

·临床研究·

新冠肺炎疫情影响下首发抑郁症患者出院后“寻医问药”行为与情绪状态的关系

戴立磊¹, 栾融融², 邹韶红³, 何欣芙¹, 杜晖¹

作者单位
1. 湖北省荆门市第二人民医院临床心理科
湖北 荆门 448000
2. 陕西省西安市中心医院精神心理科
西安 710000
3. 新疆维吾尔自治区人民医院临床心理科
乌鲁木齐 830000
基金项目
荆门市科技计划项目 No.2020YFYB015)
收稿日期
2020-08-22
通讯作者
杜晖
1650932560@qq.com

摘要 目的:了解新冠肺炎疫情影响下的首发抑郁症患者的出院后“寻医问药”行为及情绪状态。**方法:**采用一般情况调查表、健康问卷抑郁症状群量表(PHQ-9)、广泛性焦虑障碍量表(GAD-7)对154例首发抑郁症患者疫情封城期间的“寻医问药”行为及情绪状态进行评估。**结果:**有效问卷150例,已有52.2%患者部分药品断药或减药,63.64%患者目前购药不方便,81.82%的患者对减药或断药后情绪波动或病情复发存在不同程度的担心。按照有无断药或减药行为分未规律服药组78例,规律服药组72例,未规律服药组的PHQ-9、GAD-7等量表评分明显高于规律服药组,有显著性差异($P<0.01$)。**结论:**新冠肺炎疫情下部分首发抑郁症患者在“寻医问药”方面存在不便,52.2%患者已经减量或断药,因疫情及服药不规律的双重影响,部分患者出现病情波动。

关键词 新冠肺炎;首发抑郁症;寻医问药;情绪状态

中图分类号 R741;R749.4+1 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20200868

本文引用格式:戴立磊, 栾融融, 邹韶红, 何欣芙, 杜晖. 新冠肺炎疫情影响下首发抑郁症患者出院后“寻医问药”行为与情绪状态的关系[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16(1): 42-44, 47.

自2019年末始,一场由新型冠状病毒(2019 novel coronavirus, 2019-nCoV)感染的肺炎席卷全球。受新冠肺炎疫情的影响,31个省份均启动重大突发公共卫生事件I级响应。2020年1月20日,国家卫生健康委员会第1号文件^[1]将新冠肺炎纳入《中华人民共和国传染病防治法》规定的乙类传染病,并按照甲类传染病管理。2020年1月30日,世界卫生组织宣布新冠肺炎事件构成“国际关注公共卫生紧急事件(Public Health Emergency of International Concern, PHEIC)”。新冠肺炎属于新发疾病,是新中国成立以来传播速度最快、感染范围最广、防控难度最大的重大突发公共卫生事件,国家层面采取严格的防控措施。精神疾病患者属于特殊人群,在面对急性应激事件时,更容易出现疾病的加重、病情的复发、自杀风险增高等^[2]。精神疾病属于慢性疾病,需长期服药,定期复诊,而首发患者对疾病认识有限,对精神药物了解不多,经常认为疾病控制住就可以停药或出院带药吃完就可以停药,服药依从性较差,复发率较高^[3,4]。本次新冠肺炎疫情中大量人员居家隔离,会造成部分精神疾病患者存在购药难、就医难的问题,在患者“寻医问药”不便的情况下,首发抑郁症患者的服药行为及情绪状态是否有变化,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

本研究采取横断面调查方法,对2019年1月至2019年12月曾在我院临床心理科住院治疗的首发抑郁症患者进行调查。入选标准:年龄14~60岁;性别不限;沟通理解能力正常,可自行或在家属辅助

下通过手机微信端作答调查问卷。排除标准:>60岁;存在沟通理解能力障碍,难以完成调查问卷;填写信息不全,数据丢失;在我院住院病历系统查询无资料;重复作答。最终收集患者154例,去除无效样本4例,有效样本150例,其中男36例,女114例;平均年龄(31.52±13.44)岁;受教育程度小学及以下6例,初中52例,高中(中专)46例,大专32例,本科以上14例;近2周居住点为城市66例,农村84例;单身48例,恋爱或同居30例,已婚72例。

