

· 临床研究 ·

儿童与少年首发精神分裂症早期症状的特点分析

杨建红

(首都医科大学附属北京安定医院儿科 100088)

摘要:目的 探讨儿童与少年首发精神分裂症早期症状的特点。方法 将 120 例符合 ICD-10 中儿童与少年精神分裂症的患者用自编精神病早期症状调查表进行回顾性调查。结果 发生率大于 50% 的早期症状为(按从高到低排列):学习成绩下降、注意力下降、呆愣、孤僻内向、烦躁、情绪低落、责任心下降等。结论 正确识别儿童与少年首发精神分裂症的早期症状,有助于及时就诊和早期干预,有利于患儿的精神和社会功能康复。

关键词:精神分裂症;早期症状;前驱期;儿童;少年;预后

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.17.012

文献标识码:A

文章编号:1671-8348(2012)17-1704-02

Analysis of clinical features of early symptoms in childhood and adolescent schizophrenia

Yang Jianhong

(Department of Pediatrics, Affiliated Beijing Anding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China)

Abstract: Objective To explore the features of early symptoms of early onset schizophrenia in children and adolescents. **Methods** 120 children and adolescents with schizophrenia met ICD-10 criteria were collected and performed the retrospective survey by self-designed early psychosis symptom scale. **Results** Early symptoms with the incidence rate of more than 50% (in descending order) included poor academic performance, decreased attention, apathy, unsociability and introversion, irritability and restlessness, depression, decreased sense of responsibility and so on. **Conclusion** We conclude that it is very important to identify the early symptoms of children and adolescents with schizophrenia accurately. Timely diagnosis and intervention will help patients to get early treatment and inhabilitation, and improve their social function and prognosis.

Key words: schizophrenia, early symptom; prodromal period; child; adolescent; prognosis

儿童与少年精神分裂症是以基本个性改变、特征性思维障碍、感知觉障碍、情感及环境不协调为主要特征的精神障碍^[1]。其临床症状不但会持续至青少年期和成人期,而且会比成年起病的精神分裂症具有更严重的症状表现和神经发育的异常^[2]。在精神分裂症早期进行及时的诊断和使用合适的抗精神病药,可以很大程度地缓解症状,延缓精神分裂症的发作,改善预后,减少复发^[3-5]。本研究通过对 120 例精神分裂症患儿早期症状出现频率的回顾性分析,为临床医生早期识别儿童与少年首发精神分裂症提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2010 年 1 月到 2011 年 6 月在本院门诊的 18 岁及其以下的儿童与少年患者 120 例,符合 ICD-10 精神分裂症的诊断标准,均为首次发作,其中,男 65 例,女 55 例;平均年龄为(13.26±3.25)岁。

1.2 方法 采用自行设计的儿童与少年精神分裂症早期症状调查问卷,回顾性调查患者的早期临床症状。此表根据国内外有关文献中关于精神分裂症早期症状的定义、描述、量表评定及相关研究结果,进行综合改编而来。调查量表共有 35 条早期症状,分为 7 组,即个性改变、神经症症状群、阳性症状、阴性症状、行为问题、社会功能减退和认知功能。对症状频率使用相对数百分率(%)计算。

2 结果

以发生率为 50% 为界限(即发生率不低于 50% 为高发生率)^[6],将儿童少年精神分裂症早期症状出现频率进行排序,结果如下(从高到低排序):发生率大于或等于 50% 的早期症状主要是学习成绩下降、注意力下降、呆愣、孤僻内向、烦躁、情绪低落、责任心下降。发生率在 30%~<50% 的早期症状主要是自语自笑、情绪不稳、兴趣减少、言语少或单调、强迫症状、犹

豫不决、易激惹、情感变淡漠、敏感多疑、怪异行为、躯体不适、睡眠差等(表 1)。按组分类,发生率较高的症状有(各组中的症状均按发生率的高低依次排序):神经症组有烦躁、情绪低落、情绪不稳、兴趣减少、强迫症状、易激惹、躯体不适、睡眠差、害怕恐怖紧张;个性改变组为孤僻内向、敏感多疑、变幼稚、不讲卫生、变固执、敌意、说谎;阴性症状组为呆愣、言语少或单调、情感变淡漠、生活懒散。认知功能障碍组为注意力下降、犹豫不决、记忆力下降;社会功能组为学习成绩下降、责任心下降;行为问题组为怪异行为、不守纪律、外走、旷课、社交减少;阳性症状组有自语自笑、古怪想法、奇怪的语言、片段的幻视或幻听、片段妄想。

