

精神科医生对伴有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的诊疗现状调查

周晶晶 王小平 方贻儒 司天梅 江开达 李涛 李晓白 杨甫德 姚志剑 王刚
李凌江

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神心理疾病临床医学研究中心(周晶晶、王刚); 410011 长沙, 中南大学湘雅二医院精神卫生研究所(王小平、李凌江); 200030 上海市精神卫生中心(方贻儒、江开达); 100191 北京大学精神卫生研究所 国家精神心理疾病临床医学研究中心 北京大学第六医院 国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室(北京大学)(司天梅); 310063 杭州市第七人民医院 浙江大学医学院精神卫生中心(李涛); 110001 沈阳, 中国医科大学附属第一医院精神医学科(李晓白); 100096 北京大学回龙观临床医学院(杨甫德); 210029 南京医科大学附属脑科医院(姚志剑)

通信作者: 王刚, Email: gangwangdoc@ccmu.edu.cn; 李凌江, Email: llj2920@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2023.09.004

【摘要】 目的 基于精神科医生视角, 调查我国伴有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者的疾病特征、治疗现状以及目前临床诊疗中未被满足的需求。方法 本研究为横断面研究。采用便利抽样法, 于 2020 年 12 月至 2021 年 1 月选取在我国 24 个省/直辖市的三甲综合医院或精神专科医院精神科工作的医生为研究对象。基于文献回顾和临床实践设计电子调查问卷, 由专家顾问委员会审核完成问卷设计, 采用该问卷收集医生的基本信息、接诊抑郁症患者的构成、接诊的伴自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的临床特征、对伴自杀意念和自杀未遂患者的临床诊疗现状、医生与患者的临床需求和期望。本研究发放问卷 317 份, 回收有效问卷 209 份, 有效问卷回收率为 65.9%。结果 分别有 29.2%(61/209) 和 10.0%(21/209) 的医生认为其接诊的抑郁症患者中, > 50% 有自杀意念和自杀未遂; 而认为住院抑郁症患者 > 50% 有自杀意念和自杀未遂的医生分别占 58.4%(122/209) 和 16.3%(34/209)。46.9%(98/209) 的医生认为有自杀意念的抑郁症患者会发展出现自杀未遂的比例在 10% ~ 30%。医生认为自杀未遂常见的风险因素包括既往自杀史、抑郁症状加重、重大生活负性事件、自杀家族史以及合并其他精神障碍等。目前, 临床对于有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者最常用的治疗手段分别为药物治疗联合心理治疗和药物治疗联合改良电抽搐治疗。医生对新型药物治疗期待的 3 个特点分别是药物快速起效, 可以使患者恢复正常学习、工作、生活、社交和降低复发风险。结论 医生对伴有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者的诊治存在不一致性, 缺乏及时有效的评估工具和临床干预手段, 未来尚需围绕上述瓶颈问题开展深入研究。此外, 制订规范化诊疗模式, 缩短院间及医生间的治疗水平差异, 也是提高患者预后的有效途径。

【关键词】 抑郁症; 精神科医生; 自杀意念; 自杀未遂

Diagnosis and treatment in patients with depressive disorder who have suicidal ideation and suicidal attempt; a survey of psychiatrists Zhou Jingjing, Wang Xiaoping, Fang Yiru, Si Tianmei, Jiang Kaida, Li Tao, Li Xiaobai, Yang Fude, Yao Zhijian, Wang Gang, Li Lingjiang

National Clinical Research Center for Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China (Zhou JJ, Wang G); Mental Health Institute of the Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha 410011, China (Wang XP, Li LJ); Shanghai Mental Health Center, Shanghai 200030, China (Fang YR, Jiang KD); Peking University Institute of Mental Health, National Clinical Research Center for Mental Disorders, Peking University Sixth Hospital, NHC Key Laboratory of Mental Health (Peking University), Beijing 100191, China (Si TM); Affiliated Mental Health Center, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou Seventh People's Hospital, Hangzhou 310063, China (Li T); Department of Psychiatry,

The First Hospital of China Medical University, Shenyang 110001, China (Li XB); Peking University HuiLongguan Clinical Medical School, Beijing 100096, China (Yang FD); The Affiliated Brain Hospital of Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China (Yao ZJ)

Corresponding authors: Wang Gang, Email: gangwangdoc@ccmu.edu.cn; Li Lingjiang, Email: llj2920@163.com

