

单相和双相抑郁障碍及精神分裂症患者 神经认知功能的对比研究

苏永胜¹, 何源²

1. 嘉峪关市第二人民医院精神科, 甘肃 嘉峪关 735100; 2. 嘉峪关市酒钢医院精神科, 甘肃 嘉峪关 735100

摘要: **目的** 对比分析复发单相抑郁障碍、双相抑郁障碍及精神分裂症患者神经认知功能的特征, 为临床早期识别和诊断抑郁障碍和精神分裂症提供参考依据。**方法** 选取精神科 2012 年 1 月至 2014 年 3 月收治的 32 例双相 I 型抑郁障碍患者(A 组)、28 例复发单相抑郁患者(B 组)和 38 例精神分裂症患者(C 组)为研究对象, 并选取同期 30 例健康者为对照组, 对比分析 4 组患者总体认知功能以及在持续注意/警觉、学习、记忆、精细动作、社会认知、执行功能以及信息处理等认知领域方面的表现。**结果** C 组患者认知变量均为重度损害, A 组和 B 组患者神经认知功能损害多为轻中度; C 组在持续注意/警觉、学习、记忆、执行功能、信息处理及总体认知功能等方面得分均低于 A、B 组($P < 0.05$), A 组上述指标得分和 B 组比较差异无统计学意义($P > 0.05$), A 组和 B 组在执行功能和计划领域比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 双相抑郁障碍和精神分裂症认知损害模式与程度存在明显差异, 而双相抑郁障碍和复发单相抑郁患者神经认知功能模式相似, 神经认知功能对临床鉴别抑郁障碍和精神分裂症具有一定的提示意义, 但尚不能作为区分单双相抑郁的客观指标。

关键词: 双相 I 型抑郁障碍; 复发单相抑郁; 精神分裂症; 神经认知功能

中图分类号: R 749 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674 - 8182(2015)02 - 0186 - 04

重性精神疾病(serious mental illness, SMI), 如精神分裂症、双相情感障碍、重性抑郁障碍等, 严重影响患者社会人际交往、工作和独立生活能力, 同时也是导致患者躯体疾病患病率和死亡率不断升高的重要危险因素, 降低患者生存能力和生活质量^[1]。目前, SMI 患者躯体健康状况极其严峻, 躯体共病发生率逐年升高, 已经成为 21 世纪医学领域严峻的挑战。双相障碍(bipolar disorder)是既有躁狂或轻躁狂发作, 又有抑郁发作的心境障碍, 具有发病年龄早、反复发作倾向、病程迁延、共病率高、自杀风险高等临床特征, 是一种高致残的 SMI, 临床实践发现双相障碍识别率和诊断率低, 极易延误治疗或者造成不当治疗^[2]。据 2004 年 WHO 统计报道, 抑郁障碍居我国精神疾病负担首位, 严重影响患者的身心健康。精神分裂症是全球范围内最重要的公共卫生问题之一, 尚未完全明确其病因, 具有病程慢性化、致残率高、预后不良的特征, 是我国主要劳动力年龄段十大致残病种之一, 其终生患病率为 1.4% ~ 1.6%^[3]。临床实践发现, 双相障碍临床表现极其复杂, 难以在发病之初识别和诊断, 常被误诊为单相抑郁^[4], 且和精神分裂症的鉴别也较为困难。心境障碍和精神分裂症均会明显损伤患者的神经认知功能, 但目前国内外对患者

