

# 慢性紧张性头痛与偏头痛患者的心理健康状况调查

张昆林 刘江 马莎 丁里 武绍远

紧张性头痛(TTH)与偏头痛是神经科门诊中最常见的两种慢性头痛类型,TTH 患病率高于偏头痛,约占门诊头痛病人的半数。临床上,这两种头痛的症状和特征可能相互重叠,都可表现为反复发作,目前均无长期有效治疗手段。两种头痛的发病机制尚未完全明了<sup>[1]</sup>,目前认为与中枢 5-羟色胺(5-HT)、去甲肾上腺素(HE)等神经递质传递紊乱有关。而这些神经递质与人类心理、情绪的表达密切相关,因此头痛与社会心理、精神因素的关系正逐渐受到重视。本研究从心理健康水平的角度,研究慢性紧张性头痛(CTTH)与慢性偏头痛患者存在的异同。现将结果报告如下。

## 对象与方法

### 一、对象

2007 年 10 月至 2009 年 3 月在云南省第一人民医院神经内科门诊及住院的紧张性头痛患者 74 例,其中男 31 例,女 43 例,年龄 21~51 岁,平均(32.6 ± 16.2)岁,病程 7 月至 2 年,均符合 2004 年第 2 次国际头痛协会诊断 CTTH 的标准<sup>[2]</sup>,每月头痛时间多于 20 d。慢性偏头痛患者 70 例,男 29 例,女 41 例,均符合 2004 年第 2 次国际头痛协会诊断慢性偏头痛的标准<sup>[2]</sup>,年龄 16~56 岁,平均(35.3 ± 19.6)岁,病程 3 月至 1.8 年,其中有先兆型 19 例,无先兆普通型 51 例。2 组头痛患者查体均除外视乳头水肿及神经系统阳性体征,并排除全身器质性疾病,病后或来院前 3 个月内行头颅 MRI 或 CT、颈椎 MRI、脑电图等检查,排除颅内占位病变、炎症、外伤、颈椎病等其他继发性头痛者,均为首次诊断,未服用过激素及抗精神病药物,亦排除长期、规律服用止痛药物者。对照组:同期的 74 名本院医师或进修、实习人员,男 32 名,女 42 名,年龄 25~55 岁,平均(40.6 ± 14.9)岁,无长期头痛史,排除既往精神、神经系统疾病及全身器质性疾病。

### 二、方法

1. 测评工具:(1)汉密尔顿焦虑量表(HAMA)<sup>[3]</sup>:包含躯体性焦虑和精神性焦虑 2 大因子共 14 个项目,为 0~4 分的 5 级评分法,总分 ≥ 14 分即肯定焦虑存在。(2)汉密尔顿抑郁量表 17 项版本(HAMD-17)<sup>[3]</sup>:包含了 0~4 分及 0~2 分的两种分级标准,总分 ≥ 17 分即肯定抑郁存在。(3)症状自评量表(SCL-90)<sup>[3]</sup>:有 90 个评定项目,包括 9 个症状因子,分别是躯体化、强迫症状、人际关系敏感、抑郁、焦虑、敌对、恐怖、偏执、精神病性症状等因子,每个条目均采用 5 级评分制。其应用的信、效度已得到肯定<sup>[4]</sup>。

2. 测量方法:向被测评者及家属作量表评定的必要说明,取得其配合。SCL-90 为自评量表,按照统一的填表说明独立填写问卷。HAMA、HAMD 经过专业培训的人员访谈后按照评分标准评分,评估者对被测评者的诊断不知情。

3. 统计方法:所有数据均采用 SPSS 10.0 统计软件处理,均数间的多重比较采用单因素方差分析,两两多重比较采用 LSD

法,计数资料采用  $\chi^2$  检验。

## 结 果

### 一、2 组头痛患者与对照组 SCL-90 评分比较

2 组头痛组躯体化、强迫、抑郁、焦虑、恐怖等因子及总均分,与对照组比较差异有显著性意义( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ),CTTH 组与偏头痛组比较,以上因子分 TTH 组高于慢性偏头痛组( $P < 0.05$ )。提示 2 组头痛的心理健康水平均较正常人群差,TTH 组的不良心理健康较偏头痛组更明显。见表 1。

