

ICS **. **. **
C**



团体标准

T/CACM ****—202*
代替 T/CACM ****—****

抑郁障碍治未病干预指南

Guideline of preventive on intervention in depression disorders

0**-**-**发布

20**-**-**实施

中华中医药学会发布

目次

前 言	3
引 言	4
1 范围	5
2 规范性引用文件	5
3 术语和定义	5
4 流行病学特点	6
5 病因病机	6
6 筛查与诊断	6
7 治未病干预	8
8 随访和监测评价	13
参 考 文 献	16

中华中医药学会团体标准公示稿

前 言

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。

本文件由中国中医科学院西苑医院提出。

本文件由中华中医药学会归口。

本文件起草单位：中国中医科学院西苑医院、北京大学第六医院、长春中医学院附属医院、中国人民解放军新疆军区总医院、上海市精神卫生中心、中南大学湘雅二医院、首都医科大学附属安定医院、北京市回龙观医院、武汉大学人民医院、上海交通大学医学院附属精神卫生中心、中国中医科学院望京医院、北京中医药大学第三附属医院、长春中医学院附属医院、北京中医药大学东方医院、山东中医药大学附属医院、广州医科大学附属脑科医院、西安交通大学第一附属医院、南京脑科医院、吉林大学第一医院、长春市第六医院。

本文件主要起草人：高蕊、张鸿燕、唐启盛、赵德喜、孟新珍、陈枫、李华芳。

本文件其它起草人：郭蓉娟、李凌江、贾竝晓、毛丽军、滕晶、刘忠纯、刘兆兰、刘兰英、李烜、马现仓、訾明杰、谢世平、栾树鑫、孙明月、李玲、邸晓兰、王建新、许嘉芯、郭曼萍、杨静、主佳旭。

引 言

抑郁障碍是常见的精神障碍，以显著而持久的情绪低落、兴趣缺乏、思维及认知功能迟缓为主要临床特征的一类心身疾病，具有高患病率、高致残率、高自杀率、高复发率的四高特点。每年经济负担位于临床疾病前列，造成严重的公共卫生问题。及时的识别、诊断及规范的治疗对患者临床症状的改善，以及社会功能的恢复具有重要意义。目前抑郁障碍的治疗手段有限，约 30%-40% 的患者因对现有单胺类抗抑郁药不敏感而成为难治性抑郁，且单胺类抗抑郁药存在起效缓慢、存在残留症状、不良反应较多、需长期用药等不足，而新型快速抗抑郁药也存在药物成瘾和神经毒性的问题，治疗面临新的困境。

抑郁障碍属中医学“郁证”范畴，是以心情抑郁、情绪不宁、胸部满闷、胁肋胀痛，或易怒易哭，或咽中如有异物梗塞等症为主要临床表现的一类病证。中医学对郁证具有较为系统的理论认识和丰富的诊治经验，在抑郁障碍防治中发挥积极作用，尤其是对轻中度抑郁及抑郁障碍的巩固治疗、维持治疗阶段可发挥重要作用。

本文件依据中医“治未病”理论，对当前中医药防治抑郁障碍研究进展进行系统梳理与总结，针对抑郁障碍高危人群采用“未病先防”、抑郁障碍急性期、巩固期进行“既病防变”、对抑郁障碍维持期人群实行“瘥后防复”，最终形成规范化、标准化、科学化的《抑郁障碍治未病干预指南》。本指南梳理了自 2011 年以来已制定并发布的中、西医医治疗抑郁障碍相关指南/专家共识，依据不同指南的证据等级和推荐强度，在原推荐意见的基础上结合最新高质量文献，结合领域内专家意见最终形成本指南的推荐意见，保障了本指南的科学性、实用性、有效性和临床可操作性。由于受地域、民族、环境、生活习惯的影响，在具体实施过程中，还应结合临床实际情况而定。

抑郁障碍治未病干预指南

1 范围

本文件规定了抑郁障碍“未病先防”、“既病防变”、“瘥后防复”的中医药干预手段以及随访监测的建议。

本文件适用于成人抑郁障碍高危人群、阈下抑郁、抑郁障碍患者进行治未病中医药干预临床实践。

本文件适合各等级医院临床一线中医师、中西医结合医师、全科医师。

2 规范性引用文件

下列文件对本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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 16751.1-2023 中医临床诊疗术语 第一部分：疾病

