

原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪的现状调查及干预分析

王金委^{1,2}, 陈平², 姜铮², 陈超霞², 姚定国¹

1. 浙江中医药大学附属第一医院, 浙江 杭州 310006; 2. 浙江省天台县人民医院, 浙江 天台 317200

摘要: **目的** 调查原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪产生情况及影响因素,并探究针对可控因素的心理干预措施对患者的影响效果。**方法** 回顾性分析 86 例原发性高血压患者临床资料,根据是否存在焦虑或抑郁情绪分为不良情绪组($n=40$)与正常情绪组($n=46$),观察所有焦虑或抑郁情绪产生程度分布,将其各项临床资料与正常情绪组对比进行单因素分析,对单因素分析存在明显差异指标进行非条件 logistic 多元逐步回归分析。对不良情绪组患者均采取针对性心理干预,比较不良情绪组患者干预前及干预 2 周后焦虑度、抑郁度、未服药安静状态血压变化情况并分析其与正常情绪组患之间的差异。**结果** 86 例患者中,无不良情绪 46 例(53.49%),单纯焦虑情绪 4 例(4.65%),单纯抑郁情绪 11 例(12.79%),焦虑与抑郁情绪共存 25 例(29.07%)。两组患者高血压分级、吸烟史、家族高血压病史、职业及参加运动情况比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);而女性、病程较长、合并更多种类疾病、承担更大比例医疗支出均是导致原发性高血压患者产生焦虑与抑郁情绪的独立危险因素(均 $P<0.05$)。干预 2 周后,不良情绪组患者 HAMA、HAMD 评分及 SBP、DBP 水平均较干预前有显著下降,且 SBP、DBP 水平明显低于正常情绪组(均 $P<0.05$)。**结论** 原发性高血压患者产生焦虑与抑郁情绪风险较大,性别、病程合并疾病种类及医疗支出模式均是对其造成影响独立危险因素,临床需引起重视,采取有针对性的干预措施改善患者预后。

关键词: 原发性高血压;焦虑;抑郁;现状;干预

中图分类号: R544.1 **文献标识码:** B **文章编号:** 1006-3110(2019)09-1098-03 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2019.09.020

原发性高血压以循环系统动脉压显著升高为主要临床表现,多由遗传、生活习惯、心理状态等因素所致。其中心理因素导致的血压变异性是近年来心身临床研究的重点所在,焦虑与抑郁作为最常见的情绪障碍类型,伴发于高血压风险极大。目前临床通用的心理干预措施缓解不良情绪具有较好普适性,但高血压涉及影响因素众多,如不能有的放矢的进行疏导,其干预效果往往不理想。基于此,本研究通过探讨原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪发生情况并分析相关高危因素,旨在以有针对性的干预措施缓解患者不良情绪,取得一定成果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源 回顾性分析 2017 年 1 月-2017 年 12 月期间,于天台县人民医院门诊就诊的 86 例原发性高血压患者临床资料,根据是否存在焦虑或抑郁情绪分为不良情绪组与正常情绪组。纳入标准:①符合原发性高血压相关诊断标准者^[1];②经筛查 Zung 氏焦

虑自评量表(Self-rating Anxiety Scale, SAS)、Zung 氏抑郁自评量表(Self-rating Depression Scale, SDS)^[2]标准总分均 <50 分者纳入正常情绪组,否则纳入不良情绪组,以 60 分与 70 分为界区分轻、中、重度焦虑与抑郁情绪;③年龄为 40~85 岁者;④同意且为首次接受心理干预者。排除标准:①诊断为其他器质性病变引起的继发性高血压者;②合并有交流障碍、认知障碍或无法配合评估与干预者;③近期经历生活重大变故或外科手术者;④伴有未能控制的急慢性疾病者;⑤既往病史存在焦虑症、抑郁症等情绪障碍疾病者;⑥任一问卷为无效问卷、中途退出研究或临床资料不完整者。

1.2 方法

1.2.1 影响因素分析方法 将两组患者性别、年龄、病程、高血压分级、合并疾病种类、家族高血压病史、吸烟史、文化程度、居住情况职业、医疗支出模式、家庭月收入及参加运动习惯进行单因素分析,对上述单因素分析存在明显差异指标进行非条件 logistic 多元逐步回归分析。

