

(2) 庞博, 高栋梁, 王琴. 多索茶碱静滴联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗支气管哮喘的效果及其对患者血气分析指标的影响 (J). 贵州医药, 2021, 45(1): 41-42.

(3) 王丽峰, 张静, 杨广利. 多索茶碱联合布地奈德治疗支气管哮喘 56 例临床疗效观察 (J). 山西医药杂志, 2019, 48(11): 1309-1311.

(4) 高阳, 杨帆. 支气管哮喘患者外周血 Th1、Th2 与 Th17 细胞表达水平及临床意义 (J). 解放军医药杂志, 2017, 29(1): 76-79.

(5) 中华医学会呼吸病学分会哮喘学组. 支气管哮喘防治指南 (2016 年版) (J). 中华结核和呼吸杂志, 2016, 39(9): 675-697.

(6) 商洪才, 王保和, 张伯礼. 中药新药证候及疗效评价 (J). 中药新药与临床药理, 2004, 15(5): 365-368.

(7) 耿立梅, 闫红倩. 拔罐联合穴位注射治疗支气管哮喘慢性持续期的临床疗效研究 (J). 中国全科医学, 2018, 21(31): 3869-3873.

(8) 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 支气管哮喘基层诊疗指南 (2018 年) (J). 中华全科医师杂志, 2018, 17(10): 751-762.

(9) 王宽, 段智梅, 刘艳红, 等. 喘可治注射液联合布地奈德混悬液雾化吸入治疗支气管哮喘慢性持续期疗效观察 (J). 现代中西医结合杂志, 2017, 26(14): 1528-1530.

(10) 钱慧, 钱文霞. 支气管哮喘患者急性发作期外周血 LncRNA NEAT1 表达及与 Th1/Th2 平衡的关系 (J). 内科急危重症杂志, 2020, 26(5): 383-386.

(11) 何建林, 李珏. 多索茶碱片联合布地奈德混悬液对支气管哮喘急性发作患者肺功能及血清炎症因子水平的影响 (J). 中国地方病防治杂志, 2017, 32(11): 1295.

(12) 李倩, 邵单炫, 张华, 等. 多索茶碱联合布地奈德治疗对支气管哮喘患者肺功能、外周血 Th1、Th2 与 Th17 细胞水平的影响 (J). 标记免疫分析与临床, 2019, 26(4): 691-694, 698.

(13) 辛月. 多索茶碱联合异丙托溴铵雾化吸入治疗支气管哮喘急性发作疗效及对肺功能和 Th1/Th2 型细胞因子的影响 (J). 解放军医药杂志, 2018, 30(10): 73-77.

(14) 焦文好, 张福康. 多索茶碱和氨茶碱静脉滴注与糖皮质激素类药物联合治疗支气管哮喘急性发作临床效果及安全性对比研究 (J). 陕西医学杂志, 2018, 47(9): 1185-1188.

(15) 郭远标, 高抚刚, 董敬军. 多索茶碱与布地奈德雾化治疗急性支气管哮喘患者的效果分析 (J). 中国病案, 2019, 20(4): 107-110.

[文章编号] 1007-0893(2022)09-0100-04

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.09.030

抑郁和躁狂为首发症状的双相障碍患者的临床特征比较

张春锋 邓金勇 高建箱

(茂名市第三人民医院, 广东 茂名 525299)