GB/T 12346-2021 经穴名称与定位

T/CACM 1460—2023 成年人中医体质治未病干预指南

T/CACM 1461-2023 偏颇体质人群治未病干预指南

T/CAAM 003-2014 循证针灸临床实践指南：抑郁症

3 术语和定义

下列术语与定义适用于本文件。

3.1

抑郁障碍 Depressive Disorder

指各种原因引起的以显著而持久的心境低落为主要临床特征的一类心境障碍。临床上主要表现为心境低落，与其处境不相称，可以从闷闷不乐到悲痛欲绝，甚至发生木僵，部分患者会出现明显的焦虑和运动性激越，严重者可以出现幻觉、妄想等精神病性症状。部分患者存在自伤、自杀行为，甚至因此死亡。

3.2

复发性抑郁障碍 Recurrent Depressive Disorder

至少有2次发作，之间有几个个月无明显心境紊乱；本次发作至少持续2周。从没有过躁狂发做、混合发作或轻躁狂发作的病史。

3.3

难治性抑郁障碍 Treatment-resistant Depression

抑郁障碍患者在接受至少两种不同作用机制的抗抑郁药物，且每种药物都达到足量、足疗程（通常指6周以上）的治疗后，仍未达到临床缓解标准的一种疾病状态。

3.4

抑郁障碍高危人群

指因生物、心理、社会环境等多方面因素，导致患抑郁障碍风险显著高于普通人群个体。

3.5

阈下抑郁 Subthreshold Depression

介于健康和抑郁障碍之间的心理亚健康状态，也被称为亚综合征型抑郁症、亚临床抑郁症。

3.6

郁证 Depressive Disease

郁证是由于情志不舒，气机郁滞，脏腑功能失调所引起的一类病证，表现为抑郁不畅，情绪不宁，胸胁胀痛；或易怒喜哭，或咽中如物梗塞，不寐等。该病的特点以情志内伤为主要因素，病机发展以气郁为先，进而变生他证。

4 流行病学特点

全球抑郁障碍患者已达 3.22 亿人，2005 年至 2015 年间患者数量增加了 18.4%，预计 2030 年，抑郁障碍将超过肿瘤和心脑血管疾病成为全球第一大疾病负担。中国抑郁障碍发病率为 3.02%，抑郁障碍患者已超过 3000 万，但仍存在大量未经过严格诊断和未被统计的患者。抑郁障碍复发率高，首次发病的抑郁障碍患者其复发率为 50%，2 次发作复发的比例可达 80%–90%。抑郁障碍的致残率也较高，有 38.9% 的患者伴中重度失能，2/3 的抑郁障碍患者具有自杀念头和行为，15% 的患者最终死于自杀。

5 病因病机

抑郁障碍归属中医“郁证”范畴，由突然、强烈、持久的负性情志刺激或多思多虑、多愁善感的性格禀赋致情志不舒，气机郁滞。初期多以气滞为主，气机不畅则肝气郁结而成气郁，气郁则血瘀痰凝，又可进而化火，但以肝气郁结为病变基础；经久不愈，由实转虚，可见心、脾、肝、肾各脏腑气血阴阳亏虚。早期多为肝郁气滞，肝郁脾虚或肝胆湿热，日久则致心脾两虚，肾虚肝郁或心胆气虚等证。

6 筛查与诊断

6.1 早期识别与筛查

6.1.1 疑似病例

可借助抑郁障碍自评量表来筛检疑似病例。患者健康问卷抑郁自评量表（Patient Health Questionair-9, PHQ-9）和抑郁自评量表（Self-rating Depression Scale, SDS）是常用的筛查抑郁障碍的自评工具。患者健康问卷抑郁自评量表（Patient Health Questionair-9, PHQ-9）综合敏感性为0.85，特异性为0.85。研究用抑郁障碍流行病学量表（CES-D）适用于一般人群流行病学调查研究中抑郁自评；Beck抑郁问卷（BDI）是最早被广泛使用的评定抑郁的自评工具。

6.1.2 阈下抑郁筛查

对阈下抑郁的评估或诊断采用自评量表和他评量表相结合的方式。自评量表多用流调中心用抑郁量表(CES-D)，他评量表多用汉密尔顿抑郁量表17项(HAMD-17)。其中，CES-D量表被广泛用于评估普通人群的抑郁状态。HAMD-17量表临床使用广泛，具有较高的灵敏度和特异度。阈下抑郁的诊断标准为：CES-D量表评分 ≥ 16 分，且 $7 \leq \text{HAMD-17}$ 评分 < 17 分。

