

· 专家论坛 ·

聚焦老年期抑郁障碍规范诊疗——《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》解读

冯志伟, 孙新宇*

(北京大学第六医院, 北京大学精神卫生研究所,
国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室(北京大学),
精神心理疾病国家临床医学研究中心(北京大学第六医院), 北京 102200
*通信作者: 孙新宇, E-mail: sunxinyu@bjmu.edu.cn)

【摘要】 老年期抑郁障碍(LLD)因其在病因、临床特征、评估诊断流程及治疗干预等方面的特殊性与复杂性,一直是精神科临床诊疗的难点。本文围绕《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》的核心内容,结合临床关注要点,系统解读该专家共识的形成背景以及LLD的风险因素、特征识别与多维整体评估、诊断及鉴别诊断、治疗策略以及康复与复发预防管理。旨在深化对该共识的理解,促进其在临床实践中的推广应用,进一步提升我国LLD的规范化诊疗水平。

【关键词】 老年期抑郁障碍; 诊断; 治疗; 专家共识; 解读

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/scjsws20260202001

Focus on standardized diagnosis and treatment of late life depression: interpretation of the "Expert consensus on diagnosis and treatment of late life depression (2025 edition)"

Feng Zhiwei, Sun Xinyu*

((Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health,
NHC Key Laboratory of Mental Health (Peking University),
National Clinical Research Center for Mental Disorders (Peking University Sixth Hospital), Beijing 102200, China
*Corresponding author: Sun Xinyu, E-mail: sunxinyu@bjmu.edu.cn)

【Abstract】 Late life depression (LLD) has long been a challenge in clinical diagnosis and treatment due to its unique and complex nature in etiology, clinical features, assessment and diagnostic procedures, as well as treatment interventions. Centered on the core content of the Expert consensus on diagnosis and treatment of late life depression (2025 edition) and integrated with current clinical focuses, this article systematically interprets the consensus regarding its background, risk factors, feature identification and multidimensional assessment, diagnostic and differential principles, treatment strategies, as well as rehabilitation and recurrence prevention management of LLD. This article aims to deepen the understanding of the consensus, promote its application in clinical practice, and further elevate the level of standardized diagnosis and treatment of LLD in China. [Funded by National Natural Science Foundation of China (number, 82171524)]

【Keywords】 Late life depression; Diagnosis; Treatment; Expert consensus; Interpretation

随着社会老龄化进程的加速,我国老年人口迅猛增长,截至2024年末,我国60岁及以上人口数量已突破3亿。老年期抑郁障碍(late life depression, LLD)作为老年群体中发病率和患病率最高的精神心理疾病之一,不仅严重损害患者的生活质量与社会功能,也给家属增加了沉重的照护负担与心理压力。由于老年患者特殊的生理与病理改变,加之受复杂生活事件的影响,其抑郁核心症状常被躯体不

适所掩盖。这给疾病的早期准确识别与精准鉴别带来了极大挑战,也对基层医院及综合医院的非精神专科医师提出了更高要求。此外,老年患者在药物耐受性、多重用药风险以及心理和物理治疗适用性等方面的特殊性,使得对LLD的临床规范化干预面临重重考验。

鉴于广大精神科医师及相关从业者对LLD规范化诊疗的迫切需求,中华医学会精神医学分会老年精神医学学组在2017年发表的《老年期抑郁障碍诊疗专家共识》^[1](以下简称“2017版专家共识”)的基础上,结合系统性文献检索与德尔菲法专家调研

基金项目:国家自然科学基金(项目名称:正念认知疗法对老年抑郁障碍情感调控的神经环路机制,项目编号:82171524)

结果^[2],形成了《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》^[3](以下简称“2025版专家共识”)。该专家共识发布于2025年8月,与同年9月发布的《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》^[4]互为补充、相得益彰,共同为LLD的科学防治提供了具有临床可操作性的权威指导。