表 1 2 组头痛与对照组 SCL-90 测评结果比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

SCL-90 因子	CTTH 组(n=74)	偏头痛组(n=70)	对照组(n=74)	F 值	P 值
躯体化	2.62 ± 1.32 <sup>ac</sup>	2.16 ± 1.03 <sup>b</sup>	1.13 ± 0.26	4.675	0.001
强迫	2.65 ± 0.79 <sup>ac</sup>	1.91 ± 0.79 <sup>b</sup>	1.63 ± 0.46	4.252	0.017
人际关系	1.62 ± 0.27	1.55 ± 0.24	1.78 ± 0.35	0.608	0.616
抑郁	2.67 ± 1.29 <sup>ac</sup>	1.97 ± 1.32 <sup>b</sup>	1.01 ± 0.15	4.628	0.002
焦虑	3.16 ± 1.08 <sup>ac</sup>	2.56 ± 1.53 <sup>b</sup>	1.08 ± 0.11	6.534	0.002
恐怖	2.86 ± 1.58 <sup>ac</sup>	2.03 ± 1.06 <sup>b</sup>	1.28 ± 0.33	4.603	0.009
敌对	1.72 ± 0.41	1.68 ± 0.48	1.68 ± 0.31	0.782	0.550
偏执	1.63 ± 0.47	1.68 ± 0.56	1.32 ± 0.35	0.369	0.826
精神病性	1.37 ± 0.18	1.38 ± 0.16	1.35 ± 0.26	0.159	0.921
总均分	2.03 ± 0.59	1.62 ± 0.43	1.06 ± 0.37	3.052	0.043

注:与对照组比较<sup>a</sup> $P < 0.01$ ,<sup>b</sup> $P < 0.05$ ;与偏头痛组比较<sup>c</sup> $P < 0.05$

### 二、2 组头痛患者焦虑、抑郁发生率比较

采用 HAMA 和 HAMD-17 测评,发现 74 例 CTTH 组出现焦虑、抑郁障碍者 52 例(70%);70 例慢性偏头痛组出现焦虑抑郁障碍 34 例(49%)。2 组焦虑障碍和抑郁障碍的发生率比较差异有显著性( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 CTTH 组与偏头痛组焦虑、抑郁发生率比较(例)

组别	例数	焦虑	抑郁	焦虑伴抑郁	焦虑抑郁发生率(%)
CTTH 组	74	32	11	9	70 <sup>a</sup>
偏头痛组	70	20	6	8	49

注:<sup>a</sup>与偏头痛组比较  $\chi^2 = 6.169$ ,  $P < 0.05$

## 讨 论

头痛是中枢神经系统疾病中最常见的临床症状,在综合医院神经内科门诊就诊者中约占 50%<sup>[5]</sup>。虽然慢性原发性头痛中的 TTH 和偏头痛有截然不同的诊断标准和发病机制,但两者又具有相似的神源性改变,神经介质(如 5-HT、NE 等)、神经肽传递异常所致疼痛敏感性增高、痛阈下降都可能导致了两者慢性头痛的发生。

近年来的心理学研究表明慢性原发性头痛与心理健康水平有关,因长期受到头痛困扰,患者常诱发不良情绪,而紧张的心理状态又使头痛发作加重。本研究显示 CTTH 和慢性偏头痛患者存在着明显的精神心理障碍,2 组 SCL-90 评分在躯体化、强迫、抑郁、焦虑、恐怖等项因子的分值评定,均显著高于对照组。CTTH 组各项异常因子分又明显高于慢性偏头痛组,HAMA 和 HAMD 量表测评,CTTH 组焦虑障碍和抑郁障碍的发