6.2 疾病诊断分型（西医）

6.2.1 按严重程度分期

表 1 抑郁障碍严重程度的分级标准

标准	轻度	中度	重度	
			不伴精神病性症状	伴精神病性症状
症状学标准	2条核心症状+2条其他症状	2条核心症状+3条其他症状	3条核心症状+4条其他症状	3条核心症状+4条其他症状+幻觉、妄想或木僵
病程标准	上述表现 ≥ 2 周	上述表现 ≥ 2 周	上述表现 ≥ 2 周	
严重程度标准	持续进行日常的工作和社交活动有一定困难	进行工作、社交或家务活动有相当困难	几乎不可能继续进行社交、工作或家务活动	
排除标准	无引起上述表现的重性精神疾病、器质性精神障碍或躯体疾病病因			

注：核心症状包括：①心境低落；②兴趣和愉快感丧失；③疲劳感，活力减退或丧失。其他症状包括：④集中注意和注意力降低；⑤自我评价和自信降低；⑥自罪观念和无价值感；⑦认为前途暗淡悲观；⑧自伤或自杀的观念或行为；⑨睡眠障碍；⑩食欲下降；同时适用于轻、中、重度。

6.2.2 按疾病进展分期

6.2.2.1 急性期治疗（8-12周）

控制症状，尽量达到临床治愈（抑郁症状完全消失的时间 > 2 周）与促进功能恢复到病前水平，提高患者生命质量。

6.2.2.2 巩固期治疗（4-9 个月）

在此期间患者病情不稳定，复燃风险较大，原则上应继续使用急性期治疗有效的药物，并强调治疗方案、药物剂量、使用方法保持不变。

6.2.2.3 维持期治疗

维持期治疗：维持治疗时间的研究尚不充分，目前认为并非所有抑郁障碍患者均需要维持治疗。对有复发倾向的患者，应该至少维持治疗2-3年，这些患者包括第3次及以上的复发患者、有明显社会心理应激因素的患者、有残留症状或者发病年龄早或者有家族史的患者。维持治疗结束后，病情稳定可缓慢减药直至终止治疗，一旦发现有复发的早期征象，应迅速恢复原治疗。

7 治未病干预

7.1 未病先防

7.1.1 抑郁障碍高危人群

7.1.1.1 干预法则

“气郁质”人群为抑郁障碍的高危人群，调体原则为“疏肝行气、开郁散结”，建议采取“中医特色疗法+生活方式及心理调适”的综合干预策略。（规范性引用 T/CACM 1460—2023《成年人中医体质治未病干预指南》、T/CACM 1461—2023《偏颇体质人群治未病干预指南》）。

7.1.1.2 干预方法

7.1.1.2.1 中医药物调理

常用药物：气郁质者多兼血郁、痰郁、火郁、湿郁、食郁，但以“气郁”为先导，临证总以香附、柴胡、枳壳等行气药为主，血郁加川芎、丹参、桃仁；痰郁加苍术、半夏、竹茹；火郁加栀子、连翘；湿郁加苍术、厚朴；食郁加神曲、山楂等。

推荐中药方剂：逍遥散(强推荐，A 级证据)、越鞠丸(强推荐，A 级证据)。

调体要点：用药理气不宜过燥，以防伤阴；养阴不宜过腻，以防黏滞；用药不宜峻猛，以防伤正。

7.1.1.2.2 中医特色保健功法干预

敲打经络：可敲打与气郁质密切相关的肝经、胆经。用健身皮锤沿两腿外侧正中线，大约为胆经循行的路线，以及两腿内侧中线，约为足厥阴肝经循行之外上下敲打，每日1次~2次，可起到梳理全身气机的作用。

7.1.1.2.3 生活方式调整

情志调摄：乐观开朗，主动寻求快乐，多参加社会活动、集体文娱活动。

饮食调养：宜选用具有理气解郁作用的食物，如黄花菜、香菜、薄荷、刀豆、海带、大麦、金橘、柑橘、柚子、佛手等。少食收敛酸涩的食物，如石榴、乌梅、青梅、杨梅、草莓、杨桃、酸枣、李子、柠檬、南瓜、泡菜等。