1.2 方法

1.2.1 评估指标 采用一般情况调查问卷、健康问卷抑郁症状群量表(Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)、广泛性焦虑障碍量表(Generalized Anxiety Disorder, GAD-7)对所有受试者进行评估。①一般情况调查问卷:调查内容有性别、年龄、婚姻、受教育程度、近2周的居住点、疾病诊断、“寻医问药”相关问题等。②PHQ-9包含9个条目,评价受试者2周内的抑郁情绪,总分<4分为没有抑郁情绪,5~9分为轻度抑郁,10~14分中度抑郁,15~19分为中重度抑郁,20~27分为重度抑郁。③GAD-7包含7个条目,评价受试者2周内的焦虑情绪,总分<4分为没有焦虑情绪,5~9分为轻度焦虑,10~13分中度焦虑,14~18分为中重度焦虑,19~21分为重度焦虑。

1.2.2 研究过程 ①第一步:设计一般情况调查问卷。通过患者微信群、心理热线电话及患者主动与主管医生联系等方式收集近1年内曾在本科住院治疗的疾病患者的目前“寻医问药”的难处及解决方式,并经过课题组成员研究讨论后制定如下调查题目:患者药物存量、近2周药物剂量

有无调整、近2周有无购药经历、当地购药是否方便、如果不方便,购药的其他途径、购药的效率或满意度如何、对减药或断药后情绪波动或病情复发的担心程度、如果断药,哪些方面更容易出现可怕的后果等。②第二步:电子调查问卷的制作。首先,将设计好的一般情况调查问卷及测评量表输入到问卷星网络平台。调查问卷分两部分:第一部分调查患者的一般情况;第二部分调查患者的情绪状态。患者提交问卷后会自动生成测评报告,报告内容包含PHQ-9、GAD-7量表评分结果及指导建议。③第三步:调查的实施。调查实施的方式有两种:微信群调查,将电子问卷推送至我院抑郁症患者微信群2个,人数共373人;通过我院电子病历系统,筛选近1年内在我院住院治疗的首发精神疾病患者,通过电话随访取得患者同意后添加微信并将电子问卷发给患者进行作答。④第四步:病情监测与策略应对。监测后台数据,对“病情重、风险高、就医难、服药少、断药久”的患者给予及时的关注,通知此类患者的主管医生,由主管医生电话联系此类患者,为患者做进一步的病情评估,对因疫情影响出现病情波动者给予药物调整,对因不能及时购药出现减药或断药者提供购药的其他途径,尽快让患者拿到药物,缓解病情,对病情严重需要住院者及时收治。

1.3 统计学处理

本研究数据由问卷星软件直接导出,导出后采用SPSS25.0软件包进行数据统计分析,计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,计数资料以率(%)表示,计量资料、计数资料分别采用独立样本t检验、 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 患者“寻医问药”情况调查

2.1.1 患者已断药或药物存量 部分药品已断药35.06%,存量1周内16.88%,1~2周9.09%,2~3周9.09%,3~4周15.58%,4周以上24.68%;近2周药物剂量无调整58.44%,增量1.3%,减量40.26%;

2.1.2 近2周购药经历 有33.77%,无66.33%;购药方便14.29%,不方便63.64%,不清楚22.08%;购药无其他途径44.9%,集中采购20.41%,开具通行证自行购买10.2%,托人购买

后送药或邮寄14.29%,其他4.08%,不清楚6.12%;其他途径购药效率或满意度:一般45.83%,比较好33.33%,非常好20.83%;

2.1.3 对减药或断药后情绪波动或病情复发的担心程度 一点也不担心18.18%,稍有担心36.36%,比较担心22.08%,很担心10.39%,非常担心12.99%。

