

杭州市西湖区 2 型糖尿病患者合并抑郁发生情况及影响因素分析

来利娅, 年素娟, 李儿

杭州市西溪医院, 浙江 杭州 310023

摘要: **目的** 了解杭州市西湖区 2 型糖尿病(type 2 diabetes mellitus, T2DM)患者合并抑郁症现况,探讨其影响因素,为制定针对性干预措施提供依据。 **方法** 以 2021 年 1 月 1 日—12 月 31 日在杭州市西溪医院门诊就诊的 1 034 例 T2DM 患者为研究对象。采用横断面调查方法,收集患者一般情况、病程、治疗和并发症等情况,并检测患者糖化血红蛋白(glycosylated hemoglobin, HbA1c)。采用 SDS 抑郁自评量表评估 T2DM 患者抑郁程度。采用 SPSS 22.0 统计学软件分析 T2DM 患者抑郁发生情况及影响因素。 **结果** 1 034 例 T2DM 患者中,418 例(40.43%)T2DM 患者合并抑郁;多元 logistic 回归分析结果显示,糖尿病并发症[1 种($OR=1.398, 95\%CI:1.133\sim1.724$)、 ≥ 2 种($OR=1.672, 95\%CI:1.256\sim2.226$)]、HbA1c $>7.0\%$ ($OR=4.591, 95\%CI:2.150\sim9.801$)、病程 ≥ 5 年($OR=1.505, 95\%CI:1.171\sim1.935$)、药物治疗($OR=3.364, 95\%CI:1.697\sim6.666$)是 T2DM 患者合并抑郁的独立危险因素,而家庭年收入[40 000~59 999 元($OR=0.829, 95\%CI:0.710\sim0.968$)、60 000~元($OR=0.640, 95\%CI:0.465\sim0.880$)]是 T2DM 患者合并抑郁的保护因素。 **结论** 杭州市西湖区 T2DM 患者合并抑郁发生率较高,应加强对 T2DM 患者心理问题的关注。医护人员应充分考虑 T2DM 患者的危险因素进行有效心理干预。

关键词: 2 型糖尿病;抑郁;危险因素

中图分类号:R587.1 **文献标识码:**B **文章编号:**1006-3110(2022)07-0883-04 **DOI:**10.3969/j.issn.1006-3110.2022.07.030

2019 年国际糖尿病联合会调查数据显示,全球约有 4.63 亿糖尿病患者,其中 2 型糖尿病(type 2 diabetes mellitus, T2DM)占 90%^[1]。现代医学认为^[2]糖尿病是一种以躯体症状为主要表现,与心理、社会因素密切相关的心身疾病,而抑郁是糖尿病最常见的心理合并症。糖尿病与抑郁症存在双向联系,糖尿病患者

者抑郁症患病率约为正常人群的 2~3 倍,抑郁也使 T2DM 罹患风险增加 60%^[3-4]。合并抑郁症的 T2DM 患者自我管理能力下降,治疗依从性变差,诱发或加重糖尿病并发症发生^[5-6]。糖尿病与抑郁症共病带来的不良影响不只是简单的叠加,而是可导致心脑血管疾病发生风险的增加^[7]。伴随着我国糖尿病发病率不断上升,其合并抑郁症情况也随之上升。糖尿病病程长,终生无法治愈,因此正确认识糖尿病合并抑郁症的危险因素,对预防糖尿病患者合并抑郁症,控制病情发