起居调摄：居室要温馨，且应选择向阳的朝向；气郁质者易失眠多梦，睡觉前可以用温开水泡脚以促进气血运行以及提高睡眠质量。避免熬夜，睡前不宜喝茶、咖啡和可可等饮料。

运动保健：宜多参加群体性体育运动项目、传统体育锻炼项目（如八段锦、太极拳等）

心理调试：提倡情志相胜理论。

7.1.2 阈下抑郁

7.1.2.1 干预法则

阈下抑郁阶段一般不给予抗抑郁药物治疗，中医药个体化干预，可减少转化率、阻断发病。引用中华中医药学会《中医治未病实践指南·抑郁状态》内容。（注：此阶段建议非药物疗法优先于药物干预）

7.1.2.2 干预方法

7.1.2.2.1 中医非药物干预

a) 穴位按摩疗法(强推荐, B级证据)

保健穴位处方：内关、太冲、膻中、合谷。

按摩方法：用拇指指腹按摩，每次每穴约按揉1 min-3 min，每日1次~2次。

b) 针刺疗法(强推荐, B级证据)

取穴：印堂、百会、内关、三阴交、太冲、膻中、期门、合谷。

夹脊穴（T4、T5、T7、T9、T10）

操作方法：针刺得气后，每5 min 行针（平补平泻）一次，留针30 min 后出针。

c) 耳针疗法(强推荐, B级证据)

穴位处方：心、皮质下、神门、枕、交感、肝、内分泌。

操作方法：揸针埋针，每天按压埋针处 4次（三餐后及睡前），每次每穴 1 min，两次间隔4h，保留2天，于第3天进行更换，选择对侧耳穴继续治疗。

疗程说明：穴位按摩：每天干预 1 次~2 次，连续干预 30 天 1 个疗程。针刺、耳穴可任选 1 种，每周干预 2 次，连续治疗 8 次 1 疗程。

7.1.2.2.2 中医心身治疗

a) 情绪干预法（弱推荐, D级证据）

医生问诊时宜采用舒情开心法，专注倾听，与患者共情，达到情绪宣泄的目的；适时地给予解释、安慰、保证、鼓励等情志顺势疗法；采用语言、表情、手势、姿态、情境等各种信息给患者传递“没关系，不要紧，不可怕”的积极心理暗示疗法；巧妙地采用情志相胜法，如悲疗、思疗、怒疗、恐疗、喜疗等，因地因人因时灵活地设置情景，用一种激烈的情绪战

胜困扰现状的情绪，引导患者用喜、乐、爱等正性情绪战胜悲观、失望等负性情绪；采用移空入境法，将负性情绪或心身症状象征性物化，并放入想象中的承载物上，想象着将承载物在不同的心理距离上反复移动，直至逐渐变小、变远乃至消失，从而缓解或消除症状等。

b) 认知干预法（弱推荐，D级证据）

说理开导法：医生可通过积极共情、耐心说理改变患者认知，以理性认知与逻辑思维，通过自我对话等方式，抽丝剥茧地识别藏在情绪后面的思维陷阱，并努力改正绝对化、自动化等思维方式，从而调整不良情绪。

正念宁心法：医生引导患者以禅定净心的方式来有意识地觉察、活在当下，不做判断、不让意识在虚拟的思维世界里发散、徘徊，专注于现实的事物。引导患者通过数自己的呼吸、观察自己的思维、步行冥想、内视自己的躯体等等方法进行训练。

c) 行为干预法（弱推荐，D级证据）

移情易性法：引导患者分散对疾病的注意力，使思想焦点从病处转移至他处，或改变周围环境，使患者不与不良刺激因素接触，或改变病人内心虑恋时指向性，使其从某种情感纠葛中解放出来，转移于另外的人或物上，如谈笑、听曲、书法、赋诗、弈棋、垂钓、种花、歌唱等。

调息静心法：指导患者采用平缓呼吸、放松肌肉，内心恢复平静。平缓呼吸可在一呼一吸之间默数1-5，吸气时通过鼻腔缓慢而充分地将空气吸到身体最深处，呼气时则通过鼻腔或口腔缓慢呼出，同时感受胸腹的起伏变化。肌肉放松可选择坐姿或卧姿，闭眼后用心感受身体主要肌肉群的紧张和放松，逐步放松肌肉，顺序可遵循自上而下，从头到脚，反之亦可。