【Abstract】 Objective To investigate the disease characteristics, treatment status and unmet clinical needs of depression patients with suicidal ideation and suicidal attempt in China from the perspective of psychiatrists. **Methods** This was a cross-sectional study based on the electronic questionnaire survey. Using convenience sampling method, psychiatrists of 3A general hospitals or psychiatric hospitals across 24 provinces/municipalities in China were selected as the research subjects from December 2020 to January 2021. The electronic questionnaire was designed based on literature review and clinical practice, then reviewed and completed by an expert advisory committee. This questionnaire was used to collect basic information about psychiatrists, the composition of patients with depression, the clinical characteristics of patients with suicidal ideation and attempted suicide, the current clinical diagnosis and treatment status of patients with suicidal ideation and attempted suicide, and the clinical needs and expectations of doctors and patients. This study distributed 317 questionnaires and collected 209 valid questionnaires, with a valid recovery rate of 65.9%. **Results** There were 29.2%(61/209) and 10.0%(21/209) psychiatrists consider that more than half of the depression patients have suicidal ideation and suicidal attempt, respectively. While 58.4%(122/209) and 16.3%(34/209) psychiatrists believe that more than half of the depression patients in hospital had suicidal ideation and suicidal attempt, respectively. 46.9%(98/209) of psychiatrists consider that 10%–30% of patients with MDD with suicidal ideation would develop to suicidal attempt. It was believed that common risk factors for attempted suicide include past suicide history, worsening depressive symptoms, major negative life events, family history of suicide, and concomitant mental disorders. At present, the most commonly used treatment methods for depression patients with suicidal ideation and suicidal attempt are drug therapy combined with psychological therapy and drug therapy combined with modified electroconvulsive therapy. The three characteristics psychiatrists expect for future new drugs are fast-acting, to help patients return to normal school, work, life and social functions, and to reduce risk of recurrence. **Conclusions** There is inconsistency in the management of depression patients with suicidal ideation and suicidal attempt, and there is lack of timely and effective assessment tools and clinical interventions. In the future, in-depth research is needed around the above-mentioned bottleneck issues, and at the same time, standardized diagnosis and treatment models should be developed to shorten the differences in treatment levels between hospitals and psychiatrists, which is also an effective way to improve patient prognosis.

【Key words】 Depressive disorder; Psychiatrists; Suicidal ideation; Suicidal attempt

抑郁症是以显著而持久的心境低落为主要特征的一类心境障碍,是常见的精神障碍之一。2017年的WHO报告指出,全球约有3.2亿人饱受抑郁症困扰^[1]。自杀行为是抑郁症最严重的症状和最危险的后果之一,包括自杀意念、自杀未遂等。2018年的一项荟萃分析显示,我国抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的终生患病率分别为53.1%和23.7%^[2]。但目前尚存在对于伴有自杀意念或自杀未遂的抑郁症患者的临床识别度低、干预治疗不及时等问题^[3-4]。此外,现有研究主要关注抑郁症患者产生自杀行为的原因及影响因素,较少有研究探讨有自杀意念或自杀未遂的抑郁症患者的临床管理现状。同时,与没有自杀意念的抑郁症患者相比,有明显自杀意念或行为的患者通常被排除在抗抑郁药物临床试验之外,未得到充分研究^[5]。基于上述临床现状,本研究采用问卷调查的方式,从精神科临床医生的角度进一步了解国内有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的疾病特征、诊疗现状以及目前临床中未满足的需

求,旨在为后续相关研究方向提供参考。

一、对象与方法

1.研究对象:本研究为横断面研究。采用便利抽样法,于2020年12月至2021年1月选取我国24个省/直辖市从事抑郁症相关诊疗工作的临床医生为研究对象。纳入标准:(1)在三甲综合医院或精神专科医院的精神科工作,职称为主治医师及以上,擅长诊疗领域为抑郁症或情感障碍;(2)从事抑郁相关疾病诊疗 ≥ 5 年;(3)每周抑郁患者门诊量 ≥ 25 例次;(4)自愿参与本研究并签署知情同意书。本研究已获得首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会审批[批号:(2020)科研第(121)号]。

2.样本量计算:样本量计算公式为 $n=N/(1+N\varepsilon^2)^{[6]}$,其中 n 表示研究所需最小样本量, N 表示总人数, ε 代表误差范围。根据中国卫生健康统计年鉴,2019年中国精神科执业(助理)医师人数为4.5万,估计符合纳入标准且不符合排除标准的医生人数为2万人。问卷使用Likert 5级评分法,在90%的置信水平下,

估计标准差为4, 误差范围为0.03, 需要最少187名医生应答, 考虑脱落, 本研究应纳入的最小样本量为200。

3. 问卷设计方法: 问卷根据抑郁症自杀流行病学数据^[1-2, 7-8]、临床特征^[3, 8]、诊断及治疗指南^[9-13]、临床诊疗实践, 综合我国国情编制, 由研究组编写问卷, 并由专家顾问委员会审核。负责编写、审核问卷的顾问委员会专家均为三甲综合医院或精神专科医院精神科室主任医师(教授), 均具有15年及以上抑郁症相关疾病诊疗的临床经验。问卷包括医生的基本信息(其中包括医生职称、工作年限和对接诊患者状况的认知)、接诊抑郁症患者的构成(其中包括抑郁症患者占比、抑郁症患者中有自杀意念和自杀未遂患者的占比、住院抑郁症患者中有自杀意念和自杀未遂患者的占比)、接诊的伴自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的临床特征(包括患者比例、风险因素)、对伴自杀意念和自杀未遂患者的临床诊疗现状(包括抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的评估依据、治疗方案)、医生与患者的临床需求和期望(包括治疗满意情况)5个部分。题目类型包括单选题、多选题和填空题, 共43道题。采用1~5分评价医生对药物治疗的满意度, 分数越高表明越满意, 其中 ≤ 3 分为不满意, ≥ 4 分为满意。采用1~5分评价医生对新的治疗手段的期望, 分数越高表明越重视, 其中1分代表非常不重视, 5分代表非常重视。问卷中自杀意念定义为思考、考虑或计划自杀; 自杀未遂定义为一种非致命的、指向自己的、有潜在伤害性的行为, 其行为结果是有自杀的意图。自杀未遂可能不会造成伤害^[14]。

