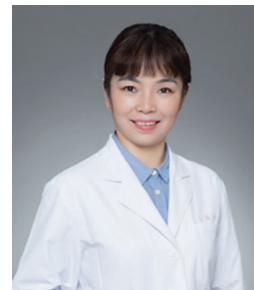


抑 郁 症

老年期抑郁的异质性与诊疗方案

林 翔,丘家源,李 霞

(上海交通大学医学院附属精神卫生中心,上海 201108)



【摘 要】老年期抑郁指年龄大于 65 岁后发生的抑郁,包括老年期首次起病的抑郁,也有年轻时发病持续到复发性抑郁。抑郁则不仅包括抑郁症(major depressive disorder, MDD),还包括各种类型的抑郁。老年期抑郁不少合并有脑退行病变或者脑血管性损害等器质性基础,也受到躯体疾病、环境因素、既往抑郁发作等其他因素的影响。本文将讨论老年期抑郁的异质性特点,区分各种老年期抑郁与相应的诊疗方案,为临床研究与诊治提供参考。

【关键词】老年;抑郁;异质性

【中图分类号】R749.1+5

【文献标志码】A

【收稿日期】2019-01-27

Heterogeneity of senile depression and its diagnostic and therapeutic protocols

Lin Xiang, Qiu Jiayuan, Li Xia

(Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine)

【Abstract】Senile depression refers to depression that occurs after the age of 65, including the first depression occurring in old age and recurrent depression from earlier age of onset. Depression includes not only major depressive disorder, but also various types of depression. Many cases of senile depression are comorbid with organic diseases such as degenerative brain diseases and cerebrovascular impairment, and are affected by other factors including physical disease, environmental factors, and previous depressive episodes. Here, the heterogeneity of senile depression will be discussed to distinguish between different types of senile depression, suggest the corresponding diagnostic and therapeutic protocols, and provide references for clinical research, diagnosis, and treatment.

【Key words】senile; depression; heterogeneity

老年期抑郁在现行的国际疾病诊断标准(International Classification of Diseases, ICD-10)中,也包括美国精神障碍诊断与统计手册(The Diagnostic and Statistical Manual of Men-

tal Disorders)第 5 版(DSM-5),并没有专门的诊断标准,而是直接采用与成年人一致的标准。只是年龄大于 65 岁,就称为老年期抑郁^[1]。老年期抑郁与青壮年抑郁存在内在的关联性,也有自己的特点。在流行病学调查中,由于采用诊断的工具不同,调查的对象也不相同,老年期抑郁在老年人中患病率有很大不同,范围为 3.7%~25.1%^[2-4]。如果仅采用抑郁评估工具,则包含了所有的抑郁类型而没有区分。

1 抑郁症状存在于不同诊断分类中

ICD-10 在不同的疾病归类中,症状学诊断标准中都有抑郁症状的描述,最新的版本 ICD-11 中也是如此^[5]。除了常见的心境障碍大类中的抑郁障碍与双相抑郁障碍,在应激障碍、物质所致精神障碍、人格障碍、认知障碍(器质性)等类别中也有抑郁症状的描述。诊断标准中的症状学标准,是以临床表现作为重要的依据。由于没有明确的诊断标记物,医师只能根据患者当时生物-心理-环境等因素,结合抑郁症状的

作者介绍:林 翔, Email: 13816488767@163.com,

研究方向:老年情绪与认知障碍的临床干预。

通信作者:李 霞,主任医师、博士生导师,上海交通大学医学院附属精神卫生中心老年科副主任。中国老年保健协会老年痴呆及相关疾病专业委员会(ADC)委员会常委/副秘书长、中国老年医学学会认知障碍分会常务委员;中国医师协会精神医学分会委员。先后到澳大利亚、美国进行临床访问学习与博士后研究,负责科技部慢病 1 项、国自然 2 项、市级等项目 5 项,参加全球/全国多中心临床试验 10 项。发表中英文文章 50 余篇。Email: xia6768432@anumni.sjtu.edu.cn, 研究方向:老年认知障碍与抑郁症。

