

〔文章编号〕 1007-0893(2023)09-0098-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2023.09.029

双相情感障碍患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点分析

李欣

(中山市小榄人民医院, 广东 中山 528415)

〔摘要〕 目的: 分析双相情感障碍患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点。方法: 回顾性选择中山市小榄人民医院门诊2019年1月至2021年1月期间接收的80例双相情感障碍患者, 将其以疾病首发形式分为抑郁首发组40例和躁狂首发组40例, 另选取同期体检健康的人员20例作为健康人群组。比较两组患者的临床特征及误诊、复发情况, 并比较双相情感障碍患者与健康人群的炎症因子水平。结果: 抑郁首发组患者躁狂抑郁发作次数、住院次数均少于躁狂首发组, 而已婚者、自杀史者占比均高于躁狂首发组, 差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。抑郁首发组患者误诊率与单相抑郁/躁狂复发率均显著高于躁狂首发组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。双相情感障碍组患者白细胞计数、中性粒细胞、单核细胞、超敏C反应蛋白、白细胞介素-6以及肿瘤坏死因子- α 水平均高于健康人群组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 双相情感障碍患者的炎症因子水平高于健康人; 患者中, 相比于躁狂首发患者, 抑郁首发患者的误诊率、复发率与自杀率更高, 因此医疗人员需结合患者的首发形式进行预测性的评估, 确保患者得到个体化、针对性的有效治疗。

〔关键词〕 双相情感障碍; 抑郁首发; 躁狂首发

〔中图分类号〕 R 749.4 〔文献标识码〕 B

双相情感障碍是一种常见的精神疾病, 患者既有躁狂发作, 也有抑郁发作, 心境障碍较为复杂。有研究资料显示^[1], 双相情感障碍的患病率较高, 其中终身患病率接近5%, 且有90%的复发率, 近些年呈现低龄化的发病趋势, 这也引起更多人对该疾病的关注。目前临床上还无法以定性或定量的方式判断患者患病情况, 导致该疾病的误诊率较高, 对患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点进行分析, 能帮助医疗人员更好地区分患者的疾病情况^[2]。对此, 笔者选择中山市小榄人民医院在2019年1月至2021年1月期间接收的双相情感障碍患者作为研究对象, 对其资料展开回顾性分析, 结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾性选择中山市小榄人民医院门诊2019年1月至2021年1月期间接收的80例双相情感障碍患者, 将其以疾病首发形式分为抑郁首发组40例和躁狂首发组40例, 另选取同期体检健康的人员20例作为健康人群组。抑郁首发组中, 男性16例, 女性24例; 年龄26~70岁, 平均年龄(41.2 ± 5.6)岁。包括未婚29例, 已婚11例; 平均受教育年限为(8.5 ± 2.4)年。躁狂首发组患者

中, 男性22例, 女性18例; 年龄25~59岁, 平均年龄(36.7 ± 4.2)岁。包括未婚27例, 已婚13例; 平均受教育年限为(9.2 ± 2.5)年。健康人群组中, 男女各10例, 年龄20~70岁, 平均(42.2 ± 6.7)岁。未婚有12例, 已婚8例, 平均受教育年限为(9.5 ± 2.6)年。本研究经中山市小榄人民医院伦理委员会批准(20181105021L)。

1.2 纳入标准与排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 患者入院时经诊断, 符合国际疾病分类(international classification of diseases-10, ICD-10)^[3]双相障碍诊断标准(F31.0~F31.9), 确诊为双相情感障碍疾病; (2) 患者认知功能正常; (3) 患者机体功能完善, 并能够采用常规治疗方案。

1.2.2 排除标准 (1) 患有重要脏器器质性病变的患者; (2) 患有恶性肿瘤的患者; (3) 存在认知功能障碍的患者; (4) 继发人格障碍、神经症、焦虑障碍、酒药依赖等情况的情感障碍患者。

1.3 方法

(1) 收集两组患者性别、年龄、婚姻状况、受教育年限等一般资料, 以及首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、躁狂抑郁总发作次数、自杀史、住院次数、家族史等资料, 总结患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点; (2) 收集两组患者误诊与单相抑郁/躁狂复发的

〔收稿日期〕 2023-02-16

〔作者简介〕 李欣, 男, 副主任医师, 主要研究方向是情感障碍。

情况，并进行组间比较；（3）收集两组患者的白细胞计数、淋巴细胞、单核细胞、中性粒细胞、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6、肿瘤坏死因子-α 等炎症因子的检查结果，并与健康人群组的体检数据进行比较。

