



West China Psychiatry and Psychosomatic Medicine

西部精神医学

2017西部精神医学论坛会议专刊



主办单位：四川省西部精神医学协会

承编单位：山东京卫制药有限公司

一周快速起效 疗效安全俱佳

- 适应症：治疗抑郁症。治疗伴有或不伴有广场恐怖症的惊恐障碍
- 2016年艾美仕市场调研：中国市场排名第一的抗抑郁药品牌，精神科医生最认可的抗抑郁药品牌

来士普
Lexapro®
escitalopram



左洛复
盐酸舍曲林片

Pfizer



左洛复®值得信赖，
抑郁初始治疗佳选！

盐酸舍曲林片(左洛复®)产品信息

【产品概述】左洛复，盐酸舍曲林片，规格：盐酸舍曲林片，144片装，30mg/片，口服给药。

【适应症】用于治疗抑郁症、惊恐障碍、强迫症、广泛性焦虑障碍、创伤后应激障碍、躯体化障碍、神经性贪食症、神经性厌食症。

【用法用量】每日一次口服给药，每次20mg，每日一次，每次20mg，每日一次，每次20mg。

【不良反应】恶心、呕吐、腹泻、便秘、口干、失眠、头痛、头晕、嗜睡、乏力、出汗、心悸、心动过速、低血压、心动过缓、心律失常、心电图QTc间期延长、低钾血症、低镁血症、低钙血症、低磷血症、低氯血症、低钠血症、低血糖、高血糖、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状旁腺功能减退、甲状旁腺激素相关蛋白水平降低、甲状旁腺激素相关蛋白水平升高、甲状旁腺激素相关蛋白水平正常。

【禁忌】对舍曲林或其任何辅料过敏者禁用。

【注意事项】服用左洛复期间应避免饮酒。

【规格】每盒144片装，每盒144片装。

【贮藏】密封，避光，防潮。

【有效期】36个月。

【批准文号】国药准字H20050143

【生产企业】辉瑞制药有限公司

【地址】北京市东城区东直门内大街177号

【电话】010-64491000

Pfizer

促临床治愈

治疗各种类型抑郁症及广泛性焦虑症

- ▶ 改善抑郁情绪，促进临床治愈
- ▶ 有效治疗广泛性焦虑症



盐酸文拉法辛缓释胶囊产品信息

【药品名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【通用名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【英文名称】VENLAFAXINE SUSTAINED RELEASE CAPSULES

【化学名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【主要成分】盐酸文拉法辛

【性状】本品为白色或类白色缓释胶囊，每粒含盐酸文拉法辛20mg或30mg。

【适应症】用于治疗抑郁症、广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、强迫症、创伤后应激障碍、躯体化障碍、神经性贪食症、神经性厌食症。

【用法用量】每日一次口服给药，每次20mg或30mg，每日一次，每次20mg或30mg。

【不良反应】恶心、呕吐、腹泻、便秘、口干、失眠、头痛、头晕、嗜睡、乏力、出汗、心悸、心动过速、低血压、心动过缓、心律失常、心电图QTc间期延长、低钾血症、低镁血症、低钙血症、低磷血症、低氯血症、低钠血症、低血糖、高血糖、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状旁腺功能减退、甲状旁腺激素相关蛋白水平降低、甲状旁腺激素相关蛋白水平升高、甲状旁腺激素相关蛋白水平正常。

【禁忌】对文拉法辛或其任何辅料过敏者禁用。

【注意事项】服用文拉法辛期间应避免饮酒。

【规格】每盒30粒装，每盒30粒装。

【贮藏】密封，避光，防潮。

【有效期】36个月。

【批准文号】国药准字H20050143

【生产企业】辉瑞制药有限公司

【地址】北京市东城区东直门内大街177号

【电话】010-64491000

Pfizer

怡诺思
EFFE-OR®
venlafaxine

【药品名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【通用名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【英文名称】VENLAFAXINE SUSTAINED RELEASE CAPSULES

【化学名称】盐酸文拉法辛缓释胶囊

【主要成分】盐酸文拉法辛

【性状】本品为白色或类白色缓释胶囊，每粒含盐酸文拉法辛20mg或30mg。

【适应症】用于治疗抑郁症、广泛性焦虑障碍、惊恐障碍、强迫症、创伤后应激障碍、躯体化障碍、神经性贪食症、神经性厌食症。

【用法用量】每日一次口服给药，每次20mg或30mg，每日一次，每次20mg或30mg。

【不良反应】恶心、呕吐、腹泻、便秘、口干、失眠、头痛、头晕、嗜睡、乏力、出汗、心悸、心动过速、低血压、心动过缓、心律失常、心电图QTc间期延长、低钾血症、低镁血症、低钙血症、低磷血症、低氯血症、低钠血症、低血糖、高血糖、糖尿病、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、甲状旁腺功能减退、甲状旁腺激素相关蛋白水平降低、甲状旁腺激素相关蛋白水平升高、甲状旁腺激素相关蛋白水平正常。

【禁忌】对文拉法辛或其任何辅料过敏者禁用。

【注意事项】服用文拉法辛期间应避免饮酒。

【规格】每盒30粒装，每盒30粒装。

【贮藏】密封，避光，防潮。

【有效期】36个月。

【批准文号】国药准字H20050143

【生产企业】辉瑞制药有限公司

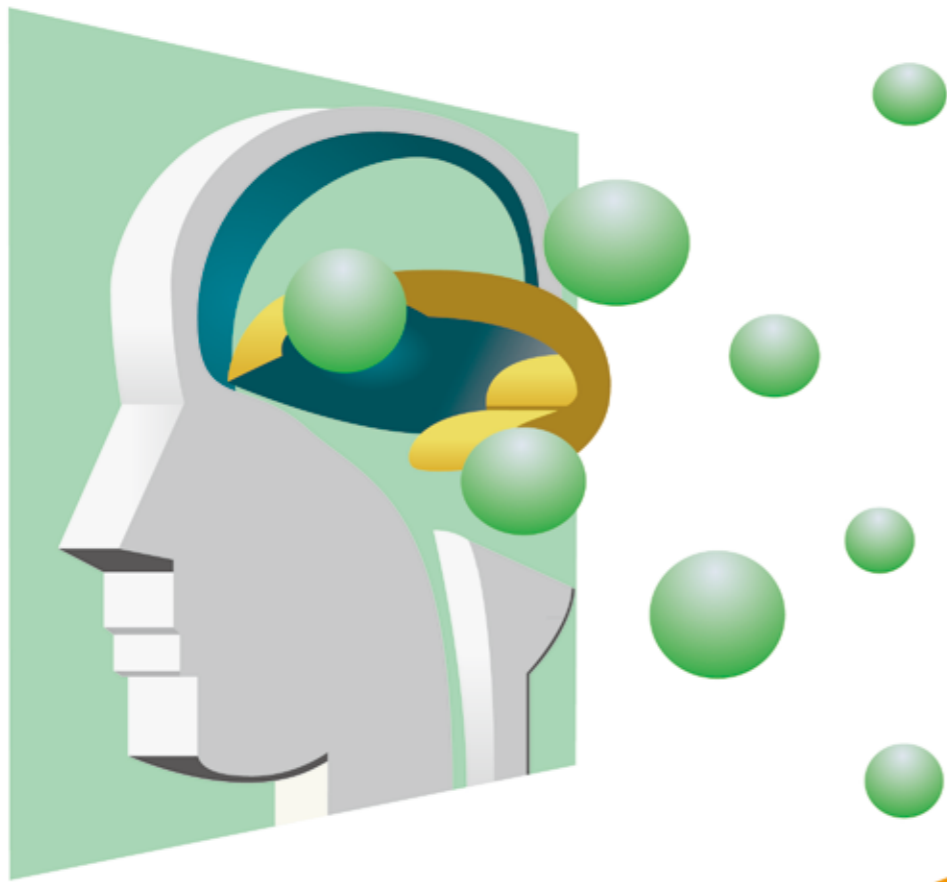
【地址】北京市东城区东直门内大街177号

【电话】010-64491000



苏药广审(文)第2016120636号

枸橼酸坦度螺酮片



- 选择性激动5-HT_{1A}受体^{*}，直击焦虑产生的大脑边缘系统
- 有效治疗躯体疾病伴发的焦虑状态
- 有效治疗各种神经症所致焦虑状态
- 与SSRI^{*}类联用，增强疗效，减少副作用
- 无药物依赖性和戒断症状

*5-HT_{1A}受体：5-羟色胺1A受体。 *SSRI：选择性5-羟色胺再摄取抑制剂。

【适应症】1、各种神经症所致的焦虑状态，如广泛性焦虑症。
2、原发性高血压、消化性溃疡等躯体疾病伴发的焦虑状态。

【用法用量】通常成人应用枸橼酸坦度螺酮片的剂量为每次10mg，口服，每日3次。根据病人年龄、症状等适当增减剂量，但不得超过一日60mg或遵医嘱。

【不良反应】上市后使用结果调查主要不良反应有困倦、眩晕感、头痛等。详见产品说明书。

【禁忌】对本品中任何成份过敏者禁用。

【包装】10mg × 21片/板 × 1板/盒，
10mg × 21片/板 × 2板/盒。

【进口药品注册标准】JM20060003
【进口药品注册证号】H20140655、H20140656
【分包装批准文号】国药准字J20140020
【生产企业名称】Sumitomo Dainippon Pharma Co., Ltd.
【分包装厂】住友制药(苏州)有限公司
本广告仅供医学药学专业人士阅读

住友制药 北京市东城区东直门南大街1号来福士中心办公楼1701室 电话：(010) 57322000 传真：(010) 57322199 邮编：100007
上海市黄浦区淮海中路300号香港新世界大厦57F 电话：(021) 53866565 传真：(021) 63916866 邮编：200021



阿立哌唑口崩片

从始至终 静享平衡之美



简明处方信息

【适应症】用于治疗精神分裂症
在精神分裂症患者的短期(4周和6周)对照试验中确立了阿立哌唑治疗精神分裂症的疗效。选择阿立哌唑用于长期治疗的医生应定期重新评估该药对个别患者的长期疗效。

【用法用量】成人：口服，每日一次。起始剂量10mg，用药2周后，可根据个体的疗效和耐受性情况逐渐增加剂量，最大可增至30mg。此后，可维持此剂量不变，每日最大剂量不应超过30mg。

【不良反应】偶见皮疹、恶心、胃部不适、食欲缺乏、腹痛、腹泻，其他详见说明书。

【禁忌症】已知对本品过敏的患者禁用

【准文号】国药准字H20060521

【注意事项】详见说明书

【生产企业】成都康弘药业集团股份有限公司



本广告仅供医学药学专业人士阅读

广告批准文号：2016020013



成就治疗艺术

思瑞康®(富马酸喹硫平片) 简明处方资料

【适应症】富马酸喹硫平片适用于治疗精神分裂症和双相情感障碍的躁狂发作。【用法用量】口服。一日2次，饭前或饭后服用。用于治疗精神分裂症，治疗初期的日总剂量为：第一日50毫克，第二日100毫克，第三日200毫克，第四日300毫克。可根据患者的临床反应和耐受性将剂量调整为每日150-750毫克。用于治疗双相情感障碍的躁狂发作：当用作单一治疗或情绪稳定剂的辅助治疗时，治疗初期的日总剂量为：第一日100毫克，第二日200毫克，第三日300毫克，第四日400毫克。到第六日可进一步将剂量调至每日800毫克，但每日剂量增加幅度不得超过200毫克。可根据患者的临床反应和耐受性将剂量调整为每日200-800毫克，常用有效剂量范围为每日400-800毫克。详细的用法用量请详见说明书。【不良反应】本品最常报告的不良反应(ADRs)为困倦，头晕，口干，轻度无力，便秘，心动过速，直立性低血压以及消化不良。其它的不良反应请详见说明书。【禁忌】对本品任何成分过敏的患者。【注意事项】本品应慎用于已知有心血管疾病、脑血管疾病或其他有低血压倾向的患者。癫痫、迟发性运动障碍、神经阻滞剂恶性综合征、急性撤药反应、高血糖等注意事项详见说明书。【批准文号】进口药品注册证号：H20130039、分包装批准文号：国药准字J20130080 【生产企业】AstraZeneca UK Limited 分包装企业：阿斯利康制药有限公司

本广告仅供医学药学专业人士阅读

公司：阿斯利康(中国)有限公司 地址：上海市浦东新区克明路199号 电话：(021) 60301752 传真：(021) 58385076 邮编：201203 网址：www.astrazeneca.com.cn
公司：上海和黄药业有限公司 地址：上海市九江路399号华盛大厦17楼 电话：(021) 63503300 传真：(021) 63506236 邮编：200001

知中国利来中国医药事务，请通过以下方式沟通：邮件：china@lilly.com, ADRegaffery@pharm.lilly.com 或 免费热线：800 820 8118 或 直接电话：021-62282606 邮工作部国家监察部电话：021-62282673 苏药广审(文)第2016070382号



励精十载
绽放欣生

抑郁焦虑躯体，3个症状、2个通道、1步到位
获批抑郁症和广泛性焦虑障碍两大适应症

zyprexa 奥氮平片
Olanzapine 再普乐

Celebrating a Beautiful Life
再普乐·再谱美丽人生

简明处方资料

【品名】正式品名：奥氮平片(Olanzapine)
商品名：再普乐® [ZYPREXA]
【性状】白色包衣片
【规格】5mg, 10mg活性奥氮平
【适应症】奥氮平用于治疗精神分裂症。初始治疗有效的患者，奥氮平在维持治疗期间能够保持其临床效果。
奥氮平用于治疗中、重度躁狂发作。对奥氮平治疗有效的躁狂发作患者，奥氮平可用于预防双相情感障碍的复发。
【剂量及用药方法】口服推荐起始剂量为每日10mg。剂量范围5mg至20mg。加药间隔不少于24小时，停用奥氮平时应逐步减量。老年患者、严重肾功能损害或中度肝功能损害患者，起始剂量为每日5mg。患者如有多种可减慢奥氮平代谢的因素(女性、老年、非吸烟者)，起始剂量应降低。

【禁忌症】禁用于已知对该药中任何一种成分过敏的患者。
【不良反应】临床试验中与奥氮平使用有关的主要不良反应是嗜睡和体重增加。在有痴呆的老年患者中，与奥氮平治疗有关的死亡率和脑血管不良事件比安慰剂高。少数患者在治疗中出现血糖和甘油三酯水平升高。偶见不良反应包括头晕、静坐不能、口干、便秘、外周水肿、直立性低血压，及肝转氨酶一过性升高。
【注意事项】详见使用说明书。
【有效期】适宜条件下3年有效。
【包装】10mg/7粒/盒
5mg/28粒/盒
5mg/7粒/盒

请按医生处方购买与使用，详细处方资料请见说明书。
本广告仅供医学药学专业人士阅读。

美国礼来公司

地址：上海市静安区石门一路288号香港兴业太古汇一幢17楼 邮编：200041 电话：(06-21)23021100 传真：(06-21)23021489
进口药品注册证编号：H20160494(10mg), H20160496(5mg), H20160487(5mg) 企业名称：Lilly, S.A.
沪药广审(文)第2017010028号



律康

(枸橼酸坦度螺酮胶囊)

高血压征文活动开始啦!

Dream for health!

征文范围

1) 临床征文:

律康®用于治疗原发性高血压、冠心病等躯体疾病伴焦虑患者疗效分析;
律康®联用常规降压药CCB等对原发性高血压患者血压和心率疗效分析;

2) 综述征文:

律康®在高血压临床运用前景综述; 探索高血压和焦虑之间关系;
5-HT_{1A}受体部分激动剂(律康®)的中枢降压机理探讨;

征文要求

1) 侧重于临床应用研究, 病例数80例以上(含80例)。

2) 论文结果真实可靠, 未公开发表或未在学术会议上交流过。

3) 论文以5000字以内为宜, 论文作者一般不超过5人, 论文后附参考文献; 具体可参考《中华高血压杂志》投稿要求。

4) 论文标题下请注明作者真实姓名、职称、最高学历、工作单位、联系方式、邮箱及邮编。

投稿方式

发送文件名“律康征文+医生姓名+联系方式”至邮箱: lkzw2017@sina.com

征文活动日期

2017年4月1日-2017年11月30日(以电子邮箱收到日期为准)。

评审方法及奖项设置

由本专业领域专家对来稿进行科学、公平、公正地评审。

奖项设置为: **一等奖1篇**、**二等奖3篇**、**三等奖6篇**、**鼓励奖若干**。

所有获奖文章第一作者均颁发证书; 获奖论文择优推荐在核心期刊上发表。

*活动详情请咨询四川科瑞德制药股份有限公司工作人员或来电咨询。

联系电话: 18628237559、15210506121

I Want You! !!



2017

2017 L V K A N G

健康心情 健康血压

用您的文字才华,
畅想属于您的梦想之路!

Deanxit® 黛力新

健康快乐每一天
Healthy and happy every day



快速起效 摆脱焦虑抑郁

全中国用药人次最多的抗焦虑抑郁药物

- 起效快, 3-5天起效
- 同时提高5-HT、NE、DA含量
- 安全性高, 副作用小
- 入编《中国焦虑障碍防治指南》和《临床躯体症状的心身医学分类及诊疗共识》
- 国家医保乙类药品
- 日均治疗费用低, 成本一效果比最好



Deanxit®
氟哌噻吨美利曲辛片

CMS

深圳市康哲药业有限公司
SHENZHEN KANGZHE PHARMACEUTICAL CO., LTD.

LVKANG



主办单位:

四川科瑞德制药股份有限公司

网址: www.creditpharma.com

地址: 四川省成都市武侯区佳灵路20号九峰国际11层

邮编: 610047

号码: 028-85081803

传真: 028-85588450



四川科瑞德制药股份有限公司保留本次征文活动的最终解释权。

目录

第十四届西部精神医学论坛简介

专题讲座..... 02
论坛简介..... 04
第十四届西部精神医学论坛日程..... 11

名家座谈

论著

《双相情感障碍及其非典型症状诊疗及优化治疗方案共识》第二版摘录：
第一章 双相情感障碍的相关问题..... 孙学礼 12

论文

慢性胃肠疾病的心身医学观.....陈玉龙 29
体重管理——健康生活方式的关键.....韩海军 37
浅析精神药物的管理与精神疾病的防治.....张昌忠、杨洪春 41
首发精神分裂症患者恐惧表情识别特征的对照研究.....
..... 齐安思, 杨程青, 等 44

摘要

简述精神科护理临床带教体会..... 吴 森 49
老年高血压患者的护理策略分析.....毕竹萍 51
以精神异常为首发症状的一例肝豆状核变性患者的护理.....王晓萌 53
多巴胺D2样受体基因多态性与精神分裂症风险的关系：遵循PRISMA声明的meta分析.....陈云春, 贺海蓉, 等 56
基于纤维束空间统计分析方法对首发及慢性合并言语性幻听精神分裂症患者脑白质连接的弥散张量成像研究.....郭丽阳, 马青艳, 等 57
经颅磁刺激治疗精神分裂症症状的疗效评价：遵循PRISMA声明的meta分析.....陈策, 贺海蓉, 等 58
青少年精神分裂症患者家属焦虑抑郁状况调查与护理干预.....
.....邵灿, 霍苗苗, 等 60
强迫症患者症状严重程度与脑功能活动的相关分析.....
.....牛琪惠, 李幼辉, 等 60
手指操对提高精神分裂症患者社会功能的研究.....费琳 邵灿 马明芳 61
首发精神分裂症患者甲状腺功能与代谢指标相关性...马青艳, 王崑, 等 61
沃替西汀、维拉唑酮和左旋米那普仑治疗重度抑郁障碍的疗效和耐受性评价：遵循PRISMA声明的meta分析.....王崑, 贺海蓉, 等 62
新型合成毒品滥用者心理健康及应对方式分析.....张迪然, 丁昌权, 等 63
单、双相抑郁患者尿酸、白蛋白、甲状腺激素和血脂水平的分析.....
.....付林燕, 相丹, 等 64
事件相关电位P300中视-听双模态刺激方式的研究进展.....南彩 王高华 65
抑郁症认知任务下脑激活的多通道近红外光谱成像研究... 齐玉 王高华 66
精神分裂症患者治疗前后认知任务下近红外光谱脑激活特征的研究.....
.....罗晓玉, 王惠玲 67
精神分裂症患者工作记忆障碍治疗进展.....王怡君 68
nesfatin-1及HRV与2型糖尿病患者抑郁程度相关性研究.....
.....魏艳艳 王高华 69
抑郁模型大鼠nesfatin-1水平及其在抑郁发病中的可能作用机制.....
.....吴胜娟 王高华 70
导乐分娩对产后抑郁症的影响的meta分析..... 张楠 王高华 72
抑郁症中PI3K/AKT/GSK-3/CRMP-2通路对微管可塑性的影响.....
.....吴作天 王高华 72
脑器质性精神障碍的MRI表现及相关临床资料分析.....周莉娜 王高华 73
有自杀未遂史的抑郁症患者的代谢相关指标研究..... 周莉娜 王高华 74

版权 | Copyright

主办 Published by
四川省西部精神医学协会

协办 Cosponsored by
山东京卫制药有限公司

名誉主编 Reputation Chief Editor
张明园

顾问 Counselor
周东丰 黄竞跃 吴文源
赵靖平 罗百益

主编 Chief Editor
孙学礼

编委 (按拼音排序) Member of Editorial Committee

陈红辉 陈玉龙 陈 强 董碧蓉
杜欣柏 高成阁 胡 建 黄宣银
黄 颐 季建林 况 利 李惠春
李 军 李幼辉 刘 波 刘铁榜
陆 峥 吕路线 梅其一 潘小平
瞿 伟 施琪嘉 施慎逊 谭庆荣
谭友果 田红军 汪 波 王高华
王立伟 王学义 王 雪 徐向东
谢 健 许秀峰 伊琦忠 于恩彦
张迪然 张 宁 郑 毅 周茹英

编辑部 Editorial board

行政主任：孟祥才
责任编辑：周亚玲
联络编辑：但胜刚

地址：四川省成都市国学巷37号
邮编：610041
电话/传真：028-85092966
邮箱：1484931680@qq.com
网址：http://www.chinawcpa.com

第十四届西部精神医学论坛简介



张明园

大会名誉主席

大会主席：肖明朝 孙学礼

大会执行主席：况 利

学术委员会

主席：张明园

委员：(按姓氏拼音排序) 高成阁 胡 建 季建林 况 利 李惠春 李幼辉 刘铁榜

陆 峥 梅其一 潘小平 施慎逊 孙学礼 谭庆荣 王高华 王立伟 王学义 魏 镜

吴文源 许秀峰 张 宁 张玉堂 赵靖平 郑 毅

工作委员会

主席：孙学礼

委员：(按姓氏拼音排序) 陈红辉 陈玉龙 戴尊孝 邓绍平 邓 红 董碧蓉

董 强 杜欣柏 高成阁 韩海军 黄宣银 黄 颐 瞿 伟 孔德荣 况 利 李 军

李幼辉 刘 波 刘 慧 刘 雅 罗 明 吕路线 蒙华庆 冉兴无 阮 冶 孙 华

孙利东 谭庆荣 谭友果 汪 波 王高华 王洪明 王化宁 王晓萍 王艺明 吴文源

徐静静 徐向东 许秀峰 杨建中 杨彦春 伊琦忠 詹淑琴 张波 张迪然 张克让 张祥荣

张英辉 张玉堂 郑 敏 郑 毅 周茹英



尧德中

电子科技大学生命科学与技术学院
(成都脑科学研究院)院长
神经信息教育部重点实验室主任
中国生物医学工程学会副理事长
中国认知科学学会理事
2005年获得国家杰出青年基金
2006年获聘教育部长江学者

专题讲座：广义脑机接口的现状与未来

讲座时间：2017年7月20日 9:00-9:40

专题 讲座



曹建新

苏州大学附三院，消化内科主任医师
中华医学会消化病学分会心身消化学组委员
中华消化心身联盟 (CDPU) 副主席
中国心理卫生协会心身医学专委会常委
中华医学会行为医学分会委员
中国生理学会应激生理专业委员会委员
西部精神医学协会消化身心健康专业委员会副主任委员
国际心身医学学会 (ICPM) & 美国心身医学学会 (APS) 成员
《中华行为医学和脑科学》
《Psychotherapy and Psychosomatics》等杂志编委

专题讲座：心身消化：从理念走向临床

讲座时间：2017年7月20日 9:40-10:20



Lisa Summer

哲学博士，创造性艺术治疗硕士
美国安娜玛利亚大学教授，音乐治疗专业主任
全球最知名的音乐治疗专家之一
GIM(音乐引导想象)领域学术带头人
GIM高级培训师
注册精神健康咨询师
美国注册音乐治疗师

专题讲座：音乐治疗和情绪管理

讲座时间：2017年7月20日 10:20-11:00

孙学礼

教授，博士生导师
西部精神医学协会会长
卫生部华西医院心理危机干预基地主任
四川省西南心理咨询师培训中心主任
四川省医师协会精神科医师分会会长
四川省司法鉴定协会副会长
西南司法鉴定中心主任
四川大学工会副主席

专题讲座：从节律理念解读慢性非感染性疾病

讲座时间：2017年7月20日 11:00-11:40



论坛简介

名家查房（一） ——应激与脑健康(灵北协力)



孙学礼
四川大学华西医院心理卫生中心



况利
重庆医科大学附属第一医院精神科



周红雨
四川大学华西医院神经内科



黄河清
重庆西南医院神经内科

名家查房（二） ——心(脏)与心(情)的共振(康哲协力)



刘阳
四川大学华西医院心理卫生中心



罗素新
重庆大学附一院心血管科



刘剑雄
成都市第二人民医院心血管科



毛家亮
上海仁济医院心血管科



邵春红
上海华山医院精神医学科



刘慧
河南省安阳地区医院心血管科



王一波
上海市黄浦区中心医院心血管科

“掰掰”强迫症睡

坛主：孙学礼

嘉宾：杨彦春 季建林 李毅 刘靖

精彩内容：

强迫症的发病率高达2%-3%，被世界卫生组织列为十大致残性疾病之一，也被众多患者称为“精神癌症”。

如何将它拿下，请看大咖讲解……



睡眠分论坛

主题一：如何高效运营和管理学科特色的睡眠医疗中心

坛主：詹淑琴 王涛 高东（睡眠健康专委会）

精彩内容：

各地各学科都在积极建设自己的睡眠医疗单元，从事睡眠医疗服务的临床医生队伍也逐渐壮大。让我们一起探讨如何帮助正在建设或即将建设开展睡眠医疗服务的医院以及如何切合实际地开展工作。

主题二：基于评估的失眠障碍优化治疗

坛主：詹淑琴 陆林（睡眠健康专委会）

精彩内容：

失眠是现代人最常见的疾病，其患病率约左右，临床上大部分非睡眠专科医生在选择治疗方案时多是对症处理。由于缺乏有效评估，诊断和思考深度不足，药物和非药物疗效均欠佳。

本论坛主要介绍基于评估的失眠障碍的优化治疗。



詹淑琴



王涛



高东



陆林

管理体重，享受健康

坛主：韩海军（营养与心身健康专委会）

精彩内容：

国内运动减肥第一品牌专家与华西膳食营养减肥专家

通过专业减肥塑形讲座教您瘦出窈窕身材来；

通过专家研讨将减肥这个事越辩越明；

通过现场的充分互动为您答疑解惑；

另外，到场的亲们还会亲口品尝到四川大学食品科学学院教授与华西教授联手历时六年研发而成的美味与效果兼备的各类代餐饼干和美食！



“阳光医院”

坛主：张岚

嘉宾：宋锦平 李大江 薛凡

精彩内容：

心理CT——“华西心晴指数问卷（HEI）”：

——筛查心理异常的入院患者；

——创新分级心理干预模式及机制，及时化解患者各类心理危机；

“阳光天使”（临床心理工作者）：创建综合医院心理关怀新模式，为患者及家属提供专业的临床心理指导和支持性心理治疗；

“巴林特小组”：提升医护人员的沟通技巧和人文素养。



山城论道

坛主：许秀峰

嘉宾：黄继忠 梅其一 王学义

精彩内容：

关于精神分裂症患者的药物选择我们应该关注哪些问题？

国际、国内的指南变迁对临床有哪些指导意义？

面对疗效不满意的患者我们又该何去何从？

相聚山城，听大咖现场答疑解惑！



许秀峰

黄继忠

梅其一

王学义

“神”、“精”分科，利弊之争

坛主：王佳伟

嘉宾：陈强 樊国珍 胡珍玉 姜荣环 潘小平 王春雪 张岩

精彩内容：

某些合并了“器质性”和“精神性”的症状，无论归入神经科还是精神科都略显偏颇和尴尬。本论坛将围绕“神”、“精”分科这一主题，从临床医生遇见的典型棘手病例着手，展开学术辩论，以此启发年轻医生多个角度思考临床疾患的诊疗并收获相应的实用性技能。



王佳伟

陈强

樊国珍

胡珍玉

姜荣环

潘小平

王春雪

张岩

Hold不住你的最爱—新解“依赖”

坛主：李静 刘可智 罗明

嘉宾：伊琦忠

精彩内容：

依赖的脑机制研究最新进展与临床治疗的关系如何？

手机依赖及网络依赖等行为依赖的共同之处？

手机依赖与其它疾病共病的心理治疗？

来这里，名家为您解惑…



虚恭论坛



坛主：陈玉龙 甄承恩（消化心身健康专委会）

嘉宾：曹建新 陈胜良 徐三荣 冯五金 李建生 李幼辉 熊小强

精彩内容：

“虚恭”一词为屁之雅称，我国从明朝即开始使用。然而，“虚恭”往往被人们鄙视，视为贬义词，登不上大雅之堂。其实它有很多生理意义，甚至与人们的心理健康息息相关，但很少被人关注。本论坛将从其定义、发生机理、病理生理及相关心理状态谈起，深入讨论。给参会者奉献一份学术大餐，使人们了解它，重视它，纠正对它的偏见，并讨论如何处理与“虚恭”相关的心理障碍。



医易同源话精神

坛主：周茹英 谢涛（中青年医师专委会）

嘉宾：杨彦春 李华凤

精彩内容：

“何谓“易”：人在自然中的存在； 应激：生活中的风风雨雨； 从中医角度谈人的精气神与损耗；

精神医学：应激反应与精神障碍；

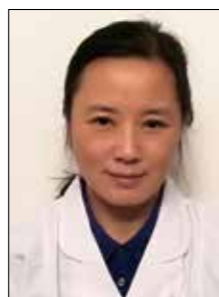
案例讨论1：焦虑状态 案例讨论2：抑郁状态



谢涛



周茹英



李华凤



杨彦春

待放蓓蕾的凋谢 ——再谈儿童青少年自杀防治

坛主：谭庆荣 况利

嘉宾：季建林 周发春 牟小容

精彩内容：

儿童青少年是祖国的未来，是待放的花朵，可现如今儿童青少年自杀率居高不下，成为青少年人群的头号死因，蓓蕾尚未开放，却已然凋谢……

——拿什么理解你，我的孩子？

——拿什么帮助你，我的学生？

——拿什么拯救你，我的患者？

——拿什么关注你，我们的未来！

本次论坛，将从真实案例出发，邀请社会各界人士从不同视角再谈自杀，深入探讨儿童青少年自杀的早期发现与防治。



谭庆荣



况利



季建林



牟小容



周发春

节律障碍的理念框架

每一块物体，都有脱离母体的离心力。人也是同样的，人从母体出生就是一种脱离。那么，肉体脱离了，精神脱离从什么时候开始？青春期！青春期后，它的子代就不断地脱离亲代，有的人脱离的很快，而有的人就脱离的很慢，而这种离心力是一辈子的。在这个过程中，母体要把它抓住，这就形成了一个平衡，这种平衡，既有能量的产生，也有规范可循。天体中的恒星、行星都是宇宙大爆炸的产物，人也不例外！所以人带有与自然相同的密码，且这个密码就是需要遵循的内在规律，我们把这个规律叫做“节律”。所以“天人合一”的概念是指人体运行的自身规律必须符合大自然的规律，而不符合这个规律就会生病，所以，从这个角度来讲天人合一实际上就是节律，失节律=失生命。

那么，人体如果靠节律运行的话，人的节律就经常被打破，这是为什么呢？因为人有很多欲望，所以人经常出现应激，应激在精神科当做被称为“焦虑”，这个“焦虑”并不是疾病意义上的“焦虑”，而是对外界应激所产生的情

绪体验。这种应激带来的变化很多，如：影响海马，海马损害导致认知改变，继而出现病理性抑郁。所以，应激非常重要，从广义来讲，所有慢性非感染性疾病都是应激的结果。如果从这个意义上理解疾病：生物节律，如：睡眠、情绪、内分泌等作为基础，使人得以正常生存；而人随时都在应激，包括精神应激和躯体应激，因此，正常节律受到冲击后就可以出现各种异常，这种异常称为“局部异常”，如：倒时差出现境遇性失眠、糖耐量异常、焦虑综合征、口腔溃疡、妊娠高血压等。所以医学界第一步就应该处理局部异常，我们的目标并非消除指标异常，而是恢复正常节律！若这一步不处理或处理不完善，亦或是应激源持续存在，就进入下一个阶段：节律全面紊乱。如：高血压（尤其是高血压III）甲亢甲减、糖尿病（糖尿病最可怕的是低血糖，且脆性糖尿病最容易发生并发症）。如果到这一步还不处理，或处理不完善，最后将发展成失节律障碍，如：肿瘤、心衰、精神衰退等，所以我们再次强调，对于慢性非感染性疾病来讲，医疗的任务并不是掩盖症状，而是恢复节律！



