

ICS 01.040.11

C 00/09



团体标准

T/CACM ****—20**

青少年抑郁障碍中西医结合防治指南

Guidelines for Adolescent Depression in Prevention and Treatment with Integrated
Chinese and Western Medicine

(文件类型：公示稿)
(完成时间：2024年10月)

20**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目录

前言	I
引言	III
1 推荐意见/共识建议	4
2 证据等级和推荐强度	5
3 范围	6
4 规范性引用文件	6
5 临床问题	6
6 术语和定义	7
7 患病率	7
8 危险因素	7
9 诊断	9
10 筛查	12
11 治疗	12
12 预防	17
13 青少年抑郁障碍治疗推荐	18
附录 A 指南相关量表	19
附录 B 编制方法	28
附录 C 证据总结表	33

前 言

1. 起草规则

本文件参照GB/T1.1—2020《标准化工作导则第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

2. 指定小组

本文件由中华中医药学会、中华医学会提出并归口。

指南负责人：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）

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）：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）、贾竑晓（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)

指南循证医学专家组: 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)

指南循证医学工作组: 王一帆(北京大学医学部)、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)、苟金(成都市第三人民医院)、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)

本文件内容为首次制定。

T/CACM
公共标准

引言

1. 背景信息

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。

本指南的制订采用了文献检索、Delphi法问卷调查、专家访谈、会议讨论的方法。首先成立指南编写组，产生初始问题清单，起草PICO（人群、干预、对照、结局）格式的关键问题及结局，制订工作计划。根据关键问题和结局制订检索策略，文献检索范围覆盖中英文文献和现存相关国际指南。采用GRADE方法对纳入证据体进行汇总和质量评价。采用Delphi法获得临床专家的共识意见，经专家论证形成最终共识。

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。

本项目由中华中医药学会心身医学分会及中华医学会心身医学分会联合编制，在青少年抑郁障碍中西医结合防治指南工作组的指导和监督下制定实施。所有讨论与编写专家均声明不存在利益冲突。

青少年抑郁障碍中西医结合诊疗指南

1 推荐意见/共识建议

青少年抑郁障碍中西医结合诊疗指南推荐意见见表1、共识建议见表2。

表1 青少年抑郁障碍中西医结合诊疗指南推荐意见

推荐意见	证据等级	推荐强度
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。	C	强推荐
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。	C	强推荐
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。	C	强推荐
4. 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。	C	强推荐
5. 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。	C	强推荐
6. 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。	C	强推荐
7. 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。	C	强推荐
8. 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。	B	强推荐

表2 青少年抑郁障碍中西医结合诊疗指南共识建议

共识条目	建议/不建议
1. 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。	建议
2. 建议采用 PHQ-9、CDI 进行青少年抑郁障碍的筛查。	建议
3. 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
4. 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。	建议
5. 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	建议

自杀行为。	
6. 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。	建议
7. 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。	建议
8. 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。	建议
9. 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。	建议
10. 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。	建议
11. 建议可以使用西酞普兰、艾司西酞普兰或氟伏沙明治疗中重度青少年抑郁障碍。	建议
12. 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。	建议
13. 建议无抽搐电休克疗法只用于青少年重度抑郁障碍的患者。	建议
14. 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 个月，以防止抑郁障碍的复燃或复发。	建议
15. 建议对有危险因素的青少年早筛查早干预。	建议
16. 建议对所有青少年进行心理健康教育和行为指导。	建议

2 证据等级和推荐强度

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，考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚，以及三个升级因素——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网络进行投票。GRADE推荐强度分级与表达参见表2。

表 1 GRADE 证据质量的描述

证据分级	代码	具体描述
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

推荐等级	本指南推荐用语	代码
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

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 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本(包括所有的修改单)适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则

GB/T 15657-2021 《中医病证分类与代码》

GB/T 16751.1-2021 《中医临床诊疗术语·疾病部分》

GB/T 16751.2-2021 《中医临床诊疗术语·证候部分》

GB/T 16751.3-2021 《中医临床诊疗术语·治法部分》

5 临床问题

本指南主要关注临床问题，见表3。

表3 临床问题清单

序号	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？

6 术语和定义

下列术语和定义适用于本共识。

6.1 青少年的年龄界定

青少年的年龄界定为 12-18 岁（包含 12 岁和 18 岁）。

6.2 抑郁情绪

抑郁情绪属于人的正常情绪之一，是基于一定的客观事物的无能应付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。

6.3 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。

6.4 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。

7 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]。

8 危险因素

8.1 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更易出现抑郁风险^[8, 9]。

8.2 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^[11]。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^[12]。此外，抑郁障碍也与神经递质相应受体的改变有关^[13]。

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^[14]。下丘脑-垂体-甲状腺轴可能也参与了抑郁障碍的发病^[15]。生长激素^[16]、催乳素^[17]、褪黑素^[18]和性激素^[16]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^[19]。

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^[20]，目前较为一致的发现主要涉及两个神经环路^[21]，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、喙前扣带皮质、背侧前额叶皮质等，该环路主要受 5-HT 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 DA 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（Electroencephalogram, EEG）、脑诱发电位（Brain evoked potential, BEP）等神经电生理相关指标异常^[22]。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（Event-related potentials, ERP）P300 和 N400 潜伏期延长^[23]。

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^[24]。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 ATP 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^[25]。

此外还与肠道菌群紊乱^[26]、神经炎症^[27]等因素相关，但至今尚未有统一的认识。

8.3 环境因素

8.3.1 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, 28, 29]；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^[30, 31]；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^[29, 32, 33]；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^[34]；④家庭氛围：父母关系越不和睦，青少年抑郁风险越高^[1, 29]。

8.3.2 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^[35]。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^[36]。

8.3.3 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^[1, 4, 29]。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]。

9 诊断

9.1 西医诊断

9.1.1 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。

9.1.2 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）^[37]及美国精神障碍诊断和统计手册第五版（DSM-V）^[38]中的青少年抑郁障碍诊断标准。

（1）症状标准满足 A-C

A. 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。

B. 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。

C. 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。

（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。

（3）病程标准

符合症状标准，且至少持续 2 周。

（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。

9.1.3 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^[39]。

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^[40]。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%^[41]。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。

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。

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。

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完成不成比例。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。

9.1.4 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。

9.2 中医诊断及辨证论治

9.2.1 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。

9.2.2 中医辨证论治^[42-44]

(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。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。

(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。

(3) 痰气郁结

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，胸胁胀痛，或见咳嗽有痰，或吐痰不咳嗽，或兼胸胁刺痛。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。

(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。

(5) 心脾两虚证

主症：情绪低落，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、痰火扰心等证型，或伴随失眠、焦虑等症状，可根据症状辨证论治。

10 筛查

10.1 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 至 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^[46]。然而重复筛查的时间间隔未见证据描述。

10.2 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^[47, 48]。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^[49]。国内筛查常用的量表还有《儿童抑郁量表》（Children's Depression Inventory, CDI）^[50, 51]。

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^[52-54]。

10.3 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^[46]。

11 治疗

11.1 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^[55]。

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^[55]。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^[56]。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^[57]。

11.2 共识建议：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。

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^[45]。临床医生应在抑郁障碍治疗全程监测不良事件的出现^[56]。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^[58]。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、自杀行为或敌意的出现^[58]。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。

11.3 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^[56]。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^[59]。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^[59]；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。

11.4 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^[56, 57]。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^[45]。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^[60]。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^[45]。

美国儿童青少年精神病学学会（American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, ACCAP）制定指南支持IPT用于抑郁障碍的治疗^[45]。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疗程通常为每周一次，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工作。

11.5 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9.2.2中医辨证论治。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^[61]。

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^[62]显示，相较于安慰针刺，针刺可以降低成年抑郁障碍患者的汉密尔顿抑郁量表评分（Hamilton Depression Scale, HAMD）（ $n=920$, $MD=-4.49$, $95\%CI[-5.93,-3.04]$, $P<0.00001$ ）。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。

11.6 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^[63]。推荐rTMS单独用于轻中度青少年抑郁障碍的治疗。

11.7 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。

11.7.1 推荐意见：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。（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^[64]（ $n=60$ ， $MD=-4.36$ ， $95\%CI[-7.78,-0.94]$ ， $P=0.01$ ）。

11.7.2 推荐意见：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。（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^[65]（ $n=60$ ， $MD=-6.38$ ， $95\%CI[-7.80,-4.96]$ ， $P<0.0001$ ）。