表 1 儿童与少年精神分裂症早期症状的发生及排序

序号	症状	n(%)	序号	症状	n(%)
1	学习成绩下降	103(85.83)	19	睡眠差	36(30.00)
2	注意力下降	97(80.83)	20	不守纪律	34(28.33)
3	呆愣	85(70.83)	21	变幼稚	30(25.00)
4	孤僻内向	77(64.17)	22	外走	29(24.17)
5	烦躁	68(56.67)	23	生活懒散	27(22.50)
6	情绪低落	63(52.50)	24	记忆力下降	25(20.83)
7	责任心下降	60(50.00)	25	变固执	25(20.83)
8	自语自笑	57(47.50)	26	不讲卫生	23(19.17)
9	情绪不稳	56(46.67)	27	旷课	20(16.67)
10	兴趣减少	53(44.17)	28	害怕、恐怖、紧张	19(15.83)
11	言语少或单调	50(41.67)	29	古怪想法	18(15.00)
12	情感淡漠	48(40.00)	30	奇怪的语言	16(13.33)
13	犹豫不决	45(37.50)	31	敌意	14(11.67)
14	易激惹	44(36.67)	32	社交减少	13(10.83)

续表 1 儿童与少年精神分裂症早期症状的发生及排序

序号	症状	n(%)	序号	症状	n(%)
15	强迫症状	41(34.17)	33	说谎	10(8.33)
16	敏感多疑	39(32.50)	34	幻视或幻听	9(7.50)
17	怪异行为	38(31.67)	35	片段妄想	8(6.67)
18	躯体不适	36(30.00)			

3 讨 论

儿童与少年精神分裂症患病率约为 0.5%，其中 1/3 的首起病年龄小于 19 岁。但是早期征兆实际上常常在 11~15 岁左右就开始出现，只是因儿童期抽象思维缺乏，更多表现为情绪和行为异常^[7-8]。儿童与少年首发精神分裂症以慢性隐匿性起病多见，在逐渐演变为精神障碍之前有长期的早期症状。所谓早期症状是指出现了精神症状但没有达到诊断标准的疾病阶段的症状。首次发作是指疾病首次充分发作且达到诊断标准^[6]。早期症状通常在童年早期出现，精神病性发作更不清晰、更漫长，并且恢复期更短，当疾病进行到成年期时，这些患者通常比成年期起病的患者表现出更差的功能^[2]。许多精神病学家研究认为早发精神分裂症的早期阶段多为 2 年左右。发病年龄越早越容易导致神经精神发育和人格异常^[9-10]。

中国现多以独生子女家庭为基本模式，一旦独生子女罹患精神分裂症，不但影响患儿的学习与生活，而且会给家庭和社会造成很大的经济负担。因此，有关儿童精神分裂症早期诊断、早期治疗、尽量缩短未治疗期的研究报告日渐增多。如果未治疗期长期化不仅会增加治疗耐受性，使症状严重化，也会使社会功能及生活质量等更为低下^[8]。Eggers 和 Bunk^[11] 在研究中发现 67 名患儿中 60% 被证实是在精神病发病以前有前驱期异常。中国的一项研究发现，10%~15% 的中学生有前驱期症状。有前驱期症状者 3%~4% 可能发展为精神分裂症^[12]。张志群和郭兰婷^[1] 对 56 例 15 岁前起病的精神分裂症进行研究，65% 为儿童精神分裂症的早期症状多以性格改变和类神经症样表现，其认知及社会功能的受损首先被教师及家长发现。由于此类症状不具特征性，只有在更多的典型精神症状出现之后才引起人们的重视^[13]。因此，儿童精神分裂症的早期症状的识别具有重要意义。

本组资料显示，大多数患儿早期出现了学习成绩下降、注意力下降、呆愣、孤僻内向、烦躁、情绪低落、责任心下降等神经症症状，个性改变及社会功能的变化，与李萍等^[6] 报道相似。这种现象与儿童与少年正处于心理、生理的成长发育过程中，表达能力有限相关，加之儿童、少年活泼多动，情绪变化多端，症状表现又缺乏特异性，故常被家长及教师理解为发育阶段的正常现象，或被错误认为是性格或品行问题，未予以重视，由此延误早期治疗的最佳时机。

本研究同时显示在儿童与少年首发精神分裂症的早期症状中的幻觉妄想出现频率较低，在 8% 以下。这符合儿童精神分裂症以行为障碍、神经症症状和性格改变为主要临床表现^[14]，思维内容单调贫乏，幻觉、妄想不明显、不典型、不明确、不固定的特点，因此常常不易于被发现。这与儿童的大脑处于发育幼稚期、认知功能不完善、思维尚未成熟、以具体形象思维为主、情感的自我体验和表达简单有关，与成年人的幻觉妄想相比也有所不同。成年人精神分裂症的早期敏感多疑、古怪想法、幻听、妄想、牵连观念等轻微阳性症状的发生率都达到 50% 以上^[15]。在成人精神分裂症患者中，有 50% 出现幻觉，

