

癫痫共病焦虑、抑郁诊治专家共识 (2026 版)

中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组

通信作者:周东,四川大学华西医院神经内科,成都 610041,Email: Zhoudong66@yahoode;肖波,中南大学湘雅医院神经内科,长沙 410008,Email: xiaobo_xy@126.com

【摘要】 癫痫共病焦虑、抑郁的患病率较高,常导致患者生活质量下降和自杀风险增加,严重影响预后,加重家庭和社会负担。本共识在系统梳理近年来国内外最新研究证据的基础上,依据《国际疾病分类》第十一版修订了癫痫共病焦虑、抑郁的诊断标准,提出按严重程度分层的治疗路径,并为具有明确诱因的癫痫共病焦虑、抑郁患者制定个体化治疗方案。同时本共识详细分析了常用抗癫痫发作药物对焦虑和抑郁的影响,补充了针对特殊患者的治疗建议,旨在促进临床上对癫痫共病焦虑、抑郁的早期识别及规范诊疗,改善患者长期预后,提高其生活质量。

【关键词】 癫痫; 焦虑; 抑郁; 共病; 诊断; 治疗

基金项目:国家重点研发项目(2022YFC2503800)

DOI:10.3760/cma.j.cn115354-20251118-00732

Expert consensus on diagnosis and management of epilepsy comorbid with anxiety and depression (2026 edition)

Electroencephalography and Epilepsy Group, Neurology Branch of Chinese Medical Association

Corresponding authors: Zhou Dong, Department of Neurology, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China, Email: Zhoudong66@yahoo.de; Xiao Bo, Department of Neurology, Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410008, China, Email: xiaobo_xy@126.com

【Abstract】 Anxiety and depression are highly prevalent comorbidities among patients with epilepsy, often leading to decreased quality of life and an increased risk of suicide, thereby adversely affecting prognosis and exacerbating the burden on families and society. Based on a systematic review of the latest research evidence at home and abroad in recent years, this consensus has revised the diagnostic criteria for epilepsy comorbid with anxiety and depression in accordance with the *international classification of diseases 11th revision*, proposed a treatment pathway stratified by severity of epilepsy comorbid with anxiety and depression, and formulated individualized treatment plans for these patients with clear inducements. In addition, it reviews the effects of commonly used antiseizure medications on anxiety and depression and provides management recommendations for special populations, aiming to promote early identification, comprehensive intervention, and standardized treatment of epilepsy comorbid with anxiety and depression in clinical practice, improve long-term outcomes, and enhance patients' quality of life.

【Key words】 Epilepsy; Anxiety; Depression; Comorbidity; Diagnosis; Treatment

Fund program: National Key Research and Development Program Project (2022YFC2503800)

DOI:10.3760/cma.j.cn115354-20251118-00732

一项系统综述显示,癫痫共病精神系统疾病的发生率高达 43.3%,其中以焦虑和抑郁最为常见^[1]。焦虑和抑郁对癫痫患者危害极大,常导致预后不佳,加重家庭及社会经济负担^[2]。因此,临床医生应

高度重视,并提高早期诊断及规范治疗水平。以往的专家共识多聚焦于癫痫共病焦虑和癫痫共病抑郁的诊治^[3-4]。鉴于二者在临床诊治上具有高度共性,为进一步推动我国临床医师对癫痫共病焦虑、



抑郁的理解与规范化诊治,中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组专家在系统梳理近年来国内外最新研究证据的基础上,依据《国际疾病分类》第十一版(*international classification of diseases 11th revision, ICD-11*)修订了癫痫共病焦虑、抑郁的诊断标准,提出按焦虑、抑郁严重程度分层的治疗路径,并针对有明确诱因的癫痫共病焦虑、抑郁患者制定个体化治疗方案。此外,还补充了临床常用抗癫痫发作药物(antiseizure medications, ASMs)对焦虑和抑郁的有利和不利影响,以及针对特殊人群的治疗建议。

一、共识制订方法学

本共识的制订过程严格遵守循证医学原则。执笔专家系统检索 PubMed、Web of Science、Cochrane Library、Embase、中国知网、万方数据等中英文数据库中自 2020 年 3 月至 2025 年 3 月发表的癫痫共病焦虑、抑郁相关文献。检索词包括“癫痫”“焦虑”“抑郁”“epilepsy”“seizure”“anxiety”“depression”“depressive disorder”“anxiety disorder”及“comorbidity”等,纳入文献类型包括随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)、队列研究、荟萃分析、专家共识等。采用推荐意见的分级、评估、制订与评价(the grading of recommendations, assessment, development and evaluations, GRADE)系统,对纳入证据质量和推荐意见进行分级(表 1)^[5-7]。

本共识由执笔专家依据现有证据撰写初稿,经中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组专家审核,通过 3 次专家会议讨论达成共识(推荐意见均获得 ≥80% 学组专家的同意),并通过会议记录存档。终稿经中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组专家审议通过(2025 年 9 月),并在国际实践指南注册平台完成注册(注册号:PREPARE-2025CN1437)。

二、癫痫共病焦虑、抑郁的概况

(一)流行病学特点

癫痫共病焦虑、抑郁具有高患病率、共现性强及早发性等流行病学特点。研究表明,癫痫患者发生焦虑、抑郁的风险显著高于一般人群^[8-9]。一项荟萃分析显示,活动性癫痫患者抑郁的时点患病率约为 32% (95% CI: 28%~35%)^[10]。Zhu 等^[11]研究显示,成年癫痫患者焦虑症状和抑郁症状检出率分别为 35.11% 和 36.64%,提示两类情绪障碍在癫痫患者中均较常见,且具有明显共病倾向。此外,焦虑和抑郁症状在癫痫确诊早期即可出现,成人癫痫患者确诊后 1 周内焦虑症状和抑郁症状检出率分别为 35% 和 11%,提示应在初诊及早期随访阶段加强心理筛查^[12]。

癫痫患者的自杀风险高于一般人群,而合并焦虑、抑郁等精神障碍时,自杀风险进一步升高^[13-14]。一项荟萃分析显示,焦虑($OR=3.76$)和抑郁($OR=6.85$)均是癫痫患者自杀相关事件的危险因素^[15]。因此,对癫痫共病焦虑、抑郁的早期筛查及有效干预意义重大。

(二)诊治困境

癫痫共病焦虑、抑郁虽然常见,但由于其症状会随着时间的推移而变化,容易被解释为癫痫本身的病程或 ASMs 的副作用,因此很难早期识别并获得治疗^[16]。由于国内医疗保险覆盖不足、精神科医生整体短缺、患者因疾病污名化而不愿寻求心理治疗、精神科医生与神经科医生之间的沟通有限等因素给癫痫共病焦虑、抑郁的筛查带来困难^[17],导致我国癫痫共病焦虑、抑郁的筛查率远低于国际抗癫痫联盟(International League Against Epilepsy, ILAE)心理工作组的筛查率^[18-19]。