11.7.3 推荐意见：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。（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^[66]（ $n=120$ ， $MD=-2.70$ ， $95\%CI[-5.34,-0.06]$ ， $P=0.04$ ），可提高临床疗效^[66]（ $n=120$ ， $RR=1.22$ ， $95\%CI[1.04,1.42]$ ， $P=0.01$ ）。

11.8 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。（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^[45, 67-69]。

证据概要：Meta分析显示^[70]，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（ $n=1183$ ， $MD=-2.72$ ， $95\%CI[-3.96,-1.48]$ ， $P=0.006$ ），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无统计学差异（ $n=1038$ ， $RR=1.03$ ， $95\%CI[0.95,1.11]$ ， $P=0.14$ ）。一项网状Meta显示^[71]，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无统计学差异（ $n=199$ ， $RR=2.33$ ， $95\%CI[0.94,5.76]$ ， $P=0.07$ ）^[72]。

11.9 共识建议：建议可以使用西酞普兰、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^[58]。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^[73]。

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^[45]。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^[45]。下面列出了临床常用

且推荐的抗抑郁西药和用于青少年抑郁障碍的剂量^[56]。

SSRI滴定时间表

药物	起始剂量 (qd), mg	增量, mg/d	有效剂量, mg/d	最大剂量, mg/d	禁忌
氟西汀	10	10-20	20	60	MAOIs
舍曲林	25	12.5-25	50	200	MAOIs
艾司西酞普兰	10	5	10	20	MAOIs
西酞普兰	10	10	20	60	MAOIs
氟伏沙明	25	25	50	200	MAOIs

注：MAOIs，单胺氧化酶抑制剂；qd，每天一次。

11.10 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。
(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^[74]，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（ $n=464$ ， $SMD = -1.50$ ， $95\% CI[-2.16, -0.84]$ ， $I^2 = 89\%$ ， $P < 0.00001$ ）。在不良事件方面没有发现显著差异（ $P > 0.05$ ）。

11.11 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^[58, 68, 75, 76]。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^[77, 78]。

11.11.1 推荐意见：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。(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^[75, 79]（ $n=244$ ， $MD=-1.15$ ， $95\% CI[-2.09, -0.21]$ ， $I^2 = 0\%$ ， $P=0.02$ ），可提高临床疗效^[75]（ $n=147$ ， $RR=1.16$ ， $95\% CI[1.04, 1.30]$ ， $I^2 = 0\%$ ， $P=0.008$ ）。纳入的2项研究^[75, 79]中，有1项研究^[75]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^[75]（ $n=120$ ， $MD=-6.69$ ， $95\% CI[-7.68, -5.70]$ ， $P < 0.00001$ ）。

11.11.2 推荐意见：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。(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^[76, 80-83]（ $n=355$ ， $MD=-1.69$ ， $95\% CI[-2.79, -0.59]$ ， $I^2 = 88\%$ ， $P=0.03$ ），降低SDS评分^[84]（ $n=102$ ， $MD=-5.92$ ， $95\% CI[-6.76, -5.08]$ ， $P < 0.00001$ ），降低

HAMA评分 (n=60, MD=-3.05, 95%CI[-3.67,-2.43], $P<0.00001$), 降低SAS评分^[84] (n=102, MD=-5.54, 95%CI[-6.62,-4.46], $P<0.00001$), 降低PSQI评分^[84] (n=102, MD=-1.88, 95%CI[-2.45,-1.31], $P<0.00001$), 降低中医证候评分^[84] (n=102, MD=-2.68, 95%CI[-3.59,-1.77], $P<0.00001$), 可提高临床疗效^[76, 80, 82-85] (n=456, RR=1.21, 95%CI[1.12,1.31], $I^2=17%$, $P<0.0001$)。

11.12 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。(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^[45]。一项荟萃分析^[86]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好选择。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^[56, 58]。Meta分析显示^[87]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], $P<0.001$)。

11.13 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^[58]。

11.14 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个月。

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个月, 逐渐停止治疗以预防复发和复燃^[46, 58, 69]。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^[61]。

12 预防

12.1 共识建议: 建议对有危险因素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^[46], 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。

12.2 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^[88]。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^[57, 89, 90]。《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分钟, 引导学生每天至少参加1小时体育运动, 提高身体素质, 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。

13 青少年抑郁障碍治疗推荐

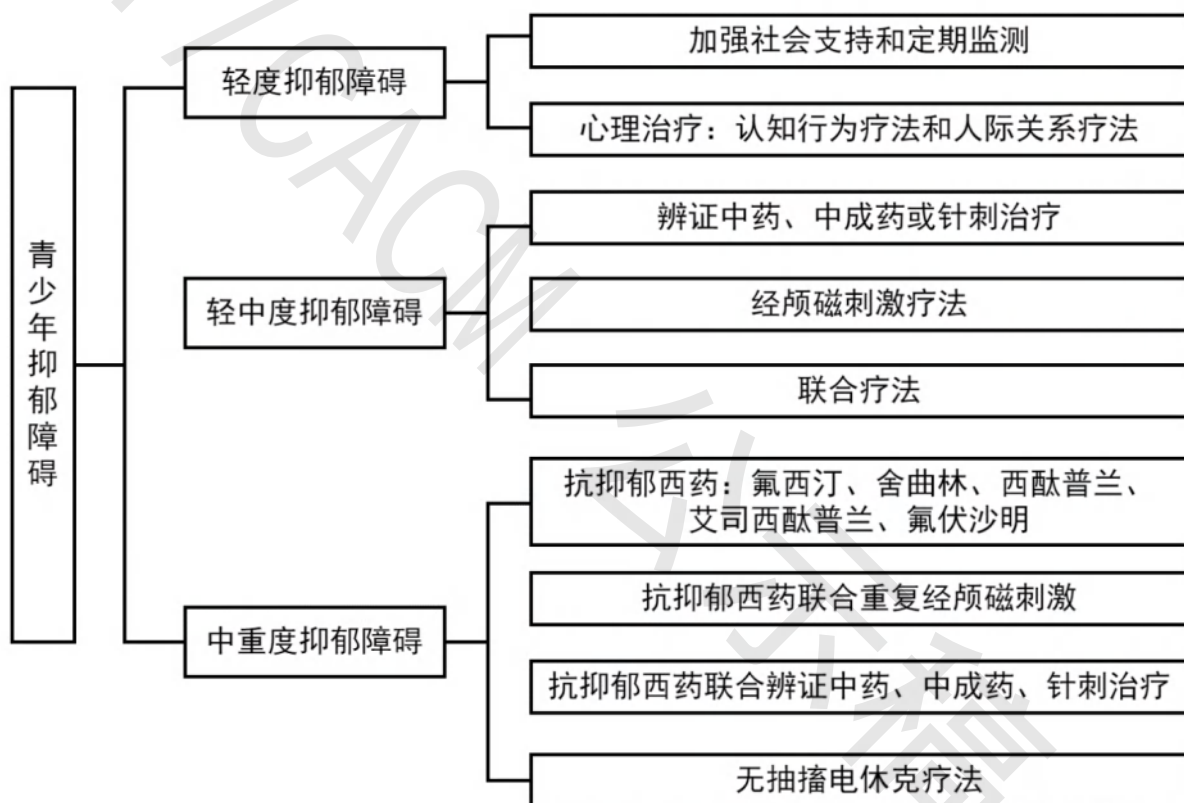


图 1 青少年抑郁障碍治疗推荐

附录 A 指南相关量表

(资料性)

表 1. 9 条目患者健康问卷 (PHQ-9)

序号	在过去的两周内，以下情况烦扰您有多频繁？	评分			
		完全不会	好几天	一半以上的天数	几乎每天
1	做事时提不起劲或没有兴趣	0	1	2	3
2	感到心情低落，沮丧或绝望	0	1	2	3
3	入睡困难，睡不安稳或睡眠过多	0	1	2	3
4	感觉疲倦或没有活力	0	1	2	3
5	食欲不振或吃太多	0	1	2	3
6	觉得自己很糟或觉得自己很失败，或让自己或家人失望	0	1	2	3
7	对事物专注有困难，例如阅读报纸或看电视时	0	1	2	3
8	动作或说话速度缓慢到别人已经察觉？或正好相反，烦躁或坐立不安、动来动去的情况更胜于平常	0	1	2	3
9	有不如死掉或用某种方式伤害自己的念头	0	1	2	3

