



衛生防護中心
Centre for Health Protection

非傳染病直擊

二零一二年九月 第五卷 第九期

健康貼士

任何年齡的人士都有可能患上抑鬱症，而不同年齡組別的人士表現出來的症狀或會不同。但抑鬱症是有跡可尋及可以治療的。如察覺出現抑鬱症的早期症狀，應及早尋求協助。

抑鬱症：更甚於情緒低落

抑鬱症影響患者的身體、情緒和思想，是一種可致殘的病症。抑鬱症是個令人關注的公共衛生問題，因為它的終身患病率高，又會對患者本人及其摯愛親友帶來極大的影響。

抑鬱症有不同的類型，其病情發展（偶發性、復發性或慢性）和持續時間（從數星期至數年）因人而異，常見的類型包括輕鬱症、重度抑鬱症（又稱單極性抑鬱症）、產後抑鬱症、精神病性抑鬱症和季節性情感障礙（如在陽光較少的冬季月份出現）。抑鬱症狀亦可以是兩極性情緒紊亂（即躁狂抑鬱症）的首發症狀，而患者的抑鬱症狀會與狂躁行為交替出現¹⁻³。

抑鬱症的常見症狀

抑鬱症的正式診斷，須經過精神科醫生或其他精神健康專家評估病人的症狀後才能確立。按照症狀的嚴重性及對患者所造成的功能障礙的程度，抑鬱症可分為輕度、中度或嚴重³。舉例說，要診斷重度抑鬱症，病人必須要有五個或以上表列於方格一內的症狀（當中至少有一個是情緒抑鬱或對日常生活失去興趣），而症狀要持續不少於兩週，並在大多數的日子或差不多每日出現⁴。此外，患者還要有明顯的臨床精神困擾症狀或在社交、工作、學習或其他主要功能上受到影響。

任何年齡的人士都有可能患上抑鬱症，但不同年齡組別的人士表現出來的症狀或會不同。例如，患上抑鬱症的幼童可能會出現身體不適、變得急躁或易怒、緊纏著父親或母親、因小事而大聲吵鬧或哭泣、不願進食、疏遠朋友或不參與社交活動、對上學失去興趣或學習成績變差。抑鬱的青少年多會將抑鬱症狀「行為化」及變得叛逆，如逃學、酗酒或濫藥，又或會出現飲食失調、自殘或其他破壞性行為（包括打架、店鋪盜竊或不當性行為）。

本期內容

頁數

抑鬱症：更甚於情緒低落	1
世界精神健康日	8
數據摘要	9

本刊物由衛生署
衛生防護中心
監測及流行病學處出版

香港灣仔皇后大道東
213號胡忠大廈18樓
<http://www.chp.gov.hk>

版權所有



衛生署
Department of Health

成年患者可能會出現持續原因不明的身體不適，如頭痛、胃痛或長期痛症。另一方面，患有抑鬱症的長者，或會顯著地出現原因不明的身體不適、認知能力下降。他們亦較少會承認有憂愁或悲痛的情緒²。此外，嚴重的抑鬱症患者亦可能會出現幻覺及/或妄想等精神病症狀。

方格一：抑鬱症的常見症狀

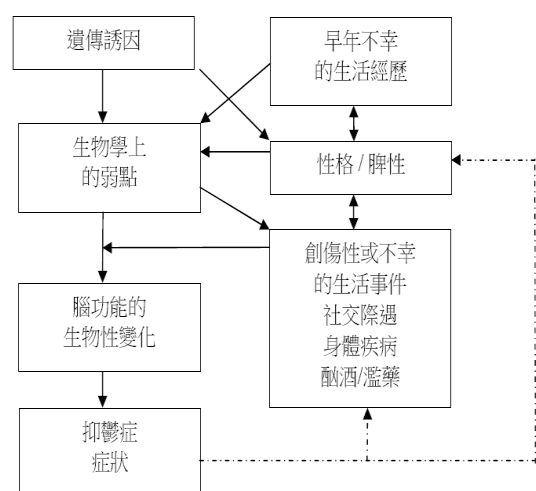
- ◇ 憂鬱情緒，可以是患者的主觀感受報告或其他人的觀察
- ◇ 對所有或幾乎所有活動提不起勁或失去興趣
- ◇ 體重或食慾顯著改變
- ◇ 失眠 (包括入睡困難、無法熟睡或早醒) 或嗜睡 (睡眠過多)
- ◇ 思緒、說話或行動遲滯，或焦躁不安
- ◇ 感到疲累或無精神
- ◇ 自覺一無是處、過度或不適當的內疚
- ◇ 思考和專注能力減弱或變得無決斷力
- ◇ 經常有想死或自殺的念頭