作者简介:来利娅(1982-),女,浙江杭州人,本科,主管护师,研究方向:内分泌疾病。

通信作者:李儿,E-mail:1414092066@qq.com。

- [7] 国家卫生健康委员会.中国居民口腔健康指南[EB/OL].(2009-09-15)[2021-12-11].http://www.nhc.gov.cn/wjw/jkshfs/201304/be0eb756d0b44fadbee65ad64ad8ba06.shtml.
- [8] Wood NH, Shangase SL. Characterising oral lesions in patients who presented with chronic vesiculobullous lesions during a 10-year period[J]. SADJ, 2012, 67(7):359-363.
- [9] 王燕波,王蕾,李骏,等.西安市 7~10 岁儿童口腔健康相关知识和行为状况[J].中国学校卫生,2016,37(4):592-594.
- [10] 王洪萍,林靖雯,严耽.口腔健康教育对降低 0~3 岁儿童龋齿发生的效果评价[J].临床合理用药杂志,2012,5(15):144-145.
- [11] 石兴莲,程华刚,杨德琴,等.学龄前儿童口腔健康行为干预效果研究[J].中国妇幼保健,2015,30(35):6236-6239.
- [12] 吴根容,杨辉辉,黄海,等.同伴教育干预对小学生口腔健康知识和行为及龋齿的影响[J].实用预防医学,2021,28(7):810-814.
- [13] 申洋,刘凡,蒋莹,等.四川省绵阳市 5 岁儿童口腔健康现状调查[J].中国健康教育,2015,31(10):940-942,946.
- [14] 李雪琦,王泳仪,余红兵,等.深圳市南山区 1 838 名儿童主要照顾者的口腔健康知识和态度及与儿童口腔健康保健行为的关系[J].中国慢性病预防与控制,2018,26(8):584-587.
- [15] 白羽,江虹,曲美霞,等.北京市 384 名儿童家长口腔健康知识调查分析[J].中国社会医学杂志,2013,30(4):256-258.
- [16] 高二伟,曲华.儿童家长口腔健康教育对改善儿童口腔卫生状况、口腔健康知识和行为依从性的影响[J].现代诊断与治疗,2019,30(17):3109-3111.
- [17] 高薇,刘洪,严俊,等.口腔健康教育对改善小学生口腔卫生状况、口腔健康知识和行为的效果研究[J].护理研究,2015,29(2):220-222.
- [18] 王丽芬,宋烨,张燕.沈阳市幼儿园儿童家长口腔卫生健康知识教育效果的调查与分析[J].中国健康教育,2018,34(9):862-863.
- [19] 王治文,郭喆.吕梁市某公立幼儿园学龄前儿童口腔健康知识、态度、行为调查[J].中国健康教育,2016,32(7):606-608,612.
- [20] 谢莉莉,谢奇,郭冬梅,等.海南省 3~5 岁儿童龋病流行状况及家长口腔健康知识态度行为调查分析[J].中国健康教育,2020,36(11):991-995.
- [21] 刘红心,王文辉,沈恩龙,等.家长在学龄前儿童口腔保健中的作用[J].现代口腔医学杂志,2008,2(1):202.

收稿日期:2022-01-23

展,提高患者生活质量具有重要作用^[8]。本研究以杭州市西湖区西溪医院门诊就诊的 T2MD 患者为研究对象,旨在了解当地 T2MD 患者合并抑郁的现状 & 影响因素,为制定针对性的干预措施提供依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 以 2021 年 1 月 1 日—12 月 31 日在杭州市西溪医院门诊就诊的 1 034 例 T2MD 患者为研究对象。纳入标准:①符合中国 T2MD 防治指南(2020 年版)制定的 T2MD 诊断标准^[9];②年龄≥18 岁;③确诊时间≥6 个月;④当地常住人口;⑤意识清楚,能正常沟通。排除标准:①既往有精神病史及药物滥用者;②合并有恶性肿瘤或伴有严重躯体功能损害情况者。本研究通过西溪医院医学伦理委员会审核批准,所有研究对象均知情同意,并签署知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 信息收集 本研究采用横断调查的方法。调查以问卷形式为主,问卷内容包括个人基本信息(年龄、性别、婚姻、收入、文化程度、抽烟/饮酒史和户籍所在地)、病史状况(糖尿病家族史、病程、并发症、低血糖史)、治疗情况。采用 SDS 抑郁自评量表(Self-Rating Depression Scale, SDS)^[10] 评估患者的抑郁程度。问卷结束后,采集患者 2 ml 空腹静脉血。由西溪医院检验科采用高效液相色谱法完成糖化血红蛋白(glycosylated hemoglobin, HbA1c)的检测。

1.2.2 抑郁诊断标准 SDS 抑郁量表由 Zung^[10] 于 1965 年编制, Cronbach's α 系数>0.75,该量表包含 20 个题目,每个题目按 1~4 等级计分,累计 SDS 总粗分范围为 20~80 分。总粗分×1.25 取其整数为最终得分,即标准总分(25~100 分),标准总分≥53 分表示有抑郁,分值越高表示抑郁程度越高^[10]。