表 2. 儿童抑郁量表 CDI

说明：下表中的问题都是与你在过去两周中的感受和和行为相关的。请选择最能体现你过去两周的感受或行为的陈述，分别给每项打分。

	条 目		
1	A 我偶尔感到不高兴	B 我经常感到不高兴	C 我总是感到不高兴
2	A 我的将来不会有什么好的事情发生	B 我不能肯定我的将来会有什么好事情发生	C 我的将来会有好的事情发生
3	A 绝大多数事情我都做得不错	B 许多事情我都做错了	C 我做的每一件事情都是错的
4	A 我的生活中有许多让我开心的事情	B 我的生活中有一些让我开心的事情	C 没有什么事情是让我开心的
5	A 我总是做不好事情	B 我许多时候都做不好事情	C 我偶尔做不好事情
6	A 我偶尔会想到不好的事情会发生在我身上	B 我担心不好的事情将发生在我身上	C 我确信有可怕的事情将发生在我身上

7	A 我恨我自己	B 我不喜欢我自己	C 我喜欢自己
8	A 所有的坏事情都是我的错	B 许多坏事情是我的错	C 坏事情的发生通常不是我的错
9	A 我从没有想过自杀	B 我有自杀的想法, 但我不会去做	C 我想自杀
10	A 每天我都想哭	B 许多时候我想哭	C 偶尔我想哭
11	A 总是有事情烦我	B 许多时候有事情烦我	C 偶尔有事情烦我
12	A 我喜欢与别人在一起	B 许多时候我不喜欢与别人在一起	C 我总是不喜欢与别人在一起
13	A 我不能做出决定	B 我难以做出决定	C 我很容易做出决定
14	A 我长得不错	B 我有些地方长得不好	C 我长得丑陋
15	A 我总是要逼自己去做我的功课	B 许多时候我要逼自己去做我的功课	C 对我来说, 学校的功课不是大问题
16	A 每天晚上我都睡不安	B 许多晚上我都睡不好	C 我的睡眠很好
17	A 偶尔我感到疲乏	B 许多时候我感到疲乏	C 我总是感到疲乏
18	A 大多数日子里我的食欲不好	B 许多时候我的食欲不好	C 许多时候我的食欲不好
19	A 我不担心疼痛	B 许多时候我担心疼痛	C 我总是担心疼痛
20	A 我不感到孤单	B 许多时候我感到孤单	C 我总是感到孤单
21	A 学校里没有事情让我开心	B 在学校里有时有事情让我感到开心	C 在学校里许多时候我感到开心
22	A 我有许多朋友	B 我有一些朋友, 但我希望有更多	C 我没有任何朋友
23	A 我的功课不错	B 我的功课不如过去了	C 我以前很好的科目现在却很糟糕
24	A 我从来就不如别的小孩	B 如果我想好的话, 我就能象别的孩子一样好	C 我同别的孩子一样好
25	A 没有人真正爱我	B 我不能确定是否有人爱我	C 我确定有人爱我
26	A 我常常做别人要我做的事	B 大多数情况下, 我不会做别人要我做的事	C 我从不做别人要我做的事
27	A 我能与人相处得不错	B 许多时候我与人有冲突	C 我总是与人冲突

表 3 渥太华自伤量表

1. 你是否实施过**不是想自杀**的自我伤害行为? 请根据你自身的实际情况, 在以下相应的数字上打“√”。

【说明】: 自我伤害行为是指自己伤害自己身体的行为。主要包括切割, 伤害性搔抓, 烫烧, 啃咬, 非运动性或娱乐性地击打, 扎伤身体, 拔头发, 用力啃咬指甲或伤害指甲, 刺伤身体, 撞头, 服用非法药物, 过量服用药物, 服用小剂量药物(不是为了治病), 吞下或喝下不能吃的东西, 试图打断骨头等。

实施了自我伤害行为, 但并不是想自杀	从未有过	至少一次	每周一次	每日都有
--------------------	------	------	------	------

过去 1 个月中你有几次?	0	1	2	3
---------------	---	---	---	---

实施了自我伤害行为，但并不是想自杀	从未有过	1-5 次	每月一次	每周一次	每日都有
过去 6 个月中你有几次?	0	1	2	3	4
过去 1 年中你有几次?	0	1	2	3	4
1 年前你有几次?	0	1	2	3	4

2. 你是否曾经做过**自杀**的尝试? (请在相应框中打“√”) 否 是
 如果有, 请在以下相应时间段内标明次数:
 在过去 1 个月中: _____ 次 在过去 6 个月中: _____ 次
 在过去 1 年中: _____ 次 在 1 年之前: _____ 次
3. 你是否在故意自伤后去医院急诊或门诊接受过治疗? (如缝合伤口, 伤口敷药等, 请在相应框内打“√”)
 否
 是 如果有, 过去 1 年中你因故意自伤就诊 _____ 次?
4. 你是否因为故意自伤而住院治疗过? (请在相应框中打“√”)
 否
 是 如果有, 过去 1 年中你因自伤在医院住院治疗过 _____ 次?
5. 你**第一次**自伤时是几岁? _____ 岁
6. 你**第一次**自伤的想法来源于何处? 请在相应的数字上打“√” (单选)
- ① 我在一个网站上看到相关内容;
 - ② 我在一个网络博客中看到相关内容;
 - ③ 我在一本书刊或杂志上看到相关内容;
 - ④ 我在一部电影或电视中看到了自伤行为发生;
 - ⑤ 我在现实生活中看到了其他人进行自伤行为 (请列出谁) _____;
 - ⑥ 我在现实生活中从其他人处听说过相关内容 (请列出谁) _____;
 - ⑦ 是我自己想出来的
 - ⑧ 其他来源 (请列出)
7. 当你有伤害自己的冲动时, 这些冲动会给你什么感觉? 请根据你的实际情况, 在下相应数字上打“√”。

当你有伤害自己的冲动时:	完全没有	稍微有点	有一些	大多数	极为明显
这种冲动让我感觉痛苦或者混乱	0	1	2	3	4
这种冲动让我感觉舒适	0	1	2	3	4
这种冲动是侵入性的或者有攻击性的	0	1	2	3	4

8. 你**只有**在使用毒品或喝酒后才会自伤吗? (请在相应框中打“√”) 否 是
9. 你会让别人知道你有自伤行为吗? (请在相应框中打“√”)
 没有人知道 有几个人知道 大部分人都知道
 你告诉了谁? (请在相应框中打“√”, 可多选)
 朋友 家庭成员 心理医生/精神科医生
 老师 学校心理咨询师 其他心理健康专家
 电话求助 其他 (请说明)
10. 你**最初**有自我伤害行为 (不是想自杀的伤害) 时, 你伤害了自己身体什么部位? 请在**所有**被伤害过的部位前画“√”, 在**最常**被伤害的一个部位后画 (×)

___ 头皮 ()	___ 嘴内 ()	___ 腹部 ()	___ 手 ()
___ 眼睛 ()	___ 脖子 ()	___ 臀部(屁股) ()	___ 大腿或膝盖 ()
___ 耳朵 ()	___ 胸部 ()	___ 生殖器 ()	___ 小腿或踝部 ()
___ 脸部 ()	___ 乳房 ()	___ 肛门 ()	___ 脚或脚趾 ()
___ 鼻子 ()	___ 后背 ()	___ 上臂或臂肘 ()	___ 其他 ()
___ 嘴唇 ()	___ 肩膀 ()	___ 下臂或腕部 ()	

11. 如果你**当前(指过去1个月内)**仍有自我伤害行为(不是想自杀的伤害),那伤害了身体的什么部位?请在所有被伤害过的部位前画“√”,在**最常被伤害的一个部位**后画“(×)”

___ 头皮 ()	___ 嘴内 ()	___ 腹部 ()	___ 手 ()
___ 眼睛 ()	___ 脖子 ()	___ 臀部(屁股) ()	___ 大腿或膝盖 ()
___ 耳朵 ()	___ 胸部 ()	___ 生殖器 ()	___ 小腿或踝部 ()
___ 脸部 ()	___ 乳房 ()	___ 肛门 ()	___ 脚或脚趾 ()
___ 鼻子 ()	___ 后背 ()	___ 上臂或臂肘 ()	___ 其他 ()
___ 嘴唇 ()	___ 肩膀 ()	___ 下臂或腕部 ()	

12. 你**最初开始**自我伤害时(不是想自杀的伤害),自我伤害的方式是什么?

