[J]. JAMA Pediatr,2021,175(8):817-826.
[7] 王婧,孙松林,杜浙,等.妊娠期接种新冠疫苗与常见妊娠并发症和不良出生结局发生风险的meta分析[J].中华生殖与避孕杂志,2023,43(1):64-72.
[8] PROCHASKA E, JANG M, BURD I. COVID-19 in pregnancy: Placental and neonatal involvement[J]. Am J Reprod Immunol, 2020,84(5):e13306.
[9] SCHWARTZ D A. An analysis of 38 pregnant women with COVID-19, their newborn infants, and maternal-fetal transmission of SARS-CoV-2: Maternal coronavirus infections and pregnancy outcomes[J]. Arch Pathol Lab Med,2020,144(7):799-805.
[10] 李冬梅,何小波,沈演,等.妊娠末期孕妇感染新型冠状病毒的分娩期临床特点及新生儿结局分析[J].现代实用医学,2023,35(7):872-874.
[11] 杨慧萍,韩媛媛,刘丽,等.四川省514例新型冠状病毒感染者血清抗体水平分析[J].中华实验和临床病毒学杂志,2022,36(6):649-653.

收稿日期:2024-01-02
(本文编辑:吴迪汉)

社会心理因素对急性期治疗有效抑郁症患者躯体残留症状的影响

吕健康,林梦莹,高子康,沈慧萍,陈晶

【关键词】 躯体残留症状;抑郁症;社会心理因素
doi:10.3969/j.issn.1671-0800.2024.04.028
【中图分类号】 R749.4 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1671-0800(2024)04-0516-04

抑郁症(major depressive disorder,MDD)具有治愈率较低,复发率高的特点。相当一部分患者会在抗抑郁治疗后仍残留一定的症状,临床称其为MDD残留症状[1],此类症状可表现在躯体、情感、睡眠等多个方面。急性期MDD的治疗目标为完全缓解症状,即临床症状消失,且各种社会功能恢复到病前水平[2]。残留症状的存在会不同程度影响治疗效果。本研究选取临床治疗有效(即抑郁发作经全程治疗后视觉模拟量表评定病情恢复50%以上)的患者,分析其社会心理因素对治疗后躯体方面残留症状的影响,为防止治疗后残留躯体症状提供更多的思路,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 样本选取

1.1.1 样本量预估 本研究的主要目的为多因素条件分析急性期治疗有效MDD患者的社会心理因素对残留躯体症状的影响,因此样本量需满足多因素回归分析需求。拟纳入影响因素包括社会心理因素(包含分维度指标)15项,其他因素6项,根据EPV法则[3],回归分析样本量应为研究变量事件数(event per variable,EPV)的10倍(即EPV=10)及以上,再考虑10%的样本删失可能,则实际纳入回归分析的样本量应在233例以上。

1.1.2 样本采集 追踪2022年6月至2023年6月于绍兴市第七人民医院行MDD急性期治疗的患者377例,选取其中全程治疗且治疗有效的患者256例,排除删失样本15例,则实际纳入研究的样本量为241例。根据患者健康问卷躯体症状群量表(patient health questionnaire-15,PHQ-15)评估结果,将患者分为残留躯体症状组和未残留躯体症状组。残留躯体症状组106例,其中男41例,女65例;年龄19~73岁,中位年龄38.00(27.75,54.25)岁。未残留躯体症状组135例,其中男60例,女75例;年龄18~70岁,中位年龄35.00(28.00,44.00)岁。本研究获得绍兴市第七人民医院伦理委员会批准,所有研究对象均同意参加本研究并签署书面知情同意书。

纳入标准:(1)符合疾病与相关健康问题国际分类(第10版,ICD-10)中抑郁症相关诊断标准[4];(2)年龄≥18岁;(3)MDD首次发作或复发患者,本次

基金项目: 浙江省医药卫生科技计划项目(2023KY1272)
作者单位: 312000 浙江省绍兴,绍兴市第七人民医院
通信作者: 吕健康,Email:15655260751@163.com

