

## · 临床研究 ·

## 98 例急性短暂性精神病性障碍患者的随访研究

余雪芹, 黄燕

(重庆市精神卫生中心科教科 401147)

**摘要:**目的 探讨急性短暂性精神病性障碍(ATPD)诊断的有效性及其转归。方法 对出院诊断为 ATPD 的 98 例患者采用再住院调查、门诊随访和电话随访 3 种方式进行 5~6 年的追踪研究。结果 98 例患者中出院诊断为分裂样精神病 70 例,随访诊断为精神分裂症 48 例(68.57%),心境障碍和分裂情感性精神病各 1 例,维持分裂样精神病诊断者 20 例(28.57%);出院诊断为妄想阵发 22 例,维持原诊断 12 例(54.55%),改诊为癔症性精神病 6 例(27.27%),心境障碍躁狂发作 4 例(18.18%);旅途性精神病和其他型短暂性精神病各 3 例,随访诊断未变。结论 分裂样精神病及妄想阵发诊断的一致性较低,还需进一步大样本的长期追踪验证。

**关键词:**精神病;随访研究;诊断

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.16.020

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2011)16-1610-02

### A follow-up Study on 98 patients with acute transient psychotic disorder

Yu Xueqin, Huang Yan

(Department of Science & Education, Chongqing Mental Health Center, Chongqing 401147, China)

**Abstract: Objective** To investigate the diagnostic effectiveness and prognosis of acute and transient psychotic disorder (ATPD). **Methods** 5 to 6 years longitudinal study was employed to investigate 98 patients discharged with a diagnosis of ATPD through three approaches of rehospitalization investigation, outpatient follow-up and telephone follow-up. **Results** Among 70 patients who were discharged with a diagnosis of schizophreniform psychosis, 48 patients (68.57%) were re-diagnosed schizophrenia, two patient was re-diagnosed mood disorders and schizoaffective psychosis, respectively, and 20 cases (28.57%) maintained the original diagnosis of schizophreniform psychosis in the follow-up investigation. Among 22 patients with discharged diagnosis of delusional episodes, 12 cases (54.55%) maintained the original discharged diagnosis, 6 cases (27.27%) changed their diagnosis to hysterical psychosis, and 4 cases (18.18%) to manic mood disorder. The follow-up diagnosis of 3 patients with discharged diagnosis of travelling psychosis and 3 with other type transient psychosis did not changed. **Conclusion** Schizophreniform psychosis and delusional episodes have low diagnostic consistency, and long-term validation of large samples need to be further conducted.

**Key words:** psychotic disorder; follow-up studies; diagnosis

急性短暂性精神病性障碍(acute and transient psychotic disorders, ATPD)是一组起病急骤,病程较短,预后较好,以片断幻觉、妄想、言语和行为紊乱等精神病性症状为主的短暂精神障碍。中国精神障碍分类与诊断标准第 3 版(Chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders-3, CCMD-3)为本病制定了诊断标准,并将其分为分裂样精神病(schizophrenia-like psychosis, SEP)、妄想阵发、旅途性精神病、其他或待分类等 4 种类型<sup>[1]</sup>。尽管如此,目前 ATPD 临床诊断的有效性仍存在分歧和争议<sup>[2-4]</sup>。为探讨本病诊断的准确性,对本院出院诊断为 ATPD 的 98 例患者进行 5~6 年的追踪观察,现将有关资料报道如下。

#### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择 2003 年 1 月至 2004 年 12 月在本院门诊初诊为 ATPD 的首发病例 208 例,收入住院经三级查房,出院时仍诊断为 ATPD 者 166 例,占同期出院总数 6.75%(166/2459);5~6 年随访 98 例,其中男 40 例,女 58 例,男:女=1:1.45;年龄 14~51 岁,平均(28.43±9.92)岁;有配偶 54 例,未婚 39 例,离异 4 例,丧偶 1 例;文化程度为大专 7 例,高中 25 例,初中 52 例,小学 14 例。

**1.2 方法** 诊断标准符合 CCMD-3 规定的 ATPD 诊断标准<sup>[1]</sup>。自制 ATPD 调查表,内容包括社会人口学资料、家族遗传史、病前人格倾向、发病诱因、起病形式、病程、临床表现、出院诊断、随访诊断、随访时间、随访方式、再住院次数等。用随

机抽查的方式进行随访。

**1.3 统计学处理** 采用 SPSS10.0 统计软件对数据进行统计学分析。

#### 2 结果

**2.1 患者的随访情况** 在出院诊断为 ATPD 的 166 例患者中随机抽取 110 例随访 5~6 年后,获得有效资料可供分析 98 例,随访率为 89.09%;失访或资料不全 12 例(10.91%),其中出院诊断分别为 SEP 3 例,旅途性精神病 4 例及其他型 5 例。

