03-01].https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Depression/Clinical-practice-points/Treating-depression-in-yp/orygen_Clinical_practice_guide_depression_in_young?ext=.
- [50] GUIDELINE DEVELOPMENT PANEL FOR THE TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS. Summary of the clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts[J]. *Am Psychol*, 2022,77(6): 770-780.
- [51] GROVER S, AVASTHI A. Clinical Practice Guidelines for the management of depression in children and adolescents[J]. *Indian J Psychiatry*, 2019,61(Suppl 2): 226-240.
- [52] REYAD AA, PLAHA K, GIRGIS E, et al. Fluoxetine in the management of major depressive disorder in children and adolescents: a meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Hosp Pharm*, 2021,56(5): 525-531.
- [53] CIPRIANI A, ZHOU X, DEL GIOVANE C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis[J]. *Lancet*, 2016,388(10047): 881-890.
- [54] WAGNER KD, AMBROSINI P, RYNN M, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials[J]. *JAMA*, 2003,290(8): 1033-1041.
- [55] STRAWN JR, MILLS JA, POWELEIT EA, et al. Adverse effects of antidepressant medications and their management in children and adolescents[J]. *Pharmacotherapy*, 2023,43(7): 675-690.
- [56] SUN CH, MAI JX, SHI ZM, et al. Adjunctive repetitive transcranial magnetic stimulation for adolescents with first-episode major depressive disorder: a meta-analysis[J]. *Front Psychiatry*, 2023,14: 1200738.
- [57] 韦卿, 赵艳卓. 帕罗西汀配合针灸治疗青少年抑郁症效果观察及减毒增效机制研究[J]. *医学理论与实践*, 2018,31(13): 1881-1883.
- [58] 史盼, 刘晓鹏, 宋丁. 舒肝解郁胶囊联合盐酸舍曲林治疗青少年首发抑郁症临床观察[J]. *实用中医药杂志*, 2020,36(6): 765-766.
- [59] 李泽钧, 刘守桓, 石雪雯, 等. 儿童青少年抑郁症诊断与治疗进展[J]. *中国妇幼保健*, 2020,35(14): 2732-2734.
- [60] 过伟峰, 曹晓岚, 盛蕾, 等. 抑郁症中西医结合诊疗专家共识[J]. *中国中西医结合杂志*, 2020,40(2): 141-148.
- [61] 杨超, 杨晓莹, 张莉, 等. 电针刺刺激迷走神经对青少年抑郁症患者炎性因子表达水平的影响[J]. *神经疾病与精神卫生*, 2019,19(1): 44-47.
- [62] 胡瑶. 疏肝健脾自拟方联合盐酸舍曲林治疗青少年抑郁症(肝郁脾虚证)的临床观察[D]. 石家庄: 河北中医学院, 2021.
- [63] 程淑英, 马红霞, 赵阳, 等. 中西医联合治疗青少年抑郁症40例临床观察[J]. *山东医药*, 2012,52(4): 58-59.
- [64] 叶沐镕. 中西医联合治疗青少年抑郁症疗效观察[J]. *中医临床研究*, 2013,5(1): 46,48.
- [65] 许环宇. 乌灵胶囊联合舍曲林治疗青少年抑郁伴失眠症状的临床研究[J]. *中医临床研究*, 2022,14(33): 145-147.
- [66] 陈夕圆, 王睿. 舒眠胶囊联合阿立哌唑治疗青少年心理障碍患者的效果[J]. *中国医药导报*, 2021,18(17): 114-117.
- [67] 杨青青, 陈斌, 庞乐. 中西医结合治疗青少年抑郁症疗效观察[J]. *实用中医药杂志*, 2014,30(1): 31.
- [68] ZHOU XY, TENG T, ZHANG YQ, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis[J]. *Lancet Psychiatry*, 2020,7(7): 581-601.
- [69] LIU WL, LI GY, WANG CJ, et al. Can Fluoxetine Combined with Cognitive Behavioral Therapy Reduce the Suicide and Non-Suicidal Self-Injury Incidence and Recurrence Rate in Depressed Adolescents Compared with Fluoxetine Alone? A Meta-Analysis[J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2022,18: 2543-2557.
- [70] 李海垒, 张文新. 心理韧性研究综述[J]. *山东师范大学学报(人文社会科学版)*, 2006,51(3): 149-152.
- [71] CUIJPERS P, PINEDA BS, NG MY, et al. A meta-analytic review: psychological treatment of subthreshold depression in children and adolescents[J]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021,60(9): 1072-1084.
- [72] GARBNER J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention[J]. *Am J Prev Med*, 2006,31(6 Suppl 1): S104-S125.

(收稿日期: 2023-03-06)

责任编辑: 尤海燕