1.2.2 干预方法 仅对不良情绪组患者采取针对性的为期 2 周的心理干预措施,具体干预方法如下:①健康宣教:定期邀请专家开展高血压知识讲座,嘱患者及其家属共同参加,宣教内容主要包括通俗易懂的病理

基金项目: 台州市医学会科学研究基金: TZSYXH15-17

作者简介: 王金委(1984-),男,浙江天台人,本科学历,主治医师,主要从事高血压临床和预防管理工作。

通信作者: 姚定国, E-mail: keiiaoke0579@163.com。

学知识、危害健康途径、临床治疗方法、生活保健常识及维持心理健康的必要性,配合讲座辅助患者转变对疾病的认知与应对方式;②获取支持:对患者进行家庭走访,引导家属重视患者的日常保健措施,并尽量确保提供周全的照护与关怀,鼓励患者积极参加社会活动,此外还可建立患者之间的联系,促进其交流治疗心得并获取康复信心;③心理疏导:嘱患者多聆听舒缓而优美的古典音乐,同时清除脑海杂念并调整呼吸以放松身心,通过与之交流建立良好关系,倾听患者内心的困惑与疑虑,合理宣泄情绪保持心理平衡,对其获得的成就予以肯定和赞赏,引导其积极应对疾病与生活。

1.3 评估标准

1.3.1 高血压分级评估 参照《中国高血压防治指南 2010》^[3]中提及的相关标准,1 级:收缩压(systolic blood pressure, SBP)为 140~159 mmHg 或舒张压(diastolic blood pressure, DBP)为 90~99 mmHg;2 级:SBP 为 160~179 mmHg 或 DBP 为 100~109 mmHg;3 级:SBP≥180 mmHg 或 DBP≥110 mmHg。

1.3.2 焦虑度评估 采用 Hamilton 焦虑评分量表(Hamilton Anxiety Scale, HAMA)^[4],通过共 14 个条目进行评价,满分为 56 分,分数越高则说明焦虑越严重。

1.3.3 抑郁度评估 按照 Hamilton 抑郁量表(Hamilton Depression Scale, HAMD)^[4],对 7 类因素,共 17 项条目进行评价,满分为 52 分,分数越高则说明抑郁越严重。

1.4 观察指标 比较不良情绪组患者干预前及干预 2 周后者焦虑度(HAMA)、抑郁度(HAMD)、未服药安静状态血压(SBP、DBP)变化情况并分析其与正常情绪组患之间的差异。

1.5 统计学方法 采用统计学软件 SPSS 19.0 分析数据,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;独立危险因素采用非条件 logistic 多元逐步回归分析, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪产生情况分析 86 例患者中,无不良情绪 46 例(53.49%),单纯焦虑情绪 4 例(4.65%),单纯抑郁情绪 11 例(12.79%),焦虑与抑郁情绪共存 25 例(29.07%);无焦虑情绪 57 例(66.28%),轻度焦虑情绪 23 例(26.74%),中度焦虑情绪 5 例(5.81%),重度焦虑情绪 1 例(1.16%);无抑郁情绪 50 例(58.14%),轻度抑郁情绪 26 例(30.23%),中度抑郁情绪 8 例(9.30%),

重度抑郁情绪 2 例(2.33%)。

2.2 影响原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪的单因素分析结果 两组患者高血压分级、吸烟史、家族高血压病史、职业及参加运动情况比较差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);而性别、年龄、病程、合并疾病数目、文化程度、居住情况、医疗支出模式及家庭月均收入则均是影响原发性高血压患者产生焦虑与抑郁情绪的单因素(均 $P<0.05$),见表 1。

