

基層護理的抑鬱症治理指引

目錄

1. 引言	2
2. 診斷	3
3. 評估	4
4. 治療	5
4.2 病人教育及經指導的自助計劃	6
4.3 心理治療	6
4.4 藥物治療	8
4.5 心理及藥物綜合治療	17
5. 建議摘要	17
6. 證據級別及建議級別	21
7. 參考資料	22
8. 臨床審核及指引工作小組成員名單	25
附錄 1 重症抑鬱症發作的診斷基準	
附錄 2 目前重症抑鬱症發作的嚴重程度／是否伴有精神病特徵／ 症狀緩解的診斷基準	
附錄 3 慢性重症抑鬱症發作的診斷基準	
附錄 4 評估自殺風險	
附錄 5 與抑鬱症有關的因素	
附錄 6 評估抑鬱症問卷	
附錄 7 病人教育及經指導的自助計劃	
附錄 8 問題解決治療	
附錄 9 認知行為治療的技巧	
附錄 10 輔導	
附錄 11 本地資源	
附錄 12 選擇抗抑鬱藥指引	
附錄 13 抗抑鬱藥的費用	
附錄 14 各種藥物的詳細資料	

1. 引言

- 1.1 抑鬱症是一種常見的疾病。世界衛生組織估計，世界各地有多達 1.21 億人患有抑鬱症¹。世界衛生組織更預測，在未來 20 年間，患者數目很可能會顯著上升，而在 2020 年或之前，抑鬱症更會成爲世界各地最大的健康問題之一²。在香港，根據衛生署和醫院管理局在 2003 至 04 年度的資料，男性和女性患有抑鬱症的普遍率(15 歲及以上)分別爲 0.6% 及 2.1%³。
- 1.2 很多人感到抑鬱並出現軀體症狀時，都會先向普通科醫生求診，而大部分治療均可在基層護理環境中進行。然而，有不少證據顯示，基層醫護人員往往未能將抑鬱症患者從求診者中識別出來 (Goldberg 1984)。在基層護理和醫療的環境中，估計有 30% 至 50% 的抑鬱症個案未被發現⁴。
- 1.3 抑鬱症最嚴重的併發症是自殺。2003 年本港登記死亡個案之中，有 1 103 宗是死於自殺，粗略死亡率按每 10 萬名人口計算爲 16.2 人⁵。在醫院管理局轄下醫院的住院病人出院及死亡個案之中，自殘(包括企圖自殺和自殺身亡)的個案佔 1 433 宗⁶。
- 1.4 本指引是爲基層醫護人員，特別是普通科醫生而設的，旨在闡明治癒抑鬱症的良好臨床工作常規，並鼓勵專業發展及質素保證轄下診所以統一的方式治理抑鬱症。本指引涵蓋輕度至中度成人抑鬱症的偵察和治療方法，但並不包括自殺風險高的嚴重抑鬱症、兒童抑鬱症、雙相情感障礙、出現精神病徵狀的抑鬱症和產後抑鬱症的治理方法。
- 1.5 本文件只屬臨床實務指引，不擬限制醫生作出個人臨床判斷。醫生須

按每位病人所呈現的臨床資料及可供選擇的診斷和治療方案作出治理，並須為此負上最終責任。

- 1.6 本指引由一群家庭醫生擬備。為撰寫本指引，他們翻閱相關的文獻，並修改了海外一些以驗證為基礎的指引，包括(1)紐西蘭指引小組(New Zealand Guideline Group)撰寫的《基層醫護專業人員治療與治理抑鬱症指引》；(2)英國國家臨床卓越研究所(National Institute of Clinical Excellence)撰寫的《抑鬱症的治理》；(3)新加坡衛生部在 2004 年 3 月發出的《抑鬱症臨床實務指引》。此外，這份指引的內容亦根據他們的意見而撰寫，並符合本地的工作常規。我們將於兩年後或一旦有新證據而須大幅修改有關建議時，重新檢討這份指引。

2. 診斷

- 2.1 “抑鬱”一詞可以用來形容一般的情緒體驗，也可以用來形容一種疾病。然而，一般的悲傷或不快在性質、體驗和嚴重程度方面，都與抑鬱症症狀有所不同。抑鬱症涉及其他情緒轉變，例如焦慮、煩躁和冷漠。此外，患者也會有認知、行為和軀體方面的症狀。假使患者變得激動不安或反應遲鈍，這並不只是主觀的感受，其他人也可以觀察到。跟抑鬱症有關的症狀，在臨床上會令患者在社交、工作和其他方面的能力明顯受損及／或減弱。

