

• 调查报告 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.13.028

## 抑郁症患者自杀风险与共病数量、抑郁程度的相关性研究

秦碧勇<sup>1</sup>, 戴立磊<sup>2</sup>, 汪 键<sup>1</sup>, 邓小玲<sup>1</sup>, 郑 艳<sup>3△</sup>

(1. 湖北医药学院附属人民医院神经内科, 湖北十堰 442000; 2. 湖北省荆门市康复医院康复科 448000;  
3. 湖北医药学院附属人民医院护理部, 湖北十堰 442000)

**[摘要]** **目的** 探讨抑郁症患者共病的现状及自杀风险与共病数量、抑郁程度的关系。**方法** 采用一般情况调查表、汉密尔顿抑郁量表(HRS D)、自杀意念自评量表(SIOSS)对湖北医药学院附属人民医院神经内科住院并愿意接受调查的 125 例抑郁症患者进行调查,按 SIOSS 评分标准分为自杀意念组(SIOSS $\geq$ 12 分)81 例,非自杀意念组(SIOSS $<$ 12 分)44 例。**结果** 抑郁症患者共病的前 3 位分别是失眠(87.2%)、头痛(69.6%)、腰背痛(66.4%);自杀意念组共病数量明显高于非自杀意念组,主要表现在失眠、头痛、腰背痛、焦虑症状( $P<0.05$ );自杀意念组 HRS D 评分明显高于非自杀意念组,主要表现在认识障碍、睡眠障碍及绝望感( $P<0.05$ );抑郁症患者自杀风险与共病数量、抑郁程度呈正相关( $P<0.05$ ),进一步进行多元线性逐步回归分析,受教育程度、共病数量及 HRS D 评分是抑郁症患者自杀的影响因素。**结论** 抑郁症患者共病疾病中失眠与疼痛最多见,抑郁症自杀患者共病数量更多、睡眠更差、绝望感更强、认识障碍更严重。

**[关键词]** 抑郁症;自杀;精神病状态评定量表;问卷调查;统计学;共病;抑郁程度

**[中图分类号]** R749.4

**[文献标识码]** A

**[文章编号]** 1671-8348(2016)13-1810-03

### Correlation research of suicide risk and co-morbidity with depression degree in patients with depression

Qin Biyong<sup>1</sup>, Dai Lilei<sup>2</sup>, Wang Jian<sup>1</sup>, Deng Xiaoling<sup>1</sup>, Zheng Yan<sup>3△</sup>

(Department of Neurology, Affiliated People's Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000, China;

2. Department of Rehabilitation, Jingmen Rehabilitation Hospital, Jingmen, Hubei 448000, China;

3. Department of Nursing, Affiliated People's Hospital, Hubei University of Medicine, Shiyan, Hubei 442000, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the current status of co-morbidity in the patients with depression and to analyse the correlation between suicide risk with the number of co-morbidity and depression degree. **Methods** A total of 125 cases of depressions in our hospital were investigated with the general questionnaire, HRS D and SIOSS and then divided into two groups: the suicide ideation group(SIOSS $\geq$ 12 points,  $n=81$ ), the non-suicide ideation group(SIOSS $<$ 12 points,  $n=44$ ). **Results** The 3 top factors of co-morbidity were insomnia(87.2%), headache(69.6%), back pain(66.4%); the number of co-morbidity in suicide ideation group was significantly higher than that in non-suicide ideation group, which was mainly reflected in insomnia, migraine, backpain, anxiety( $P<0.05$ ); the scores of HRS D in suicide ideation group was significantly higher than that in non-suicide ideation group, which was mainly reflected in cognition disturbance, sleep disturbance, hopelessness( $P<0.01$ ); depression suicide risk was positively correlated with co-morbidity number and depression degree( $P<0.05$ ). The multiple linear regression suggested that education, number of co-morbidity and HRS D score were the influence factors of suicide in the depression patients. **Conclusion** Insomnia and pain are most common in co-morbidity of depression patients. The suicide depression patients have more co-morbidity, poorer sleep, stronger sense of despair and more severe cognitive disorder.

