

# 基于 DSM-5 的单双相抑郁住院患者的临床特征比较

房萌<sup>1</sup>, 王刚<sup>2</sup>, 冯媛<sup>2</sup>, 张玲<sup>3</sup>, 路亚洲<sup>3</sup>, 李晓虹<sup>4</sup>\*

(1. 首都医科大学附属北京安定医院十病区, 北京 100088;

2. 首都医科大学附属北京安定医院抑郁症治疗中心, 国家精神心理疾病临床医学研究中心,

北京脑重大疾病研究院抑郁症研究所, 北京 100088;

3. 首都医科大学附属北京安定医院抑郁症治疗中心, 北京 100088;

4. 首都医科大学附属北京安定医院四病区, 北京 100088

通信作者: 李晓虹, E-mail: lxshy2002@163.com)

**【摘要】目的** 采用《美国精神障碍诊断与统计手册(第 5 版)》(DSM-5) 诊断标准, 比较单相复发性抑郁障碍及双相障碍抑郁发作患者的临床特征, 探讨 DSM-5 特征标准在中国住院患者中的适用情况。**方法** 根据 DSM-5 标准自编抑郁发作临床特征调查问卷, 对 2015 年 8 月-12 月在北京安定医院抑郁症治疗中心住院的复发性抑郁障碍 112 例及双相障碍抑郁发作 136 例进行访谈, 比较差异。**结果** 双相抑郁起病年龄更早、抑郁发作次数更多、家族史阳性及伴精神病性特征的比例更高 ( $P < 0.05$ )。复发性抑郁一次抑郁发作持续时间更长, 伴焦虑痛苦及伴忧郁特征的比例更高 ( $P < 0.05$ )。**结论** 单双相抑郁具有不同的临床特征, DSM-5 特征标准在中国人群中的信效度需要进一步验证。

**【关键词】** 复发性抑郁; 双相抑郁; 临床特征; DSM-5

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2016.01.002

## Clinical features of recurrent unipolar depression versus bipolar depression based on DSM-5

FANG Meng<sup>1</sup>, WANG Gang<sup>2</sup>, FENG Yuan<sup>2</sup>, ZHANG Ling<sup>3</sup>, LU Ya-zhou<sup>3</sup>, LI Xiao-hong<sup>4</sup>\*

(1. The Tenth Ward, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

2. Mood Disorders Center, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University; National Clinical Research Center for Mental Disorders; Center of Depression, Beijing Institute for Brain Disorders, Beijing 100088, China

3. Mood Disorders Center, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

4. The Fourth Ward, Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China

\* Corresponding author: LI Xiao-hong, E-mail: lxshy2002@163.com)

**【Abstract】 Objective** To compare the differences of clinical features between recurrent unipolar depression (RUD) and bipolar depression (BD) with DSM-5 and to explore the applicability of DSM-5 in Chinese inpatients. **Methods** Clinical interviews with self-compiled questionnaires were performed on 112 patients with RUD and 136 patients with BD who had been hospitalized in Depression Center of Beijing Anding Hospital from Aug 2015 to Dec 2015, the differences of clinical feature were compared. **Results** The age at onset in BD was younger than that in RUD, BD had more episodes of depression, family history and psychotic symptoms ( $P < 0.05$ ). The duration of the longest episode and the shortest episode was longer in RUD, RUD had more anxious distress and melancholic features ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The clinical features of RUD and BD are different, the diagnostic criterias of specifiers of recent episode need further validation among Chinese population.

**【Key words】** Recurrent unipolar depression; Bipolar depression; Clinical feature; DSM-5

抑郁障碍已成为当今我国疾病负担排名第二的疾病<sup>[1]</sup>。双相抑郁较之单相抑郁, 临床表现更复杂, 病程演变多形, 诊治难度更大。已有研究表明, 不同的临床特征提示不同的治疗策略、药物选择、疾病预

后, 某些临床特征更可以及早帮助识别双相抑郁, 但目前尚无定论。2013 年颁布的 DSM-5 在多方面发生了重大变化<sup>[2]</sup>, 其中双相障碍部分, 涉及了以下九种用“specified with”表述的特征说明: ①伴焦虑痛苦特征; ②伴混合特征; ③伴快速循环特征; ④伴围产期发生; ⑤伴季节性特征; ⑥伴精神病性特征; ⑦伴紧张症特征; ⑧伴忧郁特征; ⑨伴非典型特征。抑郁障碍也用其中除伴快速循环特征以外的其它八种进行描述, 每种特征都有其诊断标准。将特征描述作为抑郁发作诊断的一部分, 充分说明其重要性。Mitchell