(三)发病机制

焦虑、抑郁与癫痫之间关系密切且存在相互作用^[12,20-21]。一项大规模队列研究证实,癫痫患者罹患抑郁的风险显著升高,而抑郁患者罹患癫痫的风险

表 1 GRADE 系统证据质量等级及推荐意见分级

Tab.1 GRADE evidence quality levels and strength of recommendation grades

项目	分级	具体含义
证据质量等级	高(A)	非常确信真实值接近观察值
	中(B)	对观察值有中等程度信心:真实值有可能接近观察值,但仍存在两者不同的可能性
	低(C)	对观察值的确信程度有限:真实值可能与观察值不同
	极低(D)	对观察值几乎没有信心:真实值很可能与观察值不同
推荐意见分级	强推荐	明确显示干预措施利大于弊
	弱推荐	实施该措施可能利大于弊

GRADE:推荐意见的分级、评估、制订与评价

也较健康人群明显增加^[20]。癫痫患者共病焦虑和抑郁有多种相似的危险因素,如女性、未婚、睡眠障碍、较低的教育水平、失业、低社会经济地位及生活质量、频繁住院、多种药物的副作用、病耻感、既往抑郁症及自杀史等。此外,癫痫患者护理者的焦虑也与患者的情绪障碍显著相关^[2,22-25]。

癫痫共病焦虑或抑郁在致病机制上有很多重叠,包括神经递质失衡、海马和杏仁核等脑区的结构和功能紊乱、内分泌紊乱、炎症、下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴功能障碍等^[26-28]。但同时癫痫共病焦虑或抑郁的致病机制也存在差异,如焦虑在心理上表现为以“过度防御”为核心,生物机制主要聚焦于杏仁核驱动的恐惧反应和交感神经亢奋;抑郁在心理上表现为动力丧失和情感麻木,以“能量耗竭”为特征,生物机制主要涉及前额叶-边缘系统失调和慢性炎症。

推荐意见 1: 癫痫共病焦虑、抑郁十分常见且易被忽视,显著影响癫痫患者的生活质量及预后,应重视对癫痫患者焦虑、抑郁的早期筛查及有效干预(A级证据,强推荐)。

三、癫痫共病焦虑、抑郁的临床表现及特点、筛查及诊断

(一) 临床表现及特点

临床上根据焦虑程度的不同分为焦虑状态和焦虑障碍。焦虑状态是指症状未完全满足焦虑障碍标准但已造成临床痛苦或功能受限(如社交回避、职业能力下降等)。焦虑障碍是指过度的害怕和焦虑,导致个体在社交、家庭、职业或其他重要领域功能显著受损,需要积极进行临床处理^[29]。癫痫患者中常见的焦虑障碍类型包括广泛性焦虑障碍、惊恐障碍和社交焦虑障碍^[31]。不同类型焦虑障碍的临床症状各异。广泛性焦虑障碍是一种慢性焦虑障碍,表现为:(1)过度焦虑持续 ≥ 6 个月;(2)伴随运动性紧张(坐立不安等);(3)植物神经功能紊乱(出汗、心慌等)。惊恐障碍是一种急性焦虑障碍,以反复出现不可预测的惊恐发作为核心表现,即突然发作的、以躯体症状为主的焦虑,同时伴有将要发生严重后果的强烈担心。社交焦虑障碍也称为社交恐惧症,是一种慢性精神障碍,其核心特征为对负面评价的恐惧,以及在多种社交情境中表现出显著的担忧与回避,常导致患者深感痛苦或功能受损^[30]。

临床上根据抑郁程度的不同分为抑郁状态和抑郁障碍。根据 ICD-11,抑郁状态是指情绪低落,丧失兴趣或愉悦感,伴有行为、躯体症状或自主神

经功能异常,持续时间可稍长。抑郁障碍是指存在显著而持久的心境低落,达到抑郁症诊断标准,显著影响患者的社会功能。

焦虑、抑郁在癫痫发作的整个病程中都可以出现,包括发作间期、发作前、发作中和发作后。各期特点如下:(1)发作间期:焦虑、抑郁症状最易被发现,对生活质量的负面影响最大。(2)发作前:随着癫痫发作逐渐临近,情绪障碍越来越重,常出现在发作前数小时。(3)发作中:多表现为惊恐发作(尤其是先兆恐惧),抑郁与焦虑常伴随出现。先兆恐惧在癫痫发作前数秒或数分钟出现,提示癫痫发作的起始,对致痫灶的定位诊断有重要价值。恐惧感由杏仁核、海马、内侧额叶或颞叶新皮层的激活产生,在内侧额叶癫痫中尤为常见。尽管边缘系统(尤其是杏仁核)在恐惧情绪的调节中发挥重要作用,但研究表明,惊恐发作也可能起源于内侧额叶、枕叶和顶叶,相关的侧向性意义尚存争议^[31]。(4)发作后:在癫痫发作之后即刻出现,并可延续到发作后 7 d 左右。

(二) 筛查及诊断

1. 癫痫共病焦虑、抑郁的筛查:推荐使用癫痫神经障碍抑郁量表-中文版(Chinese version of the neurological depression depression inventory for epilepsy, C-NDDI-E)和广泛性焦虑障碍评估(generalized anxiety disorder-7, GAD-7),评估可在 5 min 内完成^[32]。与其他筛查工具相比,C-NDDI-E、GAD-7 的优势在于不受药物副作用的影响。尽管贝克抑郁量表筛查抑郁症的敏感性和特异性高达 90%,但其操作耗时较长且可能将 ASMs 的精神副作用误判为抑郁症状,在实际操作中不推荐其作为最优选择^[32]。患者健康问卷抑郁症量表(patient health questionnaire-9, PHQ-9)和流调用抑郁自评量表(center for epidemiological survey-depression scale, CES-D)均是用于筛查抑郁的自评量表。PHQ-9 是精神科医师临床实践中的常用量表,不仅用于识别抑郁症状,还能帮助评估其严重程度。CES-D 则多应用于流行病学调查,用于筛查有抑郁症状的研究对象。在筛查过程中应警惕癫痫患者的自杀风险。有研究表明,C-NDDI-E 第 4 项可用于筛查癫痫患者的自杀风险^[33]。对于怀疑有潜在中重度抑郁或有自杀风险的患者,应转诊给精神科医生或神经精神科医生进行评估。

