

# 《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》解读

张艳,安翠霞\*

(河北医科大学第一医院精神卫生科,河北石家庄 050031)

**[摘要]** 老年期抑郁障碍(late life depression,LLD)作为老年人最常见的精神健康问题之一,其诊疗面临着症状不典型、共病复杂、治疗反应差等独特挑战。中华医学会精神医学分会老年精神医学学组在2017版共识基础上,通过系统性文献回顾和德尔菲法专家调研,形成了《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》。这一新版共识反映了老年精神医学领域的最新研究进展和临床实践经验,为LLD的规范化诊疗提供了全面指导。本文将围绕共识的核心更新内容,从流行病学与风险因素、临床特征与评估诊断、综合治疗策略、康复预防管理四个维度进行深入解读,帮助临床工作者更好地理解和应用这一重要共识。

**[关键词]** 抑郁障碍;老年人;诊断;治疗;共识解读  
**[中图分类号]** R749.42 **[文献标志码]** A

doi:10.3969/j.issn.1007-3205.2026.04.001  
**[文章编号]** 1007-3205(2026)04-0373-05

老年期抑郁障碍(late life depression, LLD)通常指60岁及以上人群中以抑郁综合征为核心表现的一组疾病<sup>[1-4]</sup>,其临床表现、病理机制和治疗反应与年轻患者存在显著差异。中华医学会精神医学分会老年精神医学学组基于《老年期抑郁障碍诊疗专家共识》(简称2017版共识),通过系统性文献检索(以“老年”、“抑郁障碍”、“抑郁症”等为主题词)和德尔菲法调研(覆盖全国15个省市25所三甲医院的临床专家),形成了《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》(简称2025版共识)。这一更新旨在应对我国老龄化加速背景下老年精神卫生服务需求的快速增长,以及LLD诊疗实践中面临的诸多挑战。2025版共识的主要更新内容集中在三个关键领域:一是流行病学特征与风险因素的新证据,特别是新型冠状病毒肺炎(corona virus disease 2019, COVID-19)疫情对老年心理健康的影响;二是多维整体评估框架的完善,强调“精神症状—躯体状况—影响因素—病程特征—功能缺损”的综合评估模式;三是治疗策略的优化,包括心理治疗、药物治疗及神经调控治疗的最新进展。这些更新反映了过去8年老年精神医学领域的研究成果和临床经验积累,尤其是对中国老年抑郁人群特殊性的认识深化。与2017版共识相比,2025版共识在方法论上的显

著特点是采用了德尔菲专家函询法<sup>[5]</sup>,两轮调研分别有31位和30位专家完成评分,专家权威系数高达0.88,保证了推荐意见的专业共识度和可信度。然而,共识编写组也坦承,由于LLD诊断标准的宽泛性和高质量循证研究的缺乏,本次更新未采用传统指南的系统评价方法,而是基于专家共识形成推荐意见,这是本版共识的主要局限性。下面将围绕共识的核心更新内容进行深入解读,以帮助临床工作者更好地理解和应用这一重要共识。

## 1 流行病学与风险因素的新认识

LLD的流行病学特征在2025版共识中得到了全面更新,反映了这一群体心理健康状况的最新变化。国内权威调查数据显示,65岁及以上老年人群抑郁障碍的12个月加权患病率为3.8%<sup>[6]</sup>,这一数字虽然低于全球部分地区的报告,但抑郁症状的检出率却显著增高。深入分析显示,老年人群中的抑郁问题存在明显的人群差异:队列研究表明,我国老年女性抑郁症状检出率高达45.79%,明显高于男性的31.13%<sup>[7]</sup>,这种性别差异可能与女性更长的寿命、更高的独居率以及更频繁的就医行为有关。

