

(上接第 22 版)

王玉梅：抑郁症如何诊断？

目前，临床主要使用国际疾病分类第 10 版（ICD-10）中精神和行为障碍的分类。中国精神障碍分类与诊断标准（CCMD-3,2006）

列出了抑郁障碍的分类与诊断标准。同时满足心境低落和以下任意 4 种症状，且抑郁症发作持续 2 周以上，即可能被诊断为抑郁症。

在临床及科研工作中，多采用抑郁量表进行肿瘤抑郁症的诊断和筛查，包括汉密尔顿抑郁量表（HAMD）、贝克抑郁自评量表

（BDI）、患者健康问卷-9（PHQ-9）、医院焦虑/抑郁量表（HADS）等，为避免偏差，一般会选用两种以上量表或问卷。

- ★ 兴趣丧失、无愉快感；
- ★ 精力减退或疲乏感；
- ★ 精神运动型迟滞或激越；
- ★ 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、自伤行为；
- ★ 睡眠障碍，如失眠、早醒，或睡眠过多；
- ★ 食欲降低或体重明显减轻；
- ★ 性欲减退。

姜愚：DT+ PHQ-9 联合常规筛查

研究发现，胰腺癌、胃癌、口咽癌、肺癌患者及终末期肿瘤患者发生抑郁的几率相对较高。另外，肿瘤分期较晚、躯体症状多且严重、疾病造成功能障碍、年轻、抑郁家族史、社会支持少、沟通及适应不良的患者发生抑郁的风险较高。对这些人群应当进行重点筛查。

首选简单、易行、具有较高信度和效度的筛查问卷对肿瘤患者进行心理评估。美国国立综合癌症网络（NCCN）心理痛苦管理指南推荐使用痛苦温度计（DT）在所有肿瘤患者中常规进行心理痛苦的筛查。

我国学者唐丽丽教授及其带领课题组的相关临床研究均证实，DT 量表对中国肿瘤患者焦虑和抑郁

的筛查具有较高的敏感度和特异性。

推荐联合应用 PHQ-9 进行抑郁的筛查。该量表是《精神疾病诊断与统计手册》第 5 版（DSM-V）推荐的抑郁筛查量表，与 DSM-V 关于抑郁症的 9 条症状学标准一致，根据患者过去 2 周相应症状出现的频率进行评分。该量表为自评量表、较为简单，且与其他的抑郁评估量表具有相似的信效度。推荐在临床实践中常规用于抑郁的筛查及严重程度动态评估。

其他可用于肿瘤患者抑郁测评的量表有：HADS、流调用抑郁自评量表（CES-D）、简明症状量表（BSI）和 HAMD 等。

（邓窈窕 整理）

话题二：治疗策略

姜愚：合理转诊是干预前的必要步骤

对于肿瘤患者的心理问题，首先应当经肿瘤科医护人员评估后进行分类处理，根据引起

患者痛苦的来源进行分渠道转诊，而不是直接向心理或精神专业转诊。根据 NCCN 指南

与中国抗癌协会肿瘤心理学专业委员会编写的《中国肿瘤心理治疗指南》中，关于痛苦尤其

涉及肿瘤患者抑郁的筛查及转诊原则，在临床上，可按以下步骤进行处理。

1

DT 量表评分 ≥ 4 分时，表明患者存在显著的心理痛苦。需要根据问题列表进一步评估心理痛苦的来源，然后针对不同来源进行相应的处理。

- 心理痛苦的来源为**现实问题**，可由社会工作者协助处理；
- 心理痛苦的来源为**信仰问题**，按照国外指南推荐，可由神职人员协助处理；
- 心理痛苦的来源为**躯体问题**，主要由肿瘤科医生给予处理。
- 心理痛苦的来源为**情绪问题**，可转诊到精神心理科进行深入评估及干预。尤其选项中包括抑郁，需要进一步抑郁评估，达到确诊标准应给予积极治疗。

