·临床心理卫生·

抑郁、焦虑状态对冠状动脉旁路移植术后患者的影响 (综述)

王忠杰① 李西慧② 尹文刚③

【关键词】 心理卫生，抑郁，焦虑

中图分类号：R395.6 文献标识码：A 文章编号：1000-6729（2006）03-0180-03

冠状动脉旁路移植术（coronary artery bypass graft, CABG）是治疗严重冠心病的有效手段。目前全世界每年CABG术为100万例以上。CABG术后抑郁、焦虑状态与其他外科手术相比有更高的发生率。CABG术后存在的抑郁、焦虑状态是术后患者死亡、再次入院和心脏事件的独立的危险因素，并且严重影响术后患者的生命质量。本文总结分析了CABG术后抑郁、焦虑状态对术后患者的影响以及预防和治疗方法。

1. CABG术后抑郁、焦虑状态的发生率

在躯体疾病中，严重心脏问题常伴有精神症状，其中多见的是抑郁。严重的心脏病又增加了情感迟钝、难以自制和认知障碍的发生率[1]。术中和术后的感染、贫血、麻醉、内分泌异常、电解质平衡失调、脑缺血缺氧以及患者自身精神因素可以触发患者特定的心理和生理反应，导致CABG术后患者抑郁和焦虑可以持续存在或第一次发作。CABG术前、术后抑郁或焦虑状态均有较高的发生率。Rymaszewska等[2]报道使用Spielberger焦虑问卷和Beck抑郁问卷（the Beck Depression Inventory questionnaire，BDI）大约55%的患者术前存在焦虑症状，术后住院期间和3月分别有34%、32%的患者存在有临床意义的焦虑；术前32%的患者存在抑郁症状，术后住院期间和3月分别有28%、26%的患者存在抑郁症状。

2. CABG术后抑郁、焦虑状态对患者的影响

2.1 对心血管事件的影响

Lauzon等[3]对587例急性心肌梗死的患者使用BDI在住院期间、心梗后30天、6月和1年进行抑郁症的调查随访。在完成调查的550例患者中，191例（35%）评分≥10分，提示至少为轻度抑郁。在随访过程中抑郁症的发生率没有明显变化。抑郁症的患者与没有抑郁症的患者相比有较高的心血管事件发生率，如再发缺血，第一次住院或因心绞痛再次住院期间发生心肌梗死或充血性心力衰竭，再发急性心肌梗死，充血性心力衰竭或心律失常（校正后的危害比1.4，95% CI为1.05-1.86。

对于行CABG的患者，Hallas等[4]使用医院焦虑抑郁量表（the Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD）、GMS（Global Mood Scale）和DRI（the Dispositional Resilience Scale）调查CABG术前、术后的抑郁焦虑状态和情绪。结果40%的患者存在有临床表现的抑郁或焦虑状态。术后负性情绪有明显减少，同时正性情绪明显增加。但是术后2月有临床表现的抑郁焦虑状态发生率仍高达27%。患者的抑郁、焦虑状态有减少心率变异性和增加血压反应性的危险。Borowicz等[5]把性别、抽烟史、术前经皮冠状动脉腔内成形术（percutaneous transluminal coronary angioplasty, PTCA）或脑血管病史、术前、术后1月、术后1年、术后5年存在的抑郁症等作为影响因素建立Logistic多因素回归分析模型，结果术后1月存在的抑郁症是心绞痛症状复发的最显著的影响因子。Burg等[6]随访89例行CABG的男性退伍军人患者至术后6月。结果发现抑郁指数是术后6月心血管事件住院、持续的外科疼痛、不能恢复到术前的活动能力的独立预测因素。同时术前存在的抑郁可以预测术后6月是否发生抑郁。Connemey等[7]报道CABG术后出院前20%的患者存在重度抑郁（使用Beck抑郁问卷），术后1年重度抑郁的患者中17%的发生心脏事件，而不存在抑郁的患者只有10%发生心脏事件。术后存在的抑郁、焦虑状态明显增加CABG术后心脏事件的发生率，是独立的危险因素。

