

核准日期：2026 年 1 月 1 日

机密 现行

修改日期：2026 年 1 月 3 日；2026 年 1 月 10 日；2026 年 1 月 17 日；2026 年 1 月 24 日；  
2026 年 2 月 11 日；2026 年 2 月 12 日；2026 年 2 月 17 日；2026 年 2 月 18 日；  
2026 年 2 月 22 日

## 关于若干重大问题的说明和意见暨一般风险警示的通知



### 警示语

若阅读时感到不适，请立即暂停阅读。如有需要，可拨打 4001619995、010-82951332、120 寻求帮助。

我们发现了问题，但这不是你的问题。<sup>1</sup>

## 一、普遍性与疾病负担：青少年抑郁障碍的公共卫生议题

### 1. 抑郁障碍的流行病学特征

抑郁障碍是全球范围内发病率最高的精神障碍类型之一，在青少年与青年群体中呈现高发态势且患病增速显著。世界卫生组织 2025 年发布的全球心理健康报告数据显示，全球约 5.7% 的成年人在过去 12 个月内符合抑郁障碍的临床诊断标准，其中青少年与青年群体是患病比例增长最快、疾病负担最为沉重的群体之一[1]。

在我国，中国科学院心理研究所《2022 年青少年心理健康状况调查报告》显示，约 14.8% 的中小学生在存在不同程度的抑郁相关风险，其中轻度抑郁风险占比 10.8%，重度抑郁风险占比 4.0%[2]。不同学段的抑郁风险检出率存在显著统计学差异：初中阶段抑郁风险检出率约为 23.0%，显著高于小学阶段的 13.0%[1]；18-24 岁青年群体的抑郁风险检出率高达 24.1%，明显高于全国总体水平[1]。

需明确区分的是，“抑郁风险”多基于标准化量表筛查结果判定，而“临床确诊抑郁障碍”的比例通常显著偏低。一项覆盖 2001-2020 年的系统评价与 Meta 分析结果显示，我国儿童和青少年中临床抑郁障碍的汇总检出率约为 2.6%[3]。这一差异提示，**量表筛查阳性并不等同于临床诊断成立**，但足以反映潜在风险人群的规模，凸显了早期识别与针对性干预的重要公共卫生价值。

### 2. 死亡风险与疾病负担

抑郁障碍不仅会严重损害患者的社会功能与生活质量，还与自杀风险存在明确的正相关关联。世界卫生组织 2025 年更新的数据表明，自杀已成为 15-29 岁人群的第三大死因，在部分国家和地区，该死因在年轻女性群体中甚至位列第二[4]。2021 年，全球约有 72.7 万人死于自杀，其中超过半数发生在 50 岁之前[4]。

在我国，自杀是 15-25 岁青少年的第二大非疾病死亡原因。《2022 中国卫生健康统计年鉴》数据显示，2021 年我国 15-24 岁青少年自杀死亡率约为 3.53/10 万[5]。在行为前驱表现方面，多项国内流行病学调查显示，青少年中自杀意念、自伤行为的发生率不容忽视：2018 年一项全国性调查结果显示，约 15.7% 的青少年在过去 1 年内报告存在自杀意念，其中中学生群体的比例更高[1]；另有研究表明，约 13.7% 的中学生曾发生自伤行为，2.3% 曾采取过自杀尝试[1]。上述数据提示，从抑郁症状到自杀行为存在连续的风险谱，且该类风险具有累积性，同时具备明确的可干预性。

<sup>1</sup> 我们这边出现了问题 (bing.com)。

## 二、基于国际诊断标准（ICD-11）的识别框架

世界卫生组织《国际疾病分类》第十一版（ICD-11）对“抑郁障碍”（编码 6A70-6A7Z）有系统的临床描述，其核心诊断体系强调症状聚类与功能损害的综合评估，具体特征如下[6]：

- 核心特征：在至少两周内，几乎每天、每天大部分时间存在抑郁情绪（如悲伤、烦躁、空虚）或兴趣/愉悦感丧失，两者至少具备其一。ICD-11 将其归为情感聚类核心症状，是诊断的必要条件。
- 相关特征：常伴有认知-行为聚类症状（注意力集中困难、自我价值感低下、不适当的内疚感、无望感、反复想到死亡或自杀）和神经植物性聚类症状（睡眠或食欲紊乱、精力减退等），诊断需至少具备 5 项相关症状。
- 严重度分级：根据症状强度与功能损害程度分为轻度、中度和重度，其中中度抑郁发作可标注“伴精神病性症状”，并区分部分缓解与完全缓解状态。
- 功能损害：上述症状导致个人、家庭、社会、学业或其他重要功能领域的显著损害；若功能维持，需付出显著额外努力。
- 排除标准：曾经历躁狂、混合或轻躁狂发作的个体，应诊断为双相障碍而非抑郁障碍。