- 2.2 重症抑鬱症(Major Depressive Disorder)單次發作⁷的診斷基準如下：
- a. 重症抑鬱症單次發作(附錄 1)
 - b. 該次重症抑鬱症發作無法以分裂情感性障礙(Schizoaffective Disorder)作更佳的解釋，亦沒有跟精神分裂症(Schizophrenia)、精神分裂樣障礙(Schizophreniform Disorder)、妄想性障礙(Delusional Disorder)或其他未註明的精神病性障礙(Psychotic Disorder not

otherwise specified)重疊。

- c. 從來沒有躁狂發作(Manic Episode)、混合發作(Mixed Episode)或輕躁狂發作(Hypomanic Episode)。

2.3 抑鬱症狀較為輕微的疾病狀況包括：

- a. 惡劣心境 (Dysthymia)—抑鬱的症狀是慢性和長期的，但較重症抑鬱症輕微。
- b. 適應障礙(Adjustment Disorder)—不同的壓力來源為患者造成困擾，並導致輕度的症狀。受一個或多個可識別的壓力來源影響，抑鬱症的症狀在 3 個月之內形成。

3. 評估

3.1 抑鬱症的基本評估包括病人的病歷、精神狀態檢查和身體檢查⁸：

- a. 詳細記錄主要症狀，確定抑鬱症發作的嚴重程度(根據附錄 2，判斷該次發作屬於輕度、中度、嚴重並伴有精神病特徵抑或嚴重但不伴有精神病特徵)以及持續期(根據附錄 3，判斷該次發作是否屬於慢性)。
- b. 確定過往是否有抑鬱症發作、躁狂或輕躁狂發作、濫用藥物和其他精神病的病歷記錄。
- c. 找出病人兼患的疾病、家族的精神病病歷和現有支援。評估機能上的障礙，並確定引致抑鬱症發作的人生大事和壓力來源。
- d. 進行精神狀態檢查，包括評估抑鬱症的嚴重程度。必須評估病人自殺、自殘和傷害他人的風險。(附錄 4)
- e. 進行身體檢查，以排除受其他疾病的影響。(附錄 5)
- f. 如須排除或會導致相似症狀的疾病，可能要進行實驗室測試。

3.2 有些問卷可供評估抑鬱症之用。雖然問卷是靈敏度高的工具，但內

容不太具體，因此成效有限，最好用來監察懷疑抑鬱症患者的症狀的變化情況⁸。醫院焦慮憂鬱量表(Hospital Anxiety and Depression scale)問卷是靈敏的篩檢工具，病人可以簡單快捷地填妥問卷。雖然這份問卷是為醫院的普通科門診病人而設，但在基層護理層面亦獲廣泛應用。(附錄 6)

3.3 在下列的情況下，病人須被轉介到精神科：

- a. 自殺風險極高的抑鬱症
- b. 伴有／不伴有精神病特徵的嚴重抑鬱症
- c. 嚴重的產後抑鬱症
- d. 雙相情感障礙
- e. 兼患其他疾病，因而需要關於藥物交互作用(drug-drug interactions)的專家意見
- f. 診斷上出現困難
- g. 嘗試用藥一次或兩次但不成功
- h. 如須進行加強治療(augmentation therapy)或結合治療(combination therapy)
- i. 病人同時濫用藥物或有嚴重的心理社交問題
- j. 病人正在懷孕或打算懷孕

4. 治療

4.1 一旦診斷病人患上抑鬱症，並就抑鬱症的持續期、嚴重程度和出現的任何憂鬱特徵進行評估，便應該給予治療。輕度和中度抑鬱症的治療方法包括(1)教育及經指導的自助計劃 (2)心理治療 (3)藥物治療 (4)結合心理治療和藥物治療。治療的主要目的為：

- a. 減輕抑鬱症的所有徵象和症狀

- b. 恢復工作和心理社交能力
- c. 減少復發和再發的可能性

4.2 病人教育及經指導的自助計劃

- a. 提供有關睡眠習慣和處理焦慮情緒的建議，會對輕度抑鬱症病人有所裨益。(C)(附錄 7)
- b. 應該提醒所有年齡的輕度抑鬱症病人，在督導下有系統地進行運動，會對健康有益。運動通常持續 10 至 12 星期，每星期不多於 3 節，每節應適量地維持 45 分鐘至 1 小時。(C)
- c. 至於輕度抑鬱症病人，應該考慮以認知行為治療(cognitive behavioral therapy)為基礎，進行經指導的自助計劃。(附錄 7)計劃應包括為病人提供適當的書面資料，以及由一位醫護專業人員提供有限度的支援服務。該醫護專業人員應向病人介紹自助計劃，並檢討進展和成效。這項介入服務，包括跟進工作，通常需時 6 至 9 個星期。(B)
- d. 如有需要，並得到病人同意，可以讓病人的家人或朋友參與護理計劃，使病人得到足夠支持。若病人有自殺風險，他們的參與更加重要。