**[Key words]** depressive disorder; suicide; psychiatric status rating scales; questionnaires; statistics; co-morbidity; depression degree

抑郁症是临床上常见的精神类疾病,在重症抑郁患者中,25%有过自杀行为,15%最终死于自杀,自杀是抑郁症最危险的症状<sup>[1]</sup>。研究发现,自杀是心理、社会和生物诸因素相互作用的结果,也是在风险因素和保护因素彼此消长的影响下个人素质与应激相互作用的产物<sup>[2]</sup>。本研究主要分析抑郁症共病的现状及自杀风险与共病数量、抑郁程度的关系,从而为筛查出有自杀倾向的抑郁症高风险群体,治疗抑郁症患者的合并躯体疾病,降低自杀风险及自杀率提供科学的理论依据。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 采用横断面研究的方法,所有病例均系湖北医药学院附属人民医院神经内科 2013 年 10 月至 2014 年 10 月住院患者。纳入标准:(1)均符合《国际疾病分类》第 10 版(ICD-10)的心境障碍-抑郁发作(包括单次发作、反复发作)的诊断标准;(2)由 1 名精神科主治医师和 1 名精神科副主任医师明确诊断,汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression rating

scale for depression, HRS D)评分大于或等于 20 分;(3)年龄 18~65 岁,男女不限;(4)本研究患者均在知情同意下签署知情同意书,自愿参与本次研究。排除标准:(1)其他躯体疾病所致的抑郁;(2)其他精神活性物质和非依赖性物质所致抑郁;(3)心因性抑郁;(4)沟通理解力较差,难以完成心理评估。

**1.2 方法** 所有入组患者均在知情同意下接受心理测评,测评量表包括一般情况调查表、HRS D、自杀意念自评量表(self-rating idea of suicide scale, SIOSS),将所有入组患者按照 SIOSS 评分标准分为两组,SIOSS 评分大于或等于 12 分为自杀意念组,SIOSS 评分小于 12 分为非自杀意念组,比较两组患者一般资料、共病疾病及抑郁程度。以 SIOSS 评分作为因变量,以单因素分析中有差异的因子为自变量进行多元线性逐步回归分析,分析抑郁症患者自杀风险的影响因素。

**1.2.1 研究工具** (1)自行设计一般情况调查表:包括年龄、性别、民族、受教育程度、职业、婚姻状况、病程、合并的躯体疾

病 10 种(冠心病、胃炎或胃溃疡、高血压、糖尿病、听力或视力下降、脑卒中、失眠、头痛、腰背痛、焦虑)等。(2)HRSD<sup>[3]</sup>:本研究采用的是 24 项版本,包括 7 个因子:焦虑/躯体化、体质量、认识障碍、日夜变化、迟缓、睡眠障碍、绝望感,适用于抑郁症的成年人,总分越高,抑郁程度越严重。(3)SIOSS<sup>[4]</sup>:量表表包括 4 个因子即绝望因子、乐观因子、睡眠因子、掩饰因子,共 26 个条目,均以是或否回答记分,自杀意念总分由 4 个因子分相加,得分越高,自杀意念越高。

**1.2.2 质量控制** 由经过培训的调查员进行调查,采用统一指导语。问卷由患者填写,对因病情或文化程度限制无法独立完成者,由调查者向其口述问题和选择方法,协助患者完成问卷的填写。严格按照纳入、排除标准选择研究对象,临床症状评价严格按照相关标准,并尽可能详细解释并在各方面为受试者提供方便,增加依从性。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS17.0 软件进行数据统计分析,正态分布计量资料用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验;非正态分析计量资料用  $M(P_{25}, P_{75})$  表示,组间比较采用秩和检验;计数资料用率表示,组间采用  $\chi^2$  检验,采用 Person 相关及多元线性逐步回归分析,检验水准  $\alpha = 0.05$ ,以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

**2.1 一般资料** 自杀意念组(81 例)中男 27 例,女 54 例;平均年龄(43.06±8.95)岁;平均病程(50.05±51.82)个月;汉族 72 例,其他民族 9 例;有配偶 68 例,无配偶 13 例;小学及以下学历 7 例,初中 6 例,高中(中专)15 例,大专 23 例,本科及以上 30 例;无业 3 例,个体 5 例,工人 8 例,农民 7 例,干部或职员 47 例,离退休 7 例,其他 4 例。非自杀意念组(44 例):男 13 例,女 31 例;平均年龄(46.07±11.17)岁;平均病程(43.98±53.22)个月;汉族 36 例,其他 8 例;有配偶 41 例,无配偶 3 例;小学及以下学历 4 例,初中 15 例,高中(中专)10 例,大专 11 例,本科及以上 4 例;无业 5 例,个体 6 例,工人 3 例,农民 6 例,干部或职员 14 例,离退休 7 例,其他 3 例。两组性别、年龄、民族、职业、婚姻状况及病程比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ );两组受教育程度比较,差异有统计学意义( $\chi^2 = 26.050, P < 0.05$ )。