抑郁发作经抗抑郁药物足疗程治疗（8 ～ 12 周），如期间存在中断治疗，则中断时间≤14 d；（4）经视觉模拟量表评定，患者自觉状态与治疗前相比恢复 50% 以上。排除标准：（1）存在精神分裂症、双向情感障碍及躁狂发作史等伴发精神疾病或障碍患者；（2）未按疗程足期治疗患者；（3）伴有其他器官系统严重疾病与功能障碍，对参与本次研究造成影响的患者；（4）依从性差或未达到知情同意的患者。

1.2　方法

1.2.1　抗抑郁治疗有效评定　采用视觉模拟量表进行抑郁恢复情况自我评估，恢复程度≥50%提示治疗有效。

1.2.2　躯体残留症状评估　采用健康评估躯体症状群量表（PHQ-15）[5]评估患者治疗后是否残留躯体症状以及症状类型。量表包含 15 项评估内容，涵盖躯体各部位的疼痛、消化系统症状、循环系统症状、睡眠症状、精神状态及性功能等多个方面。单项评分 0 ～ 2 分，总分 0 ～ 30 分，评分越高提示患者躯体症状越严重。≤5 分为无躯体症状，5 ～ 9 分为轻度躯体症状、10 ～ 14 分为中度躯体症状，≥15 分为重度躯体症状。

1.2.3　社会心理因素评估　于患者本次急性发作药物治疗前采集社会心理因素，主要包括人格、焦虑/抑郁状态、应对方式、生活事件及社会支持。（1）人格评估：采用艾森克人格问卷简式量表中国版（eysenck personality questionnaire-R short scale，EPQ-RS）[6]评估患者人格特征，该量表内容涵盖神经质、精神质、外倾性及社会掩饰性 4 维度（48 个条目），各维度初始评分均包含正向与反向计分，常模计分分别为 14 分（N 量表）、8 分（P 量表）、15 分（E 量表）和 18 分（L 效度量表）。标准 T 分=50+10×（初始评分－组内均分）/标准差。（2）抑郁/焦虑状态评估：采用汉密尔顿焦虑/抑郁量表（HAMA-14/HAMD-17）[7]分别评估患者焦虑、抑郁程度。其中 HAMA-14 量表总分 56 分，评分越高提示患者焦虑情况越严重。HAMD-17 量表评分越高提示患者抑郁情况越严重，其中 7 分＜评分≤17 分为轻度抑郁；17 分＜评分≤24 分为中度抑郁；评分＞ 24 分为重度抑郁。（3）应对方式评估：采用特质应对方式问卷（trait coping style questionnaire，TCSQ）[8]评估患者对生活事件所采取的应对方式特征。该量表包含消极应对与积极应对 2 个维度（20 个条目），每个维度评分越高，说明患者具有该种应对方式的趋势越明显。（4）生活事件评估：以生活事件量表（life event scale，LES）[9]评估患者面临的生活事件类型与刺激严重程度。该量表包含工作学习、生活及其他社会事件 3 个方面（共 48 个条目），评分越高刺激量越大，生活事件总刺激为正性、负性刺激量之和。（5）社会支持评估：采用社会支持评定量表（social support rating scale，SSRS）[10]评估患者社会支持情况，该量表包含主观支持（1、3、4、5 条目）、客观支持（2、6、7 条目）及支持利用 3 部分（8、9、10 条目），共 10 个条目。量表总分 12 ～ 66 分，分值越高提示患者社会支持程度越高；其中得分≤22 分提示患者社会支持较低，22 分＜得分≤44 分，提示患者社会支持度一般，＞ 44 分的患者社会支持度较高。

1.2.4　其他因素　采用自制结构化评估工具于患者本次急性发作药物治疗前完成采集，包括人口学信息（性别、年龄）和临床病史特征（精神疾病家族史、是否为首次发作、病程、本次发作病程）。