抑鬱症的成因

抑鬱症的確切病因不明，但各種遺傳、生物、心理和社會因素均可促成或誘發抑鬱症 (方格二)⁵。

抑鬱症往往與家族遺傳有關，如果家族成員曾被診斷患上抑鬱症的人士患上抑鬱症 (及其他精神病) 的機會率較一般人士高。從生物學的角度來看，皮質醇失調、甲狀腺功能及腦內神經遞質 (如血清素和去甲腎上腺素) 異常，均可誘發抑鬱症。童年經歷、人格特徵、生活困苦、缺乏可信賴的人際關係或社會支援、或正處於不良的人際關係中，也會令人容易患上抑鬱症。除此之外，抑鬱的發作通常會在經歷一件重大生活事件後出現⁵⁻⁷。

方格二: 抑鬱症的生物心理社會醫學模式



資料來源：Semple et al 2005 (255頁)。

一項前瞻性研究，追訪了 2 630 名年齡 65 歲及以上在社區居住的華人長者兩年，結果顯示曾經歷三件或以上重大生活事件的男性長者和女性長者出現抑鬱症狀的風險分別較沒有相同經歷的高 2.2 倍和 4.6 倍⁸。

抑鬱症的全球負擔

抑鬱症是一種在社區常見的精神病，也是導致世界各地人士殘疾的一個主要原因。僅以單極性抑鬱症來說，全球疾病負擔研究估計在二零零四年全球約有 1.512 億人患上此症。單極性抑鬱症更是中等至高收入國家的首要疾病負擔，分別佔該地區的傷殘調整生命年損失總數的 5.1% 和 8.2%。全球而論，單極性抑鬱症在疾病負擔排名中排第三位，佔全球傷殘調整生命年損失總數的 4.3%。假如目前的人口結構和流行病學轉移趨勢持續，單極性憂鬱症預計會成為全球最主要的疾病負擔，到二零三零年將佔全球傷殘調整生命年損失總數的 6.2%⁹。

抑鬱症常與其他慢性病一併出現。一個觀察了來自六十個國家超過 245 000 名參與者的研究指出，全球抑鬱症與另一種慢性疾病（包括糖尿病、關節炎、心絞痛及哮喘）共患的患病率介乎於 9.3% 至 18.1%。整體而言，23.0% 患有兩種或以上慢性病的參與者亦患上抑鬱症¹⁰。抑鬱症除了對身體機能帶來深遠影響之外，還與死亡風險，特別是自殺風險的增加有關連。研究指出，高達八成的自殺者曾出現抑鬱症狀¹¹。

另一項本地研究，分析了約 56 000 名 65 歲及以上長者的數據。經調整眾多社會人口特徵（年齡、教育程度和每月開支）、生活習慣（吸煙、飲酒和體能活動）以及健康因素（體重指標、健康狀況和自我評估健康狀況）後，結果顯示有抑鬱症狀的男性和女性長者自殺死亡的風險，分別為沒有抑鬱症狀的男性和女性長者的 2.03 和 2.36 倍¹²。