生率亦高于偏头痛组,提示 CTTH 的发病与不良心理健康水平关系更密切。有研究显示 TTH 是机体对压力、焦虑、抑郁、情感冲突、疲劳等状态的一种生理表达<sup>[6]</sup>,不良负性生活事件和不恰当的防御机制可能也是 CTTH 的发病机制<sup>[7]</sup>。关于 CTTH 和偏头痛的流行病学、病因和病理生理机制尚不完全清楚。发病机制可能与多种因素有关,近年的研究结果,已逐渐认可慢性头痛属于典型的心身性疾病。各种原因引起的颅周肌肉紧张是 TTH 发生机制之一,而颅周肌肉紧张则与精神心理紧张密切相关,同时后者还是导致 TTH 症状加重的重要因素,焦虑及抑郁与颅周肌肉触痛成正相关,抑郁可能参与了 TTH 的发病机制<sup>[8]</sup>。循证医学证实偏头痛患者存在脑中缝核群神经元(主要是 5-HT)的功能紊乱,头痛发作时脑中缝核群神经元异常放电。而脑中缝核群与丘脑、基底节核团、大脑的额颞叶有广泛的联系,参与机体的情绪及心理活动的调节。这也是本研究 CTTH 和慢性偏头痛患者显示出的不良心理健康水平,并出现焦虑、抑郁障碍的生物学解释。这个结果也支持了临床上对于头痛患者在应用对症治疗的同时,给予相应的心理治疗,较只给予常规治疗者,更能收到良好的效果<sup>[9]</sup>。

## 参 考 文 献

- [1] Loder E, Rizzoli P. Tension-type headache. *BMJ*, 2008, 336:88-92.
  - [2] Hedache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The international classification of headache disorders: 2nd edition. *Cephalgia*, 2004, 24 (suppl 1): S9-160.
  - [3] 张作记. 行为医学量表手册. 中国行为医学科学, 2001, 增刊: 118-121, 128-129.
  - [4] 黄炳花, 汪洋, 王宏, 等. 症状自评量表在外迁移民中的信效度检验. *中国行为医学科学*, 2008, 17: 943-945.
  - [5] 匡培根. 神经系统疾病药物治疗学. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 1061-1080.
  - [6] Diamond S. Tension-type headache. *Clin Cornerstone*, 2002, 1: 33-44.
  - [7] 黄秀琴, 张倩, 杨小柳, 等. 生活事件、防御方式与紧张型头痛的相关性研究. *中国行为医学科学*, 2005, 14: 544-546.
  - [8] Mongini F, Ciccone G, Deregibus A, et al. Muscle tenderness in different headache types and its relation to anxiety and depression. *Pain*, 2004, 112: 59-64.
  - [9] 王立法, 翼风云, 房树志, 等. 认知-行为疗法对偏头痛患者状态焦虑的影响. *中国行为医学科学*, 2007, 16: 898-900.
- (收稿日期: 2009-06-22)  
(本文编辑: 戚厚兴)

## 抗抑郁干预对急性冠脉综合征患者超敏 C-反应蛋白的影响

徐宛玲 张莹 吴霁辉 张梅花

近年来,超敏 C-反应蛋白(hs-CRP)水平与急性冠脉综合征(ACS)患者情绪抑郁的关系日益受到临床重视。本研究旨在探讨抗抑郁治疗对 ACS 患者 hs-CRP 的影响。

**对象** 为 2007 年 8 月至 2009 年 1 月本院住院的 ACS 合并抑郁患者 78 例,其中男 46 例,女 32 例,年龄 43~82 岁。除符合 ACS 诊断外均有失眠、乏力、不安、消极绝望等不同程度的抑郁症状,经汉密尔顿抑郁量表 17 项版本(HAMD-17)评定(严重抑郁 >24 分,中度抑郁 18~24 分,轻度抑郁 7~17 分)。将 78 例患者随机分治疗组和对照组,每组 39 例。治疗组:男 24 例,女 15 例,年龄 45~82 岁,平均(62.8±9.2)岁。其中,不稳定型心绞痛(UA)12 例,ST 段抬高性心肌梗死(STEMI)22 例,非 ST 段抬高性心肌梗死(NSTEMI)5 例;重度抑郁 10 例,中度抑郁 18 例,轻度抑郁 11 例。对照组:男 22 例,女 17 例,年龄 43~81 岁,平均(61.8±8.3)岁。其中,UA 11 例,STEMI 25 例, NSTEMI 3 例;重度抑郁 9 例,中度抑郁 20 例,轻度抑郁 10 例。2 组年龄、性别、HAMD 评分情况具有可比性。