关于论坛 您说了算！



扫描二维码

评选出您心中的优秀论坛及优秀专题研讨会

众多精彩内容，等您来评

凡评即有小礼品相赠

评选时间

2017年7月20日12:00—7月22日12:00

亲~您的建议，对我们很重要哦~

第十四届西部精神医学论坛术日程

7月19日	10:00-22:00	报到（凯宾斯基酒店大堂）		
	20:00-21:00	理事会		
7月20日	08:30-09:00	开幕式暨会员大会（主会场）		主持人：况利
	09:00-11:40	专题讲座	讲者	主持
	09:00-09:40	广义脑机接口的现状与未来	尧德中	吴文源 黄宣银
	09:40-10:20	心身消化：从理念走向临床	曹建新	
	10:20-11:00	音乐治疗和情管理	Lisa Summer	张明园 况利
	11:00-11:40	从节律理念解读慢性非感染疾病	孙学礼	
		(会场一)	(会场二)	(会场三)
	12:00-13:30	午餐/专题研讨会		
		1 抑郁与睡眠 / 抑郁症从肾论治的中医解读（同仁堂） 解读（同仁堂）	2 抑郁症的早期优化治疗 / 抗精神药物的最新治疗策略（康弘）	3 抑郁症专题研讨会（杨森）
	7月20日	13:30-15:00	论坛	
1 三国论坛——心身医学角度谈综合医院临床中的躯体不适 坛主：孙学礼 嘉宾：胡建 曹雅 于生元			2 医易同源 坛主：周茹英 谢涛（中青年医师专委会） 嘉宾：杨彦春 李华凤	3 山城论道：精神分裂症治疗中的选药与换药 坛主：许秀峰 嘉宾：黄继忠 梅其一 王学义
15:00-16:30		论坛		
		4 医患沟通与治疗 坛主：孙学礼 嘉宾：况利 游永恒 金永红	5 双相障碍从儿童到成人 坛主：郑毅（双相情感障碍专委会） 嘉宾：况利 梅其一 苗国栋 贾艳滨	6 重性精神障碍求索：纵观各国指南，纵览全年热点 坛主：张明园 吴文源（重性精神障碍专委会） 嘉宾：施慎逸 李惠春 许秀峰 梅其一 谭庆荣 谭友果（重精专委会副主任员）
16:30-17:10	专题研讨会			
	4 从精神药理看合理用药（圣华曦）	5 从双心医学角度看“高血压”——常规治疗背后的冷静思考（科瑞德）	6 Chronos 及早获益，快速回归（辉瑞）	
	(会场一)	(会场二)	(会场三)	
7月21日	08:20-09:00	专题研讨会		
		7 Sigma-1 受体激动剂在神经精神疾病中的临床意义（雅培）	8 抑郁障碍的治疗困境与思考（豪森）	9 药物治疗依从性的重要性与管理（GSK）
	09:00-10:30	论坛		
		7 “掰掰”强迫症—透视强迫症和强迫症状 坛主：孙学礼 嘉宾：杨彦春 季建林 李毅 刘靖	8 从物质到行为——hold 不住你的最爱—新解“依赖” 坛主：李静 刘可智 罗明 嘉宾：伊琦忠	9 如何高效运营和管理学科特色的睡眠医疗中心 坛主：詹淑琴、王涛、高东（睡眠健康专委会） 嘉宾：孙学礼 韩芳 宿长军 陈贵海 邓丽影 王赞 潘小平 张红菊 于逢春 顾平 李宁 丁岩
	10:30-12:00	论坛		
		10 基于评估的失眠障碍优化治疗 坛主：詹淑琴 陆林（睡眠健康专委会） 嘉宾：潘集阳 孙洪强 毛洪京	11 模拟法庭-医疗服务合同纠纷 坛主：张明园 杨甫德 嘉宾：唐宏宇 李娟 谢学锋	12 待放蓓蕾的凋谢—再谈儿童青少年自杀的防治 坛主：谭庆荣 况利 嘉宾：季建林 周发春 牟小容
	12:00-13:30	午餐/专题研讨会		
		10 真实世界的抑郁症优化治疗（灵北）	11 精神分裂症的长程管理（中西）	12 综合医院抑郁、焦虑障碍躯体化表现的识别（科伦）
	13:30-15:00	论坛		
		13 换个角度看焦虑 坛主：孙学礼 吕路线 住友 嘉宾：梅其一 谭庆荣	14 管理体重，享受健康——健康减肥与体形管理 坛主：韩海军（营养与心身健康专委会） 嘉宾：唐奇 袁文顺 杨筱伟 高旭滨	15 神经医学心身健康专委会成立大会
15:00-16:30	论坛			
	16 双相情感障碍及其非典型症状与节律障碍 坛主：孙学礼 和黄 嘉宾：刘可智 周波	17 精神卫生服务和综合医院管理及员关怀—“阳光医院”模式 坛主：张岚 嘉宾：宋锦平 李大江 薛凡	18 “神”“精”分科，利弊之争 坛主：王佳伟 嘉宾：陈强 樊国珍 胡珍玉 姜荣环 潘小平 王春雪 张岩	
16:30-17:10	专题研讨会			
	13 双相混合发作研究新进展（和黄）	14 躯体疾病和焦虑障碍的诊断（礼来）	15 抑郁症共病睡眠障碍诊疗进展（京卫）	
	(会场一)	(会场二)	(会场三)	
7月22日	09:00-12:00	论坛		
		19 虚恭医学论坛 坛主：陈玉龙 甄承恩（消化心身健康专委会） 嘉宾：曹建新 陈胜良 徐三荣 冯五金 李建生 李幼辉 熊小强	20 名家查房 名家查房一：应激与脑健康（灵北协力）（9:00-10:30） 查房医生：孙学礼 况利 周红雨 黄河清 名家查房二：心（脏）与心（情）的共振（康哲协力）（10:30-12:00） 查房医生：毛家亮 邵春红 刘阳 王一波 刘慧 刘剑雄 罗素新	21 心身护理专委会成立大会暨心身护理论坛 坛主：李小麟

名家座谈——论著

《双相情感障碍及其非典型症状诊疗及优化治疗方案共识》第二版摘录：

第一章 双相情感障碍的相关问题

孙学礼

第一节 对双相情感障碍传统概念及临床特征的解读

双相情感障碍是一种常见的精神疾病，指既符合症状学诊断标准的躁狂或轻躁狂发作，又有抑郁发作的一类心境障碍。躁狂和抑郁常反复循环或交替出现，但也可以混合方式存在。每次发作症状往往持续一段时间（躁狂发作持续1周以上，抑郁发作持续2周以上），并对患者的日常生活及社会功能等产生不良影响。流行病学调查显示：典型的双相情感障碍患病率在 1%左右，属于重要的精神专科疾病之一。从前面的表述来看，“躁狂发作”和“抑郁发作”的界定是识别双相情感障碍的关键，因此认识躁狂综合征和抑郁综合征就是认识双相情感障碍的第一个关键问题。

一、躁狂综合征

躁狂综合征是以持续心境高涨为主要表现的精神病理综合征，归纳起来，其具体表现可以分为主要表现和伴随症状两个部分。

（一）躁狂综合征的主要症状

顾名思义，其主要表现显然是持续心境高涨。值得说明的几点问题是：

1. 在此所说的“持续”是指心境的高涨至少在1周以上；
2. 从临床大量案例的观察看，一周以上的心境不稳定或易激惹与心境高涨在判定躁狂综合征方面有同等重要的意义。在此，对“激惹”症状的识别值得注意。以防卫为目的的攻击为“激越”，而以掌控为目的的攻

击才能称为“激惹”。当一个人接近一只狗的安全范围后，狗会不安、狂吠和跃跃欲试地攻击，这种情况主要表明狗的恐惧。生活中这种对峙可能会有三种结局，一是人坚守不动，狗会逐渐安静下来；二是人也表现出跃跃欲试地攻击，狗的反应可能是逃跑或继续对峙和狂吠；三是人逃跑，此时狗真正攻击人的可能性最大，理由很简单，刚才人的出现使其受到惊吓，而现在人的逃跑证明对方不如自己，因此狗就会由恐惧变成愤怒，于是就形成对人的真正攻击行为，这就是“激越”的最好例证。因此激越是焦虑的表现之一。而虎的攻击是以掌控为目的的，这种攻击会在较为自信的情况下进行，如捕食或在行为受阻以后所出现的愤怒均属这种情况，这便是“激惹”的最好说明。激越和激惹可能的区别在于：①前者是被动的，即是对外界刺激的应对，而后者更趋于主动；②前者与焦虑相关的精神及躯体症状相伴随，而后者则与心境高涨的相关症状相伴随。由于激惹是判定躁狂综合征的重要依据之一，对此症状的识别值得注意。

3. 研究表明，持续的心境高涨或激越是基于患者的认知功能改变，即自我概念和自我评价的改变。因此判定是否为病理性躁狂综合征的关键不是患者的“高兴”、“活动增多”等，而是患者是否存在病理性躁狂综合征的认知功能改变。识别这种认知功能的改变是判定病理性躁狂综合征的关键。

4. 客观反映心境高涨的具体指针包括内心体验和外在表现。内心体验主要源于患者对自己情感体验的描述，外在表现主要是源于临床观察。最能反映心境高涨

的外在表现从生物学角度来看主要是高代谢综合征的部分表现，而心境高涨的精神、行为症状主要包括言语及行为的明显增多。

（二）躁狂综合征的伴随症状

对所谓“伴随症状”需要说明的问题是：

1. 所谓伴随症状就意味着在该综合征中可以完全不出现，也可以仅是部分出现或可以以不同的组合出现，这表明伴随症状的出现与否不能作为判断躁狂综合征是否存在的依据，而躁狂综合征的认知功能改变才是认定躁狂综合征的关键。此外，由于伴随症状可以以不同组合的方式出现，表明躁狂综合征临床表现形式的多样性。

2. 认知方面的伴随症状：包括敏感性增高，如对声音、冷热等；思维方面的伴随症状首先是思维形式障碍，包括思维联想速度的加速以及思维内容的增多，“思维奔逸”是这类表现的最好表述。此外躁狂综合征也可出现思维内容方面的障碍，如出现夸大妄想、被害妄想、关系妄想等。至于出现思维障碍的病理心理过程值得业内进一步去研究分析，特别是从对个案的分析中得到对该问题的更深入了解。如对某些个案的分析发现，被害妄想的产生是因为患者在自我评价增高的情况下对周围环境的警觉性增高的结果。这种分析有助于对妄想症状的进一步理解，也有助于精神病学临床领域的鉴别诊断。认知方面的伴随症状还包括注意功能的异常。基础心理学提示，注意包括三个成分，即注意紧张度、注意分配和注意转移。躁狂综合征患者可能出现的注意问题有注意分配和注意转移方面的问题，因此患者可以表现出干事有始无终以及随境转移的情况。而多动-注意障碍所出现的注意问题是注意紧张度的障碍，两者的鉴别涉及到两种精神疾病的鉴别，值得注意。

3. 行为方面的伴随症状：包括三个方面，一是草率行为的增加，这应该与患者的认知功能改变相关；二是冲动和攻击行为；三是本能行为异常，包括食欲增加、性欲增强、睡眠需要量减少等情况。由于本共识对这方面症状的认识与以往没有明显的不同，因此对这方面症

状在此不作详细的阐述。

二、抑郁综合征

抑郁综合征是以病理性抑郁心境为主要表现，同时可伴随思维、行为症状的临床综合征。与躁狂综合征表述一致，抑郁综合征仍然包括主要症状与伴随症状两大部分。

（一）抑郁综合征的主要表现

顾名思义，抑郁综合征的主要表现显然是抑郁心境。心理学概念提示，心境是相对较长一段时间内的平均情感状态，在抑郁心境的界定方面，业内统一认为以抑郁情感持续存在2周为基本标准。此外，对抑郁心境的识别根据患者本人的描述，即内心体验以及外在表现两个方面来达成。抑郁的内心体验主要强调患者的压抑体验而非忧伤或沮丧。外在表现方面，兴趣的下降或缺失是判定病理性抑郁的重要标志，这一点在国内外的相关“共识”或“指南”中并无争议，关键在于对这一情况的解读。实际上，之所以将此项症状作为判定病理性抑郁的关键标志是因为兴趣下降或缺乏反映了个体的认知功能障碍，即不能赋予行为的意义。人生的过程实际上是排队从一端走向另一端的过程。从中国目前情况来看，个体从3岁开始就在接受培训，6岁起就踏上了“漫漫求学路”，学习成为终生必须伴随的行为。学习、工作的目的是为了生存，而生存的目的又有不断地学习、工作相伴随，人的一生就这样很快结束，从这种叙述看，人生实在没有什么意思。但多数人却活得津津有味，甚至至始至终充满激情，这是因为正常个体能够赋予自己行为的意义，因此不能赋予行为意义应该是病理性抑郁的核心认知功能障碍，也是抑郁综合征出现无望、无助、无价值和自责、自罪、自杀等情况的基础。与之比较，当个体出现经济损失或升职遇到阻碍的时候也可以出现情绪低落、失望、沮丧等，但那恰恰是因为目标受阻或其某些愿望没有实现所带来的情绪反应，这种反应正好说明该个体对自己的行为没有丧失希望和所赋予的意义，而作为个体对这类情况的普遍反应均除自身的负性情绪外，总是将行为受阻归因于外界，将“攻

击”对象指向外界，这正是应激相关障碍的病理心理过程，应注意区别。正如前面所述，病理性抑郁不能赋予生活意义的直接结果是出现“三无”症状和“三自”症状。所谓“三无”症状是指患者出现无望、无助和无价值感。无望强调的是患者感到自己的生活或生命无论是现在还是将来都没有或体验不到希望；无助是患者体验到自身的孤立无援，而无论外界是否提供帮助与否；无价值感是指患者感到自己的存在无论对自己还是对外界都毫无价值。三无症状是患者存在不能赋予生活意义的认知功能改变的进一步提示。“三自”症状即是自责、自罪、自杀。自责有两层意思，一是过分责备自己、埋怨自己，二是做事总后悔或遇事犹豫不决或根本不能决的情况；自罪是指患者出现过夸大自己的失误，甚至出现毫无根据地坚信自己存在某种罪恶的情况，即出现罪恶妄想的情况；自杀是有意识的以结束自己生命为目的的行为，造成的后果是当事人的死亡。在此要注意的问题有两点，一是应注意判定自杀重要的是了解个体的动机而不能仅看行为，特别要注意与由于心身痛苦或意识障碍情况下所出现的自伤行为相区别，二是自杀动机的形成和行为的达成是一个渐进的过程，对此过程的了解和界定有利于对抑郁严重程度的评估和对抑郁综合征风险程度的评估。求死的愿望出现，而求生的愿望大于求死动机的情况称为自杀观念，自杀观念一般不被外界所察觉，而在自杀观念比较强烈的情况下，反映自杀观念的情景包括患者较为频繁地抱怨生活没有意思、不经意地了解怎么样的死法不痛苦等；求死的动机大于求生的欲望，而求生的欲望仍然存在的情况下所出现的不坚定的自杀行为称为自杀企图，如跳楼跳低楼层、吞服不足剂量的药物、在公开场合采取自杀行为等，自杀企图是防范自杀的最佳时机；自杀动机非常坚决的情况下，由于客观条件的限制或个体相关知识的欠缺导致自杀行为的失败，这种情况称为自杀未遂，自杀未遂必须坚决地给予医学援助及心理援助，否则再出现的自杀行为会更坚决和更隐蔽。与前面趋利行为受阻后所表述情况相反，“三无”症状和“三自”症状进一步反映了病理性

抑郁患者将攻击目标指向自身的情况。

（二）抑郁综合征的伴随症状

对“伴随症状”需要说明的问题是：

1. 与躁狂综合征所表述的情况相同，所谓伴随症状是指可以或经常出现于抑郁综合征的精神或躯体症状，这些症状可以以不同的组合出现，这表明了抑郁综合征临床表现的多样性，这些症状的出现与否不能成为判定是否存在抑郁综合征的必要证据，但有的伴随症状可以作为判定抑郁综合征的重要参考。

2. 认知方面的伴随症状：认知方面的伴随症状包括：①感知觉的敏感性下降；②可出现各种内容的知觉障碍，如听幻觉、嗅幻觉、内脏幻觉等；③可出现思维迟缓以及各种内容的妄想，特别常见的仍然是关系妄想、被害妄想等；④可出现注意紧张度下降、注意分配障碍以及注意转移方面的障碍，具体表现为注意力不集中、将心理活动同时指向两个或两个以上的目标困难、注意转移潜伏期延长或困难。

3. 意志、行为方面的伴随症状：①在不能赋予行为意义的认知背景基础上，意志、行为方面的伴随症状首先是意志减退，是否存在明显的意志减退表现是判定抑郁综合征严重程度的重要指针之一；②在行为方面所出现的伴随症状主要是动作、行为的抑制，抑郁性目僵是该类情况的极端表现；③在本能行为方面，抑郁综合征患者可以出现进食行为的明显变化。食欲下降和进食行为的抑制是常见的进食行为异常，因此这类患者可以随之出现体重的明显下降。有的患者也可以出现明显的食欲增加和进食行为的增强，这类患者所随之出现的问题是体重的明显增加。业内对于进食行为增强个案的病理解读是进食行为可获得快感，在心境低落情况下的进食行为增强是因为患者希望通过进食来缓解内心感受的痛苦。④同样，在本能行为方面，抑郁综合征患者也可以出现性欲及性行为的异常。在不能赋予行为意义的认知背景基础上，一般表现为性欲的下降和性行为的抑制。但在某些患者中也可以观察到性欲的增强及性行为的亢进，同样，业内对这类个案的病理解读仍然是

患者试图通过性行为中所得到的快感来缓解压抑所产生的痛苦体验。

4. 睡眠方面的伴随症状：主要包括：①失眠的表现，多导睡眠图研究及神经介质研究表明，反映病理性抑郁的特征性失眠主要是早醒，但由于造成睡眠问题的原因是多元化的，因此病理性抑郁的患者也可以表现入睡困难、觉醒次数增加或受梦的困扰等多种失眠的表现；②过度睡眠的表现，主要体现在睡眠时间延长，并且患者在睡后没有“清爽”或体力、精力恢复的良好体验。在近两年的病例中，过度睡眠最长的案例为17小时/每24小时，同时伴有思维迟缓及精力严重不足，治疗后睡眠时间恢复至7-8小时/天。③睡眠节律障碍的表现，最常见的情况是睡眠昼夜节律的颠倒。

5. 躯体方面的伴随症状：可以这样说，所有形式的躯体症状均可出现在抑郁综合征。但需要说明的是无论出现何种形式的躯体症状，总是以器官功能的减弱为主要表现，在此暂时将其称为“抑制性躯体症状”，如乏力、功能性消化不良的表现等。关于抑制性躯体症状的详细描述可参见本协会2015年关于躯体症状的心身共识。在此值得说明的另一个问题是，有的患者可首先出现抑制性躯体症状，而抑郁综合征的精神症状反而表现不明显，在这种情况下，对躯体症状本身的判定对于准确地确定诊疗方案尤为重要，而这种情况也再次提示对心身统一的深入认识以及在整体医学的框架下来认识精神问题也许是学科发展的真正出路。

6. 关于伴随症状其它情况的说明：

（1）关于伴随焦虑情绪或焦虑综合征的问题：病理性抑郁的认知背景是不能赋予生活的意义，换句话说就是对自身以及对外界缺少关注或至少是关注程度下降。而焦虑的基本背景是警觉性增高，对自身及外界的情况过分关注和在意。按理说两者不应该同时在一个个体中出现，也就是说，“抑郁伴焦虑”或者说抑郁障碍和焦虑障碍“共病”是不应该成立的。但不排除这两种情况，一是患者的基本认知是警觉性增高和对自己及外界过分关注，但同时伴有沮丧、忧伤失望的体验而非

不能赋予生活的意义，这种情况在病理心理方面应视为焦虑或焦虑障碍；二是患者的基本背景是“不能赋予生活的意义”，但由于种种原因如病后对照看亲人的无能为力、病后对工作目标达成的无能为力、对躯体症状所产生痛苦的反应、对药物不良反应的痛苦体验等均可使患者产生焦虑情绪，在这种情况下，抑郁是病理性的，而焦虑应该解读为正常心理反应，因此对这类情况诊断及治疗方向仍然应该是抑郁而非“共病”。由于对抑郁、焦虑或“共病”的判断与治疗方向的确定以及治疗方案的制定有关，特别是与制定包括心理、支持性治疗在内的全面治疗方案有关，虽然目前许多药物被认定为既可抗抑郁又可抗焦虑，根据本协会近两年来的直接资料，目前不认同“抑郁焦虑共病”的概念，而强调围绕一个中心制定治疗措施。

（2）关于慢性疼痛问题：基于心理学的基本理论，疼痛应该解读为预警信号，只是在有伤害的情况下，这种预警被理解为“合理”，而在没有相应伤害的情况下，这种预警被理解为“不合理”。从这种理解看，疼痛似乎更应成为焦虑障碍的躯体问题而非抑郁综合征的躯体问题。在近两年的案例调查中，也证实了这一点。

（三）抑郁综合征生物学特征研究结果的意义

2008-2010年，由四川大学华西医院孙学礼教授牵头负责，以中南大学湘雅二院、西安交大附属一院、北京安定医院、广州脑科医院作为主要协作单位的国家科技部“十五”支撑项目结果提示：

1. 从1500余例抑郁患者的资料中显示神经内分泌改变对于抑郁障碍的分型、治疗方案的选择以及从心身角度对抑郁障碍的理解有重要意义。项目内分泌研究结果总结见表1-1-1：

	内分泌改变特征	临床特征（伴随症状的组合特征）
HPA轴抑郁	HPA轴活性增高的表现，体现为ACTH、皮质醇血浆浓度增高	激越症状
HPT轴抑郁	HPT轴功能不稳定为其特征，可表现出不同组合的异常，如低T3；低T3、T4；高TSH+低T3、T4	迟钝症状；精神病性症状；睡眠障碍症状。
HPG轴抑郁	雌激素水平的下降	中、老年女性；躯体症状伴随频率高
HPA轴和HPT轴的联合异常抑郁	上述两个内分泌轴指标异常的组合	认知功能损害突出，海马、杏仁核等结构损害突出，治疗后患者的残留症状突出。
无内分泌改变的抑郁	无改变	青春期患者多见；快感缺失的体验较为突出。

上述结果表明：①内分泌指标的变化与抑郁综合征保持着较为密切的关系，因此至少可以从内分泌的变化中去理解抑郁综合征和抑郁障碍；②HPT轴的改变与抑郁综合征的节律性症状联系更为密切，因此应更多关注HPT轴与双相情感障碍的联系；③既然内分泌指标与情感障碍的病程变化关系密切，内分泌指标的变化至少可以作为诊断、鉴别诊断、评估疗效、决定维持治疗等方面的重要参考；④内分泌指标与双相情感障碍或与抑郁障碍的关系及其意义需要进一步研究。

2. 功能影像学研究成果的意义：脑影像学的研究，特别是利用fMRI技术所进行的动态脑影像学的研究发现，抑郁障碍患者存在海马、杏仁核以及前额叶皮质的体积缩小、神经胶质密度降低以及血流量改变、糖代谢异常等情况。这些改变主要提示上述区域的结构萎缩和功能障碍等后果。其中尤其以海马区域的改变更为引人关注。这是因为该区域主要与个体的认知功能有关，而正如前面所叙述的那样，认知功能的异常可能是构成病理性抑郁的最核心的环节。功能影像学诸多变化在抑郁患者中并不完全一致，这个情况所带来的思考是以临床症状特征为主要依据对抑郁综合征的判定是否准确，此外，即使判定准确，那么临床症状的同一性并不能表明其生物同源性。但无论怎样，影像学的改变在对病理性

抑郁综合征的辅助诊断以及对治疗预后的判定方面是有意义的，应该关注和继续进行这方面的研究。

3. 多导睡眠图研究成果的意义：近30年的抑郁及双相情感障碍的多导睡眠图研究结果提示，一组快眼动睡眠指标的改变是病理性抑郁的重要电生理标志。这些指标为快眼动（REM）睡眠潜伏期缩短、REM活动度、REM强度、REM密度增高以及REM睡眠频度的增高。临床实践表明，这组电生理指标对抑郁综合征或双相情感障碍的意义在于诊断、鉴别诊断的参考指标以及作为疗效评估的辅助指标。

4. 认知功能研究成果的意义：对抑郁障碍患者的认知功能研究发现，病理性抑郁存在三种类型的认知功能异常：①认知过程障碍，存在于抑郁障碍或抑郁综合征中，成为综合征的主要或伴随症状，如不能赋予生活的意义并在此基础上所出现的“三无”症状和“三自症状”，注意紧张度及注意分配障碍等均属于这类问题；②认知图式障碍，指以持续的歪曲和僵化的认知图式为特征，这些认知图式导致个体持久地体验到负性情绪，例如自我概念的歪曲、人际关系知觉的歪曲等，并伴随对自己、他人、社会的消极看法。这类认知障碍不仅出现在疾病或综合征的发作时期，也存在于疾病或综合征发生的间歇期，成为个体认知模式的一部分。其认知特

征为“我不被别人喜欢”、“我不能给别人留下坏印象”、“我不能犯任何错误”、“我必需做好每一件事情”、“我要通过婚姻向我的父母和同事证明我是优秀的女人”等等；③认知内容障碍，认知图式是个体人格的重要组成部分，由此构建一个内部的挫败和失望的主观世界。其认知特征为以认知内容的极端化、绝对化、挑战性及人格中现实与理想自我对立为特点，对现实世界的否定、排斥、退缩、回避以及防御性地发展了过度膨胀的理想化自我，不成熟的、想象的自我超越，否认对现实成就的需要，以虚假的精神化的理想自我作为替代。抑郁障碍或抑郁综合征认知功能研究结果的意义在于对情感障碍的深入认识，如认知过程仅提示抑郁障碍或抑郁综合征的发作时期的认知问题，认知图式障碍和认知内容障碍则提示有的患者在发病的间歇期也存在认知问题，而这类问题的存在又成为抑郁或情感症状反复发作或持续存在的基础，提示业内人士思考的问题是有的抑郁或情感障碍发生与早期发育或遗传因素相关，如果将认知图式障碍和认知内容障碍理解为抑郁症状发展的结果，则提示症状对认知功能的影响以及疾病的动态发展趋势。在诊断方面，正如前面所表述的那样，认知功能障碍的存在是判定病理性抑郁或情感障碍的关键指标。在对治疗目标的确立以及治疗方案的选择方面，如果仅有认知过程障碍存在，以药物治疗为主，如果存在认知图式障碍，则应以药物治疗合并相关的心理治疗，如果患者存在认知内容障碍，除发作期的药物治疗外，长期的心理治疗、心理辅导应在治疗中占重要地位。

由于双相情感障碍以反复发作的情绪、思维、行为的低落和高涨交替为特征，呈现轻躁狂状态、躁狂状态、抑郁状态、混合状态，甚至非典型症状，使得双相情感障碍症状呈现复杂性和多样性的特征。但是，临床医生在临床实践中往往并未深入思考双相情感障碍症状的本质，而仅根据症状表象进行诊断，因此，常常出现“太高兴了就是躁狂，太伤心了就是抑郁”这样简单、貌似有逻辑，却违反逻辑学原理的推理，更忽略了双相

情感障碍中情绪高涨和情绪低落的本质。这样的情况，不仅导致双相情感障碍的临床诊断不足，也导致双相情感障碍的误诊、漏诊。在中国，双相情感障碍的诊断率极低。最新一项涉及四省及山东、浙江、青海、甘肃的双相情感障碍流行病学调查结果显示，双相情感障碍的患病率为0.1%~0.3%。而实际上，通过调整流行病学调查的方法学，双相情感障碍的终身患病率可达6.4%，这一结果应该更接近实际。

第二节 双相情感障碍诊断、识别的相关问题

一、相关的诊断标准

（一）ICD-10与双相情感障碍相关的诊断标准

1. 抑郁发作的诊断标准：ICD-10中，抑郁发作不包括发生于双相情感障碍中的抑郁状态，只包括首次发作抑郁症或复发性抑郁症。

一般标准：

（1）持续发作需持续至少2周。

（2）在患者既往生活中，不存在足以符合轻躁狂或躁狂标准的轻躁狂或躁狂发作。

（3）不是由于精神活性物质或器质性精神障碍所致。

表1-2-1 ICD-10中需要满足“抑郁发作”诊断标准的症状

症状	诊断标准
A 抑郁心境：对个体来讲肯定异常，存在于一天中大多数时间里，且几乎每天如此，基本不受环境影响，持续至少2周。	轻度：至少具备A和B中各两项 中度：至少具备A中的两项和B中的三项 重度：具备A中的所有三项和至少
B 丧失兴趣和愉快感 精力下降和活动减少 注意力下降 自尊和自信心降低 罪恶观念和无价值观念 悲观想法 自伤观念 睡眠障碍 食欲下降	B中的四项

2. 复发性抑郁障碍的诊断标准:

一般标准:

(1) 既往曾有至少一次抑郁发作,持续至少2周,与本次发作之间至少有2个月的时间无任何明显的情感障碍。

(2) 既往从来没有符合轻躁狂或躁狂发作标准的轻躁狂或躁狂发作。

(3) 不是由于精神活性物质或器质性精神障碍所致。

复发性抑郁障碍所使用的症状学诊断标准与抑郁发作相同。根据目前发作状态可再分为:①复发性抑郁障碍,目前为轻度发作;②复发性抑郁障碍,目前为中度发作;③复发性抑郁障碍,目前为不伴精神病性症状的重度抑郁发作;④复发性抑郁障碍,目前为伴有精神病性症状的重度发作;⑤复发性抑郁障碍,目前为缓解状态。

3. 躁狂发作的诊断标准: ICD-10中对躁狂发作与轻躁狂发作的标准进行了分别描述,其共有的基本特征是心境高涨,身体和精神活动的量和速度均增加。本类中所有亚型都仅用于单次躁狂发作,若发作前或之后有情感(抑郁、躁狂、轻躁狂)发作,则应归于双相情感障碍。

(1) 轻躁狂:

一般标准:

1) 持续发作需持续至少4天。

2) 不符合躁狂发作和双相情感障碍、抑郁发作、环性心境或神经性畏食的标准。

3) 不是由于精神活性物质所致。

表1-2-2: ICD-10中需要满足“轻躁狂发作”诊断标准的症状

症状	诊断标准
A情感增高或易激惹,对个体来讲已达到肯定异常的程度,并且持续至少4天。	具备A和至少B中的三项,且对日常的个人功能有一定影响。
B活动增多或坐卧不宁 语量增多 注意力集中困难或随境转移 睡眠需要减少 性功能增强 轻度挥霍,或其他类型轻率的或不负责任的行为 社会性增高或过分亲昵(见面熟)	

(2) 躁狂,不伴精神病性症状:

一般标准:

1) 情感变化必须突出且至少持续1周(若严重到需要住院则不受此限)。

2) 无幻觉或妄想,但可能发生知觉障碍,如主观的过分敏锐(hyperacusis),感到色彩格外鲜艳。

3) 发作不是由于酒或药物滥用、内分泌障碍、药物治疗或任何器质性精神障碍所致。

表1-2-3 ICD-10中需要满足“躁狂,不伴精神病性症状”诊断标准症状

症状	诊断标准
A情感明显高涨,兴高采烈,易激惹,对个体来讲已达到肯定异常的程度。 B活动增多或坐立不安 言语增多(“言语急促杂乱”) 观念飘忽或思维奔逸的主观体验 正常的社会约束力丧失,以致行为与环境不协调和行为出格 睡眠需要减少 自我评价过高或夸大 随情境转移或活动和计划不断变化 愚蠢鲁莽的行为,如挥霍、愚蠢的打算、鲁莽的开车,患者不认识这些行为的危险性 明显的性功能亢进或性行为失检点	具备A和至少B中的三项(如果情感仅表现为易激惹,则需要四项),且对日常的个人功能有严重影响。

(3) 躁狂,伴精神病性症状:

1) 发作符合不伴精神病性症状躁狂除一般标准2之外的标准。

2) 发作不同时符合精神分裂症或分裂情感障碍躁狂型的标准。

3) 存在幻觉或妄想,但不应有典型精神分裂症的幻觉和妄想(即:不包括完全不可能或与文化不相应的妄想,不包括对患者进行跟踪性评论的幻听或第三人称幻听),常见的情况为带有夸大、自我援引、色情、被害内容的妄想。

4) 发作不是由于精神活性物质使用或任何器质性情感障碍所致。

根据幻觉或妄想与心境是否协调,又分为躁狂,伴有与心境相协调的精神病性症状;躁狂,伴有与心境不相协调的精神病性症状。“不协调”应包含不带情感色彩的妄想或幻觉。例如,没有自罪或被指控内容的关系妄想;向患者讲述没有特殊情感意义事件的声音。

4. 双相情感障碍的诊断标准: 双相情感障碍的诊断需符合两条标准:①本次发作符合上述某种发作的标准;②既往至少有过一次其他情感障碍发作。它具有的特点是反复(至少两次)出现心境和活动水平明显紊乱的发作,紊乱有时表现为心境高涨、精力和活动增加(躁狂或轻躁狂),有时表现为心境低落、精力降低和活动减少(抑郁)。发作间期通常以完全缓解为特征。

表1-2-4 ICD-10对双相情感障碍的分类

编码	疾病名称
F31.0	双相情感障碍,目前为轻躁狂发作
F31.1	双相情感障碍,目前为不伴有精神病性症状的躁狂发作
F31.2	双相情感障碍,目前为伴有精神病性症状的躁狂发作
F31.3	双相情感障碍,目前为中度或轻度抑郁发作
F31.4	双相情感障碍,目前为重度抑郁发作,不伴精神病性症状
F31.5	双相情感障碍,目前为重度抑郁发作,伴精神病性症状
F31.6	双相情感障碍,目前为混合发作
F31.7	双相情感障碍,目前为缓解状态

(1) 其中混合发作的诊断标准为:

1) 本次发作以轻躁狂、躁狂和抑郁症状混合或迅速交替(即在数小时内)为特点。

2) 至少在2周期间的大部分时间内躁狂和抑郁症状必须同时突出。

3) 既往至少有过一次确定无疑的轻躁狂或躁狂发

作、抑郁发作混合性情感发作。

(2) 其中缓解状态的诊断标准为:

1) 目前状态不符合任何严重度的抑郁或躁狂发作的标准,也不符合任何一种其他的情感障碍标准。

2) 既往至少有过一次确定无疑的轻躁狂或躁狂发作,同时外加至少一种其他的情感发作。

在双相情感障碍的患者中,有10%~15%的患者每年有4次及以上的情感发作,即符合快速循环发作的诊断标准。

(二) DSM-V关于双相情感障碍的诊断标准

DSM-V中双相情感障碍被分类为:①双相I型障碍;②双相II型障碍;③快速循环障碍;④与精神活性物质/药物相关的双相情感障碍;⑤其它医学情况所致双相情感障碍;⑥其它特殊双相情感障碍。

1. 双相I型障碍的诊断标准:

(1) 至少有一次躁狂发作;

(2) 排除分裂-情感障碍、精神分裂症、精神分裂样障碍、妄想障碍或精神分裂谱系障碍及其它精神障碍。

2. 双相II型障碍的诊断标准:

(1) 至少有一次轻躁狂发作和至少有一次重性抑郁发作;

(2) 没有躁狂发作;

(3) 排除分裂-情感障碍、精神分裂症、精神分裂样障碍、妄想障碍或精神分裂谱系障碍及其它精神障碍。

(4) 抑郁和轻躁狂症状交替出现导致个体社会功能出现具有临床意义的受损。

3. 快速循环障碍的诊断标准(略)

4. 与精神活性物质/药物相关的双相情感障碍(略)

5. 其它医学情况所致双相情感障碍(略)