1 共识形成的背景

1.1 概念

国内外学界公认LLD并非一个严格限定的独立诊断类别。2025版专家共识延续了2017版专家共识中的概念,明确LLD是指在60岁及以上人群中,以抑郁综合征为核心表现的一组症状。该年龄界定与《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》中以65岁为划分标准略有不同。以60岁为界主要基于以下两方面考量:①符合《中华人民共和国老年人权益保障法》对老年人的定义,该法所称老年人是指60周岁以上的公民^[5];②国内关于老年人心理健康状况的流行病学调查数据多以60岁作为统计起点^[6]。

在临床实践中,LLD的诊疗核心在于精准识别并妥善处理严重影响患者生活的抑郁状态。老年患者常合并多种躯体疾病,难以完全排除这些躯体疾病对抑郁发生发展的影响,这也正是临床诊疗的痛点与难点。因此,2025版专家共识界定的LLD的概念具有广泛包容性,不仅涵盖了老年期抑郁症(major depressive disorder),也包括继发于大脑或躯体疾病的抑郁或共病存在的抑郁(secondary or co-morbid depression)、心境恶劣(dysthymia),以及其他抑郁特征突出、并导致患者心理痛苦或较大程度影响其生活质量、社会功能的抑郁综合征^[7-9]。

1.2 专家共识框架和更新要点

鉴于LLD的诊断标准较为宽泛,且现阶段针对其规范化诊疗的高质量循证研究相对缺乏,中华医学会精神医学分会老年精神医学学组专家围绕LLD诊疗原则、药物选择的推荐顺序以及临床治疗的重点问题进行了德尔菲法专家调研,同时检索了2020年西班牙老年精神病学会^[8]和2022年日本心境障碍学会^[9]的相关指南与共识,并系统梳理了近五年LLD领域的最新研究进展,为2025版专家共识的形成提供了坚实的理论依据与循证基础。

相较于2017版专家共识,2025版专家共识在整体框架与细节内容上均实现了大幅完善,详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》中的表1^[3]。

2025版专家共识重点完善了四大核心板块:①补充了基于流行病学数据的LLD流行病学特征及风险因素;②构建了更加系统且具有可操作性的多维整体评估框架;③强化了对躯体共病及药源性抑郁的精准识别与鉴别;④针对不同临床特征的LLD患者,细化了针对性的药物选择策略,并对心理治疗与物理(神经调控)治疗的干预方案进行更新与拓展。

值得一提的是,2025版专家共识与同期发布的《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》在总体原则上保持高度一致,但2025版专家共识更聚焦老年群体独有特点,侧重构建了从“危险因素识别-多维整体评估-精准诊断-综合治疗-康复预防”的全病程诊疗闭环,提出了一系列清晰的诊断评估工具、共病鉴别策略与临床治疗建议。这不仅为老年精神科专科医师提供了规范化诊疗参考,也为需要接诊老年患者的综合医院非精神科医生及基层医务人员提供了高度专业且实用的临床指导。

2 LLD 规范诊疗的临床关注点

2.1 风险因素

2025版专家共识在系统回顾国内外权威调查数据后指出,老年人群中抑郁症状检出率远高于流行病学调查中抑郁障碍的终生患病率。例如,在养老机构等特殊人群中或新型冠状病毒肺炎疫情流行时期,老年群体抑郁症状检出率接近40%^[10-11]。尽管流行病学数据可能受调查方法、筛查工具及研究类型等因素影响,但其依然深刻反映出老年群体普遍承载着较多的负性生活事件以及该群体的退行性病理改变^[12-13]。

与成年期抑郁障碍相比,LLD的病理机制具有其特殊性:遗传负荷相对较小,而神经病理损害与退行性病变特征更为显著,且社会心理因素对发病的影响更为突出^[14]。2025版专家共识系统归纳了LLD的多类风险因素,详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》中的表2^[3]。其中,特别值得注意的是,诸如虚弱、肌少症、口腔疾病等常被忽视的躯体健康问题,实际上深刻影响LLD的发生、发展及转归,这也为LLD后续诊断及干预提供了重要的临床预警与切入点。