**2.2 抑郁症共病的现状** 共病类型:失眠(87.2%),头痛(69.6%),腰背痛(66.4%),听力或视力下降(48.8%),胃炎或胃溃疡(39.2%),焦虑(37.6%),高血压(18.4%),心脏病(17.6%),糖尿病(7.2%),脑卒中(4.0%)。

**2.3 自杀意念组与非自杀意念组共病数量的比较** 自杀意念组共病数量明显高于非自杀意念组[(4.35±1.53) vs. (3.25±1.75)],两组比较差异有统计学意义( $t = -3.624, P < 0.01$ )。

**表 1 自杀意念组与非自杀意念组共病种类[n(%)]**

项目	自杀意念组 (n=81)	非自杀意念组 (n=44)	$\chi^2$	P
胃炎或胃溃疡	36(44.4)	13(29.5)	2.656	0.103
冠心病	15(18.5)	7(15.9)	0.134	0.714
高血压	130(16.0)	10(22.7)	0.847	0.357
脑卒中	2(2.5)	3(6.8)	1.404	0.236
头痛	63(77.8)	24(54.5)	7.237	0.007
腰背痛	59(78.2)	24(54.5)	4.277	0.039
听力或视力下降	42(51.9)	19(43.2)	0.858	0.116
糖尿病	8(9.9)	1(2.3)	2.467	0.116
焦虑	36(44.4)	11(25.0)	4.595	0.032
失眠	78(96.3)	31(70.5)	17.059	0.000

**2.4 自杀意念组与非自杀意念组共病种类比较** 自杀意念组与非自杀意念组共病种类有明显差别,主要表现在失眠、头痛、腰背痛、焦虑症状,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),见表 1。

**2.5 自杀意念组与非自杀意念组 HRSD 评分比较** 自杀意念组 HRSD 评分明显高于非自杀意念组,主要表现在认识障碍、睡眠障碍及绝望感,两组比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 2。

**表 2 自杀意念组与非自杀意念组 HRSD 评分比较[M(P<sub>25</sub>, P<sub>75</sub>)]**

项目	HRSD 评分(分)		Z	P
	自杀意念组 (n=81)	非自杀意念组 (n=44)		
HRSD 总分	39.00(31.00,40.50)	31.00(25.00,37.25)	-3.638	0.000
焦虑/躯体化	7.00(6.00,8.00)	7.00(6.00,8.00)	-1.139	0.255
体质量	1.00(0.00,2.00)	1.00(0.00,2.00)	-0.670	0.503
认识障碍	6.00(4.00,8.00)	5.00(3.00,6.00)	-3.325	0.001
日夜变化	1.00(0.00,2.00)	0.00(0.00,2.00)	-1.044	0.296
迟缓	9.00(7.00,10.00)	8.00(5.00,10.00)	-1.076	0.282
睡眠障碍	6.00(6.00,6.00)	6.00(5.00,6.00)	-3.251	0.001
绝望感	6.00(3.00,7.00)	3.00(2.00,6.00)	-3.091	0.002

**2.6 抑郁症患者自杀风险与共病数量、HRSD 评分的相关性**

抑郁症患者自杀风险与共病数量( $r = 0.362, P < 0.05$ )、HRSD 评分( $r = 0.376, P < 0.05$ )均呈正相关性。

**2.7 抑郁症患者自杀风险的多元线性逐步回归分析** 抑郁症患者自杀风险的多元线性逐步回归分析方程为  $Y = 0.178X_1$  (HRSD 评分) +  $0.928X_2$  (共病数量) +  $0.219X_3$  (受教育程度)。受教育程度、共病数量及 HRSD 评分是抑郁症患者自杀的影响因素,见表 3。