请在**所有**实施过的方法前画“√”,在**最常应用的一个自伤方法**后画“(×)”

___ 切割 ()	___ 击打 ()	___ 用力撞击头部 ()
___ 搔抓 ()	___ 拔头发 ()	___ 服用过量药物 ()
___ 妨碍伤口愈合 ()	___ 用力啃咬指甲或伤害指甲 ()	___ 服用小剂量药物 ()
___ 烫烧 ()	___ 用尖利物体刺伤皮肤 ()	___ 吞下或喝下不能吃的东西 ()
___ 啃咬 ()	___ 刺伤身体部位 ()	___ 试图打断骨头 ()
___ 过量喝酒 ()	___ 过量使用非法药物 ()	___ 其他(请列出) ()

13. 如果你**当前(指过去1个月内)**仍有自我伤害行为(不是想自杀的伤害),那你的自我伤害方式是什么?请在**所有**实施过的方式前画“√”,在**最常应用的一个伤害方式**后画“(×)”

___ 切割 ()	___ 击打 ()	___ 用力撞击头部 ()
___ 搔抓 ()	___ 拔头发 ()	___ 服用过量药物 ()
___ 妨碍伤口愈合 ()	___ 用力啃咬指甲或伤害指甲 ()	___ 服用小剂量药物 ()
___ 烫烧 ()	___ 用尖利物体刺伤皮肤 ()	___ 吞下或喝下不能吃的东西 ()
___ 啃咬 ()	___ 刺伤身体部位 ()	___ 试图打断骨头 ()
___ 过量喝酒 ()	___ 过量使用非法药物 ()	___ 其他(请列出) ()

14. 你**最初开始**实施自伤(不是想自杀的伤害)的原因是什么?下面列了一些可能的原因,请根据你自身的实际情况在相应的数字上画圈。

0: 从不成为自伤的原因; 1: 偶尔成为自伤的原因; 2: 有时成为自伤的原因; 3: 经常是成为自伤的原因; 4: 总是成为自伤的原因

	从 不	偶 尔	有 时	经 常	总 是		从 不	偶 尔	有 时	经 常	总 是
1. 释放无法承受的压力	0	1	2	3	4	16. 向他人展示我有多强大	0	1	2	3	4
2. 体验“快感”	0	1	2	3	4	17. 让自己摆脱不舒服的情绪	0	1	2	3	4
3. 令父母不再生我的气	0	1	2	3	4	18. 遵循自己内在的想法或他人的建议而施行自伤	0	1	2	3	4
4. 摆脱孤独与空虚感	0	1	2	3	4	19. 体验身体局部疼痛,以此转移自己无法承受的其他痛苦	0	1	2	3	4

5. 获得他人的关心与关注	0	1	2	3	4	20. 摆脱别人对自己过高的期望	0	1	2	3	4
6. 惩罚自己	0	1	2	3	4	21. 释放悲伤和消极情绪	0	1	2	3	4
7. 体验令人愉悦的刺激	0	1	2	3	4	22. 想在一个没人可以影响自己的方面获得掌控感	0	1	2	3	4
8. 释放紧张感或恐惧感	0	1	2	3	4	23. 阻止自己施行自杀的想法	0	1	2	3	4
9. 避免因自己所做的事而陷入麻烦	0	1	2	3	4	24. 防止自己施行自杀	0	1	2	3	4
10 将注意力从不愉快的记忆中转移	0	1	2	3	4	25. 当感到麻木和“非真实感”时,通过自伤行为感受到真实感	0	1	2	3	4
11. 改变自我形象或外表	0	1	2	3	4	26. 释放挫折感	0	1	2	3	4
12. 感觉被某些同龄伙伴接受	0	1	2	3	4	27. 摆脱自己不想做的事情	0	1	2	3	4
13. 释放愤怒	0	1	2	3	4	28. 感觉没有原因,就是有时会自伤	0	1	2	3	4
14. 让我的朋友或男友或女友停止对我生气	0	1	2	3	4	29. 验证自己的承受力	0	1	2	3	4
15. 向他人表明自己很受伤	0	1	2	3	4	30. 其他(请列出)	0	1	2	3	4

15. 如果你当前(指过去 1 个月内)仍有自伤(不是想自伤的伤害)行为,那你当前自伤的理由是什么? 下面列了一些可能的原因,请根据你自身的实际情况在相应的数字上画圈。

0: 从不成为自伤的原因; 1: 偶尔成为自伤的原因; 2: 有时成为自伤的原因; 3: 经常是成为自伤的原因; 4: 总是成为自伤的原因

	从 不	偶 尔	有 时	经 常	总 是		从 不	偶 尔	有 时	经 常	总 是
1. 释放无法承受的压力	0	1	2	3	4	16. 向他人展示我有多强大	0	1	2	3	4
2. 体验“快感”	0	1	2	3	4	17. 让自己摆脱不舒服的情绪	0	1	2	3	4
3. 令父母不再生我的气	0	1	2	3	4	18. 遵循自己内在的想法或他人的建议而施行自伤	0	1	2	3	4
4. 摆脱孤独与空虚感	0	1	2	3	4	19. 体验身体局部疼痛,以此转移自己无法承受的其他痛苦	0	1	2	3	4
5. 获得他人的关心与关注	0	1	2	3	4	20. 摆脱别人对自己过高的期望	0	1	2	3	4
6. 惩罚自己	0	1	2	3	4	21. 释放悲伤和消极情绪	0	1	2	3	4
7. 体验令人愉悦的刺激	0	1	2	3	4	22. 想在一个没人可以影响自己的方面获得掌控感	0	1	2	3	4
8. 释放紧张感或恐惧感	0	1	2	3	4	23. 阻止自己施行自杀的想法	0	1	2	3	4
9. 避免因自己所做的事而陷入麻烦	0	1	2	3	4	24. 防止自己施行自杀	0	1	2	3	4
10 将注意力从不愉快的记忆中转移	0	1	2	3	4	25. 当感到麻木和“非真实感”时,通过自伤行为感受到真实感	0	1	2	3	4

11. 改变自我形象或外表	0	1	2	3	4	26. 释放挫折感	0	1	2	3	4
12. 感觉被某些同龄伙伴接受	0	1	2	3	4	27. 摆脱自己不想做的事情	0	1	2	3	4
13. 释放愤怒	0	1	2	3	4	28. 感觉没有原因, 就是有时会自伤	0	1	2	3	4
14. 让我的朋友或男友或女友停止对我生气	0	1	2	3	4	29. 验证自己的承受力	0	1	2	3	4
15. 向他人表明自己很受伤	0	1	2	3	4	30. 其他(请列出)	0	1	2	3	4

16. 实施自伤(不是想自杀的伤害)后, 你感觉**情绪得到释放**了吗?

自伤后您感觉情绪得到了释放吗?	从不	偶尔	有时	经常	总是
	0	1	2	3	4

如果你感到自伤后情绪得到了释放, 那么这种释放感可以持续多久?(单选, 请在相应框中打“√”)

- 少于 1 分钟 1-5 分钟 6 到 30 分钟
 31 到 60 分钟 几小时 几天

17. 如果你持续实施自伤(不是想自杀的伤害) 的原因出于以下内容, 那么请根据你自身的实际情况, 评定一下自伤对下列原因的有效程度。请在相应数字上打“√”

	完全没有帮助	稍微有点帮助	有些帮助	帮助很大	非常有帮助
释放无法承受的压力	0	1	2	3	4
释放愤怒	0	1	2	3	4
释放挫折感	0	1	2	3	4
释放紧张感	0	1	2	3	4
释放悲伤或消极感	0	1	2	3	4
如果您持续自伤的原因未包括在上述原因中, 请您在下列横线上写清您的其他原因和自伤多大程度上对您有帮助:					
原因 1:	0	1	2	3	4
原因 2:	0	1	2	3	4
原因 3:	0	1	2	3	4
原因 4:	0	1	2	3	4
原因 5:	0	1	2	3	4

18. 一旦你想到自伤, 您是否总是马上行动? 是 否

19. 当你想伤害自己时, 从出现想法到采取自伤行动平均需要多长时间?(单选, 请在相应框中打“√”)

- 少于 1 分钟 1-5 分钟 6-30 分钟
 超过 30 分钟但少于 1 小时 几小时 几天

20. 在压力性事件发生后, 你是否伤害过或者想要伤害自己的身体? 请在相应数字上打“√”

在压力性事件发生后, 你是否伤害过或者想要伤害自己的身体?	从不	偶尔	有时	经常	总是
	0	1	2	3	4

如有, 通常哪些压力性事件会导致您自伤? 以下列出了可能的压力事件。

请根据你自身情况在相应的数字上打“√”, 并举例子。

压力事件	从不	偶尔	有时	经常	总是	具体例子
被离弃	0	1	2	3	4	请列出:

失败	0	1	2	3	4	请列出:
感到失落	0	1	2	3	4	请列出:
被拒绝	0	1	2	3	4	请列出:
其他	0	1	2	3	4	请列出:

21. 自伤时，你是否感觉疼痛？请根据你自身情况在下面表格相应的数字上打“√”