为解决癫痫共病焦虑、抑郁筛查率低的诊治困境,可采取以下策略,包括:(1)应用信息化手段提高筛查率;(2)制定规范化转诊管理程序、扩充心理



治疗师队伍;(3)将“精神及心理障碍”内容增加到神经内科住院医师培训课程;(4)加强宣教,提高癫痫患者对心理健康的关注意识。

2. 癫痫共病焦虑的诊断:在确诊癫痫的基础上,焦虑障碍应由精神科医师诊断,需符合ICD-11诊断标准(如广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、社交焦虑障碍)^[34],其核心特征为持续或反复的过度恐惧/担忧,并导致显著功能损害。若患者症状未完全满足焦虑障碍标准但已造成临床痛苦或功能受限(如社交回避、职业能力下降),可由神经科医师诊断为焦虑状态;同时应注意排除ASM(如左乙拉西坦、托吡酯、吡仑帕奈等)的副作用、围发作期焦虑(如先兆恐惧)及术后神经心理后遗症。

ASM相关的神经精神系统不良反应与药物种类、给药剂量和速度、血药浓度相关。临床研究数据显示,高剂量(8~12 mg/d)用药是吡仑帕奈导致易怒、攻击和愤怒等不良反应的高危因素^[35]。

3. 癫痫共病抑郁的诊断:在确诊癫痫的基础上,抑郁障碍应由精神科医师依据ICD-11中精神与行为障碍分类或精神障碍诊断标准(DSM-5)进行诊断。ICD-11中关于抑郁障碍的诊断须满足以下条件^[34]:(1)必须存在心境低落和兴趣、愉悦感减退两个核心症状。(2)必须存在至少两个其他症状,如精力减退、注意力和专注力减退、自我评价降低、自责和内疚感、睡眠障碍、食欲改变、性欲降低等。(3)这些症状必须在同一时间段内持续存在,并且对患者的日常生活造成明显困扰。(4)这些症状不能仅仅是其他精神障碍(如躁郁症)或药物滥用引起。抑郁状态是有抑郁症状但未达到抑郁障碍诊断标准,可由神经科医师诊断^[3,36]。

推荐意见 2:癫痫患者如存在焦虑、抑郁相关症状,建议使用C-NDDI-E量表及GAD-7量表进行初筛,初筛阳性者应依照诊断标准进一步评估诊断。同时应积极筛查自杀风险(A级证据,强推荐)。

四、癫痫共病焦虑、抑郁的预防及治疗

(一)预防

(1)关注癫痫患者精神心理状态,加强宣教,重视患者焦虑及抑郁的筛查。(2)对于有焦虑、抑郁危险因素如精神疾病家族史和(或)个人病史的癫痫患者,在考虑其发作类型的前提下,尽可能避免使用可能诱发或加重精神症状的ASM。同时,在考虑减停具有情绪稳定作用的ASM时,也需密切监测患者的情绪变化。(3)为预防癫痫患者手术后焦虑、抑郁的产生(手术部位多涉及情绪相关脑区如

前额叶、颞叶、杏仁核、海马等),在手术前应详细评估术后情绪障碍发生风险并在术后定期筛查,以便尽早干预治疗。

(二)癫痫共病焦虑、抑郁时癫痫的治疗方案

与单纯焦虑或抑郁患者不同,癫痫共病焦虑、抑郁患者的首要治疗目标是控制癫痫发作,同时尽可能缓解或消除焦虑和抑郁症状,以降低其对癫痫的影响,并改善患者的生活质量。首先,应全面了解癫痫发作的严重程度和频率,ASM的使用情况,焦虑、抑郁的症状及程度,精神疾病家族史,曾经抗焦虑、抑郁治疗的疗效,有无诱因等^[2]。其次,应进一步评估治疗焦虑、抑郁的必要性、安全性和可行性,分析病因并制定个体化治疗方案。同时,在治疗方案的选择上要考虑儿童、青少年、孕妇等特殊人群。

癫痫的综合治疗方案,应该考虑到部分ASM可能会加剧患者的焦虑、抑郁症状,对于癫痫共病焦虑、抑郁患者尽量选用有一定抗焦虑、抑郁作用的ASM^[37-38]。常见ASM对癫痫患者神经精神系统的影响见表2。

由于目前仍缺少针对癫痫共病抑郁、焦虑患者的抗抑郁、焦虑药物的直接证据,通常参考抑郁或焦虑的用药适应证。美国食品药品监督管理局(FDA)批准的选择性5-羟色胺再摄取抑制剂/5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SSRIs/SNRIs)及其适应证见表3。

此外,还要考虑到ASM和抗焦虑、抑郁药物的相互作用^[39]。SSRIs/SNRIs和ASM之间可能因细胞色素P450(cytochrome P450, CYP)的诱导或抑制产生相互作用。部分SSRIs/SNRIs是CYP抑制剂,可能导致通过CYP系统代谢的ASM血药浓度升高;而大多数SSRIs/SNRIs是CYP酶底物,若与诱导CYP酶的ASM(如卡马西平和苯妥英)联用,则可能导致SSRIs/SNRIs血药浓度降低^[39]。SSRIs对CYP同工酶的抑制作用、主要代谢途径及其与ASM可能的相互作用见表4。

推荐意见 3:在考虑癫痫发作类型的前提下,推荐癫痫共病焦虑、抑郁患者使用对情绪有正性影响的ASM,如丙戊酸、卡马西平、奥卡西平、普瑞巴林等。同时应注意ASM与抗焦虑、抑郁药物的相互作用(C级证据,强推荐)。

(三)有明确诱因的癫痫共病焦虑、抑郁患者的治疗策略

对于有明确诱因的癫痫共病焦虑、抑郁患者,如围发作期出现、ASM相关及癫痫手术后发生的

表2 常见抗癫痫发作药物对患者神经精神系统的影响

Tab.2 Neuropsychiatric effects of common anti-seizure medications

药物	抗焦虑	抗抑郁	神经精神系统不良反应
巴比妥类	有作用	慎用	抑郁,加重 ADHD
苯二氮卓类	有作用	慎用	抑郁,加重 ADHD
卡马西平	有作用(轻度改善)	无作用	无
丙戊酸	有作用	有作用	易激惹(罕见)、激越(罕见)
苯妥英钠	无作用	无作用	可能的情绪不良反应
拉莫三嗪	慎用	有作用	可能加重焦虑、失眠
左乙拉西坦	慎用	慎用	易激惹、焦虑
奥卡西平	有作用(轻度改善)	无作用	无
普瑞巴林	有作用	无作用	无
拉考沙胺	存在争议	存在争议	可能引起或加重情绪障碍
唑尼沙胺	无作用	慎用	可能的情绪不良反应
托吡酯	慎用	慎用	加重焦虑、抑郁、认知减退
吡仑帕奈	慎用	慎用	情绪不良反应:焦虑、急躁、易怒,自杀行为
氯巴占	有作用	慎用	认知障碍
大麻酚类	有作用	无作用	无
艾司利卡西平	无作用	无作用	加重 ADHD
乙琥胺	无作用	无作用	无
加巴喷丁	有作用	无作用	易激惹
噻加宾	有作用	慎用	易激惹