基金项目:国家自然科学基金资助项目(编号:81671402);国家科技部重点研发计划资助项目(编号:2017YFC1310501)。

严重程度进行诊断而归类。

这种诊断方式也指向了抑郁的异质性。抑郁首先可以是人类的正常情绪反应,抑郁状态通常指各种原因引起的情绪低落、兴趣减退、动力缺乏的一种症状描述,包含了抑郁症。抑郁症则指排除了上述器质性、活性物质或应激等原因后,患者的临床表现符合抑郁发作的症状学标准、严重程度标准与持续时间标准。由于这种抑郁状态英文诊断名称为 major depressive disorder(MDD),也有非专科的学者直译成重症抑郁症,与精神科临床上说的抑郁症是一个概念。

达到一定严重程度与病程标准的抑郁症状,病因或诱因也很复杂。当患者是由于严重的事件应激引起,即诊断为应激相关的抑郁,而当患者由于酒精依赖或者戒断引起,则诊断为酒精所致抑郁(或精神障碍)。如果无何可理解的原因,患者症状、严重程度与病程符合 ICD-10 中抑郁症(major depression),即诊断为抑郁症。在真实世界中,抑郁症状的出现,可以是单一诊断,也可以合并诊断。例如患者符合抑郁障碍中反复抑郁发作的标准,同时又有酒精戒断的情绪问题,同时又在居丧期,这时患者的抑郁症状就可能是混合的因素所致,诊断有时并列各种原因,有时考虑对抑郁症状的贡献最明显的一种,进行单一诊断而忽略其他。

2 老年期抑郁的异质性更为突出

步入老年后,生理、环境、心理与成年期相比,均发生了显著的变化。

首先是环境的改变,退休、子女离家或随子女迁居、亲人朋友去世、孤单等,这些负性生活事件,是老年人抑郁的一方面原因。

另外,慢性躯体疾病如冠心病、高血压、糖尿病等在老年期高发,老年人有时共病多种躯体疾病,有时甚至相互恶化^[6]。造成了躯体不适、无力、无法参与有意义的活动或社会交往^[7]。也是老年期抑郁的重要因素。美国匹兹堡大学的研究者在前人工作的基础上,提出“老龄-疾病交互”的老年抑郁病因假说^[8]。

特别要注意的是,大脑的退化与脑血管病在老年期也很常见。通常认为,这些因素导致老年人认知能力下降,即神经认知障碍^[9],也有神经精神症状(neuropsychiatric symptoms, NPS)。与认知障碍一同出现的 NPS 也称为痴呆的精神行为障碍(behavioral psychogeriatric symptoms of dementia, BPSD),重要的症状之一即是抑郁^[9-10]。

让事情更复杂的是,抑郁症状可以出现在认知障碍之前。国际阿尔茨海默病研究与治疗协会(International Society to Advance Alzheimer's Research and Treatment-Alzheimer's Association, ISTAART-AA)于 2016 年提出轻度行为障碍(mild behavioral impairment, MBI),就是强调了抑郁等 NPS 症状可以出现在认知障碍之前^[11]。MBI 从字面上翻译称为轻度心理行为障碍,但从其实际含义上看更恰当的翻译是痴呆前心理行为障碍。以抑郁作为 NPS 症状来说,症状严重程度与症状持续 6 个月,都不是轻度的,而是强调发生在痴呆前期,

预示将来患者发展为认知障碍。

上述环境-心理-躯体-脑器质性的变化,无疑增加了老年期抑郁的风险,也让老年期抑郁的异质性增加。而且,导致老年期抑郁的各种因素往往并不单一出现,而是以相互影响、并列存在等复杂的排列组合,使老年期抑郁的异质性问题更为迷离扑朔、鉴别困难^[12]。基于诊断标签的临床研究也变得困难重重,难以获得一致性结果。

