

中国抑郁症患者急性期治疗后残留症状的现状调查

肖乐 丰雷 朱雪泉 王刚 吴文源 胡永东 牛雅娟 胡建 王学义 高成阁
张宁 方贻儒 黄继忠 刘铁榜 贾福军

【摘要】 目的 调查中国抑郁症患者急性期治疗后残留症状的类型及发生率,以及残留症状对患者生活质量和社会功能的影响。方法 本研究为全国多中心调查,共 11 家中心参与研究,共纳入 1 503 例经过 8~12 周急性期抗抑郁药治疗主观有改善的门诊抑郁症患者,采用 16 项抑郁症状快速评估量表(Brief 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report, QIDS-SR₁₆)、患者健康问卷躯体症状群量表(Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15)、简明幸福与生活质量满意度问卷(Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form, Q-LES-Q-SF)和席汉残疾量表(Sheehan Disability Scale, SDS)评估患者症状严重程度、生活质量和社会功能。结果 急性期治疗主观有改善的患者 48.8% (733/1 503) 有残留症状(QIDS-SR₁₆>5 分);主要残留症状(QIDS-SR₁₆≥1 分的条目)为注意力/决策力下降(82.4%, 604/733)、精力不足(79.7%, 584/733)、兴趣减退(75.2%, 551/733)、感觉沮丧(72.4%, 531/733)、睡眠不深(72.3%, 530/733);残留症状越明显,PHQ-15 总分越高($t=-10.55$, $P<0.01$), Q-LES-Q-SF 总分越低($t=10.20$, $P=0.010$), SDS 总分越高($t=-13.22$, $P<0.01$)。结论 残留症状在抑郁症急性期治疗主观有改善的患者中发生率较高,残留症状越严重,功能缺损越明显,生活满意度越低。

【关键词】 抑郁症; 治疗有效; 残留症状

基金项目: 国家科技支撑计划(2015BAI13B03); 北京市医院管理局临床医学发展专项经费资助(ZYLX201607); 北京市医院管理局“登峰”计划专项经费资助(DFL20151801)

A national survey of residual symptoms in Chinese depressive patients after acute phase treatment

Xiao Le, Feng Lei, Zhu Xuequan, Wang Gang, Wu Wenyuan, Hu Yongdong, Niu Yajuan, Hu Jian, Wang Xueyi, Gao Chengge, Zhang Ning, Fang Yiru, Huang Jizhong, Liu Tiebang, Jia Fujun. National Clinical Research Center for Mental Disorders, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

Corresponding author: Wang Gang, Email: gangwangdoc@vip.163.com

【Abstract】 Objective To assess the type and prevalence of residual symptoms in Chinese depressive patients after acute phase treatment and the impact on the quality of life and social function. **Method** It was a nationwide, multi-center survey. A total of 11 sites participated and 1 503 outpatients with major depressive disorder who subjectively self-reported a least 50% improvement after 8–12 weeks of antidepressants treatment were included in this study. Brief 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report (QIDS-SR₁₆), Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15), Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-Q-SF) and Sheehan Disability Scale (SDS) were used to assess the symptoms and function. **Results** Altogether 48.8% (733/1 503) of patients who self-reported an improvement after acute-phase treatment still presented with residual symptoms (QIDS-SR₁₆>5). The most common residual symptoms (QIDS-SR₁₆≥1) were poor concentration/decision

DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2017.03.005

作者单位: 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(肖乐、丰雷、朱雪泉、王刚); 同济大学附属同济医院精神医学科(吴文源); 首都医科大学附属北京朝阳医院临床心理科(胡永东); 北京回龙观医院临床二科(牛雅娟); 哈尔滨医科大学附属第一医院精神卫生中心(胡建); 河北医科大学第一医院精神卫生科(王学义); 西安交通大学第一附属医院精神科(高成阁); 南京医科大学附属脑科医院精神科(张宁); 上海市精神卫生中心心境障碍科(方贻儒、黄继忠); 深圳市康宁医院(刘铁榜); 广东省精神卫生中心(贾福军)

通信作者: 王刚, Email: gangwangdoc@vip.163.com

making (82.4%, 604/733), low energy (79.7%, 584/733), loss of interest (75.2%, 551/733), sad mood (72.4%, 531/733) and mid-nocturnal insomnia (72.3%, 530/733). The patients with severe residual symptoms had higher PHQ-15 total score ($t=-10.55, P<0.01$), lower Q-LES-Q-SF score ($t=10.20, P=0.010$) and higher SDS score ($t=-13.22, P<0.01$). **Conclusion** The great majority of patients who self-report an improvement after acute phase antidepressant treatment may still have residual symptoms. The severity of residual symptoms is associated with significant function impairment and poor life satisfaction.