认知功能对比研究不多^[5]。故本研究笔者采用公认、可信的测量工具对比分析双相 I 型抑郁(bipolar type I)、复发单相抑郁(recurrent unipolar depression)、精神分裂症(schizophrenia)患者神经认知功能, 探析神经功能损害是否能作为区分双相障碍和精神分裂症等精神疾病的客观指标, 为早期识别和诊断各种心境障碍和精神疾病提供参考和借鉴, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 调查对象 选取本院精神科门诊部和住院部于 2012 年 1 月至 2014 年 3 月期间收治的 32 例双相 I 型抑郁患者(A 组)、28 例复发单相抑郁患者(B 组)和 38 例精神分裂症患者(C 组)为研究对象。入组标准:(1) 年龄 18 ~ 60 岁;(2) 受教育年限 ≥ 5 年;(3) 符合《美国精神障碍诊断与统计手册(第 4 版)》(DSM-IV-TR)轴 I 障碍临床定式检查病人版(SCID-I/P)评估, 近期发作抑郁或重性抑郁障碍, 反复发作或者精神分裂症的诊断标准^[6-7];(4) 近 1 个月治疗方案保持不变;(5) 6 个月内未接受精神分裂症认知功能成套测验共识版(MCCB)或者类似认知评估;(6) 知情同意下签署知情同意书自愿参与本研究。排除标准:(1) 既往或当前存在可能影响评定准确性的躯体或者精神疾病;(2) 正在接受神经认知功能恢

复治者；(3) 不能完成相关评定者。A 组中男 18 例, 女 14 例; 年龄 28 ~ 52 (36.58 ± 11.46) 岁; 教育年限 6 ~ 18 (13.54 ± 3.28) 年; 病程 2 ~ 28 (12.56 ± 9.78) 年。B 组中男 15 例, 女 13 例; 年龄 26 ~ 52 (36.25 ± 11.65) 岁; 教育年限 5 ~ 20 (14.05 ± 3.38) 年; 病程 3 ~ 28 (12.68 ± 10.34) 年。C 组中男 20 例, 女 18 例; 年龄 26 ~ 50 (36.42 ± 12.56) 岁; 教育年限 7 ~ 22 (13.56 ± 3.44) 年; 病程 3 ~ 30 (13.54 ± 10.38) 年。3 组患者性别、年龄、教育年限、病程等一般资料比较差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 具有可比性。另选同期 30 名健康志愿者作为对照组, 入选标准: (1) 无精神障碍者; (2) 无两系三代亲属患精神障碍或遗传性神经系统疾病者。排除标准: (1) 当前或既往存在影响评定效果的躯体或精神疾病者; (2) 不能完成神经认知功能评定者; (3) 测试前 3 d 服用精神活性物质等影响评定准确性者。其中男 16 例, 女 14 例; 年龄 18 ~ 60 (35.86 ± 11.58) 岁; 教育年限 8 ~ 35 (14.25 ± 4.08) 年。

1.2 调查方法 采用横断面设计, 采用面对面单次方式, 不干预患者目前的治疗, 对药物及其他治疗方面均未给特殊的限制, 均不给予任何研究药物。

使用 SCID-I/P (2002) 进行精神障碍疾病筛查^[8]; 病史、疾病特征、情感或者精神病症状等临床资料收集采用情感障碍评估问卷 (ADE 2002)^[9]; 精神病理状况使用阳性与阴性症状量表 (PANSS) 评定; 当前情感症状严重程度采用汉密尔顿抑郁量表 (HAM-D17)、杨氏躁狂评定量表 (YMRS) 评估^[10]; 患者目前的功能状态采用大体评定量表 (GAF) 和社会功能缺陷筛选量表 (SDSS) 评估^[11]。结合 MCCB 和其他神经心理测验评估患者神经心理学状态, 针对性选取注意或警觉、学习、记忆、精细动作、信息处理速度、执行功能以及社会认知等 7 个项目共计 15 项测

试, 借助认知常模将患者认知测验得分转换为 T 分, 再计算各分测验 T 分均值得该项目的 T 分^[12]; 对于不能获得常模数据的持续反应测试 (CPT)、迷宫、空间广度、定部调听觉连续加法测验 (PASAT)、符号编码以及情绪管理 6 项则借助目前常用的北京地区局域常模转换, $T = (X_{\text{样本}} - X_{\text{局域常模}}) / S_{\text{局域常模}} \times 10 + 50$ 。