6. 其它特殊双相情感障碍:该类型主要指具有双相障碍的特征性症状,并造成患者社会功能损害,但不完

全符合上述任何一种类型的标准的情况。

二、对目前诊断标准的评价

(一) 在近30年中, 上述诊断标准系统在统一对双相情感障碍的认识方面、在指导科研方面、在指导临床诊疗方面均起到了非常重要的作用。

(二) 值得进一步关注的问题在于以下几个方面

1. 如果承认精神病学是医学, 特别是现代医学的一个重要分支, 那么对于任何疾病的表述应该与“大医学”接轨。在对疾病概念的讨论中曾经认为病理损害是疾病的核心, 但反对者认为并非如此。因为有的病理损害并不被认为是疾病, 如“鸡眼”、“龋齿”等; 在对疾病概念的讨论中也曾经认为个体感受到痛苦是疾病的核心, 而反对的意见则认为并非如此或完全不是这样, 因为有的痛苦和社会因素及人们的日常活动关系更为密切, 是对生活事件的正常反应, 如失恋; 而有的情况个体并非痛苦, 则属于医学重点关注的内容, 双相情感障碍中的躁狂综合征便是最好的例子。那么什么是疾病的概念呢? 生理、心理、社会生活的完满状态为健康, 而生理、心理、社会生活的不完满状态就应该视为亚健康, 当亚健康状态达到明显影响个体的日常生活或明显影响到个体的社会功能时, 便将此种情况称为疾病。以糖尿病为例, 从糖耐量异常开始, 当耐量异常达到业内所公认的标准, 便称为“糖尿病”, 此种情况进一步发展, 便出现与糖代谢相关的各种并发症, 当然, 与其它疾病的发展过程一样, 糖尿病也有“终末期”。以上的表述说明“疾病”概念应该是动态的、发展的而非固定的, 因此对任何疾病的表述应该包括“前驱期”、疾病发作期、并发症期及终末期。既然精神病学是现代医学的分支, 那么在表述精神疾病方面也应该包括以上几个方面的内容, 否则便不能展示一个疾病的全貌及转归, 在上述双相情感障碍的诊断标准中, 仅对发作期作了较为系统的描述, 而对前驱症状、并发症等方面缺少表述及共识。这种情况的结果就是许多精神病理情况没有办法归类, 也没有办法在治疗方面达成共识。

2. 目前诊断标准缺少病理生理指标及病理心理指标的支撑。因此容易造成对症状及综合征界定的分歧。尽管在制定精神疾病诊断及分类标准时, 受到当时各种条件的局限, 但病理生理、病理心理的研究与应用应该是对疾病的认识以及诊疗的发展方向。特别是在近几十年对双相情感障碍的研究已经有一定积累的情况下更是如此。

第三节 双相情感障碍的“非典型症状”

正如前面所提及的那样, 目前国内外精神疾病的分类及诊断标准中只涉及到疾病的发作期, 未涉及到疾病的前驱期, 而从疾病的发生、发展规律看, 同时也从临床的实践看, 双相情感障碍也不例外, 理应有前驱期症状的存在。因此对这方面的问题达成共识有非常重要的现实意义。在此所提及的“非典型症状”主要包括四个方面: ①前驱症状或“阈下症状”, 前驱症状或阈下症状在此包含两层意思, 一是指双相情感障碍无论是抑郁综合征还是躁狂综合征的早期, 即症状群还未发展到足够典型的时期, 这种情况的识别有利于早期治疗。二是患者可能永远不会, 至少是不确定会发展到具有典型症状群的时期, 但其症状已经影响或部分影响到患者的社会功能或正常生活, 因此需要给予正确的定位和正确的医学干预的情况; ②提示双相情感障碍的抑郁症状, 即抑郁综合征有的症状可提示双相情感障碍, 这类症状的提出包括临床观察所积累的经验, 也包括对某些研究结果的总结。在患者出现抑郁综合征而并未出现躁狂综合征的情况下, 能够根据抑郁综合征某些症状的特征来提前认识双相情感障碍无论对双相情感障碍本质的认识还是对于临床中的准确诊治均有重要意义; ③“异型症状”, 所谓“异型症状”是本共识暂时采用的一个名词, 如果不够确切, 可以修正。在此所说的“异型症状”是指那些按常规既不能提示躁狂, 也不能提示抑郁综合征的症状, 但临床观察发现最终具有这类症状的部

分患者可发展成为双相情感障碍。因此, 对这类症状的关注以及共识的形成有助于对双相情感障碍的深入认识; ④未能正确解读的症状, 即由于未能对某些症状进行正确解读或未能从不同的角度进行解读而造成了对临床诊断的偏差, 而对这类症状的认识是对双相情感障碍认识的深入与拓展。关于上述对非典型症状表述的进一步理解, 可参见下面的具体描述。

一、前驱症状

关于“前驱症状”或“阈下症状”的含义在上面已经有过叙述, 在此将临床上所观察以及诊疗实践中所发现的符合前面对“前驱症状”表述的常见情况分列如下:

(一) 睡眠症状: 表现为睡眠绝对时间明显减少, 具体可出现入睡困难、早醒或其它形式的睡眠绝对时间减少, 常以失眠为主诉就诊, 但这类患者的特点是白天精力仍好, 脑力、体力活动基本不受影响, 且可以保持较长时间, 这种情况应该解读为“睡眠需要量减少”, 而睡眠需要量减少为躁狂综合征的常见症状之一, 由于其单独出现, 因此被视为双相情感障碍的“前驱症状”或“阈下症状”, 再由于此症状给患者带来痛苦或影响患者的日常活动, 因此需要予以关注和正确的治疗。反之, 失眠症状应该解读为睡眠需要量的增加, 因此在患者睡眠时间减少或甚至在睡眠时间没有明显减少的情况下, 可出现疲劳、萎靡不振以及对睡眠现状的焦虑等现象。这两种情况应该注意鉴别。

对于以“失眠”为主诉就诊的临床患者来说, 临床常见三种情况, 一是“境遇性失眠”, 二是焦虑状态所表现的症状, 三就是这里所阐述的以双相情感障碍为病理心理背景的“失眠”, 即睡眠需要量减少。因此, 虽然缺少典型的双相情感障碍临床综合征, 对此种情况按双相情感障碍处理是合理的。以上述情况就诊的患者有的此后可以发展为典型的双相情感障碍, 特别是直接表现出典型的躁狂, 而有的患者则是以睡眠障碍为长期就诊的主述。对于后种情况被作为双相情感障碍来识别及

治疗更具有现实意义。

(二) 易激惹症状: 有的患者以单纯的易激惹症状前来就诊或寻求心理辅导。心理现象的观察显示当陌生人接近一条狗的时候, 这条狗往往出现狂吠及跃跃欲试的攻击, 当人也怕狗而狗也怕人的情况下就形成人-狗的相持, 而当人由于害怕而退却时狗可能真正咬人, 因为刚才人的出现“伤害”了它, 而人的逃跑则证明不如它, 狗便由恐惧转为愤怒, 于是真的咬人。在人类行为中, 这种“攻击”随处可见。我们将这种攻击暂时称为“狗式攻击”, 狗的攻击源于焦虑、恐惧, 在精神病理学上应称之为“激越”; 当老虎或狮子猎食的时候, 情况则与上述不同, 老虎或狮子猎食行为与狗的攻击行为不同点首先在于攻击具有目的性, 即掌控、获得而非逃避, 再有攻击中没有恐惧而是自信, 因此为达到目标可以冷静等待, 可以坚持, 而在遇到挫折后会更加兴奋或愤怒, 这种情况在精神病学上应解读为“激惹”。在精神病学临床工作中应注意对“激越”和“激惹”的鉴别。而激惹是躁狂综合征的基本症状之一, 反映了处于躁狂状态患者的认知特征, 临床观察表明采用完整的对于双相情感障碍的治疗方案处理单纯易激惹症状优于其它形式的处理。

二、“异型症状”

该类症状表现与躁狂发作或抑郁发作看似毫不相干, 但其症状实质却属于双相情感障碍。该类症状包括强迫症状、广泛性焦虑症状、进食症状、单纯性精神病性症状。

(一) 强迫症状: 相关研究及临床观察表明, 强迫症状可见于三种情况, 一是焦虑障碍的特殊类型(DSM-IV), 其治疗应以抗焦虑作为基本思路; 二是见于具有重性精神障碍性质的强迫综合征, 特别是在强迫症状多样, 强迫症状内容脱离现实, 抗焦虑治疗效果差, 患者对强迫症状的现实检验能力较差等情况下, 抗精神病药物与抗焦虑药物的合并使用或抗精神病药物的单独使用便成为这类强迫症状治疗的重要建议; 第三种情况是患

者所出现的强迫症状或强迫综合征很可能为双相情感障碍抑郁相的重要表现或主要表现。在临床工作中发现，有的患者以强迫症状为主要表现就诊，可伴随明显的广泛性焦虑症状，抑郁症状不突出或被掩盖，而在治疗过程中转为躁狂相。另一种情况是有的患者虽然在近期仅表现强迫综合征，但其实质是双相情感障碍，当抗焦虑或合并使用抗精神病药物治疗强迫症状治疗效果不佳的情况下，双相情感障碍的诊断及治疗方式应该考虑。作为“代表”抑郁相的强迫综合征的可能特征是：①一般伴随明显的广泛性焦虑症状；②患者表现出明显的激越症状；③较为突出的自杀观念或自杀企图；④丘脑下部-垂体-甲状腺（HPT）轴相关指标异常。这些特征目前至少可以作为临床工作的重要参考，但有待在临床实践中得到进一步求证。

（二）广泛性焦虑症状：焦虑首先是一个心理学层面的概念，从心理学角度看，焦虑可表现为躯体层面的焦虑、精神层面的焦虑及认知层面的焦虑。躯体层面的焦虑即为各种体现器官功能紊乱的躯体症状，如慢性疼痛症状，肠激惹综合征的症状，尿频、尿急症状，哮喘症状等，这类症状在《躯体症状的心身医学分类及诊疗共识》第一版和第二版（孙学礼，曾凡敏2015、2017）中被归纳为“激惹性躯体症状”。与此相反，如果以器官功能的弱化为主要特征，这类躯体症状便称为“抑制性躯体症状”。精神层面的焦虑即为体验层面的焦虑症状，如患者的不安、恐惧体验等，体验层面的焦虑症状是精神病学临床常常面对的精神病理现象。临床实践中发现，对被诊断为“典型”的广泛性焦虑障碍的一些患者抗焦虑治疗效果不佳，而按照双相情感障碍的治疗方案取得良好效果；还有的患者在治疗过程中出现躁狂综合征的典型表现，同样，改为双相情感障碍治疗方案效果良好。基于临床观察，这类患者焦虑症状的可能的特点是：①激越症状突出；②HPT轴异常可作为重要参考；③如以躯体症状为主诉，激惹性躯体症状和抑制性躯体症状交替出现为特征时应特别注意；④单纯抗焦虑治疗效果不好或完全无效。这些“特征”已经在以往3年的临

床观察中得到初步证实，关于本次真实事件的临床研究中所展示出的进一步信息参见第二章。

（三）进食症状：即反复出现的贪食和厌食或呕吐症状，需要考虑三种情况：一是器质性问题，二是进食障碍，三就是这里所阐述的以双相情感障碍为病理心理背景的“进食症状”。这部分患者，没有器质性损害的客观证据，亦无“体像障碍”的表现；他们的进食症状（贪食、厌食或呕吐）呈现较为规律的节律性改变，可伴或不伴明显的情绪波动。此外，患者所伴随的激惹症状、HPT轴功能的异常以及其它治疗方式治疗的无效也是判断双相情感障碍的重要佐证。关于这些特征仍需要得到进一步的证实。

（四）单纯的精神病性症状：临床观察表明部分患者以单纯幻觉为主诉就诊，其特点为幻觉单一，以听幻觉常见，内容较为生动，对患者本人构成干扰，自知力较完好，社会功能大部分保持。单纯规范使用非典型抗精神病药物疗效差或无效，此时双相情感障碍治疗方案应予以考虑，而这种情况应被视为双相情感障碍的抑郁相。同样，如果存在诸如HPT轴异常、激惹症状的伴随等情况仍是双相情感障碍的重要佐证。同样，这些特征也需要在临床实践中进一步证实。

三、提示双相情感障碍的抑郁症状

即此类症状的存在本身就预示着双相情感障碍的高风险。此类症状包括抑郁伴精神病性症状、迟钝症状。

（一）抑郁综合征伴精神病性症状：临床观察表明在没有出现躁狂综合征的情况下，患者以抑郁综合征为主诉就诊，根据现行的描述性诊断标准，临床没有诊断双相情感障碍的依据，而只能诊断为“抑郁障碍”。但如果患者伴随明显的精神病性症状，如幻觉、妄想等，这种情况应怀疑为双相情感障碍的抑郁相，此时按双相情感障碍治疗比单纯抗抑郁治疗更为有利。

（二）迟钝症状：临床观察表明患者以抑郁综合征作为首发症状，如迟钝症状作为抑郁综合征的突出表现，此时抑郁综合征应视为双相情感障碍的抑郁相，采

用双相情感障碍的治疗方案对这类患者更为有利。

四、未能正确解读的症状

此类症状与双相情感障碍的距离较“异型症状”似乎更远，更多的需要从精神病理学、心理学的层面解读症状，方能拨开迷雾识别症状的本质。此类症状包括多动-注意障碍、品行障碍。

（一）多动-注意障碍：多动-注意障碍多见于未成年人，由于未成年人的认知、情感等心理特征发育不成熟，因此，双相情感障碍的抑郁相、躁狂相表现均可不典型。以在此所描述的多动-注意障碍为例，所谓注意障碍在此是试图描述由于大脑皮层发育障碍所产生的注意力障碍症状，其表现为注意力不集中，学习困难，由于注意力不能够集中于某个具体的目标，所以患者会出现动作增多，甚至出现攻击、破坏行为。

从心理学角度看，注意是心理活动对外界某种事物或自身的指向和集中。指向是有选择地将心理活动针对某个客体，而暂时撇开同时存在的其余客体。例如学生上课时心理活动总是主要指向老师所讲述的内容，而暂时撇开教室内外所出现或发生的其它事物。注意的对象也可以是个体自己的思想、情感或躯体的某些变化。当一个人沉浸在过去的痛苦回忆或当前的喜悦体验的时候，也可以撇开疲劳、饥饿、时间或外界环境的变化。注意本身并不是独立的心理活动过程，而是伴随其他所有心理过程并在其中起指向作用的心理活动，它为各种心理过程的正常进行提供保障，使人能够更好地适应环境及改造世界。指向性和集中性是注意的两个特点。注意具有选择、保持和调节与监督的功能。注意的选择功能是指通过注意可以选择有意义的、符合需要的和与当前活动一致的事物，而避开非本质的、附加的、与之相竞争的事物；注意的保持功能是指注意的对象或内容能在意识中保持；注意的调节与监督功能则表现为对各种心理活动过程的调节与监督作用。注意包含的基本要素有：①稳定性和紧张性。注意的稳定性是指注意能较长时间保持在感受某种事物或从事某项活动的特性。保持

的时间越长，表明注意的稳定性越好。注意集中时间长短与个体差异、兴趣和状态有关，同时与训练有关。一般人一次注意集中持续时间为10分钟左右，但经过严格训练的外科医生可以集中注意在手术部位达数小时之久。这里需提醒的是，注意的稳定性并不是一成不变的，而是在间歇性地加强和减弱，这种现象叫做注意的起伏，是注意的基本规律之一。影响注意稳定性的因素有两个，一是注意的主体方面，即个体对所从事的活动的意义理解得深刻，态度积极或对活动有浓厚的兴趣，注意的稳定性就好，反之就不好。二是注意对象方面，即内容丰富的对象比内容单调的对象更容易使人保持较长时间的注意，活动的对象比静止的对象更容易使人保持较长时间的注意。注意的紧张性则是指注意集中的程度。注意集中的程度越高，说明注意的紧张性越高。注意的紧张性可通过特定的心理测验进行判断。在此所提及的多动-注意障碍主要问题应该是注意稳定性和紧张度的障碍。由于不能够将心理活动稳定地及较长时间地指向具体目标，因而往往伴随没有目的的活动，即“多动”。②注意的分配。是指在同一时间内，将心理活动指向两个或两个以上目标的特性。驾驶员开车时，一方面要注意道路、行人和其它车辆，另一方面又要注意操作离合器、油门、刹车及换挡；学生一边听教师讲课，一边作笔记。这两个例子都是注意分配。注意分配得以实现的前提是只能存在一个注意的中心。驾驶汽车时，驾驶员对车的操作是熟悉的，因此注意路况就是注意的中心；同样学生对写字是很熟悉的，已达到“自动化”的程度，而听讲的内容不熟悉，需要将听课作为注意的中心。注意分配的能力可以通过训练得到提高，例如通过长期的针对性训练，足球运动员在比赛中的注意分配情况可谓“眼观六路、耳听八方”。③注意的转移。是指个体能够有目的地、主动地把注意从一个对象转移到另一个对象的特性。注意转移的意义在于使个体可以不断接受和掌握新的信息。注意转移的速度主要取决于注意的紧张性和引起注意转移的新的刺激信息的性质。通常原来注意的紧张性越高，新信息越不符合引起注意的条

件，注意转移就越困难。在此引用基础心理学对注意描述的目的是为了借此说明精神病学所表述的“注意障碍”通常指的是注意稳定性及紧张度障碍，而“随境转移”症状所表述的则是注意分配和注意转移的问题。两者均可表现出多动，应注意鉴别。临床病例的观察发现，临床上被判定为多动-注意障碍的患者如果存在下述情况，应注意双相情感障碍的诊断，这些情况包括：①智力水平基本正常；②虽然注意对象变换较快，但接受外界信息量不受影响或受影响不大；③存在神经内分泌指标异常，特别是存在HPT轴指标异常的情况；④存在激惹、冲动症状。由于多动注意障碍和双相情感障碍的病理生理、病理心理过程，治疗方式及预后均明显不同，诊治早期的鉴别尤为重要。

(二)品行障碍：品行障碍多发生在青春期，和多动-注意障碍的情况相似的是由于未成年人的心理发育不成熟，可在认知、情感、行为等方面均表现出不典型的症状。因此，如果发现患者表现出随境转移、激惹等特征性表现，应视为双相情感障碍的非典型症状，并以此设定治疗方案。由于品行障碍没有特殊治疗方法，甄别双相情感障碍的非典型症状并对症治疗更有重要意义。

总结以上非典型症状的发生率，大致为5-10%，是前面所提到的“典型”双相情感障碍患病率的5-10倍。因此如果需要完整地认识和更为准确地诊断和治疗双相情感障碍，关注“非典型症状”具有更为重要和现实的意义。

第四节 大医学理念解读“双相情感障碍”

一、关于节律障碍的设想

宇宙大爆炸产生行星、恒星，也产生人类，因此人类理应带有与自然相同的“密码”。也就是说人类各种内在或外在的活动均必须符合大自然的规律，这就是“天人合一”。在医学层面，可以将人类的各种运行规律称之为“节律”。仔细思考一下不难看出，医学各个

领域所关注的实际上都是节律，如血压、血糖、内分泌、免疫、神经电生理、情绪、睡眠-觉醒等。而节律被打破应该是慢性非感染性疾病共同的最根本原因，而与动物世界相比，人类的各种节律更容易受到干扰，其原因是人类面对的社会环境是一个远比动物世界更为复杂的环境，此外，也是人性特征所决定的。人性的特征总结起来包括：①“趋利避害”；②“贪得无厌”；③“自我愉悦”。基于这些特征，人类会产生各种需要，如像著名心理学家马斯洛所总结的那样包括生存需要、安全需要、接纳与被接纳的需要、尊重与被尊重的需要、自我实现的需要等等。这些需要的满足与否是人类产生“应激”的根源，如为发展“事业”或完成工作需要的出差产生“境遇性失眠”，从而造成对睡眠节律的影响；为自我愉悦需要的旅行，或“夜生活”，或进食产生对睡眠节律、糖代谢节律、脂代谢节律的影响；为生存和自我发展的竞争带来对睡眠节律、血压节律、免疫节律、情绪节律的影响；外伤、感染、自然灾害等对人类心身节律综合影响等。当然，还必须提及的是有的个体基于不良的遗传素质的背景，在上述应激因素的影响下某些内在节律更容易受到破坏。现在，我们暂且将由于心身应激所产生的心身异常称为“局部异常”，如境遇性失眠、妊娠高血压、焦虑情绪、糖耐量异常等；而当“局部异常”没有得到正确处理，或应激源持续存在，或存在不良遗传素质背景时，这种“局部异常”就会过度为“节律障碍”，如表现为情绪节律障碍的双相情感障碍、表现为糖代谢异常的糖尿病、表现为血压节律障碍的高血压、表现为消化系统节律障碍的消化性溃疡等；当节律障碍不能有效地得到控制时，最终使个体形成“失节律障碍”或可以称之为“节律完全丧失障碍”，如恶性肿瘤、糖尿病并发症、痴呆、反映精神活动全面减退的“阴性症状”等。关于应激及节律障碍的发展假设，请参见图1-4-1。



图1-4-1 节律障碍发展假设示意图

二、根据节律障碍发展假设对精神疾病和躯体疾病的重新表述

根据节律障碍发展的假设，可将ICD-10中所表述的精神疾病作重新表述（表1-4-1），同时也可将躯体疾病作同样的重新表述（表1-4-2）。

表1-4-1 节律障碍发展假设背景下对精神疾病的表述

等级	“所属精神障碍”
属于”局部异常“的精神障碍	应激相关障碍、广泛性焦虑、惊恐障碍、社交焦虑障碍、分离障碍、转换障碍、睡眠发动与维持障碍.....
趋向于“节律异常”的精神障碍	强迫障碍、抑郁障碍、神经性厌食、神经性贪食、神经性呕吐、以幻觉-妄想综合征为主要表现的“精神分裂症”.....
属于节律异常的精神障碍	双相情感障碍、癫痫性精神障碍、厌食-贪食-呕吐交替出现的进食障碍、以紧张正症状群为主要表现的“精神分裂症”.....
属于完全失节律的精神障碍	阴性症状为主要表现的“精神分裂症”、以思维形式障碍为主要表现的“精神分裂症、以瓦解症状为主要表现的”精神分裂症、精神发育迟滞、痴呆.....

表1-4-2 节律障碍发展假设背景下对躯体疾病的表述

等级	“所属躯体疾病”举例
属于”局部异常“的躯体疾病	肠激惹综合征、功能性消化不良、I级高血压、糖耐量异常、I型糖尿病、荨麻疹等
趋向于“节律异常”的躯体疾病	II型糖尿病、II级高血压、神经性皮炎等
属于节律异常的躯体疾病	脆性糖尿病、消化性溃疡、癫痫、III级高血压等、
属于完全失节律的躯体疾病	恶性肿瘤、糖尿病并发症期、冠心病等

三、在节律障碍发展假设框架下对相关问题的思考

（一）应激+遗传应该是所有慢性非感染性疾病发生和发展的根源。思考、研究和诊疗任何心身异常均不能脱离脱离这个基本框架，如果脱离就是舍本求末。

（二）节律障碍发展假设框架从另一个视角表明医学领域单位时间内所面对的不适绝对意义上的“单元疾病”，而是健康-亚健康连续发展过程中的一个横断面，把握这个横断面的“来龙去脉”要比仅仅认识、处理一个“横断面”更为重要。

（三）借助于上一点所阐述的观点来看，双相情感障碍也并非是孤立的“单元疾病”，而只是诸多心身节律障碍的表现之一。将精神专科领域的双相情感障碍放在节律障碍的视角去认识，为研究和诊治双相情感障碍提供了新的思路。从节律障碍发展假设的角度去认识，所谓双相情感障碍的“非典型症状”其实应该是包括表1-4-1中“趋向于节律障碍的精神障碍”的所有情况。仔细比对一下不难看出，在本章第三节中所提到的从临床实践中所总结出来的双相情感障碍非典型症状均在此列，如伴明显激越的焦虑症状、伴明显睡眠节律问题的早醒性失眠、睡眠需要量减少、体现焦虑衰竭的迟钝症状、提示明显进食节律问题的厌食和贪食等等。而如像HPT轴功能异常指标、血压指标、糖耐量指标等生物学指标的意义在于从生物学角度提示了节律异常的趋势，为判定双相情感障碍的非典型症状提供有价值的生物学证据。这些推断已经在2015-2017的真实事件的临床研究中初步得到证实（参见第二章的相关内容）。

（四）既然许多躯体疾病和精神疾病有同样的由“局部异常”到“失节律障碍”的发展过程，那么对于躯体疾病的治疗理念就应该重新考虑。虽然“早期发现和早期治疗”是业内的共识，但传统治疗观念所重点关注的是某项具体异常的生物学指标，如血糖、血压等。但从心身医学角度解读，这些指标都是预警指标，应该是躯体或精神应激的直接或间接体现，临床诊疗不认真从心身及社会角度分析这些预警指标对个体的意义，而

是仅强调指标的正常是一个明显的误区。就如像有偷车贼在偷车，引发汽车报警系统不断报警，当事人的应对方式是仅仅关掉报警开关而不去抓贼，其结果是一段时间内风平浪静，而最终是车被偷或被损害。此时如果车主仍然不去反思丢车或者损车的原因是没有关注怎样抓贼，而是进一步反思如何将报警开关关得更好，这就是思维上的误区。临床诊疗思维似乎也存在同样的误区，因此我们会发现，虽然某些患者血压控制得很好，但5年或10年后仍然出现脑卒中或冠心病，某些许多患者血糖控制很好，在5-10年以后仍然发生糖尿病的并发症。对于慢性非感染性疾病的发生、发展过程来说，这个“贼”应该是前面所表述的“节律障碍”，因此对于慢性非感染性疾病来说，关注其发展阶段以及节律的恢复才是治疗的关键。依据这样的设想，对于躯体的“局部异常”诸如I期高血压、糖耐量异常等情况抗焦虑药物的使用应该是首选，而对于糖尿病、II期高血压或III期高血压，心境稳定剂的使用应该称为重要选择。在近两年的临床实践中发现对采用胰岛素或其它机制的降糖药物后血糖控制不好的患者给予拉莫三嗪、丙戊酸盐等心境稳定剂取得较好的效果，关于接受节律障碍发展的理念以及将其用于躯体疾病诊疗的临床实践还需要一个较长的讨论、观察、研究和实践的过程。

第五节 对双相情感障碍值得思考的相关问题

一、对双相情感障碍非典型症状的提出和关注的意义在于其一，有利于拓展临床思路，并有利于在对双相情感障碍及其非典型症状的理解中更好地贯彻心身统一的观点，符合大医学的发展趋势；其二是有利于从双相情感障碍及其非典型症状的识别中寻求诊断及分析其它精神疾病的方向。以上“非典型症状”的提出是基于临床案例的观察以及诊疗经验的积累，统一认识的获得还有待于在临床现场测试中寻找直接证据。

二、双相情感障碍无序治疗的现状值得注意，治

疗方案的优化组合将有利于药物的推广和为基础研究提供更多的切入点。以心境稳定剂为支点，抗抑郁药物及非典型抗精神病药物为两翼的“三联治疗”模式既能全面的掌控双相情感障碍及其非典型症状，又可灵活应对双相情感障碍及其非典型症状不同阶段及变化。如躁狂发作时，可调高非典型抗精神病药物的剂量并小剂量维持抗抑郁药物；反之，抑郁发作时，则可调高抗抑郁药物的剂量并中小剂量维持非典型抗精神病药物。又如在症状明显波动时，可根据症状灵活调整两翼的抗抑郁药物和非典型抗精神病药物，而不会因突然更换药物而使病情波动而更难以控制。值得注意的是即使是从以上角度理解双相情感障碍及其非典型症状，也应因人而异并贯彻“多元化”的思维模式。如同样的精神病性症状可能是双相情感障碍非典型症状，可能是精神分裂症的症状，也可能是应激相关障碍的症状，所以在对于患者具体症状性质的判断中应注意症状的组合、病史、生活经历、人格特征、情绪等因素，不可因强调双相情感障碍非典型症状的存在而忽略存在其它性质症状的可能性。总之，心身统一的观点以及多元化的临床思维模式是双相情感障碍及其非典型症状识别和诊疗的重要前提。关于对双相情感障碍的治疗方案组合存在分歧，“三联治疗”模式是否能成为治疗双相情感障碍最为推崇的治疗理念值得进行系统的临床观察，这应该是本共识进行现场测试的另一个目的。

三、关于反映情感障碍的生物学及心理学指标近20年来国内外有不少研究成果，总结起来主要包括内分泌研究成果、多导睡眠图研究成果、认知功能研究成果以及功能影像学研究成果。这些研究结果的具体表述可参见本章第一节，在此需要说明的问题是日前许多研究结果并没有用于临床的诊疗。本项目组认为，逐步尝试将以往的研究结果用于临床诊疗活动中非常必要，因为只有这样才能够逐步提高对双相情感障碍的认识，并提升对双相情感障碍的诊疗水平，这是本共识进行现场测试的又一个目的。

四、从刑侦角度看，在侦破案件中，孤立的线索不

能作为证据，而一连串的、相互关联的线索就可形成证据链，完整的证据链就能够在案件侦破中起到至关重要的作用，就应该被采信。诊断疾病是同样的道理，任何孤立的临床证据，包括症状、体征、实验检查等，均不具有指向某种疾病的重要意义。但如果形成较为完整的临床证据链，则能成对某种疾病认识的重要证据。落实到本共识中所提及的问题，如果对“非典型症状”的分析解读符合双相情感障碍的精神病理特征、神经内分泌的改变符合以往对双相情感障碍研究的结果、按照双相情感障碍治疗方案治疗有效等情况同时出现，这应该是形成了较为完整的证据链，因此这便能够说明在本共识中所提及的“非典型症状”属于双相情感障碍的范畴。在此所描述的现场测试正是依据这样的思路来进行的。当然，如果依据本章第四节所提出的节律障碍发展理念则更为简单明了。即只要是临床症状或生物学指标（如内分泌、血压、糖耐量等）提示有节律异常的迹象均可被视为“非典型症状”，并根据情况给予治疗，特别是给予“三联治疗”。这一点，也是此次进行真实事件临床研究的又一个目的。

论文

慢性胃肠疾病的心身医学观

陈玉龙（郑州小组ZZG成员） 郑州大学第一附属医院 消化内三科

在胃肠领域中，尽管各种检测技术已十分先进，用胃镜检查术，CT扫描，超声，MRI，我们可以清晰显现整个胃肠道的形态结构异常，用测压技术我们可以评价消化道动力障碍，用外科和组织学评估我们可以识别病理学变化是恶性或是良性，然而，即使用大多数精细的诊断技术检测之后，仍不能解释一些不同程度的异常和现有的胃肠道症状以及患者的行为异常和主观感受的各种不适和痛苦。主观感受的不适程度与各种客观检测结果并不一致，即便是同种疾病也表现各异。例如：

一. 案例

1. 胃食管反流病（GERD）. 有两个GERD患者：

（1）一位患者严重烧心，影响到正常工作，但24h pH检测只有极其轻微的反流，且内镜检查显示正常但因担心潜在重大疾病发生，多处就诊检查，害怕癌变。

（2）相反，另一位偶尔轻度烧心患者，却因吞咽困难而住院。pH检测显示严重的反流，内镜检查有食管狭窄和Barrett’s食管，癌前状态，该患者心态较好，客观检查有重要阳性发现，但烧心症状轻微。

以上两例患者说明心态影响着病人的主观感受，心态又与性格(人格)密切相关，所以性格直接影响着患者对病痛的感受程度。焦虑人格的内脏敏感度都是增高的。再看一下疼痛病例和精神/心理的关系。

（3）慢性功能性腹痛：探视急诊室慢性严重性腹痛患者，在过去忽略了各项阴性检测结果的评价，结果因疼痛导致几种不适合做的外科手术，曾实施阑尾切除，子宫切除术，胆囊切除术，还曾因健忘、无助感、和难以控制的全身症状而服用麻醉药，期待内科医生给出一个正确的诊断。此前，精神科医生因躯体症状诊断为分离性癔症。目前，各种检查结果无阳性发现。然而，几

种症状特别是腹部疼痛导致的剖腹探查术引起的却是腹腔粘连。在手术几周后疼痛再次复发，过多的检查和治疗并未给患者带来好的疗效。

以上这些病例，我们可以看出这两例GERD患者，其症状自身感受体验和相关的生理、病理两者之间很缺乏相互关联性。有严重症状的患者却没有食管炎，而已经有食管狭窄和Barrett’s食管的患者却仅有很轻微的烧心。那位慢性腹痛的女性患者，除了有心理-社会的困境外，没有医学证据可以解释其严重性的疼痛症状。她虽经历了另外的多种手术，术中却无明显的异常发现，而后不久，疼痛却再次发作。人们不禁要问，如此发达的现代检测手段和技术操作，经过多家医院资深专家会诊，为什么连一个腹部疼痛就解决不了，让患者过度检查，过度治疗，饱受病痛折磨？这是我们的医学思维模式出了问题！1977年Engel GL提出，需要一种新的医学模式，去挑战生物医学模式^[1]。这种新的医学模式就是生物-心理-社会医学模式。现在将介绍西方的两种医学模式。

一. 生物-医学模式 (biomedical model)^[2]

病原微生物、理化因素等导致的疾病用抗病原微生物药物如抗病毒、抗生素杀死病原微生物，除去理化因素即可治愈，如肺炎球菌性肺炎用大量青霉素杀灭肺炎球菌后肺炎就被治愈。医生的这种诊断治疗疾病的思维模式称为生物-医学模式。这种模式仍然是对的，但已不能解释和处理当今的所有疾病（如前面的第三例慢性功能性腹痛患者）。生物医学模式又把疾病细分为：

（一）功能性疾病：例如功能性胃肠病（FGIDs）例如胃食管反流病（GERD），功能性消化不良（FD），肠易激综合征（IBS）奥迪括约肌功能障碍（SOD）等。

(二) 器质性疾病:消化性溃疡中的胃溃疡和十二指肠溃疡, 病毒性肝炎如甲、乙、丙型肝炎等。

二. 生物-心理-社会医学模式(biopsychosocial medical model)

随着疾病谱和死亡谱的变化, 既要考虑生物、理化因素, 还要考虑心理、社会因素(包括疾病本身)对人体内、外环境的变化生理、心理、神经内分泌等的影响, 并给以心理生理和躯体疾病全面的的诊治, 使之重新回归社会的一种诊疗模式。这种医学模式把人和内外环境看成一个整体, 正如柏拉图指出:“既然医治眼睛不能不涉及头部, 医治头部不能不涉及躯体, 那么要医治身体也不能不涉及心灵”。中医理论的“天人合一”早在2500年前已经认识到这一问题。用生物-心理-社会医学模式就可以完整解释疾病的发生、发展和预后。

三. 心身医学 (psychosomatic medicine)

又称心理生理医学 (psychophysiological medicine) 主要研究心(精神)与身(躯体)之间的相互关系, 在疾病发生、发展中的作用, 研究正常和异常的心理与生理之间的相互作用, 为医学发展提供探索的途径, 是医学发展的趋势, 是生物医学向生物-心理-社会医学模式转化的必然趋势。

四. 心身疾病 (P s y h c o s o m a t i c diseases;Psychosomatic disorder)

它不是精神病, 也不是神经症, 而是一类有躯体症状和体征, 与心理、社会应激、遗传素质及人格特征和负性情绪有关的躯体疾病, 是心身医学研究的主要内容, 如高血压、冠心病、脑血管疾病、溃疡病、糖尿病及肿瘤等。甚至生物、理化因素导致的疾病、预防、临床、康复等各医学领域都可能存在心身相关的机理。近年, 消化系统疾病所涉及的心理问题, 也屡见报道, 消化系统是情绪的反应板, 心身疾病发病率很高, 据报道有45-75%的消化疾病伴有身心因素。应激因素(特别是医源性应激)更是消化心身医学的热门话题^{[3][11]}。

五. 消化心身疾病的常见症状名称及其含义^[4]

(一) 疾患 (illness) 病人对不健康的理解, 是其

主诉的症状以其主观感受和行为异常为依据的, 其客观检查无重大阳性发现, 或虽有阳性发现却不能解释现有的症状, 如功能性消化不良 (FD) 患者, 有上腹不适, 早饱, 虽可能发现胃部炎性息肉, 镜下切除息肉之后, 原有症状仍不能缓解。我们称其为“疾患”。

(二) 疾病 (disease) 指不仅有典型的临床症状, 而且在形态学上有病理状态的证据, 这些证据可能包括X线检查, 实验室检查, 影像学(如CT、彩超、MRI等), 内镜检查所见, 以及组织病理学, 生化学的检查证据。如十二指肠溃疡的症状特点是饥饿痛、夜间痛醒, 胃镜检查则可以发现十二指肠球腔变形及上覆黄苔, 周围有充血带的活动性溃疡面。我们称其为“疾病”。

但无论是疾患 (illness) 或疾病 (disease) 都可以伴有心理障碍。前者疾患 (illness) 伴有心理障碍称心身症, 后者疾病 (disease) 伴有心理障碍称心身病。这样划分有利于临床上对心身疾病的诊断和处理, 因为二者的治疗方法是不绝对相同的。

(三) 疾患与疾病的关系

illness和disease可以单独存在, 也可以同时并存, 二者有时又是密不可分, 相互促进的。因此, 可能会出现以下几种不同的组合, 对判断疾病的性质有着重要的价值:

1. Disease和illness都不存在: 我们认为是健康的, 无需特殊诊治;

2. 有Disease又有illness: 如患者为胃癌, 癌症是器质性病变, 肯定在进行放、化疗手术治疗, 患者又因担心害怕转移恶化带来的急慢性应激, 出现失眠、心烦意乱、情绪低落等抑郁/焦虑症状群, 其实, 这是illness的具体表现, 常常有急慢性应激因素存在, 在处理时, 要注意心身同治, 既要治疗器质性病变, 又要治疗心理相关的症状群; 我们不能认为这些与负性情绪导致的相关症状是癌症应该出现的反应而不去关注或不做抗抑郁或心理治疗。

3. 没有illness, 只有Disease: 只有器质性病变, 就按照生物医学模式, 处理原发病即可., 而不做心理/精神干预;

4. 难道illness不是病吗?