2

当抗肿瘤治疗引发躯体症状时，应及时给予治疗，尤其是疼痛的管理。因为疼痛与抑郁存在一些共同的病理生理基础，可能相互诱发和加剧，产生抑郁-疼痛-抑郁的恶性循环。

对于抗肿瘤治疗引起的**消化道反应、骨髓抑制及疲乏**等可能诱发抑郁的因素，目前均可按照相应的国际指南进行规范治疗。化疗药物导致的**失眠**可以考虑化疗期间短暂使用短效类苯二氮革类药物，这也是 NCCN 止吐指南中的推荐药物之一。

3

推荐联合应用 PHQ-9 进行抑郁的筛查，根据患者过去 2 周相应症状出现的频率进行评分。由轻至重可分为 5 个等级。

轻度抑郁：由肿瘤科的医护人员进行疾病及心理健康知识的宣教，经过充分的沟通，满足患者及家属的信息需求，给予患者合理的肿瘤治疗、躯体症状控制和情感支持，配合基本的心理教育、社工志愿服务、病友同伴或其他社会支持，通常能取得较理想的效果。

对于轻度以上抑郁，经上述处理后抑郁无明显改善，还需要请心理或精神科的专科医师进行会诊或转诊治疗。

评分	结论
3~4	没有抑郁
5~9	轻度抑郁
10~14	中度抑郁
15~19	中重度抑郁
20~27	重度抑郁

中度抑郁：需要进一步由心理治疗师实施专业的心理干预，如放松训练、心理教育、认知行为治疗、支持表达治疗等，目前已有相关临床研究表明这些心理治疗方法可预防或减轻肿瘤患者的抑郁。同时可酌情考虑使用药物治疗。

重度抑郁：需要联合使用药物治疗和心理治疗。值得注意的是，一些抗抑郁药与常用抗肿瘤药之间存在相互作用。因此，在实施抗抑郁药物治疗前，肿瘤科医生需要与精神科医生及临床药师仔细讨论用药方案。

（邓窈窕 整理）

王玉梅：综合干预为患者提供最人文的关怀

肿瘤相关性抑郁的干预：包括精神药物治疗和心理治疗。轻到中度抑郁可选择心理治疗，重度抑郁首选药物治疗，多数需要二者联合。

药物治疗：选择性 5-羟色胺（5-HT）再摄取抑制剂有确切的疗效，代表性药物包括氟西汀、舍曲林、帕罗西汀、西酞普兰和艾司西酞普兰。近年来又研制出 5-HT 和肾上腺素双通道抑制剂，代表药物包括文拉法辛、度洛西汀和米氮平，是肿瘤患者抑郁治疗的新型有力武器。

心理治疗：包括个体或团体治疗，如支持性心理治疗、认知行为治疗等，此外，阅读疗法、音乐疗法、放松训练等也是行之有效的干预方法。

心理健康服务体系亟待建立

国外研究表明，约 75% 伴有明显抑郁情绪的癌症患者从未接受过任何心理或药物相关治疗。抑郁症、焦虑症在肿瘤患者中的漏诊率居高不下。

多种测量工具的出现虽然对患者抑郁的诊断有一定帮助，但使用率较低。

究其原因，医务人员没有足够的时间，且大多数没有经过专门训练，对心理评估操作缺乏自信心；而患者往往不愿主动暴露自己心理问题。

2016 年 12 月 30 日，国家卫生计生委等 22 部门联合印发了《关于加强心理健康服务的指

导意见》，体现了对心理健康问题的重视。

虽然目前国内肿瘤科和精神专科对肿瘤患者的心理识别和治疗离发达国家仍然有一定差距。但相信在不久的将来，肿瘤患者抑郁等心理问题将日益瞩目，建立完善的心理健康服务体系！

邀 约

对于肿瘤心理专栏内容建设，您有何感想与建议？欢迎与小编互动。也欢迎您贡献话题，与我们一起共建肿瘤心理专栏。欢迎来信。

邮箱地址：

yishibao2017@163.com