表 1 不良情绪组与正常情绪组患者一般临床资料比较

项目	分类	不良情绪组 (n=40)	正常情绪组 (n=46)	t 或 χ^2 值	P 值
性别(n,%)	男	13(32.50)	28(60.87)	6.903	<0.05
	女	27(67.50)	18(39.13)		
年龄(岁, $\bar{x}\pm s$)		58.62±11.27	51.50±12.63	2.740	<0.05
病程(年, $\bar{x}\pm s$)		6.45±2.14	5.17±2.81	2.348	<0.05
高血压分级(n,%)	1 级	5(12.50)	9(19.57)	0.895	>0.05
	2 级	24(60.00)	24(52.17)		
	3 级	11(27.50)	13(28.26)		
合并其他疾病(n,%)	否	4(10.00)	13(28.26)	4.498	<0.05
	是	36(90.00)	33(71.74)		
吸烟史(n,%)	有	11(27.50)	8(17.39)	1.270	>0.05
	无	29(72.50)	38(82.61)		
家族高血压史(n,%)	有	14(35.00)	11(23.91)	1.275	>0.05
	无	26(65.00)	35(76.09)		
文化程度(n,%)	初中及以下	13(32.50)	7(15.22)	6.047	<0.05
	高中或中专	21(52.50)	23(50.00)		
	大专及以上	6(15.00)	16(34.78)		
居住情况(n,%)	与配偶同居	17(42.50)	26(56.52)	6.932	<0.05
	与子女同居	12(30.00)	17(36.96)		
	独居	11(27.50)	3(6.52)		
职业(n,%)	工人	6(15.00)	10(21.74)	1.333	>0.05
	干部	4(10.00)	6(13.04)		
	经商人员	4(10.00)	5(10.87)		
	技术/服务人员	3(7.50)	4(8.70)		
	无业	23(57.50)	21(45.65)		
医疗支出模式(n,%)	不完全自费	30(75.00)	43(93.48)	5.693	<0.05
	自费	10(25.00)	3(6.52)		
家庭月均收入(n,%)	<1 000 元	17(42.50)	14(30.43)	8.969	<0.05
	1 000~3 999 元	14(35.00)	8(17.39)		
	4 000~10 000 元	8(20.00)	18(39.13)		
	>10 000 元	1(2.50)	6(13.04)		
参加运动习惯(n,%)	有	32(80.00)	40(86.96)	0.760	>0.05
	无	8(20.00)	6(13.04)		

2.3 影响原发性高血压患者焦虑与抑郁情绪的多因

素分析结果 经非条件 logistic 多元逐步回归分析可知,女性、病程较长、合并更多种类疾病、承担更大比例医疗支出均是导致原发性高血压患者产生焦虑与抑郁情绪的独立危险因素(均 $P < 0.05$),见表 2。

表 2 非条件 logistic 多元逐步回归分析结果

影响因素	参照组	β	SE	Wald χ^2 值	P 值	OR 值	95%CI
性别	女性	男性	1.680	0.516	10.544	0.001	5.375 1.915~15.843
病程	>5 年	≤5 年	1.034	0.385	7.345	0.007	2.819 1.321~5.957
合并其他疾病	是	否	1.492	0.514	8.547	0.002	4.439 1.630~13.067
承担更大比例医疗支出	自费	不完全自费	1.835	0.479	14.610	0.000	6.244 2.443~18.955

2.4 焦虑度、抑郁度及未服药安静状态血压比较 干预 2 周后,不良情绪组患者 HAMA、HAMD 评分及 SBP、DBP 水平均较干预前有显著下降($t = 4.396$ 、 4.277 、 2.607 、 3.029 ,均 $P < 0.05$),且 SBP、DBP 水平明显低于正常情绪组($t = 2.383$ 、 2.832 ,均 $P < 0.05$),见表 3。

表 3 干预前后患者 HAMA、HAMD 评分及 SBP、DBP 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	HAMA(分)	HAMD(分)	SBP(mmHg)	DBP(mmHg)
不良情绪组	40	干预前	14.18±4.25 [#]	17.29±6.37 [#]	171.48±14.37	104.61±7.92
		干预2周后	9.56±5.11*	10.82±7.14*	162.90±15.06**	99.15±8.20**
正常情绪组	46	-	9.13±4.37	9.92±6.05	170.35±13.92	103.84±7.16

注:与同组干预前比较,* $P < 0.05$;与正常情绪组比较,[#] $P < 0.05$ 。

3 讨论

负性情绪是原发性高血压患者血压无法得到有效控制的主要干扰因素之一,患者往往带有不健康的生活行为方式,治疗配合度与遵医行为均无法得到保障,故预后效果较差。因此,分析出影响高血压患者产生负性情绪的高危因素并及时采取有效干预措施尤为关键。

