

·临床研究·

急性冠脉综合征后抑郁情绪对生存质量的影响

徐颖¹ 马文林¹ 李美婧¹ 张俊蒙¹ 赵明中¹ 胡大一¹

摘要 目的: 调查急性冠脉综合征(ACS)患者抑郁情绪的时点患病率,了解其对患者生存质量的影响。**方法:** 收集上海地区 ACS 患者 454 例,运用医院焦虑抑郁量表抑郁亚量表(hospital anxiety and depression scale-depression subscale, HADS-D)评分分为抑郁情绪组(HADd>7分)和无抑郁情绪组(HADd≤7分),并使用 SF-36 量表评估其生存质量。**结果:** 合并抑郁情绪患者 212 例,时点患病率为 46.7%;两组人群血脂及炎症因子水平差异无显著性意义($P>0.05$);抑郁组全部生存质量评分均显著低于无抑郁情绪组($P<0.001$);HADS-D 抑郁评分与患者生存质量评分显著负相关($P<0.001$)。**结论:** ACS 后抑郁情绪较为常见,使患者生存质量明显降低。

关键词 抑郁;流行病学;生存质量;急性冠脉综合征

中图分类号:R543,R493 文献标识码:A 文章编号:1001-1242(2008)-02-0132-02

Research on the relationship of depressive symptoms to the quality of life in patients with acute coronary syndrome/XU Ying, MA Wenlin, LI Meijing, et al./Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2008, 23(2): 132-134

Abstract Objective: To present a general data about Chinese patients' depressive symptoms of acute coronary syndrome(ACS), and evaluate the impact of this kind of symptoms on their quality of life(QOL). **Method:** A total of 454 Chinese patients with ACS from Shanghai were enrolled. The patients' baseline data were obtained within 1 week after hospital admission. The Chinese version of depression subscale of the Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS-D) and SF-36 were used to assess depressive symptoms and their QOL, respectively. All the participants were divided into two main groups: HADd>7 (n=212) and HADa≤7 (n=242). **Result:** There were 46.7% of 454 ACS patients meeting the criteria of minor depression. The baseline characteristics, including the level of inflammatory factor and blood cholesterol, didn't show a significant difference between two groups ($P>0.05$). The participants from the group without depressive symptoms had a better QOL than depressive group ($P<0.001$). And depressive symptoms were negatively associated with QOL($P<0.001$). Logistic regression analysis didn't suggest that inflammatory factor was an important risk factor for depressive symptoms of ACS patients. **Conclusion:** This study confirmed the western notion that post-ACS depressive symptoms are common psychosocial problems, which also applies to Chinese patients diagnosed with ACS. Depressive ACS patients have rather worse quality of life.

Author's address Heart, Lung and Blood Vessel Center, Tongji University, Shanghai, 200092

Key words depressive symptoms; epidemiology; quality of life; acute coronary syndrome

随着医学模式向“社会-心理-生物”模式的转变,心理健康与精神卫生因素在冠心病的病因、病程及预后中的作用日益受到关注。抑郁情绪不但可明显增加健康人冠心病(coronary artery disease, CAD)患病的危险性,更是影响 CAD 患者预后的独立危险因素^[1]。急性冠脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)是冠心病急症,约占 CAD 患者的 30%—40%, ACS 发生后常出现复杂的心理反应,多表现为焦虑、抑郁,能显著影响患者预后,增加 ACS 后心血管事件发生率^[2]。本研究旨在通过对 ACS 患者抑郁情绪的调查,了解我国该人群合并抑郁情绪现状,探讨其对患者生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

连续收集 2005 年 11 月—2007 年 1 月,在上海市多家综合性医院中明确诊断为 ACS 的住院患者 454 例,其中男性 287 例(63.2%),女性 167 例(36.8%);年龄 37—89 岁,平均(67.13±11.38)岁;受教育程度:小学 78 例,初中 154 例,高中或中专 168 例,大学或以上 54 例。本次研究经同济大学伦理委员会批准,每位研究对象均签署知情同意后书后进行基本资料的收集及量表调查。