回答肯定是重大疾病。这种病人甚至连死亡都想到了, 这种病肯定要积极处理。然而在综合科, 大多数医生却对此认识不足, 认为客观检查没重大异常, 仅有各种不适不需要临床处理, 甚至连患者也感到不好接受这种和心理障碍密切相关的概念, 这对病人和医生都是十分不利的。

生物医学模式在这里被二分为“器质性”异常和“功能性异常”, 不幸的是都有确定的病因, 例如功能性胃肠疾病 (FGIDs) 有动力障碍及消化道敏感度的增高, 或者称其为没有特殊的病原学依据的一种“功能性”异常。这样, 从生物医学角度上看, 用生物-心理-社会医学模式就可以解释疾病的发生和充分解释疾患的临床结果。换句话说, 病原因素对疾病, 包括disease和illness的诊断和治疗都是必要的。但是, 在上述这些病例中, 有明显疾病 (disease) 的患者仅有很轻微的症状, 而有严重症状的疾患 (illness) 患者, 客观价查却无重大异常发现, 甚至没有疾病。

从流行病学上要发现一个特殊的器质性病变 (disease) 要按常规排除大多数的疾患 (illness) 疾患。有学者对上述常见的临床症状的1000多名不住院的病人, 经过3年以上的随访, 在有完整资料的567例中, 仅有16%有新的主诉, 而只有10%的腹痛患者最终找到了特殊病因。说明这一人群的症状大多是疾患 (illness)。在illness人群中许多被评定为不同程度的心理问题。可见, 疾患 (illness) 在人群中是十分常见的、有着与心理障碍密切相关的临床症状。

疾患 (illness) 和疾病 (disease) 同时起因于细胞, 组织, 生物体, 人与人之间, 和环境水平的相互影响。它集中了生物学、和决定生物和心理因素反应程度的个体特性, 并解释了疾患 (illness) 和疾病 (disease) 及其转归。这种模式, 生物和心理两者的倾向性促成疾患和疾病的表达。环境暴露和心理社会变化也会影响临床症状的表达和疾病的最终结局以及他们的互动方式。例如, 一个生物事件, 如HIV感染, 幽门螺杆菌

菌 (elicobacter. pylory, H. pylori) 感染可能影响器官功能, 人格, 家庭, 和社会, 并且是相互促进的影响。在心理社会水平的变化, 如配偶死亡或者其他心理社会创伤可能影响心理状态和临床预后。或者有可能产生对细胞免疫疾病激活的生物学影响。这种模式还认为疾病和疾患间是可以相互影响的, 即便是同一致病因素对不同的个体的影响, 在临床表现上也是表现为多样性的症状和行为异常。

乙型慢性活动性肝炎, 谷丙转氨酶升高, 乙肝病毒脱氧核糖核酸 (HBV-DNA) 检测提示乙肝病毒 (HBV) 活动复制, 用核苷酸类似物拉米夫定等即可抑制其复制, 使ALT恢复正常, HBV-DNA复制指数恢复正常。乙型肝炎疾病 (disease) 就可基本获得临床治愈。但在这一生物医学模式下, 医生从不考虑患者因担心肝硬化、原发性肝癌、和可能发生的上消化道大出血等并发症而带来的心理急、慢性应激所导致的心理问题。据我们统计, 有35%-40%的慢性肝病患者伴有不同程度的心理问题, 如失眠、乏力、情绪低落、消瘦等, 而多数医生对此却不去关注^[5], 但临床实践发现, 这些疾患 (illness) 症状群的抗抑郁及心理支持、认知处理对乙型肝炎患者的心理与躯体症状的改善和增强临床治愈的信心是十分有好处的。

六. 消化心身疾病的诊断线索^{[6][7]} (作者本人在20余年的消化心身临床实践中总结出行为异常和认知障碍在消化心身疾病的具体表现, 作为发现心身疾病的诊断线索, 从2007年已刊登出的十条到2016年刊出的十四条, 个人认为比较实用, 也请同道指正、完善, 为制定共识提供依据):

(一) 病史长, 全身上下都是病 (病史越长重大器质性病变可能性越小, 但不等于没有, 这里要凭医生的丰富实践经验去处理99%以上的不可能, 和不到1%的可能性, 处理好科学与哲学的关系)。

(二) 过度的检查和治疗: 大量的检查单据 (反复、重复检查项目越多越没有临床参考价值)。

(三) 离奇的主诉, 过分关注大便形态、硬度、是否成形 (误把正常当异常: 如把粪便开头部分的偏干,

当便秘，把中间成形软便当正常，把最后的稀便当腹泻，而为此天天苦恼不堪，并不知道这就是正常的排便特点）。

（四）过度地关注打嗝、放屁，担心去公共场合，并为此苦恼不堪，或想放屁放不出，有时不得不去揉肚子。想打嗝打不出，因此感觉腹痛腹胀，但客观检查腹部叩诊一点也不胀。

（五）咽部不适，有异物感或紧缩感，甚至有口腔异味，如口苦，口干，口咸，口甜，口臭等各种异样感觉。有些患者就诊时，用手捂着嘴，担心别人闻到异味，其实别人不一定闻得到，或基本不存在，这里需要强调一点，即便有时客观可以闻到，这和正常个体的不同体味有关，不能被视为异常。因此，经客观检查未发现口腔粘膜或牙周、扁桃腺等的器质性病变。

（六）怀疑自身体型不好，或担心营养不足，吃保健品，或担心肥胖而过度节制饮食，强迫锻炼，或常做美容手术（隆乳，隆胸，）担心屁股向后翘，影响容貌体态，去做相关矫形手术。可能全身瘢痕累累。

（七）候诊不耐烦，频频叩门，言语滔滔不绝，唯恐被打断，反复询问同一问题。行为异常，坐立不安，注意力不集中，所答非所问。

（八）难以解释的多部位疼痛，常见为腰背、颈部，上腹部，乳房痛，肛门疼痛，常去疼痛科就诊，但镇痛药疗效并不满意。甚至因疼痛多次手术，疗效不佳。对此无怨无悔，却对抗焦虑药物并不认可，不承认自己患了心身疾病，甚至未曾服药就要求退药。

（九）反复做胃肠镜检查，担心幽门螺杆菌感染引起癌变，但从不怀疑自己用胃药治疗几十年，多次根除幽门螺杆菌并未减轻症状，或幽门螺杆菌已经转为阴性仍治不好胃炎的现实，不愿意接受抗抑郁治疗，却一直要求继续按胃病药物治疗。

（十）带一封自我病情介绍信，内容或多或少，但都反映患者不相信自己的记忆力，唯恐到上级医院就诊时挂一漏万。

（十一）胃肠镜检查，高度敏感，恶心呕吐反射明显。

（十二）容易发生晕车晕船，害怕乘长途汽车。要求多开点药，减少途中往返。

（十三）同时挂多个科室的号，但都只开药，不取药，呈现出典型的逛医（doctor shopping）行为。

（十四）容易发怒和他人或医护人员产生冲突，显示出某型人格异常的特点。

以上这些线索是本文作者集几十年消化临床实践的总结，只能作为诊断消化心身疾病的线索，非常实用，请大家参考。我想，一个理论是好是坏，由实践疗效来判定，正如1980年马迪所讲：“一个理论能让一个反对者也拥护的理论才是好的理论”。其实，共识、指南、各种诊断量表等是规范化诊断治疗的工具，对初学者尤其可以起到拐杖行走的作用，特别是写文章需要把病情量化时，完全是必须的。但对一个熟练的心身医学工作者或精神医学专家，每天面对大量的患者时，凭借丰富的临床经验，就可以迅速识别。很少有人去咬文嚼字的再使用量表了。即便是指南、共识也不能绝对化，因为某指南是针对某一疾病制定的，当一个病人同时患有多种疾病时，特别是心身疾病的共病时，绝对按照某一特定疾病的共识去严格执行，将会面临药物间的相互作用，对患者带来不利的影响，甚至出现医疗纠纷，医疗事故的发生。任何事物都不能绝对化，一成不变地看问题，其中也包括对最有权威的理论和指南的挑战。^[8]

特别要指出的是对于器质性病变一定要心中有数，不能漏掉，通过最基本、最为实用的问诊、视、触、叩、听等物理体格检查一看便知有无重大器质性病变，其后才是恰当运用而不是扩大化地使用各种现代化的检查工具，这也是衡量一个医生是否有实践经验的重要标准，必须强调，理论来自实践，和实践是相联系的，但理论永远是落后实践的，先进的检测手段代替不了临床实践。例如一位有焦虑/抑郁状态的87岁老人，精神科医生用经典的抗抑郁药一月，仍旧心烦、胸闷、气喘、睡眠不佳，我去会诊时发现，口唇发绀，脉搏有偶发早搏，听诊两肺底有细湿啰音，胸部CT未见明显异常，患者长期卧床，考虑坠积性肺炎，建议停抗抑郁药，用青

能性消化不良（Functional dyspepsia, FD）的心身医学观点[9]

慢性胃炎是消化系统中最常见的一类器质性疾病，主要由幽门螺杆菌（H. pylori, Hp）感染引起的胃黏膜炎症，多数是胃炎为主的全胃炎，胃黏膜层以淋巴细胞和浆细胞浸润为主，部分患者在后期出现胃粘膜固有腺体萎缩和化生，虽早在18世纪就提出慢性胃炎的诊断，但长期以来一直没有客观又易于执行的诊断标准，给临床带来很多困惑。正如吕农华所指出的，必须“规范慢性胃炎的诊断与治疗”“给慢性胃炎患者以最经济有效的治疗，带来更大的利益”。柯美云^[10]在中华医学会消化病学分会胃肠动力学组一项多中心调研中，对CG的症状谱、胃功能、(Helicobacter. pylory, H. pylori) 感染，胃粘膜有否糜烂与症状的关系做了详细地研究，和有益地探讨，特别在文章最后指出，“如伴有心理障碍则需加强心理治疗，必要时应用抗焦虑、抗抑郁治疗”。目前国内从悉尼诊断标准到新悉尼系统，国内也有许多关于CG的诊治共识和指南，为什么不能规范CG的诊断和治疗？是诊断标准的可操作性出了问题，或是医生没有按照共识去诊断？本文将不去讨论前面的争论，而从心身医学角度的侧面谈一下慢性胃炎的问题，当然，谈到CG必然涉及H. pylori 感染的问题，谈到FD也必然涉及近期出版的罗马4的诊断标准问题。

1. CG、医源性应激（Irogenic stress, IS）与H. pylori ^[11]

IS是多种应激源中的一种，由于临床上各种原因引起的疾病如果过分夸大其风险性，初期是应激反应，有相应的临床特征，不一定对机体有害。但应激持续存在，造成过度应激就会使特殊性格的个体造成不利于身体健康的过度反应。如健康体检中发现甲状腺良性结节联系到甲状腺癌，乳腺小叶增生想到甲状腺癌，中年以上的人健康体检彩超发现前列腺肥大联系到前列腺癌，血脂增高联系到动脉粥样硬化导致脑梗、冠状动脉狭窄与急性心梗等等。导致过度检查，过度治疗，和不该做而做了手术，放了支架。病情没有好转，反而加重，无

霉素静脉点滴，间断吸氧，拍打背部。一周后上述症状改善，湿啰音明显减少。两周后可以下床活动。针对仍有的焦虑状态，给以小剂量抗抑郁剂，第三周后焦虑改善，继续用药半年症状完全消失。目前仍在巩固维持治疗之中。

七. 关于消化道疾病的心身医学观点 这里将从器质性和功能性两大类型论述

（一）. 功能性胃肠病（FGIDs）：包括从食道，胃，结肠，胆道肛门等部位的疾病。按照罗马标准共识，FGIDs该类疾病的共同病理生理特点，是消化道动力障碍和内脏敏感度的升高。这里仅把共性写出，因用心身医学角度看待FGIDs其治疗按照DSM4到DSM5治疗将会变得简单明了，并包括了FGIDs、GERDs、功能性消化不良（FD）、肠易激综合征（IBS）及其肠外表现；胆道系统的欧迪氏括约肌功能障碍（SOD）都有应激因素，平滑肌收缩功能紊乱，和脏器敏感度升高。仅用促动力药或注意饮食结构调整，微生物制剂的应用，对某些轻型患者有效，目前多数学者只关注胃肠动力及其敏感度，很少注意应激因素、生物-心理-社会因素带来的影响，因此治疗效果并不十分满意，甚至跑遍全国各大医院仍感就医无门。而对这些难治患者改用心理+抗抑郁药治疗，可以改善平滑肌的收缩功能紊乱和降低内脏敏感度，同时给以心理支持，疗效更佳。例如：某SOD患者反复发作上肚剧痛，黄疸，胆总管增粗为1.0cm，黄疸，血尿淀粉酶升高，被诊断为SOD，每年发作4-5次，反复住院，以及复发性胰腺炎常规用抗生素，生长抑素，输液，纠正电解质紊乱，住院29天出院。但出院后每遇和家人生气，就疼痛反复发作。曾在十二指肠镜下作十二指肠乳头括约肌切开术（EST），疗效不佳。艾司唑仑1-2mg/每晚，并加用黛力新1粒，qd，一周后腹痛消失，持续用药三个月后同时保肝，退黄，患者临床痊愈。住院期间及出院后，不断给以心理支持治疗半年后，并坚持服用黛力新 1.05mg/d，一直未复发。期间，无椎体外系等症状出现，仍在继续抗抑郁治疗中。

（二）. 慢性胃炎（Chronic gastritis, CG）与功

形中浪费了医疗资源，有些手术引起并发症，导致医疗纠纷。消化系疾病中导致急慢性应激因素最常见的是，慢性萎缩性胃炎伴肠化，barrett's食管，但最常见的是Hp感染，几乎每天在门诊都可以遇到这样的患者和人群，它不只是引起慢性胃炎，消化性溃疡，更为担心的是引起胃癌，而且“一人感染，全家感染，全家感染，全村感染……”。使患者家庭不敢共餐，不敢接吻，不敢过性生活。给患者及家庭带来过度的应激，引起神经-内分泌-免疫-炎症性变化及胃肠动力的改变。导致抑郁/焦虑及慢性疼痛等一系列的全身多系统的症状，而根除Hp后这些症状并无好转，还有更多的H. pylori阳性人群，心态较好却无任何症状。我们曾经对280例H. pylori阳性人群做了一项研究^[12]发现有93/280（33.2%）的人因担心癌变而患了不同程度的抑郁/焦虑，而对对照组只有2.7%，有统计学的差异。将89例随机分为A、B、C三组，A组给与抗抑郁剂+常规治疗+根除H. pylori治疗；B组单用抗抑郁治疗；C组用常规治疗（常规治疗+根除H. pylori），结果显示症状的改善率和抑郁/焦虑的减分率均高于C组，而A、C两组的H. pylori阳性率均显著低于B组。结论说明Hp感染率和CG症状不成正比，抗抑郁/焦虑才是治疗难治性胃炎的根本所在。有人做了根除H. pylori治疗和对对照组未实施根除H. pylori治疗的各3000余例对照研究发现根除与不根除H. pylori胃癌2年后发病率分别为1.6%和2.4%，根除组获益甚小，无统计学差异^[13]，即便有0.8%的根除获益率，我们也不能因仅仅有0.8%的获益率而使99.2%的H. pylori阳性人群去一概根除H. pylori，这无疑是一场置99.2%的人的利益于不顾的医学豪赌！因此，如何恰如其分地解释CG伴H. pylori感染的临床意义就显得十分重要，也是心理认知治疗的重要组成部分，消化科医生必须重视这一问题，全面地评价H. pylori理论的优劣不仅是学术问题，又是涉及医学、哲学和人生观等方面的大问题。

2. 根除H. pylori的利与弊

1982年澳大利亚医生Barry. j. Marchall和J. Robin Warren 分离出胃里幽门螺杆菌，研究了在胃里的重要

作用发现，胃里有这种微生物的人，罹患消化性溃疡、慢性胃炎的风险较高，并且幽门螺杆菌还可以引发一种常见的胃癌。于是，就开始用抗生素根治这种细菌。然而，他们发现，随着H. pylori的消失，胃溃疡和胃癌的发生率也在下降，这种细菌的据点正在失守。虽然几乎所有发展中国家的成年人都带有这种细菌，但在发达国家的流行率却降低了许多，与此同时，酸反流疾病和食管癌却有剧增的现象。有广泛而充足的证据显示，这些疾病的上升与H. pylori的消失有关。这说明H. pylori的存在可以保护食管下段抵抗为酸反流和降低食管腺癌发生的风险^[14]，因此，要重新评估根除幽门螺杆菌的抗生素疗法，以免其伤害大于效益。

3. 根除H. pylori的流行病学

从1900年到2000年的100年间随着发达国家抗生素的应用，出现了两个下降，即H. pylori的感染率下降，胃癌发生率下降；同时也出现了三个上升，即胃食管反流病的发生率上升，Barrett's食管（癌前状态）上升，食道下段腺癌每年以7%-9%的速度增加。

4. H. pylori与婴儿哮喘^[15]

还有人发现，H. pylori感染与婴幼儿哮喘的发生呈负相关，即H. pylori可以减少其哮喘的发生，与抑制其过敏反应有关。

5. H. pylori 与肥胖糖尿病

另有人发现，根除Hp后食量大增，这是由于饥饿激素（ghrlin）的升高和肥胖激素（Leptin）的降低，使食量大增从而使肥胖糖尿病增多有关；还有IBD增加，非洲H. pylori的感染率高于亚洲，而亚洲的IBD发病远高于非洲，说明H. pylori可以保护人类不得IBD。

因此，对一个理论的评价，其利大于弊时我们坚决贯彻执行，当利弊相当时，我们选择执行，当弊大于利时我们坚决反对执行。国内有学者认为Hp就是人体固有常驻菌群，与其他细菌密不可分的共同存在着。

6. 马歇尔本人的实验

我们赞扬马歇尔的奉献精神，在他喝下含幽门螺杆菌的培养基后只是出现了胃炎，而并没有出现胃溃

疡。并且，在14天后，马歇尔的胃炎症状也基本消失了。马歇尔吞服H. pylori培养基前是否检测其胃内有H. pylori。值得指出的是，马歇尔未经抗生素治疗就得到了痊愈。

7. 为什么大多数感染者不生病？

据消化频道刘世义报告，这背后存在着众多变量——年龄、生活环境、饮食、运动强度都可能在起着作用。探寻因果关系，定然是复杂的，但有了这种思考方式，我们也许可以找出更好的方法去治疗需要治疗的患者，我们甚至还能利用幽门螺杆菌来治疗其他疾病。按照这个思路，我们可以推测一下H. pylori感染背后的真正原因。正常的肠道菌群可以分泌一些能抑制幽门螺杆菌生长的类细菌素，从而控制幽门螺杆菌的滋生。比如，从健康人胃中提取出的约氏乳杆菌No. 1088就表现出了对幽门螺杆菌的很强的抑制作用。在当人体出现菌群失调后，这种细菌相互牵制的平衡就被打破了，H. pylori开始大量繁殖，从而表现出炎症效应。有些H. pylori的菌种毒性特别强，而宿主的身体条件又恰好容易被感染。H. pylori只是胃中菌群的正常部分，而由于种种原因，宿主的胃黏膜出现了损伤，而H. pylori又恰好在损伤的部位定植，从而造成了二次感染。

8. 对H. pylori的阳性患者进行认知治疗

由于H. pylori的阳性对待特殊性格个体产生不同的心理负面的影响，对上述根除H. pylori的利和弊一定要给被检出者做好认知治疗，和心理行为治疗，解除患者的顾虑，防止患者产生过度应激，导致心身疾病，甚至根本未发生癌变就导致自杀这种对患者的伤害远远大于癌变的风险，特别应该指出，医疗单位及医疗行政领导部门不去主动将H. pylori检测项目列为健康体检的常规项目，除非患者主动要求。也不做过分夸大H. pylori阳性风险性的医疗宣传广告，还国人一个健康的心态，不要让健康体检成为某种意义上的心理疾病的加工厂，将某些夸大疾病风险性的过度宣传回归到疾病的客观面貌，合理地解释，减少医源性应激，有时用简单同情（Empathic）地解释，会使紧张、担心的患者破涕而

笑，这就是最实惠的，最有效的认知治疗。

9. CG与FD 与H. pylori的临床困惑

单从临床症状上CG与FD是相同的，无法从症状上的做出鉴别。从心身医学观点诊治就可以由烦到简，根据2013年新出版的DSM5，原来DSM4中的躯体形式障碍的4种病，躯体化障碍，慢性疼痛，瘵病和疑病症在DSM5中合并成躯体症状障碍这一症候群。与我们在2013年DSM5发表以前的一项研究的思路是一致的。我们已经把CG和FD的之所以感到困惑和难治，更多原因归因于是均有illness的心理症状群，躯体症状群和核心症状群（抑郁），只要强调CG和FD的这一共性特点，进行抗焦虑/抑郁治疗，同时给以心理支持和认知治疗，实践证明是有效的。这就大大简化了疾病的诊治程序，提高了治疗效果。这一点和我们的一项研究结果是一致的^[10]。

（三）对FD的罗马3、4标准的一点商榷：

功能性胃肠病的罗马3和罗马4诊断标准中均把FD的分为两个亚型：餐后不适综合征；上腹疼痛综合征。就这一点上没有任何变化和进步。其实，根据我们2008年的一项多中心研究^[13]显示，把这两个FD亚型不加区分地随机分组，用抗抑郁疗法比对照组获得了良好的疗效。说明这样划分的FD两个亚型是多余的，因为这两个亚型不过是抑郁焦虑状态的不同躯体化表现形式而已，使原本从心身医学模式上看似简单的问题人为地将它复杂化了。

（四）.从心身医学角度展望医学的未来

随着对生物-心理-社会医学模式的认知度的逐步提高，人们对FGIDs的研究也越来越深入，人们发现，GERD、FD、IBS、SOD（待发表）等许多消化心身症和心身病用抗抑郁/焦虑治疗的研究也越来越多，并取得了用生物医学模式下从未取得的良好效果。那么人们不禁要问，FGIDs伴有消化系统以外的许多各系统的表现，到底是属于消化系统疾病或是精神/心理疾病呢？陈玉龙认为这要从大医学（整合医学）的角度看问题，它就是一类心身疾病（症）。这样，我们的现代医学将会从某些疾病的病名代之以“综合征”，这一点也符合祖国医学的观

点，如肝气郁结就是一组综合征，他代表了肝的疏泄功能异常，疏泄不及而致气机郁滞的症候。情志抑郁，胸胁或少腹胀满窜痛，或咽部异物感，胁下肿块，女性乳房胀痛，月经不调，痛经，舌苔薄白，脉弦等。这一综合征基本概括了抑郁焦虑的躯体症状，使诊断从宏观上走向概括和简单化，这就是祖国医学历史悠久，博大精深的具体体现，如果西医也向这种方向发展，就不会出现慢性胃炎，H. pylori, FD等诊治上的尴尬，使治疗更加有效化，使复杂问题简单化，有这种理念的医生才是真正的大师，同时，也必将使现代医学的某些理论结构受到颠覆，H. pylori理论的关键问题是只考虑H. pylori生物因素导致的疾病（即单纯的生物医学模式），没有从整体的生物-心理-社会医学模式考虑问题，因此是不完整的理论。纵观FGIDs所涵盖的不少疾患，越来越多的报道证实凡是难治性的FGID都伴有不同程度的心理障碍，用抗抑郁/焦虑疗法大部分患者从中获益，因此，在2011年西部精神医学苏州会议上回答孙学礼教授的提问时我就大胆地预测，所有FGID和不少器质性疾病伴有心理障碍可能都属于心身疾病，只是处理这类疾病时要心身同治罢了。其中包括药物（也包括中草药）和心理的认知治等疗法。

参考文献

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine Science. 1977;196:129-36.
- 陈玉龙 医学模式的转变与消化心身疾病, 中华消化杂志[j], 2012, 32 (7) :494-496.
- 陈玉龙 医源性应激——夸大幽门螺杆菌感染风险与心身疾病[j]:实用医院临床杂志; 2015, 12 (6) :9
- Drossman DA The biopsychosocial model and chronic gastrointestinal disease. Approach to the patient with chronic gastrointestinal disorders. Edited E Corazziari .2000, 97-107.
- 陈玉龙, 王霞, 尚杰 圣约翰草对肝硬化伴抑郁的

疗效观察. 世界医学杂志, 2004, 7:45

- 陈玉龙 消化系心身疾病的研究与临床[M] 郑州: 郑州大学出版社2007: 64-66
- 杨菊贤, 陈玉龙. 内科医生眼中的心理障碍(M). 上海: 科学技术出版社, 2007:77-87.
- Doos L, et al. Multi-drug therapy in chronic condition multimorbidity: a systematic review. Fam Pract. 2014;31(6):654-63.
- 陈玉龙 慢性胃炎和功能性消化不良的心身医学观[j] 中华消化杂志 2015, 35 (9) :1
- 柯美云 慢性胃炎消化不良症状为动力功能及有关因素多中心调查[j]:中华消化杂志; 2006: 26 (9) :602-605.
- 陈玉龙 医源性应激——夸大幽门螺杆菌感染风险与心身疾病[j]:实用医院临床杂志; 2015, 12 (6) :9
- 王霞 陈玉龙 慢性胃炎伴幽门螺杆菌感染患者情绪障碍的临床诊断与治疗[j]:中华诊断学电子杂志; 2015, 3 (3) : 52
- Hai-Ning Chen. Zhu Wang .Xiao Li Helicobacter pylori eradication cannot reduce the risk of gastric cancer in patients with intestinal metaplasia and dysplasia: evidence from a meta-analysis Gastric Cancer (2016) 19:166 - 175
- DAVID C. WHEMAN, PRIYAPA RMAR, PAUL FAHEY, et al Association of Helicobacter Pylori infection with Reduced Risk for Esophageal Cancer is independent of Enviromental Genetic Modifiers. Gastroenterology 2010;139:73-83
- Chen, Y., & Blaser, M. J. (2008). Helicobacter pylori colonization is inversely associated with childhood asthma. Journal of infectious diseases, 198 (4), 553-560.

(本文已刊登在中华诊断学电子杂志2016年第四卷第3期 168-172)

体重管理——健康生活方式的关键

四川大学 韩海军

引言

十六年前我还在四川大学攻读硕士学位期间，一个偶然的参与了中央电视台体育频道CCTV-5于2001年开播的《早安中国之“减肥纪实追踪”》成都站的项目，当时我全程参与并完整收集了从头至尾坚持完全部项目的6名受试者的相关数据（时间从2001年10月29日至2002年1月20日，共80天约12周）。他们的平均初始体重114.7公斤，最高131公斤，最低89公斤，体重指数的平均值达39，大大超过了肥胖的界定标准（依据《中国成人超重和肥胖症预防控制指南》，体重指数的值大于等于28 即为肥胖）。可见受试者具有较好的代表性和典型性。经过12周的运动、饮食联合健康教育的全封闭式体重管理后，6名受试者共减掉了110.5公斤，平均每人减少18.4公斤，最高减掉了25公斤，最低的也减掉了12.5公斤。而且，各受试者在整个实验过程中基本未出现受伤情况，实验后不但体重显著下降，体脂大幅度减少，且身体健康状况大大提升，肌肉轮廓明显，肌力增大，心身均康健很多。

我以此项目为研究对象，在老师指导下于2003年在《成都体育学院学报》发表了平生第一篇科学减肥方面的学术论文。之后十多年来，我始终关注体重管理领域：从减重到减肥；从健康减肥到健康形体管理；从体育界到医学界再到美容界；从普通人群到中海油作业平台的一线员工，从一般学术论文到博士论文……越是深入研究，越觉得要做的工作太多，需要给大众普及正确的体重管理、健康减肥、健康形体管理基本理念、知识和技术的紧迫性越强。虽然我曾先后以公共体育课和全校性文化素质选修课的形式在四川大学开设了《体重控制（减肥塑形）》专业课程，但始终觉得受众面太窄，受益人数太少。此次《经营管理者杂志》说要谈体重管理这一主题，我欣然接受，并希望从以下三个方面与各

位读者分享一下我们团队的实践经验和科研成果，同时为大家能科学地管理体重提供一些有充分依据的专家共识。

体重管理的内涵与外延

体重管理通常是指专业人士根据客户的健康体重相关指标和特征，给出以营养、运动、压力管理等非药物干预和/或药物、手术、仪器等医学干预手段，进而形成个性化指导方案，并进行实时监测，不断优化方案，以达到帮助客户获得并保持理想体重，进而形成良好行为习惯和健康生活方式的专业服务过程。其最终目的是为了促进全民健康和实现健康中国的既定目标。体重管理的内涵非常丰富，内容至少包括减少体重，保持健康体重以及增加体重（尤其是增加肌肉）三种类型。其中，减少体重又包括三重“境界”：第一重境界是单纯的降低体重，通常通过脱水利尿、节食运动或仪器设备甚至中西医手术等手段实现，以体重的下降和减少为目标；第二重境界是减肥增肌，通常要求不但要减少体脂肪，而且要增加瘦体重（主要是肌肉和骨骼等）；第三重境界是健康形体管理，对健康与美丽两方面都有要求，即不但要实现健康减肥，减脂肪增肌肉，而且要形体美。具体的就是要求在体格（包括人的高度、体重、围度、宽度、长度，如身高、体重、腰围、臀围、胸围等）、体型（指身体各部分的比例，如上下身长比、肩宽身高比、BMI、腰臀比等）、体态（指指坐、立、行等时的姿态）及身体成分（包括：水、瘦体重、无机盐、体脂肪等指标）等方面都要既达到医学方面的正常和健康值，又符合主流的审美标准。

鉴于当前我们面临的主要问题是人们普遍“吃得多”、“动得少”，超重和肥胖人群越来越多（根据《中国居民营养与慢性病状况报告（2015年）》的调查

结果显示，2012年时我国的超重和肥胖的总人数已达到4亿人，比十年前的2亿人整整翻了一倍），增长趋势短期内无法遏制，因此目前体重管理在多数人心目中主要表现为控制体重、减少体重或健康减肥。根据我们项目组多年的实践和经验，我们认为所谓健康减肥是指以保证健康为前提，以科学理论为指导，在遵循循序渐进原则的基础上，通过针对性的方法和手段减掉多余脂肪，增加机体肌肉，减轻身体重量，进而从生理、心理和社会适应三个维度全面改善人体健康的过程。其至少包括四层含义：

- 以保证身心健康为前提
- 以体重下降，体脂肪减少为标准
- 以瘦体重增加，尤其是肌肉增加，基础代谢提高为目标
- 以身心愉悦、健康生活方式形成为标志

重是健康生活方式的中介。我国的第十个全民健康生活方式日（2016年9月1日）将“全民健康生活方式行动”的主题确定为“三减三健”，即减盐、减油、减糖；健康口腔、健康体重、健康骨骼。其中健康体重名列其中。当人的体重异常，尤其是超重和肥胖时，往往意味着其具有缺乏运动、膳食不合理、压力太大等不量生活方式，而一旦人变得肥胖了，便会继发单纯性高血压、糖尿病等慢性疾病，进而导致不良的预后。所以，我们可以把体重作为衡量一个人生活方式正确和健康与否的观察指标。

2. 不做好体重管理，往往会诱发各类疾病。根据世界卫生组织的报告，与肥胖相关疾病的相对危险度如表1所示。

通常超重和肥胖的人，其患常见慢性病的危险是一般人的一倍甚至数倍。中央电视台CCTV-13在2014年8月

表1 肥胖者发生肥胖相关疾病或症状的相对危险度*

危险性显著增高 危险性显著增高(相对危险度大于3)	危险性中等增高 (相对危险度2-3)	危险性稍增高 (相对危险度1-2)
2型糖尿病	冠心病	女性绝经后乳腺癌，子宫内膜癌
胆囊疾病	高血压	男性前列腺癌，结肠直肠癌
血脂异常	骨关节病	男性前列腺癌，结肠直肠癌
胰岛素抵抗	高尿酸血症和痛风	多囊卵巢综合征
气喘	脂肪肝	生育功能受损
睡眠中阻塞性呼吸暂停	背下部疼痛	麻醉并发症