4. 资料收集方法: 调查者电话邀请医生参与调查, 按每条入选标准筛选资格。通过二维码发放电子问卷; 符合入选标准的医生完整填写调研问卷后提交。问卷作答题数小于总题数90%的问卷、或选择题全部选择同一选项或选项有明显的规律性(如A、B轮流出现)视为无效并予以剔除。本研究发放问卷317份, 回收有效问卷209份, 有效问卷回收率为65.9%。

5. 统计学方法: 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析。计量资料采用Shapiro-Wilk法进行正态性检验, 符合正态分布的计量资料采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 组间比较采用独立样本 t 检验; 不符合正态分布的采用中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示, 组间比较采用Mann-Whitney U 检验。计数资料采用频数和百分数(%)表示, 组间比较采用 χ^2 检验

或者Fisher精确检验。双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 精神科医生的一般资料及接诊抑郁症患者的构成比较: 209名医生中, 来自三甲综合医院的医生有105名(50.2%), 来自精神专科医院的医生有104名(49.8%)。46.4%(97/209)的医生认为其每月接诊的患者中, 抑郁症患者占50%以上; 分别有29.2%(61/209)和10.0%(21/209)的医生认为接诊的 $> 50\%$ 的抑郁症患者有自杀意念和自杀未遂; 认为有 $> 50\%$ 的住院抑郁症患者有自杀意念和自杀未遂的医生比例分别为58.4%(122/209)和16.3%(34/209)。三甲综合医院和精神专科医院的医生职称、从事抑郁症诊疗工作的年限比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

2. 精神科医生接诊抑郁症患者的临床特征: 认为接诊的有自杀意念的抑郁症患者会发展出自杀未遂的比例为10%~30%的医生占46.9%(98/209)。 $> 50\%$ 的医生认为自杀未遂最常见的风险因素包括既往自杀史、抑郁症状加重、重大生活负性事件、自杀家族史、合并其他精神障碍、慢性疼痛、婚姻状况、童年逆境和躯体疾病。 $> 50\%$ 的医生认为有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者常合并广泛性焦虑障碍、物质滥用障碍、人格障碍和PTSD。见表2。

3. 精神科医生临床评估: $> 97.0\%$ 的医生认为在评估抑郁症患者自杀意念和自杀未遂时, 需要进行病史询问、精神检查以及量表评估。在评估量表的选择方面, 92.8%的医生选择使用HAMD, 选择使用哥伦比亚自杀严重程度评估量表(Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)、9项患者健康问卷(9-item Patient Health Questionnaire, PHQ-9)、简明国际神经精神访谈(Mini-International Neuropsychiatric Interview, MINI)的自杀模块和蒙哥马利-艾斯伯格抑郁量表(Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)的医生比例 $< 50\%$ 。未使用量表评估抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的排名前3位的原因是病史询问及相关检查足够评估风险、患者对量表评估过程不配合以及现有量表对自杀行为预测敏感度较低。见表3。

4. 精神科医生治疗抑郁症患者的现状: 对于有自杀意念的抑郁症患者, 50.2%的医生使用药物治疗联合心理治疗; 对于自杀未遂的抑郁症患者, 58.9%的医生使用药物治疗联合无抽搐电休克治疗(modified electroconvulsive therapy, MECT)。三甲

表1 209名精神科医生的一般资料及接诊抑郁症患者的构成比较

项目	总体 (n=209)	三甲综合医 院(n=105)	精神专科医 院(n=104)	Z/ χ^2 值	P值
目前职称 [例(%)]					
主治医师	95(45.5)	58(55.2)	37(35.6)		
副主任医师	79(37.8)	31(29.5)	48(46.2)	8.553	0.014
主任医师	35(16.7)	16(15.2)	19(18.3)		
从事抑郁症诊疗工作的年限 [年, $M(P_{25}, P_{75})$]	13(9, 20)	11(8, 19)	15(10, 21)	-2.602	0.009
医生认为每月接诊患者中抑郁症患者占总体的百分比 [例(%)]					
0~25%	20(9.6)	8(7.6)	12(11.5)		
>25%~50%	92(44.0)	47(44.8)	45(43.3)	5.328	0.149
>50%~75%	62(29.7)	27(25.7)	35(33.7)		
>75%~100%	35(16.7)	23(21.9)	12(11.5)		
医生认为每月接诊的抑郁症患者中有自杀意念的患者占总体的百分比 [例(%)]					
0~25%	73(34.9)	35(33.3)	38(36.5)		
>25%~50%	75(35.9)	43(41.0)	32(30.8)	2.542	0.468
>50%~75%	41(19.6)	18(17.1)	23(22.1)		
>75%~100%	20(9.6)	9(8.6)	11(10.6)		
医生认为每月接诊的抑郁症患者中有自杀未遂的患者占总体的百分比 [例(%)]					
0~25%	163(78.0)	85(81.0)	78(75.0)		
>25%~50%	25(12.0)	9(8.6)	16(15.4)	-	0.445
>50%~75%	9(4.3)	4(3.8)	5(4.8)		
>75%~100%	12(5.7)	7(6.7)	5(4.8)		
医生认为住院抑郁症患者中有自杀意念的患者占总体的百分比 [例(%)]					
0~25%	41(19.6)	26(24.8)	15(14.4)		
>25%~50%	46(22.0)	25(23.8)	21(20.2)	5.548	0.136
>50%~75%	66(31.6)	27(25.7)	39(37.5)		
>75%~100%	56(26.8)	27(25.7)	29(27.9)		
医生认为住院抑郁症患者中有自杀未遂的患者占总体的百分比 [例(%)]					
0~25%	101(48.3)	54(51.4)	47(45.2)		
>25%~50%	74(35.4)	34(32.4)	40(38.5)	0.967	0.809
>50%~75%	18(8.6)	9(8.6)	9(8.7)		
>75%~100%	16(7.7)	8(7.6)	8(7.7)		