共收集 454 例 ACS 患者基本资料,包括年龄、吸烟史、高血压史、糖尿病史、高脂血症史、血脂水

1 上海同济大学医学院心肺血管中心,上海四平路 1239 号,200092

作者简介:徐颖,女,在读硕士研究生

收稿日期:2007-05-09

平: 总胆固醇 (total cholesterol, TC)、甘油三酯 (triglyceride, TG)、高密度脂蛋白胆固醇 (high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇 (low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C)、炎症因子: 超敏 C 反应蛋白 (high sensitivity c-reaction protein, HsCRP)、B 型脑钠肽 (brain natriuretic peptide, BNP)、白介素-6 (interleukin-6, IL-6)、肿瘤坏死因子 α (tumor necrosis factor- α , TNF- α)。

1.2 入选与排除标准

入选标准: 明确诊断为 ACS 的患者。排除标准: 有既往情绪障碍病史, 各种原因导致的各种程度的认知功能损害或血流动力学不稳定以致不能完成量表测量者。

1.3 诊断标准及研究工具简介

ACS 临床诊断标准: 静息或轻微活动或情绪激动时发生缺血性胸痛症状, 每次 5min 或发作一次持续 10min 以上; 心电图 ST 段压低或短暂抬高, T 波倒置; 心肌酶升高。上述条件满足任意两项者即可诊断为 ACS^[3]。

医院焦虑抑郁量表 (HADS): 作为测量伴有躯体疾病症状人群焦虑、抑郁障碍的工具, 共包括 14 个条目。本研究中使用其抑郁亚量表 (HADS-D), 包含 7 个条目, 结合国外研究和国内相关研究表明^[4-5], HADS-D 量表与 SDS 抑郁自评量表均有较高相关性, 有较好的结构效度、因子效度和平行效度, 内部一致性高, 可用于住院患者抑郁情绪的单独筛查。根据 Leung 等 HADS1999 年中文版^[6], HADd>7 分划分为抑郁情绪组, HADd \leq 7 分划分为无抑郁情绪组, 阴性预测值在 95% 以上。

生存质量评价采用 SF-36 量表, 从总体健康状况 (general health, GH)、生理功能 (physical functioning, PF)、生理职能 (role-physical, RP)、情感职能 (role-emotional, RE)、社会功能 (social functioning, SF)、躯体疼痛 (bodily pain, BP)、精力 (vitality, VI)、精神健康 (mental health, MH) 8 个维度概括生存质量。共包括 36 个条目, 用特定公式对原始数据进行评分, 得分范围均为 0—100, 得分越高说明健康状况越好^[7]。

1.4 量表的测量方法及流行病学资料收集

患者因 ACS 入院后 1 周内进行量表自评。所有参与本研究者都参加课题相关培训, 通过问卷调查表收集其病史、实验室检查等基线资料。所有生化指标均以入院第一次检查结果为准。

1.5 统计学分析

所有统计表均汇总至同济大学医学院流行病学

教研室, 进行双人两次录入数据和二次校验。使用 SPSS 13.0 系统建立数据库并进行统计分析。对两组进行基线特征的分析, 计数资料的显著性检验采用 χ^2 检验, 计量资料采用独立样本 *t* 检验 ($P<0.05$ 认为差异有显著性, $P<0.001$ 认为差异有非常显著性); 检验两组生存质量评分的差异; 使用 Spearman 相关分析法对 HADS-D 的抑郁评分与生存质量各亚项之间的相关性进行分析; 采用 Logistic 回归分析可能导致患者产生抑郁情绪的重要因素。

2 结果

454 例 ACS 患者, 212 例患者 HADd>7 分, 为抑郁情绪组; 242 例患者 HADd \leq 7 分, 为无抑郁情绪组。ACS 患者合并抑郁情绪的时点患病率为 46.7%。