项目基金: 国家科技支撑计划临床医学研究协同网络建设示范应用研究(二)(2015BAI13B00); 首都临床特色应用研究与成果推广(Z151100004015042); 北京市科技计划(D12100005012003); 北京市科技成果转化和产业化项目(Z12110000611); 首都临床特色应用研究(Z141107002514033)

等<sup>[3]</sup>研究显示,与抑郁障碍相比,双相障碍具有更早的发病年龄、更短的症状持续时间、更多的前驱期表现、不典型症状和家族双相障碍史。但 Lee 等<sup>[4]</sup>研究显示,西方的精神病理教科书、诊断系统和研究结果并不能完全涵盖中国患者所表现出的情绪综合特征。本研究采用 DSM-5 相关标准,比较复发性抑郁障碍及双相障碍抑郁发作临床特征的差异,探讨 DSM-5 特征标准在中国住院患者中的适用情况。

## 1 对象和方法

### 1.1 对象

纳入 2015 年 8 月-12 月在北京安定医院抑郁症治疗中心的住院患者为研究对象。入组标准:①18~60 岁;②性别不限;③根据《国际疾病分类第 10 版》(International Classification of Diseases-10, ICD-10)诊断为复发性抑郁障碍或双相障碍抑郁发作;④小学及以上受教育程度,可正常理解和沟通;⑤签署知情同意书。排除标准:严重躯体障碍及智能障碍者,不能完成检查者。本研究经首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会批准。

### 1.2 方法

#### 1.2.1 研究工具

采用《简明国际神经精神访谈》(Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI)进行复核诊断;采用自编抑郁发作临床特征调查问卷进行访谈,采集患者的一般信息,包括姓名、性别、年龄、受教育程度、家族史;疾病相关信息,包括总病程、抑郁发作次数、首次发作类型、起病年龄、首次抑郁发作年龄、最长一次抑郁发作持续时间、最短一次抑郁发作持续时间、自杀意念/行为、攻击意念/行为;采用 DSM-5 有关抑郁障碍及双相障碍抑郁发作临床特征的诊断标准评估本次抑郁发作,对其中某些可能存在理解

不一致的条目根据《DSM-IV-TR 轴 I 障碍临床定式检查》(Structured Clinical Interview For DSM-IV-TR Axis I Disorders, SCID-I)的结构式访谈内容进行详细具体的描述,以最大程度保证患者对条目理解的一致性。

#### 1.2.2 研究程序

本研究调查采用盲法。由两名经过一致性培训的精神科主治医师对患者进行访谈评估。由一名研究者完成 MINI 复核诊断并收集患者的一般信息和疾病相关信息,由另一名研究者评估抑郁发作临床特征。二者访谈内容可进行交替以减少偏倚。

### 1.3 统计方法

采用 SPSS17.0 进行数据录入和统计分析。采用 Kolmogorov-Smirnov 检验分析计量资料的正态性,符合正态分布的采用独立样本 *t* 检验比较组间差异,不符合的采用非参数检验。采用  $\chi^2$  检验比较计数资料的组间差异。采用双侧假设检验,检验水准  $\alpha=0.05$ 。

## 2 结 果

### 2.1 一般人口学资料及疾病相关信息

经 MINI 复核诊断后共收集 248 例患者信息。其中复发性抑郁障碍患者 112 例,男性 44 例,女性 68 例。双相障碍抑郁发作患者 136 例,男性 48 例,女性 88 例。两组在性别构成、受教育程度、总病程、自杀行为、攻击行为等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。双相抑郁起病年龄、首次抑郁发作年龄早于复发性抑郁,抑郁发作次数更多,家族史阳性的比例更高。复发性抑郁患者的最长一次抑郁发作持续时间、最短一次抑郁发作时间均长于双相抑郁患者。见表 1。