2.1.4 断药后果排序 病情复发83.12%,情绪波动79.22%,失眠72.73%,躯体不适64.94%,其他36.36%。

2.2 患者“寻医问药”行为与情绪的关系

本研究150例患者中,断药50例,减药62例,将断药或减药患者与未断药或减药的患者进行对比,分为未规律服药组(断药或减药)78例,规律服药组72例。

2.2.1 2组一般资料比较 2组在年龄、性别、受教育程度及婚姻方面比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$),在居住地上比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表1。

2.2.2 2组“寻医问药”行为的比较 2组在近2周是否再次购药、购药方便性、如果购药不方便是否有其他购药途径等方面比较差异均有统计学意义(均 $P<0.05$);其他方面比较差异无统计学意义(均 $P>0.05$),见表2。

2.2.3 2组焦虑抑郁情绪评分的比较 未规律服药组的PHQ-9、GAD-7评分均高于规律服药组,均有显著性差异($P<0.01$),见表3。

3 讨论

3.1 首发抑郁症患者“寻医问药”的现况分析

本研究采用网络电子问卷的调查方式对1年内曾在我院首次住院治疗的患者进行调查,调查时间为2020年2月21日至2月27日。我市“封城”时间为2020年1月24日,患者到我科室开药的处方剂量为4~8周,因此在调查期间,大部分患者存在药物存量不足现象。调查发现,2周内66.33%的患者无购药经历,63.64%的人认为目前购药不方便,已有35.06%患者出现部分药品的断药情况,40.26%患者因部分药物存量不足出现减量情况。对这部分减药或断药患者进行电话随访发现,64.1%的患者因交通管制,未能找到其他途径购药或其他途径不方便等原因而出现断药或减药,部分患者在不规律服药前已与主管医生

表1 2组一般资料的比较

组别	例数	年龄/(岁, $\bar{x}\pm s$)	性别/[例(%)]		受教育程度/[例(%)]		
			男	女	小学及以下	初中	高中(中专)
规律服药组	72	33.22±12.05	16(22.22)	56(77.78)	4(5.56)	24(33.33)	24(33.33)
未规律服药组	78	29.95±14.52	20(25.64)	58(74.36)	2(2.56)	28(35.90)	22(28.21)
t/χ 值		1.496	0.240			3.398	
P 值		0.137	0.624			0.494	

组别	受教育程度/[例(%)]		婚姻/[例(%)]			居住地/[例(%)]	
	大专	本科及以上	单身	恋爱	已婚	城市	农村
规律服药组	16(22.22)	4(5.56)	26(36.11)	10(13.89)	36(50.00)	38(52.78)	34(47.22)
未规律服药组	16(20.51)	10(12.82)	22(28.21)	20(25.64)	36(46.15)	28(35.90)	50(64.10)
t/χ 值	3.398		3.432			4.330	
P 值	0.494		0.180			0.037	

表2 2组求医问药行为的比较[例(%)]

组别	例数	近2周再次购药经历		购药方便性		
		有	无	方便	不方便	不清楚
规律服药组	72	34(47.22)	38(52.78)	16(22.22)	40(55.56)	16(22.22)
未规律服药组	78	18(23.08)	60(76.92)	4(5.13)	58(74.36)	16(20.51)
t/χ值		9.637		10.283		
P值		0.002		0.006		

组别	如果购药不方便是否有其他购药途径					
	无	集中采购	通行证	托人购买邮寄	其他	不清楚
规律服药组	12(30.00)	14(35.00)	2(5.00)	4(10.00)	4(10.00)	4(10.00)
未规律服药组	32(55.17)	6(10.34)	8(13.79)	10(17.24)	0(0)	2(3.44)
t/χ值		25.699				
P值		0.000				

表3 2组 PHQ-9、GAD-7 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	PHQ-9	GAD-7
规律服药组	72	15.22±6.83	11.22±4.33
未规律服药组	78	20.21±8.50	15.46±6.37
t值		−3.983	−4.730
P值		<0.001	<0.001

