

我国老年抑郁筛查工具及流行病学研究述评

牛亚南 李 娟 (中国科学院心理研究所心理健康院重点实验室老年心理研究中心,北京 100101)

〔关键词〕 老年;抑郁;筛查工具;流行病学

〔中图分类号〕 R592 〔文献标识码〕 A 〔文章编号〕 1005-9202(2010)20-3014-03

老年抑郁症是老年期常见精神疾病,不仅患者痛苦,还会对家庭、社会造成极大的经济负担,已成为我国目前重要的社会、经济和医疗问题。老年抑郁症的诊断标准同一般抑郁症,但具有不典型性、变异性大、症状多样化的特点^[1]。此外,老年抑郁症患者更易以躯体不适症状就诊于综合性医院各科室而非精神科,导致老年抑郁症具有较高的误诊率和漏诊率。通过了解我国老年抑郁的流行病学研究情况,有助于对老年抑郁情绪问题(指存在抑郁症状但尚未达到临床诊断标准的状态)人群进行早期识别和干预,从而降低老年抑郁症的发生、提高其诊治率。已有的老年抑郁流行病学研究结果存在以下问题:①较多关注国外流行病学研究,缺乏对国内研究情况的总体描述和分析;②尚无针对国内常用老年抑郁筛查工具的介绍和比较;③未能按照不同调查方法对调查结果进行分类比较;④相关综述年代较远。基于以上问题,有必要对国内老年抑郁筛查工具、流行病学调查结果进行全面、细致的综述。

1 国内常用老年抑郁筛查工具

老年抑郁量表(The Geriatric Depression Scale; GDS)和流调中心量表(Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; CES-D)、Beck抑郁问卷(Beck Depression Inventory; BDI)是目前用于筛查临床前期老年抑郁情绪问题的常用量表,又以前二者应用更为广泛。老年抑郁量表在设计上突出对老年人的适用性,而流调中心量表则更适合大样本的流行病学调查研究,二者在使用过程中各有优势和不足。

GDS由Brink等人专为老年人创制。其突出优点就在于去除了有可能随增龄而出现的躯体症状条目^[2],以及采用方便作答的“是”与“否”判断。GDS共有30个条目,总分30分。Brink建议按不同的研究目的(要求灵敏度还是特异性)用9~14分作为存在抑郁的界限分^[3],提示该量表的临界值标准尚不明确。在国内相关研究中,多数使用这样的标准:≤10分为无抑郁、11~20分为轻度抑郁、21~30分为中重度抑郁。为了进行快速大样本筛查,现已衍生出简版如GDS-15、GDS-5、GDS-4、GDS-1等。GDS-15已被证明具有与GDS-30相当的信度和效

度^[4]。虽然GDS-30在国内已大量使用,但目前仅在湖南农村社区老人中考察了GDS-30的信、效度^[5]。GDS-15也仅在我国香港地区进行了修订^[6],其在大陆地区的适用性还有待证实。

CES-D用于评价当前抑郁情绪频度而设计,更适合对一般人群的抑郁流行病学调查,而不适合用于临床和对治疗过程中抑郁严重程度变化的监测。CES-D共有20个条目,要求受试者对最近1w内症状出现的频度进行分级式回答,分数越高抑郁出现频度越高^[3]。其临界值划分标准相对GDS更为明确,即,<16分为无抑郁,16~19分为轻度抑郁,≥20分为中重度抑郁。也有少数研究采用了不同的划分标准(如<17分为无抑郁^[7])。该量表用于老年人时主要存在两个问题:一是条目中包含了躯体症状内容,容易引起误判;二是其多级式的回答方式对老年人而言存在困难。

BDI是最常用的抑郁自评量表之一,用于评价抑郁的严重程度。其临界值划分标准较为固定。BDI也存在涉及许多躯体症状问题^[3]。

此外,汉密顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale for Depression; HRSD)、自评抑郁量表和抑郁状态问卷(Self-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory; SDS和DSI)等则常用于临床诊断和评估。HRSD能够较好的反映疾病严重程度、衡量治疗效果。该量表需由经过训练的两名评定员对被评定者进行联合检查。HRSD和SDS以及DSI都包含躯体性障碍条目,故用于老年抑郁判定可能会存在相应问题。近年来引入的老年精神状况量表可用于诊断和筛查两种目的。此外,老年精神状况量表(Geriatric Mental State Schedule; GMS)及配套计算机诊断系统(Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy; AGE-CAT)系英国利物浦大学专为老年精神疾病的流行病学研究设计。以社区简版应用最广泛,量表包括询问被试部分(共157个条目281个问题)和观察评定部分(共25个条目94项)。与之配套的计算机诊断系统(AGE-CAT)会按照是否达到病例水平、器质性障碍优先于功能性障碍、精神病性障碍优先于神经症的原则做出诊断报告^[8]。该量表为比较不同地区、时期的老年人精神状况提供了一个标准化工具。国内已有研究证明其信度、效度较好,可用于病例诊断和筛查以及流行病学调查^[9]。然而该量表条目众多,用于筛查颇为耗时。此外,国内有研究使用GM-SAGE-CAT得出老年抑郁症年发病率为7.2%^[10],远高于其他同类研究结果^[11,12],提示该诊断系统与临床诊断标准之间可能还存在较大差异。目前该工具在国内应用较少,其特点有待进一步观察。