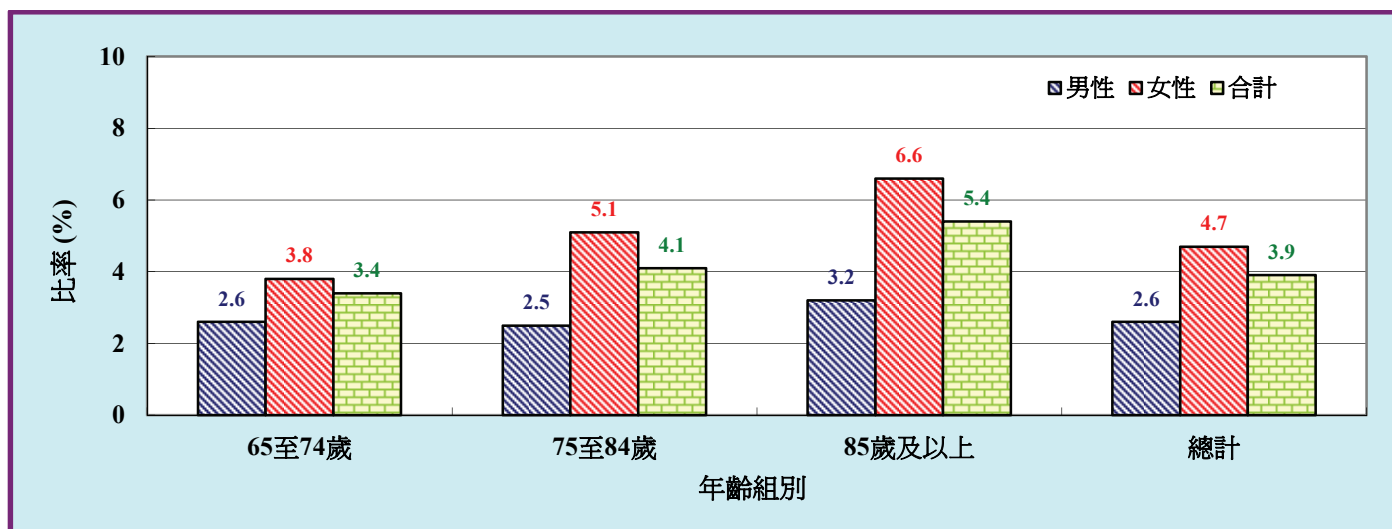
抑鬱症在香港的普及程度

與其他地方一樣，研究指出抑鬱症在香港並不少見，尤其是對某些人口組別來說。

長者(60 歲及以上)

長者特別容易患上抑鬱症。根據香港大學於 2005 年發表的一項研究，以中文版 15 項的長者抑鬱量表 (GDS) 中達 8 分或以上為臨床鑒定有明顯抑鬱症，報告指出於 60 歲及以上居住於社區的成年人中，患上抑鬱症的比率為 12.5% (女性為 13.7% 及男性為 8.7%)¹³。在二零一零年，共有超過 39 000 名年齡 65 歲及以上在社區居住，並曾到衛生署轄下十八間長者健康中心接受健康評估的長者中，按長者抑鬱量表評估，發現有抑鬱症狀 (GDS 達 8 分或以上) 的長者佔 3.9%，有關比率於女性長者較高，並隨年齡增長而上升 (圖一)¹⁴。然而，另一項於二零零一年六月至二零零二年三月期間進行、包括了在 20 間私人安老院舍居住共 245 名 65 歲及以上華人長者的調查顯示，29.0% 的長者有明顯的抑鬱症狀 (女性的比率為 31.2% 及男性的比率為 25.3%)¹⁵。

圖一：按性別及年齡組別劃分二零一零年年齡 65 歲及以上的長者健康中心會員有抑鬱症狀的比率



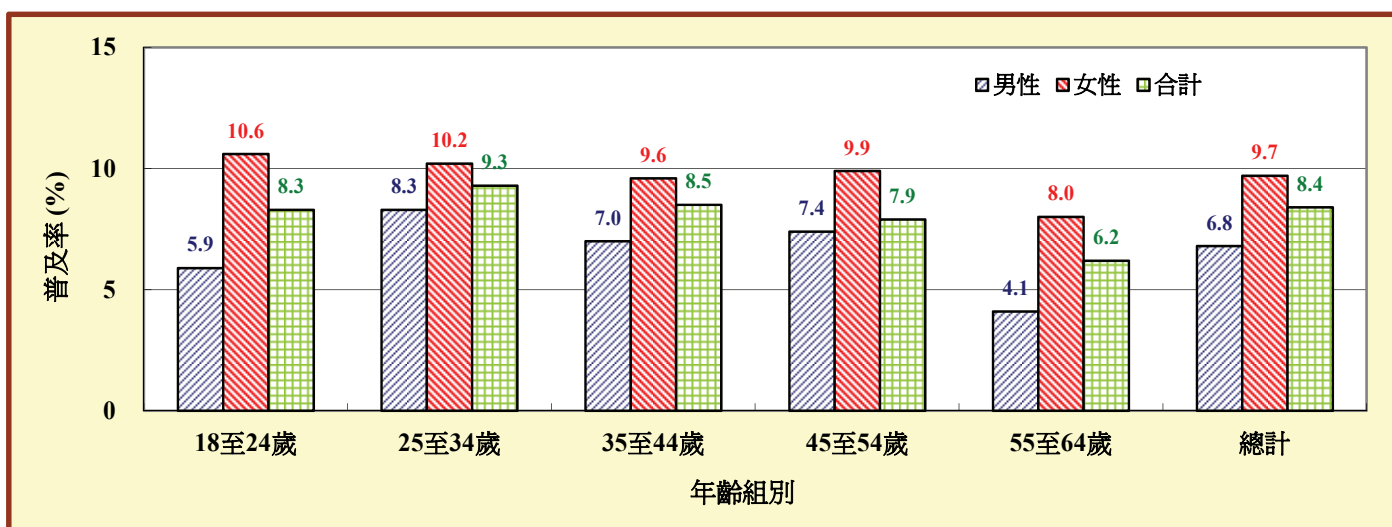
資料來源：衛生署長者健康服務。

成年人(18至64歲)