联系,在医生的指导下减药维持,其余35.9%患者已在疫情发生前开始不规律服药,治疗依从性较差。

因防控需要,交通管制政策在遏制疫情的传播上起到决定性的作用,在政府部门出台交通管制政策后,对于公众反应的焦点性问题也给予及时的解决,慢性疾病的购药采取集中购买的方式,处方可延长至12~14周,这在解决慢性疾病患者购药难的问题上起到了一定作用。但仍有部分患者对购药政策不清楚,不同地区可能存在政策执行力度的差别或购药效率不同,也有可能是当地医院无患者所购药品等原因,导致精神疾病患者被动性过早停药或减药。本研究发现,76.6%的未规律服药患者近2周无购药经历,74.4%的人认为目前购药不方便,在其他购药途径的知晓情况上,41.0%认为无其他购药途径,仅有7.7%的人采用集中购药的方式,部分患者会开具通行证购药或托人购买。而在规律服药组,16.7%认为无其他购药途径,其余83.3%患者通过其他途径购药。分析其原因,可能与患者所处地域有关,未规律服药组患者多数在农村居住,因新春佳节患者回乡过年,在未做任何准备情况下长期在农村居住,不便就诊,且在同等情况下,采取集中采购的方式也较居住在城市的患者效率低,居住在城市的患者在集中采药点登记后1~2 d便可以拿到药品,而居住农村者可能几天集体采购一次。部分患者因担心断药而不愿花费更多的时间放在等待上,从而选择自行购买或托人购买,因自行购买或托人购买可能存在更大的困难,致使患者感受的购药不便性可能会更高,从而导致服药的依从性会更差,部分患者在“知难而退”或“无计可施”处境下被动性减药或断药。

3.2 新冠肺炎疫情对首发抑郁症患者病情的影响

精神疾病需长期、规范、系统治疗,强调足剂量、足疗程,药

物的剂量调整需遵循医嘱,在非医嘱的情况下任意一种药物剂量的变动都可能对治疗造成影响。为提高患者服药的依从性,我院住院患者出院后健康宣教及电话随访是必不可少的,同时,主管医生会交代患者2周后复诊,病情波动时及时联系。本研究调查对象为1年内的住院患者,均处于疾病治疗的急性期或巩固期,部分患者处于维持期。新冠肺炎属于突发事件,会对大众的心理健康产生不同程度的影响^[5],精神疾病患者在面对疫情时较普通大众更容易出现情绪问题,可能引起精神疾病复发^[6,7],抑郁或自杀风险加重^[8],规律服药是精神疾病患者病情稳定的必要保证,不规律服药者在面对新冠疫情时出现更多的情绪问题。本研究发现,未规律服药患者焦虑、抑郁情绪更严重。在疫情本身及“寻医问药”不便的双重因素影响下,会造成部分精神疾病患者延误治疗时机,从而导致疾病迁延不愈,复燃或复发率升高等^[9]。

3.3 对病情波动、“寻医问药”存在困难患者解决方案

针对以上“病情重、风险高、就医难、服药少、断药久”的患者,开通线上问诊,线下服务。主管医生通过微信或电话随访的方式对患者进行复诊复查,及时调整药物治疗方案,并进行健康宣教,嘱患者规律服药。对确实存在购药不便的患者,可通过以下方式解决购药问题:第一,建议患者通过当地政府部门联系村医或精防人员,由村医或精防人员对患者采购的药品进行核实后上报我院精防办,由村医或精防人员统一采购发至患者家属,或由我院精防办工作人员派发至乡镇,再由村医或精防人员派发至患者家属。第二,主管医生对患者病情进行评估指导后,通过邮政邮寄药品,并向我院精神病防治办公室登记。第三,主管医生为患者提供诊断证明,患者在当地政府开具通行证后自行到当地医院就诊。第四,对于病情确实严重,有自伤、自杀、伤人风险需住院治疗者,按照我院新冠肺炎防控指挥部制定的住院流程及时收治。

本研究未对患者的人格、服药依从性及家庭环境与支持等方面进行调查,这些因素也可能影响患者面对“寻医问药”存在困难时的行为选择。本研究仍需继续随访,观察所提供的解决方案是否有效,观察受疫情影响下的未规律服药的精神疾病患者总体预后。

