

围绝经期女性抑郁症复发因素分析

高力舒 李惠春

中图分类号: R749.4⁺² 文献标识码: B 文章编号: 1007-0931(2009)07-0046-03

据 2002 年世界卫生组织报告, 抑郁症已成为世界第四大疾患。据预测从 2010—2020 年以致残水平和社会花费计算, 抑郁症将仅次于缺血性心脏病, 成为第二位疾病^[1]。从疾病经济学来看, 抑郁症有可能是治疗费用最高的疾病之一, 抑郁症正成为一个严重的全球问题。有研究表明女性抑郁症患病率为男性的 2 倍^[2], 女性抑郁症在围绝经期的发生率也明显增高^[3]。本研究目的在于了解围绝经期女性抑郁症患者复发的相关因素, 针对病因对其进行预防, 提高治愈率、减少围绝经期抑郁症的复发。

对象与方法

1 对象 2005—2007 年在杭州市第一人民医院临床心理科治疗并追踪观察 1 年以上的围绝经期女性抑郁症患者。符合中国精神疾病分类方案和诊断标准 (CCMD-3) 中关于抑郁症的诊断标准; 排除器质性和症状性精神障碍; 经抗抑郁剂治疗后 HAMD 总分小于 7 分; 均能够适应社会和参加社会活动者; 接受抗抑郁剂维持性治疗, 并进行一年的跟踪随访的围绝经期女性抑郁症患者共 120 例 (其中 38 例自行减用或停用抗抑郁剂, 退出研究)。将入组病例分为两组, 即一年内复发或复燃者 (复燃是指症状改善后 3 个月内复发者, 复发是指定症状改善 3 个月后复发者) 42 例为 A 组; 40 例未复发或复燃者为 B 组。A 组已婚 35 例, B 组已婚 37 例, A 组平均病程为 (8.79±8.41) 年, B 组为 (8.35±7.65) 年 ($t=0.30$, $P>0.05$)。

2 调查方法 采用问卷调查的形式。调查用表包括: 汉密顿抑郁量表 (HAMD)、改良围绝经期症状评分表 (Kupperman menopausal index, KMI)、生活事件量表 (LES)、社会支持评定量表 (SSRS) 和自

拟的一般资料调查表。分析女性抑郁症患者在围绝经期复发的相关因素。统一培训调查员, 所有问卷均由调查员填写, 共完成有效问卷 82 份。

3 统计分析 所有数据用 SPSS 13.0 统计软件包进行处理, 采用方差分析, 相关性分析。计量资料用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验。

结果

1 一般资料 82 例围绝经期女性抑郁症患者年龄 (48.6±5.4) 岁, 最大 56 岁, 最小 42 岁。其中 42~45 岁 15 例, 46~50 岁 44 例, 51~56 岁 23 例。居住地域: 农村 58 例, 城市 24 例。文化程度: 小学及以下 51 例, 初中 16 例, 大专 13 例, 大学本科 1 例, 硕士或以上 1 例。职业: 农民 26 例, 工人 18 例, 医务人员 4 例, 干部 3 例, 教师 7 例, 个体从业者 16 例, 其他 8 例。已婚 72 例 (其中离婚 5 例), 未婚 10 例。绝经妇女 52 例, 未绝经妇女 30 例。有产后抑郁症或抑郁症病史 9 例, 无产后抑郁症或抑郁症病史 73 例。无痛经 64 例, 轻度痛经 15 例, 重度痛经 3 例。对婚姻的满意度: 对婚姻不满意 5 例, 一般满意 35 例, 满意 37 例, 很满意 5 例。

2 影响复发因素 将复发组与未复发组的临床一般资料、生活事件量表、社会支持评定量表及两组 HAMD、KMI 评分进行比较分析见表 1、表 2、表 3、表 4、表 5。由表 1 可见: 在居住地, 文化程度, 家族史, 负性生活事件方面复发组与未复发组比较均有统计学意义; 在病前个性不良, 经前综合症和痛经程度方面复发组与未复发组比较无明显差异。由表 2 可见: 复发组负性生活事件明显高于未复发组, 生活事件总值也明显高于未复发组。由表 3 显示: 复发组社会支持较未复发组差, 两组比较有统计学差异。由表 4 显示: 复发组在随访中 HAMD 评分增高, 与入组时 HAMD 评分有显著性差异; 而未复发组在入组和随访中 HAMD 评分比较无显著性差异。由表 5 可见: 复发组 KMI 评分明显高于未复发