*相对危险度是指肥胖者发生上述肥胖相关疾病的患病率是正常体重者对该病患病率的倍数

为什么我们需要体重管理

体重是人体健康的重要衡量指标之一。虽然一个人体重正常不一定健康，但一个人体重异常的话很难算作健康。我们之所以要进行体重管理，至少基于以下三个原因：

1. 体重管理往往与生活方式健康与否密切相关，体

15日的央视新闻《国际时讯》中也报道了题为“肥胖会增加10类癌症风险”的新闻。

3. 无健何以为美？美是人人追求的，但没有健康做基础和保障的美是不完整的。早年在某健身俱乐部开业时看到一幅字，写的很好，后请朋友专门做了翻译发给国际友人，今天引来与读者分享。



如何做好体重管理

如前所述，体重管理包括减重、保持或增壮三种类别，其本质原理是一致的，就是保持人体能量摄入和消耗间的平衡，其中减重就需要实现能量负平衡；保持即实现能量平衡；增壮就是实现能量正平衡。在这里，我们重点介绍一些减重的方法，其他两类体重管理的做法从手段来讲是一样的，比如增壮仍然需要运动而非一味地吃了不动，只是要求摄入的能量相比消耗的能量要多一些以确保机体增加的是瘦体重而非脂肪。所以下面重点介绍健康减肥的一些常见方法：



1. 选择正确的减肥方法组合。减肥的方法多种多样，但健康减肥的基础和根本在于生活方式。如图所示，通常我们进行减肥，离不开塔底两层以“吃”和“动”为核心的生活方式的改变。但在某些特定情况

下，手术、药物、减肥保健品及中医药减肥等治标为主的手段也是必要的。显然标本兼治是理想的做法，因为个体仅靠意志力试图通过改变生活方式来达到减肥的目的是非常困难的，通常是需要有专业人员的指导和持续的督促执行才能取得较好的效果。作为运动和营养的专业人士，我当然优先推荐大家采用上图中“治本”的方法来减肥，但对某些有特定需求的人群，“制标”的手段也是可以考虑的。无论怎样，选择适合自己的组合方案才是正确的选择。

2. 通过均衡膳食和合理营养实现“管住嘴”。 减肥需要“管住嘴”，但“管住嘴”并不是不吃饱。相反，为实现健康减肥和进行一定量的运动都需要吃饱。所以俗语“不吃饱没劲减肥”是有一定道理的。我们在“管住嘴”的问题上，优先考虑的是食物结构的调整、搭配以及膳食习惯的优化和改善等。具体来讲，综合全世界各个国家的膳食指南，尤其是最新版的《中国居民膳食指南（2016）》的相关精神，我们建议大家应遵循以下几条膳食摄入原则：

- 食物种类多样（每天至少12种，一周25种以上），主食谷类为主并加一定量的粗杂粮；
- 充足的蔬果（蔬菜每日1斤半以上，水果每日拳头大小的1个即可），适量的肉类（动物性食物与植物性食物的比例最好二比八）；
- 控制油、盐、糖和酒精摄入量，足量饮水（每日至少饮水1500-1700毫升，浓茶咖啡等不算，推荐白开水、淡茶水、矿泉水等作为饮用水主要来源）；
- 减少在外就餐（在餐馆就餐往往会高油高脂），细嚼慢咽（每顿饭最好花20分钟以上）
- 坚持身体活动（每日30分钟中等强度的体育锻炼或体力活动，每周五次，优先推荐游泳、自行车、快走及等与力量和柔韧性练习搭配组合）；
- 注意饮食安全

3. 通过科学的体育锻炼和身体活动实现“迈开腿”。国际上通常使用身体活动而非体育运动或体育锻炼这个词来描述人的能量消耗。“运动”是各种身体

活动中的一种，指有计划、有组织、重复性的身体活动。“身体活动”涵盖的范围广泛，包括各种增加体力输出的身体活动。其分类方法也有多种，常常采用以生活方式为标准的分类法，可分为：工作有关的身体活动；外出交通往来有关的身体活动；居家生活有关的身体活动；闲暇时间的身体活动。可见身体活动是体育锻炼的上位概念。世界卫生组织（WHO）有关身体活动有益健康的全球建议中列举身体活动与健康的十大事实如下：

《中国成人身体活动指南》（2011年人民卫生出版社出版）中指出WHO推荐的身体活动的量如下表所示。其

1. 身体活动可以降低疾病发生的风险	1. Physical activity reduces the risk of disease
2. 定期的身体活动有助于维持健康的身体。	2. Regular physical activity helps to maintain a healthy body
3. 身体活动不应与体育运动混为一谈。	3. Physical activity is not the same as sport
4. 中等和高强度的身体活动都可产生健康效益	4. Moderate and vigorous physical activity bring benefits
5. 5-17岁的每天进行60分钟身体活动	5. 60 minutes a day for people 5-17 years old
6. 18-64岁的人们每周进行150分钟身体活动	6. 150 minutes a week for people 18-64 years old
7. 65岁及以上的成人	7. Adults aged 65 and above
8. 所有健康的成年人都需要进行身体活动	8. All healthy adults need to be physical active
9. 多少开展一些身体活动总比一点也不做要好	9. Some physical activity is better than none
10. 支持性环境和社区可帮助人们更多地参与身体活动	10. Supportive environments and communities help people to be physical active

表2 世界卫生组织身体活动推荐量

	有益健康	促进健康	增强身体素质	体育训练
强度	轻到中等强度	中等强度	中到大强度活动	极大强度
时间	10分钟或更长，一天几次	30分钟或更长	20分钟或更长	持续时间和频度根据个
频度	每天	每天	一周三次	人身体素质状况而定

在体重管理过程中，应遵循如下身体活动的主要原则：

- 强度应与自己的体质和体力水平相当
 - 应将能量小猴体现在每天的各种身体活动中
 - 以人为本，自主选择，优先推荐自己熟悉、喜爱的身体活动内容及快走、游泳等简单有效易于执行的运动项目
 - 循序渐进，量力而行；长期进行，贵在坚持
- 除此之外，为确定身体活动和运动的安全性，应学会症状的自我监测，在体育锻炼或身体活动的过程中，

中“有益健康”主要适合65岁以上的老年人；“促进健康”适合18-64岁的成年人；“增强身体素质”是对5-17岁的中小學生推荐的量；运动员等专业人士则通常选择“体育训练”。从健康的角度讲，每天30分钟（约耗能150-300千卡）中等程度的体力活动是运动预防疾病的最低要求。《身体活动促进健康宣教提纲》（WHO）中明确指出：规律的身体活动有很多好处。30分钟以上的中等强度运动，例如快走，就足以产生这些有益的作用，而增加身体活动的水平，这些有益作用也会随之增强。

有以下任一症状都应即刻停止活动，以避免运动意外伤害事故的发生。

- 胸部、上肢、颌骨或颈部疼痛、不适或沉重感，心绞痛？
- 脉搏不规则，心律失常？
- 头晕、头痛、冷汗、迷糊、不协调、面色苍白或晕厥，脑供血不足？
- 脉搏达到或超过目标心率，停止运动后心率仍高，运动过度？
- 恶心、呕吐，消化道供血不足？

理论上如何减掉1公斤体重（体脂肪）

最后，我们为大家介绍一下在理论上如何减掉1公斤体脂肪，以供有减肥需求的人士参考。根据既往研究，对一个减肥的人来讲，通常推荐每周体重下降的速度原则上不超过1公斤（基础体重特别大的人，比如100公斤以上者，可以适当增加），因为快速减肥会带来皮肤松

弛、代谢紊乱等众多不良后果。国际上通常认为1公斤人体的体重大约包括7000-7700千卡的热量，减肥的过程就需要通过减少摄入和增加消耗的方式来实现每周能量负平衡7000-7700千卡，平均到一周的每一天的话恰好是每天负平衡1000-1100千卡。这些热量再通过“管住嘴”与“迈开腿”各实现一半，具体方法参见上述内容。

浅析精神药物的管理与精神疾病的防治

西昌市第二人民医院 张昌忠、杨洪春

精神药物目前仍是治疗精神疾病的主要方法之一，随着政府对精神卫生工作的重视和不断的加大经济投入。近年，相继启动了“868”项目[1]，严重精神疾病被纳入“国家基本公共卫生服务项目”[2]及医疗卫生机构录入，直报严重精神障碍患者相关信息工作的展开[3]。现在以医院—社区一体化的精神卫生服务模式已趋形成。因此针对社区、家庭、家属精神药物的管理与精神疾病的防治，特别是严重精神障碍的防治提出了更高的要求。以下为作者的浅析，请专家、同行指导。

【关键词】 精神药物 社区 药物管理 精神疾病 严重精神疾病 患者

1.精神药物的管理与精神疾病的复发

随着社区精神病学知识的推广和防治网络的建立，使相当数量的精神疾病患者得到益处。现阶段我国有90%的精神病患者生活在家庭社区中。由于家属、社区、人民群众的综合素质及对精神疾病，特别是严重精神疾病，精神药物知识的普遍缺乏。因此精神药物的管理尤为重要，否则会增加精神疾病的复发再住院率，甚至造成严重精神障碍患者的意外事件发生。作者调查了本地区100例出院后在家庭、社区维持治疗的精神疾病患者（多为6类严重精神疾病及抑郁症、神经症），其中69例

边治疗、边做一些力所能及的家务活，部分已恢复正常的工作、学习（病情稳定期3-5年）；26例先后复发再住院，2例走失，3例服毒自杀。在69例中，有45例是家属管理药物，按医嘱监督病人服药，其余24例患者自行管理药物；26例复发的患者中，20例未能坚持系统服药，6例自行管理，所造成的疾病复发住院与孙鸣州等人[4]等报道相似。

一项精神疾病患者（特别是严重精神疾病），因复发而返院的统计[5]，81%的患者因病人拒服药，自行减药、停药或不规则服药而导致的复发（因药物的副反应停药者45.5%，自觉病情恢复的停药者51.5%，因精神症状停药者3%）。另外有19%的患者坚持服药，但因婚姻、家庭、工作等其他原因而导致复发。且复发的患者中75%以上是患者自行保管药物，25%由家属保管药物。目前更为担心的是在精神科门诊，患者，家属会纠缠医生述说诸多理由，如距离、经济等原因，要求代开药、多开药或患者本人来开药的现象普遍。精神科医生一定要谨慎处方，否则精神药物在院外发生任何意外事件，医生、医院定会麻烦不少。

2.药物的滥用

广义的精神药物包括抗精神病药、抗躁狂药、抗抑郁药、抗焦虑药，其中还包括一些巴比妥类及苯二氮

卓类药物（部分甚至是二类精神药品）。精神药物主要用于治疗精神疾病，调整大脑功能，消除精神症状，促使患者的精神恢复健康。由于该类药物具有一定的药理毒副作用，容易引起严重的不良反应，甚至导致患者死亡。另外，精神药物中有一些具有催眠作用，极易被人们误用成瘾。目前随着社区精神卫生服务的开展，精神科门诊量的增多，媒体药物广告的宣传，医药市场开发，大中型连锁药店的兴起，国家处方药与非处方药管理制度的初步实施，极易在实施的过程中出现滥用。临床门诊所遇家属，患者点名要药，买药乱象是五花八门，因此精神药物所致意外事件时有发生。

病例1：退休干部，本身患有焦虑症，在遇儿子离婚的精神刺激后心烦，失眠，情绪低落，自行服用家中的阿普唑仑100片后昏睡，被家人发现及时送综合医院抢救脱险。

在家庭、社区此类病例时有发生，血的教训大多因为患者，家属，按自觉症状，托熟人或在原病人家属那里找药，或在药店点名购药后自行服用；倘若就诊后也不按医嘱服用，急于求成，滥用、乱服，是发生意外的根源。

3.药物与自杀

病例2：成年女性，未婚，父母已亡，独居，精神分裂症患者，自行管药，在家维持治疗。因情绪压抑，缺乏社会、家庭的支持，自服氯氮平300片自杀后，数天才被单位、亲属发现。

病例3：女性，未婚，教师，精神分裂症患者，出院在家服药巩固维持治疗，因个人问题，家庭纠纷，自行吞服氯丙嗪100片后再服乐果200ML，虽然及时送医院抢救仍无效死亡。

病例4：男性，抑郁症患者，并于出院后工作期间，因承受不了同事对他的歧视，自行服阿米替林200片自杀，虽被120送到综合医院抢救，仍未挽回生命。

此类病例在近十年来经传、核实，在我院出院后服用精神药物自杀、中毒、死亡的病例在10例以上。有

一项关于社会群体自杀发生率的调查[5]:各类精神疾病（尤以严重精神疾病为主）引起的自杀占自杀原因的第二位，且以大量服用精神药品方式自杀者占首位（高达62%）。

4.误服精神药物的现象

在许多精神疾病患者的家庭中，常常有因药物管理不妥，放置不当，致使家属、儿童误服而造成意外的发生。

病例5：儿童，男性，3岁，因家人不注意，致使该男孩误服五氟利多2片（其母亲患有精神分裂症，常年服药）后，被家人发现，已昏迷，送综合医院急诊抢救脱险。

病例6：女性，33岁，因感冒，发热，咳嗽，误把没有标签的奋乃静当咳必清服用三片后，嗜睡，所幸中毒量不大。

病例7：男性，66岁，因家中儿子是双相障碍患者，家中备有奎硫平，可老人眼花，将奎硫平2片当降血脂药服用，幸亏发现及时，经医院支持、对症治疗脱险。

此外，还有个别精神病患者对《精神卫生法》[6]的片面理解，或受他人歧视，因而仇视同事、社会、家人而出现报复行为，将其所用的精神药物，投放在食物或饮水中，易造成集体中毒事件的发生，对社会家庭造成严重危害，应引起广泛重视，加以防范。

5.讨论

资料显示：精神病患者出院后半年内如停止药物治疗，其复发率高达80%以上。笔者认为，为了加强对精神药物的管理，降低疾病精神的复发率，减少再住院率及减轻家属，社会的经济负担及意外事件的发生，应做好以下几个方面工作。

5.1 做好对精神疾病认识的宣传教育：应加强精神病患者的精神卫生知识和一般精神疾病症状常识的宣教，使他们对精神病有一个比较完整地认识，正确对待所患疾病给家庭、社会带来的不利因素。

5.2 帮组患者建立良好的心理屏障：精神病患者经过治疗，无论处于病情病情期还是恢复期，大多数患者患有严重的社会功能缺陷，在其潜意识里，总有严重的心理负担，担心社会地位受到歧视，甚至工作、学习、就业、找对象等。对这些合理的精神负担应予以科学的解释，耐心细致的做好思想工作，增强防御机制和自我调节能力。适时的心理治疗对疾病的康复有积极的作用。

5.3 做好患者家属的宣教工作：对患者家属进行一般的精神卫生常识、疾病的性质特点、规律、复发早期的临床表现的宣教，可以使患者家属早期的、全面的了解患者的心理动态，及时采取有效措施。还可以促进对患者关心体贴，合理满足患者的合理要求，避免不必要的刺激，为患者创造出一个舒适、宽松的环境。

5.4做好精神药物管理使用的宣教工作：精神疾病同其他躯体的慢性病一样，即使在症状缓解期，仍需相当长一段时间的维持治疗，了解和把握精神药物维持治疗与复发的关系尤显重要。所以对患者及其家属进行有关精神药物知识的使用、保管是非常有必要的。要求精神药品要单独放置，且儿童不宜触及的地方，并标有明显标志，有条件者最好能专人负责，不要同一般家庭常用药物混放。

5.5 普及精神卫生知识：提高基层卫生人员的精神卫生专业知识，提高社区群众的文化知识、精神卫生知识水平，正确对待精神疾病和精神疾病患者，避免歧视，并给予他们一个宽松的生活环境，安排一些力所能及的工作，肯定他们的成绩和社会价值。社会精神卫生工作的开展，为精神疾病患者的未来增强了希望和信心，基层卫生人员应合理的指导应用，使精神药物副反应的发生率减少，有利于增强患者服药的依从性。这项工作可以通过定期发放精神卫生书刊、随访服务、热线电话、技术指导和基层医疗单位、农村卫生院、药店、社区服务网点有关人员定岗定期培训，普及精神药物知识、精神卫生知识，创造出一个良好的精神卫生环境。。

5.6 提高医、护、药人员的综合素质：加强专科精神病医院医护技人员的专业知识，开展有效的合理用药培训，建立健全门诊、住院病历和患者取药登记严格规范药品处方使用和管理制度，发挥精神疾病防治的主力军作用，为社会主义文明社会的稳定、发展和进步作出积极的贡献。

参考文献

【1】2004年，原卫生部和财政部启动严重精神障碍的管理治疗项目

【2】2009年，原卫生部和财政部将严重精神障碍患者的社区随访管理纳入国家基本公共卫生服务项目

【3】2010年原卫生部疾病预防控制局，投资建设了国家严重精神障碍的信息系统，又卫生医疗机构，收集，录入严重精神障碍患者的相关信息

【4】孙鸣洲，武军. 浅谈院外精神分裂症病人的药物管理[J]. 山东精神医学，1999, 1:39

【5】姚在瑞，施雅琴，张小玲. 194例服毒自杀住院患者的临床分析[J]. 四川精神卫生，1996, 9（增刊）

【6】《精神卫生法》2013年5月1日起施行

首发精神分裂症患者恐惧表情识别特征的对照研究

齐安思¹, 杨程青², 刘娜², 朱俊娟², 黄楠², 徐逸², 管晓枫¹, 龙翔云¹, 陆峥^{1,2}

¹同济大学附属同济医院精神医学科 ²上海交通大学医学院附属精神卫生中心

【摘要】 目的: 探讨首发精神分裂症患者恐惧表情识别的特征。方法: 采用病例对照研究设计, 对性别、年龄、文化程度匹配的精神分裂症首次发病患者组(27例)和对照组(28例), 应用Ekman标准表情库研究两组受试者对高度恐惧和低度恐惧表情识别的总体应答率、低度恐惧和高度恐惧的准确率和反应时间。结果: 病例组的高度恐惧准确率(50.41±6.18)低于对照组(68.29±4.27, P=0.034)。健康对照组低度恐惧的反应时间(362.84±25.23)与准确率(21.79±2.28)呈正相关(r=0.494, P=0.008), 病例组阴性症状分(23.35±10.56)与高度恐惧准确率呈负相关(r=-0.428, P=0.042)。结论: 首发精神分裂症患者在高度恐惧面孔表情中存在识别障碍, 对于恐惧表情识别准确率可以反应患者的阴性症状。

【关键词】 首发精神分裂症; 表情识别; 反应时间; 恐惧表情

A comparative study on the characteristics of fear expression recognition in the first-episode schizophrenia

QI Ansi, YANG Chengqing, LIU Na, ZHU Junjuan, HUANG Nan, XU Yi, GUAN Xiaofeng, LONG Xiangyun, LU Zheng, 1. Tongji Hospital of Tongji University, Shanghai, 20065. 2. Shanghai Mental Health Center, Shanghai Jiaotong University School of Medicine, Shanghai 200030, China.

【Abstract】 Objective: To investigate the characteristics of fear expression recognition in the first-episode schizophrenia patients. Methods: Adopting case-control design, this study using Ekman facial expression of emotion base

investigate high and low level fear recognition ability in 27 first-episode schizophrenia patients and 28 healthy controls with matching sex, age and educational level, analyse general response rate of facial expression emotion, correct rate of high and low fear recognition and its response time. Results: The patients' high level fear recognition accurate rate(50.41±6.18) was lower than that of the control group(68.29±4.27, P=0.034). The response time of the low level fear in the healthy control group(362.84±25.23) was positively correlated with the accuracy rate(21.79±2.28) (r=0.494, P=0.008). The patients' negative score of PANSS(23.35±10.56) was negatively correlated with the accuracy of high level fear recognition(r=-0.428, P=0.042). Conclusion: First-episode schizophrenia patients have high level fear recognition disorder, which indicates that fear recognition ability reveals the negative symptoms of first-episode schizophrenia patients.

【Key words】 first-episode schizophrenia; expression recognition; reaction time; fear expression

精神分裂症患者常伴有思维、情感、行为和认知等多方面的障碍, 按照症状可分为阳性症状、阴性症状、认知症状和情感症状^[1]。精神分裂症患者的情感症状可表现为内心的情感体验与外界环境不协调, 对面孔表情的处理与正常人存在差异^[2]。越来越多的人认为, 精神分裂症在不同情绪识别上有不同比例的损伤^[3], 在各类

面孔表情中, 以恐惧为主的负性情绪的识别障碍发生率显著高于愉悦等正性情绪^[4]。Habel等^[5]指出在美国人群中存在这种识别差异, Vai等^[6]也报道欧洲人群中同样存在以恐惧情绪为主的面孔表情识别缺陷。国内研究中, 杨程青^[7]等发现精神分裂症住院患者对于厌恶情绪的识别率低, 但恐惧的识别率差异不明显。因此, 国内针对于精神分裂症的恐惧情绪识别率低的这一特征, 尤其是在首发精神分裂症中是否具有普遍性尚未有明确探索。在本研究中, 我们通过比较首发精神分裂症恐惧表情的识别状况, 论证首发精神分裂症与情绪处理损伤之间的关联性和普遍性。

1对象和方法

1.1 研究对象

本研究共收集精神分裂症患者30例, 健康志愿者30例, 将应答率低于60%的受试者剔除(健康1例), 未能完成全部试验的受试者剔除(健康1例, 研究组3例), 精神分裂症患者和健康对照组, 包括性别、年龄和以受教育年表示的文化程度, 经Kruskal Wallis检验未有统计学差异(见表1)。

表1. 健康对照与研究组的基本信息($\bar{x} \pm s$)

变量	健康对照组	研究组	P值
性别	16F/12M	14F/13M	0.696
年龄	26.79±1.142	24.81±1.392	0.255
文化程度	12.61±0.389	12.85±0.458	0.895

首发精神分裂症组, 均来自2015年12月至2016年12月在上海市精神卫生中心的门诊患者。符合美国精神障碍诊断与统计手册第4版(DSM-IV)精神分裂症的诊断标准, 首次发病, 病程< 2年, 韦氏智力量表评定智商> 70。无精神发育迟滞及神经系统疾病、重大躯体疾病; 无酒精或药物滥用及依赖史; 未接受MECT及长期使用抗胆碱能、苯二氮卓类等可能影响认知功能的药物。

健康对照组, 均来自与患者匹配的社会招募, 使用DSM-IV-TR轴I障碍临床定式检查(SCID评定表)排除精神

障碍病史和精神障碍阳性家族史。韦氏智力量表评定智商> 70; 无脑外伤史, 无酒精或药物滥用及依赖史。

该研究由同济大学附属同济医院伦理委员会批准, 并从所有参与者获得书面知情同意书。

1.2 研究方法

1.2.1 一般资料收集及量表评估: 对两组受试者进行人口学资料的调查, 包括性别、年龄、受教育年限。对患者组进行临床评定, 包括PANSS评定其精神症状。量表评定者为上海市精神卫生中心两名高年资医生, 一致性检验的Kappa值为0.87。

1.2.2 实验材料: 使用E-prime2.0软件, 试验所用面孔均选自Ekman标准黑白面孔库。表情图片由2名男性面孔和2名女性面孔构成, “恐惧”面孔按照表现程度从0%-100%分成10个等级。

1.2.3 实验内容: 实验为block设计, 一个block含有132个trial, 每一个trial由注视点(“+”)和表情图片组成。每张图片呈现400ms, 随后出现注视点呈现时间由800ms到1600ms不等, 受试者在此时对表情进行按键判断。患者在一个block结束后休息10s, 随后进行下一

轮实验。一次表情识别实验包含2个block, 持续约20分钟, 每位受试者在参加实验前需要进行三分钟的预试验训练。

1.2.4 统计学处理: 使用SPSS 20.0对数据进行统计学分析, 将“恐惧”表情分为两种程度: 0%-50%为低度恐惧, 51%-100%为高度恐惧。对患者组与对照组的高度、低度恐惧准确率进行秩和检验, 将低度恐惧反应准确率、低度恐惧反应时间、高度恐惧反应准确率、高度恐惧反应时间、PANSS阳性症状分、阴性症状分、一般症

状分和总分等变量进行双变量相关分析。

($P>0.05$)。两组不同程度恐惧的反应时间没有统计学意义($P>0.05$)。

2 结果

两组在不同程度的恐惧表情中的准确率为非正态分布,经U检验,首发精神分裂症患者组高度恐惧表情的识别准确率低于对照组,差异有统计学意义($P=0.034$) (见表2,图1)。

病例组的年龄、性别、文化程度和表情反应时间、准确率之间无明显相关性,健康对照组低度恐惧的反应时间与准确率呈正相关($r=0.494, P=0.008$)。进一步对病例组的准确率和反应时间与临床症状进行相关分析,病例组PANSS量表评分阳性症状分(24.74 ± 8.07)、一般

表2 健康组与病例组恐惧表情的准确率与反应时间比较($\bar{x}\pm s$)

组别	低度恐惧		高度恐惧	
	准确率(%)	平均反应时间(ms)	准确率(%)	平均反应时间(ms)
首发精神分裂症组(n=27)	16.07±2.28	392.69±20.83	50.41±6.18	414.18±25.91
健康对照组(n=28)	21.79±2.28	362.84±25.23	68.29±4.27	374.08±29.46
U检验	0.083	0.297	0.034*	0.502

图1 健康对照组与病例组高度恐惧识别准确率比较

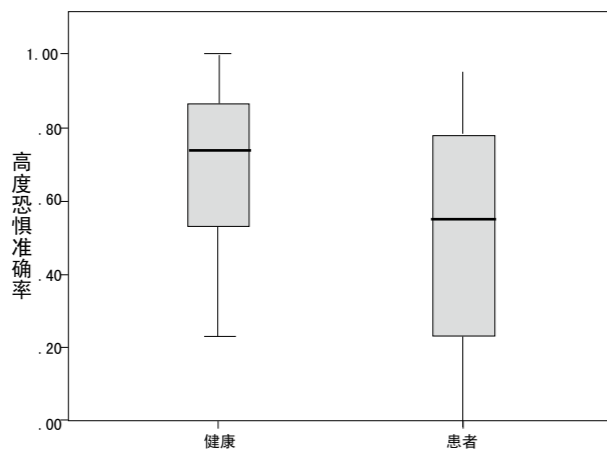
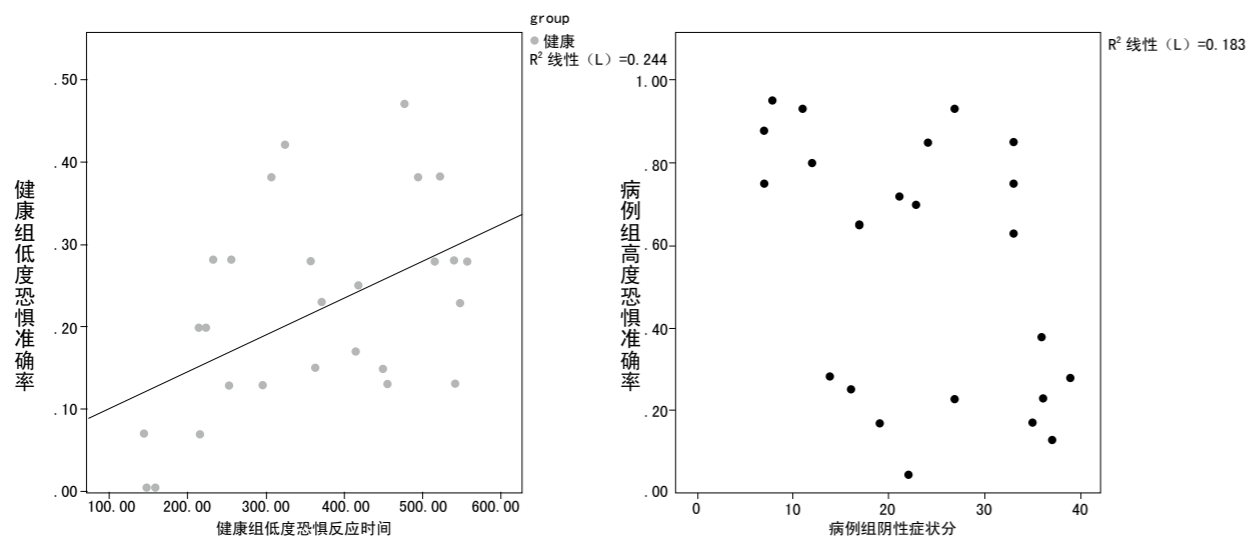


图2 对照组低度恐惧反应时间与准确率,病例组阴性症状分与高度恐惧准确率的相关关系



症状分(48 ± 11.82)、总分(96.18 ± 26.85)与不同程度表情反应时间和准确率间无明显相关性,阴性症状分(23.35 ± 10.56)与高度恐惧表情的准确率存在负相关($r=-0.428, P=0.042$) (见图2)。

3 讨论

本研究发现,首发精神分裂症患者存在明显的恐惧表情的识别障碍。虽然高度恐惧较低度恐惧更易识别,但患者对于高度恐惧的识别准确率显著低于健康对照。精神分裂症患者的阴性症状与高度恐惧表情识别准确率呈负相关。

面部的基本表情包括愉悦,厌恶,恐惧,愤怒,悲伤等^[8],精神分裂症对所有表情的识别能力均有损害^[9],但对于恐惧表情的识别要明显差于其他情绪,且与阳性、阴性症状、情感症状、认知症状具有更大的相关性^[6]。推测由于低度恐惧的表情难度大,因而患者与健康对照表现均不理想,高度恐惧的表情难度小,患者组的低准确率更能说明精神分裂症人群对于恐惧表情的面部处理缺陷。有研究显示,精神分裂症对于恐惧表情的低识别是由于视觉处理的损伤^[10],脑电研究进一步显示,在进行恐惧面孔识别任务时患者枕叶P100, N170, N250的波幅不如健康对照的大,且潜伏期较健康对照更短^[11]。说明患者对恐惧情绪有所回避,面对恐惧面孔时视线与之接触时间更短。精神分裂症患者有较多的负性情感体验^[12],但本次研究却发现首发精神分裂症患者对于恐惧表情的识别显著不足,结合既往研究我们推测是由于首发精神分裂症患者在面对恐惧表情时有更多眼神回避,因而造成他们表情处理系统的功能异常,容易出现误识别。以杏仁核为主的边缘系统主要与恐怖加工和威胁检测相关,越来越多证据显示精神分裂症存在杏仁核的激活不足,情绪网络功能连接断开,导致其面部表情识别处理的损害^[13-14],这些研究进一步证实了我们的结论。另外,由于脑网络的功能连接断开,使得精神分裂症患者需要调动更多的脑区去分辨面孔表情^[15],因而在面孔识别任务时,精神分裂症患者所需的反应时间要

多于健康对照。本研究中患者对高度或低度厌恶表情的平均反应时间均较健康对照多,但并未显示出统计学意义,推测是由于样本量较小造成。

本研究还发现,健康对照组随着低度恐惧的反应时间增加准确率增加,而高度恐惧则没有类似相关。考虑到低度恐惧的识别水平显著低于高度恐惧,该现象说明对于识别困难的恐惧表情,健康人群需要增加反应时间来提高识别率,但在研究组中则没有相似的发现,说明患者对低度与高度恐惧表情的识别均不能随着反应时间的延长而有所提高,即患者对于这两种程度的识别均存在缺陷,且这种识别缺陷无法依靠反应时间的增加而补偿。并且,患者更容易将恐惧表情识别为其他情绪,进一步说明首发精神分裂症对恐惧表情的识别存在某种内在机制的缺陷。另外,相关分析显示病例组随着阴性症状的加重其对高度恐惧表情的识别准确率将有所下降,但这种相关性不存在于阳性症状和一般症状的评分中,说明面孔识别能力越差的患者其情感淡漠等表现可能会越严重,而以阳性症状为主的患者其情感不一定损害严重,这与临床经验相符合,同时也证实阳性与阴性症状可能是基于不同的脑功能区,有不同的脑功能网络连接,这与目前的相关研究符合^[6]。

综上所述,本研究通过恐惧面孔表情识别任务的行为学分析发现,首发精神分裂症患者在恐惧情绪识别中存在异常,尤其是对明显的恐惧表情存在识别障碍,这种识别缺陷不能依靠反应时间的增加而弥补,并且其对于恐惧表情识别准确率可以反应患者的阴性症状。

本研究存在的缺陷主要有样本量较小,进一步的研究还需扩大样本量,增加患者的随访,结合磁共振与脑诱发电位等手段,进一步探索首发精神分裂症恐惧表情的识别缺陷在解剖和功能结构上的异常,为临床治疗提供参考。

参考文献

- [1] Nielsen RE, Levander S, Kjaersdam Telleus G et al. Second-generation antipsychotic effect on cognition in patients with schizophrenia--a

meta-analysis of randomized clinical trials[J]. Acta Psychiatr Scand, 2015, 131(3): 185-196.

[2] Leppanen JM, Niehaus DH, Koen L, et al. Emotional face processing deficit in schizophrenia: A replication study in a South African Xhosa population[J]. Schizophr. Res, 2006, 84(2-3): 323-330.

[3] Mothersill O, Morris DW, Kelly S, et al. Altered medial prefrontal activity during dynamic face processing in schizophrenia spectrum patients[J]. Schizophrenia Research, 2014. 157 (1-3): 225-230.

[4] Leitman DI, Loughhead J, Wolf DH, et al. Abnormal superior temporal connectivity during fear perception in schizophrenia[J]. Schizophr Bull, 2008, 34(4): 673-678.

[5] Habel U, Gur RC, Mandal MK, et al. Emotional processing in schizophrenia across cultures: standardized measures of discrimination and experience[J]. Schizophr. Res, 2000, 42, pp: 57-66.

[6] Vai B, Papa GS, Poletti S, et al. Abnormal cortico-limbic connectivity during emotional processing correlates with symptom severity in schizophrenia[J]. Eur. Psychiat, 2015, 30 (5): 590-597.

[7] 杨程青, 陆峥, 王继军等. 精神分裂症首次发病患者面孔识别事件相关电位研究[J]. 中华精神科杂志, 2012. 45(2): 74-79.

[8] Fakra E, Salgado-Pineda P, Delaveau P, et al. Neural bases of different cognitive strategies for facial affect processing in schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2008, 100(1): 191-205.

[9] Yang C Q, Zhang T H, Lu Z, et al. The relationship between facial emotion recognition

and executive functions in first-episode patients with schizophrenia and their siblings[J]. BMC Psychiatry, 2015, 15: 241.

[10] R. Adolphs, What does the amygdala contribute to social cognition?[J] Cognitive Neuroscience 2010, Vol. 1191, pp. 42-61.

[11] Yang C Q, Zhang T H, Lu Z, et al. Changes in event-related potentials in patients with first-episode schizophrenia and their siblings[J]. BMC psychiatry, 2017, 17 (1), 20.