2.1 基线特征

见表 1。两组人群的心梗史、吸烟史、高血压史、糖尿病史、高脂血症史、血脂水平及炎症因子水平差异无显著性 ($P>0.05$)。

2.2 抑郁情绪组 SF-36 生存质量各项评分比较

均显著低于无抑郁情绪组 ($P<0.001$), 见表 2。

2.3 Spearman 相关分析

HADS-D 抑郁评分与患者生存质量评分显著负相关 ($P<0.001$), 见表 3。

2.4 Logistic 回归分析

显示炎症因子、血脂水平、既往病史与患者 ACS 后抑郁情绪的发生无明显关系。

表 1 不同情绪水平 ACS 患者基线特征

基线特征	抑郁情绪组	无抑郁情绪组	<i>P</i> 值
年龄 (岁)	68.26 \pm 11.20	66.21 \pm 11.43	0.058
性别, 男 (%)	65.8	61.5	0.339
高血压史 (%)	72.1	76.3	0.709
高脂血症史 (%)	30.2	39.1	0.140
糖尿病史 (%)	20.8	25.8	0.305
心梗史 (%)	37.5	36.8	0.914
吸烟史 (%)	37.3	47.9	0.236
TC (mmol/L)	4.47 \pm 1.03	6.00 \pm 20.20	0.314
TG (mmol/L)	1.52 \pm 0.84	2.07 \pm 6.39	0.257
LDL-C (mmol/L)	2.88 \pm 1.03	4.94 \pm 29.21	0.349
HDL-C (mmol/L)	1.10 \pm 0.31	1.08 \pm 0.56	0.685
BNP (ng/ml)	216.04 \pm 463.33	151.38 \pm 225.95	0.321
IL-6 (ng/ml)	132.81 \pm 102.03	154.09 \pm 132.17	0.195
TNF- α (ng/ml)	0.67 \pm 0.31	0.85 \pm 1.19	0.222
HsCRP (mg/ml)	12.43 \pm 16.78	16.45 \pm 36.38	0.292

表 2 两组 ACS 患者的生存质量评分比较

生存质量亚项	抑郁情绪组	无抑郁情绪组	<i>P</i> 值
生理功能	48.93 \pm 27.70	62.64 \pm 25.26	<0.001
生理职能	25.05 \pm 35.22	42.00 \pm 43.41	<0.001
躯体疼痛	50.38 \pm 26.74	63.04 \pm 25.67	<0.001
总体健康状况	36.04 \pm 19.57	47.44 \pm 21.95	<0.001
精力	49.34 \pm 20.83	63.19 \pm 22.81	<0.001
社会功能	55.03 \pm 52.70	70.58 \pm 26.67	<0.001
情感职能	35.25 \pm 40.14	54.13 \pm 44.91	<0.001
精神健康	60.86 \pm 21.04	77.42 \pm 18.51	<0.001

表3 HADS-D 抑郁评分与生存质量评分的相关性

生存质量亚项	r 值	P 值
生理功能	-0.303	<0.001
生理职能	-0.254	<0.001
躯体疼痛	-0.256	<0.001
总体健康状况	-0.340	<0.001
精力	-0.437	<0.001
社会功能	-0.419	<0.001
情感职能	-0.285	<0.001
精神健康	-0.472	<0.001

3 讨论

ACS 是冠心病急症, 是一个涵盖了不稳定心绞痛(unstable angina,UA)、非 ST 段抬高的心肌梗死(non-ST elevation myocardial Infarction,USTEMI)、ST 段抬高的心肌梗死(ST elevation myocardial infarction, STEMI) 的连续的疾病谱, 约占冠心病患者的 30%—40%, 病情凶险, 致死率高, 是目前国内外心血管病领域研究的热点。国际上已有大量研究表明, 急性冠脉综合征后患者情绪抑郁是自然病程, 具有迁延性和自发缓解性。住院期间是 MI 后抑郁发生的一个高峰, 时点患病率达 15.8%, 第二个高峰出现在 MI 半年后(16.8%), 1 年后明显下降^[8], 本研究将入组患者情绪自评时间严格控制在入院后 1 周内。

根据中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3), 抑郁情绪是一种以心境低落为主的情感性精神障碍, 出现兴趣丧失、精力减退或疲乏、精神运动型迟滞或激越、自我评价过低或内疚感、联想困难或自觉思考能力下降、反复想死的念头或自杀自伤行为、睡眠障碍、食欲减退或体重明显减轻、性欲减退等多种状态。国际上有许多研究对 ACS 后抑郁情绪时点患病率进行报道, 但由于诊断收录标准、实验设计方法、量表选择等因素的差异, 数据之间尚缺乏一致性。荟萃分析显示^[9]: 在使用 HADS 量表评估的 8634 例患者中, 合并抑郁情绪的占 30.1%。我国该领域研究相对较少, 2003 年王雪莱等对 105 例冠心病患者使用 HADS 量表测评, 合并抑郁情绪者达 40%^[10]。本研究为目前同领域国内最大样本研究, 提示时点患病率略高于国内其他同类研究, 为 46.7%, 且男女性别无显著性差异。