自伤时，你是否感觉到身体的疼痛？	从不	偶尔	有时	经常	总是
	0	1	2	3	4

22. 自从你开始后，你是否发现了以下情况，请根据你的实际情况，在相应数字上打“√”

自从你开始自伤，你是否发现：	从未	偶尔	有时	经常	总是
A. 自伤行为发生的频率超过你的预期	0	1	2	3	4
B. 自伤行为导致的后果越来越严重(例如，伤口更深，面积更大)	0	1	2	3	4
C. 是否你现在需要更频繁、强度更大的自伤行为才能达到你最初自伤所达到的效果	0	1	2	3	4
D. 自伤行为或想法是否占用了你大量的时间(例如，计划及考虑，收集及藏匿利器，实施自伤以及康复)	0	1	2	3	4
E. 尽管你有戒除或是控制这种行为的愿望，但却无法做到	0	1	2	3	4
F. 尽管认识到了自伤行为对你身体和/或情绪的危害，可是您还是继续自伤行为的行为	0	1	2	3	4
G. 因为自伤行为的发生导致你放弃或减少了重要的社交、家庭、学校或创造性活动	0	1	2	3	4

23. 如果你尝试过抵制自伤行为，你会怎么做？

请在所有实施过的方法前的方框内画“√”，在最有帮助的一个方法后的括号内画(×)

所有方法 <input checked="" type="checkbox"/>	最有帮助的方法 (×)
<input type="checkbox"/> 从未尝试过抵制(抵抗)自伤	()
<input type="checkbox"/> 与别人交谈	()
<input type="checkbox"/> 锻炼身体或运动	()
<input type="checkbox"/> 阅读，写作，听音乐，跳舞	()
<input type="checkbox"/> 看电视，玩电子游戏	()
<input type="checkbox"/> 做放松运动(例如，洗个热水澡，瑜伽，深呼吸等)	()
<input type="checkbox"/> 喝酒或服用非法药物	()
<input type="checkbox"/> 做任何可以让双手忙碌起来的事情	()
<input type="checkbox"/> 其他(请列出)	()

24. 当你尝试抵制自我伤害行为(不是想自杀)时，你有多大动力去停止该行为？请在相应数字上打“√”

你有多少动力停止自伤	完全没有	稍微有些	有一些	很大动力	非常大
	0	1	2	3	4

25. 针对你的自伤行为，你接受过哪些治疗方法？(请在相应方框内打“√”多选)

- | | |
|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 我没有进行过治疗 | <input type="checkbox"/> 我谢绝治疗 |
| <input type="checkbox"/> 自我帮助(例如自救书籍，网络) | <input type="checkbox"/> 个体治疗 |
| <input type="checkbox"/> 学校咨询 | <input type="checkbox"/> 团体治疗 |
| <input type="checkbox"/> 家庭治疗(你和父母共同参加的心理治疗) | |

- 药物治疗(请列出)
 - 其他(请列出)
26. 如果你接受过治疗, 哪些治疗方法对于减少或消除自伤行为效果比较好? (请在相应方框内打“√”多选)
- 我没有进行过治疗
 - 自我帮助(例如自救书籍, 网络)
 - 学校咨询
 - 家庭治疗 (你和父母共同参加的心理治疗)
 - 药物治疗(请列出)
 - 其他(请列出)
 - 我谢绝治疗
 - 个体治疗
 - 团体治疗

27. 本问卷全面描述了你的自伤经历吗? 请在下面表格相应的数字上打“√”

本问卷全面描述了你的自伤经历吗?	完全不同意	稍微有点同意	有些同意	同意	非常同意
	0	1	2	3	4

28. 关于你的自伤行为, 你还有什么要告诉我们的吗? 如有请写下来。

表 4 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)

DSM-V 推荐的用于临床医生评定的用于评估 NSSI 行为严重程度测量量表, 是 0-4 的五级评分量表, 可以评估患者过去 1 年内 NSSI 严重程度。

1. 总分 0 分表示 1 年内无 NSSI 行为或 NSSI 行为少于 3 天, 且没有再次自我伤害的意图;
2. 总分 1 分表示阈下 NSSI, 指 1 年内 NSSI 行为 2-4 天, 或者最近 5 天有 NSSI 行为, 并且有继续采取 NSSI 行为的意图;
3. 总分 2 分表示轻度 NSSI, 指 1 年内 NSSI 行为 5-7 天, 不需要采取手术等方式处理;
4. 总分 3 分表示中度 NSSI, 指 1 年内 NSSI 行为 8-11 天, 采取单一的 NSSI 方式且不需要采取手术等方式处理, 或者 1 年内 NSSI 行为 5-7 天, 采取多种 NSSI 方式进行自伤;
5. 总分 4 分, 表示重度 NSSI, 指 1 年内 NSSI 行为超过 5 天且至少有一次需要手术处理, 或者 1 年内采取单一的 NSSI 行为超过 12 天, 或者 1 年内采取多种的 NSSI 行为超过 8 天。

表 5 修改版外显攻击行为量表

(Modified Overt Aggression Scales, MOAS)

指导语: 从下列每一类攻击行为中, 选择一个最适合的评分, 该评分能准确地描述特定观察周期内病人最严重的攻击行为。

日期/时间	言语攻击 (×1)	对财产的攻 击 (×2)	自身攻击 (×3)	体力攻击 (×4)	总加权分	评估护士	评估医师

注: 由护士、医师共同完成评估。

总加权分:0分:低风险; 1-3分:中风险; 4分及以上:高风险。

一、言语攻击:言语敌对,即用平时讲话或辱骂的方式,试图通过贬低某人的话或脏话来使人遭受心理伤害,或者是体力袭击的威胁。

0分表示无言语攻击

1分表示愤怒的喊叫,适度的咒骂或人格侮辱

2分表示恶毒的咒骂,带有严重的侮辱性,可以有情绪的爆发

3分表示对他人或自己的带一时冲动性质的暴力威胁

4分表示对他人或自己反复的或蓄意的暴力威胁(如要抢钱或发生性关系)

二、对财物的攻击:盲目或不顾后果地毁坏病房的设备或他人的财物。

0分表示无对财物的攻击

1分表示愤怒地冲门、撕衣物、在地板上小便。

2分表示摔东西、踢家具、毁损墙壁

3分表示击打房间内的东西、打碎玻璃。

4分表示放火、危险地扔东西(如将贵重或易碎品扔出窗外,或将其砸碎)。

三、对自身攻击:对自己的体力伤害,如自残或自杀企图。

0分表示无自身攻击:

1分表示挖或抓皮肤、拔头发、击打自己(未造成损伤)

2分表示撞头、用拳击墙、自己跌倒于地上。

3分表示使自身遭受轻度的切割伤、烫伤、烧伤或殴打伤。

4分表示使自身遭受重伤或企图自杀

四、体力攻击 故意的暴力行为致人疼痛、身体损伤或死亡。

0分表示无体力攻击。

1分表示做出恐吓的姿态、对人挥拳、抓住别人的衣服。

2分表示拳击、踢、推、抓他人或抓住别人的头发(未造成损伤)。

3分表示袭击他人,造成轻度损伤(水泡、扭伤、皮肤伤痕等)。

4分表示袭击他人,造成严重损伤(骨折、牙齿脱落、深度倒伤、意识丧失等)。

【结果分析】

1. 该量表对各类行为分别设置了加权分,即言语攻击分 \times 1、对财物的攻击分 \times 2、自身攻击分 \times 3、体力攻击分 \times 4。总分为全部加权分之和,以表示在观察期内攻击行为的总体严重程度。

2. 量表总分的最大值为40。如果仅用于研究“外向性”攻击行为,则不评定“自身攻击”分量表,这时总分最大值相应减少为28。

3. 在作为研究组入组标准时,国内多数研究采用加权总分4分以上作为“有明显攻击行为”组的入组标准。

附录 B 编制方法

1 主要技术内容

1.1 编制过程和原则

本指南依据中西医结合诊疗指南的制定程序进行编制。本指南已经在国际实践指南注册平台(International Practice Guideline Registry Platform)上注册(注册号 PREPARE-2023CN061)。