## 三、科学的应对路径：评估与干预

### 1. 专业评估的核心地位

抑郁障碍的识别与诊断需由具备相应资质的精神卫生专业人员完成，专业评估是后续干预的基础前提。评估过程通常包括结构化或半结构化访谈、标准化量表测评，以及对相关风险因素的系统排查[7]。评估核心要点包括：

- 明确患者是否符合抑郁障碍的临床诊断标准；
- 评估抑郁症状的严重程度，以及自杀、自伤风险等级；
- 排查共病情况（如焦虑障碍、双相障碍等）及相关社会心理影响因素，为后续干预方案的制定提供科学依据[8]。

### 2. 可能治疗方案相关说明

青少年抑郁障碍的治疗方案具有多样性，需基于患者病情严重程度、个体差异及循证依据个体化选择，核心原则为安全、规范、高效，兼顾短期症状缓解与长期预后改善。

#### （1）药物治疗[7][12]

药物治疗是中重度青少年抑郁障碍的重要干预手段，需在精神卫生专业人员全面评估后规范使用，治疗期间需持续监测疗效与安全性，尤其关注自杀相关风险。常用抗抑郁药物主要包括以下 6 类：

- 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂（SSRIs）：舍曲林、西酞普兰、艾司西酞普兰等；
- 5-羟色胺-去甲肾上腺素再摄取抑制剂（SNRIs）：文拉法辛、度洛西汀等；
- 去甲肾上腺素能和特异性 5-羟色胺能抗抑郁药（NaSSAs）：米氮平等；
- 三环类抗抑郁药（TCAs）：阿米替林、丙米嗪、氯米帕明、多塞平等；
- 单胺氧化酶抑制剂（MAOIs）：吗氯贝胺、苯乙肼等；

- 其他作用机理类抗抑郁药：安非他酮、曲唑酮、米安色林等。

药物联合治疗：对于单一药物治疗效果不佳的患者，可在专业医师指导下进行不同类别抗抑郁药物的联合使用，或联合其他对症药物，但需严格规避药物相互作用，强化用药监测。

## (2) 认知行为疗法 (CBT)

认知行为疗法 (CBT) 是轻度至中度青少年抑郁障碍的一线心理干预方案，具有充分的循证依据[7]，核心在于通过针对性技术改善患者负性认知模式、提升问题解决能力，同时优化人际互动功能，从心理层面缓解抑郁症状、预防复发。具体治疗技术包括认知重构、行为激活、暴露疗法、问题解决训练、正念减压训练等。

## (3) 心理咨询

心理咨询是青少年抑郁障碍综合干预的重要组成部分，可单独用于轻度抑郁患者，或作为中重度患者药物治疗、心理治疗的辅助手段，核心在于为患者提供情感支持、引导情绪表达，帮助其建立健康的应对模式。常用咨询方式包括支持性心理咨询、人际关系治疗 (IPT)、正念认知疗法 (MBCT)、精神动力学治疗、团体心理咨询等 [7]。

## (4) 物理疗法

物理疗法主要适用于中重度抑郁障碍患者，或对药物治疗、心理治疗反应不佳的患者，需在专业医疗机构规范开展。常用方式包括重复经颅磁刺激 (rTMS)、电抽搐治疗 (ECT)、迷走神经刺激 (VNS)、深部脑刺激 (DBS) 等。

## (5) 辅助治疗

辅助治疗可作为青少年抑郁障碍综合干预的补充手段，有助于促进患者康复、减少复发，需与核心治疗方案协同实施。具体包括规律运动疗法、正念冥想训练、艺术治疗、音乐治疗、社会支持干预等，其中规律运动、社会支持干预可帮助患者改善情绪状态、增强社会适应能力，正念冥想训练可辅助缓解焦虑、抑郁相关情绪体验。

## (6) 联合治疗

对于症状较重、伴随自杀风险，或合并其他心理行为问题的患者，推荐采用心理治疗与药物治疗联合干预的方式，此举有助于协同发挥两种治疗方式的优势，提升整体干预效果，增强预后稳定性[7]。