表 1 两组人口学资料及疾病相关信息比较

项 目	复发性抑郁	双相抑郁	$t/\chi^2/Z$	<i>P</i>
性别(男/女)	44/68	48/88	0.42	0.51
受教育年限(年)	12.50±3.41	14.06±3.61	-1.75	0.09
家族史(阴性/阳性)	88/24	71/65	18.56	<0.01
起病年龄(岁)	37.54±12.47	27.38±11.30	3.36	0.02
首次抑郁发作年龄(岁)	37.54±12.47	27.47±11.23	3.31	0.02
抑郁发作次数	2(2~3)	5(4~10)	-3.15	0.01
总病程(月)	72(24~189)	132(60~216)	-1.41	0.16
最长一次抑郁发作时间(月)	14.42±13.31	7.41±6.58	2.46	0.02
最短一次抑郁发作时间(月)	3.96±4.99	1.88±1.40	2.06	0.04
本次自杀意念/行为(无/有)	40/72	60/76	1.81	0.18
本次攻击意念/行为(无/有)	104/8	128/8	0.16	0.69

## 2.2 抑郁发作临床特征

复发性抑郁障碍患者中有 67.86% 伴焦虑痛苦, 14.29% 伴围产期发生, 15.18% 伴季节性特征, 14.29% 伴精神病性特征, 与心境协调者及不协调的比例均为 7.15%, 96.43% 伴忧郁特征, 3.57% 伴不典型特征, 没有符合伴混合特征、伴紧张症特征的患者。10.71% 符合一个特征, 42.86% 同时符合两个特征, 17.86% 同时符合三个特征, 3.57% 同时符合四个特征。

双相障碍抑郁发作患者中有 41.18% 伴焦虑痛苦, 6.25% 伴围产期发生, 8.82% 伴季节性特征, 29.41% 伴精神病性特征, 17.65% 与心境协调, 11.76% 与心境不协调, 70.59% 伴忧郁特征, 8.82%

伴不典型特征, 12.5% 伴快速循环特征, 没有符合伴混合特征、伴紧张症特征的患者。47.06% 符合一个特征, 41.18% 同时符合两个特征, 29.41% 同时符合三个特征, 2.94% 同时符合四个特征。

复发性抑郁障碍伴焦虑痛苦及伴忧郁特征的比例更高, 双相障碍抑郁发作伴精神病性特征的比例更高 ( $P < 0.05$ )。两组在伴围产期发生、伴季节特征、伴不典型特征方面的差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。见表 2。

伴焦虑痛苦的患者共 132 例, 在本次抑郁发作出现自杀意念/行为的比例为 68.75% (88/132), 不伴焦虑痛苦的患者共 116 例, 该比例为 48.28% (56/116), 二者的差异有统计学意义 ( $\chi^2 = 8.53$ ,  $P = 0.003$ )。

表 2 两组本次抑郁发作临床特征比较

临床特征	复发性抑郁	双相抑郁	$\chi^2$	$P$
焦虑特征(无/有)	36/76	80/56	17.56	<0.01
混合特征(无/有)	0/112	0/136	-	-
快速循环(无/有)	-	119/17	-	-
围产期发生(无/有)	56/8	64/4	1.75	0.19
季节特征(无/有)	95/17	124/12	2.40	0.12
精神病性特征(无/有)	96/16	96/40	8.04	0.01
不协调精神病性特征(无/有)	104/8	120/16	1.50	0.22
紧张症特征(无/有)	0/112	0/136	-	-
忧郁特征(无/有)	4/108	40/96	28.10	<0.01
不典型特征(无/有)	108/4	124/12	2.81	0.09

## 3 讨 论

已有许多研究表明单双相抑郁发作在人口学资料、疾病特点等多方面存在差异<sup>[5-7]</sup>。Mitchell 等<sup>[3]</sup>提出双相抑郁诊断的概率方法, 认为在睡眠增加、进食体重增加、灌铅样麻痹、精神运动性迟滞、精神病性症状、心境易波动、抑郁早发 ( $\leq 25$  岁)、多次抑郁发作史 ( $\geq 5$  次)、双相家族史等特征中, 如具备五项或以上, 则双相抑郁的可能性很大。本研究结果显示双相抑郁阳性家族史的比例高于单相抑郁, 与既往研究结果一致<sup>[8]</sup>, 表明双相抑郁具有更强的遗传学因素。既往研究发现, 双相情感障碍首次发作为抑郁发作, 其发病年龄比单相抑郁早 10 年<sup>[9-10]</sup>, 这与本研究双相抑郁发病年龄及首次抑郁发作年龄均较单相抑郁更早的结果一致。本研究中双相抑郁发作次数多于单相抑郁, 与潘轶竹等<sup>[11]</sup>的研究结果一致。双相抑郁最长发作时间及最短发作时间均短于单相抑郁, 说明双相抑郁更容易受到自然缓解、转相等因素的影响, 虽然每次发作持续时间不长, 但反复多发, 因此患者经常处于疾病发作期, 缓解期不充