2.2 特征识别与多维整体评估

LLD的临床表现往往具有较强的隐匿性与不典型性,易造成漏诊或误诊。2025版专家共识将LLD的临床症状分为一般性症状和特征性症状两类,以辅助临床医师早期识别与准确诊断。

一般性症状:除抑郁核心症状(兴趣减退、快感缺失、情绪低落)外,常见症状还包括郁闷、自杀观念或行为、自责、缺乏愉快体验、无助/绝望、焦虑不安、睡眠紊乱、疲乏、躯体不适、食欲/体重改变、懒散迟缓等。此外,LLD患者伴有激越、疑病及精神病性症状的比例较高,且注意力下降、决策困难、无价值感等更普遍^[15]。

特征性症状^[1,15-18]:焦虑/激越、躯体主诉和躯体化症状、精神病性症状、认知功能损害、睡眠障碍、共病躯体疾病及神经系统疾病、文化和应激相关症状、自杀观念和和行为。临床医师需高度警惕并重点关注以上特征性症状。

鉴于LLD症状的复杂性,开展全面、系统的临床评估尤其必要。2025版专家共识特别构建了多维整体评估框架,这与《中国抑郁障碍防治指南(2025版)》强调的全面评估体系高度契合。多维整体评估框架涵盖精神症状、躯体状况、影响因素、病程特征、功能缺损五个核心维度,详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025版)》中的表3^[3]。这一多维整体评估框架不仅有助于临床医师准确识别症状以明确诊断,更能分析疾病潜在影响因素及病理机制,为后续制定个体化的精准干预策略、全面康复计划等提供坚实的信息支撑。

根据多维整体评估框架,当面对一位主诉“记忆力下降、不愿与人交流”的老年患者时,临床医师不应仅根据主诉做出“痴呆”诊断,而应系统地开展以下多维评估。①精神症状:通过精神检查对患者精神状态进行全面评估,重点关注其认知功能,特别是记忆力和语言功能,细致甄别表象背后的情感体验,可选择针对老年群体的评定工具,如老年抑郁量表(Geriatric Depression Scale, GDS)筛查抑郁症状,蒙特利尔认知评估量表(Montreal Cognitive Assessment, MoCA)评定认知功能等。②躯体状况:完善必要的躯体和神经系统检查,重点进行血常规、电解质、血生化、甲状腺功能、维生素B₁₂与叶酸浓度、同型半胱氨酸等血液检验,辅以头颅MRI等神经影像学检查。③影响因素:通过询问患者或照料者,深入了解患者的文化背景、家庭及社会支持情况,评估可能存在的心理社会因素,如亲友离世、经济压力等负性生活事件。④病程特征:了解病史中认知和情感症状演化轨迹,关注其既往治疗特点及依从性。⑤功能缺损:全面评价患者生活质量、日常生活能力和社会功能。

通过以上综合评估,可能会发现,患者的记忆

力下降和行为改变,仅是其思维抑制、自我评价下降以及担心成为家人负担的外在表现,其本质掩盖了抑郁的核心症状。经过充分、规范的抗抑郁治疗后,此类患者完全可能回归正常生活。须强调的是,量表评定和辅助检查的核心目的在于辅助诊断、鉴别诊断以及客观的疗效评定,临床上需根据患者症状特征及诊断鉴别需求进行合理选择。除少数特定诊断工具外,大多数临床量表仅能作为衡量某一维度症状严重程度的标尺,绝不能替代严谨的临床诊断标准。

2.3 诊断及鉴别诊断

2025版专家共识指出,LLD的诊断不仅局限于原发性抑郁症,还涵盖了老年期存在的心境恶劣、躯体疾病所致抑郁或共病抑郁。在临床实践中,医师可参照ICD和(或)DSM抑郁障碍标准进行诊断。值得注意的是,2025版专家共识强调诊断的核心不仅在于满足症状学标准,还需充分考虑抑郁综合征是否给老年患者带来了显著的心理痛苦或较大幅度损害了其生活质量和社会功能。