注：-采用Fisher确切概率法

综合医院和精神专科医院医生在有自杀意念的抑郁症患者和自杀未遂的抑郁症患者的治疗选择方面比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表4。在MECT治疗上, 22.4%(47/209)的医生对>50%的有自杀意念的抑郁症患者推荐使用MECT, 64.1%(134/209)的医生对>50%的自杀未遂抑郁症患者推荐使用MECT。接受调查的精神专科和综合医院的医生对有自杀意念的和自杀未遂的MDD患者推荐使用MECT的人数比较, 差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表5。>50%的医生认为有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者会因为担心MECT造成认知损伤、恐惧MECT、担心MECT的麻醉风险以及需要住院接受MECT等原因而不接受MECT治疗, 见表6。

5. 精神科医生药物治疗满意度和治疗期待: 84.7%的医生对于目前药物治疗的起效速度不满

意, 见表7。医生对新的治疗药物在治疗有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者中最重视的前3种药物特点分别是药物快速起效, 恢复正常学习、工作、生活、社交和服药可降低复发风险。见图1。

讨论 本研究结果显示, 分别有29.2%和10.0%的医生反馈其临床接诊的抑郁症患者中, >50%伴有自杀意念和自杀未遂; 分别有58.4%和16.3%的医生认为住院抑郁症患者中, >50%伴有自杀意念和自杀未遂。参与本调查的医生认为需要使用量表评估抑郁症患者, 但实际临床使用比例较低。在治疗有自杀意念的抑郁症患者时主要采取药物治疗联合心理治疗, 而当患者有自杀未遂时, 药物治疗联合MECT是主要治疗方法。然而, 从参与调查的医生的角度了解到, 抑郁症患者对于MECT治疗仍存在许多担忧。因此, 期待有新的治疗药物可以快速

表2 209名精神科医生接诊的有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的临床特征

项目	人数	构成比或百分率(%)
医生对接诊患者中由仅有自杀意念到出现自杀未遂比例认知		
0~10%	28	13.4
>10%~20%	51	24.4
>20%~30%	47	22.5
>30%~40%	29	13.9
>40%~50%	20	9.6
>50%~60%	17	8.1
>60%~70%	10	4.8
>70%~80%	6	2.9
>80%~90%	1	0.5
最常见的自杀未遂风险因素 ^a		
既往自杀史	196	93.8
抑郁症状加重	193	92.3
重大生活负性事件	189	90.4
自杀家族史	146	69.9
合并其他精神障碍	144	68.9
慢性疼痛	114	54.5
婚姻状况	112	53.6
童年逆境	110	52.6
躯体疾病	106	50.7
社会隔离	65	31.1
职业因素	38	18.2
神经系统器质性疾病(除外颅脑外伤)	28	13.4
性取向	18	8.6
颅脑外伤	13	6.2
其他	20	9.6
自杀意念和自杀未遂抑郁症患者最常见的精神障碍合并症 ^a		
广泛性焦虑障碍	150	71.8
物质滥用障碍	136	65.1
人格障碍	133	63.6
创伤后应激障碍	116	55.5
社交焦虑障碍	41	19.6
强迫症	40	19.1
惊恐障碍	23	11.0
特定恐惧症	7	3.3
其他	23	11.0

注:^a为多选题

起效,控制症状,进而使患者恢复正常的学习、工作、生活和社交以及减少复发。

抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的相关因素。本研究结果显示,29.2%的医生表示其接诊的抑郁症患者中>50%伴有自杀意念,10.0%的医生认为其接诊的抑郁症患者>50%有自杀未遂行为。既往研究数据显示,我国抑郁患者中有自杀意念和自杀未遂

表3 209名精神科医生对抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的评估

项目	人数	百分率(%)
评估依据 ^a		
病史询问	209	100.0
精神检查	204	97.6
量表评估	203	97.1
体格检查	99	47.4
其他	19	9.1
评估量表 ^a		
HAMD	194	92.8
C-SSRS	98	46.9
PHQ-9	85	40.7
MINI的自杀模块	65	31.1
MADRS	64	30.6
其他	23	11.0
未使用量表评估抑郁症患者自杀意念和自杀未遂的原因 ^a		
病史询问及相关检查足够评估风险	149	71.3
患者对量表评估过程不配合	134	64.1
现有量表对自杀行为预测敏感度较低	108	51.7
门诊量过大,来不及使用量表评估	102	48.8
现有量表对后续患者管理价值有限	78	37.3
患者对量表评估结果不信任	77	36.8
其他	9	4.3

注:^a为多选题;HAMD 汉密尔顿抑郁量表;C-SSRS 哥伦比亚自杀严重程度评估量表;PHQ-9 患者健康问卷-9;MINI 简明国际神经精神访谈;MADRS 蒙哥马利-艾斯伯格抑郁量表