特殊老年群体的抑郁风险尤为突出。共识指

[收稿日期]2025-08-26

[作者简介]张艳(1993-),女,河南商丘人,河北医科大学第一医院医学博士研究生,从事精神卫生科疾病诊疗研究。

\*通信作者。E-mail:acxsunny@hebmh.edu.cn



出,养老机构老年人抑郁症状总体患病率为36.8%,其中轻度和中重度抑郁症状患病率分别为29.1%和9.1%<sup>[8]</sup>。这一数据警示,机构养老环境可能对老年人的心理健康产生重要影响,需要特别关注这类人群的心理状态。更令人担忧的是老年抑郁与自杀风险的关联,约80%以上的老年自杀者符合抑郁症诊断标准<sup>[9]</sup>,这一比例远高于年轻人群,凸显了老年抑郁早期识别和干预的紧迫性。

COVID-19疫情的爆发对老年心理健康产生了深远影响,这也被纳入2025版共识的流行病学更新中。数据显示,疫情期间40%的老年人存在抑郁症状,13.6%被诊断为抑郁障碍<sup>[10]</sup>。社交隔离、健康担忧以及对突发公共卫生事件的不确定感,可能是导致老年抑郁症状激增的重要原因。这一发现提示,在未来应对公共卫生危机时,需要将老年心理健康服务纳入应急响应体系。

新版共识系统梳理了LLD的多维度风险因素,建立了生物-心理-社会综合模型。在生物学因素方面,遗传易感性、血管性病理损害、神经营养因子失衡及神经炎症病变被认为是重要机制<sup>[11-16]</sup>。与年轻抑郁患者相比,LLD的遗传负荷相对较小,而血管性损害和退行性病变的作用更为突出。神经影像学研究显示,LLD患者常伴有额叶-纹状体-边缘系统环路的功能异常和脑小血管病改变<sup>[17]</sup>,这为理解LLD的特殊病理生理机制提供了线索。

心理社会因素在LLD发病中扮演着关键角色。共识指出,老年期诸多生活事件如丧亲、受歧视/被虐待、经济困境、遭受诈骗、人际冲突、生活目标缺失、宗教文化冲击等,既是LLD诱因,其引发的急慢性应激反应也可直接融入临床症状。特别是孤独感对抑郁的影响极为强烈-研究显示,与无孤独感者比较,重度孤独者患抑郁风险超过前者10倍。这些发现强调了社会支持系统和心理健康促进在老年抑郁预防中的重要性。

共识还特别关注了共病模式对LLD的影响。研究<sup>[18]</sup>显示,老年慢性病患者抑郁症状检出率为10.33%,心血管疾病患者的抑郁及焦虑共病率在各慢性病类型中最为突出。慢性病种类的累积与抑郁风险密切相关,多种慢性病共存者抑郁发生风险显著高于单一慢性病患者<sup>[19]</sup>。这些共病不仅增加了诊断的复杂性,也影响治疗选择和预后,需要在临床评估中给予特别关注。

基于最新流行病学证据,2025版共识提出了

三点关键专家观点:第一,LLD是老年期最常见的精神疾病之一,但识别率和治疗率严重不足;第二,LLD的危险因素涵盖生物-心理-社会多维度,呈多因共同作用模式;第三,LLD发病机制与炎症反应、应激损伤和衰老过程密切相关。这些观点为LLD的预防和干预提供了理论基础,强调了多维度、整合性的防控策略的重要性。

## 2 临床表现与评估诊断的创新

LLD的临床表现在2025版共识中得到了更为细致地刻画,特别强调了与年轻患者不同的特征性表现。尽管《国际疾病分类》和美国《精神障碍诊断与统计手册》等诊断系统并未单独区分老年抑郁的诊断标准,但基于大量临床观察和研究证据,共识明确指出LLD具有一系列不典型症状,这些症状常常成为正确诊断的主要障碍。识别这些特殊表现对于提高LLD的诊断准确率至关重要。