在鉴别诊断方面,2025版专家共识重点提示将双相情感障碍、痴呆及谵妄作为重点鉴别对象。①双相情感障碍:部分老年期双相情感障碍的躁狂或轻躁狂发作不具备典型的兴奋话多、思维活跃、行为增多等特征。临床需重点关注情感不稳、激惹性高的患者,应详细追溯其既往轻躁狂病史、季节性发作特征、阳性家族史,以及是否出现抗抑郁治疗后转躁的情况。②谵妄:谵妄在老年期也较为常见,针对某些焦虑激越症状突出、伴有明显认知损害和精神病性症状的抑郁表现,需评估患者意识水平,并结合病史、躯体情况及实验室检查加以鉴别。③痴呆:抑郁与痴呆在临床特征与病因病理上常存在部分重叠,且抑郁本身也是痴呆的危险因素。鉴别时需关注两者核心特征和治疗转归的差异,可参考认知功能评定结果及神经影像学资料。具体流程参见多维整体评估板块的病例说明。

躯体疾病共病的精准识别是LLD诊断的又一大难点。睡眠障碍、躯体不适是老年群体的常见困扰,当患者辗转多家医院检查未发现特异性指标,且常规对症治疗缺乏明确稳定疗效时,临床医师需高度警惕LLD的可能。由于老年群体是心脑血管疾病、内分泌疾病、风湿免疫以及肿瘤等慢性躯体疾病的高发人群,其共患抑郁的比例较高。因此,2025版专家共识提出了共病诊断的甄别思路^[3]:①抑郁是

否继发于躯体疾病;②症状是否为躯体疾病自身表现;③抑郁是否为躯体疾病的心理反应;④抑郁是否由治疗躯体疾病的药物所致;⑤抑郁的诊疗是否影响躯体疾病诊疗及康复。此外,2025 版专家共识剖析了 LLD 共病神经认知障碍、帕金森病、脑血管病及甲状腺疾病的具体鉴别特征。

对老年患者而言,治疗躯体疾病的部分药物以及药物之间的相互作用可能诱发其抑郁样表现。为防范医源性风险、排查药源性抑郁,2025 版专家共识归纳了老年患者药源性抑郁的常用药物,详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025 版)》中的表 4^[3]。

2.4 治疗

2.4.1 治疗概述

2025 版专家共识明确提出 LLD 的治疗目标为:有效改善症状、降低自杀率、防止复燃复发、促进功能康复,并提高患者的生活质量。在总体治疗原则的考量上,结合德尔菲法专家调研的高度共识,2025 版专家共识推荐了具有明确优先级的核心治疗原则,依次为安全原则、循证原则、有效原则,此外,还

包括个体化、综合治疗、全程治疗和经济性原则^[3]。其中,安全原则是首要原则,临床干预需尽量规避多重用药带来的药物相互作用和不良反应的影响。制定治疗方案时,需关注并了解患者基础躯体疾病治疗药物、中草药或保健品等的使用情况。循证原则和有效原则强调应参照研究和临床证据制订治疗决策,优先选择有效治疗手段获得最大疗效,并根据疗效反应及时调整方案。个体化原则和综合治疗原则强调根据个体在生理、心理、社会等方面的差异进行药物、心理、神经调控及社会支持等全方位干预。全程治疗原则强调对老年患者进行巩固与维持治疗的必要性,对于单次发作的 LLD 患者,巩固维持期建议至少 1 年;对于多次发作的患者,应延长维持治疗期以预防复发。此外,2025 版专家共识新增经济性原则,倡导在保证疗效的前提下,优先选择经济负担较小的治疗方案,减轻患者及家属的经济压力。