## 3. 证据局限与争议

在青少年群体中，抗抑郁药物治疗与自杀风险的关联仍存在明确争议。随机对照试验与观察性研究的结果尚未完全一致：部分早期试验提示，儿童及青少年在抗抑郁药物治疗初期，可能出现自杀意念或自杀行为风险的轻度升高，但总体绝对风险较低，且该风险随治疗时长延长可能逐渐下降[9][10]。因此，多数临床指南强调，青少年抗抑郁药物治疗初期及剂量调整阶段，需加强风险监测，而非盲目回避药物治疗，确保治疗安全性与有效性的平衡。

## 四、对观察者的建议

当观察者发现他人出现持续抑郁情绪、兴趣显著下降，并伴随社会功能受损或安全风险信号时，可遵循以下循证路径开展应对，兼顾安全性与专业性：

- 优先开展安全评估：若发现其存在自伤行为、明确自杀意念或自杀计划，需立即联系专业精神卫生机构或危机干预资源，采取必要的防护措施，确保其人身安全[4]。

- 鼓励并协助其接受专业评估：引导其前往正规医疗机构的精神卫生科接受系统评估，明确诊断与病情严重程度，是制定个体化干预方案的关键环节[7]。
- 构建支持性环境：保持开放、非评判性的沟通态度，鼓励其表达自身情绪体验，避免指责或忽视；同时协助其遵循专业人员的干预建议，必要时联动家庭、社区等多方资源，构建全方位支持网络，为其康复提供保障[7]。

## 五、证据共识与研究空白

综合现有研究证据，可形成以下明确共识：

- 青少年抑郁障碍患病率较高，且对个体身心健康、家庭功能及社会发展造成显著疾病负担，已成为亟待关注的公共卫生问题；
- 早期识别、专业评估及循证干预，可有效改善青少年抑郁障碍患者的预后，降低自杀风险，提升其生活质量；
- 自杀风险与抑郁障碍密切相关，需对抑郁障碍患者开展自杀风险的持续监测与系统管理，强化风险防控。

目前，该领域仍存在以下证据不足或争议点，需后续进一步研究完善：

- 不同干预策略在不同亚型青少年抑郁障碍患者中的长期效果差异尚不明确，缺乏针对性的干预指南；
- 抗抑郁药物治疗与青少年自杀风险之间的因果关系及相关调节因素（如年龄、性别、病情严重程度）尚未完全阐明；
- 如何在不同文化背景及资源配置条件下，实现青少年抑郁障碍筛查、治疗与随访的可持续整合，提升干预的可及性，仍需进一步探索。

总结而言，青少年抑郁障碍是一个涉及流行病学、临床诊断、干预与公共卫生政策的复杂议题，兼具普遍性与特殊性。现有证据支持以专业评估为基础、以循证干预为核心、以风险管理和支持环境为保障的综合应对策略，可有效降低疾病负担、改善患者预后；同时也提示，在部分关键问题上仍需持续开展高质量研究，不断完善证据体系，为青少年抑郁障碍的防控提供更坚实的支撑。

## 六、就医实操指引：挂号、诊疗与费用说明



### 1. 挂号与诊疗流程指引[附件 III]

(1) 就诊前准备：需携带智能通讯终端设备；国家医保平台 APP；足量的一般等价物。

(2) 挂号：

1. 东阳市人民医院-精神卫生科

——2. 东阳市第七人民医院-心理科（吴宁东路14号，失眠诊疗中心）——

3. 浙江大学附属第四医院-精神卫生科

(3) 门诊诊疗流程：①候诊；②就诊；③检查：量表（见附 I），心、脑电图，等；④诊断与方案制定：医生根据评估结果给出诊断，明确干预方案（心理治疗、药物治疗或联合治疗）。

## 重要提示

1. 抑郁症的治疗需个体化，通常由精神科医生制定方案，药物治疗与心理治疗联合使用的疗效优于单一治疗。
2. 物理疗法需严格评估适应症，仅在中重度抑郁症或药物治疗效果不佳时，由专业医生操作实施。
3. 辅助治疗不能替代核心治疗方案，仅作为改善情绪、促进康复的补充手段。

## 3. 治疗费用参考[11]

治疗费用因医院级别、治疗方案不同存在差异，以下为常见项目的费用参考范围，具体以就诊医院为准：

- 挂号费：普通门诊挂号费约 15-25 元；
- 评估费用：标准化量表评估+临床访谈评估，费用约 100-300 元（见附 I）；
- 药物费用：舍曲林（50mg\*14）参考价辉瑞 ¥72.49，华海 ¥10.08； [14]
- 医保报销：未到起付线，故无报销。