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 两组患者临床特征的比较

抑郁首发组患者躁狂抑郁发作次数、住院次数均少于躁狂首发组，而已婚者、自杀史者占比均高于躁狂首发组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)。两组患者在性别、受教育年限、首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、有家族史等方面的资料比较，差异均无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 1、表 2。

表 1 两组患者临床特征的计量资料比较 (n = 40, $\bar{x} \pm s$)

Table with 7 columns: 组别, 受教育年限, 首次发病年龄/岁, 首次就诊年龄/岁, 确诊年龄/岁, 躁狂抑郁发作次数/次, 住院次数/次. Rows include 躁狂首发组 and 抑郁首发组.

注：与躁狂首发组比较，^a*P* < 0.05。

表 2 两组患者临床特征的计数资料比较 (n = 40, n (%))

Table with 7 columns: 组别, 男性, 女性, 已婚, 未婚, 自杀史, 有家族史. Rows include 躁狂首发组 and 抑郁首发组.

注：与躁狂首发组比较，^b*P* < 0.05。

2.2 两组患者的误诊与复发情况比较

抑郁首发组患者误诊率与单相抑郁/躁狂复发率均显著高于躁狂首发组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者的误诊与复发情况比较 (n = 40, n (%))

Table with 3 columns: 组别, 误诊, 单相抑郁/躁狂复发. Rows include 躁狂首发组 and 抑郁首发组.

注：与躁狂首发组比较，^c*P* < 0.05。

2.3 双相情感障碍患者与健康人群的炎症因子水平比较

双相情感障碍组患者白细胞计数、中性粒细胞、单核细胞、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6 以及肿瘤坏死因子-α 水平均高于健康人群组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)；双相情感障碍组患者与健康人群组的淋巴细胞水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 4。

表 4 双相情感障碍患者与健康人群的炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

Table with 9 columns: 组别, n, 白细胞计数, 中性粒细胞, 淋巴细胞, 单核细胞, 超敏 C 反应蛋白, 白细胞介素-6, 肿瘤坏死因子-α. Rows include 健康人群组 and 双相情感障碍组.

注：与健康人群组比较，^d*P* < 0.05。

3 讨论

为了分析双相情感障碍患者抑郁首发与躁狂首发的临床特点，本研究纳入了 80 例双相情感障碍患者，其中包括 40 例抑郁首发患者和 40 例躁狂首发患者，结果发现，抑郁首发组患者躁狂抑郁发作次数、住院次数均少于躁狂首发组，而已婚者、自杀史者占比均高于躁狂首发组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)。由于躁狂首发患者在发作时的临床表现较明显，会出现伤害自身和他人情况，所以容易引起周边人群的关注而鼓励患者就诊，因此其住院次数较多 [4-5]。而抑郁首发患者在发病时的临床症状并不明显，甚至还有部分患者会出现微

笑型抑郁的状况，给临床诊断造成困扰，导致误诊、漏诊，因此其住院次数较少。由于抑郁可使患者产生自卑、孤独等不良情绪，而这些不良情绪会使其产生自杀的念头，增加自杀风险，分析相关研究数据可知，患者在使用抗抑郁药物后自杀的风险会明显增加，而躁狂患者在发作时会对家庭、社会造成极大影响，所以受到的关注较多，便可有效降低其自杀的可能性 [6-7]。抑郁首发患者的已婚者占比较高可能是由于其承受着家庭的压力，要照顾家庭，给予家庭经济等反面的支持，导致其心理压力过大，因此已婚者中抑郁首发占比较高 [6]。而两组患者在受教育年限、首次发病年龄、首次就诊年龄、确诊年龄、性

别、有家族史等方面的资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。有学者在其研究中也提出年龄是抑郁首发患者和躁狂首发患者的相关因素, 认为抑郁首发患者本身有思维功能性障碍的问题, 伴随时间推移自我否定产生的消极情绪愈加严重, 躯体不适应感增大焦虑感受^[8-9], 所以在机体功能不断减退的情况下抑郁症状将更为明显, 这与本研究结果有出入, 或与样本数量多少以及样本缺乏代表性相关。

在疾病的误诊和复发方面, 抑郁首发患者的误诊率达到 85.0%, 这与该首发症状患者病情隐匿和识别度低有关, 而复发率则达到 42.5%, 高于躁狂首发患者的 20.0% ($P < 0.05$), 究其原因, 笔者参考相关文献^[10-11], 认为与患者服药不依从和治疗不规范有关, 因此笔者认为应在患者发生抑郁首发症状时, 就要警惕是否患有双相情感障碍疾病, 并及时监督患者的用药情况。