4.3 心理治療

- a. 對輕度至中度的重症抑鬱症病人來說，單單接受心理治療，與服用抗抑鬱藥物一樣有效，因此心理治療可用作第一線療法²⁴。(Ia,

A)

- b. 至於輕度至中度抑鬱症，應該考慮進行特別針對治理抑鬱症的心理治療，如問題解決治療(附錄 8)、簡單的認知行為治療(附錄 9)，以及在 10 至 12 星期內進行 6 至 8 節輔導(附錄 10)。(B)
- c. 提供心理治療的醫護專業人員，應該具經驗和能力進行治療。(GPP)
- d. 除了具經驗和能力進行心理治療的基層護理醫生外，病人亦可以被轉介至其他的本地資源，包括有關心理治療的各種輔導服務、熱線、研討會和工作坊。(GPP)(附錄 11)
- e. 在進行各種心理治療時，醫護專業人員應該與病人建立和保持適當的治療聯盟關係，因為無論提供哪一類治療，此舉都能夠帶來正面的效果。(C)
- f. 在各種心理治療的介入服務之中，認知行為治療有明文依據對治療抑鬱症最為有效⁹。如病人出現扭曲和負面的思想時，便應該給予認知行為治療⁹。(1a, A)認知行為治療亦是一種有效的康復治療，適用於間歇發作但已停止用藥的抑鬱症病人。¹⁰ (1b, A)
- g. 對患有輕度抑鬱症的基層護理病人來說，問題解決治療跟抗抑鬱藥一樣有效。¹¹ 這種治療適用於患有輕度抑鬱症的基層護理病人。(1b, A)
- h. 如果在進行幾節心理治療之後，病人的情況仍無改善，便應該深

入檢討診斷結果、惡化的病情和問題，以及治療計劃。(GPP)

4.4 藥物治療

- a. 選擇性血清素再攝取抑制劑(selective serotonin reuptake inhibitors)和三環抗抑鬱素(tricyclic antidepressants)的效能，在臨床上沒有明顯分別。決定治療藥物時，須比較病人對藥物的接受程度、藥物的毒性和費用等考慮因素。(A)
- b. 至於有憂鬱特徵的中度和嚴重抑鬱症，假如處方的劑量足夠，而病人又可以耐受副作用，三環抗抑鬱素仍然是初步的藥物選擇。(GPP)
- c. 使用三環抗抑鬱素治療成人抑鬱症時，應該使用低劑量的三環素(通常為 75-100 毫克)。(A)
- d. 在一般情況下，起初可嘗試使用少於 75 毫克的劑量，然後按臨床效果和個別病人的耐受性逐步增加劑量。(GPP)
- e. 在急性治療階段，用藥應該維持在全劑量(full dosage)以減輕症狀。抗抑鬱治療開始時，應該每 1 至 2 星期檢討病人的情況。(C)
- f. 針對初次發作的治療應再持續 3 至 6 個月，而針對抑鬱症復發的治療則應再持續不多於 3 年。(C)
- g. 如抗抑鬱藥療效不足，應在治療持續進行至少 4 星期後(對長者而言，至少 6 星期後)，才考慮是否轉換抗抑鬱藥。(C)

- h. 如果病人對藥物只有部分反應，應再持續治療 2 星期(長者病人對藥物作出反應的時間或須更長)。(C)
- i. 若病人出現伴隨抑鬱症而來的焦慮症狀，應該考慮使用氟西汀(fluoxetine)、舍曲林(sertraline)和帕羅西汀(paroxetine)。(A)
- i. 一般而言，所有用藥應該在 4 星期內逐步減少。(C)氟西汀因為半衰期較長，因此無需減少用藥的份量。(C)
- j. 與病人討論並審慎權衡潛在害處後，可考慮短期使用苯二氮草(benzodiazepine)治療有焦慮特徵的抑鬱症。(C)
- k. 18 歲以下人士忌用選擇性血清素再攝取抑制劑及相關的抗抑鬱藥文拉法辛(venlafaxine)，因為關於其安全性和療效的資料並不足夠。(C)

4.4.1 引言

- a. 抗抑鬱藥物能有效治療中度和嚴重的重症抑鬱症，包括與生理疾病有關的抑鬱症和分娩後出現的抑鬱症；抗抑鬱藥物亦對治療惡劣心境(較輕微的慢性抑鬱症)有效¹²。抗抑鬱藥物一般對治療較輕度的急性抑鬱症的效用不大，但可考慮嘗試向對心理治療沒有反應的病人使用¹²。就所有主要的抗抑鬱藥而言，療效很少會在 10 至 14 天內出現¹³。
- b. 對大部分病人來說，抗抑鬱藥物包括三環抗抑鬱素、四環抗抑鬱素(tetracyclic antidepressant)、選擇性血清素再攝取抑制劑、單胺氧化酶抑制劑(monoamine oxidase inhibitor)以及其他較新的抗抑鬱藥物，一般