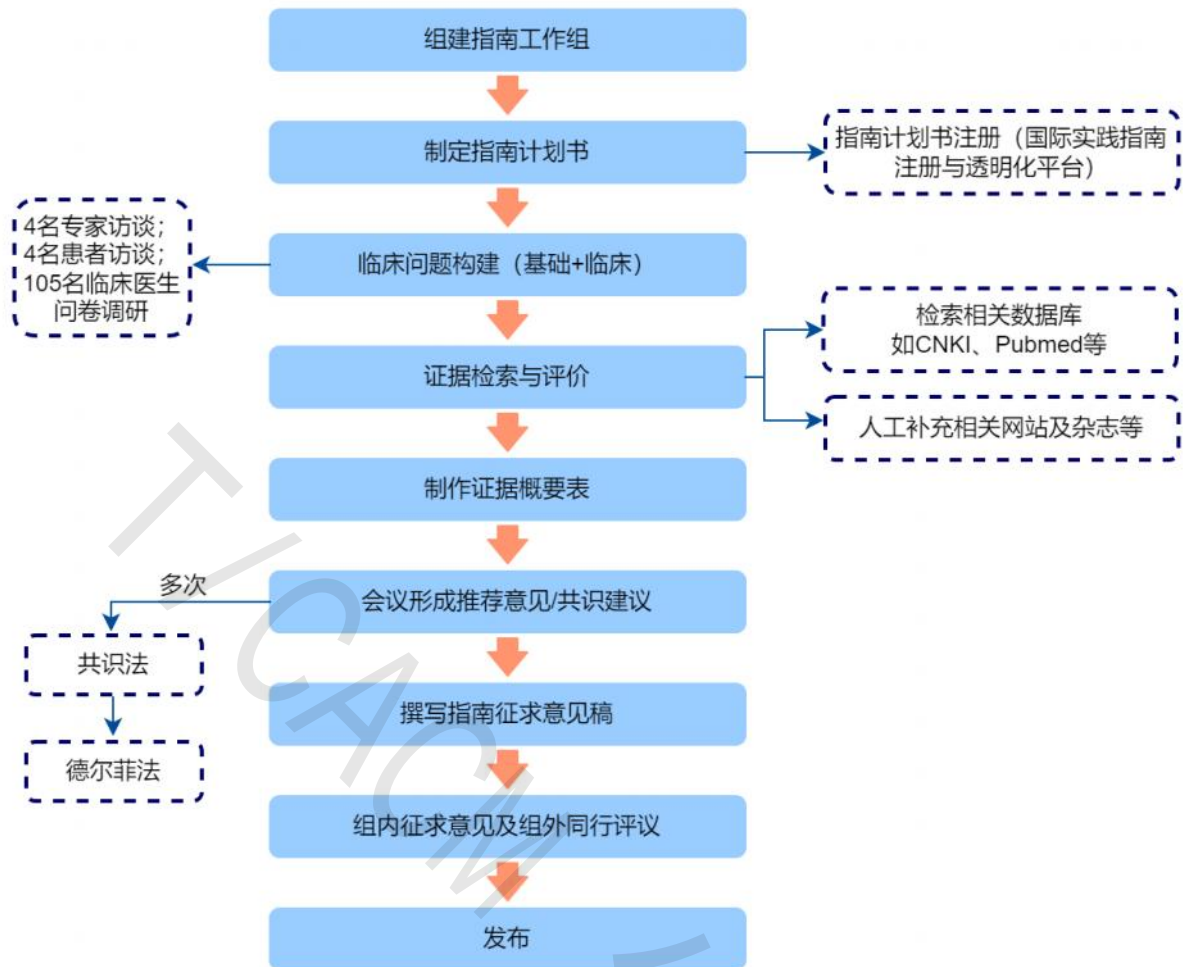
项目组按照《世界卫生组织指南制定手册》的编写规范,设计和实施指南制订的方案。具体制定过程中对不同研究类型证据质量评价、证据质量分级及其相应的推荐意见形成、指南形成方法、指南初稿的自评等遵循相应的原则或标准,系统评价方法学质量评价采用 AMSTAR2 进行评价,随机对照试验的方法学质量采用 Cochrane 系统评价手册中 ROB 工具进行评价,观察性研究的质量评价采用 NOS 量表,证据体质量评价和分级采用 GRADE,推荐意见形成推荐强度确定采用改良德尔菲法。

1.2 技术内容

本指南的编制严格按照规范步骤进行,首先成立指南专家组、证据评价组、秘书组、外审组,针对临床问题,开展文献检索及资深专家的调查,并开展德尔菲法进行问卷调查,共计 105 名一线中医、西医、中西医结合青少年抑郁领域的医生参与,遴选出重要的临床问题,对临床问题进行 PICO 结构化,根据凝练出的问题开展证据检索,评价和综合基于所形成的证据体,分别开展抑郁症的 GRADE 证据质量评价和分级,基于分级结果,再次通过改良德尔菲法开展调查问卷,形成最终推荐意见和确定推荐强度。针对目前循证医学证据不充分的部分内容,采用共识形成方法形成共识建议。

2 编制过程

2.1 工作流程图



2.2 专家访谈和问卷调查

2.2.1 专家访谈

1) 开展专家访谈：由指南写作组及其推荐的专家组成，访谈对象均为长期从事青少年抑郁障碍临床工作、诊治经验丰富的主任医师，共4名。

2) 关注的临床问题共5个：①青少年抑郁障碍发生的危险因素、发病率；②中西医结合治疗青少年抑郁障碍的有效性、安全性；③中西医结合治疗青少年抑郁障碍的非药物治疗方法；④中西医结合防治青少年抑郁障碍的过程管理；⑤关注青少年抑郁障碍中的非自杀性自伤的问题。

3) 整理专家访谈结果，指南协作组讨论最终形成问题16个临床问题：问题1：青少年抑郁障碍的患病率如何？问题2：青少年抑郁障碍的危险因素有哪些？问题3：青少年抑郁障碍应如何筛查？问题4：在青少年抑郁障碍的诊断中，需要重点关注哪些症状和体征？问题5：青少年抑郁障碍需要与哪些疾病进行鉴别(如精神分裂症、双相情感障碍、焦虑症等)？问题6：青少年抑郁障碍有哪些中医证型？问题7：青少年抑郁障碍治疗目的和原则是什么？问题8：药物疗法(中药、西药)治疗青少年抑郁障碍有效性和安全性如何？问题9：中药单独治疗的适应症是什么？问题10：西药单独治疗的适应症是什么？问题11：非药物疗法(如电惊厥治疗、重复经颅磁刺激、中医芳香疗法、针刺、艾灸等)治疗青少年抑郁障碍有效性和安全性如何？问题12：心理疗法治疗青少年抑郁障碍的有效性和安全性如何？问题13：联

合治疗方法(如心理治疗联合抗抑郁西药、电惊厥治疗联合抗抑郁西药、中西药联合治疗、重复经颅磁刺激联合抗抑郁西药中医芳香疗法联合心理治疗、针灸疗法联合抗抑郁西药、针灸疗法联合心理治疗等)治疗青少年抑郁障碍的有效性和安全性如何?问题 14: 联合疗法治疗青少年抑郁障碍的适应症是什么?问题 15: 青少年抑郁障碍的治疗疗程应如何限定?问题 16: 预防青少年抑郁障碍的措施有哪些?

2.2.2 患者访谈

访谈代表性青少年抑郁障碍患者共 3 人, 包含 2 名 16 岁的女孩, 1 名 18 岁的男孩。患者的感受: ①服用抗抑郁西药会出现头晕乏力、记忆受损等不良反应, 并担心服用抗抑郁西药会产生依赖, 因此有所顾忌; ②中药汤剂服用不方便, 且味道不佳, 无法长期坚持; ③有患者害怕针灸治疗。经济性问题: 每月治疗抑郁障碍全部花费 3000-4000 元。有 2 位家属表示花费未超出预算, 可以接受; 1 位家属表示有很大的经济压力。患者的需求: ①希望能有好的方法能尽快康复; ②希望能恢复社会功能, 正常上学、生活。

2.2.3 开展问卷调查

通过问卷星发放问卷调查 105 份, 涉及各个省份及不同级别职称的临床一线医生, 对上述 16 个临床问题的重要性开展问卷调查。

整理问卷调查结果, 初步形成 11 个临床问题: 问题 1: 青少年抑郁障碍的患病率如何? 问题 2: 青少年抑郁障碍的危险因素有哪些? 问题 3: 青少年抑郁障碍应如何筛查? 问题 4: 青少年抑郁障碍需要与哪些疾病进行鉴别(如精神分裂症、双相情感障碍、焦虑症等)? 问题 5: 青少年抑郁障碍有哪些中医证型? 问题 6: 青少年抑郁障碍治疗目的和原则是什么? 问题 7: 药物治疗(中药、西药)治疗青少年抑郁障碍有效性和安全性如何? 问题 8: 非药物治疗(中药、西药)治疗青少年抑郁障碍有效性和安全性如何? 问题 9: 联合疗法治疗青少年抑郁障碍有效性和安全性如何? 问题 10: 青少年抑郁障碍的治疗疗程该如何限定? 问题 11: 预防青少年抑郁障碍的措施有哪些?