2.2 对生命质量的影响

Mallik等[8]对963例CABG患者使用老年抑郁量表（the Geriatric Depression Scale，GDS）和SF-36生理功能分量表（the Short Form-36 Physical Component Scale，PCS）进行术前及术后6个月的对比研究。结果发现抑郁评分较高的患者多是年龄相对年轻、女性、躯体功能较差和有较多合并症的患者。术前抑郁评分<5分的患者术后有60.1%患者躯体功能有改善，评分在5～9之间的患者术后有49.8%的患者躯体功能有改善，而评分≥10分的患者术后只有39.7%的患者躯体功能有改善。术后抑郁症状在校正了冠心病严重程度、心绞痛分级、术前生理功能评分和术前治疗史后是预测术后躯体功能无改善的独立因素。术前抑郁评分≥10分与传统的危险因素如术前心梗、心衰、糖尿病和左心室射血分数等相比是术后躯体功能无改善的更强的危险因素。Soderman等[9]发现术前存在的有临床意义的抑郁症严重影响术后的全职的工作时间（OR=9.43，95% CI=3.15-28.21）和减轻的工作时间（OR=5.44，95% CI=1.60-18.53）。

2.3 对死亡率的影响

Pfiffner等[10]对222例首次心肌梗死后但没有行再血管化治疗的患者进行了长达7年的随访。Logistic多因素回归分析示7年死亡率的心理社会预测因素为：朋友缺乏（OR=3.46），焦虑症

① 北京邮电大学医院精神心理科，北京 100876 ② 北京大学第一医院心脏外科，北京 100034 ③ 中国科学院心理研究所，北京 100101

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

(OR = 1.19)，抑郁症 (OR = 1.04)。

Burg等[11]报道在单因素分析中，CABG术后2年的心血管事件死亡率的风险因素有：风险因素评分 (risk index score, RIS)，充血性心力衰竭史，慢性阻塞性肺病史和明显的抑郁症状。而在多因素模型分析中，只有RIS和明显的抑郁症状仍然是心血管事件死亡率的风险因素。

Blumenthal等[12]报道817例CABG的患者随访12年的结果。平均随访5.2年，共有122例 (15%) 患者死亡。使用流调中心用抑郁量表 (the Center for Epidemiological Studies - Depression, CES - D) 进行抑郁症的调查。结果310例 (38%) 患者达到抑郁症诊断标准 (CES - D≥16分)，213例 (26%) 为轻度抑郁 (CES - D 16～26分)，97例 (12%) 为中 - 重度抑郁 (CES - D≥27分)。控制性别、年龄、移植血管桥数量、糖尿病、抽烟、左心室射血分数以及术前心肌梗死后的生存分析提示：术前即存在中 - 重度抑郁 (校正后的危害比 [HR] = 2.4, [95% CI 1.4 - 4.0], $P = 0.001$) 和术前至术后6月持续存在轻度或中 - 重度的抑郁 (校正后的危害比 [HR] = 2.2, [1.2 - 4.2], $P = 0.015$) 是CABG术后死亡的独立预测因素。

3. CABG术后抑郁、焦虑状态发生的影响因素

Vaccarino等[13]报道与男性患者相比，术前女性患者多为高龄，较多伴有不稳定性心绞痛和充血性心力衰竭，较低的躯体功能和较多的抑郁症状。校正了术前的特征后，女性患者术后6～8周的再住院率、躯体症状和副反应的数量仍明显高于男性患者；术后躯体功能下降，同时抑郁症状增加，而难以用疾病的严重成度、术前健康状况或其他的患者特征来解释。Lindquist等[14]报道CABG术后6周，男性和女性患者抑郁和焦虑发生均比术前明显较少；术后6月，生理和社会功能明显提高。尽管各时间点男性和女性患者量表评分的变化相似，但校正基线医疗和社会人口统计的差别后，女性患者各量表评分显著低于男性患者 ($P < 0.01$)。同时术后年抑郁相关的症状多于男性患者。Phillips等[15]发现女性患者术后1年的生活质量显著低于男性患者。校正基线差别后，女性是认知功能受损和焦虑状态发生的危险因素。

Silbert等[16]使用HAD、SAM (the Self Assessment Manikin) 和MAACL-R (the Multiple Affect Adjective Check List-Revised) 在前瞻性、随机、对照试验发现术后早拔管的患者3天有8%的患者发生中 - 重度抑郁，而常规拔管的患者术后3天有30%的患者发生中 - 重度抑郁 ($P < 0.02$)。但使用其他心理量表两组患者术后3天的抑郁发生率没有明显差别。因此，减少机械通气时间能否减少术后抑郁症的发生尚需要进一步的研究。Pirraglia等[17]报道多因素分析结果显示增加术前抑郁症评分主要因素有：低社会支持、术前1年内遭遇至少1次生活应激事件、中重度呼吸困难、缺少或没有有效的帮助、教育水平低下。在控制术前抑郁评分的情况下，术后ICU停留时间延长和缺少或没有有效的帮助是增加术后抑郁症评分的主要因素。