ADHD:注意力缺陷多动障碍

表3 FDA批准的SSRIs/SNRIs及其适应证

Tab.3 FDA-approved SSRIs and SNRIs in the United States and their indications

药物	抑郁	广泛性焦虑障碍	惊恐发作
SSRIs			
西酞普兰	+		
艾司西酞普兰	+	+	
氟西汀	+		+
氟伏沙明			+
帕罗西汀	+	+	+
舍曲林	+		+
SNRIs			
去甲文拉法辛	+		
度洛西汀	+	+	
文拉法辛	+	+	+
伏硫西汀	+		

+:适用于该疾病;SSRIs:选择性5-羟色胺再摄取抑制剂;SNRIs:5-羟色胺与去甲肾上腺素再摄取抑制剂;FDA:美国食品药品监督管理局

焦虑、抑郁,需要采用个体化的治疗措施,具体如下:(1)围发作期的癫痫共病焦虑、抑郁与癫痫发作的时间呈显著相关性,应积极治疗癫痫,降低发作频率及严重程度;对于因对癫痫疾病存在误解而引发的情绪障碍,可通过开展医学知识宣教、加强医患沟通等方式进行干预。(2)对 ASMs 相关的癫痫共

病焦虑、抑郁,应尽可能使用对情绪有正性影响的 ASMs,如丙戊酸、卡马西平、奥卡西平、普瑞巴林等。(3)对于拟接受手术的癫痫患者,建议术前通过多学科团队对其进行全面的神经心理评估^[40-41],判断其当前的情绪心理状态并预测术后可能出现的情绪变化,就评估结果向患者及家属进行说明,沟通制定适宜的手术方案。建议将心理评估纳入术后定期随访,采用标准化量表监测患者情绪状态,并鼓励家属提供患者情绪观察的补充信息,以实现焦虑、抑郁的早期识别与及时干预。

(四)癫痫共病焦虑、抑郁时焦虑、抑郁的治疗方案

1. 癫痫共病轻度抑郁:(1)非药物治疗:如人际心理治疗、运动治疗和认知行为治疗(cognitive-behavioral therapy, CBT)。(2)药物治疗:当非药物治疗无效时,可选用药物治疗,推荐 SSRIs。SSRIs 不易诱发癫痫发作、不良反应较少、镇静作用小,安全性更高,建议单药治疗,从小剂量起始,缓慢加量直至患者抑郁症状改善。其中,舍曲林和西酞普兰与 ASMs 的相互作用较少,可作为首选^[3]。

2. 癫痫共病中重度抑郁:推荐转诊精神科,可采用以下治疗方案:(1)一线治疗可选择 SSRIs,如舍曲林和西酞普兰。(2)对 SSRIs 无应答或仅部分应答的患者,可改用 SNRIs(如文拉法辛、度洛西汀)或

表4 SSRI对CYP同工酶的抑制作用、主要代谢途径及其与ASMs可能的相互作用

Tab.4 Inhibitory effects of SSRIs on CYP isoenzymes, major metabolic pathways, and potential interactions with antiepileptic medications

药物	对CYP同工酶的抑制作用	经CYP代谢主要途径	与ASMs可能的相互作用
西酞普兰	CYP2D6(弱)	CYP2C19/3A4	VPA为CYP2C19抑制剂,可能增加西酞普兰的血药浓度;CBZ、PHT是强酶诱导剂,可能会降低西酞普兰的血药浓度;拉考沙胺、非尔氨酯、托吡酯为CYP2C19弱抑制剂,但与西酞普兰(尤其剂量>20 mg/d时)联用仍需加强临床监测
氟西汀	CYP2D6(强) CYP2C9(中) CYP2C19、CYP3A4(较弱-中)	CYP2D6	抑制CYP2C9、增加PHT的血药浓度; 抑制CYP3A4、增加CBZ的血药浓度
氟伏沙明	CYP1A2、CYP2C19(强) CYP2C9、CYP3A4(中)	CYP1A2/2D6	抑制CYP2C19、增加CLB的血药浓度; 抑制CYP2C19/2C9、增加PHT的血药浓度; 抑制CYP3A4、增加CBZ的血药浓度
帕罗西汀	CYP2D6(强)	CYP2D6	CBZ、PHT可能降低帕罗西汀的血药浓度
舍曲林	CYP2D6(剂量依赖性)		CBZ、PHT可能降低舍曲林的血药浓度

CYP: 细胞色素 P450; VPA: 丙戊酸; CBZ: 卡马西平; CLB: 氯巴占; PHT: 苯妥英; ASMs: 抗癫痫发作药物; SSRIs: 选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂

者加用米氮平。抗抑郁药物治疗应在首次抑郁发作缓解后至少持续6个月;对于既往有抑郁发作史的患者,应延长至9个月;对于严重抑郁或残留症状的患者,应持续更长时间,直至症状消退^[3,42]。(3)若难治性癫痫共病中重度抑郁且不适合手术治疗时,应尽早进行迷走神经刺激(vagus nerve stimulation, VNS)评估^[43]。(4)患者在诊断癫痫后的前6个月内自杀风险最高。电休克疗法(electro convulsive therapy, ECT)有一定的抗癫痫发作及抗抑郁作用。对于重度抑郁或自杀风险较高的患者,ECT可作为个体化干预的备选方案之一,但其目前在癫痫共病抑郁患者中的证据有限,疗效仍需更多研究进一步验证^[44]。(5)重复经颅磁刺激(repetitive transcranial magnetic stimulation, rTMS)已获FDA批准用于抑郁症的物理治疗。但需注意,rTMS治疗抑郁症的参数可能与抗癫痫发作的参数不同^[42]。研究表明,针对大脑皮层的低频rTMS,可用于抗癫痫发作治疗,而高频rTMS存在诱发癫痫发作的风险^[45]。然而,当刺激靶点转移至小脑时,高频rTMS可增强小脑对远端皮层的抑制性输出,从而发挥潜在的抗癫痫作用。因此,rTMS治疗癫痫时须遵循“靶点决定频率”的原则。目前,rTMS治疗癫痫共病抑郁的安全性和有效性数据仍然缺乏,有待进一步研究明确。