1.3 质量控制 本次问卷调查采用经过统一培训的调查人员对患者一对一询问并当面填写的形式。要求注意调查技巧,特别是提问应是非导向式。问卷当场收回,并对问卷填写质量进行评估。剔除填写质量较差、拒绝填写和问卷信息前后矛盾的参与者。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据的处理,计数资料采用例(%)表示,组间比较采用χ² 检验;采用多因素 logistic 回归分析 T2MD 患者抑郁发生影响因素, P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 T2MD 患者合并抑郁情况 本研究共纳入 1 034 例 T2MD 患者,其中男性 471 例,占 45.55%。

<50 岁患者 438 例,占 42.36%。SDS 抑郁自评量表评分≥53 分共 418 例,T2MD 合并抑郁发生率为 40.43%,见表 1。

表 1 两组 T2MD 患者一般资料比较(n, %)

项目	例数(%)	合并抑郁(n=418)	不合并抑郁(n=616)	χ ² /t 值	P 值
性别				2.106	0.147
男	471(45.55)	179(42.82)	292(47.40)		
女	563(54.45)	239(57.18)	324(52.60)		
年龄(岁)				7.209	0.007
<50	438(42.36)	198(47.37)	240(38.96)		
≥50	596(57.64)	220(52.63)	376(61.04)		
文化程度				2.847	0.416
小学及以下	277(26.79)	119(28.47)	158(25.65)		
初中	351(33.95)	130(31.10)	221(35.88)		
高中/中专	207(20.02)	84(20.10)	123(19.97)		
大专及以上	199(19.25)	85(20.33)	114(19.97)		
婚姻状况				12.605	0.002
未婚	87(8.41)	30(7.18)	57(9.25)		
已婚	799(77.27)	309(73.92)	490(79.55)		
离婚/丧偶	148(14.31)	79(18.90)	69(11.20)		
抽烟史				0.213	0.645
无	392(37.91)	162(38.76)	230(37.34)		
有	642(62.09)	256(61.24)	386(62.66)		
饮酒史				0.343	0.558
无	228(22.05)	96(22.97)	132(21.43)		
有	806(77.95)	322(77.03)	484(78.57)		
家庭年收入(元)				20.354	<0.001
0~19999	297(28.72)	152(36.36)	145(23.54)		
20 000~	309(29.88)	121(28.95)	188(30.52)		
40 000~	291(28.14)	102(24.40)	189(30.68)		
60 000~	137(13.25)	43(10.29)	94(15.26)		
户籍所在地				6.307	0.012
农村	691(66.83)	298(71.29)	393(63.80)		
城市	343(33.17)	120(28.71)	223(36.20)		

2.2 抑郁与非抑郁组患者一般资料比较 与非抑郁组相比,抑郁组 T2MD 患者年龄<50 岁占比较高(47.37% vs. 38.96%, χ²=7.209, P=0.007),户籍为农村占比较高(71.29% vs. 63.80%, χ²=6.307, P=0.012);抑郁组和非抑郁组 T2MD 患者婚姻状况和家庭年收入情况差异均有统计学意义(χ²=12.605、20.354,均 P<0.05);两组 T2MD 患者性别、文化程度、抽烟、饮酒史差异均无统计学意义(χ²=2.106、2.847、0.213、0.343,均 P>0.05),见表 1。

2.2 抑郁与非抑郁组 T2MD 患者临床特征比较 本研究所纳入的 T2MD 患者中有 5 年及以上病程的患者 612 例,占 50.19%;抑郁组和非抑郁组患者糖尿病病程构成差异有统计学意义(χ²=40.753, P<0.001);所