对患者的随访采取再入院随访、门诊随访及电话随访等方式。再入院随访:出院患者在 6 年内复发再住院,对其临床资料进行随访 53 例(54.08%,53/98),其中再住院 1 次者 31 例,再住院 2 次者 17 例,再住院 3 次以上者 5 例。门诊随访:按要求定期门诊随访 28 例(28.57%,28/98)。电话随访:间断门诊随访,期间采用电话联系,获得可供资料分析的患者 17 例(17.35%,17/98)。

**2.2 发病的相关因素** 家族遗传史:阳性 28 例(28.57%,28/98),其中一级亲属 12 人,二级亲属 14 人,三级亲属 2 人。人格倾向:内倾型 64 例(65.30%,64/98),外倾型 22 例(22.45%,22/98),中间型 12 例(12.25%,12/98)。社会心理压力:仅 26 人有精神诱因,其中轻度 10 例,中度 16 例。

**2.3 发病至入院的时间** >0~1 周 43 例(43.88%,43/98),>1~2 周 27 例(27.55%,27/98),>2~3 周 18 例(18.37%,18/98),>3~4 周 10 例(10.20%,10/98)。

2.4 临床表现 见表 1。

表 1 98 例随访患者的临床表现

症状	n	%
各种妄想(被害、夸大、嫉妒、自罪等)	73	74.49
各种幻觉(幻听、幻视、幻嗅、皮肤幻觉)	58	59.18
行为紊乱、兴奋躁动、伤人毁物	56	57.14
紧张恐惧、吼叫、哭闹	46	46.94
言语紊乱、联想散漫	39	39.80
情感平淡、情感不协调	18	18.37
被控制体验	10	10.20
思维被洞悉、象征性思维	8	8.16
木僵状态	6	6.12

2.5 随访诊断 患者随访 5~6 年,随访诊断与出院诊断吻合的诊断中,SEP 20 例,妄想阵发 12 例,旅途性精神病 3 例,其他型 3 例。见表 2。

表 2 98 例随访患者的出院诊断与随访诊断(n)

随访诊断	出院诊断			
	SEP	妄想阵发	旅途性精神病	其他型
SEP	20	—	—	—
妄想阵发	—	12	—	—
旅途性精神病	—	—	3	—
其他型	—	—	—	3
精神分裂症	48	—	—	—
心境障碍躁狂发作	1	4	—	—
癔症性精神病	—	6	—	—
分裂情感性精神病	1	—	—	—
合计	70	22	3	3

—:表示此项无数据。

3 讨论

ATPD 是近十年来兴起的诊断分类之一,继国际疾病分类第 10 版(international classification of diseases 10th, ICD-10)<sup>[5]</sup>和心理障碍诊断与统计手册第 4 版(diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th, DSM-IV)<sup>[6]</sup>将 ATPD 列为独立疾病单元之后,为了与这两个诊断系统接轨,CCMD-3 也将 ATPD 纳入诊断标准和疾病单元,并分为 4 种类型。但有关本病的流行病学资料尚不完整<sup>[7]</sup>,患者精神症状呈多型性,临床表现的变异较大,远期追踪和疾病转归的资料甚少,导致临床诊断的有效性较差,误诊率较高<sup>[2,8-9]</sup>。

本文随访 98 例出院诊断为 ATPD 的患者中,诊断为 SFP 者 70 例,随访改诊为精神分裂症(schizophrenia, SP)48 例(68.57%),改诊为心境障碍和分裂情感性精神病各 1 例,维持 SFP 诊断者 20 例(28.27%)。李炬英<sup>[8]</sup>和伍业光等<sup>[9]</sup>报道,随访 1~6 年,SFP 患者改诊为 SP 分别为 68.0%和 67.4%,维持 SFP 诊断的分别为 28.3%和 24.4%,这一结果与本研究相似。Beiser<sup>[10]</sup>指出 70%按症状持续时间诊断的 SFP 是 SP,提示 SFP 作为独立诊断类别效度(validity)不高。疾病的预后和转归是主要的诊断依据。目前,CCMD-3 将“符合分裂症的各项诊断标准,但符合症状标准的持续时间不到 1 个月”作为惟一区分 SFP 与 SP 的鉴别依据,尽管文献报道 SFP 与 SP 的区别

除病程长短外,还有遗传方式<sup>[11]</sup>、发病诱因、起病急缓及症状特征等<sup>[12]</sup>,作者认为 SFP 有其自身发作特点,本研究发现部分首次急性发病快速缓解的 SFP 病例,不久即复发,再住院分析其发病是 SP 顿挫发作的病程经过形式。由于多数 SFP 很快表现出 SP 的本质特征,作者认为 SFP 可能是 SP 的一个亚型,建议将 SFP 纳入 SP 的诊断系列,作为一个特殊类型。少数不能诊断为 SP 的 SFP,需经过大样本的临床观察和长期追踪,再决定其归属。