3 针对老年期抑郁的异质性,确定鉴别流程与诊疗方案

由于老年期抑郁异质性的存在,鉴别与诊疗较为困难,同时在研究中其概念也往往不清晰。国内外的研究中,往往未加区分,仅采用抑郁评估工具,如果老年人分数高于划界值,则称为老年期抑郁。

老年期抑郁的治疗,根据其病因不同,可采用抗抑郁治疗、心理治疗、无抽搐电休克治疗(modified electra convulsive therapy, MECT)或重复经颅磁刺激技术(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)等物理治疗、躯体疾病治疗,如果是 MBI 或者 NPS,还需要促认知治疗、认知训练或康复等方案^[13]。

无论从临床研究还是临床诊疗的角度,尽可能区分老年期抑郁的异质性非常重要^[14]。以下从临床角度,给出老年期抑郁的鉴别诊断与相应的诊疗方案流程图(图 1)。

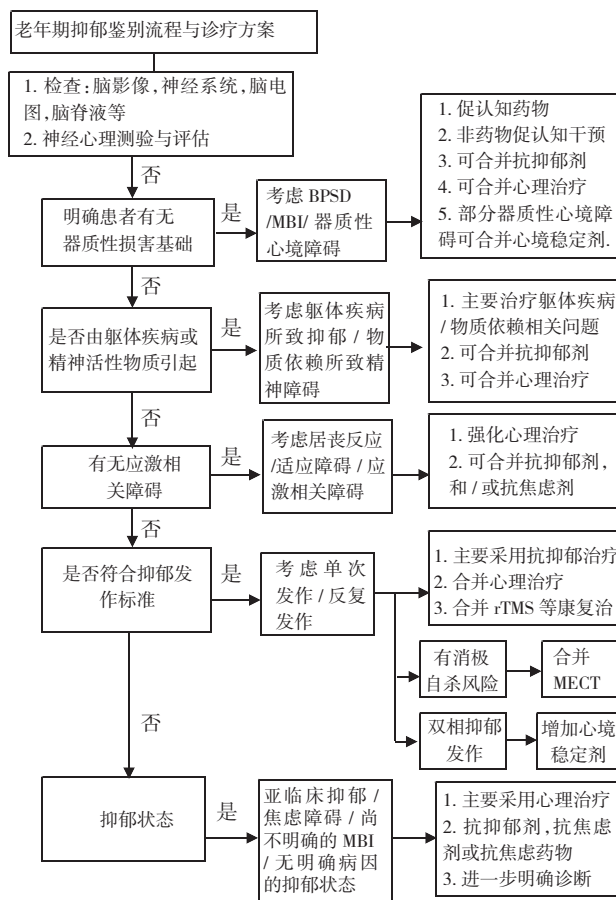


图 1 老年期抑郁的鉴别诊断与治疗流程

第一,明确患者有无器质性损害基础,如脑影像、神经系统、脑电图、脑脊液阳性检查结果,并进行详细的神经心理测验与评估。如果是,可考虑 BPSD 或 MBI,或器质性心境障碍。采用促认知药物、非药物认知功能干预,可合并抗抑郁剂,必要时开展心理支持治疗。部分器质性心境障碍需要增加心境稳定剂。

第二,如果无器质性损害基础,则需要进一步鉴别是否由躯体疾病或精神活性物质引起。如果是,则考虑躯体疾病所致抑郁、或物质依赖所致精神障碍。治疗上主要治疗躯体疾病与物质依赖相关问题,可合并抗抑郁剂与心理治疗。

第三,如果并非躯体疾病或精神活性物质引起,再进一步鉴别患者是否存在应激相关障碍,包括居丧反应,或适应障碍。强化心理治疗,可合并抗抑郁剂,和(或)抗焦虑剂。

第四,如果不是应激相关障碍,鉴别抑郁是否符合抑郁发作标准,是单次发作还是反复发作,如果是,主要采用抗抑郁治疗,合并心理治疗与 rTMS 等康复治疗。有消极自杀风险时 MECT。注意鉴别患者可能是双相障碍的抑郁发作,要增加心境稳定剂作为主要治疗方法之一。