有 T2MD 患者中有 1 种、2 种及以上糖尿病并发症者分别为 208 例 (20.12%)、130 例 (12.57%), 抑郁组 T2MD 患者中无糖尿病并发症所占比例低于非抑郁组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 9.186, P = 0.002$); HbA1c $\leq 7.0\%$ 和 HbA1c $> 7.0\%$ T2MD 患者分别为 498 例 (48.16%)、536 例 (51.84%), 抑郁组患者 HbA1c $> 7.0\%$ 比例高于非抑郁组, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 108.996, P < 0.001$); 抑郁组有低血糖史患者所占比例明显高于非抑郁组 (61.24% vs. 49.19%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 14.573, P < 0.001$); 采用生活干预、药物干预者分别为 106 例 (10.25%)、928 例 (89.75%), 抑郁组药物治疗所占比例明显高于非抑郁组 (93.78% vs. 87.01%), 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 12.394, P < 0.001$); 有糖尿病家族史者 840 例 (81.24%), 两组有糖尿病家族史患者所占比例差异无统计学意义 ($\chi^2 = 0.309, P = 0.578$), 见表 2。

表 2 两组 T2MD 患者临床特征比较 (n, %)

临床特征	例数 (%)	合并抑郁(<i>n</i> =418)	不合并抑郁(<i>n</i> =616)	χ^2/t 值	<i>P</i> 值
糖尿病家族遗传史				0.309	0.578
否	194(18.76)	75(17.94)	119(19.32)		
是	840(81.24)	343(82.06)	497(80.68)		
糖尿病并发症					
无	696(67.31)	259(61.96)	437(70.94)	9.186	0.002
1 种	208(20.12)	95(22.73)	113(18.34)		
≥2 种	130(12.57)	64(15.31)	66(10.71)		
HbA1c				108.996	<0.001
≤7.0%	498(48.16)	119(28.47)	379(61.53)		
>7.0%	536(51.84)	299(71.53)	237(38.47)		
病程(年)				40.753	<0.001
<5	422(40.81)	117(27.99)	305(49.51)		
≥5	612(50.19)	301(72.01)	311(50.49)		
低血糖史					
否	475(45.94)	162(38.76)	313(50.81)	14.573	<0.001
是	559(54.06)	256(61.24)	303(49.19)		
治疗方案					
生活干预	106(10.25)	26(6.22)	80(12.99)	12.394	<0.001
药物治疗	928(89.75)	392(93.78)	536(87.01)		

2.3 T2MD 患者合并抑郁相关因素的 logistic 回归分析 以抑郁为因变量 (否 = 0, 是 = 1), 以年龄、婚姻状况、家庭年收入、户籍所在地、糖尿病并发症、HbA1c、病程、低血糖史、治疗方案为自变量构建 logistic 回归模型。结果显示, 糖尿病并发症 [1 种 ($OR = 1.398, 95\% CI: 1.133 \sim 1.724$)、 ≥ 2 种 ($OR = 1.672, 95\% CI: 1.256 \sim 2.226$)]、HbA1c $> 7.0\%$ ($OR = 4.591, 95\% CI: 2.150 \sim 9.801$)、病程 ≥ 5 年 ($OR = 1.505, 95\% CI: 1.171 \sim 1.935$)、药物治疗 ($OR = 3.364, 95\% CI: 1.697 \sim 6.666$)

是 T2MD 患者合并抑郁的独立危险因素, 而家庭年收入 [40 000~59 999 元 ($OR = 0.829, 95\% CI: 0.710 \sim 0.968$)、60 000~元 ($OR = 0.640, 95\% CI: 0.465 \sim 0.880$)] 是 T2MD 患者合并抑郁的保护因素, 见表 3。

表 3 T2MD 患者合并抑郁影响因素的 logistic 回归分析

变量	参照组	β	SE	χ^2 值	P 值	OR (95%CI)
年龄 (岁)	< 50					
	≥ 50	-0.417	0.223	3.497	0.061	0.659 (0.426~1.020)
婚姻状况	已婚					
	未婚	0.586	0.329	3.173	0.075	1.797 (0.943~3.424)
	离异/丧偶	0.653	0.418	2.440	0.118	1.921 (0.849~4.359)
家庭年收入 (元)	0~19 999					
	20 000~	-0.145	0.106	1.871	0.171	0.865 (0.703~1.065)
	40 000~	-0.187	0.079	5.603	0.018	0.829 (0.710~0.968)
	60 000~	-0.447	0.163	7.520	0.006	0.640 (0.465~0.880)
户籍所在地	农村					
	城市	-0.793	0.337	5.537	0.019	0.452 (0.234~0.876)
糖尿病并发症	无					
	1 种	0.335	0.107	9.802	0.002	1.398 (1.133~1.724)
	≥ 2 种	0.514	0.146	12.394	0.000	1.672 (1.256~2.226)
HbA1c	$\leq 7.0\%$					
	$> 7.0\%$	1.524	0.387	15.508	0.000	4.591 (2.150~9.801)
病程 (年)	< 5					
	≥ 5	0.409	0.128	10.210	0.001	1.505 (1.171~1.935)
低血糖史	否					
	是	0.308	0.162	3.615	0.057	1.361 (0.991~1.869)
治疗方案	生活干预					
	药物治疗	1.21	0.349	12.080	0.001	3.364 (1.697~6.666)