作者单位: 浙江大学医学院附属第二医院, 浙江 杭州 310009

组, 两组 KMI 评分有显著性差异, 表明复发组改良围绝经期症状较未复发组多见; 围绝经期症状越严重, 抑郁症的复发率越高。

表 1 两组一般资料比较

| 比较项目 | 复发组 (n=42) | 未复发组 (n=40) | P | OR | 95%CI |
|------------|---------------|----------------|-------|-------|-------------|
| 住地 农村 | 34 | 24 | 0.028 | 3.238 | 1.155~9.075 |
| 城市 | 8 | 16 | | | |
| 文化程度 小学及以下 | 32 | 19 | 0.013 | 3.368 | 1.305~8.691 |
| 初中及以上 | 10 | 21 | | | |
| 病前个性不良(%) | 22 (52.4) | 23 (57.5) | 0.664 | 0.813 | 0.340~1.944 |
| 家族史 有 | 22 | 9 | 0.007 | 3.789 | 1.454~9.874 |
| 无 | 20 | 31 | | | |
| 负性生活事件 | 13.81±9.52 | 6.51±4.93 | 0.01 | | |
| 经前综合症 有 | 30 | 24 | 0.353 | 1.667 | 0.664~4.187 |
| 无 | 12 | 16 | | | |
| 痛经程度 无 | 30 | 34 | 0.332 | | |
| 轻 | 10 | 5 | | | |
| 重 | 2 | 1 | | | |

表 2 两组生活质量评分比较 (LES, $\bar{X} \pm S$)

| | 负性生活事件 | 生活事件总值 |
|------|------------|-------------|
| 复发组 | 13.81±9.52 | 15.23±10.61 |
| 未复发组 | 6.51±4.93 | 8.62±6.03 |
| P 值 | < 0.01 | < 0.01 |

表 3 两组社会支持评分比较 (SSRS)

| | 社会支持有力 | 社会支持无力 |
|-------------|--------|--------|
| 复发组 (n=42) | 12 | 30 |
| 未复发组 (n=40) | 25 | 15 |
| P 值 | 0.004 | |

表 4 两组 HAMD 评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

| | 例数 | 入组时评分 | 随访中评分 |
|------|----|-----------|-------------|
| 复发组 | 42 | 4.41±1.22 | 14.73±3.32* |
| 未复发组 | 40 | 4.05±1.49 | 4.13±1.32 |

* P<0.01

表 5 两组 KMI 评分比较 ($\bar{X} \pm S$)

| | 例数 | 评分 |
|------|----|-------------|
| 复发组 | 42 | 24.83±5.32 |
| 未复发组 | 40 | 15.78±5.12* |

* 组间比较 P<0.01

讨论

围绝经期女性抑郁症患病率高, 且女性抑郁症患者在围绝经期复发也较多见。因此如何减少其复发率及减少病程的慢性化是减少疾病负担和伤残的

关键。围绝经期妇女抑郁症的发病原因尚不太明确, 目前认为是多种因素综合作用的结果。本文从临床角度对此进行研究, 结果显示, 影响围绝经期女性抑郁症复发的主要危险因素为绝经、居住环境、家族史、生活事件量表总分、改良社会支持评定量表总分和 KMI, 其中与改良社会支持评定量表总分和 KMI 的高低有特别明显的相关性。本研究发

现围绝经期症状越严重, 抑郁症的复发率越高, 说明围绝经期女性抑郁与生理改变相关。

雌激素的缺乏是每个女性必然经历的, 而抑郁症的发生及复发并非每个人都出现。虽然医务工作者不能直接干预上述因素, 但提示我们, 对有抑郁症复发危险因素的围绝经期妇女我们应该引起足够的重视。围绝经期女性抑郁症的复发与遇到重大生活事件及社会支持度低呈明显正相关, 与相关文献报道一致; 可见围绝经期妇女抑郁症状的增加, 不单纯是因为雌激素缺乏或不稳定等生物因素引起, 而同时有社会、家庭和精神因素存在。急慢性生活事件的刺激可能引起脑生理活动的持久性改变, 使患者处于一种高危状态, 容易复发。社会支持系统完善、间歇期社会功能良好患者复发率明显较低, 说明心理社会因素也是导致围绝经期抑郁症复发的一个重要因素。如果社会家庭支持不足, 不能有效地缓解各种应激所产生的压力, 过多地指责患者, 过度包涵及情感过多介入都会影响患者病情, 导致复发率增高。随着社会的发展, 负性应激性生活事件增加 (如下岗或离婚、丧偶), 甚至生活节奏加快均可加重思想负担, 导致围绝经期抑郁症的复发。重视围绝经期女性抑郁症的心理健康鉴于围绝经期妇女的生理、心理改变以及本调查研究显示的围绝经期妇女抑郁症复发有上升的趋势, 我们认为围绝经期妇女抑郁症应引起各个家庭以及社会的高度重视。预防围绝经期妇女抑郁症的发生及复发有利于家庭的和谐和社会的稳定。妇产科临床医护人员和妇女保健工作者对围绝经期妇女抑郁症要及早发现和及早治疗, 最好能增加人力深入社区进行问卷普查。对于轻度抑郁者应及时给予心理疏导和咨询, 鼓励其参与各种形式的社会活动, 并发动亲属和朋友给予充分的社会支持, 严重者要配合药物治疗。对症状特别严重、一般咨询与治疗无效者应及时请精神科医生诊治, 以免延误病情。对于围绝经期妇女, 社区保健人员应结合妇女的实际情况, 积极开展健康宣教, 讲授保健知识, 提高其保健水平。社