另有文献报道，在随机临床试验中发现CABG术中保持正常温度的患者与术中低温状态的患者相比术后抑郁评分降低[18]。同时合并糖尿病的冠心病患者抑郁症发病率高于不合并糖尿病的冠心病患者。

4. 外科技术的改进对CABG术后抑郁、焦虑状态的影响

Al-Ruzzeh等[20]使用SF-36和HAD发现微创CABG患者术后的生活质量较高，术后抑郁焦虑总的发生率为10.6%，其中轻度抑郁1.3%，轻度焦虑6.7%，中度焦虑2.6，没有重度抑郁或重度焦虑发生。Wray等[21]回顾性分析了连续55例微创CABG患者术后的生活质量、心理状态和心理应对等。结果发现大多数患者的生活质量是优秀的，抑郁焦虑状态的发生率低于先前常规CABG的患者。但是，微创CABG与常规CABG两种手术方式的选择常根据患者的冠脉病变程度、重要器官的功能状态、合并症情况、手术医师的习惯和经验等多方面来决定，各手术中心选择指征不尽相同。同时缺少大规模随机对照试验来证实微创CABG能减少术后抑郁症的发生。

5. CABG术后抑郁、焦虑状态的治疗状况

尽管CABG术后抑郁、焦虑状态有较高的发生率，但临床医师往往缺少对抑郁症和焦虑症的认识而不能明确诊断。Fraguas等[22]发现心脏病学医生更多的是使用安定 (70%) 而不是使用抗抑郁药 (3%)。

目前针对CABG术后抑郁、焦虑状态的心脏康复预防计划的效果，文献研究结果不一致。Hevey等[23]把60例患者随机分为两组进行为期10周和4周的多因素心脏康复计划。结果两组患者精力、疼痛、一般健康状况、心理功能和社会功能均比康复计划前有明显的提高，并且两组之间没有显著性差别。但Norman等[24]对220例心脏事件的患者在出院后2周、4周、5月和1年分别进行随访。结果女性的抑郁评分显著高于男性。针对抑郁状态的多维度的二级预防计划不能有效改善术后的抑郁状态，不管是男性还是女性患者。

6. 目前存在的问题

CABG术后抑郁、焦虑状态的发生率明显高于其它外科手术，严重影响手术效果，降低患者生命质量，增加术后的死亡率。但是抑郁焦虑状态和手术的因果关系不明确，是手术加重了原来即可能存在的抑郁焦虑状态，还是抑郁焦虑状态进一步降低手术效果或二者互为因果关系尚需要进一步研究。

对于有严重躯体疾病 (尤其是冠心病) 的患者并发的抑郁焦虑状态不同于单纯精神科疾病的患者，其较多的躯体症状可能混淆精神科的诊断。目前精神科诊断标准是否适用于有严重冠心病患者尚需要进一步的研究。同时不同种族的患者人群、不同的手术技术以及不同的调查者和调查时机带来的差异对研究结果的影响尚不明确。对于术后并发抑郁焦虑状态的危险因素，应该进行大规模的多因素分析研究，以便能对主要的危险因素进行控制或预防。

目前对于术后抑郁焦虑状态的治疗存在较大对误区。更多的原因是临床外科医师对于该疾病的认识不足，较少能

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

进行正确的诊断和治疗，如何提高诊断和治疗水平是临床外科医师和精神科医师共同面对的课题。

有关CABG术后抑郁、焦虑状态的研究多来自于国外，关于国人CABG术后抑郁、焦虑状态的发生率以及有关生命质量等问题报道较少，有待于大规模调查和研究。

参考文献

1 Reich P, Regestein QR, Murawski BJ, et al. Unrecognized organic mental disorders in survivors of cardiac arrest. Am J Psychiatry. 1983, 140: 1194 - 97.

2 Rymaszewska J, Kiejna A, Hadrys T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. Eur Psychiatry. 2003, 18 (4): 155 - 60.