3. 癫痫共病轻度焦虑:心理治疗是首选治疗方法,如CBT、放松训练等,尤其适用于儿童、孕妇及药物不耐受的癫痫共病轻度焦虑患者。

4. 癫痫共病中重度焦虑:SSRIs或SNRIs可与心理治疗联合使用,且慢性或反复发作的患者需要长期维持治疗以预防焦虑复发。急性期抗焦虑药物的疗程为6~8周,巩固期应该维持有效药物剂量,酌情持续4~6个月。若抗焦虑药物规范治疗6~8周后无效、抗焦虑药物治疗依从性差以及焦虑伴有严重的抑郁或有自杀风险的患者推荐转诊精神科^[4]。研究表明,苯二氮卓类(benzodiazepines, BZD)如氯硝西泮、阿普唑仑等能够有效治疗广泛性焦虑障碍及惊恐障碍^[46-47]。但BZD具有较强的镇静作用,且较易引起药物依赖性,仅推荐用于急性期焦虑障碍的短期治疗,使用时间不超过4周。

5. 癫痫共病焦虑、抑郁:目前仍缺少针对癫痫共病焦虑、抑郁患者治疗方案的直接证据。参考伴焦虑痛苦特征抑郁症(焦虑性抑郁症)的一线治疗方案,药物选择上可优先选用SSRIs/SNRIs^[48]。建议在以下情况将患者转诊至精神科:需进行心理治疗者^[4];经药物规范治疗无效者^[3-4];双相情感障碍者^[3];有自杀风险者^[3-4,42]。

推荐意见4:癫痫共病轻度抑郁患者首选心理干预,癫痫共病中重度抑郁及对心理干预无反应者首选SSRIs(C级证据,强推荐)。癫痫共病轻度焦虑患者首选心理治疗,对于癫痫共病中重度焦虑患者,SSRIs/SNRIs可与心理治疗联合使用(C级证据,强推荐)。癫痫共病焦虑、抑郁患者,可选用SSRIs/SNRIs,必要时转诊至精神科(D级证据,弱推荐)。

(五)特殊患者的治疗



1. 儿童和青少年患者:目前,癫痫共病焦虑、抑郁儿童和青少年患者的研究数据较为匮乏。ILAE 结合指南及专家意见推荐,所有 ≥ 7 岁新发癫痫的儿童和青少年患者均应进行焦虑和抑郁的普遍筛查,并在此后每年进行一次;针对癫痫发作恶化或调整治疗(如加用具有负向精神作用的ASMs或撤回具有正向精神作用的ASMs)的儿童和青少年患者应进行更密切的监测^[49]。儿童和青少年癫痫共病焦虑、抑郁患者,优先选择心理治疗。治疗方案须符合患者年龄特点,并通常建议监护者参与。如需药物治疗(如中重度、症状持续且明显影响功能,或规范心理治疗疗效不佳),SSRIs可作为一线选择,因为其诱发癫痫发作的风险较低且总体耐受性较好。用药应遵循低剂量起始、缓慢滴定原则,并进行细致的随访与监测^[49]。

2. 孕期、哺乳期或计划怀孕患者:服用ASMs的癫痫孕妇在妊娠期间发生抑郁、焦虑的风险较普通孕妇增高,应密切关注其精神心理状态,提前指导患者自我监控相关症状^[50]。孕期、哺乳期或计划怀孕的癫痫共病焦虑、抑郁患者也优先考虑心理治疗。在决定是否使用药物治疗时,应进行风险-效益评估,并告知患者,以便实现医患共同决策。如需药物治疗,SSRIs通常为一线选择。对既往无药物治疗史者,可优先选择舍曲林或西酞普兰^[51-52]。

3. 老年患者:研究表明,老年癫痫患者的焦虑和抑郁与认知障碍存在显著关联,早期筛查和管理对于延缓认知衰退及改善预后尤为重要^[53]。需注意的是,老年癫痫患者常有多种共患病,且对药物的耐受性和依从性较低。因此在药物选择时,应尽量避免药物间的相互作用和不良反应,采用个体化治疗方案^[54]。

推荐意见 5: 推荐 ≥ 7 岁新发癫痫的儿童及青少年患者每年进行焦虑、抑郁筛查,合并焦虑、抑郁者建议多学科团队协同治疗(D级证据,强推荐)。对于孕期、哺乳期或计划怀孕的癫痫共病焦虑、抑郁患者,首选心理干预治疗。若需用药,应进行充分的风险-效益评估,并告知患者以共同决定是否使用药物。在必须应用抗抑郁药物时,推荐SSRIs为首选治疗药物(C级证据,强推荐)。对65岁及以上癫痫患者在初诊及随访中常规筛查焦虑、抑郁及认知功能,并在药物治疗方案制定与调整时尽量避免药物相互作用、减少中枢神经系统不良反应风险,采用低剂量起始、缓慢加量与个体化用药策略(C级证据,强推荐)。

五、癫痫共病焦虑、抑郁患者的预后

癫痫共病焦虑、抑郁患者的预后受多种因素影响,主要包括癫痫发作控制情况、ASMs的合理选择及耐受性、治疗依从性、心理干预的及时性与规范性,以及家庭和社会支持水平等^[42,55]。焦虑、抑郁不仅影响患者的情绪状态,还可降低治疗依从性,影响癫痫发作管理、社会功能和生活质量,从而对总体预后产生不利影响^[56]。此外,癫痫共病焦虑、抑郁患者常伴有较重的心理社会负担,表现为病耻感增加、社会交往受限、职业和学业适应困难等。这些因素可进一步加重情绪障碍,并与癫痫发作控制不佳相互影响,形成恶性循环^[57]。因此,对此类患者的预后评估不应仅局限于癫痫发作控制,还应综合关注其心理状态、社会功能及整体生活质量。

综合治疗策略和个体化管理方案有助于改善此类患者的总体预后。Zheng等^[58]研究表明,由癫痫专科医生、精神科医生、药剂师和癫痫专科护士组成的多学科团队管理模式,可显著改善癫痫患者的焦虑、抑郁症状,提高用药依从性和生活质量。因此,建议对癫痫共病焦虑、抑郁患者采取多学科综合管理模式,并根据患者癫痫发作特点、精神心理状态及社会支持情况实施个体化干预,以改善其长期结局。

六、总结与展望

本共识参考当前癫痫共病焦虑、抑郁领域的国内外最新研究成果,在学组专家充分研讨及多轮修订的基础上形成。现有研究表明,癫痫患者焦虑与抑郁的患病率较一般人群显著升高,并伴随自杀风险增加。建议对癫痫患者开展抑郁、焦虑的常规筛查,可选量表包括C-NDDI-E及GAD-7等。目前仍缺少癫痫共病焦虑、抑郁治疗方案的直接证据,且个体化用药方案需考虑癫痫控制状态、药物相互作用与剂量以及ASMs对情绪可能存在的负向影响。