**表 3 自杀风险的多元线性逐步回归分析**

项目	B	S <sub>B</sub>	B'	t	P
常量	2.078	2.017	-	1.030	0.305
HRSD 评分	0.178	0.051	0.278	1.474	0.001
共病数量	0.928	0.245	0.296	3.779	0.000
受教育程度	0.897	0.324	0.219	2.765	0.007

-:无数据。

**3 讨 论**

抑郁症作为一种生理心理社会因素共同作用下的精神疾病,常与一些躯体疾病共病。尤其是慢性躯体疾病并发抑郁症更加突出,老年人群中出现共病的可能性更高<sup>[5]</sup>。抑郁症共病的原因可能是多样的:(1)抑郁症的发病机制与一些躯体疾病的发病机制相似;(2)可能是抑郁症引起的患者生理机能的改变从而导致躯体疾病的发生;(3)心理社会因素加上抑郁症患者本身的个性增加了躯体疾病发病的概率<sup>[6]</sup>。无论何种原因,这无疑给诊断及治疗增加了困难。

2010 年曾有调查显示,躯体疾病与抑郁症共病的发生率:糖尿病 11%,癌症 15%,心肌梗死 20%<sup>[7]</sup>,帕金森病 40%~60%<sup>[8]</sup>。本研究发现抑郁症共病的发生率:失眠 87.2%,偏头痛 69.6%,腰背痛 66.4%,听力或视力下降 48.8%,胃炎或胃溃疡 39.2%,焦虑 37.6%,高血压 18.4%,心脏病 17.6%,糖尿病 7.2%,脑卒中 4.0%。抑郁症患者主诉中最常见的躯体

症状就是失眠及疼痛。流行病学调查显示抑郁与疼痛常常共病,两者共存时影响到多个方面:包括健康花费增多<sup>[9]</sup>,工作时间减少和工作效率下降等功能性损害<sup>[10]</sup>,更重要的是抑郁缓解的可能性减少<sup>[11]</sup>,有残余症状的患者更容易出现抑郁复燃,并且复燃出现得比无残余症状者早<sup>[12]</sup>。除了失眠与疼痛,抑郁症伴发其他疾病的情况也较多。国内外资料显示,抑郁症在上消化道器质性疾病患者中的患病率非常高,但未引起消化内科医师的足够重视<sup>[13]</sup>。一项研究表明抑郁症在消化内科门诊患者中流行率达到 14.39%<sup>[14]</sup>,有研究发现抑郁症与胃溃疡、胃炎关系显著<sup>[15]</sup>,也有研究表明炎症与抑郁症的发病机理密切相关,抑郁症可能是精神疾病中的一种慢性炎症性疾病<sup>[16]</sup>。

糖尿病患者的抑郁症患病率显著高于一般人群,抑郁症患者也易发生糖尿病。糖尿病与抑郁症存在一定相关性,两者的关系是双向的,相互影响,形成恶性循环<sup>[17]</sup>。

抑郁和焦虑作为两种不同性质的情绪体验,有类似的生物学基础和易感因素,在临床中也常同时出现。新近一项研究报道显示,社区治疗的抑郁症患者约 33% 共病焦虑,精神专科医院门诊就诊的抑郁症患者中共病焦虑的患者为 52%<sup>[18]</sup>。焦虑影响抑郁症的病程,可使疾病复杂化,相对于无焦虑患者病情更重,社会功能损害更严重,且增加治疗无效和复发风险。焦虑与抑郁共病患者较单纯焦虑障碍或抑郁障碍患者存在更严重的脂质代谢异常,临床医生需引起重视。抑郁症可增加冠心病的患病危险度及病死率,冠心病与抑郁症相关,其因果关系可能是复杂的、双向的,冠心病易发生抑郁症,而抑郁症又进一步使冠心病恶化。高血压病是临床常见疾病,在重视高血压患者心脑血管并发症的同时,近年来日益增多的精神心理问题受到广泛关注,其中高血压患者伴发抑郁情绪最为常见。高血压与抑郁症同时存在,病理机制更加复杂,影响患者疗效及预后。

抑郁症患者情绪不稳定、易激惹、性格内向,抑郁情绪得不到释放,患者更加注重自己心内世界而忽视外界的客观刺激,从而引起“心因性的听力或视力下降”,随着抑郁情绪的缓解,患者听力或视力也有很大程度的恢复。