的比例分别为32.8%~53.4%和4.9%~20.14%^[6, 15-16]。本研究结果显示,医生的认知接近或在既往研究数据的范围内,同时住院抑郁症患者的自杀意念和自杀未遂的比例更高,考虑与住院患者疾病严重程度更重相关。本研究结果显示,46.9%的医生认为有自杀意念的抑郁症患者发展出现自杀未遂行为的比例范围为10%~30%,约50%的医生的认知与既往研究结果(24.0%~26.5%)接近^[17-18]。根据被调研医生的临床观察得出,抑郁症患者若存在既往自杀史,则很可能再次发生自杀未遂。此外,当患者抑郁症状严重程度高、经历重大的生活负性事件时也更容易增加自杀风险。有自杀意念和自杀未遂行为的抑郁症患者更多合并其他精神障碍,如广泛性焦虑障碍、物质滥用障碍、人格障碍以及创伤后应激障碍,这些临床观察现象与既往研究得出的风险因素一致^[19]。

抑郁症自杀风险评估方法。量表是评估抑郁症自杀风险的有效方法之一,有助于早期识别自杀高危抑郁症患者继而进行针对性的预防或治疗。已经过验证的可以评估自杀风险的工具包括含自杀

表4 209名精神科医生对有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者最常使用的治疗方案组合比较[名(%)]

项目	总体 (n=209)	三甲综合医院 (n=105)	精神专科医院 (n=104)	P值
自杀意念				
药物治疗联合心理治疗	105(50.2)	51(48.6)	54(51.9)	< 0.001
药物治疗联合 MECT	52(24.9)	14(13.3)	38(36.5)	
抗抑郁药联合其他药物(非典型抗精神病药/心境稳定剂/甲状腺素)	47(22.5)	36(34.3)	11(10.6)	
仅使用抗抑郁药物治疗	1(0.5)	1(1.0)	0	
其他	4(1.9)	3(2.9)	1(1.0)	
自杀未遂				
药物治疗联合 MECT	123(58.9)	40(38.1)	83(79.8)	< 0.001
抗抑郁药联合其他药物(非典型抗精神病药/心境稳定剂/甲状腺素)	44(21.1)	36(34.3)	8(7.7)	
药物治疗联合心理治疗	38(18.2)	28(26.7)	10(9.6)	
其他	4(1.9)	1(1.0)	3(2.9)	

注: MECT 无抽搐电休克治疗; 均采用 Fisher 确切概率法检验

表5 精神科医生推荐有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者使用 MECT 情况比较[例(%)]

项目	总体 (n=209)	综合医院 (n=105)	精神专科医院 (n=104)	χ^2 值	P 值
在伴有自杀意念的患者中, 不同 MECT 推荐比例的医生数量					
0 ~ 25%	118(56.5)	71(67.6)	47(45.2)	13.662	0.003
> 25% ~ 50%	44(21.1)	19(18.1)	25(24.0)		
> 50% ~ 75%	21(10.0)	9(8.6)	12(11.5)		
> 75% ~ 100%	26(12.4)	6(5.7)	20(19.2)		
在伴有自杀未遂的患者中, 不同 MECT 推荐比例的医生数量					
0 ~ 25%	37(17.7)	30(28.6)	7(6.7)	27.879	< 0.001
> 25% ~ 50%	38(18.2)	25(23.8)	13(12.5)		
> 50% ~ 75%	38(18.2)	17(16.2)	21(20.2)		
> 75% ~ 100%	96(45.9)	33(31.4)	63(60.6)		

注: MECT 无抽搐电休克治疗

相关条目的抑郁症严重程度评估量表(如 HAMD、MADRS、PHQ-9)和自杀特定评估量表(如 C-SSRS 和 MINI 自杀模块)^[20-22]。本研究结果显示, 97.1% 的医生认为评估患者病情时需要使用量表, 但实际情况下量表使用率较低。究其原因, 医生认为目前仍存在多种问题影响量表的使用, 71.3% 的医生认为病史询问及相关检查已经足够评估患者的自杀风险, 64.1% 的医生解释是因为患者不配合完成量表评估。此外, 51.7% 的医生认为现有量表对自杀行为预测的敏感度较低, 这也可能是实际量表使用率较低的原因之一。使用结构化工具为医疗系统提供了多项潜在优势, 无论医务人员对患者的熟悉程度如何, 自杀风险评估的标准化有助于跨治疗机构和学科建立一致的记录、沟通、跟踪和治疗标准^[23]。因此, 目前仍需进一步探讨如何将诊断效能高、精简的适用于评估抑郁症自杀意念和自杀未遂的量表在临床中合理应用, 以早期识别具有自杀风险的患者。

有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者的治疗。降低自杀率是抑郁症全病程治疗的目标之一^[24]。欧洲精神病学协会指南指出, 有强烈自伤、自杀行为的临床状况需要合并 MECT 与药物治疗, 与指南推荐类似^[25]。本研究结果显示, 对于有自杀未遂的抑郁症患者, 最常用药物联合 MECT 进行治疗。然而, > 50% 的医生认为抑郁症患者会因为担心认知损伤、恐惧、担心麻醉风险以及需要住院而不接受 MECT 治疗。本研究结果与既往研究结果相似, MECT 治疗可以降低自杀风险^[26-28], 但其不良反应较为明显。MECT 最常见的不良反应之一是认知障碍, 包括短暂的顺行性、逆行性遗忘等^[29], 也有部分患者可能出现长期记忆问题^[30]。接受 MECT 治疗还可能意识模糊, 引起心率、血压和颅内压的一过性升高等不良反应^[8, 31]。患者对 MECT 治疗的考虑因素不仅包括疗效, 对治疗的恐惧、治疗前和治疗期间的压力应激和对不良反应的担心都有可

