

## 综合医院部分科室门诊抑郁障碍患者的就诊特点分析

张素辉<sup>1</sup> 马弘<sup>2</sup> 姜荣环<sup>2@</sup> 何燕玲<sup>3</sup>

(<sup>1</sup>河北省石家庄市第三医院, 石家庄 050011 <sup>2</sup>北京大学精神卫生研究所, 卫生部精神卫生学重点实验室(北京大学), 北京 100191 <sup>3</sup>上海市精神卫生中心, 上海 200030 @通信作者 E-mail: jiangr155@126.com)

【关键词】 综合医院; 门诊患者; 抑郁障碍; 横断面研究

中图分类号: R749.4 文献标识码: A 文章编号: 1000-6729(2010)007-0505-03

doi: 10.3969/j.issn.1000-6729.2010.07.007

抑郁障碍是综合医院门诊常见的精神障碍之一, 患者往往以更复杂、更隐匿的形式就诊于综合医院的各科室, 神经内科、消化内科、心内科和妇科常见<sup>[1-3]</sup>。本研究对就诊于上述科室的抑郁障碍患者的患病情况进行调查, 分析其就诊特点。

### 1 对象与方法

#### 1.1 对象

2007年5月至6月在北京协和医院、北京大学第一医院和北京大学人民医院的神经科、消化科、心内科和妇科的连续就诊者。

抽样方法: 在调查前用随机方法选择在各医院的调查日期。在调查日内, 所有年龄 $\geq 18$ 岁, 并获得知情同意的就诊者均进入筛查。排除先前调查日内已经接受过调查的就诊者, 或因精神或躯体功能严重障碍不能完成调查的就诊者。医院焦虑抑郁量表(Hospital Anxiety and Depression Scale HADS)评分 $\geq 8$ 分的就诊者由经过培训的精神科医师用简明国际神经精神访谈(Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)中文版进行评估, 根据美国《精神障碍统计和诊断标准》第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders, Fourth Edition)做出诊断<sup>[4]</sup>。确诊为抑郁障碍的患者为抑郁障碍组; 完成MINI访谈, 无任何精神障碍者, 以及HADS评分 $< 8$ 分的就诊者为筛查阴性就诊者。

#### 1.2 工具

##### 1.2.1 自编一般筛查问卷

包括性别、年龄、职业; 就诊状况(过去半年内, 因为此次就诊的症状或疾病而就诊的次数、每个月的误工天数); 功能损害(包括3个问题, 分别询

问“您目前疾病对于工作、生活和社交活动造成的总体不良影响”, 每个问题均为0“无影响”~10“最为严重的情况”级计分)。

##### 1.2.2 医院焦虑抑郁量表(HADS)<sup>[5]</sup>

焦虑和抑郁各有7个项目, 每个项目分0~3级评分, 得分越高, 症状越严重。本研究以 $\geq 8$ 分为界值。

##### 1.2.3 患者健康问卷(Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale PHQ-15)<sup>[6]</sup>

包括15个条目(表1), 分别评价15种躯体症状, 每一项根据严重程度计0“无”~2“大量”分, 评分为2分定义为该症状为阳性。总分越高说明躯体症状越严重。

##### 1.2.4 简明国际神经精神访谈<sup>[7]</sup>

是一种定式诊断工具, 用来对各种精神障碍做出临床诊断, 中文版的信效度良好。

#### 1.3 统计方法

采用组间比较, 计量资料采用 $t$ 检验, 非正态分布的计量资料和计数资料采用卡方检验。

## 2 结果

#### 2.1 一般情况

抑郁障碍组248例(男65例, 女181例, 2例不详), 筛查阴性就诊者1580例(男534例, 女1038例, 8例不详)。抑郁障碍组平均年龄低于筛查阴性就诊者[(47.3 $\pm$ 15.4)岁 vs (49.8 $\pm$ 16.9)岁,  $P=0.025$ ]。职业分布两组间差异无统计学意义( $P=0.182$ )。

#### 2.2 抑郁障碍组与筛查阴性就诊者的就诊特点比较

##### 2.2.1 躯体主诉

抑郁障碍组 HQ-15 总分高于筛查阴性就诊者 [ (12.6 ± 5.4) vs (8.9 ± 4.4),  $P < 0.001$  ]。抑郁障碍组评分为阳性的各症状的比例均高于筛查阴性就诊者 ( $P < 0.01$ ) (表 1)。