[摘要] **目的:** 探讨抑郁和躁狂为首发症状的双相障碍患者在临床特征上的差异。**方法:** 选取 2019 年 6 月至 2021 年 6 月于茂名市第三人民医院就诊的双相障碍患者 81 例作为研究对象, 根据不同类型首发症状分为抑郁首发组 46 例和躁狂首发组 35 例, 比较两组患者的一般资料和临床特征, 并观察两组的误诊及复发情况。**结果:** 一般资料上, 与躁狂首发组相比较, 抑郁首发组的女性比例更高, 年龄更大, 受教育程度更高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 临床特征上, 相较于躁狂首发组, 抑郁首发组患者确诊时长更短, 抑郁发作次数更多, 躁狂发作次数更少, 住院次数更少, 精神刺激史发生率更高, 精神病阳性家族史比例更高, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 抑郁首发组的误诊发生率显著高于躁狂首发组的, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 抑郁首发组因服药不依从引起复发的发生率低于躁狂首发组, 因治疗不规范引起复发的发生率高于躁狂首发组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论:** 抑郁为首发症状的双相障碍患者多伴有精神刺激史及精神病阳性家族史, 且误诊率及复发率高, 临床上应根据不同类型首发症状予以个体化治疗。

[关键词] 双相障碍; 抑郁; 躁狂

[中图分类号] R 749.4 **[文献标识码]** B

[收稿日期] 2022-02-20

[作者简介] 张春锋, 男, 副主任医师, 主要研究方向是精神病学。

双相障碍是指临床上同时兼具抑郁发作、躁狂或轻躁狂发作两种症状的一类心境障碍，一般以发作性进展，且抑郁与躁狂两种症状通常循环反复、交替发作出现，或以混合发作的形式存在，并具有较高的复发率^[1]。双相障碍患者的心境和活动水平紊乱变化，有时表现出面色红润、双眼有神、心境高涨、精力充沛以及活动增加等躁狂发作伴随症状，有时表现出焦虑、失眠、过度担忧、心境低落、精力减退以及活动减少等抑郁发作伴随症状^[2]。由于目前在双相障碍中尚无明确客观的特异性生物学指标对疾病进行识别，临床上不能通过定性或定量方式判断及确诊病症，因此误诊率亦较高^[3]。若未能得到及时有效的治疗，则严重影响患者的社会功能，极大程度降低患者的生活质量，严重者可出现自杀倾向或者攻击行为，对患者本人及其家庭以及社会均会造成不良影响^[4]。因此，本研究探讨以抑郁首发与躁狂首发两种不同类型首发症状患者的临床特征，以期为临床双相障碍患者的诊疗和预后判断提供参考依据，现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选取 2019 年 6 月至 2021 年 6 月于茂名市第三人民医院就诊的双相障碍患者 81 例作为研究对象，根据不同类型首发症状分为抑郁首发组 46 例和躁狂首发组 35 例。本研究仅对研究对象相关涉及临床资料进行调查并严格保密患者信息，所有入组患者均知情同意并自愿参与本研究。

1.1.1 纳入标准 (1) 符合《精神障碍诊断与统计手册》^[5]中双相障碍的疾病诊断标准，且初次确诊为双相障碍；(2) 年龄 18~60 岁；(3) 目前病情处于基本稳定状态，汉密尔顿抑郁量表 17 项版 (Hamilton depression-scale, HAMD-17) ≤ 7 分，且贝克-拉范森躁狂量表 (Bech-Rafaelsdn mania rating scale, BRMS) ≤ 5 分，持续时间不低于 2 周；(4) 意识清晰，理解本研究相关调查要求，并可回忆首次发作情况；(5) 知情同意并自愿参与本研究。

1.1.2 排除标准 (1) 伴有脑器质性疾病或影响量

表评估的不稳定的躯体疾病；(2) 伴有其他精神疾病或神经系统疾病；(3) 合并继发于酒药依赖、焦虑障碍等情感障碍者；(4) 临床资料不完整者。

1.2 方法

采用电子病历系统 (electronic medical recrd, EMR) 或病案室查阅与直接询问患者及其家属相结合的方法进行收集入组患者相关信息。一般资料，包括性别、年龄、受教育年限、婚姻状态等；临床特征资料，包括病程、首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、确诊时长、抑郁发作次数、躁狂发作次数、总发作次数、住院次数、精神病性症状、精神刺激史、精神病阳性家族史等；误诊及复发情况。