表6 209名精神科医生认为有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者不接受MECT最可能的原因

项目	人数	百分率(%)
患者担心MECT会造成认知损伤	180	86.1
患者恐惧MECT	179	85.6
患者担心MECT的麻醉风险	120	57.4
MECT需要住院接受治疗	113	54.1
MECT需要很长时间完善相关检查	35	16.7
其他	7	3.3

注: MECT无抽搐电休克治疗

表7 209名精神科医生对药物治疗有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的疗效分析 [名(%)]

项目	满意	不满意
起效迅速	32(15.3)	177(84.7)
改善认知症状	55(26.3)	154(73.7)
较少残留症状	62(29.7)	147(70.3)
改善躯体症状	77(36.8)	132(63.2)
改善自杀观念、行为	80(38.3)	129(61.7)
改善精神性病性症状	113(54.1)	96(45.9)
改善焦虑症状	146(69.9)	63(30.1)
改善抑郁症状	151(72.2)	58(27.8)

能影响患者的接受度^[32], 导致MECT在控制自杀风险方面的临床应用受限。目前, 对有自杀意念和自杀未遂的抑郁症患者的药物治疗仍存在一些令人不满意的地方, 药物治疗起效延迟始终困扰着医生与患者^[24]。快速起效也是本次调查医生对于新药的重点期望之一。传统的单胺类抗抑郁药需要2~4周开始起效^[33]。基于谷氨酸在抑郁的病理机制中的重要作用的研究发现, 谷氨酸能药物是研究最广泛的抗抑郁药类别, 一项综述研究检索到72项数据报告

涵盖29种不同的分子^[34]。其中, 艾司氯胺酮鼻喷雾剂(杨森公司)的Ⅲ期临床研究结果提示其与口服抗抑郁药联合使用在24h快速减轻有急性自杀意念或行为的抑郁症患者的抑郁症状^[35-36], 已被美国食品药品监督管理局批准用于有急性自杀意念或行为的成人抑郁症患者的治疗。期待国内有新的治疗手段能为需要快速缓解症状并控制自杀风险的抑郁症患者带来希望。

本研究存在的局限性: (1) 本研究出于对参与调查的医生在抑郁症诊疗经验方面的要求考虑, 仅纳入三甲综合医院或精神专科医院, 而未纳入三甲以下等级医疗机构, 且每家医院抽样人数较少、问卷有效回收率较低, 可能导致研究结果无法反映国内各级各类医疗机构对于有自杀意念和自杀未遂抑郁症患者的整体诊治现状。(2) 出于伦理等因素的考虑, 本研究仅从医生角度收集相关诊疗信息, 未对患者进行调研, 可能难以代表有自杀意念或自杀未遂的抑郁症患者的流行病学数据和临床特征, 也无法更为深入地了解有自杀意念或自杀未遂的抑郁症患者的生存现状和需求。(3) 本研究收集的数据为医生视角下抑郁症诊疗现状, 因此问卷中该题目的回复未要求临床医生进行客观统计, 结果仅反映医生的认知情况。未来研究可考虑从不同角度收集相关信息, 以期更好地了解该患者群体的流行病学特征和诊疗需求。

综上所述, 有较高自杀意念或自杀未遂行为风险的抑郁症患者现阶段的临床评估仍存在挑战, 现有治疗手段仍存在一定的局限性。本研究基于精神科医生视角进行调查, 有助于进一步了解伴自杀意