一項於二零零四年進行的全港性抽樣電話調查，隨機訪問了超過 5 000 名年齡介乎 18 至 64 歲的成年人，並按照精神疾病診斷準則手冊第四版 (DSM-IV) 來評估抑鬱症的發病率。

結果顯示整體的十二個月的嚴重抑鬱症發病率為 8.4%，當中以女性 (9.7%) 和年齡介乎 25 至 34 歲的人士 (9.3%) 中的比率較高 (圖二)¹⁶。

圖二：按性別及年齡組別劃分年齡18至64歲居住在社區的成年人根據 DSM-IV(十二個月)界定為有嚴重抑鬱的普及率



資料來源：Lee et al, 2007。

懷孕及產後婦女，因荷爾蒙的變化、壓力和生活角色的轉變，患上抑鬱症的風險會較高。採用醫院焦慮抑鬱量表 (HAD)，一項列隊研究指出於 357 名的香港懷孕婦女中，產前抑鬱症發病率為妊娠次三個月內的 18.9% 至妊娠首三個月內的 22.1%¹⁷。另一項於十年前進行的較早期研究，採用精神疾病診斷準則手冊第三版(DSM-III-R)，為 959 位在一所大學附屬公營醫院診所作產前檢查的女性進行精神科結構性診斷會談，結果估計她們產後一個月的輕度和嚴重抑鬱症發病率分別為 4.7% 和 5.5%。產後三個月的相應發病率則分別為 5.1% 和 6.1%。整體而言，約每十名產後女性就有一名出現抑鬱 — 10.3% 於產後一個月出現及 11.2% 於產後三個月出現¹⁸。一項較近期於同一醫院進行的研究，採用精神疾病診斷準則手冊第四版 (DSM-IV)，為 551 對華人夫婦 (於二零零六年一月至二零零七年三月生產的婦女及其伴侶) 進行精神科結構性診斷會談，結果發現女性於產後八週出現抑鬱症的患病率為 10.2%，男性的相應患病率為 4.9%¹⁹。

青少年及兒童

抑鬱情緒於本地的青少年中亦很常見。有研究以貝克憂鬱量表 (BDI) 訪問了 966 名年齡介乎 14 至 17 歲的中學生，結果顯示分別有 36.4%、14.7% 和 4.2% 的學生出現輕度、中度和嚴重程度的抑鬱症狀²⁰。另一項本地研究，於二零零一年下旬訪問了超過 7 000 名年齡介乎 10 至 16 歲的學生，結果亦發現 35.8% 的學生有抑鬱症狀²¹。至於年齡介乎 11 至 14 歲的兒童，二零零五年至二零零六年兒童健康調查指出，

經醫生診斷患有抑鬱症的比率為 0.2%²²。

因抑鬱症的住院病人出院及死亡

嚴重的抑鬱症患者可能會因需要密切的監察和治療而入院。於二零一零年，公營和私家醫院共錄得超過 2 600 宗抑鬱發作或復發性抑鬱障礙的住院病人出院及死亡人次。當中 70.9% 為女性，24.6% 則為年齡介乎 45 至 54 歲的人士。如表一顯示，女性的住院病人出院及死亡率都比所有相同年齡組別的男性高²³。

表一：二零一零年按性別及年齡組別劃分因抑鬱發作或復發性抑鬱障礙的住院病人出院及死亡人次(比率*)

年齡組別	男性	女性	總計
14歲及以下	8 (1.8)	13 (3.2)	21 (2.5)
15至24歲	76 (17.3)	167 (38.0)	243 (27.6)
25至34歲	100 (22.0)	255 (41.1)	355 (33.1)
35至44歲	131 (26.8)	371 (56.1)	502 (43.6)
45至54歲	183 (29.7)	478 (70.8)	661 (51.2)
55至64歲	111 (25.7)	284 (65.4)	395 (45.6)
65歲及以上	174 (40.7)	341 (69.5)	515 (56.1)
總計	783 (23.8)	1 909 (51.2)	2 692 (38.3)