导引术：引导患者通过太极拳、八段锦、武术、五禽戏、六字真言、易筋经、吐纳呼吸法，运用意念来调心、调息、调形，畅达经络气血，达到形神合一的心身和谐状态。

7.1.2.2.1 中医药物干预（弱推荐，D级证据）

a) 肝郁气滞证

干预原则：疏肝理气；

主方：柴胡疏肝散（《证治准绳》引《医学统旨》方）；

b) 肝郁脾虚证

干预原则：疏肝解郁、健脾理气；

主方：逍遥散（《太平惠民和剂局方》）；

c) 肝郁痰阻证

干预原则：疏肝解郁，化痰散结；

主方：温胆汤（《三因极一病证方论》）；

d) 心脾两虚证

干预原则：养心健脾；

主方：归脾汤（《济生方》）；

e) 肝肾阴虚证

干预原则：补益肝肾，滋阴清热；

主方：滋水清肝饮（《医宗己任编》）；

f) 心胆气虚证

干预原则：安神定志，益气镇惊；

主方：安神定志丸（《医学心悟》）；

连续 4 周为一个疗程，一般服用 2—3 个周期，可根据实际情况进行调整。

7.1.2.2.3 其他

a) 现代物理治疗：脑电生物反馈治疗、经颅磁刺激。（弱推荐，D 级证据）

b) 气功疗法：气功法松静功之一的拟异相睡眠催眠气功，每天1次，每次半小时。（弱推荐，D级证据）

c) 音乐疗法：精神疗法的一种，鼓励患者选择喜欢的音乐类型来激发心理、生理上的变化。（弱推荐，D级证据）

7.2 既病防变

7.2.1 辨证论治（中成药/经典方药）

7.2.1.1 主症

精神抑郁为主，兼见兴趣索然，烦躁，思维迟缓，疲乏无力，失眠，善忘，性欲减退，食欲下降。（证候标准使用说明：患者首先具备精神抑郁，并需同时具备主症中其他兼症 4 项以上，且症状持续至少 2 周；其次应同时具备证候分类中某证型 5 项症状以上，即可诊断为抑郁障碍该证型）。以下药物干预建议符合辨证且肝功能正常的患者服用。

