

综合医院就诊患者躯体疾病 与抑郁焦虑障碍共病的现状调查

刘传新¹ 段明君² 李 斌³ 谢 玲³ 杨彦春³

(¹ 济宁医学院精神卫生学院, 山东 济宁 272067; ² 成都市第四人民医院, 四川 成都 610036;

³ 四川大学华西医院精神卫生中心, 成都 610041)

摘 要 目的 了解综合性医疗机构中就诊患者躯体疾病与抑郁焦虑的共病率。方法 采用多中心、大样本、横断面设计, 调查 2044 例综合医院就诊患者。采用医院焦虑抑郁量表(HADS)和患者健康状况调查表, 阳性者进行汉密尔顿焦虑量表(HAMA)和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)同时做国际神经精神科简式访谈问卷(MINI)诊断评估。结果 经 MINI 诊断发现躯体疾病与抑郁焦虑障碍共病率为 16.24%。不同就诊科室中的共病率存在差异。结论 躯体疾病与抑郁焦虑共病是综合医院就诊者中, 常见问题, 不同科室就诊患者共病率存在一定的差异, 但正确识别和治疗情况不容乐观。

关键词 抑郁; 焦虑; 共病; 综合医院

中图分类号: R749.2 文献标志码: A 文章编号: 1000-9760(2011)10-369-04

A cross-sectional survey of the prevalence of depressive-anxiety disorders among general hospital patients

LIU Chuan-xin, DUAN Ming-jun, LI Bin, et al

(Institute of Mental Health, Jining Medical University, Jining 272067, China)

Abstract: Objective To carry out a cross-sectional survey of the prevalence of depressive and anxiety disorder among general hospital patients. **Methods** A multi-center, hospital-based cross-sectional study was conducted. A total of 2044 subjects were screened by using HADS and General condition survey together with medical history review list and followed by regular clinical visit process. Positive patients were interviewed with HAMA and HAMD. Physician's diagnoses and management were recorded. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) was used to evaluate by psychiatrists afterwards. **Results** The prevalence rate of MINI-diagnosed comorbidity of physical disease and depressive disorder, anxiety disorder were 16.24%. There existed significant differences between comorbidity rates in different sections. **Conclusion** High prevalence and low identification and treatment rate of depressive and/or anxiety disorders were found in the general hospitals. In order to improve the status quo, training program for physicians and specialists other than psychiatric professionals in general hospitals should be enhanced together with psychiatric consultation.

Key words: Depression; Anxiety; Comorbidity ;General Hospital

躯体疾病与抑郁焦虑是综合医院就诊患者常见的心身障碍, 超过 2/3 的心身障碍患者在综合医疗机构以躯体症状进行就诊^[1], 而由于临床医生缺乏诊断和处理心理疾病的培训和经验, 缺乏对以躯体症状为主诉患者的心身障碍的识别能力, 常导致漏诊、误诊和延误治疗, 造成医疗资源的浪费^[2]。本研究旨在通过对有代表性的综合性医院和专业科室中就诊患者和诊疗医师的调查, 了解我国综合

性医疗机构就诊患者躯体疾病与抑郁/焦虑共病的诊断现状, 评估综合医疗机构就诊患者心身障碍的患病率。

1 资料和方法

1.1 一般资料

研究对象根据四川省综合医院比例, 以医院为整群, 按比例分配分层整群抽样。四川省卫生厅可

提供全省医院的记录。通过随机数字表,抽得如下医院:三等甲级:5所,二等甲级:3所,中医院:1所。共调查9所医院为研究点。根据既往研究的最低患病率(4%)测算总样本需1505例^[3]。在调查日内,每个医院就诊的先后顺序共调查例数为2044例。

在调查日内所有各研究点就诊的年龄 ≥ 18 岁、意识清楚、能独立回答问题并知情同意的就诊者均为调查对象。排除因严重精神或躯体功能障碍不能完成调查的就诊者。对于已知情同意并完成筛查,但是拒绝精神科医生诊断性检查的就诊者按失访处理。

1.2 工具和方法

所就诊科室的医生在完成常规诊疗过程的同时,需完成自行设计的一般状况调查表,问卷主要包括患者的姓名、性别、民族、年龄、出生日期、职业和文化程度;家族史、家庭类型、家庭月经济收入。

1.2.1 躯体疾病相关情况 主要包括:首次发病时间、首次就诊医院、首次诊断疾病名称、自理能力、现在诊断、现在自理能力、病休情况、近期发作情况、病情变化情况、近期生活事件。