分, 极不利于患者社会功能的恢复。

DSM-5 在诊断中突出了临床特征的地位, 对疾病的预后判断、治疗策略具有重要意义。本研究结果显示, 伴焦虑特征、伴忧郁特征是九大特征中出现频率最高的两类, 且单相抑郁伴焦虑、忧郁特征的比例明显高于双相抑郁, 与杨剑虹等<sup>[12-13]</sup>的研究结果相似。伴焦虑痛苦的患者出现自杀意念/行为的比例显著高于不伴焦虑痛苦者, 因此需高度关注其自杀风险, 防范自杀行为。双相抑郁伴精神病性特征的比例更高, 与既往研究结果一致<sup>[11]</sup>。两组中与心境不协调的精神病性症状均少于与心境协调的精神病性症状, 反映了抑郁发作是一种精神活动总体协调的精神疾病。

本研究中, 伴季节特征、伴非典型特征的比例偏低, 且单双相差异无统计学意义, 这与既往研究结果不同<sup>[11]</sup>。DSM-5 对不典型特征的诊断标准包括: A. 存在心境反应能力; B1. 明显体重增加或食欲增加, B2. 睡眠过多, B3. 灌铅样麻痹, B4. 长期存在人际关系的被拒敏感, 导致社交或职业功能明显损害; C. 不符合伴忧郁特征或伴紧张症标准。其中“存在

心境反应能力”回答阳性率为 35.15% ,但在回答阳性的患者中 85.28% 又因已符合伴忧郁特征标准而被排除 ,因此对忧郁特征标准设置宽泛就可能符合不典型特征的患者比例明显降低 ,并且心境反应能力也与抑郁严重程度有关。有研究认为 ,非典型抑郁是双相 II 型障碍一个较特异的指标<sup>[14]</sup> ,但也有研究提出非典型抑郁诊断标准的效度在中国人群中仍有待进一步研究 ,对心境反应能力及灌铅样麻痹的效度提出了质疑<sup>[15]</sup> 。因此 ,不典型特征的诊断标准值得进一步探讨。

本研究中 ,无一例符合伴混合特征或伴紧张症特征 ,仅三个患者符合缄默、肌肉僵直 ,但未达到伴紧张症的诊断标准 ,较既往研究比例更低<sup>[16]</sup> 。考虑患者多数能及时就医 ,未发展到抑郁性木僵的程度就已经接受积极有效的治疗 ,因此该标准是否过于严格值得商榷。DSM - 5 取消了双相混合发作的诊断 ,而增加了“混合特征”的描述 ,适用于躁狂发作和抑郁发作。这与 ICD - 10 的诊断分类系统不一致 ,相当于把 ICD - 10 双相混合发作的患者根据其症状特征分布到 DSM - 5 躁狂发作伴混合特征或抑郁发作伴混合特征中。本研究纳入的是根据 ICD - 10 诊断为复发性抑郁障碍和双相抑郁发作的患者 ,本身就不具有混合发作临床表现 ,因此在本研究中无一例满足抑郁发作伴混合特征的诊断标准。既往有研究认为“伴混合特征”使重性抑郁障碍的诊断信度降低<sup>[17]</sup> ,今后可以针对诊断为双相混合发作的患者进一步分析混合特征这一诊断标准的信效度。

综上所述 ,本研究结果提示对于发病年龄早、精神疾病家族史阳性、抑郁频繁发作且持续时间不长、伴有精神病性症状的抑郁发作患者 ,临床上应高度警惕双相障碍的可能性 ,可借助其他筛查工具如《心境障碍问卷》或《32 项轻躁狂症状清单》进一步排除既往是否有躁狂或轻躁狂发作<sup>[18-19]</sup> ,谨慎使用抗抑郁药 ,关注转相风险。作为诊断标准 ,DSM - 5 对抑郁发作临床特征归类的重要性在于预判患者的风险、给予针对性的治疗。目前 ,虽然已经认识到单双相抑郁具有不同的临床特征 ,但如何利用或量化这些特征尚未达成共识。本研究的局限性在于样本量偏小、未能针对混合特征进行分析 ,未能观察临床特征对治疗结局的影响 ,未能说明既往用药、治疗的依从性对临床特征的影响 ,需要完善研究设计并在大样本人群中进一步探讨。

## 参考文献

[1] Holden C. Mental health. Global survey examines impact of depres-

sion[J]. Science ,2000 ,288( 5463) : 39 - 40.