被認為有同等效能，病人在臨床試驗的回應率介乎 50%至 75%之間¹⁴。抗抑鬱藥物被分為以下幾類：1)三環抗抑鬱素藥物，就本指引而言，也包括四環抗抑鬱素藥物馬普替林(maprotiline)；2)選擇性血清素再攝取抑制劑，包括氟西汀、舍曲林、帕羅西汀、氟伏沙明(flvoxamine)，以及西酞普蘭(citalopram)；3)其他抗抑鬱藥物，包括苯丙胺(bupropion)、奈法唑酮(nefazodone)、曲唑酮(trazodone)、文拉法辛、米氮平(mirtazapine)和瑞波西汀(reboxetine)；以及 4)單胺氧化酶抑制劑，包括苯乙肼(phenelzine)、反苯環丙胺(tranylcypromine)，以及異唑肼(isocarboxazid)¹⁴。(附錄 12)

4.4.2 選擇某一特定抗抑鬱藥時的考慮因素¹⁵

Cochrane 中心最近對 98 個隨機對照測試進行系統總結，結論是選擇性血清素再攝取抑制劑和三環抗抑鬱素的效能，在臨床上沒有明顯分別(1a)。決定治療藥物時，須比較病人對藥物的接受程度、藥物的毒性和費用等考慮因素¹⁶。(附錄 13)(A)

4.4.3 持續治療

一般而言，在急性症狀初步緩和之後，必須持續進行治療。根據一般規則，急性治療階段所施行的有效療法應予繼續。在急性治療階段，用藥應該維持在全劑量以減輕症狀。抗抑鬱治療開始時，應該每 1 至 2 星期檢討病人的情況¹²。(C)針對初次發作的治療應再持續 3 至 6 個月，而針對抑鬱症復發的治療則應再持續不多於 3 年¹⁵。(C)如抗抑鬱藥療效不足，應在治療持續進行至少 4 星期後(對長者而言，至少 6 星期後)，才考慮是否轉換抗抑鬱藥¹²。(C)如果病人對藥物只有部分反應，應再持續治療 2 星期(長者病人對藥物作出反應的時間或須更長)¹²。(C)

4.4.4 停藥

- a. 越來越多證據顯示，突然停用任何抗抑鬱藥都可以導致斷癮徵狀。徵狀會於數天之後開始出現，並於大約 4 個星期內消退。一般而言，所有用藥應該在 4 星期內逐步減少。抗抑鬱治療開始時，應該每 1 至 2 星期檢討病人的情況¹⁵。(C)
- b. 一個有用的策略是嘗試找出“保持病人狀態良好”所須的最低劑量，並將此告知病人，亦要忠告病人不要突然終止療程¹⁵。

4.4.5 特定藥物分類

a. 選擇性血清素再攝取抑制劑

- i. 載有大約 50 個隨機安慰劑對照測試樣本的文獻資料，支持於治療重症抑鬱症時選擇性血清素再攝取抑制劑比安慰劑優勝這項假設¹⁴。一般而言，個別選擇性血清素再攝取抑制劑的療效沒有顯著不同¹⁴。選擇性血清素再攝取抑制劑應小心應用在下列情況的病人身上：癲癇症(如控制不佳應避免，若有痙攣應停用)、正同時接受電痙攣治療(服用氟西汀後據報會令癲癇症持續發作)、有躁狂症、心臟病、糖尿病及閉角型青光眼等病歷、正伴隨服用會增加流血風險的藥物、有出血病症(尤其是胃腸出血)、肝損傷及腎損傷等病歷、懷孕和餵哺母乳。青年人的自殺行為風險較高，因此正服用選擇性血清素再攝取抑制劑的一群宜接受緊密監測。選擇性血清素再攝取抑制劑亦可能損害技術活動的表現(例如：駕駛)¹²。應避免突然停用選擇性血清素再攝取抑制劑(會導致頭痛、噁心、感覺異常、暈眩和焦慮)¹²。

- ii. 選擇性血清素再攝取抑制劑的鎮靜作用比三環抗抑鬱素少，抗毒蕈鹼和心臟毒性的效應也較低。選擇性血清素再攝取抑制劑的副作用包括胃腸反應(跟劑量相關又頗為常見的——包括噁心、嘔吐、消化不良、腹痛、腹瀉、便秘)、厭食及體重下降(也有胃口和體重增加的個案)及包括出疹的過敏反應(考慮停藥——可能是全身出現嚴重反應前的徵象，很可能跟血管炎有關)、蕁麻疹、血管性水腫、過敏性休克、關節痛、肌肉痛及光敏反應；其他副作用包括口乾、緊張、焦慮、頭痛、失眠、震顫、暈眩、無力、有幻覺、昏昏欲睡、痙攣、乳溢、性功能障礙、蓄尿、流汗、輕躁狂或躁狂、運動障礙及運動困難、視力模糊、低鈉血症和皮膚出血疾病(包括瘀斑和紫癍)。自殺念頭跟選擇性血清素再攝取抑制劑互有關連，但未證實兩者的因果關係¹²。18歲以下人士忌用選擇性血清素再攝取抑制劑及相關的抗抑鬱藥文拉法辛，因為關於其安全性及療效的資料並不足夠¹²。(C)

