

双相心境障碍

Bipolar Mood
Disorder

障碍

主 编 金卫东 唐建良



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

双相心境

Bipolar Affective
Disorder

障碍

◎ 精神科 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著

◎ 临床案例 杨瑞文 著



杨瑞文 著

杨瑞文 著

杨瑞文 著

双相心境障碍

双相心境障碍

双相心境障碍

Bipolar Mood Disorder

主 编 金卫东 唐建良

 人民军医出版社
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

图书在版编目(CIP)数据

双相心境障碍/金卫东,唐建良主编. —北京:人民军医出版社,2011.5
ISBN 978-7-5091-4713-9

I. ①双… II. ①金…②唐… III. ①精神障碍-诊疗 IV. ①R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2011)第 056851 号

策划编辑:侯平燕 文字编辑:伦踪启 责任审读:张之生

出版人:石虹

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱

邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927300-8058

网址:www.pmmp.com.cn

印刷:北京京海印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:710mm×1010mm 1/16

印张:17 字数:321千字

版、印次:2011年5月第1版第1次印刷

印数:0001~2500

定价:55.00元

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内容提要 SUMMARY

本书系统阐述了双相心境障碍临床研究的最新结果和双相障碍、软双相障碍、双相谱系障碍在临床诊断和实践中的实际意义,重点介绍了双相障碍不同状态的治疗方案和各个国家的治疗指南以及双相障碍的快速循环和混合发作的诊断与治疗、抑郁发作治疗过程中出现躁狂或轻躁狂或混合发作的诊断和处理,同时提供了常用的双相障碍相关的评价量表和诊断工具。本书适合临床精神科医师以及研究生、心理医师学习参考。

编委名单 CONTRIBUTORS

主 编 金卫东 唐建良

编 者 (以姓氏笔画为序)

马永春 (浙江省立同德医院 浙江省精神卫生中心 硕士)

王 伟 (浙江大学医学院 教授、博士生导师)

方贻儒 (上海交通大学医学院精神科 教授、博士生导师)

叶尘宇 (上海市精神卫生中心 硕士)

郝雯珺 (浙江大学医学院 硕士)

金卫东 (浙江省立同德医院
浙江省精神卫生中心 教授、硕士生导师)

侯 钢 (南京医科大学附属脑科医院 教授、硕士生导师)

唐建良 (浙江省嘉兴市康慈医院 教授)

彭代辉 (上海市精神卫生中心 博士)

喻东山 (南京医科大学附属脑科医院 教授、硕士生导师)

潘集阳 (暨南大学附属第一医院 教授、硕士生导师)

序

PREFACE

双相心境障碍是临床常见病,其以高患病率(为 0.5%~1.5%)、高复发率(90%以上反复发作)、高致残率(WHO 列举的十大致残疾病之一)、高自杀率(25%~50%自杀未遂,11%~19%自杀死亡)、高共病率(46%伴酒依赖,60%伴药物依赖)而著称。由于该疾病的概念内涵、诊断标准不一,流行病学调查方法和调查工具的不同,各个国家或地区所报道的患病率相差甚远。并且,双相心境障碍临床表现多样,病程复杂多变,极易与重性抑郁症、精神分裂症等精神障碍相混淆,诊断上有较高的漏诊率和误诊率从而导致治疗上的错误。并由此导致其诊断、分类和防治成为现代精神医学最复杂、最困惑的问题之一,是现代精神医学的巨大挑战之一。

提高早期识别双相心境障碍的能力和水平,可减少误诊和漏诊。而误诊和漏诊常带来以下不良后果,如许多曾被诊断为重性抑郁障碍的病人其实是某种形式的双相心境障碍,尤其可能为双相 II 型障碍的暂时表现。由于双相心境障碍病人在症状发作状态中的更多时间处于抑郁状态而较少处于躁狂、轻躁狂或混合状态,这就意味着在过去很多有抑郁表现的病人被错误地诊断为单相抑郁障碍而进行了抗抑郁药单一治疗,却没有被诊断为双相谱系障碍而在应用抗抑郁药之前先用锂盐、抗惊厥药等心境稳定药和(或)非典型抗精神病药进行处理。对未识别出来的双相心境障碍进行抗抑郁药单一治疗不仅增加了心境循环、混合心境状态以及加速向躁狂和轻躁狂转化的可能性,而且有可能增加这些病人的自杀概率。研究表明,抗抑郁药诱发的自杀风险在 25 岁以下的年轻成年人患者中高于年龄较大者,青少年的自杀风险要大于成年人,而儿童服用抗抑郁药时的自杀风险最大。双相躁狂的漏诊可能性较少,但若临床医生过分强调精神