另外本研究还发现, 双相情感障碍组患者白细胞计数、中性粒细胞、单核细胞、超敏 C 反应蛋白、白细胞介素-6 以及肿瘤坏死因子- α 水平均高于健康人群组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。即与相关炎症因子有相关性。既往研究已证实, 炎症因子对神经可塑性、氧化应激、神经传递以及神经内分泌的功能在患者表现出抑郁、躁狂症状过程发挥作用^[12-13], 本研究也通过比较双相情感障碍患者与健康人群的数据对此有所证实。白细胞介素-6 是炎症级联中主要的细胞因子之一, 对 C 反应蛋白的出现有直接的刺激作用, 并且可溶性白细胞介素-X 受体介导其促炎症作用, 若患者处于抑郁状态下对应的 C 反应蛋白水平升高, 也就是增加患者短时间内切换为躁狂的风险。还有研究发现, 白细胞介素-6 会增加患者神经损伤的进程, 导致其升高以及脑源性神经营养因子水平降低, 所以需要研究人员理清该指标和患者情绪障碍相关炎症是如何触发与缓解的^[14]。而对于肿瘤坏死因子- α , 其水平升高在一定程度上也意味着机体处于炎症状态^[15], 与白细胞介素-6 具有相近的诊断价值。

综上所述, 抑郁首发或躁狂首发均为情感障碍的一种, 而合并两种症状的双相抑郁情感障碍患者治疗难度更大, 医疗人员要明确不同首发症状患者的特征, 提高识别率, 降低误诊率, 对症治疗, 才能保障患者的健康与安全。

〔参考文献〕

- (1) 谢丽娜. 丙戊酸镁联合氨磺必利治疗双相情感障碍的临床效果及对生活质量的改善作用分析 (J). 中国实用医药, 2021, 16(3): 107-109.
- (2) 方薇, 刘兴高, 金韬. 双相情感障碍患者尿酸检测的临床价值探讨 (J). 国际检验医学杂志, 2019, 40(7): 884-886.
- (3) 北京协和医院世界卫生组织国际分类家族合作中心. 疾病和有关健康问题的国际统计分类: 第十次修订本 (M). 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- (4) 邹文锦, 陈俊浩, 黄素媚. 首发精神分裂症与伴精神性症状的首发双相情感障碍患者静息态低频振幅分数对比研究 (J). 放射学实践, 2019, 34(4): 399-400.
- (5) 陈昌文. 喹硫平联合丙戊酸镁缓释片治疗双相情感障碍的效果与安全性 (J). 当代医学, 2021, 27(2): 165-166.
- (6) 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.
- (7) 职彦敏, 严芳, 吕洪飞. 爱随访在首发双相情感障碍中的应用效果 (J). 国际精神病学杂志, 2019, 45(2): 344-346.
- (8) 陈红梅, 陈景旭. 双相情感障碍血清尿酸水平研究 (J). 中国神经精神疾病杂志, 2019, 42(1): 29-33.
- (9) 武文珺, 张瑞国, 王莹. 青少年首发双相情感障碍精神病性症状特点及对诊断的影响 (J). 神经疾病与精神卫生, 2019, 16(5): 562-564.
- (10) 常晓. 无抽搐电休克疗法联合碳酸锂治疗双相情感障碍躁狂发作患者的效果 (J). 中国民康医学, 2023, 4(6): 100-103.
- (11) 李荷花, 李含秋, 郭伟坚. 双相情感障碍临床特征与甲状腺功能变化的性别差异及其相关性 (J). 国际精神病学杂志, 2023, 4(23): 45-47.
- (12) 吴艳, 方钱禹. 无抽搐电休克联合喹硫平对双相情感障碍躁狂发作患者氧化应激水平及认知功能的影响 (J). 中国创新医学, 2023, 5(17): 47-51.
- (13) 王佳慧. 认知矫正联合常规药物治疗双相情感障碍患者疗效及对 TBIL、UA 和 BDNF 的影响 (J). 中南医学科学杂志, 2023, 4(23): 246-249.
- (14) 孙慧. 双相情感障碍躁狂症发作患者接受系统护理干预后对认知功能的影响分析 (J). 中外女性健康研究, 2023, 5(11): 202-203.
- (15) 吴云, 李海艳, 王莹. 双相情感障碍患者的炎症标记物与情感状态相关性研究 (J). 全科医学临床与教育, 2019, 17(5): 432-434.