表 1 两组 HQ-15 各项目评分为阳性的症状分布, %

项目	抑郁障碍组 (n=248)	筛查阴性就诊者 (n=1580)	$\chi^2$ 值	P 值
胃痛	12.5	5.2	19.75	<0.001
背痛	16.5	8.0	18.53	<0.001
胳膊、腿或关节疼痛 (膝关节, 大腿关节, 等等)	21.4	11.9	16.80	<0.001
痛经或月经期间其他的问题 (该问题女性回答)	8.1	4.8	4.56	0.033
头痛	16.9	6.1	36.22	<0.001
胸痛	8.9	3.2	17.80	<0.001
头晕	19.0	8.4	27.25	<0.001
一阵阵虚弱感	21.4	7.7	46.13	<0.001
感到心脏砰砰跳动或跳得很快	14.9	5.7	28.21	<0.001
透不过气来	12.9	5.4	20.25	<0.001
性生活中有疼痛或其他问题	5.2	2.0	9.24	0.002
便秘, 肠道不适感, 腹泻	16.9	10.8	7.78	0.005
恶心, 排气, 或消化不良	13.7	7.1	12.79	<0.001
感到疲劳或无精打采	31.9	12.2	65.28	<0.001
睡眠有问题或烦恼	29.1	14.9	31.14	<0.001

## 2.2.2 就诊状况与功能损害情况

抑郁障碍组过去半年就诊次数、因病误工天数均多于筛查阴性就诊者, 目前的疾病对工作、生活和社交的影响大于筛查阴性就诊者 (表 2)。

表 2 抑郁障碍组和筛查阴性就诊者就诊状况及功能损害情况比较,  $\bar{x} \pm s$

项目	抑郁障碍组 (n=248)	筛查阴性就诊者 (n=1580)	t 值	P 值
就诊次数	4.3 ± 5.9	2.9 ± 4.4	4.25	<0.001
误工天数	6.5 ± 17.8	1.9 ± 6.9	6.72	<0.001
对生活的影响	5.9 ± 3.2	2.7 ± 2.0	15.85	<0.001
对工作的影响	4.6 ± 3.9	1.8 ± 2.8	13.46	<0.001
对社交的影响	4.9 ± 3.5	1.7 ± 2.6	16.79	<0.001

## 2.3 非精神科医生对抑郁障碍患者的识别和处理

248 例抑郁障碍患者中, 只有 48 例 (19.4%) 患者被建议转诊到精神科或予以精神类药物, 其他均按照就诊科室的本科疾病处理方式进行处理。

## 3 讨论

本研究显示, 抑郁障碍患者的年龄低于筛查阴性就诊者<sup>[8]</sup>, 各种躯体主诉明显多于非抑郁患者, 尤以疲乏、睡眠问题以及疼痛症状更为多见, 达 20% 以上, 提示对有躯体主诉的患者尤其应注意抑郁障碍

的可能性。此外, 综合医院就诊的抑郁障碍患者的医疗负担较重、生活质量较差<sup>[9]</sup>。因此, 早期识别和治疗抑郁障碍对于改善患者的生活质量、降低医疗花费非常必要。

本研究中仅有约 1/5 的抑郁障碍患者被非精神科医生识别, 反映了目前综合医院精神卫生服务的不足, 有必要加强综合医院医生对精神科诊疗相关知识和技能培训, 增强其对精神疾病的重视程度, 使综合医院成为提供精神卫生服务的重要场所。

## 参考文献

- [1] 罗盛, 蒋云, 吴恺, 等. 综合性医院抑郁症的特点及疗效分析 [J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18 (8): 587-589.
- [2] 付艺, 耿力, 胜利. 妇科门诊患者的精神障碍患病率调查 [J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21 (4): 271-273.
- [3] 史丽丽, 赵晓晖, 姜荣环, 等. 北京市部分神经内科门诊焦虑、抑郁障碍的现况调查 [J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23 (9): 617-620.
- [4] 何燕玲, 马弘, 张岚, 等. 综合医院就诊者中抑郁焦虑障碍的患病率调查 [J]. 中华内科杂志, 2009, 48 (9): 748-751.
- [5] 季建林, 吴文源, 陈福国. 医学心理学 [M]. 3 版. 上海: 上海医科大学出版社, 2001: 317.

(下转至第 545 页)