1.3 统计学方法 使用 Epidata 3.10 软件录入原始数据, 建立样本资料库, 采用 SPSS 18.0 软件进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用单因素方差分析、Tukey HSD 多重比较分析以及协方差分析; 非正态分布连续变量经对数转换为正态分布后行单因素方差分析; 分类变量采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 神经认知功能指标检测结果分析 A、B、C 3 组及对照组总体认知功能得分比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), A、B 组与 C 组比较差异亦有统计学意义 ($P < 0.05$)。7 项神经认知功能中除社会认知外组间比较差异均有统计学意义 (P 均 < 0.01)。A 组和 B 组精细动作、执行功能、信息处理、总体认知功能得分均明显低于对照组 (P 均 < 0.05), C 组持续注意/警觉、学习、记忆、执行功能、信息处理、总体认知功能受损程度明显较 A、B 组严重 (P 均 < 0.05), A 组和 B 组在各认知领域表现差异无统计学意义 (P 均 > 0.05), 仅 B 组执行功能、计划领域得分低于 A 组 (P 均 < 0.05)。执行功能、转换、抑制、计划以及工作记忆亚领域中 A、B、C 组均明显低于对照组 (P 均 < 0.05), 而在范畴流畅亚领域方面, 仅 C 组得分低于对照组 ($P < 0.05$)。C 组工作记忆和范畴流畅得分低于 A 组, 抑制领域得分低于 B 组 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 各组各项神经心理领域得分和总体认知功能对比分析 (分, $\bar{x} \pm s$)

认知领域	A 组 (n=32)	B 组 (n=28)	C 组 (n=38)	对照组 (n=30)	F 值	P 值
注意/警觉	49.38 ± 7.46 ^b	50.74 ± 8.18 ^b	40.45 ± 7.96 ^a	51.82 ± 9.86	7.2358	0.0023
学习	47.12 ± 10.16 ^b	45.92 ± 12.36 ^b	37.82 ± 10.76 ^a	50.54 ± 10.05	7.4685	0.0016
记忆	48.65 ± 9.38 ^b	47.82 ± 11.65 ^b	40.65 ± 11.98 ^a	53.84 ± 7.18	21.5546	0.0000
精细动作	41.65 ± 8.86 ^a	41.42 ± 12.16 ^a	38.52 ± 13.34 ^a	58.06 ± 8.72	37.2016	0.0000
社会认知	50.12 ± 8.45	49.05 ± 23.14	42.92 ± 11.66	53.24 ± 10.92	1.6458	0.1835
执行功能	45.92 ± 5.26 ^{abc}	44.32 ± 6.75 ^{ab}	40.53 ± 7.18 ^a	51.06 ± 5.28	15.0075	0.0000
转换	43.65 ± 7.54 ^a	43.32 ± 8.45 ^a	42.46 ± 7.58 ^a	49.48 ± 7.44	5.0426	0.0034
抑制	44.25 ± 7.18 ^a	47.52 ± 8.36 ^{ab}	39.34 ± 9.58 ^a	53.72 ± 9.46	14.2358	0.0000
计划	46.08 ± 10.74 ^{ac}	40.15 ± 9.06 ^a	42.16 ± 13.08 ^a	52.56 ± 10.08	7.1328	0.0013
工作记忆	48.32 ± 10.26 ^{ab}	46.38 ± 8.54 ^a	39.84 ± 10.65 ^a	53.12 ± 9.05	8.7658	0.0000
范畴流畅	47.75 ± 10.25 ^b	44.42 ± 12.56	38.72 ± 10.36 ^a	46.15 ± 7.92	4.0368	0.0092
信息处理	41.78 ± 6.23 ^{ab}	42.35 ± 6.82 ^{ab}	33.45 ± 9.26 ^a	48.35 ± 7.26	20.1356	0.0000
总分	45.92 ± 5.26 ^{ab}	44.35 ± 6.78 ^{ab}	40.58 ± 7.16 ^a	51.08 ± 5.26	22.6028	0.0000