【Key words】 Depressive disorder; Response; Residual symptoms.

Fund program: National Science and Technology Infrastructure Program (2015BAI13B03); Beijing Municipal Administration of Hospitals Clinical Medicine Development of Special Funding (ZYLX201607); Beijing Municipal Administration of Hospitals' Ascent Plan (DFL20151801)

抑郁症的治疗目标是症状完全缓解与功能恢复,即患者的所有抑郁症状消失,心理社会功能恢复至病前状态^[1]。然而抑郁症急性期治疗后有相当多的患者存在残留症状。抑郁症残留症状常存在于经抗抑郁治疗后部分有效而尚未完全缓解的抑郁症患者中^[2]。即使症状达到完全缓解,较多患者仍存在残留症状。美国国立精神卫生研究所资助的抑郁症的序贯治疗 (sequenced treatment alternatives to relieve depression, STAR*D) 研究中, 2 876 例完成研究的患者中,只有 92 例患者无任何残留症状,943 例完全缓解的患者中超过 90% 的患者至少残留 1 种症状^[3]。国外研究结果显示,常见的抑郁症残留症状包括睡眠障碍、疲乏、躯体症状和认知功能障碍^[4-5]。抑郁症残留症状给患者带来较多危害。与无残留症状的患者相比,有残留症状的患者存在更多的功能损害,其阈下抑郁症状的持续时间延长,症状复燃、复发的风险增加,自杀企图增加,病程慢性化^[6-7]。残留症状可能是复燃、复发的前驱症状^[3,8]。然而,关于抑郁症残留症状的研究多数是对既往研究数据的事后分析,这些研究在残留症状的定义以及评估工具方面也不尽相同。国内缺乏大规模多中心参与的抑郁症残留症状临床研究,导致我们对中国抑郁患者残留症状的特点知之甚少。我们通过对经急性期治疗后症状改善的抑郁患者进行调查分析,了解急性期残留症状的类型及发生率,以及残留症状对患者生活质量和社会功能的影响。

对象和方法

本研究为多中心、横断面调查,研究时间为 2014 年 9 月至 2015 年 4 月,在全国 8 个城市的共 11 家医院开展,包括首都医科大学附属北京安定医院、北京回龙观医院、南京医科大学附属脑科医院、

上海市精神卫生中心、深圳市康宁医院 5 家精神专科医院,以及同济大学附属同济医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、河北医科大学第一医院、西安交通大学第一附属医院和广东省精神卫生中心 6 家综合医院的精神心理科。所有患者自愿参与调查并签署知情同意书,本研究经首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会批准,批号:2014 科研第(48)号。

一、对象

本研究调查人群为急性期治疗主观有改善的抑郁症患者。入组标准:(1)符合 ICD-10 抑郁发作 (F32) 或复发性抑郁障碍 (F33) 诊断的门诊患者;(2)年龄 ≥ 18 岁;(3)此次抑郁发作后,抗抑郁药是主要治疗药物,治疗 8~12 周,期间累计中断治疗天数 ≤ 14 d;(4)经视觉模拟量表评定,患者认为病情较治疗前恢复 $\geq 50\%$;(5)患者自愿参与调查并签署知情同意书。排除标准:(1)既往有明确的躁狂或轻躁狂发作;(2)诊断双相情感障碍、精神分裂症、分裂情感性精神障碍及其他疾病伴发的精神障碍者。