b. 選擇性血清素再攝取抑制劑的禁忌症¹³

- i. 對選擇性血清素再攝取抑制劑或任何其他成分過敏
- ii. 對西酞普蘭過敏的病人忌用艾司西酞普蘭(escitalopram)
- iii. 處於躁狂期
- iv. 伴隨服用單胺氧化酶抑制劑

c. 選擇性血清素再攝取抑制劑的劑量¹³

- i. 應從低劑量開始，再根據病人的反應和血清素水平加以調整。維持最低有效劑量。
- ii. 在治療終止前，劑量應逐漸減少；切勿突然終止療程；有出

現癲癇發作或斷癮徵狀的風險。

iii. 個別藥物的詳細資料，請參閱附錄 14。

d. 三環抗抑鬱素

- i. 此類藥物最有效治療與精神性運動及生理變化(例如沒胃口及有睡眠障礙)有關的中度至嚴重內源性抑鬱症；改善睡眠通常是治療的首個好處¹²。約有 10 至 20% 的病人對三環抗抑鬱素及相關的抗抑鬱藥沒反應，部分個案失敗可能是由於劑量不足。要使用足夠的高劑量，治療才有效，但不能高至造成毒性反應¹²。對大部分病人而言，三環抗抑鬱素的半衰期漫長，通常只須夜間服用一次，因而無須使用緩釋製劑¹²。
- ii. Cochrane 中心的最近一項系統總結的結論指出，選擇性血清素再攝取抑制劑在總退出率方面比三環抗抑鬱素優勝，這種優勢是比較輕微的¹⁸。(1a)這對藥物經濟學的模式有所影響，有些模式或高估了選擇性血清素再攝取抑制劑及三環抗抑鬱素在退出率方面的不同¹⁸。(1a)治療中度至嚴重兼有憂鬱特徵的抑鬱症時，三環抗抑鬱素仍然是首選藥物，但劑量要適當，病人又能忍受其副作用才可¹⁵。(GPP)
- iii. 在專業發展及質素保證的範疇內使用三環抗抑鬱素時，經常會使用低劑量(每日少於 100 毫克)。Cochrane 中心的另一項系統總結審閱了 35 項(2 013 名參加者)使用低劑量三環抗抑鬱素(大多每日使用 75 至 100 毫克)的研究，當中以低劑量的三環抗抑鬱素跟安慰劑作比較；另外有 6 項研究(551 名參加者)則比較低劑量三環抗抑鬱素和標準劑量的三環抗抑鬱

素，結論是以低劑量的三環抗抑鬱素治療成年人的抑鬱症是可取的做法¹⁹。(1a, A)

另一項系統總結及整合分析顯示，在基本護理及精神科的範疇內跟使用安慰劑相比，每日使用 75 至 100 毫克或以下的低劑量三環抗抑鬱素，較能舒緩已治療 4 至 8 星期或以上的抑鬱症，但受副作用影響，亦有較多病人有至少一種副作用反應，因此退出率也較高²⁶。(1a, A)當研究人員將研究範圍局限至每日服用少於 75 毫克三環抗抑鬱素的病人時，他們

- iv. 仍然比已服用 4 星期安慰劑的病人(相對風險率 1.63、1.29 至 2.07)較大機會出現反應。服用這最低劑量的病人因受副作用影響(相對風險率 2.17、1.05 至 4.50)，或比服用安慰劑的病人有至少一種副作用反應(相對風險率 2.18、1.28 至 3.73)，所以仍然較可能退出治療²⁶。抗抑鬱藥的最低有效劑量及範圍尚未確定²⁶。一般情況下，起初可嘗試使用少於 75 毫克的劑量，然後按臨床效果和個別病人的耐受性逐步增加劑量。(GPP)
- v. 使用三環抗抑鬱素，尤其是阿米替林，有時會導致心律不齊和心臟傳導阻滯，這或是導致心臟病病人猝死的因素之一¹²。三環抗抑鬱素有時會跟痙攣有聯繫(三環抗抑鬱素會減低痙攣閾值，處理癲癇症時要特別小心)；馬普替林特別與痙攣有關¹²。肝及血液或會出現反應，米安色林特別與此有所關連¹²。
- vi. 三環抗抑鬱素及相關抗抑鬱藥的其他副作用包括昏昏欲