注: 与对照组比较, ^a $P < 0.05$; 与 C 组比较, ^b $P < 0.05$; 与 B 组比较, ^c $P < 0.05$ 。

2.2 神经认知分测验表现 采用单因素方差分析和 Tukey HSD 多重比较分析存在领域间差异的认知分测验, A 组和 B 组唯一有统计学意义的差异来源于执行功能领域中迷宫测验, A 组(46.05 ± 10.78)分大于 B 组(40.15 ± 9.08)分($P < 0.05$); CPT 2-4 位数测试 A 组得分分别为(52.76 ± 9.26)、(46.48 ± 7.36)、(50.42 ± 9.76)明显高于 B 组的(41.16 ± 8.86)、(38.52 ± 8.86)、(42.18 ± 9.16)分(P 均 < 0.05); PAST 测验 A 组(49.58 ± 8.36)高于 B 组(37.25 ± 11.18)分($P < 0.05$); 动物范畴测验 A 组(47.28 ± 10.26)高于 B 组(38.75 ± 10.32)分($P < 0.05$), 连线测验 A 组(38.56 ± 8.28)分高于 B 组(32.46 ± 11.48)分($P < 0.05$); Stroop 单词和符号编码测验 A 组得分为(41.15 ± 9.26)、(48.05 ± 7.28)明显高于 B 组(29.86 ± 11.42)、(38.76 ± 9.78)分(P 均 < 0.05), 且上述各项测验得分均高于 C 组患者得分(P 均 < 0.05)。

3 讨论

临床诊断抑郁障碍和精神分裂症需要收集患者的资料, 可采用临床会谈, 询问发病年龄、是否有心理社会因素、是否存在躯体疾病、既往发作时的临床表现、发作频数、既往治疗方式及效果、家族史等, 参照诊断标准而确诊; 另外可应用症状评定量表和诊断量表, 前者评估患者是否存在相应的症状及严重程度, 多用于疗效评估, 一般不具有诊断功能, 不能将其作为临床诊断的参考依据, 后者是伴随着诊断标准而编制的, 可依据诊断标准而进行诊断过程和资料收集的标准化^[13], 故在临床诊疗过程中要加强对患者的资料的收集, 全面评估, 和其他精神疾病鉴别, 早期识别和诊断, 为制定有效治疗方案提供参考, 并促进疗效的提高和预后的改善, 进而提高患者的生存质量。

抑郁障碍和精神分裂症作为反复发作的慢性迁延性严重精神病性障碍, 具有高复发特征, 严重损害患者的社会功能和劳动能力, 常导致患者不可逆的脑损伤, 是致残的主要原因, 已经成为全球性公共卫生难题。目前, 药物治疗能改善患者众多阳性症状, 对复发也有极好的预防效果, 但是仍会遗留众多症状及受损的社会功能, 必须采用心理社会干预措施辅助药物治疗, 改善患者的预后^[14]。认知疗法作为心理疗法中一种广泛应用的治疗方法, 多项研究均显示其能有效改善患者的精神症状、认知缺陷和社会功能, 主要从认知矫正治疗、改变患者异常思维和信念内容的认知心理疗法以及内观认知疗法。由此, 明确抑郁障碍和精神分裂症患者神经功能损伤情况对于药物治