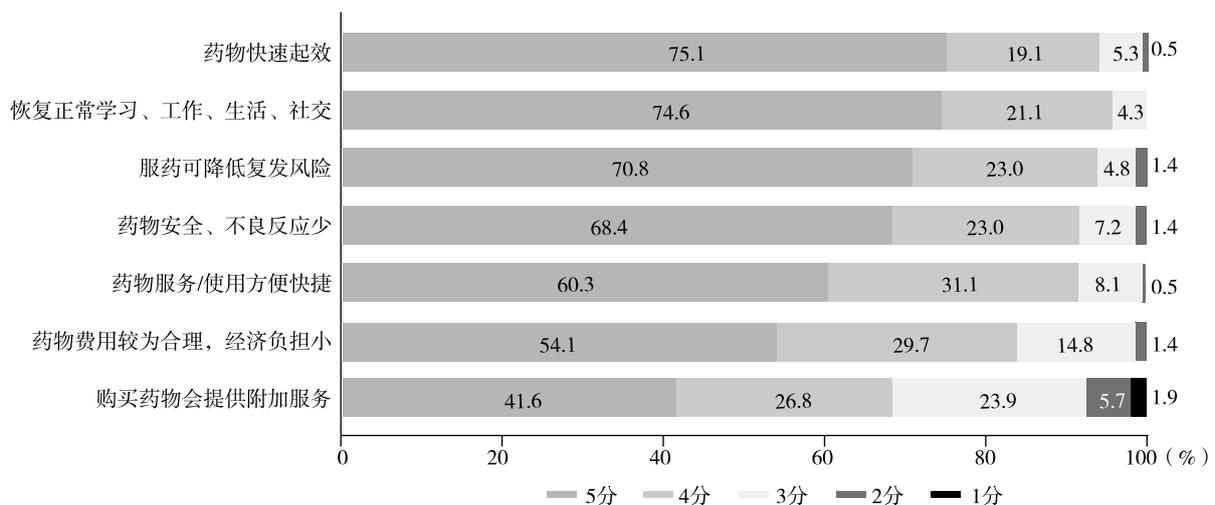


图1 209名精神科医生期待的新型治疗药物的特点

念和自杀未遂抑郁症患者的诊疗情况,也为后续进一步探讨早期识别患者自杀风险、研发及时有效的干预措施提供理论基础。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 研究实施、数据收集、数据分析与解释、论文撰写为周晶晶, 酝酿和设计研究、审校为王小平、方贻儒、司天梅、江开达、李涛、李晓白、杨甫德、姚志剑、王刚、李凌江, 提供行政、技术或材料支持为王刚、李凌江

参 考 文 献

- [1] World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates[M]. Geneva: World Health Organization, 2017.
- [2] Vázquez GH, Lolich M, Cabrera C, et al. Mixed symptoms in major depressive and bipolar disorders: a systematic review[J]. J Affect Disord, 2018, 225: 756-760. DOI: 10.1016/j.jad.2017.09.006.
- [3] Wiebenga JX, Eikelenboom M, Heering HD, et al. Suicide ideation versus suicide attempt: examining overlapping and differential determinants in a large cohort of patients with depression and/or anxiety[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2021, 55(2): 167-79. DOI: 10.1177/0004867420951256.
- [4] Nestor BA, Cheek SM, Liu RT. Ethnic and racial differences in mental health service utilization for suicidal ideation and behavior in a nationally representative sample of adolescents[J]. J Affect Disord, 2016, 202: 197-202. DOI: 10.1016/j.jad.2016.05.021.
- [5] Zimmerman M, Clark HL, Multach MD, et al. Have treatment studies of depression become even less generalizable? A review of the inclusion and exclusion criteria used in placebo-controlled antidepressant efficacy trials published during the past 20 years[J]. Mayo Clin Proc, 2015, 90(9): 1180-1186. DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.06.016.
- [6] Adam AM. Sample size determination in survey research[J]. JSRR, 2020, 26(5): 90-97. DOI: 10.9734/JSRR/2020/v26i530263.
- [7] Ma YJ, Wang DF, Yuan M, et al. The prevalence, metabolic disturbances and clinical correlates of recent suicide attempts in Chinese inpatients with major depressive disorder[J]. BMC Psychiatry, 2019, 19(1): 144. DOI: 10.1186/s12888-019-2131-6.
- [8] Xin LM, Chen L, Su YA, et al. Prevalence and clinical features of atypical depression among patients with major depressive disorder in China[J]. J Affect Disord, 2019, 246: 285-289. DOI: 10.1016/j.jad.2018.12.020.
- [9] Bauer M, Bschor T, Pfennig A, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders in primary care[J]. World J Biol Psychiatry, 2007, 8(2): 67-104. DOI: 10.1080/15622970701227829.
- [10] American Psychiatric Association. Association, diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 [M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- [11] Lam RW, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: introduction and methods[J]. Can J Psychiatry, 2016, 61(9): 506-509. DOI: 10.1177/0706743716659418.
- [12] 江开达. 抑郁障碍防治指南[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2007.
- [13] Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, et al. American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder[J]. Am J Psychiatry, 2010, 167 Suppl 10: 9-118.
- [14] Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation[J]. Annu Rev Clin Psychol, 2016, 12: 307-330. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204.
- [15] de Beaupaire R, Sinclair J, Heydtmann M, et al. The use of Baclofen as a treatment for alcohol use disorder: a clinical practice perspective[J]. Front Psychiatry, 2018, 9: 708. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00708.
- [16] Chan LF, Shamsul AS, Maniam T. Are predictors of future suicide attempts and the transition from suicidal ideation to suicide attempts shared or distinct: a 12-month prospective study among patients with depressive disorders[J]. Psychiatry Res, 2014, 220(3): 867-873. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.08.055.
- [17] May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study[J]. J Psychiatr Res, 2012, 46(7): 946-952. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2012.04.009.
- [18] Hawton K, Casañas I Comabella C, Haw C, et al. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review[J]. J Affect Disord, 2013, 147(1/3): 17-28. DOI: 10.1016/j.jad.2013.01.004.
- [19] Brunoni AR, Nunes MA, Lotufo PA, et al. Acute suicidal ideation in middle-aged adults from Brazil. Results from the baseline data of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) [J]. Psychiatry Res, 2015, 225(3): 556-562. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.11.047.
- [20] Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, et al. Instruments for the assessment of suicide risk: a systematic review evaluating the certainty of the evidence[J]. PLoS One, 2017, 12(7): e0180292. DOI: 10.1371/journal.pone.0180292.
- [21] Fazel S, Runeson B. Suicide[J]. N Engl J Med, 2020, 382(3): 266-274. DOI: 10.1056/NEJMr1902944.
- [22] Acharya N, Rosen AS, Polzer JP, et al. Duloxetine: meta-analyses of suicidal behaviors and ideation in clinical trials for major depressive disorder[J]. J Clin Psychopharmacol, 2006, 26(6): 587-594. DOI: 10.1097/01.jcp.0000246216.26400.db.
- [23] Grant CL, Lusk JL. A multidisciplinary approach to therapeutic risk management of the suicidal patient[J]. J Multidiscip Healthc, 2015, 8: 291-298. DOI: 10.2147/JMDH.S50529.
- [24] Funtanilla VD, Candidate P, Caliendo T, et al. Continuous glucose monitoring: a review of available systems[J]. P T, 2019, 44(9): 550-553.
- [25] Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention[J]. Eur Psychiatry, 2012, 27(2): 129-141. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.003.
- [26] Jørgensen MB, Rosing MP, Kellner CH, et al. Electroconvulsive therapy, depression severity and mortality: data from the Danish National Patient Registry[J]. J Psychopharmacol, 2020, 34(3): 273-279. DOI: 10.1177/0269881119895518.