1.3 评判量表

(1) HAMD-17: 包括焦虑/躯体化、体质量、认知障碍、日夜变化、迟滞、睡眠障碍、绝望感 7 个维度。分值越高，提示抑郁程度越严重。其中，总分 ≤ 7 分表示正常，8~17 分表示轻度抑郁，18~24 分表示中度抑郁，> 24 分表示重度抑郁^[6]。(2) BRMS: 0~5 分表示无明显躁狂症状，6~10 分表示存在躁狂症状，11~22 分表示明显躁狂症状；> 22 分表示严重躁狂症状^[7]。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的一般资料比较

与躁狂首发组相比较，抑郁首发组的女性比例更高，年龄更大，受教育程度更高，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)；两组患者的婚姻状态比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1、表 2。

表 1 两组患者一般资料的计量资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	年龄 / 岁	受教育程度 / 年
躁狂首发组	35	35.31 ± 7.44	9.42 ± 3.48
抑郁首发组	46	39.62 ± 8.01 ^a	11.47 ± 3.93 ^a

注：与躁狂首发组比较，^a*P* < 0.05。

表 2 两组患者一般资料的计数资料比较

(*n*(%))

组别	<i>n</i>	性别		婚姻状态		
		男	女	未婚	已婚	离异 (或丧偶)
躁狂首发组	35	21(60.00)	14(40.00)	4(11.43)	30(85.71)	1(2.86)
抑郁首发组	46	17(36.96) ^b	29(63.04) ^b	7(15.22)	36(78.26)	3(6.52)

注：与躁狂首发组比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者的临床特征比较

相较于躁狂首发组，抑郁首发组患者确诊时长更短，

抑郁发作次数更多，躁狂发作次数更少，住院次数更少，精神刺激史发生率更高，精神病阳性家族史比例更高，

差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组患者的病程、首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、总发作次数、精神病性症状比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表 3、表 4。

表 3 两组患者临床特征的计量资料比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	病程/年	首次发病年龄/岁	首次就诊年龄/岁	确诊年龄/岁	确诊时长/年	抑郁发作次数/次	躁狂发作次数/次	总发作次数/次	住院次数/次
躁狂首发组	35	11.14 ± 3.75	27.24 ± 4.95	28.21 ± 5.02	36.79 ± 11.12	5.19 ± 1.54	1.43 ± 1.02	3.79 ± 1.56	5.17 ± 1.95	2.68 ± 1.14
抑郁首发组	46	9.72 ± 3.13	26.11 ± 4.39	27.04 ± 4.81	34.86 ± 11.49	3.32 ± 1.05 ^c	3.68 ± 1.47 ^c	1.11 ± 1.04 ^c	4.93 ± 1.26	1.26 ± 1.03 ^c

注：与躁狂首发组比较，^c $P < 0.05$ 。

表 4 两组患者临床特征的计数资料比较 (n(%))

组别	n	精神病性症状		精神刺激史		精神病阳性家族史	
		伴有	不伴	有	无	有	无
躁狂首发组	35	16(45.71)	19(54.29)	4(11.43)	31(88.57)	18(39.13)	28(60.87)
抑郁首发组	46	20(43.48)	26(56.52)	15(32.61) ^d	31(67.39) ^d	6(17.14) ^d	29(82.86) ^d

注：与躁狂首发组比较，^d $P < 0.05$ 。

2.3 两组患者误诊及复发情况比较

抑郁首发组的误诊发生率显著高于躁狂首发组的，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；抑郁首发组因服药不依从引起复发的发生率低于躁狂首发组，因治疗不规范引起复发的发生率高于躁狂首发组，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 5。

表 5 两组患者误诊及复发情况比较 (n(%))

组别	n	误诊	复发	
			服药不依从	治疗不规范
躁狂首发组	35	17(48.57)	23(65.71)	4(11.43)
抑郁首发组	46	33(71.74) ^c	19(41.30) ^c	15(32.61) ^c