疗和心理认知疗法具有极重要的指导作用和临床意义。

本研究中单相抑郁患者病程均超过 5 年, 为降低随着病程延长而发生诊断更改而影响评估的准确性, 保持单相抑郁诊断的稳定性, 且选择的检测工具也具有极其良好的适应性和效应度。表 1 数据提示单相和双相抑郁障碍患者除了计划外其他执行功能表现均不存在差异, 提示患者神经认知损害模式基本相似。国外研究报道, 双相抑郁障碍对执行功能的损害比单相抑郁障碍对患者的影响更为严重, 主要体现在转换、抑制、范畴流畅和信息处理速度领域方面, 本研究也证实上述观点。双相障碍和精神分裂症在遗传生物学等方面均有交叠, 两者在诊断方面一直存在众多争议, 据最新研究报道, 精神分裂症患者认知损害水平在起病初期后趋于稳定^[15], 本研究发现发作期双相障碍患者认知损害要比精神分裂症患者轻, 双相障碍患者和精神分裂症神经认知表现差异较为显著, 可为其生物学相异性提供充足的证据, 和既往研究报道的结果一致^[16]。认知损害的模式和严重程度均有统计学差异, 对临床鉴别双相障碍和精神分裂症具有一定的提示意义, 也可指导制定合理的认知康复计划, 具有极重要的临床价值^[17]。但本研究采用横断面设计, 未能随访情感障碍不同时相的认知功能, 患者也存在合并用药, 不能确定剂量可能导致的结果偏倚, 故还须进一步完善, 以期发现可能独立于疾病状态的认知表现。

综上所述, 双相抑郁障碍和精神分裂症认知损害模式与程度存在明显差异, 而双相抑郁障碍和复发单相抑郁患者神经认知功能模式相似, 神经认知功能对临床鉴别抑郁障碍和精神分裂症具有一定的提示意义, 但尚不能作为区分单双相抑郁的客观指标。

参考文献

- [1] 朱玥, 马燕桃, 石川, 等. 单相和双相抑郁障碍及精神分裂症患者神经认知功能的比较研究[J]. 中华精神科杂志, 2013, 46(6): 325-329.
- [2] 杨勇. 苏州市精神分裂症、双相障碍、抑郁障碍药物治疗方式现状调查[D]. 苏州: 苏州大学, 2014.
- [3] Avery R, Startup M, Calabria K. The role of effort, cognitive expectancy appraisals and coping style in the maintenance of the negative symptoms of schizophrenia[J]. Psychiatry Res, 2009, 167(1-2): 36-46.
- [4] 王佩蓉, 杨春玉, 连中. 单相抑郁与双相抑郁障碍患者临床资料和发病特点的对比研究[J]. 中华全科医学, 2014, 12(4): 513-515.
- [5] Bazin N, Brunet-Gouet E, Bourdet C, et al. Quantitative assessment of attribution of intentions to others in schizophrenia using an ecolog-

ical video-based task: a comparison with manic and depressed patients[J]. *Psychiatry Res*, 2009, 167(1-2): 28-35.

- [6] 司天梅, 舒良, 田成华, 等. 个体和社会功能量表中文版在抑郁障碍患者中的信效度[J]. *中国心理卫生杂志*, 2010, 24(7): 481.
- [7] 刘桂兰, 韩国玲, 马林山, 等. 中学生抑郁障碍患者的家庭环境和生活事件特点[J]. *中国心理卫生杂志*, 2013, 27(2): 136.
- [8] Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M, et al. Increased mortality among patients admitted with major psychiatric disorders: a register-based study comparing mortality in unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia[J]. *J Clin Psychiatry*, 2007, 68(6): 899-907.
- [9] 范娟, 顾红亮, 杨慧琳, 等. 抑郁障碍对儿童生活质量的影响研究[J]. *中国儿童保健杂志*, 2013, 21(12): 1262-1265.
- [10] 闫云霞, 童辉杰. 抑郁障碍的诊断研究概述[J]. *精神医学杂志*, 2008, 21(2): 154-155.
- [11] Kessler RC, 郭万军, 曾卓谦, 等. 世界精神卫生调查行动及其对

中国精神障碍流行病学研究的提示[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2010, 36(7): 385-388.

- [12] 高艳杰. 偏执型精神分裂症康复期患者分散内观认知法干预研究[D]. 天津: 天津医科大学, 2011.
- [13] 李春阳, 陈超, 杨光, 等. 双相障碍住院患者误诊 56 例[J]. *实用医学杂志*, 2012, 28(11): 1897-1898.
- [14] 马欣荣, 侯彩兰, 贾福军. 重症精神疾病患者躯体共病的现状和挑战[J]. *中华行为医学与脑科学杂志*, 2014, 23(2): 181-183.
- [15] 甄龙, 徐改玲, 徐广明, 等. 住院精神障碍患者共病神经系统的状况调查[J]. *中国医药*, 2013, 8(8): 1104-1106.
- [16] 陈学全, 汪凯, 董毅. 精神分裂症社会认知功能研究进展[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2012, 38(8): 502-505.
- [17] 老帼慧, 杨蝉娟, 关力杰, 等. 精神分裂症和双相障碍的健康一级亲属认知功能的对照研究[J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2012, 38(7): 406-410.