小的支架(如Lvis编织支架)^[10]。④对于窄颈动脉瘤,应选择普通或柔软3D型弹簧圈逐步栓塞;宽颈动脉瘤首枚弹簧圈应大于瘤颈直径(但小于瘤体最小直径),以确保其稳定、顺利成篮,之后的弹簧圈宜较软、较小。输送过程中术者双手良好配合,送弹簧圈有阻力时,另一只手应减小张力,以避免刺破动脉瘤^[11,12]。⑤过度填塞是介入破裂出血的重要原因,不必强求致密填塞。

在预后方面,Hunt-Hess分级、Fisher分级是目前公认的预后影响因素,二者通过分级直接反映出出血量、分布、病情严重程度,其中,Hunt-Hess I~Ⅲ级预后通常较好,Ⅳ~V级积极治疗预后可显著改善^[13,14]。随着分级的提高,脑积水、动脉瘤破裂再出血、脑血管痉挛的风险明显提高。本研究中,Hunt-Hess分级、Fisher分级每增加1个等级,预后不良的风险分别提高至3倍、4倍,与以上观点吻合,因此,术前应尽可能完善检查,采用Hunt-Hess分级等标准客观评估、准确把握患者病情,从而初步预测患者预后。另外,高血压、动脉瘤多次破裂者血管壁不同程度变性,弹性差、脆性高,加之血流动力学稳定性差,动脉分叉处血管壁剪切力高,易再次破裂。研究表明,动脉瘤首次破裂积极治疗后死亡率不足5%,2次以上动脉瘤破裂者死亡率在60%以上^[15]。本研究中,合并高血压、既往动脉瘤破裂史者预后不良的危险度分别是无此类疾患人群的4倍、1.5倍,与以上观点一致,因此,一方面,围术期应积极控制血压;另一方面,应仔细询问既往史,针对既往动脉瘤破裂者,应引起足够重视。本研究中,手术时机亦是预后独立影响因素,考虑是手术栓塞止血,阻止病情加重、减少血肿刺激,大大降低脑积水、脑血管痉挛等并发症^[16-18],故而对动脉瘤性蛛网膜下腔出血尽早手术干预。研究表明,脑血管痉挛等并发症可显著影响预后^[19],笔者认为完善的临床干预可有效防治并发症。

总之,本研究显示血管内介入治疗颅内破裂微小动脉瘤的疗效较好,总结其预后影响因素,为改善临床疗效提供了一定理论依据。

参考文献

[1] 王宏,马全锋,王焕宇,等.青年颅内动脉瘤流行病学及影像学特点[J].中国现代神经疾病杂志,2013,13:189-193.
[2] 郑云贵,卢晓闻,许烈鹏,等.颅内破裂微小动脉瘤预后的影响因素