注：与躁狂首发组比较，^c $P < 0.05$ 。

3 讨论

双相障碍是一种反复性的慢性疾病，需进行长期的针对性治疗，而不同发作模式患者表现出来的临床症状也具有差异性，因此有必要对患者的前期临床症状进行观察了解，总结其发病规律，以有效识别并及时调整治疗方案^[8]。通过归纳不同类型首发症状的双相障碍患者临床特征，为后续病情变化的评估及诊疗提供依据与指导。

本研究纳入双相障碍患者共 81 例，其中为抑郁为首发症状的有 46 例 (56.79%)，以躁狂为首发症状的有 35 例 (43.21%)，提示大部分双相障碍患者以抑郁为首发症状。在一般资料的比较中，相较于躁狂首发组，抑郁首发组的女性比例更高，年龄更大，受教育年限更高，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。分析原因可能为：由于生理或社会因素等影响，女性体内激素易产生波动导致心理不适，且女性共情能力更强，对周围事物变化的感知亦更为敏感，易增加抑郁症状的发生风险。在家庭或职场上，相较于男性，女性可能更易受到不公平的

对待，且女性需兼顾工作与抚育孩子、照顾老人等家务事，更易感到焦虑抑郁，而女性在处理抑郁情绪时更倾向于从自身方面探求当前状况的原因，偏向于自我内部消化不良情绪而非暴力解决问题^[9]。因此，双相障碍患者中以抑郁为首发症状的女性比例大于男性。张莹洁等^[10]研究中表明，不同性别双相障碍患者表现出不同的临床特征，女性多以抑郁为首发症状，男性多以躁狂为首发症状，与本研究结果相符。随着年龄增长与社会阅历增加，社会人群的矛盾逐渐凸显出来，并随年龄增长愈发集中。双相障碍患者因其本身存在的思维功能性障碍，处于抑郁状态的患者自我否定的不良消极情绪亦会愈加严重，同时可能伴有的躯体不适感与焦虑感也逐渐增强，从而导致患者的抑郁症候随自身机体功能减退而越来越显著，因此以抑郁为首发症状患者的年龄明显高于以躁狂为首发症状的患者^[11]。此外，受教育年限较长的患者文化程度相对较高，对疾病认知以及自我行为控制能力会相对较好，因此较少发生躁狂伤害他人的事件，常以抑郁为首发症状。

在临床特征比较中，与躁狂首发组相比较，抑郁首发组患者确诊时长更短，抑郁发作次数更多，躁狂发作次数更少，住院次数更少，精神刺激史发生率更高，精神病阳性家族史比例更高，差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)；但病程、首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、总发作次数、精神病性症状等临床特征比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。分析原因可能为：躁狂症状表现明显，易出现攻击性行为对自身及他人造成威胁性伤害，容易引起周边人群关注而鼓励就诊，并因此及早得到确诊与治疗，也从侧面反映出抑郁首发组患者的确诊时间容易出现延误情况^[3]。因此，抑郁首发组的确诊时长会更短，其抑郁发作次数也更多，躁狂发

作次数更少,同时,因为躁狂发作时对周边人际关系影响较大,甚至对社会功能造成严重损害,因此住院次数多于抑郁首发组。此外,抑郁症状表现的患者心境低落,情绪及想法较消极,在面对应激事件过程中心理承受能力较弱,更容易受到精神刺激。因此,抑郁首发组患者的精神刺激史发生率会相对更高。在精神病阳性家族史方面,相较于以躁狂为首发症状,以抑郁为首发症状的双相障碍患者多存在精神病家族遗传史,考虑为该病与遗传存在一定联系。栗幼嵩等^[12]研究表明,不同类型首发症状的双相障碍患者在精神病阳性家族史方面均存在较高的比例,而以抑郁为首发症状的双相障碍患者与遗传家族史的关系更为密切,与本研究结果相符合。既往研究表明^[13],不同类型首次症状的双相障碍患者在临床特征上也存在多方面的差异,与本研究观点相一致。