[12] Morris RW, Sparks A, Mitchell PB, et al. Lack of cortico-limbic coupling in bipolar disorder and schizophrenia during emotion regulation[J]. Transl. Psychiatr, 2012, 2, 9.

[13] Doll A, Holzel BK, Bratec SM, et al. Mindful attention to breath regulates emotions via increased amygdala-prefrontal cortex connectivity[J]. NeuroImage, 2016, 134: 305-313.

[14] Bjorkquist OA, Olsen EK, Nelson BD, et al. Altered amygdala-prefrontal connectivity during emotion perception in schizophrenia[J]. Schizophr. Res, 2016, 175 (1-3): 35-41.

[15] Fakra E, Salgado-Pineda P, Delaveau P, et al. Neural bases of different cognitive strategies for facial affect processing in schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2008, 100(1): 191-205.

摘要

简述精神科护理临床带教体会

西安交通大学第一附属医院精神心理科 吴 森

从疾病谱的变化来看, 由于社会、心理压力的增大, 出现各种异常精神活动的人日益增多。WHO预测21世纪人类最大的健康威胁不是癌症, 不是心脏病, 而是心理疾病[1]。精神疾病在国内也呈现逐年上升的趋势。中国卫生部部长陈竺在向全国人大常委会作精神卫生法草案说明时指出, 精神卫生既是全球性的重大公共卫生问题, 也是较为严重的社会问题。精神卫生问题的严重性在中国十分突出。精神疾病在中国疾病总负担中排名居首位, 约占疾病总负担的20%, 有严重精神障碍患者约1600万人[2]。如此严峻的形势下迫切要求培养适应临床发展需求的护理人才; 目前我们对护士培养方面都是以全科护士为方向, 在学校中也比较重视对护生基础护理及内外科常见疾病的教育, 护生很少能接触到精神专科知识, 同时又缺乏精神科的临床实践机会, 因此对精神科临床护理教学提出了更高的要求。

精神科是一个专业性非常强、疾病特殊、病情复杂、高风险的科室。精神科护理更是高风险职业, 护理人员要24小时面对精神病患者, 风险贯彻整个护理工作中。精神科临床教学与其他学科不同, 除了培养护生的专科护理知识和技能、职业道德素养、相关法律法规的同时, 还应重视培养护生的安全意识及沟通技巧, 以保证精神病患者安全和护生的自我安全。所以, 精神科的临床护理带教要重点抓住以下几个重要环节:

1. 普及专科护理知识

精神科患者大多缺乏自知力, 其言语、情绪和行为常使人难以理解和接受, 很多人认为只要打针、发药、稳定其病情, 照顾好其生活起居, 保护其安全即可, 甚至认为可以剥夺其知情的权利。这种错误的护理观念会

影响护生对精神科专科护理工作的质量。

带教老师应从帮助护生明确精神病专科护士的角色定位入手, 由传统的看护者扩展为管理者、教育与指导者、咨询者等。要利用典型的精神病例, 采用引导、归纳、总结等方法, 由此及彼, 教会他们抓住关键问题, 树立全局观念, 分清轻重缓急。

应用利用启发式教育, 培养其独立思考问题, 鼓励其大胆提出解决问题的方案。发现差错, 及时更正, 并进行共同分析和总结, 从而提高相互间的业务水平。

2. 提升职业道德素养

根据班杜拉的社会学习理论, 榜样行为会影响人的思想和行为[3]。带教老师除了给护生讲清工作程序之外, 更重要的是教会一种工作态度。在学生心目中, 临床老师的言行举止是学生临床实践的标杆。这就要求带教老师要具备良好的职业道德, 时刻维护患者的权益, 使医德规范成为自己的自觉行为。工作中用自己的言行举止影响学生, 帮助学生正确认识、理解、尊重精神病患者, 使她们尽快进入职业角色。同时还要强调对待病人要体贴、关心、尊重, 时刻注意以病人为中心的服务宗旨。着装整洁, 语言温和, 走路步伐轻盈, 操作动作轻柔, 解答问题要耐心, 保守病人隐私。时时了解病人的心理状态, 这样才能在临床实践中自觉培养高尚的职业道德和良好的护士素质。

3. 学习相关法律法规

随着我国社会经济迅速发展, 医学知识和法律知识的普及, 精神卫生法也出台多年, 对有关权利、责任、义务区分严格, 患者自我保护意识不断增强, 为了使护

生对医疗护理工作的安全有足够重视，在临床护理教学中进行法律意识、医疗安全教育必不可少，也是带教工作的一项重要内容教师要引导学生换位思考，尊重患者的权利，如知情权、隐私权，使学生及早树立法律观念，增强法律意识，护理患者时用法律的法规制度来规范自己的言行，使护理事业在法制轨道上健康发展。

护理安全是医院护理管理的一项内容，是保证护理质量的基础。让护生在思想上树立法制观念，对护理安全要有足够的认识和重视，掌握相关的法律法规方面的知识。结合临床实际给护生讲解一些医疗纠纷和事故发生的案例。工作中如何避免发生这类事情，真正做到警钟长鸣，为今后护理工作的顺利展开奠定良好的思想基础。

4.强化安全防范意识

在临床带教中，指导护生运用直接观察法与间接观察法，针对不同的患者，不同的病情，不同的时间和环境而合理地运用我们的视觉、听觉、触觉等感官，对患者异常的语言、表情、动作行为加以分析、综合、探索症状之间的联系，推测可能出现的问题，以获取全面、可靠、有意义的信息，提高安全意识。精神科的突发事件相对较多，要结合实际提前制定相关的安全预按。

对突发事件的处理是培养应变能力最有效的方法。作为带教者应勿急于处理与解决，我们可根据事件的轻重缓急，做到放手不放眼，从旁指导、提醒，以发挥护生的主观应变能力，逐步达到可以独当一面的程度。

5.建立和谐医患关系

在以病人为中心的整体临床护理工作实践中，良好的沟通不仅可以了解病情的变化，而且也是对病人最有效的照料和治疗。精神科护士与患者之间建立良好的治疗性人际关系是对患者实施护理的前提，为提高护理质量，提高患者满意度，减少护理纠纷制定了护士日常规范用语，如：入院宣教用语，健康教育用语，操作用语等。针对不同疾病、不同症状的患者采用不同的沟通方

式，通过演练教会护生如何倾听精神病人的讲话，肯定病人的讲话，启发和鼓励病人的讲话等技巧。然后逐步运用到临床实践工作中。在临床教学实践中通过角色扮演让见习护士进入情景，体验“有效”与“无效”沟通交流，练习常用交流艺术原则及交流技巧，从中悟出问题所在，达到有效沟通的提高。让护生参与健康宣教，有利于将沟通知识转化成实际沟通能力的培养。

精神科护理临床带教责任重大。不断提高临床护理实效,是一个永远值得我们探讨和关注的问题,需要我们每位带教老师大胆探索。

参考文献:

[1]孙正海 李峰 精神科护理教学相关问题探讨;齐齐哈尔医学院学报 .2009年11期

[2]叶婧 潘林青 中国精神病患者救治体系亟待加强;新华网 .2013年7月24日

[3]李晶晶 班杜拉社会学理论述评;沙洋师范高等专科学校学报 .2009年3月

老年高血压患者的护理策略分析

西安交通大学第一附属医院精神心理卫生科 毕竹萍

一、 本研究的背景和意义

高血压所引发的并发症非常多，且情况非常严重，严重威胁着人们的生命健康。高血压老年患者的致残率、病发率以及死亡率正在不断上升，已经成为当前社会高度重视的问题。高血压是心血管疾病的主要危险因素，61%的脑卒中患者、51%的心肌梗死患者的发病与高血压密切相关；积极控制血压可以显著降低高血压患者的心血管危险水平，收缩压降低 2 mm Hg 将使冠心病与脑卒中的发病风险分别降低 8% 与 11%。而导致高血压的主要因素有工作压力大、生活节奏快、不良生活方式、身体过于肥胖以及精神过度紧张等等，其中肥胖、不合理饮食、吸烟及酗酒等不良生活习惯则是国际上公认的危险因素。即使现在能够采取服降压药的方法来降低患者的血压，但长时间且大量的服用降压药容易让患者身体出现耐抗性，并且会影响患者的新陈代谢。

高血压是一种全球性常见疾病，我国目前人群高血压患病率为 11.88%，高血压患者已超过 2 亿，居慢性疾病之首。高血压可导致脑血管、心脏和肾脏的病变，是危害人类健康的主要疾病。高血压患者的病程长、恢复慢、致残率高等的特点决定了患者的主要康复过程是在家庭、社区。老年人已被确定为我国社区卫生服务的重点人群。高血压病是老年人的常见病，急性发作时可危及生命。由于高血压病的危险因素，大多以个人的不良生活方式和行为为主，实施规范化的家庭访视能有效预防疾病复发。延缓病情进展，降低并发症的发生，是一项低投入、高效益的工程。

随着我国社区卫生服务的完善，社区医疗护理成为高血压病防治的重要场所。这就衍生出一系列对常规护理、康复护理、心理护理、居家护理、安全护理、自我管理 etc 社区护理需求问题。尽管目前我国高血压病

社区规范化管理工作初见成效，但与高血压病患者日益增长的社区护理需求还存在差距，特别伴有严重并发症的高血压患者对社区医疗保障服务质量、数量及项目的需求越来越大，社区护理越来越受到人们的关注。为此，开展高血压病患者社区生活质量和护理需求供需情况研究，对促进我省社区护理事业发展具有一定的现实意义。

二、 本研究的目的是和目标

本课题通过调查 XX 市高血压病患者生存质量、社区护理供需现状以及分析其相关影响因素，旨在为 XX 市开展服务项目齐全、服务体系完整的社区高血压病患者护理实践工作提供科学依据，以满足我市高血压病患者社区护理需求，改善和提高高血压病患者生存质量。

三、 关键词及定义

(1) 护理程序：是一种有计划、系统而科学的护理工作方法，目的是确认和解决服务对象对现存或潜在的健康问题的反应。

(2) 标准化护理语言：目前国际上尚未对标准化护理语言进行统一定义。目前已有60多个国家不同程度地研发、应用不同形式的标准化护理语言。标准化护理语言已形成多种形式的语言体系，如国际护理协会（ICN）发展的国际护理实践分类系统（ICNP），NANDA、爱荷华大学先后发展的护理诊断、NIC、NOC、奥马哈分类系统等。

(3) 高血压：在未使用降压药物的情况下，非同 3 次测量血压，收缩压≥140mmHg和（或）舒张压≥90mmHg 即可确诊为高血压。患者既往有高血压史，正在使用降压药物，血压虽然低于 140/90mmHg，也诊断为高血压。

四、文献回顾

高血压病是一种起病隐匿、病程发展缓慢的需要长期综合治疗的疾病，这就决定了高血压病的治疗并不能光依赖医院，社区和家中是长期防治的最佳选择场所。随着医学模式的转变，如何满足患者生理、心理和社会功能等方面的健康需求以提高其生存质量已成为国内外社区护理人员日益关注的问题。

国外 Erci 等对高血压病患者护理模式探索时发现，采用 Watson 护理模式进行护理的高血压病人的总的健康指数、躯体症状和活动等方面生命质量分值均有显著提高，同时收缩压和舒张压均显著降低。Rigsby 通过对社区 36 名成人高血压病患者进行 12 周的饮食、运动、每日血压监测等生活方式指导使患者血压得到有效控制，提出应提供患者健康生活方式指导的优质的医护服务。Park 等均提出社区护士通过制定综合性的健康教育和运动锻炼计划，可帮助社区高血压病患者有效地控制血压，提高自我效能和生活质量。So 等为 30 名社区高血压病患者制定个案管理计划,6 个月后患者收缩压、不良生活方式、体重等得到显著改善。

国内健康教育方面，刘茂辉等研究发现长期正规药物治疗的基础上,配合规范系统的健康教育有助于控制高血压患者的血压,提高其生活质量。心理护理方面,苏琳等研究发现,运用心理疏导疗法、支持疗法和运动疗法等综合心理干预护理措施，有助于高血压病患者缓解焦虑抑郁情绪，提高其生活质量。在高血压护理管理模式探索方面，朱碧华等对通过建立社区高血压病友俱乐部实施护理干预发现患者血压监测管理率、血压控制率和医嘱遵循率提高。张翎在做社区高血压分级管理和预防措施效果研究发现,该管理方式能有效提高高血压治疗效果及患者的生活质量。姚爱君在纽曼保健系统模式在高血压患者护理中应用效果研究中发现，纽曼保健系统模式组不良生活习惯的患者例数明显少于常规护理组，高血压控制和对相关知识的掌握以及出院半年后生活质量评分情况明显优于常规护理组。在综合性护理干预措施研究方面，有研究显示,实施综合社区护理干

预措施，可有效改变高血压病患者固有的“知、信、行”，提高遵医行为和治疗疾病的依从性，杜绝或延缓并发症的发生，提高生活质量。在个案护理方面，国内也进行了初步的探索，方钱云等针对 195 名高血压病患者个人健康影响问题，制定个体化干预措施，由社区护士和医生共同参与实施，发现量身定制的目标干预不仅能改善患者生活质量，而且还能有效提高高血压的控制率。

五、研究设计类型

定性研究

六、研究对象

选择 2015年 7 月 -2016 年 5 月本院治疗的老年高血压患者 100 例，男 58 例,女 42 例，年龄（70±6）岁，年龄最大为 82 岁，最小为 59 岁；其中 22 例合并脑动脉硬化，15 例合并冠心病，5 例合并糖尿病，3 例合并心律失常。全部患者都符合世界卫生组织对于高血压的诊断标准，排除诊断后并发肝肾功能衰竭、脑血管意外、心力衰竭以及心肌梗死的患者。随机将 100 例患者分为实验组与对照组，每组各 50 例。实验组男 30 例，女 20 例，年龄（69±5）岁；对照组男 28 例，女 22 例，年龄（71±7）岁。两组患者在年龄、性别方面比较差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。

七、研究工具

1. 社区护士基本资料调查表

包括年龄、性别、专业、职称、聘用类型、从事社区护理工作时间、培训情况，个人满意度、对目前开展高血压病社区护理服务困难的看法等。

2. 高血压病社区护理项目提供情况调查表

该量表与高血压病患者社区护理需求量表的项目一致。高血压病社区护理服务提供项目方面从相关知识和技能掌握情况和工作情况两个部分进行调查。因该表与

根据该表对两组结局指标进行评价。

九、统计学分析

对收集的资料进行交叉核对无误后交专人进行统一编号，资料采用 EpiData3.0 软件双录入并进行一致性检验。数据采用 SPSS17.0 软件进行分析，计数资料以百分比表示。

① 用频数和百分比表示社区老年高血压患者的一般资料：包括性别、年龄、文化程度、离退休前职业、收入、婚姻、经济来源、居住状况、医疗保险。

② 用频数和百分比表示社区老年高血压患者所涉及的护理诊断、护理措施、护理结局。

③ 用频数和百分比表示护理措施、护理结局条目中各个领域的分布情况。

④ 比较试验组、对照组一般情况用卡方、两独立样本比较非参数检验。

⑤ 比较试验组家访前后护理结局得分、血压值、BMI 值差别用配对样本非参数检验；

⑥ 两组家访前、家访后护理结局得分、血压值、BMI 值差别用两独立样本比较非参数检验

需求量表一致，从需求量表的效度分析可知，该量表的内容效度（CVI）为 0.923，所以仅做信度分析。经预调查，该量表具有良好的信度（ α 、 r 均 > 0.70 ）。

八、研究步骤研究方法

1. 家庭访视方法

应用《社区老年高血压患者家庭访视服务首程评估表》收集客观资料、与研究对象及其家属进行访谈收集主观资料。《社区老年高血压患者家庭访视服务首程评估表》该表在参考国内外文献、专家咨询和预试验基础以戈登十一项功能性健康型态模式为主线编制而成，内容包括：①一般资料；②卫生健康要素；③健康功能型态；④家庭支持功能。访谈提纲为：①患者对疾病的感受。②患者目前对可能/已经发生并发症的感受。③患者目前对高血压疾病方面的需求。④患者及照顾者对疾病知识的认识。⑤照顾者在照顾患者过程中的感受、自身的身体状况及照顾能力。根据所收集资料进行护理评估。

2. 评价方法

《社区老年高血压患者家庭访视评价表》除标题外，其他内容同《社区老年高血压患者护理目标》，

以精神异常为首发症状的一例肝豆状核变性患者的护理

西安交通大学第一附属医院精神科 王晓萌

摘要：选取了一例两次住院为精神症状的一例肝豆状核变性的患者，从精神症状的护理、生活用药护理、低铜饮食护理、心理护理等方面采取措施，探讨在患者病情进展下的护理问题及措施，为此类患者提供护理经验。

关键词：精神异常；肝豆状核变性；护理

肝豆状核变性（hepatolenticular degeneration, HLD）由Wilson在1912年首先描述，故又称为Wilson病（Wilson Disease, WD）。是一种常染色体隐性遗传的铜

代谢障碍性疾病，以铜代谢障碍引起的肝硬化、基底节损害为主的脑变性疾病为特点，对肝豆状核变性发病机制的认识已深入到分子水平。主要是由于基因的缺陷而使代谢铜的酶减少，使铜的代谢障碍而产生肝脏、神经系统变性。本病多发生于15 ~ 25岁，临床有癔病型、抑郁型、分裂症型。多死亡于肝功衰竭、大呕血等。个别病人在发病初期常以精神症状为主，许多文献报道肝豆状核变性伴发的精神症状类型有智能低下、器质性人格变化、强制性哭笑、痉挛发作、意识丧失、幻觉、妄想及精神分裂样症状^{【1】}。WD也是至今少数几种可治的神经遗传病之一，关键是早发现、早诊断、早治疗。

1. 病例介绍：患者女，19岁，2016年11月30日以“情绪低落、不合群、加重1周”之主诉入院。患者于1年前在学校因与老师发生矛盾，倍感精神压力大逐渐起病，当时主要表现为心情不好，高兴不起来，在学校与同学、老师关系不融洽，总感觉同学做事在针对自己，感觉老师看不起自己，在学校变的孤僻、少语、不合群，与自己的好友关系逐渐疏远，心情不好，情绪低落，兴趣减退，感觉做什么都没有意思，消极观念及做法未果，以“双向情感障碍”收入。入院检查均未见明显异常，好转后出院。继续服用丙戊酸钠、喹硫平，心神宁等药物。2017年2月6日病情再次反复，出现乏力、嗜睡、精神差，说话时手舞足蹈。以“双向情感障碍，目前为混合发作”收治入院，住院期间检查结果显示为肝豆状核变性待查。后转入我院神经内科进一步检查治疗。

2. 护理

2.1 精神症状的护理 因患者存在精神症状 将患者安置在离护士站近的床位，以便可以随时观察病情，密切巡视每1小时1次，并在一览卡标注高危项目，巡视过程中观察患者的生命体征及精神状态，及时发现患者的异常行为，必要时遵医嘱用约束带行保护性约束，做好交接班工作，尽早干预，加强安全护理措施，以免发生伤人、自伤等意外事件，嘱家属做好陪护工作24小时不

离患者，尽量满足患者的合理要求，避免言语及肢体动作的刺激。

2.2 安全护理 入院时进行精神科患者风险评估，加强与患者家属的沟通，告知病情及治疗期间可能出现的意外情况，肝豆状核变性患者因神经系统损害，出现肌强直、肢体扭转性痉挛、站立不稳、手不能持物等，生活难以自理^{【2】}，护士要防止患者的跌倒，确保安全。床旁上护栏；呼叫器和经常使用的物品置于床头患者伸手可及处；阻止患者自行打开水或者用开水瓶及玻璃制品等，防止烫伤、划伤；步态不稳的患者选用三角手杖辅助步行，并嘱家属加强陪护，防止受伤，当患者出现情绪激动、自伤、冲动伤人时，除采取镇静措施的同时，应遵医嘱予以适当约束保护，注意约束带松紧情况，做好相关的登记、记录工作。做好床前交接，每天做好病房的安全检查工作，发现危险品及利器及时取走。

2.3 用药护理 指导患者及家属遵医嘱正确服药，每顿药物按时发至患者床旁并监督服药到胃，告知药物的不良反应及服药注意事项。精神药物：可引起头晕、嗜睡、流口水、腿脚发软、锥体外系反应等不良反应，要及时观察用药后的反应，如有加重症状应区别是原发病还是抗精神病药物剂量过大，及时通知医生调整剂量或更换药物，应定期复查。D-青霉胺(D-penicillamine, PCA)：该药大剂量可出现恶心、呕吐、发热、关节痛等不良反应，还可引起血液系统损害(如再生障碍性贫血、血小板减少)，自身免疫性疾病(如类风湿性关节炎)，故应注意观察用药后的反应，定期复查血常规、尿常规、肝肾功能等。二巯基丙磺酸(DMPS)：不良反应主要是食欲减退及轻度恶心、呕吐，一些患者产生神经系统症状及肾病综合征，因此在用药过程中观察患者的反应是否加重或减轻，有无新的临床症状、体征出现等。

2.4 饮食护理 避免进食含铜量高的食物：小米、荞麦面、糙米、豆类、坚果类、薯类、菠菜、茄子、南瓜、蕈类、菌藻类、干菜类、干果类、软体动物、贝

类、螺类、虾蟹类、动物的肝和血、巧克力、可可。某些中药(龙骨、牡蛎、蜈蚣、全蝎)等。适宜的低铜食物：精白米、精面、新鲜青菜、苹果、桃子、梨、鱼类、猪牛肉、鸡鸭鹅肉、牛奶等。高氨基酸或高蛋白饮食^{【3】}。勿用铜制的食具及饮水系统，推荐使用纯净水或蒸馏水^{【4】}通过每天的宣教，帮助患者列好饮食计划。患者往往同时合并神经系统损害，出现肌强直、走路不稳、吞咽困难，生活难以自理，因此精心照顾尤为重要，做好大、小便等基础护理。对于吞咽困难时，应给予软食或半流饮食，进食时应由专人看护，嘱患者细嚼慢咽以免发生窒息。在生活方面上给予方便，尽量满足患者的合理要求，避免言语刺激。

2.5 心理护理 研究发现患者焦虑、恐怖、人际关系敏感、精神病性评分与社会支持总分、主观支持及对支持的利用度呈负相关，患者得到的社会支持越少，其心理障碍越多^{【5】}因此要加强对患者的心理疏导。加强公共宣传与教育，减少对患者的歧视。学习心理学、沟通技巧，与患者建立良好的关系，通过对患者进行文体体疗和各种技能训练，有利于改善睡眠与精力、进食、运动与感觉等躯体功能状况，创造宽松舒适的住院环境和丰富的训练活动，有利于缓解精神紧张，减轻焦虑、抑郁等负性情感。患者的预后与家庭支持有密切关系，患者家庭作为其最主要的支持系统，对患者心理及身体的康复起着至关重要的作用。动员家属做好患者的心理护理，给予精神上的支持和鼓励，能增强患者战胜疾病的信心^{【6】}。

2. 小结：

出现精神障碍的肝豆状核变性患者我们要学会及时观察病情及症状变化，从精神症状的护理、生活用药护理、低铜饮食护理、心理护理等方面采取措施，可以保证肝豆状核变性患者积极配合驱铜治疗，有效地改善症状，由于病情进展迅速，要及时给予患者及家属正确的心理疏导，此病例也向我们说明要增加对患者观察的临床经验，及时改进拟定相应的护理措施。

参考文献：

- 【1】中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组：梁秀龄、杨任民、吴志英、王柠、李洵桦、王训，肝豆状核变性的诊断与治疗指南，中华神经科杂志，2008年8月第41卷
- 【2】贾建平，陈生弟. 神经病学 (M)。北京：人民卫生出版社，2013:23-24
- 【3】吴燕玲. 一例肝豆状核变性致神经系统损伤患者的护理 (J)。护理研究，2010, 24 (8A)：2066-2067
- 【4】Weiss KH, Stremmel W. Evolving perspectives in Wilson disease: diagnosis, treatment and monitoring: Curr Gastroenterol Rep, 2012; 14(1):1-7
- 【5】王共强，孙权，韩咏竹，等. 肝豆状核变性患者心理健康状况与社会支持的相关研究 [J]. 安徽医学，2009，12(30) :1429-1431
- 【6】韩峰群毕彩琴金艳韩永升韩咏竹 心理干预对肝豆状核变性患者心理健康状况及生活质量的影响 (J) 安徽医学 第34卷第11期 2013年11月 1591-1594

多巴胺D2样受体基因多态性与精神分裂症风险的关系：遵循PRISMA声明的meta分析

陈云春¹, 贺海蓉², 李雅妹¹, 伏炜¹, 文炳龙¹, 冯俊芹³, 李白嘉³, 高成阁¹

¹西安交通大学第一附属医院精神心理科 ²西安交通大学第一附属医院临床研究中心 ³西安交通大学医学院

目的：多巴胺假说是精神分裂症病因的主要假说之一，多个证据表明多巴胺D2样受体（DRD2）是精神分裂症风险的主要候选基因。因此，DRD2基因多态性（SNP）可能会影响精神分裂症的风险。本研究的主要目的是用meta分析的方法考察DRD2基因多态性与精神分裂症风险的关系。研究的SNP有：rs1801028（311 Ser/Cys）、rs6277（C957T）、rs1799732（-141CIns/Del）、rs1800497（TaqIA）、rs6275、rs1079597、rs1800498。

方法：通过计算机系统性检索PubMed、EmBase和中国知网三个数据库，搜集国内外建库至2016年3月1日公开发表的关于DRD2基因多态性与精神分裂症相关性的研究文献。对符合研究目的原始文献，提取相关数据进行meta分析。遗传模型采用加性模型（等位基因比较）。用STATA软件进行统计分析，计算合并优势比（OR）和其95%置信区间（95%CI）以评价DRD2基因多态性与精神分裂症的关系。此外，进行meta回归以寻找研究间异质性的来源、评价发表偏倚、根据种族和对照组来源进行亚组分析。合并结果的稳定性通过以下三种方法考察：剪补法判断发表偏倚对结果稳定性的影响、进行敏感性分析评价单个研究对合并效应的影响、计算阳性结果的失安全系数。

结果：共纳入81项研究。总的合并结果发现rs1801028、rs6277与精神分裂症的风险显著相关[OR=1.23, 95%CI=1.05-1.44, P=0.009; OR=0.80, 95%CI=0.69-0.92, P=0.002], 失安全系数分别是104.52和91。敏感性分析发现对于这两个SNP的分析，单个研究对

合并结果无显著影响，提示合并结果较稳定，对单个研究并不敏感。未发现rs6275、rs1079597、或rs1800498与精神分裂症的显著相关性。按照种族进行亚组分析发现，亚洲人群中，rs1801028、rs1799732与精神分裂症的风险显著相关（OR=1.25, 95% CI=1.01-1.55, P=0.04; OR=0.76, 95% CI=0.63-0.92, P<0.01），而rs6277与白种人精神分裂症风险显著相关（OR=0.72, 95% CI=0.66-0.79, P<0.01）。按照对照组来源进行亚组分析发现，基于人群的对照组中，rs1800497与精神分裂症的风险显著相关（OR=0.84, 95% CI=0.72-0.97, P<0.01）。此外，Meta回归发现，对于rs1801028与精神分裂症的关系，对照组来源可能是研究间异质性的来源；对于rs6277与精神分裂症的关系，种族可能是研究间异质性的来源。对于rs1801028的合并分析有显著发表偏倚，用剪补法校正发表偏倚后，合并结果不再有统计学显著性[OR（95%CI）由1.23（1.05-1.44）变为1.063（0.892-1.266）]，提示未来发表的研究可能会改变目前的合并结果。

结论：本次meta分析结果表明，rs1801028和rs6277可能是精神分裂症的危险因素。未来有必要进行大样本研究以验证本次meta分析的结果。

基于纤维束空间统计分析方法对首发及慢性合并言语性幻听精神分裂症患者脑白质连接的弥散张量成像研究

郭丽阳¹, 马青艳¹, 冯俊芹¹, 范雅娟¹, 王崑¹, 杨健², 朱峰¹

¹西安交通大学医学院第一附属医院精神科 ²西安交通大学医学院第一附属医院影像中心 通讯作者：朱峰

目的：脑连接异常学说在精神分裂症的发生机制研究中受到广泛关注与认可。言语性幻听是精神分裂症中最为常见且典型的临床表现，它带给病人强烈的痛苦感受，严重影响患者的生存质量。具有言语性幻听症状（auditory verbal hallucinations, AVH）的精神分裂症患者脑白质结构变化及其所涉及的脑连接改变尚鲜有研究。弥散张量成像(diffusion tensor imaging, DTI)可以量化分析脑白质的完整性，已被广泛应用于研究精神分裂症的脑结构连接状况。因此，本研究旨在利用纤维束空间统计分析(tract-based spatial statistics, TBSS)的方法同时研究首发和慢性合并AVH的精神分裂症患者的DTI多参数变化特点，从而深入探讨AVH在及精神分裂症患者中所引起的脑连接改变及其可能病理学变化，并比较该变化在两组不同人群中的差异。

方法：研究纳入21例首发、12例慢性合并AVH的精神分裂症患者及26健康志愿者。所有研究者年龄、性别匹配，均为右利手。研究者均接受3.0T常规MRI及DTI检查，且精神分裂症患者均在检查前3天内接受阳性和阴性症状量表(PANSS)评估。采用FSL软件对所有被试的DTI数据进行预处理并生成部分各向异性(fractional anisotropy, FA)、轴向扩散系数(axial diffusivity, AD)、垂直扩散系数(radial diffusivity, RD)参量图。应用TBSS分析，比较FA、AD、RD在首发AVH和对照组、慢性AVH和对照组的白质骨架纤维在3个参量图上的差异(P<0.05, TFCE校正)。

结果：两组患者的临床资料见表1，阳性和阴性症状量表总分比较未见显著性差异。TBSS结果(图1和2)

发现，首发AVH和慢性AVH组在胼胝体、上纵束、下额枕束、内囊前肢、丘脑后辐射(含视辐射)、扣带、钩束、外囊区域的FA值均较对照组显著降低，RD值显著升高。这些白质结构完整性的改变提示其可能主要与白质髓鞘破坏相关。但在慢性组中，上述白质改变的区域更广泛，且除FA值降低和RD值升高外，部分区域AD值也有所升高，提示可能合并者轴突结构的异常。此外，本研究发现的白质结构异常区域与语言、听觉和边缘系统的神经通路具有密切联系，提示这可能是AVH患者出现幻听、妄想等阳性症状的神经病理学基础。

结论：首发及慢性AVH精神分裂症患者中均存在语言、听觉和边缘系统神经通路上的白质结构受损，这一结构损伤可能与髓鞘和/或轴突结构异常相关，这可能是AVH精神分裂症患者的神经病理学基础。慢性AVH精神分裂症患者的白质结构变化较首发患者更广泛，可能提示着更加严重的结构损伤。

表1 研究对象的临床资料

项目	首发AVH	慢性AVH	健康对照	组间比较
(P值)				
年龄(岁)	23.81±4.10	28.20±6.41	26.21±4.10	0.071
性别(男/女)	10/11 7/5	14/12 0.826		
病程(月)	5.15±3.49	133.20±60.25	-	-
PANSS 阳性症状评分	24.12±4.72	24.50±6.85	-	0.87
PANSS阴性症状评分	20.38±7.68	20.10±9.35	-	0.936
PANSS 一般精神评价	42.62±7.93	42.90±12.37	-	0.945
PANSS总分	87.12±14.45	87.50±24.37	-	0.961

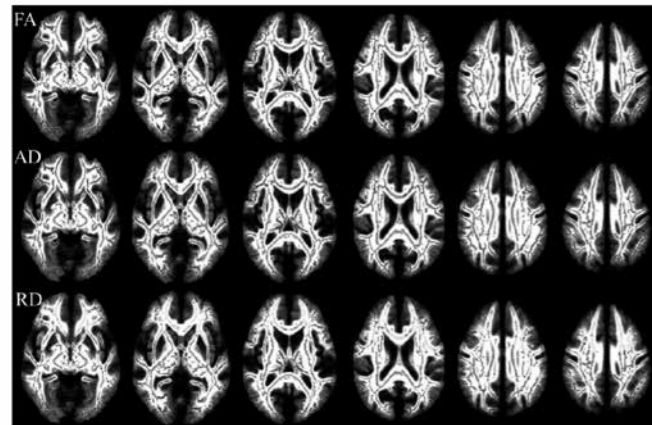


图1首发AVH组与对照组比较DTI各参量的TBSS分析结果；蓝色表示首发AVH组较对照组显著较低的区域，红色表示首发AVH组较对照组显著升高的区域，绿色为白质纤维骨架

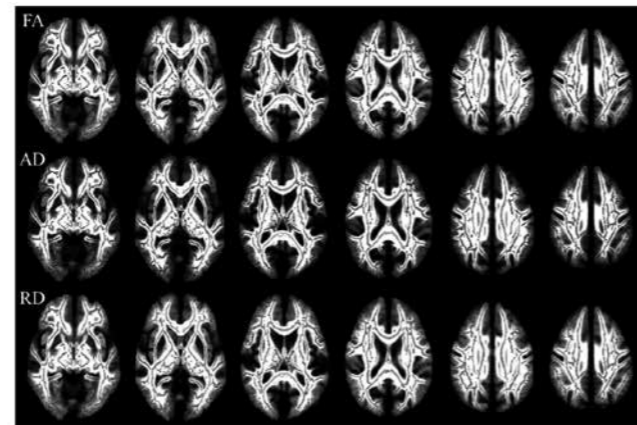


图2慢性AVH组与对照组比较DTI各参量的TBSS分析结果；蓝色表示慢性AVH组较对照组显著较低的区域，红色表示慢性AVH组较对照组显著升高的区域，绿色为白质纤维骨架

经颅磁刺激治疗精神分裂症症状的疗效评价：遵循PRISMA声明的meta分析

陈策¹, 贺海蓉², 杨小波¹, 贾敏¹, 焦翔¹, 范雅娟³, 纪翠³, 马现仓^{1, 2}

¹西安交通大学第一附属医院精神心理科 ²西安交通大学第一附属医院临床研究中心 ³西安交通大学医学院

目的：精神分裂症是致残率最高的精神疾病。其主要症状可分为阴性和阳性症状。阳性症状主要表现为幻觉、妄想等，幻听是最常见的阳性症状；阴性症状被定义为缺乏正常的情绪和行为，主要表现为思维贫乏、情感淡漠等。研究显示阴性症状及认知障碍的主要病因可能是前额叶功能障碍，特别是背外侧前额叶皮质功能

障碍，而听觉幻觉的发生可能与颞叶皮层的过度活动有关。重复经颅磁刺激（rTMS）是一种无创、安全、耐受性好的神经生理学技术，可以潜在地影响大脑功能，其在精神疾病治疗中的作用越来越受到重视。rTMS的不同刺激模式可以产生不同的效果，高频刺激（> 1 Hz）可增加大脑皮质兴奋性，低频（≤1Hz）刺激则起到相反的