1.2.2 综合医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)^[4] 主要应用于筛查躯体患者焦虑和抑郁症状。抑郁和焦虑各有7个项目,每个项目分0~3四级评分。得分 ≥ 9 分者为筛查阳性,进一步进行诊断性检查。

1.2.3 汉密尔顿焦虑抑郁量表 HAMA 和 HAMD^[5] 本次研究使用的是 HAMA14项和 HAMD17项量表。对于 HAD 分值 ≥ 9 分的被调查者,询问后填写 HAMA 和 HAMD 量表。HAMA 得分 ≥ 14 分者为焦虑情绪阳性, HAMD 得分 ≥ 17 分者为抑郁情绪阳性。

1.2.4 国际神经精神科简式访问问卷(MINI)^[6]

为一种定式诊断工具,可同时得出美国精神疾病和统计手册第4版(DSM-IV)和世界卫生组织的疾病国际分类第10版(ICD-10)诊断。较既往精神科常用的 DSM 诊断定式临床检查提纲(Structured Clinical Interview of DSM, SCID),具有操作简单,使用方便,费时较少的特点。研究显示其信度和效度良好。MINI 中文版与复合性国际诊断交谈检查量表(CIDD)和 SCID 的平行效度中等,在可接受范围内。本研究使用了 MINI 的抑郁和焦虑相关障碍的诊断模块。

1.2.5 方法 本研究为大样本、多中心、横断面调查。摒弃目前常用的二阶段法,采用一阶段法,所

有调查采用当面访谈方式进行。这样大大减少了信息的损失。对合作的躯体疾病进行讲解调查目的。在知情同意的基础上,对躯体患者进行一对一的访谈。被调查者在就诊前,首先进行 HADS 的自评筛查,同时完成一般状况调查表和躯体疾病相关情况调查表。完成后由协调员核查和记录就诊者 HADS 评分,并记录就诊者病史和主要症状。HADS ≥ 9 的就诊者将由经培训的精神科医生完成 HAMA、HAMD 和 MINI 诊断性检查,同时精神科医师根据临床经验和诊断标准对患者做出自己的临床诊断。在2006年5月至10月调查期限内,选择调查起始日。在调查日内完成所有门诊和住院患者的调查。

1.3 统计学分析

采用 epidata 3.0 建立数据库,数据分析采用 spss12.0 统计软件。人口学资料应用频率、百分比、无数等指标描述,不同级别医院和科室 DSM-IV 评定的抑郁症和(或)焦虑症的患病率用 χ^2 检验进行比较。根据阳性诊断人数占总调查人数的百分比计算患病率。

2 结果

2.1 一般情况

本研究使用综合医院焦虑抑郁量表 HAD 对5家三等甲级医院、3家二级医院及1家中医院中2044名研究对象使用 HAD 进行的抑郁情绪评定,共发放调查表格2044份,回收2043份,其中1份因患者拒绝而剔除,因此共纳入有效问卷2043份,有效回收率99.95%。HAD 评分在9分以上的研究对象, HAD 评分阳性率(16.24%),使用 HAMA 和 HAMD 进行评分,并在此基础进行 MINI 诊断确定是不是患病,躯体疾病与抑郁障碍共病者占13.60%。年龄分布最小16岁,最大96岁,平均年龄51.34 \pm 18.84岁。主要集中在35岁以上(74.70%);男性975名(42.7%),女性1069名(52.3%),抑郁症/焦虑症患病率男性12.11%,女性15.73%,统计显示两组间差异具有显著性,女性高于男性(见表1)。

表1 研究对象人口学特征及与抑郁障碍共病率(%)

变量	n	构成比	共病数	共病率
性别				
男	974	47.70	118	12.11
女	1068	52.30	168	15.73
年龄				
0~20	91	4.46	11	12.09
21~35	425	20.84	49	11.53
36~60	785	38.50	114	14.52
61~	738	36.20	104	14.09

2.2 躯体疾病患者抑郁障碍在不同等级医院和不同科室分布情况

2.2.1 躯体疾病患者抑郁障碍在不同级别的医院具体情况 见表 2。调查结果显示:三级医院和二级医院躯体疾病患者与抑郁障碍的共病率相近,而中医院患病率相对较低,但对不同等级医院进行分析显示:不同等级医院差异没有显著性。

表 2 不同级别的医院的躯体疾病患者抑郁障碍共病分布情况

医院等级	调查数	构成比(%)	患病数	患病率(%)	F	P
三级医院	1388	67.83	189	13.67		
二级医院	479	23.49	68	14.20	2.058	>0.05
中医院	180	8.83	21	11.67		