在误诊与复发情况比较中,与躁狂首发组相比较,抑郁首发组的误诊率以及治疗不规范引起复发的发生率更高,因服药不依从引起复发的发生率更低,差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。分析原因可能为:双相障碍患者多以抑郁为首发症状,易与单相抑郁混淆,从而出现漏诊、误诊现象。另有研究^[14]提及到门诊双相情感障碍患者常被误诊为抑郁症,而误诊患者首次发作一般表现为抑郁发作,说明以抑郁为首发症状的双相障碍患者误诊率更高。本研究结果可看出,抑郁首发组因治疗不规范引起复发的发生率较高,而躁狂首发组因服药不依从引起复发的发生率较高,且社会人口学资料显示抑郁首发组的受教育年限明显高于躁狂首发组。因此,分析原因可能为:受教育程度较高的患者对于自身病情有更好的认识,治疗依从性也更高,所以引起复发的原因更多为治疗不规范。

综上所述,双相障碍患者以抑郁为首发症状较多,且以抑郁为首发症状的双相障碍患者多伴有精神刺激史及精神病阳性家族史,误诊率及复发率较高,临床上应根据不同类型首发症状予以评估及个体化治疗。但本研究样本量较少,且研究对象均从同一间医疗机构抽取,存在一定的局限性,结论有待更完善的研究进一步

精准验证。

〔参考文献〕

- (1) 黄雨虹,郭栋梁,蒋贤飞,等.双相情感障碍多次住院649例心境发作模式调查(J).精神医学杂志,2019,32(6):433-436.
- (2) 孔飞.双相情感障碍患者临床特征与甲状腺功能水平相关性分析(J).临床医药文献电子杂志,2020,7(38):37.
- (3) 高飞.双相情感障碍患者抑郁首发与躁狂首发的临床特征比较(J).中外医学研究,2020,18(13):141-142.
- (4) 王芳,夏王斌,蔡阿阳.情境式交往训练对双相情感障碍患者生活质量、自我效能感的影响研究(J).中国全科医学,2021,24(S2):121-123.
- (5) 美国精神医学学会.精神障碍诊断与统计手册(案头参考书)(M).北京:北京大学出版社,2014.
- (6) 刘紫珊,马亚荣,张杰,等.单相与双相抑郁障碍患者临床特征的对照研究(J).四川精神卫生,2018,31(4):335-338.
- (7) 管志恒,董瑞瑞,卜阳.喹硫平联合丙戊酸钠对双相障碍患者抑郁、躁狂症状的影响(J).海峡药学,2019,31(2):164-165.
- (8) 陈浩然,程朗朗,林崇光.非结构式团体心理治疗在双相情感障碍中的应用(J).全科医学临床与教育,2019,17(10):889-893.
- (9) 杨树仙.女性双向情感障碍患者的护理要点(J).特别健康,2021,17(23):196-197.
- (10) 张莹洁,迟勇,刘竞,等.双相情感障碍患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点比较(J).中国医刊,2017,52(4):84-87.
- (11) 曹宁,王中刚,刘传新.不同性别双相障碍患者临床特征对比分析(J).精神医学杂志,2018,31(4):260-263.
- (12) 栗幼嵩,陈俊,洪武,等.以抑郁或躁狂首次发病的双相障碍患者临床特征及甲状腺功能水平回顾性分析(J).中华精神科杂志,2016,49(1):42-46.
- (13) 王中刚,曹玉英,李盼盼,等.不同类型首发症状的双相障碍患者临床特征对比研究(J).中国神经精神疾病杂志,2019,45(1):33-36.
- (14) 沈辉,张莉,徐初琛,等.双相情感障碍在门诊的误诊情况分析(英文)(J).上海精神医学,2018,30(2):93-101.