睡、口乾、視力模糊、便秘、蓄尿(全部歸因於抗毒蕈鹼的活性)，以及流汗¹²。

vii. 在抗抑鬱藥治療進行期間或會出現抗精神病藥物惡性綜合徵，但此情況十分罕見¹²。

viii. 服用過量三環抗抑鬱素會有危險，因此任何時候都得有限度地處方有關藥物¹²。

e. 劑量¹³

i. 應從低劑量開始，再根據病人的反應和血清素水平加以調整。維持最低有效劑量。

ii. 在治療終止前，劑量應逐漸減少；切勿突然終止療程；具癲癇發作或斷癮徵狀的風險。

iii. 有關個別三環抗抑鬱素的劑量，請參閱附錄 14。

f. 三環抗抑鬱素的禁忌症¹³

i. 對三環抗抑鬱素或任何其他成分過敏

ii. 切勿在停用三環抗抑鬱素的最少 2 星期內處方單胺氧化酶抑制劑；氯米帕明(clomipramine)或丙米嗪(imipramine)則需要 3 星期

iii. 處於急性心肌梗塞後的恢復期

iv. 心律不齊

v. 狹角性青光眼

4.4.6 抗抑鬱藥－苯二氮草結合治療

焦慮經常與抑鬱症並存。抗抑鬱藥加入苯二氮草是治療抑鬱症病人的

普遍做法。Cochrane 最新一項系統總結的數據搜集了 9 項研究共 679 名病人的資料，顯示接受結合治療的一組比單獨服用抗抑鬱藥的一組較少停藥²⁰。(1a)總結的結論指必須審慎權衡在抗抑鬱藥加入苯二氮草的潛在好處和害處，一方面是倚賴藥物及易出事故，另一方面是因對藥物沒反應而停藥導致長期受苦²⁰。(1a)與病人討論並審慎權衡潛在害處後，可考慮短期使用苯二氮草治療有焦慮特徵的抑鬱症。(C)

4.4.7 選擇性血清素再攝取抑制劑－三環抗抑鬱素結合治療

支持選擇性血清素再攝取抑制劑－三環抗抑鬱素結合治療的證據未有定論(Thase & Rush 1995)。結合使用選擇性血清素再攝取抑制劑及三環抗抑鬱素時必須小心，因為選擇性血清素再攝取抑制劑會抑制幾種三環抗抑鬱素的代謝作用，導致血液濃度、毒性以及三環抗抑鬱素所引起的其他不良副作用大幅增加(Preskorn & Burke 1992)。選擇性血清素再攝取抑制劑－三環抗抑鬱素結合治療仍然備受爭議，因此不建議應用於基層護理範疇上。(GPP)

4.4.8 使用選擇性血清素再攝取抑制劑治療兒童及青少年的重症抑鬱症

食品及藥物管理局指示所有生產抗抑鬱藥的廠商修訂其產品的標籤，標籤須包括一個警告方格和詳細的警告句子，提醒醫護機構注意兒童及青少年接受該等製劑後可能會增加自殺風險(自殺念頭及行爲)，以及附加兒科研究結果的資料²⁹。18 歲以下人士忌用選擇性血清素再攝取抑制劑及相關的抗抑鬱藥文拉法辛，因為關於其安全性及療效的資料並不足夠。¹²(C)

4.4.9 有嚴重焦慮的重症抑鬱症(焦慮抑鬱症)

有嚴重焦慮的重症抑鬱症(焦慮抑鬱症)是一種常見的抑鬱症分類，有較嚴重的心理社交障礙，以及對抗抑鬱藥療法的反應較差。現時不清

楚各種選擇性血清素再攝取抑制劑的療效或耐受性可有不同。一項隨機控制測試顯示氟西汀、舍曲林和帕羅西汀的療效及耐受性，對有嚴重基礎焦慮症狀並正接受重症抑鬱症急性治療的病人而言，沒有顯著不同。各個療法對治療此分類下的焦慮抑鬱症病人同樣有效²⁷。一項隨機控制測試指出，氟西汀於治療與焦慮有關的重症抑鬱症方面跟阿米替林同樣有效²⁸。該考慮使用氟西汀、舍曲林及帕羅西汀治療有焦慮症狀的抑鬱症病人。(A)

4.5 心理及藥物綜合治療

- a. 建議同時結合心理治療及藥物治療醫治嚴重抑鬱症²¹及慢性抑鬱症²²，因為在此情況下，綜合療法比單獨應用其中一種療法更具療效。(1b, A)
- b. 建議加入認知行為治療醫治接受急性藥物治療後尚有殘餘抑鬱症症狀的病人，因為有證據顯示這樣有助改善緩解率和減低復發率²³。(1b, A)