7.2.1.2 肝郁气滞证

症状：精神抑郁，胸胁作胀或刺痛，脘痞腹胀，面色晦暗，暖气频作，善太息，或咽中如有炙脔，夜寐不安，月经不调；舌质淡或有瘀点，苔薄白或腻，脉弦。

干预原则

疏肝行气，解郁安神

干预药物

a) 解郁丸（中成药）（强推荐，B 级证据）。

组成：白芍、柴胡、当归、郁金、茯苓、百合、合欢皮、甘草、小麦、大枣；

用法用量：口服，一次 4 克，一日 3 次；推荐联合抗抑郁药物治疗。

b) 舒肝颗粒（中成药）（强推荐，C 级证据）

组成：当归（蒸）、白芍（酒炙）、柴胡（醋炙）、香附（醋炙）、白术（麸炒）、茯苓、栀子（炒）、牡丹皮、薄荷、甘草；

用法用量：口服。一次 1 袋，一日 2 次，用温开水或姜汤送服；推荐联合抗抑郁药治疗轻、中度抑郁障碍。

7.2.1.3 肝郁化火证

症状：精神抑郁，性情急躁易怒，胸胁胀满，口苦而干，或头痛、目赤、耳鸣，或嘈杂 吞酸，大便秘结；舌红，苔黄，脉弦数。

干预原则

疏肝行气，清热安神

干预药物

a) 丹栀逍遥散（经典名方）（强推荐，B 级证据）

组成：牡丹皮、栀子、甘草、当归、茯苓、白芍、白术、柴胡；

剂型：中药汤剂

用法：推荐联合抗抑郁药物治疗。

b) 柴胡龙骨牡蛎汤（经典名方）（强推荐，C 级证据）

组成：柴胡、龙骨、黄芩、生姜、人参、桂枝、茯苓、半夏、大黄、牡蛎、大枣；

剂型：中药汤剂

用法：推荐联合抗抑郁药物治疗抑郁障碍。

7.2.1.4 肾虚肝郁证

症状：悲观失望，疏懒退缩，腰膝酸软，畏寒，嗜睡，胸胁胀满，胸闷，善太息，短气，面色晦暗，小便清长，阳痿，月经不调，舌质淡或暗，舌苔白，脉沉细或沉弦。

干预原则

疏肝解郁，滋肾安神

干预药物：

滋水清肝饮（经典名方）（强推荐，B 级证据）

组成：熟地黄、当归、白芍、酸枣仁、山萸肉、茯苓、山药、柴胡、栀子、牡丹皮、泽泻。

剂型：中药汤剂

用法：推荐联合抗抑郁药物治疗抑郁障碍。

7.2.1.5 肝郁脾虚证

症状：多疑善忧，胸胁胀满，胸闷，善太息，面色萎黄，胃脘胀满，腹痛，腹胀，恶心，肠鸣，大便溏，咽有异物感，舌质淡，舌苔白，脉弦细或弦滑。

干预原则

疏肝解郁，健脾安神

干预药物

a) 舒肝解郁胶囊（中成药）

成分：贯叶金丝桃、刺五加；

用法用量：口服。一次 2 粒，一日 2 次，早晚各一次。疗程为 6 周；推荐单独使用治疗轻度抑郁障碍（强推荐，B 级证据），或联合抗抑郁药（舍曲林、艾司西酞普兰、文拉法辛、米氮平）治疗轻中度抑郁障碍（强推荐，C 级）；联合抗抑郁药（安非他酮、艾司西酞普兰、舍曲林、氟西汀、文拉法辛）治疗重度抑郁障碍（弱推荐，D 级证据）。

b) 逍遥丸（中成药）（强推荐，C级证据）

成分：柴胡、当归、白芍、炒白术、茯苓、炙甘草、薄荷、生姜；

用法用量：口服。一次6~9克，一日1~2次；推荐联合抗抑郁药治疗轻、中度抑郁障碍。

剂型：中药汤剂

7.2.1.6 气阴两虚证

主症：失眠多梦、多疑善惊、口咽干燥，舌淡红或红、苔薄白少津、脉细或沉细等。

干预原则

益气养阴、宁神解郁

干预药物

参郁宁神片（中成药）（强推荐，A级证据）

成分：西洋参、郁金、酸枣仁（炒）、五味子；

用法用量：口服。一次4片，一日3次。疗程8周；推荐单独使用治疗治疗抑郁障碍。

7.2.1.7 心肾不交证

症状：心烦不寐、时睡时醒，伴有头晕、耳鸣、咽干、精神萎靡、腰膝酸软、男子滑精或阳痿、女子月经不调，且舌尖红、苔少。

干预原则

交通心肾、宁神解郁

干预药物

a) 交泰丸（经典名方）（弱推荐，B级证据）

组成：肉桂、黄连；推荐联合抗抑郁药物治疗。

剂型：中药颗粒剂

7.2.1.8 痰气郁结证

症状：精神抑郁，胸部闷塞，肋肋胀满，咽中如有物梗塞，吞之不下，咯之不出，苔白腻，脉弦滑。

干预原则

化痰行气、宁神解郁

干预药物

越鞠丸（经典名方）（强推荐，B级证据）

组成：香附、苍术、川芎、栀子、神曲；

推荐联合抗抑郁药物（盐酸帕罗西汀片、西酞普兰片、文法拉辛、米氮平）治疗抑郁障碍。

7.2.2 非药物治疗

根据患者意愿，可采用针刺疗法联合抗抑郁药物治疗。

a) 针刺疗法(强推荐, B级证据)

取穴: 百会、印堂、太冲、内关、三阴交、丘墟、四神聪、中脘、肝俞、心俞。

操作方法: 针刺得气后, 每5 min 行针一次, 留针30 min 后出针, 每日一次, 疗程至少 4 周。

b) 耳针疗法(强推荐, B级证据)

穴位处方: 心、皮质下、神门、枕、交感、肝、内分泌。

操作方法: 揸针埋针, 每天按压埋针处 4次(三餐后及睡前), 每次每穴 1 min, 两次间隔4h, 保留2天, 于第3天进行更换, 选择对侧耳穴继续治疗。

c) 耳穴电刺激(强推荐, B 级证据)

取穴: 神门、皮质下、肝、心、肾、交感等

参数设置: 为疏密波 20 Hz, 波宽 ≤ 1 ms, 刺激强度根据患者耐受程度调整, 范围在 4-6 mA。

疗程: 每次治疗持续 30 min, 每日治疗 2 次, 每周至少治疗 5 d, 疗程至少 4 周。

7.3 瘥后防复

抑郁障碍瘥后防复阶段多以“扶正固本、调和脏腑”为核心, 强调预防复发与体质调理, 重点关注处于复发性抑郁障碍、抑郁障碍巩固期/维持期及难治性抑郁障碍的患病群体。建议此时应在抗抑郁药治疗基础上联合中药、中成药、针灸或针药结合的干预方式, 旨在稳定症状, 改善残留症状, 预防复燃。可结合急性期证型、体质特点进行个体化辨证施治, 注意气滞、郁火、痰热等邪实证候发生由实转虚的病机转变, 重在调养心肾、补益心脾。同时辅以情志调理、芳香疗法、运动锻炼、心理治疗促进整体调节, 降低患者对环境应激的敏感性以预防复发。