未来研究可从以下两方面推进:(1)在非药物领域,探索无创神经调控(如rTMS、VNS)和数字治疗(如数字化CBT)的最佳干预方式。(2)进行大样本前瞻性队列研究,优化ASMs与SSRIs/SNRIs的联合用药方案。同时可尝试通过基因组学技术,基于患者基因型指导个体化药物选择。

本共识基于现有循证证据和专家临床经验制订,代表了当前癫痫共病焦虑、抑郁领域的阶段性认识。随着相关研究的深入,共识内容将适时更新。共识中推荐意见旨在为临床实践提供参考,不具有法律约束力。

本共识制订专家组名单

执笔:孟红梅、李嘉爱、林靖奇(吉林大学第一医院)

指导专家:汪昕(复旦大学附属中山医院)、王群(首都医科大学附属北京天坛医院)、陈阳美(重庆医科大学附属第二医院)、朱遂强(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、洪楨(四川大学华西医院)、冯莉(中南大学湘雅医院)

专家组成员(按照姓氏汉语拼音排序):陈阳美(重庆医科大学附属第二医院)、陈子怡(中山大学附属第一医院)、丁美萍(浙江大学医学院附属第二医院)、丁晶(复旦大学附属中山医院)、冯莉(中南大学湘雅医院)、韩雁冰(昆明医科大学第一附属医院)、洪楨(四川大学华西医院)、黄华品(福建医科大学附属协和医院)、金丽日(中国医学科学院北京协和医院)、李冠军(上海市精神卫生中心)、李嫚(华中科技大学同济医学院附属协和医院)、李其富(海南医学院第一附属医院)、连亚军(郑州大学第一附属医院)、林一聪(首都医科大学宣武医院)、刘洁(四川省医学科学院四川省人民医院)、刘献增(北京大学国际医院)、刘晓蓉(广州医科大学附属第二医院)、刘旸(北京大学第一医院)、龙莉莉(中南大学湘雅医院)、马磊(空军军医大学第一附属医院)、孟红梅(吉林大学第一医院)、牛争平(山西医科大学第一医院)、任连坤(首都医科大学宣武医院)、孙妍萍(青岛大学附属医院)、谭兰(青岛市市立医院)、汪昕(复旦大学附属中山医院)、王学峰(重庆医科大学附属第一医院)、王群(首都医科大学附属北京天坛医院)、王爽(浙江大学医学院附属第二医院)、王湘庆(解放军总医院第一医学中心)、王小姗(南京脑科医院[南京医科大学附属脑科医院])、王玉(安徽医科大学第四附属医院)、王中原(南京大学医学院附属鼓楼医院)、吴欣桐(四川大学华西医院)、吴逊(北京大学第一医院)、吴润映(复旦大学附属华山医院)、肖波(中南大学湘雅医院)、肖争(重庆医科大学第一附属医院)、许贤瑞(宁夏医科大学总医院)、于云莉(贵州医科大学附属医院)、余璐(广西医科大学第一附属医院)、虞培敏(复旦大学附属华山医院)、毓青(天津医科大学总医院)、赵秀鹤(山东大学齐鲁医院)、赵正卿(海军军医大学附属长征医院)、周东(四川大学华西医院)、周列民(中山大学附属第一医院)、朱遂强(华中科技大学同济医学院附属同济医院)、朱雨岚(哈尔滨医科大学附属第二医院)

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

- [1] Gurgu RS, Ciobanu AM, Danasel RI, et al. Psychiatric comorbidities in adult patients with epilepsy (a systematic review) [J]. *Exp Ther Med*, 2021, 22(2): 909. DOI: 10.3892/etm. 2021. 10341.
- [2] Peltola J, Surges R, Voges B, et al. Expert opinion on diagnosis and management of epilepsy-associated comorbidities[J]. *Epilepsia Open*, 2024, 9(1): 15-32. DOI: 10.1002/epi4.12851.
- [3] 中国抗癫痫协会共患病专业委员会. 癫痫伴抑郁诊断治疗的中国专家共识(2022修订版)[J]. *癫痫杂志*, 2022, 8(6): 488-493. DOI: 10.7507/2096-0247.202209015. Comorbidity Committee, China Association Against Epilepsy. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of epilepsy with depression (2022 revision)[J]. *Journal of Epilepsy*, 2022, 8(6): 488-493. DOI: 10.7507/2096-0247.202209015.
- [4] 中国抗癫痫协会共患病专业委员会. 癫痫伴焦虑诊断治疗的中国专家共识[J]. *癫痫杂志*, 2018, 4(3): 185-190. DOI: 10.7507/2096-0247.20180033. Comorbidity Committee, China Association Against Epilepsy. Chinese expert consensus on diagnosis and treatment of epilepsy with anxiety[J]. *Journal of Epilepsy*, 2018, 4(3): 185-190. DOI: 10.7507/2096-0247.20180033.
- [5] Balslem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence[J]. *J Clin Epidemiol*, 2011, 64(4): 401-406. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
- [6] Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables[J]. *J Clin Epidemiol*, 2011, 64(4): 383-394. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
- [7] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 轻型卒中临床诊疗中国专家共识(2024版)[J]. *中华神经科杂志*, 2025, 58(5): 462-474. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20250124-00057. Chinese Society of Neurology, Chinese Stroke Society. Chinese expert consensus on clinical diagnosis and treatment of minor stroke (2024 edition) [J]. *Chin J Neurol*, 2025, 58(5): 462-474. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20250124-00057.
- [8] Kwon CS, Rafati A, Ottman R, et al. Psychiatric comorbidities in persons with epilepsy compared with persons without epilepsy: a systematic review and Meta-analysis[J]. *JAMA Neurol*, 2025, 82(1): 72-84. DOI: 10.1001/jamaneurol.2024.3976.
- [9] Kwon CS, Rafati A, Gandy M, et al. Multipsychiatric comorbidity in people with epilepsy compared with people without epilepsy: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Neurology*, 2024, 103(3): e209622. DOI: 10.1212/WNL.0000000000209622.
- [10] Rashid H, Upadhyay AD, Pandey RM, et al. Point prevalence of depression in persons with active epilepsy and impact of methodological moderators: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Epilepsy Behav*, 2021, 125: 108394. DOI: 10.1016/j.yebeh.2021.108394.
- [11] Zhu XR, Zhu ZR, Wang LX, et al. Prevalence and risk factors for depression and anxiety in adult patients with epilepsy: caregivers' anxiety and place of residence do matter[J]. *Epilepsy Behav*, 2022, 129: 108628. DOI: 10.1016/j.yebeh.2022.108628.
- [12] Forthoffer N, Tarrada A, Brissart H, et al. Anxiety and depression in newly diagnosed epilepsy: a matter of psychological history? [J]. *Front Neurol*, 2021, 12: 744377. DOI: 10.3389/fneur. 2021. 744377.
- [13] Rafati A, Pasebani Y, Kwon CS. Elevated suicide risk in individuals with epilepsy: a systematic review and Meta-analysis [J]. *J Neurol*, 2025, 272(3): 232. DOI: 10.1007/s00415-025-12961-0.
- [14] Wang H, Zhang Y, Tan G, et al. Suicidality and epilepsy: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Front Psychiatry*, 2023, 14: 1097516. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1097516.
- [15] Zhang Y, Wang H, Liu L. Risk factors of suicide-related events in patients with epilepsy: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Seizure*, 2024, 120: 72-82. DOI: 10.1016/j.seizure.2024.06.016.
- [16] Rauh R, Schulze-Bonhage A, Metternich B. Assessment of anxiety in patients with epilepsy: a literature review[J]. *Front Neurol*, 2022, 13: 836321. DOI: 10.3389/fneur.2022.836321.
- [17] Lecce F, Smith CR, Burbach FR. Digital mental health