妄想阵发是一种发作性精神障碍,部分病例反复发作<sup>[13]</sup>。曹长安等<sup>[14]</sup>随访 58 例,维持原诊断者占 81.00%。而本组出院诊断为妄想阵发的 22 例中,维持原诊断仅 12 例(54.55%),改诊率达 45.45%,其中,6 例(27.27%)改诊为癔症性精神病。二者同为发作性精神障碍,病程短暂,预后良好。癔症的临床表现多种多样,片段妄想、幻觉、木僵或混乱行为并不少见<sup>[15]</sup>,与妄想阵发有时难以区分。当复发再住院后,患者的癔症特征如表演性、暗示性显现时,则诊断不难。急性躁狂发作时,也有一些妄想性言词,情绪激愤,波动易变,行为紊乱易被误诊为妄想阵发。本组随访 22 例中 4 例(18.18%)改诊为心境障碍躁狂发作。作者认为本组病例随访误诊率偏高,但妄想阵发的发生、发展和转归仍具有其特异性,应成为独立疾病单元。妄想阵发既往以“急性妄想状态”归于妄想性精神障碍诊断序列<sup>[16]</sup>,CCMD-3 将其纳入 ATPD 类别中,但其诊断标准较为简略,临床操作性不强,其远期转归,还需扩大样本继续追踪。旅途性精神病和其他型短暂性精神病仅各 3 例,有待积累资料进行随访。

参考文献:

- [1] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 3 版. 济南:山东科学技术出版社,2001:75.
- [2] 杨雅芬,王继丰. 急性短暂性精神病门诊识别状况分析[J]. 辽宁医学杂志,2008,22(1):31-32.
- [3] 盛建华,王祖承,方贻儒,等. 83 例分裂样精神病病人的随访研究[J]. 四川精神卫生,2000,13(3):162-164.
- [4] 侯召香,孙大伟. 分裂样精神病的临床对照研究及随访[J]. 中国民康医学,2008,20(17):2014-2015.
- [5] 世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类:临床描述与诊断要点[M]. 范肖冬,汪向东,许又新,等,译. 北京:人民卫生出版社,1993.
- [6] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association,1994.
- [7] 曹晋,韩永华. 急性短暂性精神障碍的临床特点及研究现状[J]. 现代保健医学创新研究,2006,3(9):26-27.
- [8] 李炬英. 分裂样精神病 106 例随访研究[J]. 中国神经精神疾病杂志,1998,24(5):286-287.
- [9] 伍业光,王漠桂,侯强民. 分裂样精神病 86 例随访研究[J]. 中华神经精神科杂志,1995,28(2):109-111.
- [10] Beiser M, Fleming JA, Iacone WG, et al. Refining the diagnosis of schizophreniform disorder[J]. Am J Psychiatry,1988,145:695.
- [11] 马震祥,祁曙光,赵康仁,等. 分裂样精神病的遗传方式探讨[J]. 中国神经精神疾病杂志,2000,26(2):75-77.
- [12] 金卫东,臧德馨. 精神分裂症和精神分(下转第 1613 页)

**3.1 制定预案** 本中心以国务院颁布的《公共卫生突发事件应急条例》和国家卫生部颁布的《灾害事故医疗救援工作管理办法》为基础,参考重庆市急救医疗中心和其他省市急救中心的应急预案,如《重大道路交通事故医疗救援应急指挥预案》、《重大化学药品中毒医疗救援应急指挥预案》、《重大食物中毒医疗救援应急指挥预案》等,根据灾情、伤情特点,制订操作性强的医疗应急救援预案及其细则<sup>[10]</sup>,将急救关口前移,提高重大事件医疗救援效率<sup>[11]</sup>。

**3.2 构建“一体化模式”医疗应急救援体系** 在处理突发群体性事件时,急救中心的主要任务是迅速赶赴现场,快速实施医疗救护,最大限度降低损害<sup>[12]</sup>。“一体化模式”医疗应急救援体系在应急救援中发挥重要作用,具有以下特点:(1)高效的指挥系统;(2)科学合理的编配结构;(3)训练有素的技术队伍;(4)先进适用的装备及药材<sup>[13]</sup>。