2.2.2 躯体疾病患者抑郁症/焦虑障碍不同科室分布情况(HAMD、HAMA 测评) 肿瘤科的抑郁症/焦虑症患病率最高达到 25.00%,其次是内科、外科、妇产科、五官科最低。见表 3。

表 3 躯体疾病患者抑郁障碍共病不同科室分布情况

医院等级	调查数	构成比(%)	患病数	患病率(%)	F	P
内科	1288	60.08	196	15.96		
外科	405	19.86	42	10.37		
妇产科	307	15.06	27	8.79	7.271	<0.05
五官科	49	2.40	0	0		
肿瘤科	42	2.55	13	25.00		

注:P<0.05

3 讨论

3.1 躯体疾病患者中抑郁障碍共病率

多项研究表明,躯体疾病患者中抑郁症/焦虑症的患病率明显高于一般人群^[7]。1992~1993 年 WHO 在 15 个国家的多中心合作研究发现,抑郁症在综合医院内科门诊病人中的患病率为 2.6%~29.5%(平均为 10.4%);上海为 4.0%。而同期中国一项大型精神障碍的流行病学调查显示,一般人群情感性精神障碍的时点患病率为 0.52%,可见,综合医院就诊的病人群体中抑郁症的患病率远高于一般人群^[8]。

本次研究发现所有躯体疾病患者与抑郁障碍共病率为 13.60%。抑郁障碍在综合医院就诊者非常多见,而且易于被普通临床医师忽视,尤其患者往往诉述躯体不适。美国国立精神卫生研究所调查显示,躯体疾病心理障碍患病率为 41%,慢性躯体疾病患者情感障碍患病率为 26%,国内陆林等研究发现综合性医院内科住院患者情感障碍患

病率 37.7%^[9]。于德华等研究发现,综合医院住院患者中,近 1/3 患者出现抑郁负性情绪,其中焦虑症状阳性者占被调查人数的 35.0%,抑郁症状阳性者占 32.2%。与本次研究结果接近^[10]。许晶等研究发现,目前综合医院就诊的患者中 15%~20%合并有精神科问题,住院病人中 30%~60%有心理社会问题^[11]。

3.2 抑郁障碍和躯体疾病的相互作用

抑郁障碍和躯体疾病的共同存在可以相互作用,表现为增加对彼此的影响。研究发现,伴发抑郁障碍的癌症病人更可能死亡或早死^[12]。并且抑郁症病人有更差的术后病程。抑郁可能诱发或促进躯体疾病,Craig 发现,挫折性生活事件产生的忧虑不安,可能导致冠心病、心绞痛、偏头痛等。抑郁也可以是躯体疾病的直接后果,如甲状腺机能减退、尿毒症、痴呆等可直接表现为抑郁。躯体疾病构成社会心理应激,使个体产生反应性抑郁、焦虑或惊恐。

躯体疾病患者中存在如此高的抑郁障碍的可能的主要原因有:1)躯体治疗药物引起的情感障碍特别是抑郁障碍;2)器质性疾病引起的情感障碍;许多神经性及内分泌疾病常可引起情感障碍;3)对躯体疾病反应性情感障碍;后两者通常难以区分。与不伴有抑郁的患者相比,抑郁患者社会功能降低。而 Bolard 等研究发现综合性医院医师尽管对抑郁没有足够重视,但容易将其它疾病诊断为抑郁障碍,最常见为谵妄、痴呆和焦虑障碍。

在应激—情绪障碍—应激的恶性循环理论中,不仅是应激导致情绪障碍,而且情绪障碍又是一种应激源,产生新的应激,形成情绪障碍—应激—情绪障碍的恶性循环。躯体疾病与情绪障碍也存在着同样的关系躯体疾病作为一种生理和心理应激,使病人产生的情绪障碍又可使原有躯体疾病加重甚至产生新躯体疾病,形成躯体疾病—情绪障碍—躯体疾病恶性循环。

躯体疾病产生抑郁的理论设想:躯体疾病本身伴随各种生物代谢异常,这些生物学异常可以直接产生抑郁等情绪症状,或影响到与情绪障碍发生有关的生物学机制,如 5-HT、NE、GABA 等神经递质的代谢异常。躯体疾病也可以作为应激源,通过个体的感知,经过心理—生理机制,影响到神经免疫和神经内分泌,而导致情绪障碍的发生。

情绪障碍产生或加重躯体疾病的理论设想:抑郁等情绪障碍可以诱发或促发躯体疾病,在临床实践中比较常见,情绪障碍产生的紧(下转第 374 页)