第五,如果不符合抑郁发作标准,则考虑为抑郁状态,或亚临床抑郁,待进一步鉴别。需要注意鉴别双相障碍 I 型、适应障碍、焦虑障碍或者 MBI^[15],主要采用心理治疗,选择抗抑郁剂或心境稳定剂或抗焦虑药物。

值得注意的是,以上因素很可能并不单一出现。以安全原则为基础,仍可以器质性、躯体疾病导致、物质相关需要首先考虑,优先处理危及生命安全或引起躯体或大脑损害的问题。可以采用当前最为突出的病因作为诊断,在其中一个病因或因素消失后,如果抑郁症状仍然存在,可以并列诊断。如果抑郁的多种因素都很突出,则可以一开始就并列诊断,仍首先处理危及安全的因素,兼顾诊治其他导致抑郁的因素。

4 小 结

尽管老年期抑郁并没有独立的诊断标准,但与青壮年抑郁相比,有其独特性。其独特性主要在于当人类处于衰老时期时,无论是其体能还是脑功能,无论其社会家庭地位还是环境支持,多朝向负面方向变化。由此,直接或者间接导致老年期抑郁患病率颇高,而且交互影响和异质性更明显。

针对老年期抑郁的这些特点,需要从器质性、躯体疾病、应激性、双相、与焦虑的关联性逐层鉴别,并作出相应的诊疗计划,保证患者的安全性同时缓解症状。

参 考 文 献

[1] Montgomery S. Are the ICD-10 or DSM-5 diagnostic systems able

to define those who will benefit from treatment for depression?[J]. CNS Spectrums, 2016, 21(4):283-288.

[2] Sjoberg L, Karlsson B, Atti AR, et al. Prevalence of depression: comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults[J]. Journal of Affective Disorders, 2017, 221:123-131.

[3] Subramaniam M, Abidin E, Sambasivam R, et al. Prevalence of depression among older adults—results from the well-being of the singapore elderly study[J]. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 2016, 45(4):123-133.

[4] Forlani C, Morri M, Ferrari B, et al. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2014, 22(4):370-380.

[5] Goldberg DP, Lam TP, Minhas F, et al. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11[J]. Family Practice, 2017, 34(5):574-580.

[6] Bao C, Mayila M, Ye Z, et al. Forecasting and analyzing the disease burden of aged population in China, based on the 2010 global burden of disease study[J]. Int J Environ Res Public Health, 2015, 12(7):7172-7184.

[7] Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review[J]. Clinical Interventions in Aging, 2015, 10:1947-1958.

[8] McKinney BC, Sibille E. The age-by-disease interaction hypothesis of late-life depression[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2013, 21(5):418-432.

[9] Castilla-Puentes RC, Habeych ME. Subtypes of depression among patients with Alzheimer's disease and other dementias[J]. Alzheimers Dement, 2010, 6(1):63-69.

[10] Valkanova V, Ebmeier KP, Allan CL. Depression is linked to dementia in older adults[J]. The Practitioner, 2017, 261(1800):11-15.

[11] Mallo SC, Ismail Z, Pereiro AX, et al. Assessing mild behavioral impairment with the mild behavioral impairment-checklist in people with mild cognitive impairment[J]. JAD, 2018, 66(1):83-95.

[12] Ho C, Feng L, Fam J, et al. Coexisting medical comorbidity and depression: multiplicative effects on health outcomes in older adults[J]. International Psychogeriatrics, 2014, 26(7):1221-1229.

[13] Casey DA. Depression in older adults: a treatable medical condition[J]. Primary Care, 2017, 44(3):499-510.

[14] Paris J. The mistreatment of major depressive disorder[J]. Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie, 2014, 59(3):148-151.

[15] Moller HJ, Bandelow B, Volz HP, et al. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice[J]. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2016, 266(8):725-736.

(责任编辑:冉明会)