註：*按各性別及年齡組別每十萬人口計算。

資料來源：醫院管理局、衛生署及政府統計處。

抑鬱症的檢測和治療

抑鬱症是有跡可尋及可以治療的。一些甄別工具（如長者抑鬱量表和愛丁堡產後抑鬱量表）有助檢測不同人口組別的抑鬱症狀。然而，抑鬱症的正式診斷仍必須以醫生的臨床評估為黃金標準²⁴。

現今已有多種有效針對確診抑鬱症患者的心理和藥物治療。按照患者症狀的輕重和意願，醫生可採用單一或聯合的治療。對大多數的患者來說，適當的治療可紓緩臨床症狀和幫助他們回復正常生活。但是，有些患者日後可能會再出現抑鬱。常持樂觀、選擇健康的生活

模式、積極自我照顧、按醫生指示和處方繼續接受治療和家人朋友的支持，都能加強治療的成效、預防舊病復發和減低未來出現嚴重抑鬱的機會（方格三）。

請緊記，沒有精神健康就等於沒有健康。健康的生活模式可以幫助我們的頭腦保持良好的狀態和提升我們抵禦逆境的能力。要知更多有關健康生活的資訊，可瀏覽衛生署中央健康教育組網頁 <http://www.cheu.gov.hk>，或致電 24 小時健康教育熱線 2833 0111。

方格三：處理抑鬱症的方法

抑鬱症患者可以這樣做：

- ◎ 認識抑鬱症。康復需要時間，因此要耐心點。
- ◎ 對自己、世界和未來保持樂觀。
- ◎ 每天做運動，體能活動可改善情緒和紓緩抑鬱症狀。
- ◎ 維持定時作息和良好的睡眠習慣。
- ◎ 多花時間與可信賴和能提供支援的親友或家人傾談。
- ◎ 抽時間參與休閒活動和個人嗜好，每天做些自己喜歡的事。
- ◎ 認清壓力來源。按工作的緩急輕重妥善安排程序及避免訂立難於實現的目標。如問題持續，應盡早尋求協助。
- ◎ 不要吸煙、飲酒和濫用藥物，以免誘發抑鬱症、令病況惡化和妨礙康復進程。
- ◎ 遵照治療計劃，定時覆診和按處方服藥。如發覺症狀有任何轉變，應向醫生或輔導員尋求協助。
- ◎ 加入抑鬱症病人互助小組，跟其他病友聯繫有助應付抑鬱。

抑鬱症患者的家人和朋友可以這樣做：

- ◎ 認識抑鬱症。給他們時間去調整生活及康復。
- ◎ 抽多點時間陪伴他們。邀請他們一起散步、外遊或參與一些他們喜愛的活動。
- ◎ 切勿輕視他們的感受。多跟他們聊天和聆聽他們的心事。有需要時給予適當的鼓勵。
- ◎ 但要指出真實情況和給予希望。
- ◎ 如對他們的病情和治療有任何疑問，應向醫生查詢。
- ◎ 鼓勵和協助他們尋求專業輔導、按時覆診和服藥。
- ◎ 探索有關區內支援小組的情況和盡量與他們一同參與小組聚會。
- ◎ 切勿忽視自殺的徵兆、任何有關自殺或死亡的表達。有需要時，應陪伴著他們、轉告醫生或立即尋求協助。