基金项目:国家自然科学基金(30770725),中科院心理所知识创新项目(07CX011001)

通讯作者:李娟(1972-),女,博士,研究员,主要从事老年心理学研究。

第一作者:牛亚南(1976-),女,博士,助理研究员,主要从事认知老化研究。

2 老年期抑郁流行病学研究

由于研究方法(如样本来源、筛查工具、诊断标准等)的不同,国内老年抑郁流行病学的调查结果之间差异也较大。为避免混淆,下面就发病率/患病率、抑郁症/抑郁情绪问题等进行分类描述和分析。

2.1 老年抑郁症发病率/抑郁情绪问题的年发生率 即在老年期某一段时期内(一般为一年)老年人发生抑郁的机率。发病率研究数量较少,与其研究方法较复杂、涉及随访、需投入较多时间和精力有关。由于使用样本和筛查/诊断标准的不同,调查结果之间差异较大。高之旭等^[11]研究显示上海城乡 60~88 岁老年重症抑郁发病率七年间最高为 2.42%、最低 1.5%。闫芳等^[12]发现北京西城区 60 岁以上老年抑郁症最小年发病率为 1.28%。孙菲等^[13]发现北京城乡 60 岁以上老年抑郁情绪问题(CES-D \geq 16 分)年均发生率为 2.65%。马岁岁等^[10]使用 GMS-AGECAT 发现安徽农村 60 岁以上老年抑郁症发病率为 7.2%。从八十年代至今老年抑郁发病率呈增高趋势。

2.2 老年抑郁症患病率/抑郁情绪问题发生率 老年抑郁症患病率研究多采用二阶段调查方式,即先用量表筛查,再使用临床标准诊断和排除。由于所使用的临床诊断标准也不一致,调查结果之间存在较大差异。高之旭等^[11]使用 DSM-IV 重症抑郁诊断标准,研究显示上海城乡 60~88 岁老年抑郁症患病率为 1.52%;李淑然等^[14]使用 ICD-10 抑郁症诊断标准,研究显示北京西城区 60 岁以上老年抑郁症患病率为 1.57%;赵金兰等^[15]使用 CCMD-IV-R 抑郁诊断标准,研究显示福建建瓯市城区 55 岁以上离退休干部老年抑郁症患病率为 9.9%,其中抑郁性神经症占 81%,抑郁症占 19.39%。此外,各研究样本和调查地区也不同,有些研究样本量达 5 000 例以上^[16],而有的研究样本量只有 990 例^[15];陈未生等^[17]研究显示上海农村地区 60 岁以上老年抑郁症患病率为 11.8%,提示农村地区患病率高于城市患病率。

在老年抑郁情绪问题发生率的调查中仅使用抑郁筛查量表而非临床诊断标准,以筛查抑郁情绪问题者。由于所使用筛查工具和调查样本不同,导致研究结果在很大范围内变化。在样本量较大的研究中,唐牟尼等^[16]使用 CES-D(\geq 16 分)发现成都 5 385 名 55 岁以上老人中抑郁情绪发生率为 3.14%;刘宏军等^[7]使用 CES-D(\geq 17 分)发现北京城乡 2 660 名 55 岁以上老人中抑郁情绪发生率为 13.5%;化前珍等^[18]使用 GDS-30(\geq 11 分)发现西安市 1 950 名 60 岁以上老人中抑郁情绪发生率为 24.9%。即使大样本量的研究也仅限于某个特定地区(如北京、上海、成都、西安等),目前尚无报道在全国范围取样的老年抑郁流行病学调查研究。

3 老年抑郁的影响因素

在文献归纳过程中发现,老年抑郁发病的主要危险因素包括:女性^[7,14]、独居^[19]、社会经济水平低下^[19]、社会支持少^[20]、新近发生不良生活事件^[15]、认知功能下降^[16]、日常活动能力受损^[16]、慢性躯体疾病^[14]等。其中,慢性躯体疾病是老年抑郁的重要影响因素。至于年龄增加是否会增加老年抑郁的患病风险,一些研究持否定态度^[14],认为抑郁情绪问题随增龄与年龄