二、方法

1. 方案设计:对各中心门诊医生进行方案培训,由医生连续筛检门诊就诊患者,对于符合入组标准的患者,收集患者一般资料和用药情况,由患者在医生指导下完成自我评估。评估工具均为患者自评量表,包括 16 项抑郁症状快速评估量表 (Brief 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self-Report, QIDS-SR₁₆)、患者健康问卷躯体症状群量表 (Patient Health Questionnaire-15, PHQ-15)、简明幸福与生活质量满意度问卷 (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form, Q-LES-Q-SF) 和席汉残疾量表 (Sheehan Disability Scale, SDS)。QIDS-SR₁₆ 评估患者的残留症状及其严重程度, PHQ-15 评估患者的躯体症状, Q-LES-Q-SF 和 SDS

评估患者的生活质量和社会功能。本研究中关于急性期残留症状的定义为:急性期治疗有效(视觉模拟量表评估:患者自认为病情较治疗前恢复 $\geq 50\%$)但未达临床痊愈^[4]。以 QIDS-SR₁₆ 总分 5 分作为划界分, QIDS-SR₁₆ 评分 ≤ 5 分为无残留症状, QIDS-SR₁₆ 评分 > 5 分为有残留症状,其中 6~10 分为轻微、 ≥ 11 分为明显(划界分参考 <http://www.ids-qids.org/index2.html>),以 QIDS-SR₁₆ ≥ 1 分的条目作为单个症状残留的标准。

2. 量表评估:(1) QIDS-SR₁₆: 共 16 项,涉及抑郁的有 9 个维度。采用 0~3 分进行 4 级评分,取第 1~4 项的最高分,第 6~9 项的最高分,第 15~16 项的最高分和其他项目的分数相加,总分为 27 分,分数越高,抑郁症状越重。(2) PHQ-15: 共 15 项,采用 0~2 分进行 3 级评分。总分为 0~30 分,分数越高,躯体症状越严重。适用于筛查躯体化障碍和评估躯体症状的严重程度。(3) Q-LES-Q-SF: 包括 16 个问题条目,反映对过去 1 周生活质量的主观满意程度。其中前 14 个问题条目反映生活质量各方面(包括身心健康、日常活动、社会关系、生活环境等)的主观满意程度;条目 15 和 16 反映日常医疗水平和总的生活满意度。按 1~5 级评分,总分为 1~14 条目得分之和,得分越高说明生活质量越高。(4) SDS: 包括 3 个项目,主要测量抑郁症状对个人在家庭、工作/学校和社交中的表现所造成的影响。采用 0~10 评分,总分为 0~30 分,得分越高表明功能损害越明显。

3. 统计学处理:采用 SAS 9.4 软件对数据进行清洗及统计描述分析;计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 进行描述;分类资料或等级资料使用频数、百分比描述。计量资料组间比较根据其是否服从正态分布及方差齐性选择 *t/t'* 检验,非正态分布资料采用非参数检验;分类资料 2 组或多组无序数据进行卡方检验或 Fisher 确切概率检验。双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

11 家中心共收集 1 646 例患者,不符合入组标准的受访者共 87 例,主要包括年龄、抗抑郁治疗情况,因为数据不完整剔除 56 份,均为 QIDS-SR₁₆ 有错项或缺失项。综上共剔除 143 例,最终纳入分析 1 503 例,其中 730 例患者来自专科医院,773 例患

者来自综合医院。

一、一般人口学情况

1 503 例患者年龄 18~80 岁,平均(43.8 \pm 14.4)岁;男女比例为 1:1.7;受教育年限平均为(12.1 \pm 3.7)年。首次发病患者 1 015 例,复发 488 例。首次发病患者平均年龄(41.4 \pm 14.3)岁。有残留症状患者 733 例(即残留症状组),平均年龄(43.1 \pm 14.8)岁。无残留症状患者 770 例(即无残留症状组)。残留症状组与无残留症状组在首次发病、首次发病年龄及伴躯体疾病方面的比例差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),残留症状组使用 SSRI 类药物比例高于 SNRI 类药物($\chi^2 = 14.448, P < 0.01$)。结果见表 1。

二、不同严重程度残留症状患者的特点分析

轻微残留症状患者 477 例(轻微残留症状组),明显残留症状患者 256 例(明显残留症状组),2 组在首次发病和复发、首次发病年龄和合并抗精神病药方面差异有统计学意义(均 $P < 0.05$),明显残留症状组复发比例高于轻微残留症状组,轻微残留症状组合并抗精神病药的比例低于明显残留症状组($P = 0.028$)。见表 2。