分析[J].中国临床神经外科杂志,2017,22:634-635.
[3] 李东蛟,徐兴国,万定,等.颅内破裂微小动脉瘤介入治疗预后的危险因素分析[J].中国临床神经外科杂志,2018,23:13-15.
[4] 庞红立.介入栓塞治疗颅内微小动脉瘤的临床分析[J].医学理论与实践,2017,30:660-662.
[5] 李峰,千超,肖学谦.动脉内尼莫地平反复灌注联合口服辛伐他汀治疗蛛网膜下腔出血后症状性脑血管痉挛的临床疗效[J].神经损伤与功能重建,2017,12:73-75.
[6] 黄欣,温良,王浩,等.Marshall CT分级联合Fisher CT分级在颅脑创伤患者预后评估中的应用[J].浙江创伤外科,2016,21:816-819.
[7] Wilson JT, Pettigrew LE, Teasdale GM. Structured interviews for the Glasgow Outcome Scale and the extended Glasgow Outcome Scale: guidelines for their use.[J]. J Neurotrauma, 1998, 15: 573-85.
[8] Mohammadian R, Asgari M, Sattarnezhad N, et al. Endovascular treatment of very small and very large ruptured aneurysms of the anterior cerebral circulation: a single-center experience.[J]. Cerebrovasc Dis, 2013, 35: 235-240.
[9] Yao PF, Yu Y, Yang PF, et al. Safety and long-term efficacy of endovascular treatment of small posterior communicating artery aneurysms by coiling with or without stent: a single center retrospective study [J]. Clin Neurol Neurosurg, 2013, 115: 2502-2507.
[10] Xu J, Chen XY, Jiang DY, et al. The feasibility and efficacy of endovascular treatment for very small or tiny ruptured paraclinoid aneurysms [J]. Neuroradiology, 2013, 55: 77-83.
[11] Jr SW, Wilson TJ, Alholou WN, et al. Conventional endovascular treatment of small intracranial aneurysms is not associated with additional risks compared with treatment of larger aneurysms.[J]. J Neurointerv Surg, 2015, 7: 262-265.
[12] Lanzino G, Fang S. Challenges and Changes in the Endovascular Treatment of Very Small Intracranial Aneurysms [J]. World Neurosurg, 2014, 81: 678-679.
[13] Oh JG, Kang HI, Moon BG, et al. The Outcome of Urgent Surgery for Hunt-Hess Grade IV Patients with Ruptured Intracranial Aneurysm.[J]. J Korean Neurosurg Soc, 30: 1013-1018.
[14] Agrawal M, Modi N, Sinha VD. Neurological outcome in patients of traumatic subarachnoid haemorrhage: A study of prognostic factors & role of MRI [J]. Indian J Neurotrauma, 2014, 11: 10-16.
[15] 姜大景,汪华,向明清,等.影响介入治疗颅内动脉瘤预后的多因素Logistic分析[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14:1328-1331.
[16] Jomin M, Lesoin F, Lozes G. Prognosis with 500 ruptured and operated intracranial arterial aneurysms[J]. Surg Neurol, 1984, 21: 13-18.
[17] Kraus E, Koschorek F, Scheil F, et al. Timing and factors influencing operative outcome in intracranial aneurysms [J]. Neurochirurgia, 1986, 29: 215-218.
[18] Maira G, Anile C, Mangiola A, et al. Pure surgical treatment of 109 aneurysms [J]. J Neurosurg Sci, 2005, 49: 31-38.
[19] 李东蛟,徐兴国,万定,等.颅内破裂微小动脉瘤介入治疗预后的危险因素分析[J].中国临床神经外科杂志,2018,23:232-234.

(本文编辑:王晶)

(上接第44页)

参考文献

[1] 疾病预防控制中心.中华人民共和国国家卫生健康委员会公告2020年第1号[EB/OL]. [2020-01-20]/[2020-01-27]. <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s7916/202001/44a3b8245e8049d2837a4f27529cd386.shtm>.
[2] 王奇,李晓白.急性应激对精神疾病患者的影响[J].中华精神科杂志,2020,53:204-207.
[3] 王海艳.中国精神分裂症患者服药依从性影响因素的Meta分析[D].浙江大学,2017.
[4] 赵永丽.护理干预对精神病患者服药依从性的影响[J].河南医学研究,2017,26:933-934.
[5] 马宁,马弘,李凌江.《新型冠状病毒感染的肺炎疫情紧急心理危机干预指导原则》专家解析[J].中华精神科杂志,2020,53:94-98.

[6] Birley JL, Brown GW. Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia: clinical aspects[J]. Br J Psychiatry, 1970, 116: 327-333.
[7] Subramanian K, Sarkar S, Kattimani S, et al. Role of stressful life events and kindling in bipolar disorder: Converging evidence from a mania-predominant illness course[J]. Psychiatry Res, 2017, 258: 434-437.
[8] Black J, Bond MA, Hawkins R, et al. Test of a clinical model of poor physical health and suicide: The role of depression, psychosocial stress, interpersonal conflict, and panic[J]. J Affect Disord, 2019, 257: 404-411.
[9] Bora E, Yalincetin B, Akdede BB, et al. Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: A meta-analysis [J]. Schizophr Res, 2018, 193: 3-10.

(本文编辑:王晶)