老化有关,如慢性健康问题等,而非年龄本身所致^[7,19]。也有研究发现抑郁发生率随增龄而降低,认为老年人在 60 岁左右刚刚进入退休阶段的角色转换期,这可能更多地引发了抑郁^[20],而增龄多数老人会做出适应和调整,反而使抑郁发生率降低^[18]。文化程度对抑郁的影响也可能来自其他因素如经济水平低或对生活质量要求高,而非来自文化程度本身。

4 问题和展望

通过文献综述和分析发现,目前我国老年抑郁流行病学研究中主要存在以下问题:①缺乏规范的筛查工具。国内研究所使用的老年抑郁情绪问题筛查量表较为杂乱,导致各研究结果间差异大、可比性差。今后研究中需根据特定研究目的和要求选择恰当的筛查工具,同时也应注重对常用筛查工具的规范化。②缺少全国性大样本调查研究。目前国内老年抑郁流行病学调查仍限于各地区范围内,不足以反映国内老年抑郁流行病学的全貌,不利于全国范围内预防和干预等工作的开展,今后应注重开展全国性大样本调查研究。③发病率研究不足。发病率或最小年发病率直接反映了老年期内始发的抑郁情况,对老年抑郁的早发现、早干预具有重要意义,今后应注重发病率的调查研究。④术语使用缺乏规范性。现有研究中,使用了抑郁症、抑郁状态、抑郁情绪、抑郁感等词进行表述,少数研究单凭量表得分就将研究对象设定为抑郁症患者。此外对发病率、患病率的概念使用也较为混乱。今后在报告研究结果或引用他人文献时需注重研究术语的规范使用,供以后的研究工作更好地借鉴和利用。

5 参考文献

- 1 闫芳,李淑然.老年抑郁症的发病率及其随访研究(综述)[J].中国心理卫生杂志,2000,14(6):392-4.
- 2 Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility[J]. Int Psychogeriatr, 1996, 8(1): 103-12.
- 3 汪向东.心理卫生评定量表手册[M].北京:中国心理卫生杂志社,1999:15-70.
- 4 Wancata J, Alexandrowicz R, Marquart B, et al. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review[J]. Acta Psychiatr Scand, 2006, 114(6): 398-410.
- 5 何晓燕,肖水源,张德杏.老年抑郁量表在中国农村社区老年人中的信度和效度[J].中国临床心理学杂志,2008,16(5):473-5.
- 6 梅锦荣.老年抑郁量表和普通健康问卷(简本)信度和效度的研究[J].中华精神科杂志,1999,32(1):41-3.
- 7 刘宏军,孟琛,汤哲,等.北京市老年人抑郁症状的调查[J].中国心理卫生杂志,2004,18(11):494-5.
- 8 刘津,李淑然.老年精神状况量表(GMS)及其计算机诊断系统(AGECAT)[J].中国心理卫生杂志,2001,15(1):19-21.
- 9 刘津,李淑然,张维熙,等.老年精神状况量表社区简版计算机诊断系统(GMSA-AGECAT)在中国的初步测试[J].中国心理卫生杂志,2001,15(4):220-2.
- 10 马岁岁,秦侠,陈若陵,等.安徽省农村社区老年抑郁症发病率调查[J].中国公共卫生,2006,22(4):385-6.
- 11 高之旭,盛尤荣,严和毅,等.上海地区老年抑郁症的流行病学调查[J].中国神经精神疾病杂志,1992,18(5):278-80.

12 闫芳,李淑然,刘津,等.老年期痴呆和老年抑郁症的流行病学调查[J].中华医学杂志,2002,82(15):1025-8.

13 孙菲,汤哲,刘富荣,等.北京市城乡老年人常见慢性疾病对抑郁症状发病率的影响[J].首都医科大学学报,2008,29(3):283-7.

14 李淑然,许亮,陈昌惠,等.北京市城市社区老年期痴呆和老年抑郁症患病率调查[J].中国心理卫生杂志,1999,13(5):266-8.

15 赵金兰,陈正明,兰振兴,等.建瓯市离退休干部老年期抑郁症的流行病学调查[J].现代康复,2001,5(8):125.

16 唐牟尼,刘协和,韩海英,等.成都地区55周岁以上人群中抑郁症患病率调查[J].中国心理卫生杂志,2001,15(2):103-6.

17 陈永生,高之旭.上海农村地区老年抑郁症的流行病学调查[J].中国老年学杂志,1994,14(5):270-1.

18 化前珍,范珊红,尼春萍,等.西安市部分社区老年人抑郁症状的流行病学调查[J].解放军护理杂志,2008,25(21):20-3.

19 胡志,徐晓超,秦侠,等.合肥市城市社区老年抑郁症患病率调查[J].中国初级卫生保健,2004,18(4):30-2.

20 孟卫平,谭平.军队离退休老年人焦虑、抑郁发生状况及影响因素分析[J].中华全科医师杂志,2005,4(11):663-5.