核心症状方面,LLD与其他年龄段的抑郁症患者一样,必须具备情绪低落、兴趣减退和快感缺失这一“抑郁三联征”。然而,老年患者往往较少主动报告这些典型的情感症状,而更倾向于主诉躯体不适,如慢性疼痛、消化功能紊乱、疲乏等,导致在综合医院各科反复就诊却效果不佳。我国农村老年抑郁患者中,仅20%的焦虑患者和10.3%的抑郁患者知晓自身患病,反映出症状识别的巨大缺口。

2025版共识特别强调了LLD的焦虑/激越症状,表现为过度担忧、灾难化思维与易激惹,这些症状常掩盖抑郁核心主诉,甚至成为临床最突出的表现。与年轻患者比较,老年抑郁患者伴有激越、疑病、精神病性症状的比例明显更高。精神病性症状尤其值得关注,包括疑病、虚无、被害妄想等,这些症状可能与老龄化相关的心理调整 and 人格改变有关,也可能预示着神经退行性病变的早期表现。

认知损害是LLD的另一关键特征,主要累及注意力、信息加工速度和执行功能。这种损害在抑郁症状缓解后可能持续存在,成为发展为痴呆的前驱标志。共识指出,抑郁与神经认知障碍可能互为因果或共享病因和发病机制,共病情况也非常常见。伴有执行功能障碍的患者对抗抑郁药治疗反应较差,此时使用具有认知改善作用的抗抑郁药如舍曲林或结合问题解决治疗可能更为有效。

在睡眠障碍方面,老年人不仅表现为典型的

早醒、入睡困难，还常伴有睡眠节律改变（时相前移、片段化睡眠增加）和各种睡眠相关运动障碍，如不宁腿综合征、快速眼动期睡眠行为障碍等。这些复杂的睡眠问题与抑郁症状相互影响，形成恶性循环。自杀风险管理也需特别重视，老年抑郁患者的自杀观念往往更为牢固、计划周密且成功率高，重度抑郁发作、孤独感和认知功能下降是独立危险因素。

2025版共识提出的多维整体评估框架是诊断流程的重要创新。这一框架涵盖“精神症状—躯体状况—影响因素—病程特征—功能缺损”五个维度，为全面把握LLD的临床全貌提供了结构化工具。精神症状评估需结合标准化量表，如老年抑郁量表和蒙特利尔认知评估，并重视知情者提供的补充信息。躯体评估则应包括全面的体格检查、神经系统检查和必要的实验室检测（如甲状腺功能、维生素B12、同型半胱氨酸等）以及神经影像学检查。影响因素评估拓展了传统的生物医学模式，将人格特质、宗教文化、应激事件和社会支持等心理社会因素纳入常规评估范畴。在中国农村地区的研究发现，传统角色压力使老年女性抑郁风险显著增高，而“文化污名”导致许多患者不愿承认心理问题，拒绝寻求专业帮助。病程评估需明确是老年期首发还是青壮年抑郁的延续，这对治疗选择和预后判断至关重要。功能评估则通过日常生活力量表和社会功能量表量化疾病对患者生活质量的影响程度。

在鉴别诊断方面，共识着重强调了三类情况：神经认知障碍（抑郁可能是痴呆前驱表现）、帕金森病（抑郁可早于运动症状出现）和脑血管病（特别是脑小血管病相关的抑郁）。药源性抑郁也需高度警惕，老年患者常用的心血管药物（如 $\beta$ -阻滞剂）、激素类药物和部分抗生素都可能诱发抑郁症状。共识提供了详细的药源性抑郁药物列表和鉴别要点，强调用药史采集和时序关系分析的重要性。

针对认知障碍患者的抑郁评估，共识推荐采用阶梯式方法：首先使用简易精神状态量表评估认知功能水平，然后根据认知损害程度选择适当的抑郁评估工具——轻度损害可使用简短老年抑郁量表，中重度损害则推荐使用康奈尔老年痴呆抑郁量表。康奈尔老年痴呆抑郁量表同时包含患者和知情人的晤谈内容，对于自我报告不可靠的严重认知损害患者尤为重要，但需要注意操作者培训对结果可靠性的影响。