首次约需准备一般等价物 人民币 500-1500<sup>+?</sup> 元。

## 参考文献与数据来源

### 引用文献

- [1] Liu J, Liu Y, Ma W, Tong Y, Zheng J. Temporal and spatial trend analysis of all-cause depression burden based on Global Burden of Disease (GBD) 2019 study. *Scientific Reports*, 2024, 14:12346. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62381-9>.
- [2] Yong Z, Wang K, Bai W, Li Y, Wu M, Han J, Wan Y, Yuan J, Wang L. Different correlation between depressive symptoms and sleep duration on weekdays/weekends among adolescents in Taiyuan, North China. *Journal of Affective Disorders*, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.003>.
- [3] Wang L, Zhang D, Wu J, Wang M, Zhang C, Gao J, Zhao H, Qin D. Global, Regional, and National Burdens of Major Depressive Disorder and Dysthymia in Adolescents and Young Adults Aged 10–24 Years from 1990 to 2019: A Trend Analysis Based on the Global Burden of Disease Study 2019. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 2025, 23:3154-3183. <https://doi.org/10.1007/s11469-024-01284-2>.
- [4] Millen A ME, Daniels W MU, Baijnath S. Depression, an unmet health need in Africa: Understanding the promise of ketamine. *Heliyon*, 2024, 10: e28610. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e28610>.
- [5] von Mücke-Heim I-A, Urbina-Treviño L, Bordes J, Ries C, Schmidt M V, Deussing J M. Introducing a depression-like syndrome for translational neuropsychiatry: a plea for taxonomical validity and improved comparability between humans and mice. *Molecular Psychiatry*, 2023, 28:329-340. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01762-w>.
- [6] Bertuccio P, Amerio A, Grande E, La Vecchia C, Costanza A, Aguglia A, Berardelli I, Serafini G, Amore M, Pompili M, Odone A. Global trends in youth suicide from 1990 to 2020: an analysis of data from the WHO mortality database. *eClinicalMedicine*, 2024, 70:102506. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2024.102506>.

[7] Hu A, Liu D, Xie H, Wu X, Liu K, Zhang X, Li L, Zhou X, Hu F. Depression in the schistosomiasis japonica population based on the PHQ-9 scale: a cross-sectional survey from Jiangxi Province, China. Scientific Reports, 2024, 14:24323. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-74510-5>.

[8] Omega-3 fatty acid supplementation for depression in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2024, 11(11): DOI: 10.1002/14651858.CD014803.pub2.

[9] Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. The Lancet Child & Adolescent Health, 2023. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(23\)00077-8](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(23)00077-8).

[10] Mojtabai R, Olfson M, Han B. Effect of selective serotonin reuptake inhibitor treatment following diagnosis of depression on suicidal behaviour risk: a target trial emulation. The Lancet Psychiatry, 2024. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00045-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00045-9).

[11] 浙江省医疗保障局。浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录（2024）[S]. 2024.

[12] 《精神科药物临床手册》编委会。精神科药物临床手册 [M]. 2020.

[13] 广东省药品和医用耗材招采管理系统 [EB/OL]. 2025.

## 附件

I . 《浙江省基本医疗保险医疗服务项目目录》（摘要）,2025.

II . 《就诊指南》,2026.

III . 《须知》,2026.

## 补充

I . [bilibili.com/video/BV1YDAfe9ESe](https://www.bilibili.com/video/BV1YDAfe9ESe)（仅供参考，不代表同意观点）

## 说明

I . 问题不大，优势在我。

II . 依据《精神卫生法》、《民法典》，本件及附件内容属法定保密信息，严禁泄露。

III . 是这样的。

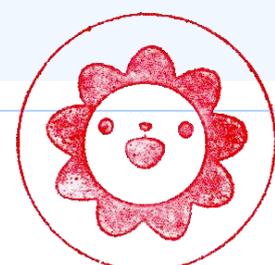
[depression.verber.eu.org](https://depression.verber.eu.org)



本文件旨在提供基于公开科学文献与官方报告的客观事实集合，不构成对任何个人的诊断或行动建议。所有医疗决策应基于专业人员的面对面评估。

以上内容仅供参考。

AI生成内容仅供参考，请仔细甄别。



本件经核验可能有误