2.2.4 确定临床问题

开展临床问题确定会, 33 个专家参与会议, 经讨论投票, 最终确定临床问题如下。

最终形成的临床问题清单

序号	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?

2.2.3 证据检索与综合

2.3.1 证据的检索

对最终纳入的指南临床问题，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。对临床结果证据不足的指南问题补充高质量相关文献形成共识建议。系统检索中国知网（CNKI）、万方（WanFang）、维普（VIP）、中国生物医学文献数据库（SinoMed）、PubMed、Cochrane Library和Embase数据库。检索时间为建库至2023年7月。

中文检索词包括青少年、少年、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检索，并根据具体数据库进行调整。

2.3.2 证据的筛选

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。

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-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）（由于文献量有限，部分包含青少年（12≤年龄≤18岁）的文献被纳入，存在证据局限性）。I-干预措施：中医、西医治疗或中西医结合治疗。C-对照措施：西医治疗单用、安慰剂对照、联合治疗。O-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 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-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。

排除标准: 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。

2.3.3 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。

2.3.4 证据等级和推荐

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, 考虑五个降级因素——偏倚风险、不精确性、不一致性、不直接性以及发表偏倚, 以及三个升级因素——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。

附录 C 证据总结表

针刺VS安慰针刺 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺	安慰针刺	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
1	randomised trials	serious ^a	serious ^b	serious ^c	not serious	none	524	396	-	MD 4.49 lower (5.93 lower to 3.04 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

a. 偏倚风险降一级: 随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;

b. 不一致性降一级: 异质性大于75%。

c. 间接性降一级: 人群差异。

针刺联合心理 VS 抗抑郁西药联合心理 for 青少年抑郁

Certainty assessment							№ of patients		Effect		Certainty	Importance
№ of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺联合心理治疗	抗抑郁西药联合心理治疗	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	30	30	-	MD 4.36 lower (7.78 lower to 0.94 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
临床疗效												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	28/30 (93.3%)	25/30 (83.3%)	RR 1.12 (0.93 to 1.35)	100 more per 1,000 (from 58 fewer to 292 more)	⊕⊕○○ Low	IMPORTANT

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

- a. 偏倚风险降一级：随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚；
- b. 不精确性降一级：样本量不满足最优信息样本量，影响精确性。
- c. 不精确性降一级：样本量不满足最优信息样本量，跨越无效线。

中成药联合心理VS中成药 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	中成药联合心理治疗	中成药	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	51	43	-	MD 2.3 lower (3.55 lower to 1.05 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
临床疗效												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	48/51 (94.1%)	36/43 (83.7%)	RR 1.12 (0.97 to 1.30)	100 more per 1,000 (from 25 fewer to 251 more)	⊕⊕○○ Low	IMPORTANT

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

a. 偏倚风险降一级: 随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;

b. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 影响精确性。

c. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 跨越无效线。

针刺联合中药VS抗抑郁西药 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺联合中药	抗抑郁西药	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	60	60	-	MD 2.7 lower (5.34 lower to 0.06 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
临床疗效												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	56/60 (93.3%)	46/60 (76.7%)	RR 1.22 (1.04 to 1.42)	169 more per 1,000 (from 31 more to 322 more)	⊕⊕○○ Low	IMPORTANT

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

a. 偏倚风险降一级: 随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;

b. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 影响精确性。

氟西汀VS安慰剂 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	氟西汀	安慰剂	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
CDRS-R												
6	randomised trials	serious ^a	not serious	serious ^b	not serious	none	601	582	-	MD 2.72 lower (3.96 lower to 1.48 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
CGI-S												
5	randomised trials	serious ^a	serious ^c	serious ^b	not serious	none	483	474	-	MD 0.21 lower (0.36 lower to 0.06 lower)	⊕○○○ Very Low	CRITICAL
不良反应发生率												
6	randomised trials	serious ^a	not serious	serious ^b	not serious	none	524	514	RR 1.03 (0.95 to 1.11)	-	⊕⊕○○ Low	CRITICAL

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

- a. 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚；
- b. 间接性降级：研究人群差异降一级。
- c. 不一致性降一级：异质性 (I^2) 大于75%，降一级。

舍曲林VS安慰剂 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	舍曲林	安慰剂	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
CGI-S												
1	randomised trials	not serious	not serious	serious ^a	serious ^b	none	189	187	-	MD 4.39 lower (4.77 lower r to 1 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
CGI-I												
1	randomised trials	not serious	not serious	serious ^a	serious ^b	none	189	187	-	MD 3.16 lower (3.46 lower to 2.86 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
不良反应发生率												
1	randomised trials	not serious	not serious	serious ^a	serious ^b	none	103	96	RR 2.33 (0.94 to 5.76)	-	⊕⊕○○ Low	CRITICAL

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

a. 间接性降级: 研究人群差异降一级。

b. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 影响精确性。

rTMS+抗抑郁药VS抗抑郁药+假rTMS或抗抑郁药单药治疗 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	氟西汀	安慰剂	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
5	randomised trials	serious ^a	serious ^b	not serious	not serious	none	232	232	-	MD 1.50 lower (2.16 lower to 0.84 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
头痛												
4	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	none	162	162	-	MD 0.21 lower (0.36 lower to 0.06 lower)	⊕⊕⊕⊕ High	CRITICAL
食欲不振												
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	serious ^c	90	90	-	MD 0.21 lower (0.36 lower to 0.06 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	CRITICAL
眩晕												
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	serious ^c	92	92	-	MD 0.21 lower (0.36 lower to 0.06 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	CRITICAL

恶心												
2	randomised trials	not serious	not serious	not serious	not serious	seriousc	60	60	-	MD 0.21 lower (0.36 lower to 0.06 lower)	⊕⊕⊕○ Moderate	CRITICAL

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

- a. 偏倚风险降一级：部分研究随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚；
- b. 不一致性降一级：异质性 (I^2) 大于75%，降一级。
- c. 不精确性降一级：样本量不满足最优信息样本量，影响精确性。

CMAA 公尔高

针刺联合抗抑郁西药VS抗抑郁西药 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	针刺联合抗抑郁西药	抗抑郁西药	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
3	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	123	121	-	MD 4.64 lower (5.2 lower to 4.09 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
TESS量表												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	60	60	-	MD 6.69 lower (7.68 lower to 5.7 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
临床疗效												
2	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^b	none	79/83 (95.2%)	68/83 (81.9%)	RR 1.16 (1.04 to 1.30)	131 more per 1,000 (from 33 more to 246 more)	⊕⊕○○ Low	IMPORTANT

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

a. 偏倚风险降一级: 部分研究随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;

b. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 影响精确性。

中药联合抗抑郁西药VS抗抑郁西药 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	中药联合抗抑郁西药	抗抑郁西药	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
HAMD												
5	randomised trials	serious ^a	serious ^b	not serious	serious ^c	none	177	178	-	MD 1.69 lower (2.79 lower to 0.59 lower)	⊕⊕○○ low	CRITICAL
SDS												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	51	51	-	MD 5.92 lower (6.76 lower to 5.08 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
SAS												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	51	51	-	MD 5.54 lower (6.62 lower to 4.46 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
PSQI												

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	中药联合抗抑郁西药	抗抑郁西药	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	51	51	-	MD 1.88 lower (2.45 lower to 1.31 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
HAMA												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	30	30	-	3.05 lower (3.67 lower to 2.43 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
中医证候评分												
1	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	serious ^c	none	25	25	-	MD 2.68 lower (3.59 lower to 1.77 lower)	⊕⊕○○ Low	CRITICAL
临床疗效												
6	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	213/228 (93.4%)	176/228 (77.2%)	RR 1.21 (1.12 to 1.31)	162 more per 1,000 (from 74 more to 209 more)	⊕⊕⊕○ Moderate	IMPORTANT

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

- a. 偏倚风险降一级: 部分研究随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;
- b. 不一致性降一级: $I^2 > 50\%$ 。
- c. 不精确性降一级: 样本量不满足最优信息样本量, 影响精确性。

氟西汀+CBT VS 氟西汀 for 青少年抑郁

Certainty assessment							No of patients		Effect		Certainty	Importance
No of studies	Study design	Risk of bias	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	氟西汀	安慰剂	Relative (95% CI)	Absolute (95% CI)		
复发率												
6	randomised trials	serious ^a	not serious	not serious	not serious	none	255	249	RR 0.27 (0.16 to 0.45)	-	⊕⊕⊕○ Moderate	CRITICAL