专家观点明确指出，LLD评估应当超越简单的症状核对，而是整合性判断抑郁综合征是否导致显著心理痛苦或功能损害。临床医生需特别关注不典型表现，如突发的认知功能下降、难以解释的躯体症状或人格改变，这些都可能是老年抑郁的“伪装”表现。诊断过程中既要避免将正常老化或躯体疾病伴随症状过度病理化，也要防止因年龄歧视而低估老年患者的治疗需求和康复潜力。

### 3 综合治疗策略的优化与进展

LLD的治疗策略在2025版共识中得到了全面更新，基于德尔菲法专家调研结果，形成了以安全、循证、有效为核心原则的“阶梯式治疗框架”。与年轻患者比较，LLD的治疗面临更多挑战：药物代谢变化、共病复杂、认知损害影响疗效评估，以及社会支持系统薄弱等问题，都要求临床医生采取更为精准和综合的干预措施。

治疗目标的设定反映了老年抑郁管理的特殊性。共识明确指出，LLD治疗不仅要有效改善症状、降低自杀风险，还需防止复燃复发，促进功能康复，提高生活质量。这一“全人健康”理念超越了传统的症状缓解导向，强调功能恢复和社会参与的重要性，与老年医学的整体护理原则高度一致。

在治疗原则方面，2025版共识提出了七项关键指导：安全原则（规避药物相互作用和不良反应）、循证原则（基于最佳研究证据）、有效原则（追求症状完全缓解）、个体化原则（考虑生理心理社会特点）、综合治疗原则（药物与非药物结合）、全程原则（急性期、巩固期和维持期连续治疗）和经济性原则（减轻患者负担）。这些原则的排列顺序反映了老年抑郁治疗中“风险收益平衡”的特殊重要性，尤其是安全性的优先考虑。

### 4 药物治疗的精细化推荐

药物治疗仍然是LLD的主要治疗手段，但2025版共识对给药方案进行了重要调整。基于老年人药代动力学特点（肝肾功能降低、药物分布容积改变、清除率降低等），共识强调“低起始、慢调整”原则：起始剂量为成年人推荐剂量的 $1/4\sim 1/2$ ，加量间隔 $\geq 2$ 周，治疗窗向低剂量范围偏移。药物选择需考虑症状特点、共病情况和药物相互作用风险。

共识根据德尔菲法调研结果，对不同临床情

境下的“药物选择”提供了具体指导：舍曲林和艾司西酞普兰因其良好的安全性和较少的药物相互作用被推荐为一线选择；伴有明显焦虑和躯体症状的患者可考虑文拉法辛或度洛西汀；而米氮平则适用于食欲减退和失眠突出的患者。新型抗抑郁药如伏硫西汀（改善认知）和盐酸托鲁地文拉法辛（不经细胞色素P450酶代谢）也被纳入推荐，为临床提供了更多选择。

针对“难治性抑郁”，共识提出了清晰的“阶梯式策略”：首先评估诊断准确性和治疗依从性，然后考虑加量、换药或联合增效治疗。阿立哌唑作为增效剂可显著改善患者的幸福感<sup>[20]</sup>，锂盐对双相抑郁自杀患者有效，可以提高难治性老年抑郁患者治疗应答率<sup>[21]</sup>，但需密切监测血药浓度和不良反应。

药物监测在老年患者中尤为重要。共识强调在整个治疗过程中需严密监测不良反应，特别是抗胆碱能效应（口干、便秘、尿潴留、认知影响）和心血管影响（QT间期延长、体位性低血压）。药物基因检测可作为参考，但不应作为治疗决策的唯一依据。对于共病躯体疾病的患者，需特别关注抗抑郁药与疾病治疗药物间的相互作用，如选择性5-羟色胺再摄取抑制剂与抗血小板药物的出血风险增加。