[2010-03-31收稿 2010-05-04修回]

(编辑 袁左鸣)

甲状腺素与心肌重构研究进展

晏浩 李文林 徐建军 (南昌大学第二附属医院胸心外科,江西 南昌 330006)

[关键词] 甲状腺素;甲状腺素受体;心肌重构;胚胎化;心肌梗死

[中图分类号] R541.8 [文献标识码] A [文章编号] 1005-9202(2010)20-3016-03

病理条件下心肌发生的重构包括一系列的分子和细胞机制引起的细胞结构、功能及遗传表型的异常,临床上表现心肌细胞坏死、凋亡、肥大、萎缩等病理改变及细胞外间质的变化。新近实验和临床研究认为,甲状腺素(TH)是心衰等心肌重构的病理生理过程中的重要调控因子,其可以逆转心肌遗传表型的胚胎化、促进心肌细胞存活、改善心肌收缩力、维持正常的心肌代谢及形态学等多种效应改善心肌结构。现将TH-甲状腺素受体(TR)轴在心肌重构中的可能作用综述一文。

1 TH的代谢

酪氨酸和碘原子在甲状腺合成分泌TH,1型和2型脱碘酶将 T_4 转化成有生物学活性的 T_3 ,而3型脱碘酶将 T_3 降解,也可将 T_4 转化成反 T_3 而灭活。由于胞内缺乏2型脱碘酶,所以胞内TH水平依赖于血清TH水平。Ojamaa等^[1]研究发现鼠冠脉结扎后血浆 T_3 水平1w内开始降低,4w无法恢复;而在鼠冠脉结扎心梗后1w内发现TH的分解增加,3型脱碘酶的活性增加明显^[2]。急危重患者的常出现血浆 T_3 减少,反 T_3 增加,而 T_4 和TSH正常的TH代谢异常,称为正常甲状腺功能病态综合征,所以3型脱碘酶也被认为在危重病人TH平衡紊乱和组织应对损伤中发挥重要作用^[3]。

2 TH-TR轴及其与心肌紊乱

TR分为TR α 和TR β 两大类,TR α 1是对TH有高度亲和力

的受体,发挥主要的生理作用,而TR α 2是无配体结合的阴性调控受体;TR β 1调控MHC- β 和SERCA基因的转录,而TR β 2仅分布在垂体,参与负反馈调控。TR与视黄醇类X受体(RXR)构成同源二聚体或异源二聚体,RXR又与过氧化物酶体增生物激活受体(PPAR)和RARs形成异源二聚体。PPAR作为脂肪酸氧化酶基因的主要转录调控子,调控正常的脂质代谢,所以RXR也影响RAR/RXR、TR/RXR和PPAR/RXR异源二聚体复杂的平衡,参与能量代谢途径的调控^[4]。

心梗后TH-TR轴的变化被认为与心肌紊乱有关。病理条件下TR表型改变有明显的时相性。在结扎鼠主动脉8w后发现TR α 1和TR β 1 mRNA水平都下降^[5]。在鼠心梗8w后发现血浆中TH无改变,而TR α 1和TR β 1表达下调;13w后TR β 1表达下降,而TR α 1表达增加^[6]。但甲状腺功能减退鼠模型,血浆低 T_3 水平并不伴有TR α 1表达增加,可能TR α 1未结合TH表现为空受体^[7]。在心衰患者心肌TR α 2 mRNA水平上调,而TR α 1 mRNA水平下降,TR β 1 mRNA水平无变化^[8]。这种应答有重要的生理学意义,TR α 1过表达是甲状腺素信号系统中应对血浆 T_3 水平降低的代偿机制。心肌重构过程中TR α 1受体过表达,低水平TH作为阴性调控配子体, T_3 阴性调控基因,导致应答基因的遗传表型胚胎化。实际上,在胚胎阶段也有低TH水平和TR α 1受体过表达类似病理生理情况。所以,TR α 1受体被认为可能是胚胎型和成熟型心肌功能的分子“开关”^[9]。

3 TH参与心肌重构机制

3.1 TH促进心肌细胞存活 当心肌存活的适应机制不再能维持细胞的动态平衡,干扰能量代谢和基因表达将激活细胞凋亡;发生能量生成和能量消耗信号途径的紊乱将导致心肌细胞死亡;虽然自体吞噬是能量代谢失调的细胞存活途径之一,但这也可能导致心肌继续丢失。TH干预可以减少心肌细胞缺氧

基金项目:国家自然科学基金项目(30960381);江西省教育厅科研项目(GJJ08097)资助

通讯作者:徐建军(1963-),男,教授,博士生导师,主要从事心脏外科相关领域研究。

第一作者:晏浩(1980-),男,医师,在读博士,主要从事心肌缺血保护研究。