高血压发病率与性别间不存在显著的相关性,但女性患者极易由于自身“依赖”、“被动”等角色定位,对内心恐惧的敏感程度较高,其抗压能力往往较男性更低,此外围绝经期或绝经后女性内分泌系统状态发生剧变,因而激素调节将对大脑海马沟回中神经递质分泌量产生影响^[5],亦可导致其所控制的认知与情绪产生变化。据相关文献报道,原发性高血压作为典型的慢性疾病,患者需接受长期治疗而承受较大精神压力,而病情迁延又极易引起诸多并发症,患者临床症状加重且变得复杂,就诊次数及服用药物种类增多,故心理负担较沉重,引发情绪障碍几率随之上涨。本研究结果显示,性别、病程、合并症种类及医疗支出模式均是影响原发性高血压患者产生焦虑与抑郁状态的独立危险因素。有学者指出,高血压好发于中老年人群,部分患者由于收入来源有限,如承担较大比例医疗支

出则会担忧疾病会对家庭经济、生活质量造成巨大负面影响,进而产生自责、愧疚情绪^[6],临床干预与家庭照护需对此引起重视。

不良情绪与高血压病情有一定相互促进关系,其中高血压进展绵延或引发其他疾病可导致患者产生焦虑与抑郁情绪已在前文中证实,而不良情绪往往也能通过对患者治疗积极性施加负面影响而作用于预后效果。相关研究表明,合并有焦虑或抑郁障碍的患者往往表现为迷走神经控制效果减弱,患者血浆、尿液中去甲肾上腺素一类神经递质与皮质醇等物质含量有所增加^[7],而交感神经则表现出亢进征象,昼夜节律被破坏,睡眠质量急剧降低,而最终可导致血压自发调节失代偿,加之紧张情绪作用下,血管阻力有所增加,可引起高血压发生、发展。本研究中,不良情绪组患者经过针对性心理干预,不仅焦虑与抑郁情绪得到明显改善,且血压亦有所降低,提示针对性心理干预措施可有效缓解原发性高血压伴焦虑或抑郁情绪患者临床症状,究其原因认为可能与消除焦虑与抑郁情绪能激活下丘脑-垂体-肾上腺素(hypothalamic pituitary adrenal, HPA)轴通路的调节功能,并抑制血小板与白细胞黏附于激活的单核细胞,进而减少血流阻力有关。王翠霞等^[8]认为,通过与患者建立和谐的护患关系,消除其恐慌与紧张心理,以适宜的宣教与心理引导方式,令患者明确高血压并非不治之症,只要保证良好生活习惯与服药依从性,便能取得良好的血压控制效果,有助于优化预后生活质量。

综上所述,原发性高血压患者发生焦虑与抑郁风险较高,导致其发生的危险因素包括女性、病程较长、合并更多种类疾病、承担更大比例医疗支出,且采取针对性的干预措施对患者不良情绪及血压水平改善效果较为理想,对其疾病预后转归有利。

参考文献

- [1] 中华医学会心血管病学分会. 老年高血压的诊断与治疗中国专家共识(2011版)[J]. 中华内科杂志,2012,51(1):31-39.
- [2] 胡腾,蒋奕,唐焕君,等. 高血压病患者焦虑和抑郁流行病学调查和影响因素研究[J]. 西部医学,2013,25(3):363-365.
- [3] 刘力生. 中国高血压防治指南 2010[J]. 中华心血管病杂志,2011,39(7):701-708.
- [4] Thompson, Euan. Hamilton Rating Scale for Anxiety (HAM-A)[J]. Occup Med, 2015, 65(7):601.
- [5] 罗宗,央娜,张志强,等. 原发性高血压病患者血清 Hey 水平与焦虑抑郁程度的相关性研究[J]. 实用预防医学,2018,25(9):1095-1097.
- [6] 廖金敏,王希林,刘粹,等. 社区人群高血压共病焦虑抑郁障碍患病率和危险因素分析[J]. 中华医学杂志,2014,94(1):62-66.
- [7] 姜甜,贾友宏,李一石. 高血压伴发焦虑和抑郁的研究进展[J]. 中国分子心脏病学杂志,2015,15(4):1424-1427.
- [8] 王翠霞. 认知干预护理对原发性高血压患者焦虑抑郁的影响[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(34):4364-4366.

收稿日期:2019-02-12