三、残留症状的类型及残留症状维度

主要残留症状:注意力/决策力下降、精力不足、兴趣减退、沮丧、睡眠不深。轻微残留症状组主要残留症状:注意力/决策力下降、精力不足、睡眠不深、沮丧、反应迟钝。明显残留症状组主要残留症状:精力不足、兴趣减退、沮丧、注意力/决策力下降、反应迟钝。除睡眠不深、食欲增加、体重增加外,其余单个残留症状在明显残留症状组发生率显著高于轻微残留症状组(均 $P < 0.01$),见表 3。

四、残留症状对患者躯体症状、生活质量和社会功能的影响

在 QIDS-SR₁₆ 涉及抑郁的 9 个维度中,残留症状组涉及的维度数平均为 6.2 个;明显残留症状组和轻微残留症状组分别平均为 7.6 个和 5.6 个,2 组差异有统计学意义($P < 0.01$)。残留症状组 PHQ-15 总分平均为 7.4 分;轻微残留症状组和明显残留症状组分别平均为 6.3 分和 9.7 分,2 组差异有统计学意义($P < 0.01$)。残留症状程度越严重, Q-LES-Q-SF 总分、医疗满意度、总体生活满意度得分越低,SDS 总分、工作/学业、社交生活、家庭生活得分越高,社会功能受损越重,轻微残留症状组和明显残留症状组差异有统计学意义(均 $P < 0.01$)。见表 4。

表 1 总调查人群和有残留症状组及无残留症状组一般人口学资料比较[例(%)]

项目	总调查人群 (n=1 503)	残留症状组 (n=733)	无残留症状 (n=770)	χ^2 值	P值
性别				0.149	0.699
女	944(62.8)	464(63.3)	480(62.3)		
男	559(37.2)	269(36.7)	290(37.7)		
年龄(岁)				0.216	0.642
≤50	961(63.9)	473(64.5)	488(63.4)		
>50	542(36.1)	260(35.5)	282(36.6)		
受教育年限(年)				0.567	0.753
<10	459(30.5)	224(30.6)	235(30.5)		
10~15	672(44.7)	333(45.4)	339(44.0)		
>15	372(24.8)	176(24.0)	196(25.5)		
病史				10.521	0.001
首次发病	982(65.3)	449(61.3)	533(69.2)		
复发	521(34.7)	284(38.7)	237(30.8)		
病程[月,中位数(上下四分位数)]	4.7(3.0~444.9)	4.7(2.5~417.7)	4.2(3.0~444.9)	3.134	0.077
首次发作年龄(岁)				6.325	0.042
<30	370(24.6)	199(27.1)	171(22.2)		
30~50	686(45.6)	333(45.4)	353(45.8)		
>50	447(29.7)	201(27.4)	246(31.9)		
伴躯体疾病	319(21.2)	174(23.7)	145(18.8)	5.408	0.020
有精神疾病家族史	159(10.6)	78(10.6)	81(10.5)	0.005	0.941
抗抑郁药治疗					
2种及以上	376(25.0)	181(24.7)	195(25.3)	2.022	0.155
单药	1 127(75.0)	552(75.3)	575(74.7)	14.457	0.002
SSRIs	732(64.9)	386(69.9)	346(60.2)	14.448 ^a	<0.01 ^a
SNRIs	311(27.6)	124(22.5)	187(32.5)	1.761 ^b	0.184 ^b
NaSSA	59(5.2)	29(5.25)	30(5.22)	0.280 ^c	0.596 ^c
其他	25(2.2)	12(2.2)	13(2.3)	-	-
合并镇静催眠药	795(52.9)	393(53.6)	402(52.2)	0.299	0.585
合并抗精神病药	386(25.7)	196(26.7)	190(24.7)	0.838	0.360

注:SSRIs为选择性5-羟色胺再摄取抑制剂;SNRIs为5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取双重抑制剂;NaSSA为去甲肾上腺素能与特异性5-羟色胺能抗抑郁药;残留症状组与无残留症状组比较:^aSSRIs与SNRIs,^bSNRIs与NaSSA,^cSSRIs与NaSSA的比较;-为无相关数据