8 随访和监测评价

8.1 药物安全性管理

患者在服药期间, 应定期监测血常规(是否存在白细胞减少)、血生化(是否存在肝功能、血脂或尿酸异常等)、电解质(是否存在低钠血症)、心电图(是否存在心动过速、QTc 间期延长等)、甲状腺功能(常见甲状腺功能低下)等。

8.2 服药依从性管理

患者在服药第 1-2 周: 出现诸如胃肠道反应、困倦、焦虑等不严重的不良反应时, 应告知患者这种反应的普遍性及阶段性, 给予信心。

在服药一段时间后：患者往往会担心长期用药可能成瘾，或由于病耻感停药，医生应不时询问服药情况，给予针对性宣教，与家属共同做好患者的服药管理。

8.3 家属健康教育

在治疗过程中，应与患者家属建立密切的合作关系，让家属参与进来，最大程度调动患者的支持系统，包括对家属宣教抑郁障碍是一种疾病、自杀风险评估、药物规范使用原则、非药物的干预手段、抑郁障碍可能复发和复发预防的相关知识等，借此让患者得到最全面的干预。

8.5 建立和维持良好的医患关系

医生要充分理解和了解患者，营造一种信任和积极的治疗环境，争取使患者能舒畅地表达他们的疑虑和担心。患者对精神科治疗的接受程度、对治疗方式的喜好等都需要在治疗时加以考虑，医生应与患者协商选择最有利的治疗方案。

中华中医药学会团体标准公示稿

参 考 文 献

- [1] 中华医学会,中华医学会杂志社,中华医学会全科医学分会,等. 抑郁症基层诊疗指南(2021年)[J]. 中华全科医师杂志,2021,20(12):1249-1260.
- [2] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. Lancet Psychiatry,2019,6(3):211-224.
- [3] World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.2017.
- [4] Smith, Kerri. Mental health: a world of depression[J]. Nature, 2014, 515(7526):181.
- [5] 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.
- [6]仲庭宏,杨生萍. 百乐眠胶囊联合阿戈美拉汀对轻中度抑郁症患者的治疗效果 [J]. 世界中医药, 2023, 18 (04): 513-517.
- [7]付茜,李晶,赵强. 百乐眠胶囊联合曲唑酮治疗中度抑郁症的临床研究 [J]. 现代药物与临床, 2019, 34 (10): 2957-2960.
- [8]许超. 解郁丸联合西药治疗抑郁症临床观察 [J]. 数理医药学杂志, 2022, 35 (01): 88-90.
- [9]叶海森,范芳秀,陈曦,等. 解郁丸联合米氮平治疗难治性抑郁症的临床观察 [J]. 世界中医药, 2020, 15 (10): 1454-1457.
- [10]李生菊,葛鑫宇,王璐洁,等. 度洛西汀联合解郁丸配合心理干预治疗肝气郁结型抑郁症的疗效观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2020, 15 (05): 794-797+802.
- [11]白红娟,郭宇鑫,马学银,等. 解郁丸联合度洛西汀治疗抑郁症疗效及对血清神经递质及神经功能相关因子影响观察 [J]. 药物流行病学杂志, 2020, 29 (03): 158-162.
- [12]胡域锋,王革生,裴清华,等. 滋水清肝饮加味方治疗肝郁肾虚型抑郁症的临床研究 [J]. 中医药导报, 2024, 30 (08): 87-91.
- [13]段登艾,张勇辉,王维,等. 滋水清肝汤联合草酸艾司西酞普兰治疗首发抑郁障碍的效果 [J]. 中外医学研究, 2020, 18 (17): 1-3.
- [14]于春泉,李珠,徐一兰,等. 交泰丸合用盐酸氟西汀治疗抑郁症心肾不交证的临床疗效观察 [J]. 天津中医药, 2020, 37 (03): 291-295.
- [15]高丽丽,吴成翰,王谨敏. 越鞠丸联合帕罗西汀治疗抑郁发作的临床疗效观察 [J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13 (01): 96-99.
- [16]赵心华,安娜. 越鞠丸治疗抑郁症的临床疗效及安全性观察 [J]. 浙江中医杂志, 2020, 55 (12): 874-875.
- [17]施能盼,施雪群,许雅红. 柴胡龙骨牡蛎汤联合帕罗西汀治疗抑郁障碍临床疗效 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2022, 32 (21): 57-59.