- 318-326
- [ 2 ] Killgore WD, Balkin TJ, Wesensten NJ. Impaired decision making following 49 h of sleep deprivation [ J ]. *J Sleep Res* 2006 15 (1): 7-13.
- [ 3 ] Dumer JS, Dinges DF. Neurocognitive consequences of sleep deprivation [ J ]. *Semin Neurol* 2005 25 (1): 117-129.
- [ 4 ] Home JA. Human sleep, sleep loss and behaviour: Implications for the prefrontal cortex and psychiatric disorder [ J ]. *Br J Psychiatry* 1993 162: 413-419.
- [ 5 ] Botwinick MM, Braver TS, Barch DM, et al. Conflict monitoring and cognitive control [ J ]. *Psychol Rev* 2001 108 (3): 624-652.
- [ 6 ] Filipovic SR, Jahanshahi M, Rothwell JC. Cortical potentials related to the nogo decision [ J ]. *Exp Brain Res* 2000 132 (3): 411-415.
- [ 7 ] Nieuwenhuis S, Yeung N, Cohen JD. Stimulus modality, perceptual overlap and the go/no-go N2 [ J ]. *Psychophysiology* 2004 41 (1): 157-160.
- [ 8 ] Oddy BW, Barry RJ, Johnstone SJ, et al. Removal of CNV effects from the n2 and p3 ERP components in a visual Go/NcGo task [ J ]. *J Psychophysiol* 2005 19 (1): 24-34.
- [ 9 ] Raven J, Raven JC, Court HJ. Manual for Raven's advanced progressive matrices and vocabulary scales Sec 4. The advanced progressive matrices [ M ]. Oxford: Oxford Psychologists 1998.
- [ 10 ] 刘贤臣. 匹兹堡睡眠质量指数 (PSQI) [ J ]. *中国心理卫生杂志*, 1999 (增刊): 375-378.
- [ 11 ] 齐建林, 董燕, 苗丹民, 等. 恢复性睡眠对 43 h 完全睡眠剥夺后任务管理功能影响 [ J ]. *中国民族民间医药*, 2009 18 (12): 21-22 [ 12 ] Lavie P. Sleep/wake as a biological rhythm [ J ]. *Annu Rev Psychol* 2001 52 (6): 277-303.
- [ 13 ] Freitas AL, Azzian A, Leung HC, et al. Resisting recently acted-on cues: compatibility of Go/NcGo responses to response history modulates (frontal P3) event-related potentials [ J ]. *Psychophysiology* 2007 44 (1): 2-10.
- [ 14 ] Smith JL, Johnstone SJ, Barry RJ. Effects of pre-stimulus processing on subsequent events in a wamed Go/NcGo paradigm: response preparation, execution and inhibition [ J ]. *Int J Psychophysiol* 2006 61 (2): 121-33.
- [ 15 ] Bekker EM, Kenemans JL, Hoeksma MR, et al. The pure electrophysiology of stopping [ J ]. *Int J Psychophysiol* 2005 55 (2): 191-198.
- [ 16 ] Falkenstein M, Hoomann J, Hohnsbein J. ERP components in Go/Nogo tasks and their relation to inhibition [ J ]. *Acta Psychologica* 1999 101 (2-3): 267-291.
- [ 17 ] Drummond SP, Brown GG, Salamat JS, et al. Increasing task difficulty facilitates the cerebral compensatory response to total sleep deprivation [ J ]. *Sleep* 2004 27 (3): 445-451.
- [ 18 ] Hruby T, Marsalek P. Event-Related Potentials: the P3 Wave [ J ]. *Acta Neurobiol Exp (Wars)* 2003 63 (1): 55-63.
- [ 19 ] Praamstra P, Seiss E. The neurophysiology of response competition: motor cortex activation and inhibition following subliminal response priming [ J ]. *J Cogn Neurosci* 2005 17 (3): 483-493.
- [ 20 ] Kok A, Ramautar JB, Deruiter MB, et al. ERP components associated with successful and unsuccessful stopping in a stop-signal task [ J ]. *Psychophysiology* 2004 41 (1): 9-20.
- [ 21 ] Smith JL, Johnstone SJ, Barry RJ. Response priming in the Go/NcGo task: The N2 reflects neither inhibition nor conflict [ J ]. *Clin Neurophysiol* 2007 118 (2): 343-355.
- [ 22 ] Kaiser S, Unger J, Kiefer M, et al. Executive control deficit in depression: event-related potentials in a Go/NcGo task [ J ]. *Psychiatry Res Neuroimaging* 2003 122 (3): 169-184.

编辑: 赵志宇

2009-10-14收稿, 2010-01-28录用

(上接第 506页)

- [ 6 ] Koenke K, Spitzer RL, Williams J, et al. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms [ J ]. *Psychosomat Med* 2002 64: 258-266.
- [ 7 ] 司天梅, 舒良, 党卫民, 等. 简明国际神经精神访谈中文版的临床信效度 [ J ]. *中国心理卫生杂志*, 2009 23 (7): 493-497.
- [ 8 ] 苏晖, 江开达, 徐一峰, 等. 门诊首发抑郁症临床现象学分析 [ J ]. *上海精神医学*, 2004 16 (2): 65-68.
- [ 9 ] 胡满基, 何筱衍, 李飞, 等. 综合医院神经内科门诊患者抑郁症状群及生活质量调查 [ J ]. *上海精神医学*, 2009 21 (3): 156-159.

编辑: 张卫华

2009-10-29收稿, 2010-03-29录用