研究中,则没有发现这些明显的性别差异,这与国内的研究报道结果基本一致^[4]。

因为本研究仅在部分院校大学生中开展,样本数量较小,只能在一定程度上说明若采用国外通行的D型人格检测标准对国内大学生进行检测,会因文化差异、性格特点等原因产生一定的误差,使部分D型人格大学生被遗漏。本研究虽无法明确比较D型人格的国外标准和新标准孰优孰劣,但根据以往修订国外测量工具的经验,如MMPI根据中国常模的分界点来评价中国被试,在制定诊断标准时应该考虑到文化背景、性格特点方面的差异,减少影响检测的灵敏性和特异性的各种可能原因,才能准确检测大学生群体中D型性格大学生数量,并针对D型性格大学生的性格特点进行相关管理^[5],真正为大学生心理健康教育做好铺垫。

(上接第371页)张不安、焦虑烦闷,失眠,躯体化症状,最终会导致器质性疾病的发生,情绪障碍还可使病人对原有躯体疾病的疼痛或不适变得敏感,减弱体内对抗疾病的免疫功能,使原躯体疾病恶化加重。目前涉及情绪障碍生物学机制的神经递质主要有:1)乙酰胆碱;2)单胺,如NE、肾上腺素、多巴胺、5-HT;3)氨基酸类,如GABA、甘氨酸、谷氨酸等;4)肽类激素,如下丘脑激素、垂体激素、脑肠肽。其中NE、5-HT、GABA与情绪障碍的关系已经得到证实。另外,神经生物学领域造成重大影响神经递质一氧化氮(nitric oxide, NO),也可能与抑郁症发生机制有关。

总之,虽然疾病发展成抑郁障碍病因多种多样,但绝大多数针对抑郁障碍的治疗都能取得不错的效果^[13],对合并有抑郁症状的患者进行抗抑郁治疗可以减少患者痛苦,缩短病程,减少因未及时治疗而发展成难治性抑郁症。

参考文献:

- [1] Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, et al. Impact of pain on depression treatment response in primary care[J]. Psychosom Med. 2004, 66: 17-22.
- [2] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, et al. Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment[J]. Arch Fam Med, 1994, 3: 774-779.
- [3] Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care;

参考文献:

- [1] Pedersen S S, Van Domburg R T, Thsuns D A, et al. Type D personality is associated with increased anxiety and depressive symptoms in patients with an implantable cardioverter defibrillator and their partners[J]. Psychosom Med, 2004, 66(5): 714-719.
- [2] Pedersen S S, Denollet J. Validity of the D personality construct in Danish post-MI patients and healthy control[J]. J Psychosomat Res, 2004, 57(1): 1-8.
- [3] Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality[J]. Psychosomat Med, 2005, 67(1): 89-97.
- [4] 白俊云, 赵兴蓉, 许秀峰. D型人格量表的信效度检验[J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(5): 329-331.
- [5] 陈玲丽, 刘文. D型人格在生活事件对睡眠质量的影响中的调节作用[J]. 中国临床心理学杂志, 2008, 16(6): 569-571.

(收稿日期 2011-09-11)

- an international study[J]. Chichester: John Wiley & Sons, 1995: 137-146.
- [4] 张作记. 行为医学量表手册[J]. 中国医学电子音像出版社, 2005: 229-231.
- [5] 张作记. 行为医学量表手册[J]. 中国医学电子音像出版社, 2005: 235-245.
- [6] Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10[J]. J Clin Psychiatry, 1998, 59 suppl 20: 22-33.
- [7] 全国情感障碍亚型家系研究协作组. 单相抑郁与双相情感障碍遗传效应及方式的对照研究[J]. 中华精神科杂志, 1997, 30.
- [8] 薛昭昌, 付希一, 邵岩峰. 抑郁及其临床地位[J]. 中国疗养医学, 2000, 9(2): 37-38.
- [9] 许晶. 神经、精神因素对神经系统疾病的影响[J]. 辽宁医学杂志, 2004, 18(6): 288-289.
- [10] 陆林, 黄明生, 孙学礼, 等. 综合医疗机构情绪障碍研究[J]. 华西医学, 1998, 13: 15-17.
- [11] 郭爱武. 综合性医院抑郁障碍 100 例临床研究[J]. 健康心理学杂志, 2002, 10(4): 310.
- [12] 任清涛, 路英智, 田明萍. 以躯体不适为主要症状的抑郁症误诊分析[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2001, 27(6): 453-454.
- [13] 刘兰花, 宋荣刚, 王建新, 等. 综合医院以躯体症状为主诉的抑郁症 64 例临床分析[J]. 中国民康医学杂志, 2003, 15(6): 337.

(收稿日期 2011-09-15)