德尔菲专家调研中针对 LLD 治疗相关的重点、难点问题所达成的高度一致意见,已融入并体现在 2025 版专家共识的具体治疗指导中,主要观点见表 1^[2]。

表 1 专家主要治疗观点
Table 1 Expert perspectives on treatment

序 号	治疗相关问题
1	LLD 治疗难度比一般成人抑郁障碍更大
2	LLD 总体缓解率比一般成人抑郁障碍更低
3	应在 LLD 治疗的不同阶段纳入心理治疗
4	LLD 药物治疗过程中起始治疗剂量应为一般成年剂量的 1/4-1/2
5	LLD 单一抗抑郁药治疗疗效不佳时,可以选择作用机制不同的抗抑郁药联合治疗
6	LLD 单一抗抑郁药治疗疗效不佳时,可以选择情感稳定剂(除外抗精神病药)联合治疗
7	LLD 单一抗抑郁药治疗疗效不佳时,可以选择抗精神病药联合治疗
8	LLD 治疗中应限制联合用药种类,注意评估药物相互作用
9	老年迟滞型抑郁、伴严重自杀及伴精神病性症状的重度抑郁发作,在患者身体条件允许情况下,可优先选择无抽搐电休克治疗
10	身体条件允许的情况下,即使未充分进行抗抑郁药物治疗的 LLD 也可以考虑神经调控治疗
11	在对患者躯体情况充分评估并知情的情况下,80 岁及以上的 LLD 患者也可进行无抽搐电休克治疗
12	首发 LLD 患者经过治疗康复,维持治疗 1 年以上可以在医生监督下逐步减药,甚至停药

注:LLD,老年期抑郁障碍

2.4.2 心理治疗

老年群体的心理健康维护是 LLD 综合干预的前提与重要保障。2025 版专家共识强调:LLD 不同治疗阶段均应纳入心理治疗。针对老年患者特殊的心理需求及认知特点,2025 版专家共识系统梳理、补充了多项适用于老年群体的心理治疗策略^[19-20],详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025 版)》中的表 5^[3]。此外,数字化认知行为疗法和基于正念的治疗等可提供更便捷、可及的心理治疗机会,便于偏远地区及行动不便者居家治疗^[21]。

2.4.3 药物治疗

老年群体肝肾功能下降导致药物代谢和排泄速度减慢,加之亲脂性药物分布体积增加,易造成药物在体内蓄积,存在较高的用药安全隐患。2025 版专家共识对 LLD 的药物治疗建议:小剂量起始、尽量单一用药、缓慢加量、加强监测、足量足疗程以及做好巩固维持治疗。

临床医师应兼顾 LLD 患者的具体临床特征及药理作用特点进行药物选择,以期获得最优疗效并最大限度减少不良反应^[22-23]。不同类型的 LLD 治疗

药物推荐见表 2^[2]。特别提醒慎用复合制剂,如氟哌噻吨美利曲辛片虽然初期疗效较好,但老年人使用后发生迟发性运动障碍的比例较高,且减停药困难,初始治疗应慎重选用。此外,阿米替林、多塞平等三环/四环类药物副作用较多,仅建议作为难治性抑郁的备选方案,使用期间需密切监测心血管、血液系统及抗胆碱能等不良反应。

当单一抗抑郁药物疗效不佳时,可酌情使用作用机制不同的抗抑郁药物联合治疗,或选择增效治疗。重点提示:①若患者单药足量足疗程治疗后改善程度小于 50%,建议联合使用另一种作用机制不同的抗抑郁药物;②非典型抗精神病药中的阿立哌唑可显著改善患者的幸福感^[24],奥氮平、喹硫平、鲁拉西酮可改善患者的睡眠、胃纳及躯体化症状;③锂盐对双相抑郁自杀患者有效,可提高难治性老年抑郁患者的治疗应答率,拉莫三嗪可缓解患者的低动力状态,具有一定的增效作用;④抗焦虑药可短期使用;⑤静脉和鼻喷雾剂艾司氯胺酮疗效及安全性值得期待,应在医务人员直接监督下给药,并密切监测病情变化^[25-26]。

表 2 不同类型的 LLD 治疗药物推荐
Table 2 Recommendations for pharmacological treatment by LLD subtype