5. 建議摘要

5.1 心理治療

- a. 對輕度至中度的重症抑鬱症病人來說，單單接受心理治療，與服用抗抑鬱藥物一樣有效，因此心理治療可用作第一線療法²⁴。(A)
- b. 至於輕度至中度抑鬱症，應該考慮進行特別針對治理抑鬱症的心理治療，如問題解決治療、簡單的認知行為治療，以及在 10 至 12 星期內進行 6 至 8 節輔導。(B)
- c. 提供心理治療的醫護專業人員，應該具經驗和能力進行治療。
(GPP)

- d. 除了具經驗和能力進行心理治療的基層護理醫生外，病人亦可以被轉介至其他的本地資源，包括有關心理治療的各種輔導服務、熱線、研討會和工作坊。(GPP)
- e. 在進行各種心理治療時，醫護專業人員應該與病人建立和保持適當的治療聯盟關係，因為無論提供哪一類治療，此舉都能夠帶來正面的效果。(C)
- f. 在各種心理治療的介入服務之中，認知行爲治療有明文依據對治療抑鬱症最爲有效⁹。如病人出現扭曲和負面的思想時，便應該給予認知行爲治療⁹。認知行爲治療亦是一種有效的康復治療，適用於間歇發作但已停止用藥的抑鬱症病人。¹⁰ (A)
- g. 對患有輕度抑鬱症的基層護理病人來說，問題解決治療跟抗抑鬱藥一樣有效。¹¹ 這種治療適用於患有輕度抑鬱症的基層護理病人。(A)
- h. 如果在進行幾節心理治療之後，病人的情況仍無改善，便應該深入檢討診斷結果、惡化的病情和問題，以及治療計劃。(GPP)

5.2 藥物治療

- a. 選擇性血清素再攝取抑制劑和三環抗抑鬱素的效能，在臨床上沒有明顯分別。決定治療藥物時，須比較病人對藥物的接受程度、藥物的毒性和費用等考慮因素。(A)

- b. 至於有憂鬱特徵的中度和嚴重抑鬱症，假如處方的劑量足夠，而病人又可以耐受副作用，三環抗抑鬱素仍然是初步的藥物選擇。
(GPP)
- c. 使用三環抗抑鬱素治療成人抑鬱症時，應該使用低劑量的三環素
(通常為 75-100 毫克)。(A)
- d. 在一般情況下，起初可嘗試使用少於 75 毫克的劑量，然後按臨床效果和個別病人的耐受性逐步增加劑量。(GPP)
- e. 在急性治療階段，用藥應該維持在全劑量以減輕症狀。抗抑鬱治療開始時，應該每 1 至 2 星期檢討病人的情況。(C)
- f. 針對初次發作的治療應再持續 3 至 6 個月，而針對抑鬱症復發的治療則應再持續不多於 3 年。(C)
- g. 如抗抑鬱藥療效不足，應在治療持續進行至少 4 星期後(對長者而言，至少 6 星期後)，才考慮是否轉換抗抑鬱藥。(C)
- h. 如果病人對藥物只有部分反應，應再持續治療 2 星期(長者病人對藥物作出反應的時間或須更長)。(C)
- i. 若病人出現伴隨抑鬱症而來的焦慮症狀，應該考慮使用氟西汀、舍曲林和帕羅西汀。(A)
- i. 一般而言，所有用藥應該在 4 星期內逐步減少。(C)氟西汀因為半衰期較長，因此無需減少用藥的份量。(C)

- j. 與病人討論並審慎權衡潛在害處後，可考慮短期使用苯二氮草治療有焦慮特徵的抑鬱症。(C)

- k. 18 歲以下人士忌用選擇性血清素再攝取抑制劑及相關的抗抑鬱藥文拉法辛，因為關於其安全性和療效的資料並不足夠。(C)

6. 證據級別及建議級別

摘自美國醫護政策及研究機構(US Agency of Health Care Policy and Research)

級別	證據類別
Ia	對多個隨機對照試驗進行整合研究所得出的證據
Ib	從至少一項隨機對照試驗所得出的證據
IIa	從至少一項設計周詳的非隨機對照研究所得出的證據
IIb	從至少一項屬其他類型而設計周詳的擬實驗研究所得出的證據
III	從設計周詳的非實驗描述性研究（例如比較研究、關係研究及對照研究）所得出的證據
IV	從專家委員會的報告或權威機構的意見及／或臨牀經驗所得出的證據
級別	建議
A	在整體質素良好及貫徹一致並針對特定建議的文獻當中，其主體部分須至少包括一項隨機對照試驗。(證據級別為Ia、Ib)
B	就建議所屬的主題而言，須有妥善進行的臨牀研究可供引述，但無須隨機臨牀試驗支持。(證據級別為IIa、IIb、III)
C	只須從專家委員會的報告或權威機構的意見及／或臨牀經驗所得出的證據，即沒有直接適用的優質研究。(證據級別為IV)
GPP	根據臨牀審核及指引工作小組的臨牀經驗而建議的最佳實務指引