1.3　统计方法　采用 SPSS23.0 统计软件进行统计分析。计量资料先用 Kolmogorov-Smirnov 检验数据正态性，本研究所涉及的计量资料均为非正态，以 $M(P_{25},P_{75})$ 表示，两组比较采用 Mann-Whitney U 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验；影响因素分析采用 Logistic 回归分析。$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2　结果

2.1　躯体残留症状情况　存在躯体残留症状患者 106 例，占 43.98%。其中轻度躯体症状 54 例（50.94%），中度躯体症状例 33 例（31.13%），重度躯体症状 19 例（17.93%）。检出率最高的前 5 位症状分别为疲乏（54.72%）、睡眠问题（50.00%）、排便形状改变（41.51%）、头痛（39.62%）及眩晕（36.79%）。

2.2　两组一般资料比较　两组年龄、性别、本次病程差异均无统计学意义（均 $P>0.05$），两组精神疾病家族史、首发病例占比及病程差异均有统计学意义（均 $P<0.05$），见表 1。

2.3　两组患者社会心理因素比较　两组 EPQ-RS 评分中神经质、外倾性评分，HAMA-14 评分和

HAMD-17 评分差异均有统计学意义（均$P<0.05$），见表 2。两组 TCSQ 评分中积极应对与消极应对评分差异均有统计学意义（均$P<0.05$）；两组 LES 评分中负性生活刺激量、总刺激量差异均有统计学意义（均$P<0.05$），见表 3。两组 SSRS 各维度评分及总分差异均有统计学意义（均$P<0.05$），见表 4。

2.4　躯体残留症状的影响因素分析　将单因素组间差异有统计学意义的指标为自变量，抑郁发作治疗后是否残留躯体症状为因变量，带入二元 Logistic 回归方程。经 Hosmer-Lemeshow 检验，回归模型拟合度良好（$P>0.05$）。结果显示，影响急性期治疗有效 MDD 患者躯体残留症状的因素为神经质、外倾性、焦虑、抑郁、积极应对、消极应对、精神疾病家族史及病程（均$P<0.05$），见表 5。

3　讨论

MDD 患者经 4 ～ 6 周急性期治疗后存在残留症状仍占一半，且迁延于整个病程期间[11]，严重影响患者康复。本研究结果显示，残留躯体症状患者占 43.98%（106 例），且中、重度患者占 49.06%。多数患者躯体残留症状表现为疲乏、睡眠问题、消化系统障碍、头痛及眩晕等。

多因素分析显示，社会心理因素中的人格特点、情绪状态、应对方式均对躯体残留症状的产生影响。神经质评分每升高 1 分，患者发生躯体症状残留风险为原来的 1.88 倍。精神质也称倔强性，评估患者合群性程度。高神经质个体于情感体验过程中易表现出敏感、脆弱、焦虑及沮丧等[12]；因此，其残留躯体症状的可能性更大。外倾性每提高 1 分，患者躯体症状残留的风险降为原来的 0.57。外倾性与患者中枢神经系统兴奋度相关。该维度评分较高的个体表现为反应迅速且冲动，爱交际、爱冒险；反之得分较低个体则表现出反应慢，内向、稳重的特征[13]。因此，低外倾性的 MDD 患者易成为躯体残留症状高危人

表 1　两组一般资料比较

组别	例数	年龄（岁）	性别[例（%）] 男	性别[例（%）] 女	精神疾病家族史[例（%）]	首发病例[例（%）]	病程（个月）	本次病程（个月）
残留躯体症状组	106	38.0（27.8，54.2）	41（38.68）	65（61.32）	46（43.40）	52（49.06）	16.50（8.00，60.00）	8.00（7.00，10.00）
未残留躯体症状组	135	35.0（28.0，44.0）	60（44.44）	75（55.56）	38（28.15）	85（62.96）	11.00（7.00，36.00）	8.00（6.00，10.00）
$U(\chi^2)$值		1.70	（0.81）		（8.21）	（4.68）	2.77	0.24
P值		＞ 0.05	＞ 0.05		＜ 0.05	＜ 0.05	＜ 0.05	＞ 0.05