运动性兴奋、激惹、冲动等症状的精神病性意义,则容易误诊为精神分裂症。目前这种误诊情况已经大为改观,诊断准确性明显提高。然而,双相抑郁被误诊、漏诊的情况却相当严重。Ghaemi 等报道指出,被误诊为单相抑郁障碍的双相心境障碍者多达 40%,平均误诊时间长达 7.5 年。

由金卫东教授主编的《双相心境障碍》专著,详细介绍了双相心境障碍各型的概念、诊断与治疗,兼顾了学术的先进性与临床的实用性,有助于精神科医师提高对双相心境障碍的正确诊断与治疗水平。在目前国内有关双相心境障碍的参考书匮乏的情况下,这是一本值得一读的参考书。

赵靖平

中南大学湘雅二医院精神卫生研究所教授、博士生导师

中华医学会精神病学分会第五届主任委员

2011 年 1 月 12 日

前 言 FOREWORD

双相心境障碍或双相障碍(bipolar disorder, BPD)和重性抑郁障碍(major depressive disorder, MDD)是两种主要的心境障碍。据报道 BPD 患病率为 0.5%~1.5%,约占人群的 1.3%,占有重性心境障碍的 20%~50%。美国 BPD 患者约 300 万,患病率虽低,但高复发率(可高达 90%)、高致残率、低诊断率和低治疗率颇突出;死亡率也相对高,25%~50%未遂自杀,11%~19%自杀身亡,高居各类精神障碍之首;治疗也很棘手,严重危害人民身心健康,给个人、家庭和社会带来沉重负担。由于该病临床表现复杂、治疗分歧大,也许这就是本书作者写书的初衷。

从事精神病学将近 30 年,从早期的躁狂抑郁症到现在的双相心境障碍,期间经历了从认识到理解、从体会到实践、从观察到研究的一个复杂的阶段。还记得我当时在东北鞍钢精神病医院刚工作期间接触的第一个孙姓的双相心境障碍病人,当时还称为躁郁症,是一个特别聪明的回城知青,在轻躁狂时他出口成章,能用七律作诗描述在农村的勤劳耕作,抑郁时则卧床不起,当时就用丙米嗪,不几天就又开心起来,周而复始,长期住在医院。他的一首打油诗至今依然记忆犹新,因为他形象地描述了 20 世纪 80 年代初的精神病医院的现状和他自己的感受:太阳自有铁窗隔,忍辱负重电休克,高兴低落独一人,唯我尽偿人间客。现在想起来他来,还真是感慨万千。

时代前进、科技进步,这使我们在目前状态下对该病的认识有了不少的提高,研究也逐渐增多,对该病的认识也逐渐明晰起来。特别是 21 世纪刚开始的时候,全世界的精神病学学者都关注到了这个被认为“可以完全恢复到正常”的疾病。的确,这个疾病在一定程度上是可以完全康复的,但是很容易复发,而且自杀率很高。虽然生物学

研究也有了一定的进步,但是将这些成果应用到临床还有一定的距离。所以正确诊断、早期诊断、正确治疗就显得特别重要,这就是我们精神科医生的责任。

该书是在众多编者的参与下完成的,因此,对于本书的所有作者致以最崇高的敬意,因为是您们的帮助和大家的共同努力,我们才完成了这本书的著述。其中有不少内容是目前最为先进的临床研究结果,因此,希望本书的出版能对精神科医生在诊断和治疗双相心境障碍病人方面有所帮助。

特别感谢的是中南大学湘雅二医院精神卫生研究所副所长、博士生导师、中华医学会精神科学学会主任委员赵靖平教授在百忙之中为本书作序,他给予了本书高度的肯定,在此表示衷心的感谢!