讨 论

抑郁症残留症状既可存在于经治疗达完全缓解的患者,也可见于部分改善未达完全缓解的患者。最常见的两大类症状,一类是抑郁症状,包括抑郁心境、兴趣缺乏、低动力、运动迟缓、内疚感、自杀意念;另一类是非抑郁症状,如睡眠障碍、焦虑、疲劳感、认知损害、易激惹、疼痛^[9]。残留症状有可能是抑郁症本身的症状,有些也可能与抗抑郁药有关,如失眠、疲劳、白天思睡^[10]。

本研究显示急性期抗抑郁治疗8~12周症状改善的患者中,48.8%有残留症状,主要残留症状为注意力/决策力下降、精力不足、兴趣减退、沮丧以及睡眠不深,残留症状涉及多个维度,平均为6个。

国内一项单中心调查显示,在经抗抑郁治疗12周以上部分有效的抑郁症患者中,49%的患者有残留症状(HAMD₁₇总分≥8分)^[11],其中位列前5的残留症状(HAMD₁₇≥1分的条目)为抑郁情绪(59%)、兴趣减退(51%)、全身症状(50%)、睡眠不深(45%)和精神性焦虑(45%)。本研究中残留症状发生情况与上述研究接近,但主要残留症状的类型和发生率却有很大不同。本研究为全国多中心调查,抗抑郁治疗时程为8~12周,所选取的研究工具为患者自评量表QIDS-SR₁₆,该量表被证明与HAMD的总体拟合度好,有些条目甚至一一对应,但症状评估的侧重点不同,如在HAMD₁₇中,焦虑相关症状对应3个条目(激越、精神性焦虑、躯体性焦虑),而在QIDS-SR₁₆中,焦虑症状的评估仅有1个条目

表 2 不同严重程度残留症状患者人口学资料及用药情况的单因素特征分析[例(%)]

项目	例数	轻微残留症状组 (n=477)	明显残留症状组 (n=256)	χ^2 值	P值
性别				3.753	0.053
女	464	314(65.8)	150(58.6)		
男	269	163(34.2)	106(41.4)		
年龄(岁)				0.606	0.437
≤50	473	303(63.5)	170(66.4)		
>50	260	174(36.5)	86(33.6)		
受教育年限(年)				2.140	0.144
≤9	224	169(35.4)	77(30.1)		
>9	509	308(64.6)	179(69.9)		
病史				9.929	0.002
首次发病	449	312(65.4)	137(53.5)		
复发	284	165(34.6)	119(46.5)		
首次发病年龄(岁)				8.296	0.016
<30	199	113(23.7)	86(33.6)		
30~50	333	226(47.4)	107(41.8)		
>50	201	138(28.9)	63(24.6)		
伴躯体疾病	174	114(23.9)	60(23.4)	0.020	0.889
抗抑郁药治疗				3.755	0.052
单药	552	370(77.6)	182(71.1)		
2种及以上	181	107(22.4)	74(28.9)		
合并镇静催眠药	393	262(54.9)	131(51.2)	0.944	0.331
合并抗精神病药	196	115(24.1)	81(31.6)	4.824	0.028

(坐立不安)对应HAMD₁₇中的激越,因此本研究中焦虑症状的检出率相对较低。本研究显示急性期

治疗后位列第一的残留症状是注意力/决策力下降,这个条目在HAMD₁₇中没有体现。此外,抑郁症常有躯体化现象,抑郁症状缓解后许多患者的躯体症状不一定缓解,患者的躯体症状及慢性疼痛可能在抑郁改善后仍持续^[12]。本研究显示明显残留症状组PHQ-15分数明显升高,说明患者的躯体不适及疼痛症状越显著,即使只有轻微残留症状的人群仍有较明显的躯体化症状,提示躯体化症状可能影响疾病的治疗和预后。