抑郁类型	抗抑郁药物治疗推荐
首次发作抑郁	舍曲林、艾司西酞普兰、米氮平
难治性抑郁	文拉法辛/去甲文拉法辛/托鲁地文拉法辛、度洛西汀、安非他酮
伴明显持久的躯体症状	度洛西汀、文拉法辛/去甲文拉法辛/托鲁地文拉法辛、米那普仑
伴精神病性症状	舍曲林、艾司西酞普兰、氟伏沙明
伴认知功能障碍	舍曲林、伏硫西汀、艾司西酞普兰

2.4.4 神经调控治疗

神经调控治疗在 LLD 的临床干预中具有广阔的应用前景,但现阶段针对该人群的大样本循证研究仍有待丰富。2025 版专家共识梳理并介绍了无抽搐电休克治疗、重复经颅磁刺激治疗、经颅直流电刺激治疗、针灸和电针治疗、光照治疗的技术原理、操作建议及潜在适应症^[27-28]。对于老年迟滞型抑郁、伴严重自杀及伴精神病性症状的重度抑郁发作患者,在身体允许情况下可优先选择无抽搐电休克治疗。经充分躯体评估并知情同意后,80 岁及以上患者亦可安全实施无抽搐电休克治疗。若患者存在颅内金属植入物、心脏起搏器、心脏支架、耳蜗植入物,或处于脑血管病急性期等特殊情况下,需由专业医师严格进行安全性评估,原则上慎用或禁用神经调控治疗。

2.5 诊疗流程与康复管理

实现全面功能康复并顺利回归正常生活,是 LLD 治疗的终极目标。2025 版专家共识强调,LLD 患者的复发比例较非 LLD 患者更高,充分维持治疗及预防管理尤为重要。应建立以患者为中心,医护、社工及家属等共同参与的预防管理模式。从早期风险识别、中期临床规范干预,到后期的全面功能康复,实现患者、家庭、医生和医院、社区密切联系与统一协作^[29]。将康复管理及复发预防融入 LLD 整体治疗框架中,构建完整闭环,详见《老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025 版)》中的图 2^[3]。

3 小结与展望

LLD 的病因病理机制复杂、临床表现不典型、诊断与鉴别难度大、治疗与康复挑战突出,使得对 LLD 的临床诊疗面临诸多困境。目前,囿于 LLD 基础研究的局限,加之老年患者(尤其是高龄或共病严重躯体疾病的患者)常被排除在大型临床试验之外,导致关于该群体的循证医学证据相对匮乏,临床实践中易陷入诊断误区和治疗盲区。2025 版专家共识立足当前临床困境,系统梳理并阐述了 LLD 临床诊疗中的核心问题和应对策略。本文通过对其关键点进行解读和澄清,旨在帮助广大临床医师及相关从业者深化对 2025 版专家共识内涵的理解,并推动 LLD 诊疗规范化。

在老年心理健康服务需求持续增长的时代背景下,LLD 诊疗领域的探索任重道远。基于本土文化的适应性研究、非药物干预体系的完善以及数字疗法的引入,有望为 LLD 的防治开辟新途径。同时,依托宏观政策引领,构建涵盖精神科、老年科与基层卫生保健机构协同融合的整合医疗模式,有望构建高效、全流程的 LLD 诊疗与康复管理体系。

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. Chinese Society of Psychiatry, Geriatric Psychiatry Group. Expert consensus on diagnosis and treatment of late life depression [J]. Chinese Journal of Psychiatry, 2017, 50(5): 329-334.
- [2] 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]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2025, 17(3): 96-101. Li ZY, Guo CC, Zhou JN, et al. Standardized treatment of late-life depression: a Delphi technique-based consensus [J]. Chinese Journal of the Frontiers of Medical Science (Electronic Version), 2025, 17(3): 96-101.