**方法** 1. hs-CRP 测定:入院后抽清晨空腹外周静脉血,采用 Olympus 600 生化分析仪以高敏法测定。2. 治疗方法:2 组均给予常规溶栓、抗凝、扩冠、抗心律失常及阿托伐他汀调脂治疗。治疗组加用氟西汀 20 mg/d,共 4 周,心理治疗由主管医师及统一接受心理干预培训的护师实施,采用一对一沟通方式,引导患者面对患病现实,消除疑虑,帮助患者正确应对和处理疾病过程中出现的各种心理、社会问题,并鼓励家属参与,患者之间相互认识及交谈。培养多种兴趣爱好,增强适应能力。3. 统计方法:应用 SPSS 10.0 统计软件进行分析,计量资料采用均数±标准差表示,两两比较采用配对 *t* 检验。

**结果** 治疗前对照组、治疗组的 HAMD 评分分别为

(31.06±4.95)分和(30.98±4.88)分,hs-CRP 分别为(24.82±6.92)mg/L 和(23.98±6.65)mg/L,2 组差异无显著性。治疗 4 周后,治疗组 HAMD 评分为(8.20±6.32)分,hs-CRP 为(4.12±1.25)mg/L,比治疗前均明显下降,差异具有显著性( $P < 0.01$ );对照组 hs-CRP 明显下降为(7.84±1.53)mg/L,与治疗前相比差异具有统计学意义( $P < 0.05$ ),HAMD 评分下降为(26.78±4.89)分,与治疗前相比差异无显著性( $P > 0.05$ )。治疗后 2 组 HAMD 评分、hs-CRP 水平降低差异亦有统计学意义( $P < 0.05$ )。

**讨论** 有研究表明,冠心病患者的抑郁焦虑等负性情绪的发生率为 60%~70%<sup>[1]</sup>。抑郁对 ACS 患者心血管功能有重要影响<sup>[2]</sup>,使 ACS 患者的预后不良。本研究提示,ACS 合并抑郁患者体内存在高水平的 hs-CRP,具有较强的炎症反应,对 ACS 预后极为不利。本研究结果表明,氟西汀对 ACS 患者的抑郁状态有明显改善作用,所有 ACS 患者治疗后 hs-CRP 水平均有明显下降,而且抗抑郁治疗组较普通治疗对照组患者的 hs-CRP 水平下降更为显著。这可能与抗抑郁治疗改善炎症反应、血小板活化、心率变异性降低等有关,提示炎症反应可能是情绪抑郁恶化 ACS 预后的主要机制之一。因此,对 ACS 患者应从心身医学角度全方位及时了解其抑郁情绪障碍的存在,及时抗抑郁干预对改善 ACS 患者的预后具有重要作用<sup>[3]</sup>。

## 参 考 文 献

- [1] 冯学泉,张作记,戚厚兴,等. 不良心境冠心病患者血清多巴胺、高香草酸水平及相关性研究. *中国行为医学科学*, 2008, 17: 1072-1074.
- [2] 叶志荣,杨菊贤. 冠心病、高血压与心理障碍. *中国行为医学科学*, 1997, 6: 313-315.
- [3] 胡大一,郭艺芳. 急性冠状动脉综合症的诊治进展. *中国实用内科杂志*, 2008, 28: 1-2.

(收稿日期: 2009-08-18)

(本文编辑: 冯学泉)