## 5 非药物治疗的整合与创新

心理治疗在2025版共识中的地位得到提升，德尔菲法调研优先推荐支持性心理治疗、问题解决治疗和认知行为治疗作为LLD的主要心理干预方式。生命回顾治疗在有效性和可接受性方面表现突出，尤其适合解决老年期特有的存在意义感和生命完整性议题。而行为激活治疗虽然证据充分，但在老年患者中的接受度较低，可能与文化因素和治疗强度有关。

神经调控治疗的更新是2025版共识的亮点之一。无抽搐电休克治疗<sup>[22]</sup>仍被视为伴精神病性症状、严重自杀风险或拒食患者的最佳选择，即使高龄患者在充分评估后也可安全实施。重复经颅磁刺激联合药物治疗时，可显著改善情绪症状和认知功能，且耐受性良好。光照治疗和针灸等传统方法也被纳入广义的神经调控范畴，为老年患者提供了更多治疗选择。

## 6 康复管理与未来展望

LLD的长期管理在2025版共识中被赋予了前

所未有的重视，反映了从急性期治疗向“全病程管理”的模式转变。共识指出，LLD复发比例高于非LLD患者，充分的维持治疗和预防管理非常重要，应建立以患者为中心的整体康复模式<sup>[23]</sup>。共识基于最新证据和专家意见，构建了以患者为中心、多学科协作的预防康复体系，为临床实践提供了系统指导<sup>[5, 24]</sup>。

复发预防的生态学模型是2025版共识的创新之一，该模型整合了生物医学、心理社会和环境因素，提出了三级预防策略：一级预防针对全人群的心理健康促进（心理保健、疾病科普）；二级预防针对高危人群的早期识别和筛查干预；三级预防则聚焦于已病患者的有效治疗和长期康复。社会支持系统的构建被视为康复管理的核心。2025版共识建议建立由专科医生、基层医疗卫生人员、社会工作者及家庭成员共同参与的“协同照料网络”。

2025版共识坦率承认了当前研究的局限性，特别是循证证据不足导致的推荐强度偏弱问题。老年抑郁患者常被排除在临床试验外，导致专门针对LLD的高质量治疗研究稀缺。此外，文化适应性干预的研发、数字疗法的效果验证、社区康复模式创新等，都是未来需要重点突破的领域。共识呼吁加强精神科与老年科、初级保健的协作，建立全国性的老年抑郁登记系统，为研究和政策制定提供数据支持。

随着2025版共识的发布和推广，我国LLD的诊疗将迈向更加“规范化”和“个体化”的新阶段。这一共识不仅为临床医生提供了实用工具，也为医疗卫生行政部门制定老年心理健康政策提供了参考依据。面对人口老龄化的严峻挑战，整合医学、心理学、社会工作的多学科协作模式，将成为提升老年抑郁防治效果的关键路径。

### [参考文献]

- [1] 中华医学会精神医学分会老年精神医学组. 老年期抑郁障碍诊疗专家共识[J]. 中华精神科杂志, 2017, 50(5): 329-334.
- [2] Weisenbach SL, Kumar A. Current understanding of the neurobiology and longitudinal course of geriatric depression [J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2014, 16(9): 463.
- [3] Baba H, Kito S, Nukariya K, et al. Guidelines for diagnosis and treatment of depression in older adults: A report from the Japanese society of mood disorders [J]. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2022, 76(6): 222-234.
- [4] Agüera-Ortiz L, Claver-Martín MD, Franco-Fernández MD, et al. Depression in the elderly. Consensus statement of the