本书主要基于临床,当然每一位作者的风格和重点各有不同,如果有悖于各家观点,也是很可能的事情,因为一个还在探索之中的事物,取得一致的观点可能还需要时间。当然错误之处敬请批评、指正,同时也望能在这些争论和探讨之中,大家共同进步。

金卫东

2011年1月 于杭州

目 录 CONTENTS

第 1 章 双相心境障碍的历史与发展	(1)
一、躁郁症阶段	(1)
二、双相障碍阶段	(1)
三、双相障碍充分发展阶段	(5)
第 2 章 双相障碍的疾病机制	(8)
一、概述	(8)
二、病因机制研究现况	(9)
三、新的病因与机制假说	(14)
第 3 章 双相心境障碍的人格特质	(17)
一、早期的躁狂抑郁症特质分类	(18)
二、双相心境障碍病前人格特质	(19)
三、双相心境障碍的特殊人格对思维和行为的影响	(19)
四、双相心境障碍 I 型、II 型及单相心境障碍在人格特质上的差异	(20)
五、多种测量工具对双相心境障碍人格特质的研究	(21)
六、双相心境障碍的共病人格障碍研究	(23)
七、双相心境障碍人格异常对预后的影响	(25)
八、双相心境障碍在生物学中可能的基础	(25)
九、展望	(26)
第 4 章 双相障碍的流行病学	(30)
一、国外双相障碍患病率	(30)
二、我国双相障碍患病率	(32)
三、软双相	(32)
四、双相谱系障碍	(33)
五、其他流行病学数据	(34)
第 5 章 双相障碍的诊断	(36)
一、标准化诊断工具	(36)
二、国际常用的诊断标准	(37)
三、我国常用的诊断标准	(39)

● 双相心境障碍

四、辅助用诊断标准	(42)
第6章 双相障碍的精神病理学以及相关问题	(44)
一、极性与非极性表现	(44)
二、时相性表现	(48)
三、混合表现	(49)
四、共病问题	(50)
五、认知障碍	(51)
第7章 软双相障碍	(54)
第一节 软双相概念与意义	(54)
一、概念与特征	(54)
二、软双相与心境障碍的分类	(57)
三、提高对软双相的认识	(58)
第二节 软双相障碍的分类	(60)
一、目前现有标准的双相障碍分类	(60)
二、认识“软双相”的理由	(61)
三、软双相的分类	(62)
四、如何将“软双相”放进心境障碍的分类	(63)
第三节 非典型性抑郁	(64)
一、概念的产生以及演变过程	(65)
二、非典型抑郁的相关特点	(66)
三、非典型抑郁属于双相还是单相	(67)
第四节 关于建立中国软双相建议性诊断标准的过程与研究	(68)
一、专家咨询研究	(68)
二、临床调查研究	(71)
三、循证医学研究	(76)
四、中国软双相建议性诊断标准的建立与评价	(82)
第8章 双相谱系障碍	(88)
一、双相谱系障碍的历史与发展	(88)
二、流行病学	(89)
三、双相谱系障碍的内涵	(90)
四、从双相的可能性看双相谱系障碍	(92)
五、双相谱系的评价方法	(93)
第9章 药物相关的躁狂发作	(96)
第一节 抗抑郁药物相关的躁狂发作	(96)
一、流行病学	(96)