3 讨 论

据报道, 正常人群抑郁症的发生率为 15.1%~22.5%, 而糖尿病患者抑郁症状发生率为 26.0%~51.1%^[11-14]。不同地区 T2MD 患者合并抑郁的发生率有所不同, 这可能与研究人群的年龄、病程以及生活条件等有关。研究结果显示, 杭州市西湖区 T2MD 合并抑郁的发生率为 40.43%, 抑郁症状发生率较高。因此, 在 T2MD 患者的治疗过程中除了控制血糖, 还应进行有效的心理干预和治疗, 这对 T2MD 患者维持血糖稳定发生有重要意义^[15]。

多元 logistic 回归分析结果显示, 低收入水平和农村人口是 T2MD 患者合并抑郁的发生风险较高, 这与 Leone 等^[16]和汤珂等^[17]研究结果一致。糖尿病病程长, 糖尿病及其并发症的长期治疗给低收入患者带来严重的经济负担, 患者极易产生抑郁情绪。糖尿病是一种对自我管理能力要求极高的疾病, 而农村居民自我管理能力相对较弱, 从而增加抑郁的发生风险^[18]。

糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病和糖尿病神经病变是常见的糖尿病慢性并发症。研究结果显示,糖尿病并发症是糖尿病患者合并抑郁的危险因素。一项 meta 分析结果显示^[19],抑郁的发生与糖尿病并发症明显相关,包括糖尿病足、心血管病变、眼部并发症及性功能障碍,其并发症是疾病进展的一个标志,能够给患者带来最直接的心理影响,导致患者抑郁发生风险高^[20]。HbA1c 是反映糖尿病患者前 2~3 个月的血糖控制情况的指标,是评价血糖控制状况的“金标准”^[21]。本研究结果显示,HbA1c>7.0% 是 T2MD 患者合并抑郁的危险因素。血糖控制持续不达标,患者需要频繁增加药量和更换治疗方案,治疗效果不理想导致患者易出现抑郁等负面情绪。研究结果显示^[22],负面情绪会降低胰岛素的敏感性,进一步降低治疗效果,从而加快病情发展速度。病程是 T2MD 患者合并抑郁的危险因素。这可能与病程越长,糖尿病并发症越多,经济支出增加,导致患者产生抑郁情绪。采用药物治疗患者合并抑郁发生率较高,这与刘慧等^[14]研究结果一致。采用药物治疗方案,通常是在生活干预后血糖控制效果不佳后采用,这类病人通常病程较长常伴有并发症,更易产生抑郁情绪。

综上所述,杭州市西湖区 T2MD 患者合并抑郁发生率较高,且 T2MD 患者合并抑郁的发生风险与社会心理学因素和临床疾病特征以及治疗方案有关。因此,对糖尿病的治疗不应仅仅局限于血糖控制,还应加强对患者心理问题的关注。临床工作人员可根据 T2MD 患者合并抑郁发生的危险因素对高危人群制定个性化的心理疏导方案。