会支持系统有助于预防本病的复发,争取单位和社会的理解、帮助和支持,宣传普及精神卫生知识,建立良好有效的社会支持网络,调动亲友、同事、邻居的同情、支持和关爱,做好自我心理调节,最大限度地消除病态心理,以轻松健康的步伐走出抑郁,适应社会。

患者的预后与家庭支持关系密切,家庭环境对围绝经期女性抑郁症患者的康复非常重要^[4]。使家属了解有关抑郁症的基本知识,改变对患者的态度,使患者得到情感上的支持,为患者提供有利于康复的家庭环境,从而提高患者的生活质量^[5]。对患者进行有效的心理沟通及关爱,促进患者以良好的心态去面对各种压力,改变其不良行为模式,建立起健康的行为,不仅能改变患者的治疗态度,提高患者的依从性,还能明显降低其复发率。让患者家属了解有关疾病知识,改善对患者的态度,多关心患者,以缓解其心理压力。温暖融洽的家庭环境有利于维持患者的心境稳定,提高情绪,从而最大限度地减少诱发因素。同时,指导家属观察患者睡眠、情绪变化,合理安排作息制度,创造一个有利于患者康复的家庭环境。

抑郁症是一种需要长期管理^[6]、复发率高^[7]的疾病,因此防止抑郁症复发是抑郁症治疗的关键。大多数患者的病程呈现反复发作、间歇性缓解的特点。其复发的因素非常复杂,家族史、性格、治疗效果、服药依从性、社会支持、间歇期状态、生活事件等有关因素均可引起复发。围绝经期是女性的

一个重要的时期,对女性抑郁症患者更为关键。对于这类患者应引导患者说出致病因素、内心的苦闷,同时与家属共同鼓励患者正确认识,去应付所遇到的心理社会危机,尽量为其创造轻松愉快的环境,解除或减轻心理负担或压力。对有经前综合症、痛经、居住环境差、抑郁史、有重大生活事件经历、社会支持度低和围绝经期症状严重等围绝经期抑郁症高危因素的妇女,建议就诊女性心理门诊,针对发病的危险因素,采取相应的对策以预防围绝经期妇女抑郁症的复发。

参考文献

- [1] Holden C. Global survey examines impact of depression [J]. Science, 2000, 288 (5463): 39~40.
- [2] 王红霞, 张会器, 吕红梅. 围绝经期妇女抑郁症状及其影响因素探讨 [J]. 护理学杂志, 2005, 20 (18): 66~67.
- [3] 李洁明, 田丰莲, 赵庆国, 等. 围绝经期妇女抑郁症状的现状及其心理护理对策 [J]. 实用医学杂志, 2006, 22 (9): 1079~1081.
- [4] 郭克锋, 郭珊, 闫凯麟, 等. 抑郁症患者家庭功能缺陷及家属的生活质量调查 [J]. 中国临床康复, 2005, 9 (44): 22.
- [5] 郭金宏, 曹长安, 廖春平, 等. 米氮平和氯米帕明对抑郁症病人生活质量的影响 [J]. 中国心理卫生杂志, 2006, 20 (6): 415.
- [6] Moiler HJ, Demyttenaere K, Sacchetti E, et al. Improving the chance of recovery from the short- and long-term consequences of depression [J]. Int Clin Psychopharmacol, 2003, 18 (4): 219~225.
- [7] Kuehner C. An evaluation of the 'Coping with Depression Course' for relapse prevention with unipolar depressed patients [J]. Psychother Psychosom, 2005, 74 (4): 254~259.

(收稿日期: 2008-07-21)

(上接第 41 页)

讨 论

统计分析结果表明,2007 年与 2006 年相比,舟山市食品卫生行政处罚率显著提高,同时,反映处罚力度最敏感指标的罚款额明显增加。

2005 年,我国对食品监督管理格局进行了调整,即实行分段监管。综观舟山市 2006、2007 年两年食品卫生行政处罚,当年比较,在 2006 年度的处罚中,饮食服务与生产加工二个类别之间的处罚率还无差别;而到了 2007 年度,饮食服务的处罚率明显高于生产加工,二个类别之间的处罚率存在显著差别。不同年度比较,2007 年对餐饮服务

业的处罚率明显高于 2006 年,两年间处罚率存在显著差别;而 2007 年对生产加工业的处罚率低于 2006 年,两年间处罚率存在差别。由此说明,舟山市对食品卫生的监管重点已按自身职责要求转移到餐饮消费领域。

2006、2007 两年食品卫生行政处罚适用中,罚款适用率高达 99.6%和 100%,表明在食品卫生行政处罚适用中,存在着明显的偏重于罚款的现象。分析其原因一方面罚款能直接有效地触及违法行为的经济利益,充分体现出行政处罚的威慑作用;另一方面与罚款收入能部分返回来弥补拨款不足的政策有关。

(收稿日期: 2008-09-25)