- interventions for people with epilepsy: a systematic review[J]. *Seizure*, 2023, 107: 91-103. DOI: 10.1016/j.seizure.2023.03.016.
- [18] Gandy M, Wu W, Woldhuis T, et al. Integrated care for mental health in epilepsy: a systematic review and Meta-synthesis by the International League Against Epilepsy Integrated Mental Health Care Pathways Task Force[J]. *Epilepsia*, 2025, 66(4): 1024-1040. DOI: 10.1111/epi.18252.
- [19] Gandy M, Modi AC, Wagner JL, et al. Managing depression and anxiety in people with epilepsy: a survey of epilepsy health professionals by the ILAE psychology task force[J]. *Epilepsia Open*, 2021, 6(1): 127-139. DOI: 10.1002/epi4.12455.
- [20] Bølling-Ladegaard E, Dreier JW, Kessing LV, et al. Directionality of the association between epilepsy and depression: a nationwide register-based cohort study[J]. *Neurology*, 2023, 100(9): e932-e942. DOI: 10.1212/WNL.0000000000201542.
- [21] Kanner AM, Saporta AS, Kim DH, et al. Mood and anxiety disorders and suicidality in patients with newly diagnosed focal epilepsy: an analysis of a complex comorbidity[J]. *Neurology*, 2023, 100(11): e1123-e1134. DOI: 10.1212/WNL.0000000000201671.
- [22] Niu C, Li P, Du X, et al. Risk factors for anxiety in patients with epilepsy: a Meta-analysis[J]. *Epilepsy Behav*, 2024, 153: 109665. DOI: 10.1016/j.yebeh.2024.109665.
- [23] Qin SK, Yang ZX, Guan ZW, et al. Exploring the association between epilepsy and depression: a systematic review and Meta-analysis[J]. *PLoS One*, 2022, 17(12): e0278907. DOI: 10.1371/journal.pone.0278907.
- [24] Tan B, Liu Q, Qin Y, et al. Insomnia in epilepsy is associated with nocturnal seizures and anxiety[J]. *Epilepsy Behav*, 2024, 150: 109559. DOI: 10.1016/j.yebeh.2023.109559.
- [25] Tsamakis K, Teagarden DL, Villarreal HK, et al. Depression and anxiety in adult persons with epilepsy and their caregivers: a survey-based study at a tertiary care center[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2022, 210(3): 212-218. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001436.
- [26] Gulyaeva NV. Stress-associated molecular and cellular hippocampal mechanisms common for epilepsy and comorbid depressive disorders[J]. *Biochemistry (Mosc)*, 2021, 86(6): 641-656. DOI: 10.1134/S0006279721060031.
- [27] Druzhkova TA, Yakovlev AA, Rider FK, et al. Elevated serum cortisol levels in patients with focal epilepsy, depression, and comorbid epilepsy and depression[J]. *Int J Mol Sci*, 2022, 23(18): 10414. DOI: 10.3390/ijms231810414.
- [28] Zhou J, Noviello CM, Teng J, et al. Resolving native GABAA receptor structures from the human brain[J]. *Nature*, 2025, 638(8050): 562-568. DOI: 10.1038/s41586-024-08454-1.
- [29] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会睡眠障碍学组, 中华医学会神经病学分会神经心理与行为神经病学学组. 中国成人失眠伴抑郁焦虑诊治专家共识[J]. *中华神经科杂志*, 2020, 53(8): 564-574. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20190701-00398.
- Chinese Society of Neurology, Chinese Society of Sleep Disorders, Chinese Society of Neuropsychology and Behavioral Neurology. Expert consensus on the diagnosis and treatment of insomnia with depression and anxiety in Chinese adults[J]. *Chin J Neurol*, 2020, 53(8): 564-574. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20190701-00398.
- [30] Kogan CS, Stein DJ, Maj M, et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11[J]. *Depress Anxiety*, 2016, 33(12): 1141-1154. DOI: 10.1002/da.22530.
- [31] Cao Q, Cui T, Wang Q, et al. The localization and lateralization of fear aura and its surgical prognostic value in patients with focal epilepsy[J]. *Ann Clin Transl Neurol*, 2022, 9(8): 1116-1124. DOI: 10.1002/acn3.51607.
- [32] Conner K, Gandy M, Munger-Clary HM. What is the role of screening instruments in the management of psychiatric comorbidities in epilepsy? Tools and practical tips for the most common comorbidities: depression and anxiety[J]. *Epilepsy Behav Rep*, 2024, 25: 100654. DOI: 10.1016/j.ebr.2024.100654.
- [33] Li Q, Zhu LN, Wang HJ, et al. Validation of the neurological disorders depression inventory for epilepsy (NDDIE) as a rapid suicidality screening tool in Chinese people with epilepsy[J]. *Epilepsy Behav*, 2019, 94: 216-221. DOI: 10.1016/j.yebeh.2019.03.024.
- [34] Lancet T. ICD-11[J]. *Lancet*, 2019, 393(10188): 2275. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31205-X.
- [35] Liu P, Zhu Z, Wu H. The safety of perampanel in different disorders and doses: a Meta-analysis[J]. *Seizure*, 2023, 106: 22-28. DOI: 10.1016/j.seizure.2023.01.013.
- [36] Schramm E, Klein DN, Elsaesser M, et al. Review of dysthymia and persistent depressive disorder: history, correlates, and clinical implications[J]. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7(9): 801-812. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30099-7.
- [37] Zhong R, Lin W, Chen Q, et al. Predictors of comorbid anxiety symptoms after a new diagnosis of epilepsy: a prospective 12-month follow-up observation[J]. *Front Neurol*, 2021, 12: 743251. DOI: 10.3389/fneur.2021.743251.
- [38] Holmes GL. Drug treatment of epilepsy neuropsychiatric comorbidities in children[J]. *Paediatr Drugs*, 2021, 23(1): 55-73. DOI: 10.1007/s40272-020-00428-w.
- [39] Habibi M, Hart F, Bainbridge J. The impact of psychoactive drugs on seizures and antiepileptic drugs[J]. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2016, 16(8): 71. DOI: 10.1007/s11910-016-0670-5.
- [40] 中国抗癫痫协会共患病专业委员会. 癫痫术前神经心理评估专家共识[J]. *癫痫杂志*, 2020, 6(5): 389-395. DOI: 10.7507/2096-0247.20200062.
- Comorbidity Committee, China Association Against Epilepsy. Expert consensus on preoperative neuropsychological assessment in epilepsy [J]. *Journal of Epilepsy*, 2020, 6(5): 389-395. DOI: 10.7507/2096-0247.20200062.
- [41] Rolfzen ML, Nagele P, Conway C, et al. Management of depression and anxiety in perioperative medicine[J]. *Anesthesiology*, 2024, 141(4): 765-778. DOI: 10.1097/ALN.0000000000005076.
- [42] Mula M, Brodie MJ, de Toffol B, et al. ILAE clinical practice recommendations for the medical treatment of depression in adults with epilepsy[J]. *Epilepsia*, 2022, 63(2): 316-334. DOI: 10.1111/epi.17140.
- [43] Assenza G, Tombini M, Lanzzone J, et al. Antidepressant effect of