二、转相的危险因素	(100)
三、药物转相与自然转相者的比较	(102)
第二节 流行病学调查中应注意的几个问题	(103)
一、概念	(104)
二、时间	(104)
三、因素	(105)
四、偏畸	(106)
五、分歧	(106)
六、特例	(107)
第三节 抗抑郁药物引起躁狂的循证医学研究	(107)
一、氟西汀与阿米替林治疗抑郁症引发失眠、焦虑、激越与躁狂的 Meta 分析	(107)
二、氟西汀与三环类抗抑郁药物治疗抑郁症引发失眠、焦虑、激越与 躁狂的 Meta 分析	(110)
三、三环类抗抑郁药物(TCA)与选择性 5-羟色胺再摄取抑制药(SSRI) 治疗抑郁症引发失眠、焦虑、激越与躁狂的 Meta 分析	(113)
四、文拉法辛与选择性 5-羟色胺再摄取抑制药(SSRI)治疗抑郁症引发 失眠、焦虑、激越与躁狂的 Meta 分析	(117)
第四节 抗抑郁药物诱发躁狂发作的可能生物学机制	(121)
一、儿茶酚胺的变化	(121)
二、生物胺合成、代谢酶及其基因多态性	(121)
三、单胺受体以及受体基因多态性	(122)
四、脑源性神经营养因子	(123)
五、其他	(123)
六、多种基因的联合效应	(123)
第 10 章 混合发作	(127)
第一节 完全混合发作	(127)
一、概念	(127)
二、流行病学	(128)
三、临床特征	(128)
四、治疗	(129)
第二节 混合性躁狂发作	(130)
一、概念	(130)
二、流行病学	(130)
三、临床特征	(130)

四、治疗	(131)
第三节 混合性抑郁发作	(131)
一、概念	(131)
二、流行病学	(132)
三、临床特征	(132)
四、诊断与识别	(133)
五、处理	(135)
第 11 章 双相障碍快速循环	(140)
第一节 快速循环的目前现状	(140)
一、临床流行病学	(140)
二、临床精神病理学	(141)
第二节 快速循环与抗抑郁药物	(143)
一、快速循环与抗抑郁药物的关系	(143)
二、药物性快速循环	(145)
三、危险因素	(145)
第三节 快速循环的可能生物学因素和促发因素	(148)
一、生物学因素	(148)
二、促发因素	(149)
第 12 章 各国双相障碍治疗指南流程	(152)
第一节 美国精神病学会以及德克萨思州治疗指南	(152)
一、APA 双相障碍治疗流程	(152)
二、美国德克萨思州治疗指南	(154)
第二节 世界生物精神病学联盟(WSFBP)治疗指南	(157)
第三节 澳大利亚与新西兰皇家精神病学家协会双相障碍治疗指南	(158)
第四节 加拿大双相障碍治疗指南	(160)
一、急性躁狂发作及混合状态治疗流程	(160)
二、巩固期治疗/早期稳定阶段治疗流程	(161)
三、早期症状加剧治疗流程	(162)
四、双相抑郁的治疗流程	(163)
五、快速循环的治疗流程	(164)
六、维持治疗期/后期预防性治疗阶段治疗流程	(165)
第五节 中国双相障碍治疗指南流程	(166)
一、轻躁狂的治疗流程	(166)
二、双相抑郁的治疗流程	(167)
三、快速循环的治疗流程	(168)

第 13 章 药物与治疗	(170)
第一节 药物治疗的基本原则	(170)
一、心境稳定药治疗的基本原则	(170)
二、联合治疗原则	(170)
三、不同发作类型针对性原则	(170)
四、谨慎使用抗抑郁药物原则	(170)
五、预防转相原则	(170)
六、抗抑郁药物慎重选择原则	(171)
七、遵从治疗指南原则	(171)
八、临床痊愈原则	(171)
九、长期治疗原则	(171)
十、预防复发原则	(171)
第二节 联合治疗问题	(171)
一、不同类型患者的联合类型	(172)
二、联合治疗的基本原则	(172)
三、不同形式的联合	(173)
第三节 心境稳定药治疗双相障碍	(178)
一、碳酸锂	(179)
二、抗痉挛药物	(181)
三、拉莫三嗪	(184)
第四节 抗精神病药物	(187)
一、氯氮平	(187)
二、利培酮	(188)
三、奥氮平	(189)
四、喹硫平	(193)
五、齐拉西酮	(198)
六、阿立哌唑	(199)
第五节 抗抑郁药物	(200)
一、抗抑郁药物与双相抑郁	(200)
二、抗抑郁药物	(204)
三、抗抑郁药物使用指南	(206)
第 14 章 不同时相的治疗与维持治疗	(210)
第一节 躁狂或躁狂的全程治疗	(210)
一、双相 I 型躁狂的治疗规范	(210)
二、维持期治疗	(211)