效果。基于此，越来越多的研究者考察了不同频率rTMS治疗精神分裂症症状的疗效。但研究结果不一致，目前关于rTMS治疗精神分裂症的效果仍存在很大争议。本研究采用meta分析的方法考察了10-Hz rTMS治疗阴性症状、1-Hz rTMS治疗幻听症状的效果。

方法：通过计算机系统检索PubMed、EmBase、Cochrane Library三个数据库以及ClinicalTrials.gov注册平台，搜集国内外建库至2016年1月1日公开发表或已注册的关于rTMS治疗精神分裂症的文献。主要的文献纳入标准是：（1）随机、sham对照的临床试验；（2）对于低频的研究，频率为1-Hz，刺激位置是左颞顶皮质；对于高频的研究，频率为10-Hz，刺激位置限制为左前额叶皮质；（3）rTMS治疗次数不少于5次；（4）试验开始前的四周内及整个试验过程中，治疗药物未发生改变。对于符合研究目的和纳入标准的文献，提取数据进行meta分析。关于1-Hz rTMS治疗幻听，主要的结局量表是AHRS、AHRS的“频率”条目（AHRS.F）、HCS、PANSS的“阳性”条目（PANSS.P），量表的选择顺序是AHRS>AHRS.F>HCS>PANSS.P。关于10-Hz治疗阴性症状，结局量表选择的顺序是 PANSS.N>SANS。由于各研究使用的结局量表不同，效应指标采用标准化均数差（SMD）。此

外，进行meta回归以寻找研究间异质性的来源、评价发表偏倚、使用GRADE评价证据等级。

结果：纳入了7个关于10-Hz rTMS的研究，合并结果发现10-Hz rTMS治疗组和sham组阴性症状的改善情况并无显著性差异。纳入了13个关于1-Hz rTMS的研究，合并结果发现1-Hz rTMS治疗组幻听症状的改善情况显著高于sham组（SMD = -0.29, 95%CI = -0.57 to -0.01）。然而，此合并结果不稳定：敏感性分析发现合并结果对单个研究较为敏感；存在显著的发表偏倚，剪补法校正发表偏倚后合并结果发生了逆转，说明未来的研究很有可能会改变目前的合并结果。Meta回归发现总刺激量、运动阈值、实验设计、sham类型并不是研究间异质性的来源。由于异质性、发表偏倚的存在，此meta分析证据等级较低。

结论：尽管本研究发现1-Hz rTMS可能对精神分裂症的幻听症状有治疗效果，但证据等级低，目前不适合做临床推荐，仍需要通过大规模随机对照试验来证实。

老年高血压病人的心理护理

西安交通大学第一附属医院 肖瑾

【摘要】

目的：了解老年高血压患者是否伴有焦虑、抑郁的不良的心理反应，分析两者的关系，为提高老年高血压患者康复提供依据。

方法：将我院心内科60例患者随机分成对照组和研究组，每组30例，对照组进行常规护理和药物治疗，研究组除了常规护理和药物治疗外还采取心理护理，比较观察两组患者研究前后的焦虑、抑郁、血压的变化。

结果：干预后，研究组患者的焦虑、抑郁显著低于对照组（P<0.01），血压下降也比较明显（P<0.05）。

结论：对高血压患者实施心理护理可改善患者的情绪，保持血压平稳，有利于疾病的康复。

关键词：心理护理；老年人；高血压

青少年精神分裂症患者家属焦虑抑郁状况调查与护理干预

邵灿 霍苗苗 王莉 王小萌 梁杏莉 通讯作者: 马明芳
西安交通大学第一附属医院

【摘要】

目的: 通过调查分析青少年精神分裂症患者家属焦虑抑郁状况, 探讨出改善青少年精神分裂症患者家属焦虑抑郁状况的干预对策。

方法: 在知情自愿原则下, 对入院收治的120例青少年精神分裂症患者及其家属建立动态档案, 在入院3天内采用问卷调查患者家属焦虑抑郁状况, 并在入院后给予患者家属综合护理干预, 住院第3周末再次采用问卷调查

患者家属焦虑抑郁状况, 数据进行分析, 比较差异。

结果: 干预后患者家属SCL-90、SAS 与 SDS 评分均显著低于干预前 ($P < 0.05$)。

结论: 综合护理干预可有效缓解青少年精神分裂症患者家属负性情绪, 提高照顾患者的积极性。

【关键词】 青少年; 精神分裂症; 家属; 焦虑抑郁; 护理干预

强迫症患者症状严重程度与脑功能活动的相关分析

牛琪惠¹, 李幼辉¹, 程敬亮², 宋学勤¹, 杨磊¹, 初从颖³, 刘浩², 张力方¹, 李妍¹ 通信作者: 李幼辉

¹郑州大学第一附属医院精神医学科 ²郑州大学第一附属医院磁共振科 ³中国科学院自动化研究所脑网络组研究中心

【摘要】

目的: 探讨强迫症患者的症状严重程度与其静息状态时脑功能活动的关系。

方法: 选取2013年8月至2014年12月间于郑州大学第一附属医院就诊的26例首次发作未服药强迫症患者, 进行静息态功能磁共振扫描。使用SPM8、DPARSFA和REST软件处理磁共振数据, 以年龄作为协变量, 采用Pearson相关分析探讨患者强迫症状严重程度与其全脑局部一致性 (regional homogeneity, ReHo) 的相关性。

结果: 强迫症患者的症状严重程度与其全脑ReHo值呈正相关的脑区如下: 双侧额下回、双侧额中回、右侧中央前回、左侧额上回、左侧额中回、右侧额上回。强

迫症患者的症状严重程度与其全脑ReHo值呈负相关的脑区如下: 左侧尾状核、右侧尾状核、左侧丘脑、左侧扣带回、右侧扣带回、左侧楔前叶。

结论: 强迫症患者的症状加重时, 其额叶皮质-纹状体-丘脑-皮质环路的功能活动呈现失衡的趋势, 并且在CSTC环路外的其他脑区如颞叶和楔前叶的功能紊乱也与强迫症的发生发展密切相关。

【关键词】 强迫症; 症状严重程度; 静息态功能磁共振; 局部一致性

手指操对提高精神分裂症患者社会功能的研究

费琳 邵灿 马明芳
西安交通大学第一附属医院精神心理科

【摘要】

目的: 探讨手指操对精神分裂症患者康复治疗的作用。

方法: 采用1:1 匹配病例对照研究方法, 将康复期精神分裂症患者分为观察组和对照组, 各30例。对照组给予常规行为康复治疗, 观察组给予手指操, 8周为1疗程。两组用阴性症状量表、住院精神病患者康复疗效评定量表进行治疗前后自身对照。

结果: 观察组阴性症状量表明显降低, 而住院精神病患者康复疗效评定明显提高, 治疗前后差异有显著性 ($P < 0.05$)。对照组治疗前后无显著性差异。

结论: 手指操训练是一项对精神分裂症患者康复有效的辅助疗法, 通过非语言性的训练, 可恢复患者动手、动脑能力, 提高社会技能。

【关键词】 精神分裂症; 手指操; 康复; 社会技能

首发精神分裂症患者甲状腺功能与代谢指标相关性

马青艳 王崴 马现仓 高成阁 郭丽阳 西安交通大学第一附属医院精神心理科

目的: 探讨首发精神分裂症患者血清甲状腺激素水平、代谢指标与正常对照之间是否存在差异; 精神分裂症患者治疗后甲状腺激素及代谢指标是否发生变化, 甲状腺激素与代谢指标间是否存在关系。

方法: 按DSM-IV诊断标准, 随机入组2015年1月-2015年9月在西安交通大学医学院第一附属医院精神心理科住院治疗的首发精神分裂症患者80例, 在本院体检中心取正常对照40例。年龄及性别均匹配。检测正常对照, 抗精神病药治疗前及治疗3周时血清甲状腺激素及代谢指标的水平, 即血清T3、T4、TSH、GLU、CHO、TG及HDL。所有指标在试验结束后统一检测。

结果: 1、精神分裂症患者治疗前血清甲状腺激素、

代谢指标与正常对照组的比较, 血清T4、GLU、CHO及HDL差异有统计学意义, 见表1。

2、抗精神病药治疗后, 血清T3及CHO值较基础值均有显著性差异, 较基础值明显升高, 见表2。

3、经多元回归分析发现, 正常对照间及抗精神病药治疗后的精神分裂症患者间, T3均与CHO及TG有关, 尤与TG相关, 分别可以建立回归方程: $YT3 = 0.882 + 0.22xTG$; $Y T3 = 0.898 + 0.354xTG$ 。未治疗的首发精神分裂症患者上述指标间没有相关性。

结论: 1. 首发精神分裂症患者血清甲状腺激素T4水平明显高于健康对照; 空腹血糖, CHO也明显高于健康对照, 高密度脂蛋白低于健康对照, 故精神分裂症患者本

身可能存在甲状腺激素及血糖，血脂指标的异常。

2. 精神分裂症患者不典型抗精神病药治疗后相关的甲状腺激素及代谢指标均有一定的增加，但以T3及CHO升高为著。

3. 精神病药治疗后，血清T3变化尤与TG有关，与正

常人一致。提示抗精神病药治疗后甲状腺激素的变化与血脂变化相关。故抗精神病药治疗期间应该关注血脂指标的变化，定期监测。

关键字：精神分裂症；抗精神病药；血清甲状腺激素；代谢指标

表1 治疗前精神分裂症患者及健康对照间甲状腺素及代谢指标的比较 ($\bar{x} \pm s$)

指标	精神分裂症 n=80	健康对照 N=40	F	Sig	t	P值
T3	1.29±0.53	1.22±0.24	1.85	0.176	-0.802	0.425
T4	7.83±1.94	6.93±1.74	0.35	0.551	-2.36	0.02
TSH	1.87±1.08	1.72±1.08	0.98	0.324	-0.67	0.502
GLU	4.62±0.49	4.09±0.67	2.36	0.128	4.11	0.001
CHO	4.15±0.56	3.22±0.69	1.56	0.214	8.95	0.001
TG	1.18±0.66	1.28±0.67	0.12	0.724	0.717	0.475
HDL	1.10±0.41	1.39±0.29	0.055	0.816	3.78	0.001

表2 治疗前后精神分裂症患者甲状腺素及代谢指标的比较 ($\bar{x} \pm s$, n=80)

指标	0周	3周	F	Sig	t	P值
T3	1.29±0.53	1.87±1.37	20.17	0.00	-2.75	0.008
T4	7.83±1.94	8.44±3.26	12.16	0.001	-1.13	0.259
TSH	1.87±1.08	2.31±1.85	1.58	0.211	-1.54	0.126
GLU	4.62±0.49	4.68±0.5	0.05	0.824	0.148	0.883
CHO	4.15±0.56	4.97±0.93	6.86	0.01	-2.689	0.009
TG	1.18±0.66	1.54±1.27	6.09	0.016	-1.608	0.114
HDL	1.10±0.41	1.24±0.66	0.90	0.345	-1.19	0.234

沃替西汀、维拉唑酮和左旋米那普仑治疗重性抑郁障碍的疗效和耐受性评价：遵循PRISMA声明的meta分析

王崴¹，贺海蓉²，朱峰³，郭丽阳¹，姜文慧¹，董莹莹¹，马青艳¹，马现仓^{1, 2}

¹西安交通大学第一附属医院精神心理科 ²西安交通大学第一附属医院临床研究中心 ³西安交通大学第一附属医院转化医学中心

目的：重性抑郁障碍（MDD）是一种严重的慢性疾病，全球发病率很高。目前临床治疗MDD的首选策略依然

是药物治疗。尽管过去二十多年，多种二代抗抑郁药物相继应用于临床，但研究显示仅有33%的MDD患者对初始

药物有反应。此外，不良反应，如体重增加、性功能障碍、恶心、头痛、睡眠障碍的发生也导致了药物耐受性差、依从性差以及治疗中断。因此，临床迫切需要发现新的抗抑郁药物以改善MDD的治疗并减少不良反应。过去六年，美国FDA批准了三种新的抗抑郁药用于治疗MDD：维拉佐酮（2011年1月）、左旋米那普仑（2013年7月）和沃替西汀（2013年9月）。其疗效已被许多临床试验证实，随后多个meta分析也相继发表。然而，一些问题仍未解决：对于沃替西汀，尽管已经报道了几个meta分析，但是仍不明确沃替西汀的最优剂量；对于维拉佐酮和左旋米那普仑，已有meta分析将不同剂量的结果合并，无法判断不同剂量的真正效果。基于此，本研究进行了更新meta分析，评价不同剂量的三种抗抑郁药治疗MDD的疗效和耐受性，以期找出三种药物的最优治疗剂量。

方法：检索了PubMed、Embase、Cochrane Library、psycINFO四个数据库和ClinicalTrials.gov注册平台以查询关于沃替西汀、维拉唑酮和左旋米那普仑治疗MDD的随机对照研究。对于符合研究目的和纳入标准的文献，提取数据进行meta分析。主要结局指标是治疗疗效和耐受性。以治疗前后MADRS得分的变化评价疗效，以因不良反应退出试验的人数比例评价药物的耐受性。

次要结局指标是随机对照试验结束后的MADRS反应率和缓解率。对于连续性数据和二分类数据，meta分析的效应量分别是加权均数差（WMD）和风险比（RR）。统计分析采用STATA软件。

结果：最终纳入了22项研究，其中13篇研究了沃替西汀，5篇研究了左旋米那普仑，4篇研究了维拉唑酮。对于沃替西汀，合并结果发现沃替西汀在5 mg/天、10 mg/天、20 mg/天、10-20 mg/天时，MADRS的变化值显著高于安慰剂组，而当剂量是20 mg/天时，其耐受性显著高于安慰剂（RR=1.84，95% CI=1.13 - 3.02）。随着剂量的增加，沃替西汀的疗效基本呈上升趋势，耐受性大体成下降趋势。此外，10 mg/天的沃替西汀与5 mg/天相比，疗效更好，且耐受性差异不大，与15 mg/天相比，疗效变化不大，但耐受性更好。因此，综合疗效和耐受性，我们认为沃替西汀的最优剂量可能是10 mg/天。关于维拉唑酮和左旋米那普仑，所有剂量均显示出显著高于安慰剂的疗效。但研究较少，无法判断疗效、耐受性随剂量变化的趋势。

结论：考虑到疗效和耐受性，沃替西汀治疗MDD的最佳剂量可能是10mg /天。未来的研究需要考察沃替西汀的长期疗效和安全性。关于维拉唑酮和左旋米那普仑，仍需要进行更多临床试验以定义其最佳剂量。

新型合成毒品滥用者心理健康及应对方式分析

张迪然^{1, 2} 丁昌权⁴ 江文明² 吴晓静^{2, 3} 王朝万³ 王虹茜^{2, 4} 查浩民⁵

¹贵阳市第六人民医院 ²贵阳筑城阳光志愿者协会 ³贵阳市三江强制隔离戒毒所 ⁴贵州省女子强制隔离戒毒所 ⁵贵阳市第一强制隔离戒毒所

【摘要】

目的：了解新型合成毒品滥用者心理健康状况及应对方式。方法：采用《药物滥用监测调查表》、《心理卫生评定量表（SCL-90）》、《应对方式问卷（CSQ）》对贵阳市三所强制隔离机构新型合成毒品滥用者300名进

行调查，并统计分析人口学特征、新型合成毒品滥用情况，建立个人心理健康档案，分析SCL-90各因子与应对方式各因子相关性。

结果：在300名滥用者中，35岁以下有257名占86%，占比最多；以未婚、无业、汉族、初中及以下学历者为

主。单用ATS 185名(61.6%)、多药滥用115名(38.4%)，其中，海洛因滥用史者合用ATS、大麻、K粉80名(26%)。新型合成毒品滥用者SCL-90总分及各因子分均高于中国常模，除人际关系敏感外，其余各项差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，男女两组滥用人员应对方式各因子均值比较，解决问题、自责、求助及幻想上两组对比差异具有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$)。新型合成毒品滥用者应对方式的解决问题、求助、幻想、退避、合理化因子与SCL-90强迫、人际关系、抑郁等呈负相关。

结论：贵阳市新型合成毒品滥用者中有近4成滥用者存在多药滥用，近1/3的新型合成毒品滥用者有海洛因滥用史者。其焦虑、抑郁状况高于常模，应对方式以消极为主，心理健康水平可能与应对方式密切相关。提示要加强和尽早进行毒品滥用的干预和治疗，减少毒品滥用中多药滥用现象的发生，应加强其心理健康的教育工作。

[关键词] 新型合成毒品者；心理健康；SCL-90；CSQ；应对方式分析

单、双相抑郁患者血尿酸、白蛋白、甲状腺激素和血脂水平的分析

付林燕 相丹 肖佳维 刘忠纯
武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：探讨单、双相抑郁患者血尿酸、白蛋白、甲状腺激素和血脂水平的变化及临床意义。

材料和方法：

本文收集在武汉大学人民医院精神科住院的符合ICD-10 诊断标准双相障碍抑郁发作103例，男46例，女57例，平均年龄(29.8±8.3)岁，受教育年限(12.1±4.9)年，单相抑郁101例，男47例，女54例，平均年龄(31.03±7.7)岁，受教育年限(11.7±3.2)年，所有患者入组前4周均未服用抗精神病药物及其他影响血脂、尿酸和甲状腺代谢的药物，未使用电休克治疗，排除物质依赖、其他精神疾病及严重躯体疾病。纳入正常对照组85例，男41例，女44例，平均年龄(30.14±10.7)岁，受教育年限(12.0±3.0)年。三组对象年龄、性别、受教育年限等基本资料均无统计学差异。

研究对象于清晨空腹抽取静脉血5ml，送我院检验科测定血尿酸、白蛋白、总胆固醇(Tch)、甘油三酯(TG)、甲状腺激素(FT3、FT4、TSH)含量，采用汉密尔

顿抑郁量表(HAMD)评估患者抑郁程度，比较三组间上述各指标的差异。数据分析采用SPSS20.0统计软件，计量资料采用t检验，计数资料采用卡方检验，相关性分析采用Pearson、Spearman 相关检验， $P < 0.05$ 有统计学意义。

结果：

1. 双相抑郁组血尿酸水平(362.95±122.683)高于单相抑郁组(302.31±69.681)及正常对照组(327.13±78.520)，单相抑郁组血尿酸水平低于正常对照组，三组患者各组内比较均存在男性血尿酸水平显著高于女性，同性别各组间血尿酸水平比较与上述各组间整体比较结果一致。

2. 血胆固醇值单相抑郁组(4.11±0.839)及双相抑郁组(4.21±0.945)均高于健康对照组(3.67±1.378)，白蛋白值单相抑郁组(42.39±4.089)及双相抑郁组(43.11±3.875)均低于健康对照组(45.75±2.454)，单相、双相抑郁两组间胆固醇、白蛋白以及HAMD评分比较没有明显差异，三组

间甘油三酯无明显差异。

3. Pearson 相关分析发现单相抑郁组血尿酸水平与胆固醇水平存在显著的正相关($r=0.267$, $P < 0.01$)，双相抑郁组同样存在血尿酸水平与胆固醇水平的正相关关系($r=0.282$, $P < 0.01$)，Spearman 相关分析发现单相、双相抑郁组均存在血尿酸水平与性别显著的负相关($r = -0.56$, $P < 0.01$)，但未发现血尿酸水平与白蛋白、甲状腺激素水平等相关($P > 0.05$)。

4. 甲状腺激素

FT3水平单相抑郁组(3.11±0.509)明显低于双相抑郁组(3.32±0.495)和健康对照组

(3.42±0.886)，差异有统计学意义，双相抑郁组和对

结论：

单、双相抑郁白蛋白、胆固醇水平的异常具有一致性，单相抑郁存在明显的甲状腺功能异常，双相抑郁血尿酸水平明显高于单相抑郁，后续将继续研究疾病不同阶段上述指标的差异，探讨血尿酸水平能否成为单、双相抑郁鉴别的一个参考指标。

表1 三组间各指标比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	单相抑郁组 (n=101)	双相抑郁组 (n=103)	对照组 (n=80)
尿酸 (umol/L)	302.31±69.681ab	362.95±122.683a	327.13±78.520
白蛋白(g/L)	42.39±4.089a	43.11±3.875a	45.75±2.454
TG (mmol/L)	1.82±1.336	1.90±1.142	1.66±1.486
Tch (mmol/L)	4.11±0.839a	4.21±0.945a	3.67±1.378
FT3(pg/ml)	3.11±0.509ab	3.32±0.495	3.42±0.886
FT4(ng/dl)	1.25±0.282	1.22±0.246	1.23±0.259
TSH(uIU/ml)	2.64±4.826	2.41±1.764	2.36±1.697

注：与对照组比较， $aP < 0.05$ ；与双相抑郁组比较， $bP < 0.05$ 。

事件相关电位P300中视-听双模态刺激方式的研究进展

南彩 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：事件相关电位(ERPs)是一种无创的可以用于精神疾病的临床检查，对于不同精神疾病的诊断、治疗流程的建立以及精神药理学的发展都有帮助。诱发P300的是传统单模态怪球任务，而在现实世界中，人们面对环境时的认知反应是各感官多模态下的综合与调整，因此有越来越多的研究关注视-听双模态刺激方式下

的事件相关电位P300。

方法：在Pubmed上进行查询，时间以2010年至今，以“事件相关电位”、“P300”、“双模态刺激方式”作为关键词，查找相关文章，对事件相关电位P300中视-听双模态刺激方式的研究进行综述。

结果：(1) 视-听双模态刺激方式：Campanella设

计了视-听双模态刺激怪球任务，在该任务中同时呈现给被试的是配对的情绪一致性的面孔和声音两种刺激，被试需要从配对中性刺激中识别出配对情绪性的靶刺激。

(2) 双模态怪球任务具有增加P300敏感性的意义：在双模态任务中，研究者发现亚临床焦虑抑郁人群与正常对照人群相比，具有更低的P300幅值，但是这种差异性只在双模态怪球任务中发现，单模态怪球任务中并没有差异性。(3) 视-听双模态刺激方式增加P300敏感性的相关机制：视-听双模态特征为怪球任务增加了优势，提高了P300的敏感性可能有两个原因。首先是交叉知觉模式效应。从一个物质实体整合不同的感觉信号比一个单独的信号可以获得更加可靠的信息，因为多余的信息可以通过增加知觉来降低不确定性和模糊性。然而，还有一个不同的解释，Polich探究了视觉和听觉怪球任务中靶刺激与标准刺激的辨别难度对P300的影响。这个研究表明靶刺激与标准刺激的辨别力如果“简单”，靶刺激的P300会变大，辨别力更困难的则出现P300波幅降低、潜伏期延长。因此，在Campanella的既往研究中观察到的P300效应可能是由于加工视-听双模态任务的两个刺激比加工一个单独刺激更加容易，因此对照组相较于亚临床焦虑抑郁人群在双模态任务中具有增加的P300幅值。这就暗示着双模态任务中观察到的P300的调制可能不是交叉知觉模式本身的结果，而是通过双模态刺激呈现的一种“增强的辨别力效应”。但是Dyna的研究并不支持这

个解释，该研究被试完成两个视觉怪球任务（一个任务呈现的一个面孔刺激，另一个任务呈现的是一对相同面孔刺激），假设一对面孔刺激比单一面孔刺激会提供双倍的信息，可以加速靶刺激的加工，如果视-听双模态怪球任务的优势是由于“增强的辨别力效应”，那么组间会有一个P300的显著差异性（对照组会有更高的幅值和更短的潜伏期）。结果并没有发现组间P300的差异性，因此这个研究并不支持“增强的辨别力效应”的假设。

(4) 视-听双模态三音刺激方式的相关研究：在一个视-听双模态三音刺激任务，发现该任务诱发的P3a在顶区最大，并且在顶-中央区分布最显著，而在单模态任务中P3a在额区最大，在额顶区分布最显著。P3b在顶区最大并且在顶区分布最显著，与单模态任务诱发的P3b没有区别。并且在这个任务中进一步讨论了双模态刺激方式中参考电极的选择，采用鼻尖参考得到的幅值比乳突参考和平均参考要高，且P3a和P3b潜伏期的差异在鼻尖参考和乳突参考之间最为显著。而在单模态刺激任务中认为最合适的参考是平均参考。

结论：视-听双模态刺激方式可以增加P300的敏感性和适用性。该刺激方式可以在临床和科研工作中进一步推广应用。

关键词：事件相关电位；P300；视-听双模态刺激方式

长的近红外光可以测量特定状态下脑皮质组织中脱氧血红蛋白(Deoxy-hemoglobin)和氧合血红蛋白(Oxy-hemoglobin)的相对浓度变化，进而间接反映大脑活动。伦敦塔测试(Tower of London test, TOL)是评价问题解决能力的经典实验试验范式，1982年由伦敦大学神经心理学家Shallice研制，能够较好反映被试的执行功能。**目的：**应用NIRS技术研究抑郁症TOL下前额叶皮层激活的长程变化及其与抑郁的关系。**方法：**17名抑郁症患者和30名年龄、性别、受教育年限与之匹配的健康对照被收录入组，使用32个通道的NIRS系统采集受试者TOL下前额叶皮层(prefrontal cortex, PFC)的血流动力学变化。采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Rating Scale for Depression, 24-item HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA)、贝克抑郁自评量表(Beck Depression Inventory, BDI)对患者的抑郁严重程度进行评分。其中抑郁症组受试者间隔2周后再次接受NIRS测量及量表评估。最后应用Matlab及Homer2软件分析处理NIRS数据，将处理好的数据录入SPSS19.0进行统计学分析。**结果：**①抑郁症组TOL下双侧前额叶外侧皮层的平均激活水平平均显著低于正常对照组($P < 0.05$)，抑郁症组治疗前后TOL下PFC的激活无明显变化($P > 0.05$)；②抑郁症组TOL测试行为学成绩[平均正确答题数(1.57±0.89)个，平均答题数(1.92±0.92)个，平均答题时间(10.57±3.23)秒]差于正常对照组[平均正确答题数

(2.29±0.84)个，平均答题数(2.88±0.66)个，平均答题时间(8.54±2.19)秒]，差异均有统计学意义($t=2.795, P=0.008$ ； $t=4.171, P < 0.0001$ ； $t=-2.569, P=0.014$)；③虽然抑郁症组治疗后HAMD、HAMA、BDI[分别为(17.29±12.14)分，(13.47±7.74)分，(10.06±6.13)分]较前[分别为(28.88±8.36)分，(25.71±7.66)分，(17.47±7.62)分]改善($t=3.242, P=0.003$ ； $t=4.632, P < 0.0001$ ； $t=3.126, P=0.004$)，但抑郁症组TOL行为学成绩治疗前[平均正确答题数(1.57±0.89)个，平均答题数(1.92±0.92)个，平均答题时间(10.57±3.23)秒]与治疗前[平均正确答题数(2.01±0.99)个，平均答题数(2.61±1.10)个，平均答题时间(9.92±3.84)秒]之间的差异无统计学意义($t=-1.370, P=0.180$ ； $t=-1.977, P=0.057$ ； $t=0.540, P=0.593$)；④抑郁症组治疗前后TOL下左侧前额叶外侧皮层激活的长程变化与治疗前TOL行为学测试成绩之间显著负相关($R=-0.507, P=0.038$)，抑郁症组治疗前TOL下右侧前额叶外侧皮层的激活水平与治疗前BDI评分改善之间显著负相关($R=-0.539, P=0.026$)。**结论：**抑郁症伦敦塔任务下双侧前额叶背外侧及腹外侧皮层的功能较正常人受损，左侧前额叶背外侧及腹外侧前额叶皮层与执行功能之间密切相关，右侧前额叶背外侧及腹外侧皮层可能是抑郁症病情预后的标志性脑区。

抑郁症认知任务下脑激活的多通道近红外光谱成像研究

齐玉 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

摘要：近红外光谱成像(Near-infrared spectroscopy, NIRS)是一种脑光谱功能成像技术，近年来广泛应用于神经心理研究领域。与功能性核磁共

振(fMRI)、正电子发射断层成像术(PET)、单光子发射计算机断层成像术(SPECT)等功能影像技术相比，NIRS具有非侵入性、移动便捷的特点。NIRS利用两种波

精神分裂症患者治疗前后认知任务下近红外光谱脑激活特征的研究

罗晓玉 王惠玲 武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：了解精神分裂症患者治疗前后认知功能及任务态下脑活动是否存在差异，以探索药物治疗及疾病状态对患者前额叶皮质功能状态的影响。

方法：选取符合精神疾病诊断与统计手册标准第四版(DSM-4)中诊断标准的精神分裂症患者16例(研究组)，以及与研究组在年龄、性别相匹配的正常对照

17例（对照组）；利用32通道的近红外光谱成像技术（near-infrared spectroscopy, NIRS）检测两组被试在执行言语流畅性测验（Verbal fluency test, VFT）和伦敦塔（Tower of London, TOL）测验时前额叶氧合血红蛋白（oxygenate hemoglobin, Oxy-Hb）和脱氧血红蛋白（deoxygenate hemoglobin, Deoxy-Hb）的浓度变化值；并采用阳性与阴性症状量表（the positive and negative syndrome scale, PANSS）对研究组进行精神症状的评估；在治疗4周后再次对精神分裂症患者进行认知任务下的NIRS检测和PANSS评估，比较治疗前后患者在执行两种认知任务时前额叶的Oxy-Hb浓度变化及精神症状评分之间有无差异。

结果：（1）两组被试在年龄、性别的差异无统计学意义（ $P=0.341$ ； $P=0.849$ ）；（2）精神分裂症患者治疗前后PANSS总分差异具有统计学意义（ $t=15.209$, $P<0.001$ ），阳性症状、阴性症状、一般精神病理学量表之间也均具有统计学差异（ $P<0.001$ ），即治疗后精神症状较前存在显著改善；（3）精神分裂症患者在VFT和TOL两项测验中的成绩表现均显著差于对照组（ $P<0.05$ ），但治疗前后无显著差异（ $P>0.05$ ）；（4）对照组在执行VFT时前额叶存在29个通道显著激活（ch1-23、ch25-29、ch31, $P=0.000-0.036$ ）、执行TOL时存在21个通道显著激活（ch1-17、ch19-20、ch23、ch28、

ch31, $P=0.000-0.013$ ），激活范围明显大于研究组治疗前后水平（VFT均仅存在6个通道激活，位于双侧腹外侧前额叶皮质及左侧背外侧前额叶皮质；TOL无通道激活）；（5）在VFT测验中治疗前研究组在28个通道上的Oxy-Hb改变值显著低于对照组（ch3-9、11-23、ch25-32, $P=0.000-0.025$ ），治疗后在25个通道上的Oxy-Hb改变值显著低于对照组（ch1-9、ch11-20、ch22-23、ch25、ch28、ch31-32, $P=0.000-0.044$ ）；在执行TOL测验时，研究组治疗前Oxy-Hb改变值在29个通道上均显著低于对照组中的水平（ch1-22、ch25、ch27-32, $P=0.000-0.045$ ），治疗后这一数值在30个通道上的差异均具有统计学意义（ch1、ch3-31, $P=0.000-0.046$ ）；但治疗前后Oxy-Hb改变值在两项认知测验中前额叶的32个通道上均不存在显著差异（ $P>0.05$ ）。

结论：（1）精神分裂症患者在执行认知测验中成绩和前额叶的激活通道范围及激活水平均显著低于正常对照，可见精神分裂症的认知功能和前额叶皮质功能均存在显著受损；（2）经过4周的治疗后，精神分裂症患者精神症状明显改善，但认知功能及前额叶的功能水平均无显著改变，由此推测：其与精神症状是独立存在，短时程的药物治疗不能显著改善精神分裂症患者认知功能水平及前额叶皮质的功能状态。

精神分裂症患者工作记忆障碍治疗进展

王怡君 武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：精神分裂症患者工作记忆障碍作为认知功能障碍的核心症状，其治疗对精神分裂症患者社会功能等预后具有重要意义，下文就精神分裂症患者工作记忆障碍相关治疗方法进行叙述。

材料及方法：在PubMed上进行查询，时间以2010年

至今，以“精神分裂症”、“工作记忆障碍”及“治疗方案”作为关键词，查找相关文章，对精神分裂症患者工作记忆障碍治疗进行描述。

结果：目前精神分裂症患者工作记忆障碍治疗方案主要包括药物干预、认知行为矫正以及非侵入性脑刺

激治疗。（1）药物治疗：部分研究发现新型抗精神病药物可以改善患者认知功能，且不同药物有不同的效果，如利培酮可以改善患者工作记忆障碍，而氯氮平可以改善患者注意力及语言流畅性。且非典型抗精神病药物较传统抗精神病药物在治疗精神分裂症患者工作记忆障碍上更有优势。虽然这些实验表明抗精神病药物对精神分裂症患者工作记忆障碍有效，但其样本较小。在一大型多中心临床抗精神病药物的干预效果（Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness CATIE）的试验中，发现新型抗精神病药物对于工作记忆等认知功能的改善并没有太大益处。有研究发现长期服用抗精神病药物可能会降低精神分裂症患者认知功能及相关脑区灰质体积。（2）认知行为矫正（CRT）：在现有研究中发现，不论是手册式的CRT还是计算机化的CRT（CCRT）均能显著改善精神分裂症患者的认知功能障碍。虽然现在对于认知行为的神经机制仍知之甚少，但我们认为CRT可能通过特定的训练去改变大脑皮层的链接以及大脑灰质体积，并且这

一效果是持续的。并且认为就神经生理学的角度看，尚能与药物治疗或rTMS等方法联合使用，来治疗工作记忆障碍（3）非侵入性脑刺激（non-invasive brain stimulation NIBS）技术：其中主要包括经颅重复磁刺激（Repetitive transcranial magnetic stimulation rTMS）及经颅直流电刺激（transcranial direct current stimulation (tDCS)）。而其治疗效果也存在一定的争议，部分研究认为NIBS作用于背外侧前额叶（dorsolateral prefrontal cortex DLPFC）可改善精神分裂症患者工作记忆障碍。且其效果受试人数、试验持续的时间以及rTMS刺激的时间及强度的影响。但同时在较大人群的试验中，则并未发现其工作记忆表现优于对照组。因此，NIBS技术用于改善精神分裂症患者工作记忆障碍其效果仍有待评估。

结论：精神分裂症患者工作记忆障碍尚无系统治疗方案。而现有各种主流的治疗方法，其效果尚存在一定争议。仍需要更多大规模，多中心的研究，来探索目前治疗方法对工作记忆的影响。

nesfatin-1及HRV与2型糖尿病患者抑郁程度相关性研究

魏艳艳 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：研究血浆nesfatin-1水平及HRV（心率变异性）水平与2型糖尿病患者（T2DM）抑郁程度之间的相关性，并比较T2DM共病抑郁症患者与非共病抑郁症患者、健康对照组nesfatin-1及HRV的差异。探讨nesfatin-1、HRV的改变在T2DM共病抑郁症发病机制中的作用。