- vagal nerve stimulation in epilepsy patients: a systematic review [J]. *Neurol Sci*, 2020, 41(11): 3075-3084. DOI: 10.1007/s10072-020-04479-2.
- [44] McGrane IR, Tenison RE, Bimler DM, et al. Successful bilateral electroconvulsive therapy in a patient with a seizure disorder taking levetiracetam, lorazepam, and zonisamide: a case report[J]. *Ment Health Clin*, 2021, 11(1): 23-26. DOI: 10.9740/mhc.2021.01.023.
- [45] 中国医师协会神经调控专业委员会电休克与神经刺激学组. 重复经颅磁刺激治疗专家共识[J]. *转化医学杂志*, 2018, 7(1): 4-9. DOI: 10.3969/j.issn.2095-3097.2018.01.002.
- Electroconvulsive Therapy and Neurostimulation Group, Neuromodulation Professional Committee, Chinese Medical Doctor Association. Expert consensus on repetitive transcranial magnetic stimulation therapy[J]. *Translational Medicine Journal*, 2018, 7(1): 4-9. DOI: 10.3969/j.issn.2095-3097.2018.01.002.
- [46] Fernandes H, Novais C, Sousa-Pinto B, et al. Comparative efficacy and safety of benzodiazepines in the treatment of patients with generalized anxiety disorder: a systematic review and network Meta-analysis[J]. *Psychother Psychosom*, 2025, 94(5): 373-388. DOI: 10.1159/000546269.
- [47] Guaiana G, Meader N, Barbui C, et al. Pharmacological treatments in panic disorder in adults: a network Meta-analysis[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2023, 11: CD012729. DOI: 10.1002/14651858.CD012729.pub3.
- [48] 中国神经科学学会精神病学基础与临床分会抑郁障碍研究联盟. 伴焦虑痛苦特征抑郁症的临床诊治专家共识[J]. *精神医学杂志*, 2021, 34(1): 74-78. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2021.01.018.
- Depressive Disorders Research Alliance, Basic and Clinical Psychiatry Branch, Chinese Neuroscience Society. Expert consensus on clinical diagnosis and treatment of major depressive disorder with anxious distress[J]. *Journal of Psychiatry*, 2021, 34(1): 74-78. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2021.01.018.
- [49] Valente KD, Reilly C, Carvalho RM, et al. Consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of anxiety and depression in children and adolescents with epilepsy: a report from the psychiatric pediatric issues task force of the international league against epilepsy[J]. *Epilepsia*, 2024, 65(11): 3155-3185. DOI: 10.1111/epi.18116.
- [50] 中华医学会神经病学分会脑电图与癫痫学组. 中国围妊娠期女性癫痫患者管理指南[J]. *中华神经科杂志*, 2021, 54(6): 539-544. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20201116-00879.
- Chinese Society of Electroencephalography and Epilepsy. Guideline for the management of women with epilepsy during the peripregnancy period[J]. *Chin J Neurol*, 2021, 54(6): 539-544. DOI: 10.3760/cma.j.cn113694-20201116-00879.
- [51] Villanueva V, Artal J, Cabeza-Alvarez CI, et al. Proposed recommendations for the management of depression in adults with epilepsy: an expert consensus[J]. *Neurol Ther*, 2023, 12(2): 479-503. DOI: 10.1007/s40120-023-00437-0.
- [52] Vickery PB. Concepts for selection and utilization of psychiatric medications in pregnancy[J]. *Ment Health Clin*, 2023, 13(6): 255-267. DOI: 10.9740/mhc.2023.12.255.
- [53] Qiu H, Wang Z, Wang Y. Influence of comorbid anxiety and depression disorder on cognition in older adults with epilepsy[J]. *Front Psychiatry*, 2025, 16: 1598767. DOI: 10.3389/fpsy.2025.1598767.
- [54] 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. DOI: 10.3760/cma.j.cn113661-20250213-00066.
- Chinese Society of Psychiatry, Geriatric Psychiatry Group. Expert consensus on diagnosis and treatment of late-life depressive disorder (2025 edition)[J]. *Chin J Psychiatry*, 2025, 58(8): 592-602. DOI: 10.3760/cma.j.cn113661-20250213-00066.
- [55] Lyndon S, Dworetzky BA, Baslet G. Psychiatric and behavioural side effects of antiepileptic medications in epilepsy[J]. *J Neurol*, 2025, 273(1): 45. DOI: 10.1007/s00415-025-13591-2.
- [56] Khatooni M, Rahimi S, Bahrami M. The relationship between stress, anxiety, depression and medication adherence behavior in patients with epilepsy: a cross-sectional study[J]. *Epilepsy Behav*, 2024, 151: 109616. DOI: 10.1016/j.yebeh.2023.109616.
- [57] Malik NI, Fatima R, Ullah I, et al. Perceived stigma, discrimination and psychological problems among patients with epilepsy[J]. *Front Psychiatry*, 2022, 13: 1000870. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1000870.
- [58] Zheng Y, Ding X, Guo Y, et al. Multidisciplinary management improves anxiety, depression, medication adherence, and quality of life among patients with epilepsy in eastern China: a prospective study[J]. *Epilepsy Behav*, 2019, 100(Pt A): 106400. DOI: 10.1016/j.yebeh.2019.07.001.

(收稿日期: 2025-11-18)

(本文编辑: 王志娟)