● 双相心境障碍

第二节 儿童和青少年躁狂的治疗	(213)
一、儿童和青少年躁狂的识别	(213)
二、儿童和青少年双相 I 型躁狂的治疗	(217)
第三节 双相抑郁的治疗	(222)
一、双相障碍治疗理念	(222)
二、双相抑郁治疗和维持治疗的基本原则	(224)
三、双相抑郁的治疗	(225)
四、抗抑郁药物应用指南	(232)
第四节 混合发作以及快速循环的治疗	(232)
一、混合状态与快速循环问题	(232)
二、两种特别状态治疗的困难性与复杂性	(235)
三、几种药物的治疗、维持治疗和应用	(236)
第 15 章 双相障碍系统治疗的增强计划	(240)
一、研究背景	(240)
二、研究目的	(241)
三、研究设计	(241)
四、主要研究结果	(243)
第 16 章 评定用临床量表	(246)
第一节 躁狂用量表	(246)
一、Bech-Rafaelsen 躁狂量表	(246)
二、Young 躁狂量表	(247)
第二节 抑郁用评定量表	(250)
一、汉密尔顿抑郁量表	(250)
二、蒙特哥玛利抑郁评定量表	(253)
第三节 辅助诊断评定量表	(256)
一、32 项轻躁狂自评量表	(256)
二、心境障碍问卷	(257)

第 1 章 双相心境障碍的历史与发展

双相心境障碍的历史大约可简化为 3 个不同的概念阶段,即躁郁症阶段、双相障碍阶段以及双相障碍充分发展阶段。

一、躁郁症阶段

Kraepelin(1896)是将抑郁症与躁狂症这两种截然不同的状态归于同一疾病的第一人,当时称之为躁狂抑郁性精神病,即躁郁症(manic-depressive disease, MD),这个概念沿用了相当长的时期。但实际上在这个概念出现之前,19 世纪中叶 Falret 和 Baillarger 先后详细描述过躁狂症和抑郁症在同一个病人身上交替发作的现象,并命名为循环型精神病(folie circulaire)。随后 Kahlbaum(1882)首先提出躁狂和抑郁不是两个独立的疾病,而是同一疾病的两个阶段,并提出本病的重要特征是精神活动的相对协调性和完整性,并用轻性环性精神病(cyclothymia)这个名称来说明该病的一个轻性类型。Kraepelin 在总结前人经验的基础上,明确把二者划为一个疾病分类单元,即躁狂抑郁性精神病,他认为,这是一组可复发的、但又可明确康复的有正常间歇期的、且情绪障碍决定所有其他症状的疾病。那些在最好状态时也表现某些心境异常的个体,特别是那些心境在两个极端往返波动的循环情感性气质者,容易发生本病。而且他还认为,在那些对情感性疾病具有先天遗传易感素质的个体中,其躁郁症的表现不外是躁狂、抑郁或两者的混合,因此,经常可以观察到躁郁症有以下几种类型:①单次抑郁发作;②单次躁狂发作;③复发性抑郁;④复发性躁狂;⑤循环性精神病,就是在不同的时间内分别出现躁狂和抑郁;⑥混合性情感状态;⑦过度兴奋状态;⑧循环情感性气质,亦即轻度的躁狂心境和抑郁心境的相互交替。

二、双相障碍阶段

双相障碍实际上就是针对单相障碍提出来的。单相情感性精神病的概念最初由 Leonhard 于 1959 年开始设想,当时的概念十分简洁,即凡情感性疾病有躁狂和抑郁交替发作者称之为双相(bipolar),只有躁狂或只有抑郁者称之为单相(unipolar or monopolar)。之所以其提出这样的概念,是因为他发现两者的遗传背景有所不同,Leonhard 在遗传现象学上观察到双相障碍的病人家族中往往有更多的精