国内外对于抑郁症残留症状的发生率和症状类型的报道存在差异,可能与对残留症状的定义、调查工具和治疗时程不同有关。Nierenberg等^[13]研究报告STAR*D第一阶段西酞普兰治疗14周完全缓解(QIDS-SR₁₆≤5分)的943例抑郁症患者,90.2%的患者有残留症状(QIDS-SR₁₆总分≥1分),常见的残留症状(QIDS-SR₁₆≥1分的条目)为体重增加(71.3%)、睡眠浅(54.9%)、食欲增加(50.6%)、入睡困难(29.5%)、沮丧(27.1%)和精力不足(22.5%),这些症状中有些可能与治疗相关,如睡眠浅、睡眠增多、食欲和体重改变。McClintock等^[14]研究的人群与本研究类似,为部分改善但未达完全缓解者,结果表明治疗有效的患者约75%存在至少5个残留症状,主要残留症状(QIDS-SR₁₆≥1分的条目)为睡眠浅(79.0%)、沮丧(70.8%),注意力/决策力下降(69.6%)和精力不足(63.3%),睡眠浅是最常见的药物治疗相关症状。Iovieno等^[13]研究报告氟西汀治疗12周

表 3 残留症状组和不同残留症状严重程度患者的残留症状类型分布[例(%)]

QIDS-SR ₁₆ 条目	残留症状组 (n=733)	轻微残留症状组 (n=477)	明显残留症状组 (n=256)	χ^2 值	P值
入睡困难	464(63.3)	283(59.3)	181(70.7)	9.277	0.002
睡眠不深	530(72.3)	334(70.0)	196(76.6)	3.560	0.059
早醒	324(44.2)	188(39.4)	136(53.1)	12.700	<0.01
睡眠太多	302(41.2)	179(37.5)	123(48.1)	7.611	0.006
沮丧	531(72.4)	294(61.6)	237(92.6)	79.899	<0.01
食欲降低	228(31.1)	116(24.3)	112(43.8)	29.352	<0.01
食欲增加	142(19.4)	88(18.5)	54(21.1)	0.746	0.388
体重降低	203(27.7)	108(22.6)	95(37.1)	17.414	<0.01
体重增加	202(27.6)	131(27.5)	71(27.7)	0.006	0.938
注意力/决策力下降	604(82.4)	368(77.2)	236(92.2)	25.981	<0.01
对自己的看法	464(63.3)	251(52.6)	213(83.2)	67.072	<0.01
自杀观念	252(34.4)	107(22.4)	145(56.6)	86.415	<0.01
一般兴趣	551(75.2)	311(65.2)	240(93.8)	72.757	<0.01
精力不足	584(79.7)	343(71.9)	241(94.1)	50.846	<0.01
反应迟钝	516(70.4)	287(60.2)	229(89.5)	68.558	<0.01
坐立不安	333(45.4)	166(34.8)	167(65.2)	62.239	<0.01

注:QIDS-SR₁₆为16项抑郁症状快速评估量表

表 4 有残留症状及残留症状不同严重程度的患者躯体症状、生活质量和社会功能情况($\bar{x} \pm s$)

项目	残留症状组 (n=733)	轻微残留症状组 (n=477)	明显残留症状组 (n=256)	t/t' 值	P 值
QIDS-SR ₁₆ 9 个维度中≥1 分的维度数目(个)	6.2±1.7	5.6±1.4	7.6±1.2	-20.12	<0.01
PHQ-15 总分(分)	7.4±4.5	6.3±3.6	9.7±5.0	-10.55	<0.01
Q-LES-Q-SF(分)					
总分	43.4±7.2	45.3±6.3	39.8±7.3	10.20	0.010
医疗满意度(条目 15)	3.2±1.1	3.3±1.0	3.0±1.2	3.30	0.001
总体满意度(条目 16)	3.0±0.8	3.2±0.7	2.7±0.8	9.14	<0.01
SDS(分)					
总分	10.6±7.1	8.2±5.7	15.1±7.3	-13.22	<0.01
工作/学业	3.8±3.0	3.1±2.6	5.2±3.2	-9.58	<0.01
社交生活	3.4±2.6	2.6±2.1	5.0±2.8	-12.15	<0.01
家庭生活/家庭责任	3.3±2.6	2.5±2.0	4.9±2.7	-13.69	<0.01