“一体化模式”医疗应急救援体系由以下部门组成:(1)高速、有效的指挥机构。突发事件的医疗应急救援有较强的特殊性,伤员人数多,伤情重而复杂,现场人心恐慌,秩序混乱<sup>[13]</sup>。因此,建立高速、有效的指挥机构,协调各种救援力量,组织有效抢救,提高抢救成功率。指挥机构由院长、分管副院长和院职能部门相关领导组成。(2)院前医疗组。负责现场急救和验伤分类。人员主要由急救部具备多学科、多专业急救医学知识的医护人员组成,他们具有急救意识,在危、急、重症现场能独立进行诊断和抢救,实行 24 h 轮班待命<sup>[14-15]</sup>。(3)后送组。由急诊科医师、护士和驾驶员各 1 人组成,依据突发事件的规模、救治的任务设立 2~3 个小组,负责伤员的后送。(4)院内医疗组。由院内急诊科、ICU 及相关科室组成,负责伤员的专科救治。(5)医疗保障组。由检验、放射、药剂、防疫人员和供应室组成,负责药品、器材供应,防疫检疫工作及必要的辅助检查。(6)后勤保障组。由炊事员、驾驶员和担架队组成,承担生活和运输保障及伤病员的前接、后送任务。

**3.3 加强急救医学培训** 急救队伍人员应相对固定,强化急救意识,树立快速反应的急救观念,提高应急医疗救援的整体效能。加强院前急救队伍和院内急救队伍专业培训。院前急救医务人员应具备良好的综合素质,具有全面急救医学知识和现场急救技能,有计划地到医院各科室进行轮转学习,通过随访运送回院的急救患者,积累经验与教训。院内急救队伍既是院内抢救的中坚力量,又是院前急救队伍的后备力量<sup>[12,15]</sup>。对所有医务人员均应进行急救知识的培训,使其掌握院前急救的知识和全科急救知识。

总之,构建“一体化模式”医疗应急救援体系能够实现快速反应与高效现场急救,充分利用“伤后黄金 1 h”,实现现场与院内急救的无缝连接,提高抢救成功率,降低群体性突发事件

中伤病员现场死亡率和致残率。

#### 参考文献:

- [1] 肖力屏,马润璋.昆明市 2005~2007 年 18 次突发事件紧急医疗救援分析[J].云南医药,2008,29(3):309-310.
- [2] 陈抗侵,周勇,张建华,等.重庆市涪陵区群体性突发事件医疗急救情况调查[J].现代医药卫生,2008,24(13):1933-1935.
- [3] 张建华,陈抗侵,汪毅,等.山区群体性突发事件院前急救现状及对策[J].重庆医学,2008,37(14):1565-1567.
- [4] 毕强.一起 17 例交通事故伤的急救救援体会[J].中国急救医学,2007,27(11):1047-1048.
- [5] 刘秀香,刘义德.急救中心一体化创伤救治模式分析[J].实用全科医学,2008,6(4):369-370.
- [6] 管连斌.院前院内一体化救治模式在多发伤患者的应用[J].中国急救医学,2008,28(11):1045-1046.
- [7] 史长河.院前院内一体化救治交通事故多发伤 252 例分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(24):5840-5841.
- [8] 徐世伟,文亮,刘明华,等.急救、手术、ICU 一体化创伤急救模式实践和探讨[J].创伤外科杂志,2007,9(2):103-105.
- [9] 洪建芳,姚照华,林建功,等.泉州市区突发群体伤亡事件流行病学特点与应急处置分析[J].中国全科医学,2007,10(20):1723-1725.
- [10] 李晓阳,王雅林.突发事件医疗救助管理的对策及措施[J].中国医院管理,2009,29(11):62.
- [11] 陈抗侵,张建华,周勇,等.重庆市涪陵区群体性突发事件流行病学和应急反应[J].重庆医学,2007,36(20):2091-2094.
- [12] 杨振华,李奕龙.重大车祸伤院前与院内急救一体化[J].中国实用医药,2010,5(20):260-261.
- [13] 路闯,卜祥振,袁宏伟,等.构建突发事件“一体化模式型”医疗应急救援体系的探讨[J].实用医药杂志,2009,26(1):76.
- [14] 王毅鑫,苏文利,孙仲伦,等.一体化急救模式在危重型多发伤救治中的运用(附 185 例报告)[J].中国中西医结合急救杂志,2008,15(4):243.
- [15] 孙仲伦,王毅鑫,朱文献,等.综合性医院急救一体化运转模式探讨[J].中国急救医学,2007,27(10):954-956.

(收稿日期:2011-01-15 修回日期:2011-04-06)

(上接第 1611 页)

裂样障碍阴性症状和阳性症状的再比较[J].医学理论与实践,1993,6(6):4-6.

[13] 黄明生,刘协和.精神疾病诊疗手册[M].北京:人民卫生出版社,2000:315-322.

[14] 曹长安,郭金宏,高欢.妄想阵发患者临床观察及随访分析[J].中国民康医学,2006,18(6):431.

[15] 阳中明,李江涌.癔症患者 46 例 5 年随访分析[J].临床心身疾病杂志,2008,14(2):153-154.

[16] 沈渔邨.精神病学[M].5 版.北京:人民卫生出版社,2009:541.

(收稿日期:2010-11-27 修回日期:2011-03-14)