本研究使用标准评定量表 SF-36 评定生存质量, 已被证实具有良好的信度和效度^[11]。结果显示, 抑郁组患者在 8 个亚项评分均显著低于非抑郁组。其中, 得分相对较高的为精神健康(60.86±21.04)和社会功能(55.03±52.70), 这一结果可能与本研究严格控制情绪自评时间段有关, 提示: ACS 患者虽在急性应激事件后迅速产生不良心境, 但尚未产生明显压抑、行为或情感失控等主观心理感受, 未对患者社

会活动的数量和质量造成极大影响, 根据 CCMD-3 标准仅表现为轻度抑郁, 若此时能及时发现和干预该人群的不良心境可以避免患者长期抑郁心境引起生存质量的进一步下降。而生理职能(25.05±35.22)、情感职能(35.25±40.14)、总体健康状况(36.04±19.57)得分相对较低, 提示患者此时出现明显的复杂心理反应, 并影响自身健康感及躯体心理职能, 这可能造成患者对健康状况的担忧和过度敏感, 出现抑郁加重、生存质量进一步恶化的恶性循环。

目前国际上对于 ACS 后抑郁情绪是患者预后的重要危险因子已基本达成共识, 但其病理生理学机制尚不清楚。许多研究证明, 在健康人群中 HsCRP 与抑郁情绪呈正相关, 因此炎症学说可能是两者伴发的可能机制之一。本研究结果显示, 两组 ACS 患者的炎症因子水平无明显差别, Logistic 回归分析提示炎症因子水平未对 ACS 后患者发生抑郁情绪产生明显影响。这一结果不能否定炎症反应在两者伴发中的作用, 仅提示抑郁情绪可能并不增加 ACS 患者的炎症活性倾向。

ACS 后抑郁情绪的产生较为常见, 有一定的迁延性和自发缓解倾向, 并能显著影响患者预后, 在临床工作中应该引起医务人员的广泛重视和关注。

参考文献

- [1] Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease: a review and meta-analysis [J]. *Am J Prev Med*, 2002, 23: 51—61.
- [2] Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, et al. Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health consumption after myocardial infarction [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2003, 42(10): 1808—1810.
- [3] 高润霖, 吴宁, 胡大一, 等. 心血管病治疗指南和建议[M]. 人民军医出版社, 2006. 1—13.
- [4] 郑磊磊, 王也玲, 李惠春. 医院焦虑抑郁量表在综合性医院中的应用[J]. *上海精神医学*, 2003, 15(5): 264—266.
- [5] Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, et al. The validity of the hospital anxiety and depression scale. An updated literature review [J]. *J Psychosom Res*, 2002, 52: 69—77.
- [6] Leung CM, Wing YK, Kwong PK, et al. Validation of the Chinese-Cantonese version of the hospital anxiety and depression scale and comparison with the Hamilton rating scale of depression [J]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 100: 456—461.
- [7] Ware J, Kosinski M, Keller S. SF-36 Physical and mental health summary scales: A User's Manual [M]. 2nd ed; The Health Institute, New England Medical Center, Boston, MA: 1994.
- [8] Lesperance F, Frasare-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences [J]. *Psychosom Med*, 1996, 58(2): 99—110.
- [9] Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al. Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction—Review of the evidence [J]. *J Gen Intern Med*, 2006, 21(1): 30—38.
- [10] 王雪莱, 马叶新, 程龙献, 等. 冠心病住院患者情绪障碍的现患率观察[J]. *湖北省卫生职工医学院学报*, 2004, 17(2): 60—61.
- [11] Li L, Wang H, Shen Y. Development and psychometric test of a Chinese version of the SF-36 health survey scales [J]. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 2002, 36(2): 109—113.