CI: confidence interval; MD: mean difference; RR: risk ratio

- a. 偏倚风险降一级: 部分研究随机方法、分配隐藏、盲法或选择性报告不清楚;
- b. 不一致性降一级: 异质性 (I^2) 大于75%, 降一级。

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 W W, XU D D, CAO X L, 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 Y Y, XIAO L, RAO W W, 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 B M, KRIPALANI M. Early intervention for depression in young people: a blind spot in mental health care[J]. *Lancet Psychiatry*, 2019,6(4): 283.
- [6] COLLABORATORS G D A I. 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 W, GLADSTONE T, EE O C. 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] MANGIONE C M, BARRY M J, NICHOLSON W K, 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 L S, 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 E E, LEIBENLUFT E, MCCLURE E B, 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] 邹天雨, 赵宇, 马莉, 等. 电针百会及神庭穴对抑郁小鼠行为学及不同脑区单胺类神经递质含量的影响[J]. *中医药信息*, 2020,37(03): 59-62.
- [12] RICCI A, IDZIKOWSKI M A, SOARES C N, et al. Exploring the mechanisms of action of the antidepressant effect of the ketogenic diet[J]. *Rev Neurosci*, 2020,31(6): 637-648.
- [13] LIU G, WANG Y, ZHENG W, et al. P11 Loss-of-Function is Associated with Decreased Cell Proliferation and Neurobehavioral Disorders in Mice[J]. *Int J Biol Sci*, 2019,15(7): 1383-1395.
- [14] TENG T, SHIVELY C A, LI X, et al. Correction to: Chronic unpredictable mild stress produces depressive-like behavior, hypercortisolemia, and metabolic dysfunction in adolescent cynomolgus monkeys[J]. *Transl Psychiatry*, 2021,11(1): 126.
- [15] WU S Q, FENG F, ZOU R J, et al. Abnormal Brain Glucose Metabolism in Papillary Thyroid Cancer Patients 4 Weeks After Withdrawal of Levothyroxine: A Cross-Sectional Study Using (18)F-FDG PET/CT[J]. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 2021,12: 595933.
- [16] 王薇, 刘忠纯. 性激素对青春期抑郁症的影响研究进展[J]. *临床精神医学杂志*, 2021,31(05): 419-421.
- [17] 刘铁桥. 老年期抑郁障碍的临床诊治[J]. *四川精神卫生*, 2024,37(02): 97-101.
- [18] 赵佩, 石焕霞, 王连稹. 大学生视屏时段与抑郁症状和睡眠状况的关联[J]. *中国学校卫生*, 2024,45(03): 402-405.
- [19] WILKINSON S T, KISELYCZNYK C, BANASR M, et al. Serum and plasma brain-derived neurotrophic factor and response in a randomized controlled trial of riluzole for treatment resistant depression[J]. *J Affect Disord*, 2018,241: 514-518.
- [20] SINGH M K, KESLER S R, HADI H S, et al. Anomalous gray matter structural networks in major depressive disorder[J]. *Biol Psychiatry*, 2013,74(10): 777-785.
- [21] 李光钰. 首发未服药抑郁症患者缰核与全脑功能连接及与临床特征的相关研究[D]. 昆明医科大学, 2021.
- [22] 赵兰慧, 王德民, 温金峰, 等. 首发青少年重性抑郁障碍患者静息态脑磁频谱功率研究[J]. *东南大学学报(医学版)*, 2018,37(01): 64-68.
- [23] RIEMANN D, HOHAGEN F, BAHRO M, et al. Sleep in depression: the influence of age, gender and diagnostic subtype on baseline sleep and the cholinergic REM induction test with RS 86[J]. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1994,243(5): 279-290.
- [24] LI Y, LI J, YANG L, et al. Ginsenoside Rb1 protects hippocampal neurons in depressed rats based on mitophagy-regulated astrocytic pyroptosis[J]. *Phytomedicine*, 2023,121: 155083.
- [25] KARABATSIAKIS A, BOCK C, SALINAS-MANRIQUE J, et al. Mitochondrial respiration in peripheral blood mononuclear cells correlates with depressive subsymptoms and severity of major depression[J]. *Transl Psychiatry*, 2014,4(6): e397.

- [26] LI Y, YANG L, LI J, et al. Antidepressant of Xingpijieyu formula targets gut microbiota derived from depressive disorder[J]. *CNS Neurosci Ther*, 2023,29(2): 669-681.
- [27] LI J, LI Y, DUAN W, et al. Shugan granule contributes to the improvement of depression-like behaviors in chronic restraint stress-stimulated rats by altering gut microbiota[J]. *CNS Neurosci Ther*, 2022,28(9): 1409-1424.
- [28] 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.
- [29] 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(08): 934-936.
- [30] ZHANG X, HONG H, 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.
- [31] 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(02): 187-190.
- [32] KUSHAL S A, AMIN Y M, 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.
- [33] LEMOULT J, HUMPHREYS K L, 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.
- [34] WILKINSON P O, 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.
- [35] ALLEN J P, PORTER M R, MCFARLAND F C. 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.
- [36] 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.
- [37] THE L. ICD-11[J]. *Lancet*, 2019,393(10188): 2275.
- [38] A F, H P, M F. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-V[M]. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-V*, 2013.
- [39] 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南(第二版)[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 40-43.
- [40] 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.
- [41] GELLER B, ZIMMERMAN 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.
- [42] 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*, 2021,58(21): 72-74.
- [43] 王凌志. 儿童抑郁症的中医学探讨[J]. *中医研究*, 2012,25(05): 12-13.
- [44] 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]. 北京中医药大学, 2009.
- [45] WALTER H J, ABRIGHT A R, BUKSTEIN O G, 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.
- [46] ZUCKERBROT R A, CHEUNG A, JENSEN P S, 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.
- [47] KRAUSE K R, CHUNG S, ADEWUYA A O, 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.
- [48] LIU F F, ADRIAN M C. 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.
- [49] JIN J. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents[J]. *JAMA*, 2022,328(15): 1570.
- [50] 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(06): 1172-1176.
- [51] 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.
- [52] 杨文辉, 熊戈. 常用抑郁量表筛查我国青少年抑郁的效度和划界分[J]. *中国临床心理学杂志*,

- 2016,24(06): 1010-1015.
- [53] 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(04): 357-360.
- [54] 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.
- [55] HATHAWAY E E, WALKUP J T, STRAWN J R. 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.
- [56] CHEUNG A H, ZUCKERBROT R A, JENSEN P S, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management[J]. *Pediatrics*, 2018,141(3).
- [57] 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.
- [58] Depression in children and young people: identification and management[M]. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019.
- [59] 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.
- [60] VISWANATHAN M, KENNEDY S M, 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.
- [61] 标准化项目组中成药治疗优势病种临床应用指南. 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(05): 527-541.
- [62] XU G, XIAO Q, HUANG B, 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.
- [63] WALL C A, CROARKIN P E, SIM L A, 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.
- [64] 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(02): 67-68.
- [65] 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.
- [66] 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(03): 387-389.
- [67] HEALTH T N C O. Treating depression in young people Guidance, resources and tools for assessment and management[R]. 2017.
- [68] Summary of the clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts[J]. *Am Psychol*, 2022,77(6): 770-780.
- [69] 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.
- [70] REYAD A A, 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.
- [71] CIPRIANI A, ZHOU X, DEL G 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.
- [72] WAGNER K D, 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.
- [73] STRAWN J R, MILLS J A, POWELEIT E A, et al. Adverse Effects of Antidepressant Medications and their Management in Children and Adolescents[J]. *Pharmacotherapy*, 2023,43(7): 675-690.
- [74] SUN C H, MAI J X, SHI Z M, et al. Adjunctive repetitive transcranial magnetic stimulation for adolescents with first-episode major depressive disorder: a meta-analysis[J]. *Front Psychiatry*, 2023,14: 1200738.
- [75] 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.
- [76] 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(06): 765-766.
- [77] 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.
- [78] 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(02): 141-148.
- [79] 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.
- [80] 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]. 河北中医学院, 2021.
- [81] 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(04): 58-59.
- [82] 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(01): 46-48.
- [83] 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.
- [84] 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.
- [85] 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(01): 31.
- [86] ZHOU X, TENG T, ZHANG Y, 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.
- [87] LIU W, LI G, WANG C, 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.
- [88] 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(03): 149-152.
- [89] CUIJPERS P, PINEDA B S, NG M Y, 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.
- [90] GARBER J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention[J]. *Am J Prev Med*, 2006,31(6 Suppl 1): S104-S125.