方法：根据入选标准选取在芜湖市第二人民医院住院的2型糖尿病患者共66例，根据国际疾病分类第10版（ICD-10）抑郁症诊断标准将其分为两组，2型糖尿病共病抑郁症组23例（DDM组）、2型糖尿病非抑郁症组

43例（NDDM组），并选取同期体检的30例健康体检者为正常对照组（NC组）。应用抑郁自评量表（SDS）、汉密尔顿抑郁量表（HAMD）对所有研究对象进行评定。采取酶联免疫法测定血浆nesfatin-1水平，同时检测空腹血糖（FPG）、血脂、胰岛素（FINS）、C肽、HbA1c等水平。同期应用韩国Medicore公司SA3000P精神压力分析仪检测HRV，包括时域分析和频域分析。比较三组血浆nesfatin-1水平及心率变异性之间的差异，对nesfatin-1水平、HRV水平与2型糖尿病患者的抑郁严重

程度及其他指标进行spearman相关性分析。

结果：DDM组患者血浆nesfatin-1浓度明显高于NDDM组及NC组，差异有统计学意义。NDDM组与NC组之间nesfatin-1水平差异无统计学意义。且nesfatin-1水平无性别差异。心率变异性分析的时域分析显示，DDM组及NDDM组的心率变异标准偏差(SDNN)及连续变异的平方根(RMSSD)均明显低于NC组，而DDM组与NDDM组比较差异无统计学意义；频域分析显示，DDM组及NDDM组总能量(TP)、低频功率(LF)、高频功率(HF)均明显低于NC组，DDM组与NDDM组比较差异无统计学意义。此外相关

分析显示T2DM患者的血浆nesfatin-1水平与SDS分数、HAMD分数、C肽水平、TG水平呈显著正相关。SDNN、TP、LF、HF水平均与HAMD分数均呈明显负相关。

结论：T2DM患者的血浆nesfatin-1水平、心率变异性水平均与其抑郁情绪的严重程度有明显相关性，说明nesfatin-1及自主神经功能改变可能在T2DM与抑郁症共病的发病机制中发挥一定作用。并且T2DM患者心率变异性时域指标及频域指标均低于正常对照组，说明2型糖尿病患者自主神经功能明显受损，抑郁越严重自主神经功能受损越重。

抑郁模型大鼠nesfatin-1水平及其在抑郁发病中的可能作用机制

吴胜娟 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

目的：

研究正常大鼠及抑郁模型大鼠外周血浆及中枢下丘脑、脑干nesfatin-1水平的生理病理差别；探索抑郁模型大鼠nesfatin-1水平变化与大鼠情绪行为变化的关联；探查nesfatin-1水平变化与下丘脑-垂体-肾上腺皮质轴(hypothalamic pituitary adrenalaxis, HPA)及单胺递质合成酶的相关性；试图阐明nesfatin-1在抑郁发病中的可能作用机制。

方法：

采用随机数字表法将12只成年雄性SD大鼠随机分为正常对照组(NC组)和抑郁模型组(CUMS组)，采用旷场实验(open field test, OFT)评估两组大鼠造模前的行为，初步统计两组大鼠行为学无明显差异时则造模开始，CUMS组予以连续5周7种不同的慢性轻度不可预见性刺激(chronic unpredictable mild stress, CUMS)，NC组则正常喂养，5周后采用糖水偏好实验(sucrose preference test, SPT)、强迫游泳实验

(forced swimming test, FST)分别同时评估两组大鼠的行为，收集大鼠的血浆，取其新鲜的下丘脑组织及脑干组织，检测两组大鼠血浆皮质酮及下丘脑促肾上腺皮质激素释放激素(corticotropin releasing hormone, CRH)水平以评估HPA的活性，比较两组大鼠脑干酪氨酸羟化酶(tyrosine hydroxylase, TH)及色氨酸羟化酶(tryptophan hydroxylase, TPH)表达水平变化，检测血浆、下丘脑、脑干nesfatin-1水平，比较两组大鼠nesfatin-1水平变化，血浆指标检测方法采用酶联免疫吸附实验(Enzyme linked immune-absorbent Assay, Elisa法)，中枢脑组织指标检测采用蛋白质免疫印迹(western blot)法，将nesfatin-1水平与大鼠的行为学指标、HPA轴及单胺递质合成酶指标分别进行相关性分析。

结果：

(1) 大鼠行为学分析结果：

造模前大鼠行为学分析结果：CUMS组体重

[(307.00±11.23)g]相比于NC组[(306.00±13.52)g]，两组体重差异无统计学意义(t=-0.139, P=0.892)，OFT中直立次数CUMS组[(7.83±5.71)次]对NC组[(9.83±3.82)次]，差异无统计学意义(t=0.714, P=0.492)，OFT中水平运动距离，CUMS组[(10154.00±93.53)cm]对NC组[(10119.83±75.15)cm]，差异无统计学意义(t=-0.698, P=0.501)。

造模后大鼠行为学分析结果：与NC组相比，CUMS组大鼠体重增长明显减慢[(85.17±28.31)g]对[(121.00±12.60)g]，差异具有统计学意义(t=2.830, P=0.018)，SPT中，CUMS组大鼠糖水偏好度明显降低[(0.68±0.06)%]对[(0.91±0.05)%]，差异具有统计学意义(t=2.830, P=0.000)，FST中，CUMS组大鼠强迫游泳不动时间明显延长[(108.83±18.90)s]对[(65.83±11.16)s]，差异具有统计学意义(t=-4.798, P=0.001)。

(2) nesfatin-1水平检测结果：相比于NC组，CUMS组大鼠血浆nesfatin-1水平明显增高[(3.50±1.23)ng/ml]对[(1.80±0.87)ng/ml]，差异具有统计学意义(t=-2.778, p=0.020)，同时下丘脑及脑干中nesfatin-1蛋白相对表达水平也显著升高，分别为(0.17±0.06)对(0.10±0.03)及(0.22±0.12)对(0.15±0.04)，差异具有统计学意义(t=-2.450, P=0.037及t=-4.158, P=0.002)。

(3) HPA轴相关指标检测结果：两组相比较，外周血中CUMS组大鼠血浆皮质酮水平(166.53±5.34pg/ml)显著高于NC组(132.71±14.31pg/ml)，差异具有统计学意义(t=-5.424, P=0.000)，中枢下丘脑CRH蛋白相对表达水平CUMS组与NC组无明显差别(P=0.537)。

(4) 脑干TPH及TH蛋白相对表达水平：脑干TPH蛋白及TH蛋白相对表达水平相比NC组，CUMS组表达均显著下降，TPH蛋白表达为(0.29±0.13)对(0.52±0.05)，差异具有统计学意义(t=4.047, P=0.002)，TH蛋白表达为(2.69±0.27)对(3.27±0.16)，差异具有统计学意义(t=4.584, P=0.001)。

(5) 相关分析结果：将nesfatin-1水平与大鼠行为学指标进行相关回归分析发现，CUMS组大鼠血浆nesfatin-1水平与强迫游泳不动时间呈正相关(r=0.922, P=0.009)，与大鼠体重增长量呈负相关(r=-0.825, P=0.043)，与糖水偏好度无相关关系(P>005)。同时发现CUMS组大鼠血浆nesfatin-1水平与血浆皮质酮水平呈正相关(r=0.827, P=0.042)，脑干中CUMS组大鼠nesfatin-1蛋白表达水平与TPH蛋白表达水平呈负相关(r=-0.832, P=0.044)，但与TH蛋白表达水平无相关关系(P>005)。

结论：

慢性不可预见性应激可导致大鼠抑郁样行为。抑郁模型大鼠外周血及中枢下丘脑、脑干nesfatin-1水平明显增高，而且血浆nesfatin-1水平与强迫游泳不动时间呈正相关，说明nesfatin-1可能参与抑郁样行为的发生过程。抑郁模型大鼠血浆皮质酮水平增高，而下丘脑CRH蛋白表达水平未发生改变，说明抑郁模型大鼠存在HPA轴功能的紊乱。同时血浆nesfatin-1水平与皮质酮水平呈正相关，下丘脑nesfatin-1蛋白表达水平与CRH蛋白表达水平无相关关系，脑干nesfatin-1蛋白表达水平与TPH蛋白表达水平呈负相关，说明nesfatin-1在中枢及外周中参与抑郁样行为发生的病理机制不同，抑郁模型大鼠HPA轴的紊乱及单胺递质合成酶的紊乱可能与nesfatin-1水平的被增高相关。

导乐分娩对产后抑郁症的影响的meta分析

张楠 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

摘要

目的: 导乐一词来自doula,这是一个源自希腊的词汇,意为有经验的女性为初为人母的女性和她们的宝宝提供指导和帮助,导乐分娩即为在女性分娩过程中为其提供帮助[4]。导乐是否可以减少产后抑郁症的发生,以及降低抑郁症的程度如何,已有不少研究对此进行了探讨,然而各个研究之间的结论不尽一致。本研究采用Meta分析的方法探讨导乐分娩对产后抑郁症的影响。

方法: 检索Cochrane Library、PubMed、Elsevier ScienceDirect、中国知网(CNKI)、万方数据库、维普数据库、中国生物医学文献数据库(网络版)等国内外主要医学数据库,查找所有关于导乐分娩与普通分娩对产后抑郁症不同影响的随机对照试验,按照一定的纳入和排除标准选取文献,对选取的文献采用Rev man5.2统计软件进行分析,检索时间统一至2017年1月,并适当追溯纳入文献的参考文献。

结果: 初检出相关文献142篇,其中英文 44篇,中文98篇。经阅读文题和(或)摘要后剔除明显不符合纳入标准的109篇。然后查找阅读全文和质量评价33篇后,进一步剔除重复发表、交叉的和不符合纳入标准的文献20篇,并排除了相同区间和目标结果的两篇中质量较差的1篇,最终纳入12篇合格文献,共2798例受试者。将各文献中产妇年龄、身体状况、精神状态等进行同质性检验(Dwenda Kay Gjerdingen2015除外[5]),差异无统计学意义($P>0.05$)。共纳入12个研究,2798个产妇,meta分析结果显示:导乐分娩与普通分娩的产妇罹患产后抑郁症的总体效应检验 $z=4.39$, $P<0.0001$;

结论: 导乐分娩的产后抑郁症发生率要明显低于普通分娩,差异有极显著性意义,这提示我们在以后的工作与生活中,应对孕产妇进行更多的人文关怀,有效的避免产后抑郁症的发生,给产妇、婴儿及整个家庭都带来无比的轻松愉悦。

抑郁症中PI3K/AKT/GSK-3/CRMP-2通路对微管可塑性的影响

吴作天 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

应激是引起抑郁症发病的主要危险因素,在应激所致抑郁症的病理机制中,神经可塑性占据重要地位,是近年研究的热点。海马是抑郁症神经可塑性的重要部位,也是中介应激反应的最重要的脑部结构之一,研究发现,不仅存在海马神经元的萎缩,也伴随神经元发生

减少,而抗抑郁药物治疗可以有效地缓解树突萎缩、神经胶质细胞丢失、并提高细胞增殖和存活等神经形态和功能改变。

细胞支架微管系统在应激相关的神经可塑性中扮演重要的角色。有研究显示,长期的大量应激作用于脑

组织会引起神经细胞发生炎症反应或亚炎症反应,可能引起细胞微管系统发生改变,导致神经元细胞内部递质合成及运输发生紊乱、神经信号传递在单神经元结构异常,另外由于细胞微管结构的紊乱,也可能会导致神经元细胞合成和清除相关结构蛋白发生改变,比如神经递质受体异常,进而破坏神经元之间递质引号正常传递。

PI3K/AKT/GSK-2/CRMP-2通路在应激致抑郁症中可能起抗炎因子作用,并加强神经细胞微管系统的保护因

子的作用,保证神经元细胞的正常分化形成成熟的树突和轴突并建立突触间联系,可以在相当大的程度上控制神经元之间信号传递的紊乱,也抑制了神经细胞的凋亡发生,延缓抑郁症的发生发展。从PI3K通路对所属的神经细胞支架微管系统的作用角度探讨抑郁症可能的发病机制,为我们深入研究抑郁症的病因与治疗指明了新的研究方向,也为药物的新靶点提供有益的研究基础。

脑器质性精神障碍的MRI表现及相关临床资料分析

周莉娜 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

摘要:

目的: 既往涉及脑部器质性病变与精神障碍之间的关系的研究多集中于卒中或无症状性脑梗死与抑郁症状的联系。鲜有研究关注于包括脑白质病变、腔隙性脑梗死、脑萎缩在内的无神经系统阳性体征的脑器质性病变与精神障碍之间的关系。本研究回顾了无精神障碍的脑器质性病变者与有精神障碍的脑器质性病变者的核磁共振成像表现差异,并通过分析临床相关资料来探寻与之相关的心血管危险因素。

材料与方法: 我们以2013年1月-2016年12月于武汉大学人民医院住院的符合CCMD-3诊断标准的脑器质性精神障碍的患者作为病例组,收集其临床资料(包括一般人口学资料、血清学检测指标、MRI影像结果),这些患者均以精神障碍为首发症状、无神经系统阳性体征,无精神疾病史或家族史,经核磁共振成像显示有腔隙性脑梗塞、脑白质病变、脑萎缩等病变。对照组为同期因头晕、头痛、乏力等非特异性症状在武汉大学人民医院神经内科住院患者,无神经系统阳性体征、精神疾病史或家族史,经核磁共振成像显示有腔隙性脑梗塞、脑白质

病变、脑萎缩等病变。病例组与对照组性别、年龄均匹配($p>0.05$)。

结果: 病例组共纳入75例,对照组共纳入82例。与对照组相比,病例组患者的磁共振成像中表现有脑萎缩($p=0.006$)、脑白质病变者($p=0.006$)较多,额叶腔隙性脑梗死者较少($p=0.043$)。通过对比可能的心血管危险因素指标发现,病例组表现出较低TG($p<0.001$)、较高HDL-C($p=0.005$)和hs-CRP($p=0.021$)水平,且合并高血压者较多($p=0.014$)。

结论: 脑萎缩、脑白质病变可能与脑器质性病变患者出现精神障碍有关。低TG水平、高HDL-C和hs-CRP水平可能是其促进因素。

关键词: 脑器质性精神障碍;脑萎缩;脑白质病变;腔隙性脑梗死

有自杀未遂史的抑郁症患者的代谢相关指标研究

周莉娜 王高华 武汉大学人民医院精神卫生中心

摘要:

研究目的: 既往研究曾报道有自杀未遂史的抑郁症患者与无自杀未遂史者存在脂质、糖、尿酸代谢等多方面的差异, 本研究拟探究有无自杀未遂史的抑郁症患者的代谢差异及临床意义。

材料与方法: 收集2013年1月-2015年12月于武汉大学人民医院精神卫生中心住院的抑郁症患者的一般资料及血清学检测结果, 包括性别、年龄、TC、TCH、HDL-C、LDL-C、Glu、UA、Cr等。共纳入173例, 按照既往有无自杀未遂史划分为有自杀未遂史组72例、无自杀未遂史组101例。健康对照组资料来自同期于武汉大学人民医院体检中心体检的健康者血清检测资料, 共82例。所有资料经Dunnett T3多重比较得出结果。

结果: 有自杀未遂史组、无自杀未遂史组、健康对照组在年龄、性别方面无差异 ($p>0.05$)。与健康对照组相比, 有自杀未遂史的抑郁症患者的Tch [3.86 ± 0.63 mmol/L]、TG [1.16 ± 0.66 mmol/L]、HDL-C [1.14 ± 0.26 mmol/L]、LDL-C [2.23 ± 0.61 mmol/L]水平与无自杀未遂

史的抑郁症患者的Tch [3.95 ± 0.76 mmol/L]、TG [1.23 ± 0.85 mmol/L]、HDL-C [1.14 ± 0.25 mmol/L]、LDL-C [2.28 ± 0.72 mmol/L]水平均较高, 差异具有统计学意义 ($p<0.05$), 而有、无自杀未遂史的抑郁症患者两组之间没有差异 ($p>0.05$); 无自杀未遂史的抑郁症患者的Glu [4.64 ± 0.45 mmol/L]、UA [335.55 ± 95.76 μ mol/L]、Cr [62.17 ± 13.73 μ mol/L]水平高于健康对照组, 差异具有统计学意义 ($p<0.01$)。有自杀未遂史的抑郁症患者的Glu、UA、Cr水平与健康对照组、无自杀未遂史的抑郁症患者组相比均无明显差异 ($p>0.05$)。

结论: 有无自杀未遂史的抑郁症患者在代谢水平上没有明显差异。抑郁症患者与正常人存在脂质代谢的差异, 血糖、尿酸、肌酐水平是否有差异尚不明确。

关键词: 代谢; 抑郁症; 自杀未遂史



盐酸帕罗西汀肠溶缓释片

依从疗效
两个问题一种解决

盐酸帕罗西汀肠溶缓释片简短说明书

警告：自杀倾向和抗抑郁药物

抑郁症和某些精神障碍本身与自杀风险的增加有关。对抑郁症 (MDD) 和其他精神障碍的短期临床试验结果显示, 与安慰剂相比, 抗抑郁药物增加了青少年和青年 (≤ 24 岁) 患者自杀倾向 (自杀意念和自杀的行为) 的风险。任何人如果考虑将盐酸帕罗西汀肠溶缓释片或其他抗抑郁药物用于青少年和青年 (≤ 24 岁), 都必须在其风险和临床需求之间进行权衡。短期的临床试验没有显示出, 与安慰剂相比年龄大于24岁的成年人使用抗抑郁药物会增加自杀倾向的风险; 而在年龄65岁及以上的成年人中, 使用抗抑郁药物后, 自杀倾向的风险有所降低。必须密切观察所有年龄患者使用抗抑郁药物治疗开始后的临床症状的恶化、自杀倾向、行为的异常变化。应建议家属和看护者必须密切观察并与医生进行沟通。盐酸帕罗西汀肠溶缓释片未被批准用于儿童患者 (见【注意事项】- 警告, 临床症状的恶化和自杀风险)。

【通用名称】盐酸帕罗西汀肠溶缓释片

【适应症】用于治疗成人抑郁症。

【用法用量】每日一次, 推荐的初始剂量为25mg/天。以日剂量12.5mg的幅度增量, 每次增加剂量的间隔时间至少1周。最高剂量为62.5mg/d。须整片吞下, 不能咀嚼或压碎。详细说明书请见说明书。

【禁忌】本品不能与单胺氧化酶抑制剂合用或在以单胺氧化酶抑制剂进行治疗结束后两周内使用。同样, 在以本品进行治疗结束后两周内亦不得使用单胺氧化酶抑制剂。本品不能与甲硝唑合用。禁与匹莫齐特联合应用。禁用于对盐酸帕罗西汀或盐酸帕罗西汀肠溶缓释片的其他成分过敏的患者。详细说明书请见说明书。

【不良反应】盐酸帕罗西汀肠溶缓释片治疗抑郁症的常见不良事件(发生率高于5%, 且至少高于安慰剂组2倍以上)有: 射精异常、视物异常、便秘、性欲下降、腹泻、头晕、女性性功能障碍、恶心、嗜睡、多汗、创伤、震颤和打呵欠。详细说明书请见说明书。

【注意事项】警告——临床病情恶化和自杀风险: 抗抑郁药物 (SSRIs类和其他种类) 的短期、安慰剂对照临床试验数据的综合分析显示, 在儿童、青少年以及青年患者 (18-24岁) 中, 这些药物会增加抑郁症和其他精神疾病患者的自杀意念和自杀行为 (自杀倾向)。所有接受抗抑郁药物治疗的患者都应当接受适当的监测, 严密观察是否出现了病情恶化、自杀倾向和行为异常变化, 特别是在疗程开始的最初几个月内, 或者是在改变用药剂量时 (增加或减少剂量)。

筛查双相情感障碍患者: 在有双相情感障碍危险的患者中单用抗抑郁药物治疗重度抑郁发作, 可能会增加其混合/躁狂发作加重的可能性。在开始应用抗抑郁药物治疗以前, 应当对患者做充分的筛查, 确定他们是否具有发生双相情感障碍的危险。应当注意, 本品尚未批准用于治疗双相情感障碍。详细说明书请见说明书。

【贮藏】

25℃以下贮存。

【有效期】

36个月。

【生产企业】

葛兰素史克 GLAXOSMITHKLINE INC.

【注册证号】

H20120120

【不良反应报告流程】

为了帮助我们监测GSK药品的安全性, 如您发现在使用GSK药品过程中发生任何不良事件或可疑的用药过量, 请与我们联系。(请拨打葛兰素史克服务热线: 800-820-3383或400-183-3383。)



治疗强迫 保护认知¹

适合儿童青少年和工作学习人群的经典SSRIs药物



简明处方资料

本品为处方药，请索取详细处方资料

【通用名称】马来酸氟伏沙明片

【适应症】1.抑郁发作。2.强迫症(OCD)。【规格】50mg

【用法用量】口服。抑郁症 推荐起始剂量为50-100mg/天，晚上一次服用，建议逐渐增量至常见有效剂量100-200mg/天，根据个人反应最大剂量可增至300mg/天。用于预防抑郁复发的推荐剂量为100mg/天。
强迫症 推荐起始剂量为50mg，每3-4天逐渐增量至常见有效剂量100-300mg/天。成人每日最大剂量为300mg。8岁以上儿童和青少年推荐起始剂量减半25mg/天，每日最大剂量为200mg。

【主要不良反应】临床研究中观察到的不良事件的发生频率详见说明书，通常它们与疾病本身有关，不一定与马来酸氟伏沙明相关。

【禁忌】本品禁与替扎尼定、硫利达嗪、阿洛司琼、匹莫齐特和单胺氧化酶抑制剂(MAOs)合用。对活性成分或任何辅料过敏者禁用。

【注意事项】详见药品说明书

【药物相互作用】与所有药物一样有可能通过多种机制发生相互作用。氟伏沙明对CYP2D6酶的抑制作用较弱。氟伏沙明可能与治疗比率窄的药物(如华法林或茶碱、某些苯二氮卓类和苯妥英)，发生有临床意义的药物相互作用。详见药品说明书。

【贮藏】避光，在25℃下密封保存。

【包装】水泡眼包装，30片/盒。水泡眼由PVC/PVDC构成

【有效期】36个月。

【进口药品注册证号】H20160193

【生产企业的名称与地址】名称: Mylan Laboratories SAS

地址: Route de Belleville, Lieu dit Maillard 01400 Chatillon Sur Chalarnonne France(法国)

参考文献:

1. I. Hickmich. Cognitive toxicity of pharmacotherapeutic agents used in social anxiety disorder. Int J Clin Pract. 2009;63(7):1085-94.

仅供特定医护人员或药师阅读，请勿提供给患者或其他人员

雅培贸易(上海)有限公司

地址: 上海市南京西路388号仙乐斯广场32层 邮编: 200003 电话: 021-2320 4200 传真: 021-6334 6311



科伦药业
KELUN PHARMACEUTICAL



舒郁解焦· 焕然“心身”

百洛特®

草酸艾司西酞普兰片

- 改善抑郁症状
- 对5-HT选择性高
- 对细胞色素P450酶影响较小



【本品仅供医学专业人士阅读】 批准文号: 国药准字H20040730 本品上市后请索取说明书

四川科伦药业股份有限公司
SICHUAN KELUN PHARMACEUTICAL CO., LTD.

科伦药业
KELUN PHARMACEUTICAL



多弗®

氢溴酸西酞普兰胶囊

Citalopram Hydrobromide Capsules



选择性5-HT再摄取抑制剂/SSRI

- 改善抑郁症状
- 对细胞色素P450酶影响较小

【本品仅供医学专业人士阅读】 批准文号: 国药准字H20040730 本品上市后请索取说明书

本品为处方药，请索取详细处方资料

【通用名称】氢溴酸西酞普兰胶囊

【适应症】1.抑郁发作。2.强迫症(OCD)。【规格】10mg

【用法用量】口服。抑郁症 推荐起始剂量为10-20mg/天，晚上一次服用，建议逐渐增量至常见有效剂量20-40mg/天，根据个人反应最大剂量可增至60mg/天。用于预防抑郁复发的推荐剂量为20mg/天。
强迫症 推荐起始剂量为10mg，每3-4天逐渐增量至常见有效剂量20-40mg/天。成人每日最大剂量为60mg。8岁以上儿童和青少年推荐起始剂量减半5mg/天，每日最大剂量为30mg。

【主要不良反应】临床研究中观察到的不良事件的发生频率详见说明书，通常它们与疾病本身有关，不一定与氢溴酸西酞普兰相关。

【禁忌】本品禁与替扎尼定、硫利达嗪、阿洛司琼、匹莫齐特和单胺氧化酶抑制剂(MAOs)合用。对活性成分或任何辅料过敏者禁用。

【注意事项】详见药品说明书

【药物相互作用】与所有药物一样有可能通过多种机制发生相互作用。西酞普兰对CYP2D6酶的抑制作用较弱。西酞普兰可能与治疗比率窄的药物(如华法林或茶碱、某些苯二氮卓类和苯妥英)，发生有临床意义的药物相互作用。详见药品说明书。

【贮藏】避光，在25℃下密封保存。

【包装】水泡眼包装，30片/盒。水泡眼由PVC/PVDC构成

【有效期】36个月。

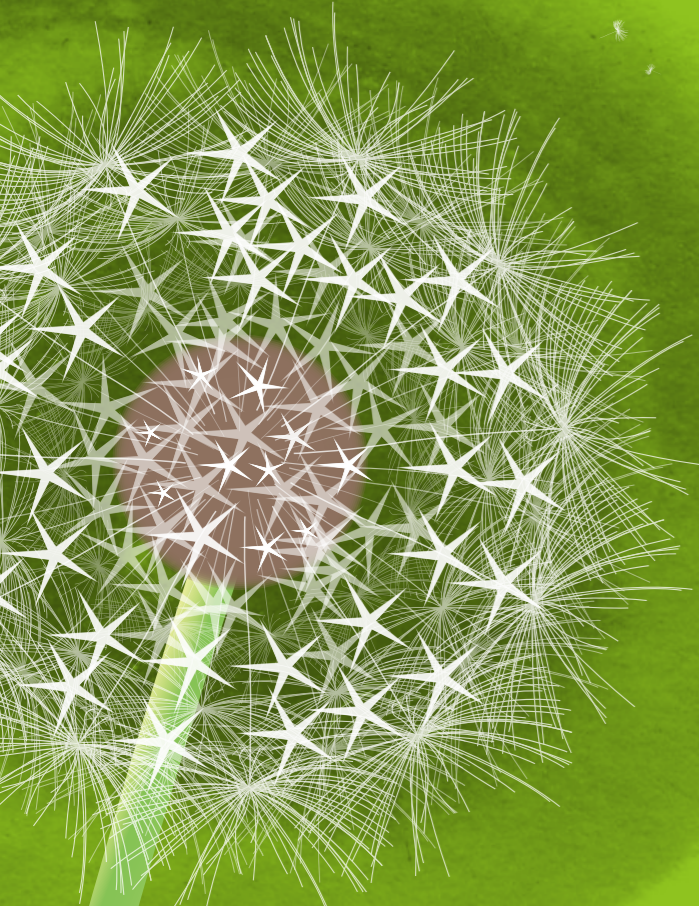
【进口药品注册证号】H20160193

【生产企业的名称与地址】名称: Mylan Laboratories SAS
地址: Route de Belleville, Lieu dit Maillard 01400 Chatillon Sur Chalarnonne France(法国)

四川科伦药业股份有限公司

【本品仅供医学专业人士阅读】

· 本广告仅供医学药学专业人士阅读
京药广审（文）第2016090452号



远离抑郁，轻松生活！

巴戟天寡糖胶囊

精准治疗轻中度抑郁，全面保护患者社会功能

- 【药品名称】 巴戟天寡糖胶囊
- 【性状】 本品为硬胶囊，内容物为类白色至浅黄色颗粒；味甜。
- 【功能主治】 温肾补阳。用于轻中度抑郁症中医辨证属于肾阳虚证者，症见抑郁情绪、心绪低落、失眠多梦、疲倦乏力等。
- 【规格】 每粒装0.3g（含巴戟天寡糖150mg）
- 【用法用量】 口服。一次1粒，一日2次；用药2周后如症状减轻不明显可增加剂量为一次2粒，一日2次。
- 【包装】 铝塑泡罩包装；10粒/板*2板/盒，10粒/盒。
- 【有效期】 24个月
- 【批准文号】 国药准字Z20120013
- 【生产企业】 北京同仁堂股份有限公司同仁堂制药厂



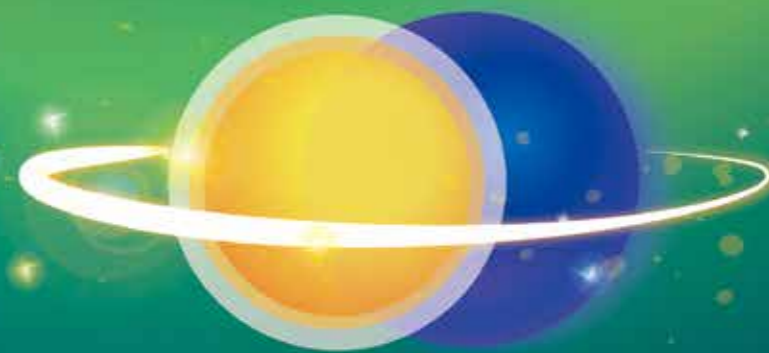
北京同仁堂股份有限公司营销分公司

阿美宁®
阿戈美拉汀片
Agomelatine Tablets

恢复生物节律 轻松摆脱抑郁

全新机制 抗抑郁药

- 调整睡眠结构，改善睡眠
- 更好改善日间功能
- 不影响性功能



豪森药业
HANSON PHARMA

合并用药 睿智之选

喜普妙®是老年及共病躯体疾病抑郁患者的治疗优选



商品名: 喜普妙®
通用名: 氢溴酸西酞普兰片
适应症: 治疗抑郁症
用法用量: 成人，每日服用一次，每次20mg。可在一天的任何时间服用，不需要考虑食物摄入情况。根据个体患者的应答，可增加剂量，最大剂量为每日40mg。¹

指南推荐:

- 中国抑郁障碍防治指南第二版推荐为老年抑郁和多种躯体疾病共病抑郁的一线用药²
- 美国心脏病学会(AHA)推荐：西酞普兰是冠心病患者抑郁治疗的一线药物³

参考文献:
1. 氢溴酸西酞普兰片说明书(2014年07月21日修改稿)
2. 李爱江, 马英. 中国抑郁障碍防治指南(第二版). 中华医学电子杂志出版社. 2018. 83-86, 94
3. Azub H, Lichtman, et al. Depression and Coronary Heart Disease: Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing. Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. Circulation. 2008;118:94

让一切回归自然

启 维®

富马酸喹硫平片

抗精神病药



- 适用于精神分裂症
- 为脑内多神经递质受体拮抗剂，主要通过阻断中枢D₂-多巴胺受体和5-HT_{2A}受体起作用
- 口服吸收快，1.5h 血药浓度达峰值，半衰期为6h 达稳态浓度时间约48h
- 主要在肝脏被广泛代谢，代谢程度很高，对由CYP450酶代谢的药物的干扰极小
- ◆ 国药准字H20000466 (25mg) 国药准字H20010117 (0.1g) 国药准字H20061218 (0.2g)

(仅供医学药学专业人士阅读)
请按医生处方购买和使用；不良反应、禁忌、注意事项详见说明书

启程®

草酸艾司西酞普兰片

走出雾霾

重启旅程



启程®——草酸艾司西酞普兰片

【性状】本品为薄膜衣片，除去薄膜衣后呈白色
【适应症】治疗抑郁症。
【规格】10mg (以艾司西酞普兰计)
【用法用量】用法：口服，可以与食物同服。每日1次，常用剂量为每日10mg，根据患者的个体反应，每日最大剂量可以增加至20mg。通常2-4周即可判定抗抑郁疗效。症状缓解后，应持续治疗至少6个月以巩固疗效。
【不良反应】【禁忌】【注意事项】详见使用说明书。
【批准文号】国药准字H20143391



汇聚中西 奥领未来



欢迎关注 **奥·平静派** 公众微信号

针/片序贯 力复君安 全程优选

力复君安[®]
甲磺酸齐拉西酮注射液

快速 控制兴奋激越
急性治疗理想选择



【批准文号】国药准字H20060346
详细处方资料备索
本广告仅供医学药学专业人士阅读
渝药广审(文)第2014100138号

简明处方资料

【适应症】本品适用于治疗精神分裂症患者急性激越症状。
【用法用量】肌肉注射：推荐剂量为每日10-20mg，最大剂量为每日40mg；如果每次注射10mg（一支），可每隔2小时注射一次；如果每次注射20mg（二支），可每隔4小时注射一次。尚未研究连续肌肉注射3天以上的疗效和安全性，如果长期治疗，应尽快改用口服盐酸齐拉西酮片。由于没有评价患者口服齐拉西酮后再肌注齐拉西酮的安全性，不推荐患者既口服又肌注齐拉西酮。

力复君安[®]
盐酸齐拉西酮片

长程佳选 完美回归



【批准文号】国药准字H20070078
详细处方资料备索
本广告仅供医学药学专业人士阅读

简明处方资料

【适应症】本品适用于治疗精神分裂症。
【用法用量】初始治疗：一次20mg，一日两次，餐时口服。视病情可逐渐加到一次80mg，一日二次。

圣华曦[®] 重庆圣华曦药业股份有限公司
地址：重庆市南岸区江南路8号
电话：(023) 62503199 传真：(023) 62503499



突破束缚 让心飞翔

【通用名称】草酸艾司西酞普兰片

【成份】活性成份：草酸艾司西酞普兰

【适应症】用于治疗抑郁症、伴有或不伴有广场恐怖症的惊恐障碍

【用法用量】用法：口服，可以与食物同服

用量：1. 抑郁症：每日1次，常用剂量为每日10mg，根据患者的个体反应，每日最大剂量可增加至20mg。通常2-4周即可获得抗抑郁疗效。症状缓解后，应持续治疗至少6个月以巩固疗效。

2. 伴有或不伴有广场恐怖症的惊恐障碍：每日1次，建议起始剂量为5mg，持续一周后增加至10mg。根据患者的个体反应，剂量还可增加至最大剂量每日20mg。治疗3个月可取得最佳疗效，疗程一般持续数月。

【规格和包装】5mg (以C₂₀H₂₁N₂₀计) × 14片 / 盒，铝塑包装；5mg (以C₂₀H₂₁N₂₀计) × 21片 / 盒，铝塑包装；10mg (以C₂₀H₂₁N₂₀计) × 7片 / 盒，铝塑包装。

【批准文号】国药准字H20080599、国药准字H20103327



生产企业：山东京卫制药有限公司

地址：山东省泰安市高新技术产业开发区配天门大街西段

邮编：271000

电邮：CNS@yewim.com.cn

本广告仅供医学药学专业人士阅读，详细处方资料备索
鲁药广审(文)第2015060155号