- [18]吴利利,潘珂,吴阿莉. 柴胡龙骨牡蛎汤联合帕罗西汀治疗抑郁症的临床研究 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2020, 18 (12): 1994-1996.
- [19]苗磊. 丹栀逍遥散联合米氮平治疗抑郁症患者对其心理状态、认知功能的影响 [J]. 航空航天医学杂志, 2024, 35 (08): 966-969.
- [20]袁金敏,裴清华,曲淼,等. 逍遥散加味方治疗肝郁脾虚型抑郁症的临床效果 [J]. 中国医药导报, 2022, 19 (28): 7-10+22.
- [21]王林谭. 丹栀逍遥散对抑郁症临床疗效的影响 [J]. 实用中西医结合临床, 2020, 20 (11): 45-47.
- [22]何梦璇. 丹栀逍遥散治疗轻中度抑郁症的疗效观察及机制研究 [J]. 名医, 2019, (02): 260.
- [23]高超. 丹栀逍遥汤联合丁螺环酮治疗抑郁症的临床效果 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2019, 29 (07): 27-28.
- [24]迪丽努尔·阿布力克木,王毅,曾翡翠,等. 基于 DNA 甲基化探讨针刺联合帕罗西汀治疗轻中度抑郁症的疗效机制 [J]. 针刺研究, 2024, 49 (07): 751-759+766.
- [25]徐欣,高丽丽,洪秀娥,等. 俞募配穴针刺治疗肝郁脾虚型抑郁症的临床效果观察 [J]. 世界中医药, 2024, 19 (03): 398-402.
- [26]李先照. “疏肝调神”整合针灸治疗中度抑郁障碍的有效性及安全性临床研究[D]. 安徽中医药大学, 2023.
- [27]高垣,童秋瑜,马文,等. 调气解郁法针刺治疗难治性抑郁症: 随机对照试验 [J]. 中国针灸, 2023, 43 (04): 417-421.
- [28]张媛. “疏肝调神”整合针灸治疗中度抑郁障碍临床及对情绪认知和功能连接的研究[D]. 广州中医药大学, 2022.
- [29]抑郁障碍中西医整合诊治专家共识组,中国民族医药学会神志病分会.抑郁障碍中西医整合专家共识[J].中国医药导报,2021,18(6):4-12.
- [30]世界中医药学会联合会,中华中医药学会.国际中医临床实践指南首发抑郁症(2019-10-11) [J].世界中医药,2020,15(20):3157-3159.
- [31]中华医学会行为医学分会,中华医学会行为医学分会认知应对治疗学组.抑郁症治疗与管理的专家推荐意见(2022年)[J].中华行为医学与脑科学杂志,2023,03(32):193-202.
- [32]中国中西医结合学会、中华中医药学会、中华医学会关于联合发布 52 个中西医结合诊疗方案的公告《抑郁症中西医结合诊疗指南》(2023-05-31)<https://www.cacm.org.cn/2023/05/31/23420/>
- [33]《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(05):527-541.
- [34]贾竑晓,李雪,尹冬青,等.广泛性焦虑障碍中西医结合诊疗指南[J].现代中医临床,2023,30(06):21-27+35.

[35]蔡娟,沈卫东.针刺治疗老年性抑郁症临床疗效的 meta 分析[C]//中国针灸学会.2024 中国针灸学会年会论文集.上海中医药大学附属曙光医院针灸科,;2024:7.

[36]赵春晓,谭奇纹,刘加昊,等.针刺夹脊穴为主治疗阈下抑郁 33 例[J].中国针灸,2023,43(10):1173-1174.

[37]荣培晶,李少源,周立群.耳穴电刺激治疗抑郁症临床应用专家共识[J].中国中医药信息杂志,2021,28(06):1-7.

[38]郭蓉娟,李顺民,张捷,等.疫情应激下的混合性焦虑抑郁障碍中医心身治疗专家指导意见[J].北京中医药大学学报,2020,43(09):789-792.

中华中医药学会团体标准公示稿