收稿日期: 2014-09-24 修回日期: 2014-11-02 编辑: 王宇

· 临床研究 ·

双侧内收肌切断加改良三期石膏治疗 DDH 的临床体会

朱宏刚¹, 王玉忠¹, 景凯², 孟晓皓³, 倪建勋¹, 苏新亚¹, 李九威¹, 武博¹, 刘磊¹

1. 阜新矿业集团总医院骨外科, 辽宁 阜新 123000;
2. 阜新矿业集团总医院心胸血管外科, 辽宁 阜新 123000;
3. 阜新市中心医院内科, 辽宁 阜新 123000

摘要: **目的** 探讨应用双侧内收肌切断加改良三期石膏治疗 6~36 个月儿童发育性髋发育不良(DDH)的疗效。**方法** 2001 年 1 月至 2013 年 6 月收治 DDH 患儿 26 例, 共 30 个髋(其中 4 例双髋 DDH)。术前对 Crowe 分型 III 型中的 2 例患儿和全部 IV 型的 3 例患儿, 在全麻下行患侧痉挛的内收肌切断, 下肢悬吊牵引, 牵引 1~2 周。其余 21 例患儿复位前均在全麻下切断患侧痉挛的内收肌, 所有患儿都要切断健侧紧张的内收肌。C 型臂 X 线机透视下复位, 第 I 期石膏固定: 将患髋置于屈膝 90°, 屈髋 ≥ 90°, 髋外展 90°, 蛙式石膏固定, 在两腿之间放以木棒支撑固定, 固定 3 个月, 每月复查 1 次。第 II 期石膏: 将患肢或双侧患肢置于外展 60°、内旋位、屈膝 20°~30° 位, 石膏固定, 要将髋部固定, 如双侧脱位, 双下肢大腿管形石膏间木棍支撑固定。固定 3 个月, 每月复查 1 次。第 III 期石膏: 双髋外展 45°~60°、内旋位、屈膝 20°~30° 位短腿管型石膏固定, 不固定髋部, 中间以木棍支撑固定。固定 3 个月, 每个月复查 1 次。每期石膏固定满 1 个月时, 拆除踝以下部分石膏。三期石膏结束后, 如髋臼指数超过 35°, 可将石膏固定时间延长 3 个月或半年。**结果** 本组 26 例患儿 30 个髋关节中, 2 例单侧髋 DDH 患儿由于髋臼指数 > 35°, 延长固定 3 个月时间, 1 例单侧髋 DDH 患儿复位困难, 行手术治疗。随访 1~5 年, 29 个髋均得到同心圆复位, 无再脱位发生。并且患儿双下肢等长, 股骨头与髋臼的关系恢复正常, 髋关节活动范围正常, 行走无疼痛, 无股骨头缺血坏死。**结论** 双侧内收肌切断术加改良三期石膏是治疗 6~36 个月 DDH 的有效方法之一, 并发症少, 效果满意。

关键词: 发育性髋发育不良; 儿童; 双侧内收肌切断术; 三期石膏固定, 改良

中图分类号: R 726.8 **文献标识码:** B **文章编号:** 1674-8182(2015)02-0189-03

儿童发育性髋发育不良(developmental dysplasia

of the hip, DDH) 是儿童常见病及多发病。由于目前基层医院医生素质的提高和就医条件的改善, 儿童 DDH 能够被早期诊断, 使早期治疗成为可能。儿童 DDH 早期保守治疗方法很多, 效果各异。我院自