- [3] 中华医学会精神医学分会老年精神医学学组. 老年期抑郁障碍诊疗专家共识(2025 版) [J]. 中华精神科杂志, 2025, 58(8): 592-602.
Chinese Society of Psychiatry, Geriatric Psychiatry Group. Expert consensus on diagnosis and treatment of late life depression (2025 edition) [J]. Chinese Journal of Psychiatry, 2025, 58(8): 592-602.
- [4] 李凌江, 王刚. 中国抑郁障碍防治指南(2025 版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2025: 1-427.
Li LJ, Wang G. Chinese guideline for the diagnosis and treatment of depressive disorders (2025 version) [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2025: 1-427.
- [5] 中华人民共和国老年人权益保障法[J]. 中华人民共和国全国人民代表大会常务委员会公报, 2015(3): 508-515.
Law of the People's Republic of China on the protection of the rights and interests of the elderly [J]. Gazette of the Standing Committee of the National People's Congress of the People's Republic of China, 2015(3): 508-515.
- [6] 马静怡. 老年抑郁、焦虑与认知功能的现状、影响因素及其关系研究[D]. 太原: 山西师范大学, 2014: 1-13.
Ma JY. Depression, anxiety and cognitive abilities of the elderly: current situation and risk factors [D]. Taiyuan: Shanxi Normal University, 2014: 1-13.
- [7] Weisenbach SL, Kumar A. Current understanding of the neurobiology and longitudinal course of geriatric depression [J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2014, 16(9): 463.
- [8] 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.
- [9] 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.
- [10] 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.
- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] 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.
- [14] 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.
- [15] 谢雅鹃, 林凯, 吕晓珍, 等. 老年期抑郁症核心症状群的特尔非法研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2013, 27(10): 729-733.
Xie ZJ, Lin K, Lyu XZ, et al. Delphi survey of core symptoms of depressive disorder in the elderly [J]. *Chinese Mental Health Journal*, 2013, 27(10): 729-733.
- [16] Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults: a review [J]. *JAMA*, 2017, 317(20): 2114-2122.
- [17] Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, et al. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression [J]. *Asian J Psychiatr*, 2019, 41: 66-72.
- [18] Fernandez-Rodriguez V, Sanchez-Carro Y, Lagunas LN, et al. Risk factors for suicidal behaviour in late-life depression: a systematic review [J]. *World J Psychiatry*, 2022, 12(1): 187-203.
- [19] Cuijpers P, Quero S, Noma H, et al. Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types [J]. *World Psychiatry*, 2021, 20(2): 283-293.
- [20] Ji M, Sun Y, Zhou J, et al. Comparative effectiveness and acceptability of psychotherapies for late-life depression: a systematic review and network meta-analysis [J]. *J Affect Disord*, 2023, 323: 409-416.
- [21] Fedor S, Lewis R, Pedrelli P, et al. Wearable technology in clinical practice for depressive disorder [J]. *N Engl J Med*, 2023, 389(26): 2457-2466.
- [22] Beyer JL, Johnson KG. Advances in pharmacotherapy of late-life depression [J]. *Curr Psychiatry Rep*, 2018, 20(5): 34.
- [23] 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.
- [24] 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.
- [25] Lipsitz O, Di Vincenzo JD, Rodrigues NB, et al. Safety, tolerability, and real-world effectiveness of intravenous ketamine in older adults with treatment-resistant depression: a case series [J]. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2021, 29(9): 899-913.
- [26] Morrison RL, Singh J, Daly E, et al. Effect of esketamine nasal spray on cognition in patients with treatment-resistant depression: results from four phase 3 studies [J]. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2024, 27(11): pyae046.
- [27] Pozuelo Moyano B, Gomez Bautista D, Porras Ibarra KJ, et al. Systematic review of clinical effectiveness of interventions for treatment resistant late-life depression [J]. *Ageing Res Rev*, 2025, 107: 102710.
- [28] Cai W, Wei XF, Zhang JR, et al. Does acupuncture treatment have satisfactory clinical efficacy for late-life depression? A systematic review and meta-analysis [J]. *Geriatr Nurs*, 2023, 51: 215-221.
- [29] Wassink-Vossen S, Oude Voshaar RC, Naarding P, et al. Effectiveness of late-life depression interventions on functional limitations: a systematic review [J]. *Int J Ment Health Nurs*, 2022, 31(4): 823-842.

(收稿日期:2026-02-02)

(本文编辑:陈霞)