医护一体化照护模式对甲状腺功能亢进症患者情绪及睡眠质量的影响

刘云 王丽萍 李欣欣 史东丹

056002 邯郸市第一医院内分泌科

通信作者: 刘云, Email: zs798_54@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2023.09.005

【摘要】目的 探讨医护一体化照护模式对甲状腺功能亢进症(简称甲亢)患者情绪及睡眠质量的影响。**方法** 采用方便抽样法,选取2019年8月至2021年8月在邯郸市第一医院内分泌科住院的69例甲亢患者为研究对象。采用随机数字表法将患者分为对照组($n=34$)与研究组($n=35$),在遵医嘱用药的基础上,对照组采用常规医护工作模式,研究组采用医护一体化照护模式,两组均干预3个月。比较两组患者干预前后情绪状态自评量表(DASS-21)、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)评分。**结果** 对照组和研究组患者干预前的DASS-21、PSQI评分比较[(31.05 ± 7.52)比(30.35 ± 6.85)分,(14.91 ± 1.94)比(15.06 ± 2.06)分],差异无统计学意义($t=0.404$ 、 -0.369 ; $P > 0.05$)。研究组患者干预后的DASS-21、PSQI评分分别为(18.62 ± 4.25)、(7.26 ± 0.90)分,对照组分别为(24.95 ± 5.25)、(10.53 ± 1.13)分。两组甲亢患者DASS-21、PSQI评分均低于干预前,且研究组低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.01$)。**结论** 在药物治疗的同时实施医护一体化照护模式可以较好地缓解甲亢患者的消极情绪,提升其睡眠质量。

【关键词】 甲状腺功能亢进症; 医护一体化; 情绪; 睡眠质量

基金项目: 河北省医学科学研究课题计划(20210232)

- [27] Ahmadi N, Moss L, Simon E, et al. Efficacy and long-term clinical outcome of comorbid posttraumatic stress disorder and major depressive disorder after electroconvulsive therapy[J]. *Depress Anxiety*, 2016, 33(7): 640-647. DOI: 10.1002/da.22451.
- [28] Rönqvist I, Brus O, Hammar Å, et al. Rehospitalization of postpartum depression and psychosis after electroconvulsive therapy: a population-based study with a matched control group[J]. *J ECT*, 2019, 35(4): 264-271. DOI: 10.1097/YCT.0000000000000578.
- [29] Sackeim HA, Prudic J, Fuller R, et al. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings[J]. *Neuropsychopharmacology*, 2007, 32(1): 244-254. DOI: 10.1038/sj.npp.1301180.
- [30] Chen Y, Liu J, Li Z, et al. The tendency of modified electroconvulsive therapy-related working memory and subjective memory deficits in depression: a prospective follow-up study[J]. *J ECT*, 2020, 36(3): 198-204. DOI: 10.1097/YCT.0000000000000668.
- [31] Wilson RP, Bhattacharyya S. Antipsychotic efficacy in psychosis with co-morbid cannabis misuse: a systematic review[J]. *J Psychopharmacol*, 2016, 30(2): 99-111. DOI: 10.1177/0269881115612237.
- [32] Griffiths C, O'Neill-Kerr A. Patients', carers', and the public's perspectives on electroconvulsive therapy[J]. *Front Psychiatry*, 2019, 10: 304. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00304.
- [33] O'Leary OF, Dinan TG, Cryan JF. Faster, better, stronger: towards new antidepressant therapeutic strategies[J]. *Eur J Pharmacol*, 2015, 753: 32-50. DOI: 10.1016/j.ejphar.2014.07.046.
- [34] Vasiliu O. Investigational drugs for the treatment of depression (part 2): glutamatergic, cholinergic, sestrin modulators, and other agents[J]. *Front Pharmacol*, 2022, 13: 884155. DOI: 10.3389/fphar.2022.884155.
- [35] Viguera AC, Freeman MP, Góez-Mogollón L, et al. Reproductive safety of second-generation antipsychotics: updated data from the massachusetts general hospital national pregnancy registry for atypical antipsychotics[J]. *J Clin Psychiatry*, 2021, 82(4): 20m13745. DOI: 10.4088/JCP.20m13745.
- [36] Ionescu DF, Fu DJ, Qiu X, et al. Esketamine nasal spray for rapid reduction of depressive symptoms in patients with major depressive disorder who have active suicide ideation with intent: results of a phase 3, double-blind, randomized study (ASPIRE II) [J]. *Int J Neuropsychopharmacol*, 2021, 24(1): 22-31. DOI: 10.1093/ijnp/pyaa068.

(收稿日期: 2022-11-25)

(本文编辑: 赵金鑫)