表 2　两组 EPQ-RS、HAMA-14 及 HAMD-17 评分比较　分

组别	例数	EPQ-RS 评分 神经质	精神质	外倾性	社会掩饰性	HAMA-14 评分	HAMD-17 评分
残留躯体症状组	106	17.00（15.00，18.25）	6.00（5.00，7.00）	5.50（4.00，7.00）	12.00（11.00，14.00）	26.00（22.00，29.25）	24.00（21.00，26.00）
未残留躯体症状组	135	15.00（14.00，17.00）	6.00（4.00，7.00）	6.00（5.00，8.00）	12.00（10.00，13.00）	24.00（21.00，28.00）	22.00（20.00，24.00）
U值		4.47	1.26	2.05	1.58	2.28	3.76
P值		＜ 0.05	＞ 0.05	＜ 0.05	＞ 0.05	＜ 0.05	＜ 0.05

注：EPQ-RS 为艾森克人格问卷简式量表中国版，HAMA 为汉密尔顿焦虑量表，HAMD 为汉密尔顿焦虑/抑郁量表

表 3　两组 TCSQ 及 LES 评分比较　分

组别	例数	TCSQ 评分 积极应对	消极应对	LES 评分 正性生活刺激量	负性生活刺激量	总刺激量
残留躯体症状组	106	23.50（22.00，25.00）	32.00（30.00，34.00）	9.50（6.00，12.00）	20.00（16.00，23.25）	28.00（25.00，33.25）
未残留躯体症状组	135	25.00（23.00，28.00）	30.00（28.00，32.00）	8.00（6.00，11.00）	17.00（14.00，20.00）	26.00（22.00，30.00）
U值		4.93	5.94	1.00	4.90	4.01
P值		＜ 0.05	＜ 0.05	＞ 0.05	＜ 0.05	＜ 0.05

注：TCSQ 为特质应对方式问卷，LES 为生活事件量表

表 4　两组社会支持情况比较　分

组别	例数	主观支持	客观支持	支持利用	总分
残留躯体症状组	106	9.00（8.00，10.00）	7.00（7.00，8.00）	6.00（5.00，7.00）	23.00（21.00，25.00）
未残留躯体症状组	135	12.00（11.00，13.00）	10.00（8.00，11.00）	8.00（7.00，9.00）	29.00（26.00，32.00）
U值		11.10	9.55	7.17	11.58
P值		＜ 0.05	＜ 0.05	＜ 0.05	＜ 0.05

表 5　影响 MDD 患者躯体残留症状的多因素 Logistic 回归分析

因素	β值	标准误	Waldχ^2 值	自由度	P 值	OR 值	95% CI
神经质	0.63	0.20	10.23	1	＜ 0.05	1.88	1.28 ～ 2.76
外倾性	－ 0.56	0.22	6.52	1	＜ 0.05	0.57	0.38 ～ 0.88
HAMA-14 评分	0.24	0.09	6.93	1	＜ 0.05	1.27	1.06 ～ 1.51
HAMD-17 评分	0.46	0.17	7.30	1	＜ 0.05	1.59	1.14 ～ 2.23
积极应对	－ 0.34	0.13	6.41	1	＜ 0.05	0.71	0.55 ～ 0.93
消极应对	0.54	0.18	9.42	1	＜ 0.05	1.72	1.22 ～ 2.43
精神疾病家族史	2.13	0.95	5.03	1	＜ 0.05	8.42	1.31 ～ 54.20
病程	0.08	0.03	6.72	1	＜ 0.05	1.08	1.02 ～ 1.15
常量	－ 11.59	8.69	1.78	1	＞ 0.05	0.00	－