7. 參考資料

1. The Mental health Context: Mental health policy and service guidance package. Geneva: World health organization; 2003
2. Murray CJL, Lopez A, D., editors. The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. USA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, distributed by Harvard University; 1996.
3. 資料來源：衛生署；醫院管理局。
4. Ronalds C, Creed F, Stone K, Webb S, Tomenson B. The outcome of anxiety and depressive disorders in general practice. Br J Psychiatry 1997; 171: 427-433.
5. 衛生署、政府統計處：2003年死亡統計數字。
6. 醫院管理局：2003年住院病人統計數字。
7. DSM-IV criteria for the diagnosis of Major Depressive Episode.
8. Depression Guideline Panel (1993b). Clinical practice guideline number 5. Depression in primary care, vol 2. Treatment of major depression. US Department of Health and Human Services. Agency for Healthcare Policy and Research, Rockville, MD.
9. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Black burn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. J Affect Discord 1998; 49: 59-72.
10. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 816-20.
11. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. BMJ 2000; 320: 26-30.
12. Joint Formulary Committee. British National Formulary. 49 ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2005.
13. Depression www.mdconsult.com

14. The American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157(4 Suppl):1-45
15. New Zealand National Health Committee. Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals 1996
16. JR Geddes, N Freemantle, J Mason, MP Eccles, J Boynton. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus other antidepressants for depression *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005 Issue 2.
17. Montgomery SA. A meta-analysis of the efficacy and tolerability of paroxetine versus tricyclic antidepressants in the treatment of major depression. *Int Clin Psychopharmacol.* 2001 May;16(3):169-78
18. Barbui, C; Hotopf, M; Freemantle, N; Boynton, J; Churchill, R; Eccles, MP; Geddes, JR; Hardy, R; Lewis, G; Mason, JM. Treatment discontinuation with selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) versus tricyclic antidepressants (TCAs). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2, 2005.
19. Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression: *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD004186
20. Guaiana, G; Barbui, C; Hotopf, M Amitriptyline versus other types of pharmacotherapy for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2, 2005.
21. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF, III, Pilkonis PA, Hurley K, and others. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 1009-15.
22. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, and others. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342: 1462-70.
23. Paykel ES, Scott J, Teasdale JD, Johnson AL, Garland A, Moore R, and others. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 829-35.
24. Clinical Practice Guidelines on Depression, published by Ministry of Health, Singapore March 2004.

25. Lecture notes of the course on Practical and Effective Psychological Treatment of Stress and Anxiety Disorders in GP Setting By Dr Anthony Tong (Clinical psychologist, Director of the United Centre of Emotional Health and Positive Living UCEP).
26. Toshi A Furukawa, Hugh McGuire, Corrado Barbui, Meta-analysis of effects and side effects of low dosage tricyclic antidepressants in depression: systematic review BMJ 2002;325:991 (2 November)
27. Fava M, Rosenbaum JF, Hoog SL, Tepner RG, Kopp JB, Nilsson ME Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression Journal of affective disorders 2000;59:119-26
28. Versiani M, Ontiveros A, Mazzotti G, Ospina J, Davila J, Mata S, Pacheco A, Plewes J, Tamura R, Palacios M. Fluoxetine versus amitriptyline in the treatment of major depression with associated anxiety (anxious depression): a double-blind comparison. Int Clin Psychopharmacol. 1999 Nov;14(6):321-7.
29. FDA Public Health Advisory Suicidality in Children and Adolescents Being Treated With Antidepressant Medications October 15, 2004
<http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm>

8. 臨床審核及指引工作小組成員名單

1. 陳玉珍醫生
2. 鄭佩君醫生
3. 許燕芬醫生(主席)
4. 江志宏醫生
5. 林永堃醫生
6. 劉錦棠醫生
7. 吳美儀醫生
8. 謝青雲醫生

特別鳴謝專業發展及質素保證的家庭醫學顧問醫生曾昭義醫生就出版本指引給予支持。

聯絡人：許燕芬醫生

地址：九龍牛頭角定安街60號牛頭角賽馬會診所2樓家庭醫學深造培訓中心

傳真：2753 9555

電郵：smo_pdqa@dh.gov.hk

附註

- 撥款：無
- 對立利益：無
- 上次修訂日期：2005年9月
- 歡迎提供意見或建議，請把意見或建議送交小組主席。

免責聲明

我們盡力確保本指引版本的內容準確齊全，但不保證全無錯誤或遺漏，而且也不會就使用當中所載資料而導致的損失或損害負上責任或法律責任。

我們不能認可或看似認可任何衍生或節錄資料，也不能就經修改資料的內容或使用負上責任。本指引的任何改編本，必須附加免責聲明加以說明。有關任何商品或服務的廣告宣傳或隱含認可，一概不准。