- spanish psychogeriatric association [J]. *Front Psychiatry*, 2020,11:380.
- [5] 李志营,国灿灿,周佳男,等.老年期抑郁障碍规范治疗的德尔菲法专家共识调查研究[J/CD].*中国医学前沿杂志(电子版)*,2025,17(3):96-101.
- [6] 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.
- [7] Li H, Liu X, Zheng Q, et al. Gender differences and determinants of late-life depression in China: A cross-sectional study based on CHARLS [J]. *J Affect Disord*, 2022, 309: 178-185.
- [8] Tang T, Jiang J, Tang X. Prevalence of depression among older adults living in care homes in China: A systematic review and meta-analysis [J]. *Int J Nurs Stud*, 2022, 125: 104114.
- [9] Belteczki Z, Von Der Wuk I, Szili I, et al. Late-life depression, clinical picture, etiology, therapeutic options [J]. *Neuropsychopharmacol Hung*, 2025, 27(1):51-64.
- [10] Kurniawidjaja M, Susilowati IH, Erwandi D, et al. Identification of depression among elderly during COVID-19 [J]. *J Prim Care Community Health*, 2022, 13: 21501319221085380.
- [11] Liu H, Wu X, Wang Y, et al. TNF- $\alpha$ , IL-6 and hsCRP in patients with melancholic, atypical and anxious depression: An antibody array analysis related to somatic symptoms [J]. *Gen Psychiatr*, 2022, 35(4):e100844.
- [12] Carlessi AS, Borba LA, Zugno AI, et al. Gut microbiota-brain axis in depression: The role of neuroinflammation [J]. *Eur J Neurosci*, 2021, 53(1):222-235.
- [13] Boccardi M, Boccardi V. Psychological wellbeing and healthy aging: Focus on telomeres [J]. *Geriatrics (Basel)*, 2019, 4(1):25.
- [14] Terao T, Ishii N, Hirakawa H. A specific group of patients with diagnostic conversion from depression to bipolar disorder and finally to dementia as a mental GSK-3 disease: A hypothesis [J]. *Bipolar Disord*, 2020, 22(4):356-359.
- [15] Donovan NJ, Locascio JJ, Marshall GA, et al. Longitudinal association of amyloid beta and anxious-depressive symptoms in cognitively normal older adults [J]. *Am J Psychiatry*, 2018, 175(6):530-537.
- [16] Taylor WD, Zald DH, Felger JC, et al. Influences of dopaminergic system dysfunction on late-life depression [J]. *Mol Psychiatry*, 2022, 27(1):180-191.
- [17] Jellinger KA. The heterogeneity of late-life depression and its pathobiology: A brain network dysfunction disorder [J]. *J Neural Transm (Vienna)*, 2023, 130(8):1057-1076.
- [18] Zhao X, Yuan X, Meng D, et al. Prevalence and correlates of anxiety and depression among chronically ill older adults in Zunyi, China: A cross-sectional study [J]. *Front Psychol*, 2025, 16:1560650.
- [19] 张洪惠,李红.老年慢性病患者抑郁情绪的研究进展[J].*中华护理教育*, 2008, 5(2):95.
- [20] Lenze EJ, Mulsant BH, Blumberger DM, et al. Efficacy, safety, and tolerability of augmentation pharmacotherapy with aripiprazole for treatment-resistant depression in late life: A randomised, double-blind, placebo-controlled trial [J]. *Lancet*, 2015, 386(10011):2404-2412.
- [21] Hsu CW, Tseng WT, Wang LJ, et al. Comparative effectiveness of antidepressants on geriatric depression: Real-world evidence from a population-based study [J]. *J Affect Disord*, 2022, 296:609-615.
- [22] Jiang X, Xie Q, Liu LZ, et al. Efficacy and safety of modified electroconvulsive therapy for the refractory depression in older patients [J]. *Asia Pac Psychiatry*, 2020, 12(4):e12411.
- [23] 谢稚鹃,林凯,吕晓珍,等.老年期抑郁症核心症状群的特尔菲法研究[J].*中国心理卫生杂志*, 2013, 27(10):729-733.
- [24] Cui L, Ding D, Chen J, et al. Factors affecting the evolution of Chinese elderly depression: A cross-sectional study [J]. *BMC Geriatr*, 2022, 22(1):109.

(本文编辑:赵丽洁)