注：MDD 为抑郁症，HAMA 为汉密尔顿焦虑量表，HAMD 为汉密尔顿焦虑/抑郁量表

群。上述两种人格特质的抑郁症患者应重点从认知、意念、行为方面加强干预，促进患者的社会融合性。抑郁患者的焦虑障碍共病率可达 45.7%～ 70.0%，抑郁、焦虑心境对躯体残留症状也具有不良影响[14]。本研究显示，HAMA-14 评分每升高 1 分，患者残留躯体症状的风险为原来的 1.27 倍，HAMD-17 评分每升高 1 分，风险为原来的 1.59 倍。可见改善心境对 MDD 患者心理、生理症状的改善有促进作用。应对作为个体对应激事件产生一定心理反应的中介因素之一，与应激事件性质、心理反应结果及相应的态度与行为均有关 [11]。本研究显示，积极应对评分每升高 1 分，患者躯体症状残留的风险降低为原来的 0.71，反之消极应对评分每上升 1 分，躯体残留症状风险升高为原来的 1.72 倍。因此，在 MDD 急性期的治疗与干预中，应着重提高患者的良性应对态度与行为。另外，病程长与具有精神疾病家族史的患者，更易发生躯体残留症状，应有侧重的予以关注。

总之，社会心理因素对急性期治疗有效 MDD 患者躯体残留症状具有一定的影响，应针对重点问题、重点人群进行强化干预。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

参　考　文　献

[1] 戴红,宋宝华.认知行为疗法结合经颅磁刺激治疗对抑郁症残留症状及社会功能的影响[J].中国医师杂志,2023,25(3):442-444.

[2] 张旭,冯威,王刚,等.中国抑郁症患者急性期治疗后残留躯体症状的现况调查[J].中华精神科杂志,2019,52(1):76-81.

[3] 王昊玥,王俊峰.临床预测模型研究中的常见误区[J].中国卒中杂志,2023,18(7):758-769.

[4] 宋丽娜,屠丹丹,章妮.基于行为转变模式的健康教育对产后抑郁症患者躯体不适感和消极情绪的改善效果分析 [J]. 中国妇幼保健,2024,39(7):1336-1339.

[5] 郭彤,张玲,朱雪泉,等.不同年龄阶段伴躯体化症状抑郁症患者的临床特征及相关因素 [J]. 神经疾病与精神卫生,2022,22(8):539-546.

[6] 闫巍巍,高建军.乳腺癌患者艾森克气质特征相关因素分析[J].中国社区医师,2022,38(2):25-27.

[7] 韩陨,张晓佳,张晓红,等.理性情绪疗法联合中医情志干预对血管性痴呆患者焦虑抑郁症状的影响[J].河北中医,2024,46(3):456-459.

[8] 汪晓静,汤义平,许瑞智,等.舍曲林和辩证行为疗法治疗青少年抑郁障碍伴非自杀性自伤行为效果初探[J].中国临床心理学杂志,2024,32(1):234-237,197.

[9] 邹志礼,邱剑,黄雨兰,等.安全感对生活事件与惊恐障碍疾病严重程度的中介作用[J].中华行为医学与脑科学杂志,2018,27(1):67-71.

[10] 康慧,许玲玲,吴春苗.乳腺癌改良根治术后病耻感与社会支持、家庭关怀度相关性分析[J].中国医药导报,2024,21(6):62-65.

[11] 林靖宇,苏允爱,吕晓珍,等.共病广泛性焦虑障碍的抑郁症患者潜在风险因素的多中心横断面调查[J].中华精神科杂志,2020,53(4):287-294.

[12] 唐婷婷,王杰,王霞.实习护生神经质人格与职业认同的关系：正念水平的调节作用[J].中国实用护理杂志,2023,39(4):260-265.

[13] 姜雅文,牛俊红.抑郁症患者疾病严重程度与心理社会因素的相关性[J].国际护理学杂志.2023,42(12):2139-2142.

[14] SURADOM C, WONGPAKARAN N, WONGPAKARAN T, et al. Prevalence and associated factors of comorbid anxiety disorders in late-life depression: Findings from geriatric tertiary outpatient settings[J]. Neuropsychiatr Dis Treat,2019,15:199-204.

收稿日期：2023-12-25

（本文编辑：孙海儿）