參考資料

1. The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Depression. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health, U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. Version for 2007. Geneva: World Health Organization.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR). American Psychiatric Association. 2000
5. Semple D, Symth R, Burns J, et al. Oxford handbook of psychiatry. New York; Oxford University Press; 2005.
6. Depression: the treatment and management of depression in adults (update). National Clinical Practice Guideline 90. London: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence; 2009.
7. Depression in Children and Young People. Identification and management in primary, community and secondary care. National Clinical Practice Guideline Number 28. London: National Collaborating Centre for Mental Health commissioned by the National Institute for Clinical Excellence; 2005.
8. Chan D, Kwok A, Leung J, et al. Association between life events and change in depressive symptoms in Hong Kong Chinese elderly. *J Affect Disord* 2011; 136(3): 963-70.
9. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
10. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370(9590): 851-8.
11. Krug EG, Dahlberg LL, Marcy JA, et al (eds). World Report on Violence and Health. Geneva: World Health Organization; 2002.
12. Sun WJ, Xu L, Chan WM, et al. Depressive symptoms and suicide in 56 000 older Chinese: a Hong Kong Cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 47(4):505-14.
13. Chi I, Yip PSF, Chiu HFK, et al. Prevalence of depression and its correlates in Hong Kong's older Chinese adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(5): 409-16.
14. 香港特別行政區：衛生署長者健康服務。二零一零年年齡65及以上長者有抑鬱症狀的普及率。
15. Chow ESL, Kong BMH, Wong MTO, et al. The prevalence of depressive symptoms among elderly Chinese private nursing home residents in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19(8): 734-40.
16. Lee S, Tsang A and Kwok K. Twelve-month prevalence, correlates, and treatment preference of adults with DSM-IV major depressive episode in Hong Kong. *J Affect Disord* 2007; 98(1-2): 129-36.
17. Lee AM, Lam SK, Lau SM, et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol* 2007; 110(5):1102-1112.
18. Lee DTS, Yip ASK, Chiu HFK, et al. A psychiatric epidemiological study of postpartum Chinese women. *Am J Psychiatry* 2001; 158(2): 220-6.
19. Chung TKH, Yip ASK, Lok IH, et al. Postpartum depression among Hong Kong Chinese men. Hong Kong SAR: Final report submitted to the Grant Review Board (No. 03040201), Health and Health Services Research Fund; April 2009.
20. Stewart SM, Betson CL, Lam TH, et al. The correlates of depressed mood in adolescents in Hong Kong. *J Adolesc Health* 1999; 25(1): 27-34.
21. Health crisis of our new generation: surveillance on youth health risk behaviours. Hong Kong SAR: Centre for Health Education and Health Promotion, School of Public Health, the Chinese University of Hong Kong; 2002.
22. 香港特別行政區：衛生署。二零零五年至二零零六年兒童健康調查。
23. 香港特別行政區：醫院管理局、衛生署及政府統計處。二零一零年住院病人數據。
24. Sharp LK and Lipsky MS. Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *Am Fam Physician* 2002; 66(6): 1001-8.

抑鬱症：一個全球危機

二零一二年十月十日，世界精神健康日

自一九九二年起，世界精神健康聯盟
把每年的十月十日定為世界精神健康日，
透過每年訂立不同的主題，呼籲民眾注視精神健康。

二零一二年的世界精神健康日主題為
『**抑鬱症：一個全球危機**』 (Depression : a Global Crisis) ，
藉此令公眾明白抑鬱症其實十分普遍，可以影響每一個人，
但同時是可醫治的、可痊癒的。因此公眾應對抑鬱症
的早期症狀提高警覺，並及早尋求協助。

欲知更多有關世界精神健康日的詳情
及有關過往活動，請瀏覽其專題網頁

<http://www.wfmh.org/00WorldMentalHealthDay.htm> 。



數據摘要

自殺通常是在當事人受到嚴重精神困擾的情況下，蓄意傷害自己而發生。在香港，自殺(或蓄意自殘)是一個公共衛生問題。於二零一零年，共有 1 008 宗因自殺而死亡的登記死亡個案，當中 62.4%為男性、27.2%為年齡 65 歲及以上的人士。

值得注意的是，自殺是可預防和避免的。要降低自殺風險，市民可透過認清有關自殺的謬誤(如以為透露自己會自殺的人士只為引人注意；想自殺的人士是真的想死而無法阻止)、認識自殺前可能出現的警號(如談及死亡或說『要走了』；或把喜愛的私人物品贈送他人)、認真地對待每一個自殺威脅，以及為精神受困擾的人士提供情緒支援和適切的幫助。

二零一零年按性別及年齡組別劃分因自殺而死亡的登記死亡數目(比率*)

	數目(比率*)
性別	
男性	629 (19.1)
女性	379 (10.2)
年齡組別	
14 歲及以下	5 (0.6)
15至24歲	65 (7.4)
25至34歲	155 (14.4)
35至44歲	169 (14.7)
45至54歲	185 (14.3)
55至64歲	154 (17.8)
65歲及以上	274 (29.8)
總計^	1 008 (14.4)

註：*按各性別或年齡組別每十萬人口計算。

^總計包括一個年齡不詳的登記死亡個案。

資料來源：衛生署及政府統計處。

主編

梁挺雄醫生

委員

歐韻儀醫生	龔健恆醫生
程卓端醫生	李元浩先生
蔡曉陽醫生	尹慧珍博士
傅玉清醫生	黃浩源醫生

非傳染病直擊 旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，

意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資訊

溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。如有任何意見或疑問，請聯絡我們，

電郵是so_dp3@dh.gov.hk。