- [2] 师乐,李素霞,邓佳慧,等.《精神障碍诊断与统计手册》第 5 版中谱系障碍的变化[J]. 中华神经精神疾病杂志,2015,41(4): 253 - 256.
- [3] Mitchell PB, Goodwin GM, Johnson GF, et al. Diagnostic guidelines for bipolar depression: a probabilistic approach[J]. Bipolar Disord, 2008, 10( 1Pt 2): 144 - 152.
- [4] Lee DT, Kleinman J, Kleinman A. Rethinking depression: an ethnographic study of the experiences of depression among Chinese[J]. Harv Rev Psychiatry, 2007, 15( 1): 1 - 8.
- [5] Smith DJ, Griffiths E, Kelly M, et al. Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression[J]. Br J Psychiatry, 2011, 199( 1): 49 - 56.
- [6] Tafalla M, Sanchez - Moreno J, Diez T, et al. Screening for bipolar disorder in a Spanish sample of outpatients with current major depressive episode[J]. J Affect Disord, 2009, 114( 1 - 3): 299 - 304.
- [7] Perlis RH, Ostacher MJ, Goldberg JF, et al. Transition to mania during treatment of bipolar depression[J]. Neuropsychopharmacology, 2010, 35( 13): 2545 - 2552.
- [8] Benazzi F. Symptoms of depression as possible markers of bipolar II disorder[J]. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 2006, 30( 3): 471 - 477.
- [9] Benazzi F. Bipolar disorder——focus on bipolar II disorder and mixed depression[J]. Lancet, 2007, 369( 9565): 935 - 945.
- [10] Perlis RH, Brown E, Baker RW, et al. Clinical features of bipolar depression versus major depressive disorder in large multicenter trials[J]. Am J Psychiatry, 2006, 163( 2): 225 - 231.
- [11] 潘轶竹,王刚,项玉涛,等.双相和单相抑郁障碍患者社会人口学因素和临床特征的比较研究[J]. 中华精神科杂志,2014,47( 2): 70 - 73.
- [12] 杨剑虹,沈鑫华,李良,等.单相抑郁与双相抑郁障碍临床特征的对照研究[J]. 上海精神医学,2008,20( 3): 156 - 158.
- [13] 李庚,曹燕玲,雍生满.单相抑郁症与双相障碍抑郁发作的临床特征对照研究[J]. 宁夏医科大学学报,2015,37( 6): 713 - 715.
- [14] Posternak MA, Zimmerman M. The prevalence of atypical features across mood, anxiety, and personality disorders[J]. Compr Psychiatry, 2002, 43( 4): 253 - 262.
- [15] 甘照宇,钟智勇,王继辉,等.不典型抑郁在中国综合医院门诊抑郁发作患者中的效度研究[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2013,22( 9): 820 - 823.
- [16] 徐贵云,苗国栋,党亚梅.双相抑郁障碍的临床特征研究进展(中)[J]. 中国神经精神疾病杂志,2008,34( 12): 757 - 761.
- [17] Liu X, Jiang K. Should major depressive disorder with mixed features be classified as bipolar disorder? [J]. Shanghai Arch Psychiatry, 2014, 26( 5): 294 - 296.
- [18] 刘文娟,季建林,黄啸,等.心境障碍问卷和 32 项轻躁狂症状清单对综合医院精神科门诊诊断抑郁症患者中双相障碍的筛查价值[J]. 中华精神科杂志,2013,46( 5): 267 - 270.
- [19] 杨海晨,苑成梅, Jules Angst, 等.中文版 32 项轻躁狂症状清单效度与信度[J]. 中华行为医学与脑科学杂志,2010,19( 8): 760 - 762.

( 收稿日期:2016 - 01 - 05)

( 本文编辑:陈 霞)