注:QIDS-SR₁₆为16项抑郁症状快速评估量表;PHQ-15为患者健康问卷躯体症状群量表;Q-LES-Q-SF为简明幸福与生活质量满意度问卷;SDS为席汉残疾量表

达完全缓解(HAMD₁₇≤7分)的抑郁症患者,超过90%的患者存在残留症状(HAMD₂₈总分≥1分),常见的残留症状(HAMD₂₈≥1分的条目)为躯体性焦虑(35.5%)、性功能障碍(34.5%)、睡眠浅(33.5%)、精神性焦虑(32.0%)和自罪感(28.1%),HAMD₂₈≥2分常见的残留症状为性功能障碍(12.8%)和躯体性焦虑(10.8%),其中睡眠浅和焦虑可能与抗抑郁药有关。

另外,本研究显示残留症状与患者社会功能、生活满意度有关,残留症状直接影响患者生活质量满意度、医疗满意度,且功能受损更为显著,这与既往研究结果一致^[14-15]。抑郁症患者功能受损与沮丧情绪、注意力不集中、疲乏感和兴趣缺失等残留症状相关,并且加重患者的经济负担^[16]。急性期治疗部分缓解的患者最为主要的残留症状为注意力/决策力下降、兴趣减退、感觉沮丧,而这些症状无疑会影响患者工作学习能力和享受生活的能力,导致生活质量下降、生活满意度低。明显残留症状组合并使用抗精神病药的比例显著高于轻微残留症状组,说明在临床实践中对于残留症状突出的患者,医生可能会考虑合并使用抗精神病药以期增加抗抑郁药的疗效、减少症状残留。

本研究为国内开展的大规模抑郁症急性期治疗后残留症状的调查,患者入组条件相对宽泛,纳入了共病躯体疾病的患者,对治疗不做干预和限定,基本反映了“真实世界”的情况。本研究结果存在一定局限性:采用患者自评量表QIDS-SR₁₆确定残留症状,有可能与医生所观察的症状存在差异。QIDS-SR₁₆中缺乏焦虑症状评估,而焦虑是抗抑郁治疗后常见的残留症状之一^[11,13]。另外,不能区分

某些残留症状是否与治疗药物有关。因此,未来关于抑郁症残留症状的研究可以考虑设计特定的残留症状评估工具。最后,本研究显示有残留症状的患者复发比例高于无残留症状者,且明显残留症状组的复发比例也显著高于轻微残留症状组,提示残留症状可能与复发相关。目前的研究只关注了抗抑郁药急性期治疗后的残留症状,随着治疗时间的延长,残留症状如何转归将是下一步研究的方向。

开展中国抑郁症患者急性期治疗后的残留症状研究可深入了解抑郁症患者残留症状的比例、临床表现、残留症状与患者生活质量及社会功能的关系等,有利于更好地对抑郁症患者进行全病程管理,防治抑郁症的残留症状有助于提高患者治疗的依从性、减少疾病复发,从而帮助患者获得最佳的疾病结局。

参 考 文 献

- [1] Zajecka J, Kornstein SG, Blier P. Residual symptoms in major depressive disorder: prevalence, effects, and management[J]. J Clin Psychiatry, 2013, 74(4):407-414. DOI:10.4088/JCP.12059ah1.
- [2] Trivedi MH, Hollander E, Nutt D, et al. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression[J]. J Clin Psychiatry, 2008, 69(2): 246-258.
- [3] Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report[J]. Psychol Med, 2010, 40(1):41-50. DOI:10.1017/S0033291709006011.
- [4] McClintock SM, Husain MM, Wisniewski SR, et al. Residual symptoms in depressed outpatients who respond by 50% but do not remit to antidepressant medication[J]. J Clin Psychopharmacol, 2011, 31(2):180-186. DOI: 10.1097/JCP.0b013e31820ebd2c.
- [5] Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual

- (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study[J]. Psychol Med, 2011, 41(6):1165-1174.
- [6] Israel JA. The impact of residual symptoms in major depression[J]. Pharmaceuticals (Basel), 2010, 3(8):2426-2440. DOI: 10.3390/ph3082426.
- [7] Kennedy N, Foy K, Sherazi R, et al. Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists: a review [J]. Bipolar Disord, 2007, 9(1-2):25-37. DOI:10.1111/j.1399-5618.2007.00326.x.
- [8] Paykel ES. Residual symptoms and relapse in depression[J]. Medicographia, 2009, 31:157-163.
- [9] Kurian BT, Greer TL, Trivedi MH. Strategies to enhance the therapeutic efficacy of antidepressants: targeting residual symptoms[J]. Expert Rev Neurother, 2009, 9(7):975-984. DOI: 10.1586/ern.09.53.
- [10] 李凌江. 抑郁症的残留症状与药物治疗[J]. 中华精神科杂志, 2013, 46(6): 375-376. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2013.06.018.
- [11] 陈银娣, 汪作为, 张少平, 等. 抑郁症残留症状及对疾病结局影响[J]. 临床精神医学杂志, 2010, 20(2):76-78.
- [12] 蔡焯基. 重视抑郁症残留症状诊治促进患者全面康复[J]. 中华精神科杂志, 2010, 43(4):193-195. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2010.04.001.
- [13] Iovieno N, van Nieuwenhuizen A, Clain A, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with fluoxetine and risk of relapse[J]. Depress Anxiety, 2011, 28(2): 137-144. DOI:10.1002/da.20768.
- [14] Romera I, Pérezrez V, Quail D, et al. Individual residual symptoms and functional impairment in patients with depression[J]. Psychiatry Res, 2014, 220(1-2):258-262. DOI: 10.1016/j.psychres.2014.07.042.
- [15] Nil R, Lütolf S, Seifritz E. Residual symptoms and functionality in depressed outpatients: a one-year observational study in Switzerland with escitalopram[J]. J Affect Disord, 2016, 197: 245-250. DOI:10.1016/j.jad.2016.02.062.
- [16] Culpepper L, Muskin PR, Stahl SM. Major depressive disorder: understanding the significance of residual symptoms and balancing efficacy with tolerability[J]. Am J Med, 2015, 128(9 Suppl):S1-S15. DOI:10.1016/j.amjmed.2015.07.001.

(收稿日期:2016-09-30)

(本文编辑:高蓓蕾)

·读者·作者·编者·

本刊“学术动态”栏目征稿启事

目前由我国学者写作的高质量、有影响的论文多在国外发表,而国内同行对此了解甚少,非常不利于学科内部的交流和我国整体科研水平的提高。鉴于此种情况,应该鼓励在国外已经发表过的有助于广大科技工作者学习的高水平论文,在国内以中文形式进行介绍,以便让国内更多读者共享我国的科研成果和相关学科的进展。为此,我刊现面向已有优秀论文在国外优秀期刊发表,希望与国内同行进行交流的作者征稿,作为“学术动态”发表。

具体征稿要求:为国内作者原创的,在国外知名期刊中已经发表过的优秀论文,请主要作者撰写,字数限制在1 000字以内,其主要内容是向国内读者介绍该研究的主要成果,以及在国外发表的学术背景、发表时间和期刊名等,投稿请登录本刊网上投稿平台:<http://www.cma.org.cn/ywzx/index.html>。请在文题后注明“学术动态栏目投稿”字样,同时附1份该文以不同语种发表时的全文电子版(PDF格式),与中文的介绍文字一并上传。

中华精神科杂志编辑部

本刊“文献速览”栏目征稿启事

阅读大量的、高质量的最新相关文献,是写作论文中必不可少的步骤之一。各位研究者在阅读国外优秀期刊发表的高学术水平的文献的同时,可以将其中确实优秀,能对国内同行予以启发的文章,择其英文摘要翻译为中文介绍给大家,可使读者在短时间内获取更多更集中的精粹信息。鉴于此,我刊开设“文献速览”栏目,面向全体读者及作者征稿。

具体征稿要求:字数限制在1 000字以内,要求包括该文献的中文题目、原作者名(英文)以及文献出处、翻译过来的中文摘要和必要的介绍、翻译者的姓名和单位等。投稿请登录本刊网上投稿平台:<http://www.cma.org.cn/ywzx/index.html>。请在文题后注明“文献速览栏目投稿”字样,同时请附1份原文献的全文电子版(PDF格式)一并上传。

中华精神科杂志编辑部