3 Lauzon C, Beck CA, Huynh T, et al. Depression and prognosis following hospital admission because of acute myocardial infarction. CMAJ. 2003, 168 (5): 547 - 52.

4 Hallas CN, Thornton EW, Fabri BM, et al. Predicting blood pressure reactivity and heart rate variability from mood state following coronary artery bypass surgery. Int J Psychophysiol. 2003, 47 (1): 43 - 55.

5 Borowicz L Jr, Royall R, Grega M, et al. Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. Psychosomatics. 2002, 43 (6): 464 - 71.

6 Burg MM, Benedetto MC, Rosenberg R, et al. Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. Psychosom Med. 2003, 65 (1): 111 - 8.

7 Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, et al. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. Lancet. 2001, 358 (9295): 1766 - 71.

8 Mallik S, Krumholz HM, Lin ZQ, et al. Patients with depressive symptoms have lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. Circulation. 2005, 111 (3): 271 - 7.

9 Soderman E, Lisspers J, Sundin O. Depression as a predictor of return to work in patients with coronary artery disease. Soc Sci Med. 2003, 56 (1): 193 - 202.

10 Pfiffner D, Hoffmann A. Psychosocial predictors of death for low-risk patients after a first myocardial infarction: a 7-year follow-up study. J Cardiopulm Rehabil. 2004, 24 (2): 87 - 93.

11 Burg MM, Benedetto MC, Soufer R. Depressive symptoms and mortality two years after coronary artery bypass graft surgery (CABG) in men. Psychosom Med. 2003, 65 (4): 508 - 10.

12 Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, et al. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. Lancet. 2003, 362 (9384): 604 - 9.

13 Vaccarino V, Lin ZQ, Kasl SV, et al. Gender differences in recovery after coronary artery bypass surgery. J Am Coll Cardiol. 2003, 41 (2): 307 - 14.

14 Lindquist R, Dupuis G, Terrin ML, et al. Comparison of health-related quality-of-life outcomes of men and women after coronary artery bypass surgery through 1 year: findings from the POST CABG Biobehavioral Study. Am Heart J. 2003, 146 (6): 1038 - 44.

15 Phillips Bute B, Mathew J, Blumenthal JA, et al. Female gender is associated with impaired quality of life 1 year after coronary artery bypass surgery. Psychosom Med. 2003, 65 (6): 944 - 51.

16 Silbert BS, Santamaria JD, Kelly WJ, et al. Early extubation after cardiac surgery: emotional status in the early postoperative period. J Cardiothorac Vasc Anesth. 2001, 15 (4): 439 - 44.

17 Pirraglia PA, Peterson JC, Williams-Russo P, et al. Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. Int J Geriatr Psychiatry. 1999, 14 (8): 668 - 80.

18 Khatri P, Babyak M, Croughwell ND, et al. Temperature during coronary artery bypass surgery affects quality of life. Ann Thorac Surg. 2001, 71 (1): 110 - 6.

19 Milani RV, Lavie CJ. Behavioral differences and effects of cardiac rehabilitation in diabetic patients following cardiac events. Am J Med. 1996, 100 (5): 517 - 23.

20 Al-Ruzzeh S, Mazrani W, Wray J, et al. The clinical outcome and quality of life following minimally invasive direct coronary artery bypass surgery. J Card Surg. 2004, 19 (1): 12 - 6.

21 Wray J, Al-Ruzzeh S, Mazrani W, et al. Quality of life and coping following minimally invasive direct coronary artery bypass (MIDCAB) surgery. Qual Life Res. 2004, 13 (5): 915 - 24.

22 Fraguas R Jr, Ramadan ZBA, Pereira ANE, et al. Depression with irritability in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery: the cardiologist's role. Gen Hosp Psychiatry. 2000, 22 (5): 365 - 74.

23 Hevey D, Brown A, Cahill A, et al. Four-week multidisciplinary cardiac rehabilitation produces similar improvements in exercise capacity and quality of life to a 10-week program. J Cardiopulm Rehabil. 2003, 23 (1): 17 - 21.

24 Norman S, Stegmayr B, Eriksson M, et al. Depressive mood after a cardiac event: gender inequality and participation in rehabilitation programme. Eur J Cardiovasc Nurs. 2004, 3 (4): 295 - 302.

责任编辑：胜利

05 - 07 - 20收稿，05 - 09 - 22修回

© 1994-2010 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net