参考文献

- [1] Diseases GBD, Injuries C. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 [J]. *Lancet*, 2020, 396(10258):1204–1222.
- [2] 邓奕辉,李钰佳,周韩,等. 糖尿病的中医心身医学认识及治疗[J]. *湖南中医药大学学报*, 2017, 37(6):693–696.
- [3] Hussain S, Habib A, Singh A, et al. Prevalence of depression among type 2 diabetes mellitus patients in India: a meta-analysis [J]. *Psychiatry Res*, 2018, 270:264–273.
- [4] Herder C, Schmitt A, Budden F, et al. Longitudinal associations between biomarkers of inflammation and changes in depressive symptoms in patients with type 1 and type 2 diabetes [J]. *Psychoneuroendocrinology*, 2018, 91:216–225.
- [5] Dong D, Lou P, Wang J, et al. Interaction of sleep quality and anxiety on quality of life in individuals with type 2 diabetes mellitus [J]. *Health Qual Life Outcomes*, 2020, 18(1):150.
- [6] 魏璐,冯春秀,李青青,等. 2 型糖尿病患者的知觉压力和抑郁、焦虑水平的相关性[J]. *国际精神病学杂志*, 2021, 48(04):697–699,706.
- [7] Nouwen A, Adriaanse MC, van Dam K, et al. Longitudinal associations between depression and diabetes complications: a systematic review and meta-analysis [J]. *Diabet Med*, 2019, 36(12):1562–1572.
- [8] Chew BH, Vos RC, Fernandez A, et al. The effectiveness of an emotion-focused educational programme in reducing diabetes distress in adults with type 2 diabetes mellitus at 12-month follow-up: a cluster randomized controlled trial [J]. *Ther Adv Endocrinol Metab*, 2019, 10:2042018819853761.
- [9] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[J]. *国际内分泌代谢杂志*, 2021, 37(5):482–548.
- [10] Zung WW. A Self-Rating Depression Scale [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1965, 12(1):63–70.
- [11] 阎爽,李强,孙予倩. 糖尿病患者伴抑郁状况的多因素分析[J]. *中国临床康复*, 2005, 12(1):1–3.
- [12] Roane BM, Johnson L, Edwards M, et al. The link between sleep disturbance and depression among Mexican Americans: a project frontier study [J]. *J Clin Sleep Med*, 2014, 10(4):427–431.
- [13] 张盼,唐诗,娄培安,等. 社区 2 型糖尿病患者睡眠质量与抑郁症状的相关分析[J]. *中华精神科杂志*, 2016, 49(2):107–112.
- [14] 刘慧,毕艳,朱大龙,等. 江苏省 2 型糖尿病患者并发抑郁状态与治疗方式的相关分析[J]. *中华糖尿病杂志*, 2014, 6(10):717–720.
- [15] 李瑞花,王凯亮,李洪梅,等. 2 型糖尿病患者血糖波动与焦虑抑郁的相关性研究[J]. *临床内科杂志*, 2016, 33(6):415–416.
- [16] Leone T, Coast E, Narayanan S, et al. Diabetes and depression comorbidity and socio-economic status in low and middle income countries (LMICs): a mapping of the evidence [J]. *Global Health*, 2012, 8(1):39.
- [17] 汤珂,秦月兰,赵琼玲,等. 2 型糖尿病患者合并焦虑抑郁的发生现状及影响因素研究[J]. *医学信息*, 2021, 34(23):54–57.
- [18] 张慧丽,李萍,卢慧娟. 家庭功能在老年 2 型糖尿病患者自我管理行为与抑郁情况的中介效应[J]. *实用预防医学*, 2022, 29(1):115–118.
- [19] Albasheer OB, Mahfouz MS, Solan Y, et al. Depression and related risk factors among patients with type 2 diabetes mellitus, Jazan area, KSA: a cross-sectional study [J]. *Diabetes Metab Syndr*, 2018, 12(2):117–121.
- [20] Engum A, Mykletun A, Midthjell K, et al. Depression and diabetes: a large population-based study of sociodemographic, lifestyle, and clinical factors associated with depression in type 1 and type 2 diabetes [J]. *Diabetes Care*, 2005, 28(8):1904–1909.
- [21] 中华医学会糖尿病学分会,中华医学会内分泌学分会. 中国成人 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白控制目标及达标策略专家共识[J]. *中华糖尿病杂志*, 2020, 12(1):1–12.
- [22] 陈慧,刘建容,夏海. 2 型糖尿病患者糖化血红蛋白水平与焦虑抑郁状态的关系分析[J]. *基层医学论坛*, 2017, 21(2):134–135.