本研究还发现自杀意念组患者的共病数量明显高于非自杀意念组,主要表现在失眠、疼痛及焦虑情绪上。同时,自杀意念组患者的 HRSD 评分也明显高于非自杀意念组,自杀意念组患者的睡眠更差、绝望感、自罪感更强,从而更容易出现自杀意念。在相关分析上,本研究发现共病数量越多,抑郁程度越严重,抑郁症患者的自杀风险越高。受教育程度高、共病数量多、抑郁程度严重是抑郁症患者自杀的高风险因素,这为临床上快速筛选出自杀的高风险群体提供的理论依据,从而也为预防抑郁症患者自杀、降低抑郁症患者的自杀风险及自杀率提供的保证。

本研究只调查了 10 种临床上比较常见的躯体疾病,可能还会共病其他疾病,仍有待研究。明确抑郁症患者共病数量及种类,筛查出自杀的高风险的人群,对躯体疾病进行积极治疗,改善患者睡眠及疼痛症状,对于降低抑郁症患者的自杀风险及自杀率有着重要意义。

## 参考文献

[1] 姜能志,王艳郁,孙宏伟,等. 抑郁症伴发自杀的相关因素研究进展[J]. 精神医学杂志, 2012, 25(6): 478-480.  
 [2] 翟书涛. 自杀原因的研究现状[J]. 中华精神科杂志, 2002, 35(2): 65-68.  
 [3] 汪向东,王希林,马弘,等. 心理卫生评定量表手册(增订

版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社,1999:220-223.

- [4] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2005:285-287.  
 [5] 潘小平. 与躯体疾病共病影响抑郁症的临床治愈[J]. 中华精神科杂志, 2012, 45(4): 244-245.  
 [6] 常鹏,杨成梯. 心血管疾病并发抑郁症的调查及帕罗西汀的疗效观察[J]. 临床荟萃, 2005, 20(7): 364-366.  
 [7] Rayner I, Price A, Evns A, et al. Antidepressants for depression in physically ill people[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2010, 17(3): CD007503.  
 [8] Slaughter JR, Slaughter KA, Nichols D, et al. Prevalence, clinical manifestations, etiology and treatment of depression in Parkinson's disease[J]. J Neuropsychiatry Clin Neuropsychiatry, 2001, 13(2): 187-196.  
 [9] Baumeister H, Knecht A, Hutter N. Direct and indirect costs in persons with chronic back pain and comorbid mental disorders: a systematic review[J]. J Psycho Res, 2012, 73(2): 79-85.  
 [10] Romera I, Montejo AL, Caballero F, et al. Functional impairment related to painful physical symptoms in patients with generalized anxiety disorder with or without comorbid major depressive disorder: post hoc analysis of a cross-sectional study[J]. BMC Psychiatry, 2011, 8(21): 69.  
 [11] Hawker GA, Gignac MA, Badley E, et al. A longitudinal study to explain the pain-depression link in older adults with osteoarthritis[J]. Arthritis Care Res (Hoboken), 2011, 63(10): 1382-1390.  
 [12] Zimmerman M, Martinez J, Attiullah N, et al. Why do some depressed outpatients who are not in remission according to the hamilton depression rating scale nonetheless consider themselves to be in remission? [J]. Depress Anxiety, 2012, 29(10): 891-895.  
 [13] 樊华. 上消化道器质性疾病与抑郁症共病的流行病学调查及分析[D]. 湖南:中南大学, 2013.  
 [14] Li XJ, He YL, Ma H, et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in Chinese gastroenterological outpatients [J]. World J Gastroenterol, 2012, 18(20): 2561-2568.  
 [15] Jiang RH, Yu X, Ma H, et al. The prevalence of depression and anxiety in gastrointestinal out-patients of tertiary general hospitals in Beijing [J]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi, 2009, 48(5): 399-401.  
 [16] Feher J, Kovacs I, Balacco GC. Role of gastrointestinal inflammations in the development and treatment of depression[J]. Orv Hetil, 2011, 152(37): 1477-1485.  
 [17] Papellbaum M, Moreira RO, Coutinho W, et al. Depression, glycemic control and type 2 diabetes[J]. Diabetol Metab Syndr, 2011, 3(1): 26.  
 [18] Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BW, et al. Treatment inadequacy in primary and specialized care patients with depressive and/or anxiety disorders[J]. Psychiatry Res, 2013, 210(2): 594-600.