90% 在疾病某些阶段出现妄想。与成人相比，儿童与少年出现妄想症状少于成人，低龄儿童又少于高龄儿童^[1,16]。

精神分裂症是儿童精神疾病的主要类型之一，在儿童精神疾病中占第 2 位，复发率高，预后差^[17]。儿童与少年期精神分裂症的发作，一般是以阳性症状的出现为标志，而国内现行的诊断标准侧重对典型阳性症状的识别，要做到早期诊断确实存在一些困难^[18]，同时客观检查上缺乏生物学指标也增加了早期诊断的难度。对精神分裂症的早期干预已在国际上引起了普遍重视，“早期干预”的核心内容是在分裂症前期和出现精神症状后的早期进行治疗。儿童与少年首发精神分裂症的治疗是以减少和消除精神症状、促进心理发育、学业回归等为目的，要达到此目的，关键在于加强儿童与心理卫生知识的宣传教育普及，增强早期症状正确识别能力以及提高社会的认识程度。通过以上回顾性调查分析，呼吁大家要重视和识别早期症状，有利于儿童、少年首发精神分裂症的早期干预和治疗，提高患儿的治愈率和改善预后，同时也有助于儿童精神分裂症康复，对推迟或阻止疾病的进展具有非常积极的作用。

参考文献:

- [1] 张志群,郭兰婷.儿童少年精神分裂临床分析[J].中华精神科杂志,2001,2(34):86-89.
- [2] Sikich L. Efficacy of atypical antipsychotics in early-onset schizophrenia and other psychotic disorders[J]. J Clin Psychiatry 2008,69(Suppl 4):S21-25.
- [3] Lieberman JA, Perkins D, Belger A, et al. Early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis pathophysiology, and therapeutic approaches [J]. Biol Psychiatry, 2001,50(11):884-897.
- [4] Cornblatt B, Obuchowski M, Ditekowsky K, et al. The hillside RAPP Clinic: a research/early intervention center for the schizophrenia program [J]. Schizophr Res, 1999, 36: 358.
- [5] Dakre RJ, Clifford J, Haley M, et al. Causes and consequences of duration of untreated psychosis in schizophrenia [J]. British Journal of Psychiatry, 2000, 177: 511-515.
- [6] 李萍,朱孔美,朱孔香,等.首发儿童少年精神分裂症早期症状出现频度的分析[J].山东精神医学,2005,18(1):55-56.
- [7] Amenteros JL, Davies M. Antipsychotics in early onset schizophrenia: systematic review and meta-analysis [J]. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2006, 15(3): 141-148.
- [8] 童建明,许晓英.儿童精神分裂症的脑发育障碍学说与早期临床特征[J].国际精神病学杂志,2008,35(3):134-137.
- [9] Masi G, Mucci M, Pari C. Children with schizophrenia: Clinical picture and pharmacological treatment [J]. CNS Drugs, 2006, 20(10): 841-866.
- [10] Vourdas A, Phipps R, Corrigall R, et al. Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia [J]. Schizophrenia Res, 2003, 62(1/2): 13-16.
- [11] Eggers C, Bunk D. Early development of childhood-onset schizophrenia [J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 2009, 77(10): 558-567.

表 3 两组治疗前、后 TNF- α 的变化(ng/L)

组别	治疗前	治疗后		
		12 h	36 h	60 h
HP+CVVH	568.4 \pm 70.6	340.5 \pm 50.7* [#]	235.3 \pm 48.9* [#]	120.9 \pm 13.7* [#]
CVVH	572.6 \pm 75.4	441.3 \pm 62.8*	320.2 \pm 50.7*	210.5 \pm 25.6*

*: $P < 0.05$, 与治疗前比较; #: $P < 0.05$, 与相同时间点 CVVH 组比较。

3 讨 论

高三酰甘油是急性胰腺炎的病因之一,随着人们生活水平及饮食结构的改变,HLP 发病率有上升的趋势。目前认为其发生机制可能有以下几点:(1) 高脂血症可导致血浆黏稠度升高,血浆处于高凝状态,有利于血栓形成,导致胰腺微循环障碍;(2) 血清脂质颗粒积聚,阻塞胰腺血管;(3) 高脂血症激活血小板,释放具有强烈缩血管作用的血栓素 A2(TXA2),同时损伤胰腺血管内皮细胞,使有扩血管作用的前列腺素(PGI2)分泌减少,导致 TXA2/PGI2 失衡,加重胰腺微循环障碍;(4) 胰腺中的胰酶使三酰甘油分解为游离脂肪酸,直接对胰腺细胞产生毒性损伤,导致胰腺缺血坏死^[4]。

HLP 的临床过程不同于其他原因引起的胰腺炎,早期脏器功能衰竭及后期胰腺脓肿、假性囊肿等并发症发生率较高,其治疗关键在于迅速降低三酰甘油和阻断全身炎症反应。通过禁食、皮下注射低分子肝素、持续静脉滴注肝素和胰岛素等内科处理,可使 HLP 患者的血脂水平下降,但重度高脂血症患者对上述治疗反应差,且不能阻断已发展的炎症反应。已有大量的临床事实证明,血液净化可以迅速降低三酰甘油水平,同时阻断全身炎症反应。Kyriakidis 等^[5]报道 5 例 HLP 行血液净化可明显减轻腹痛症状,无并发症,无一人死亡。Yeh 和 Chen^[6]对 17 例 HLP 患者实施血浆置换,患者血清三酰甘油、淀粉酶、脂肪酶显著下降,13 例完全康复。由于血浆置换需要大量的血浆和特殊仪器,且不能持续清除炎症介质,故尚难广泛应用于临床。

持续血液滤过可通过对流的方式清除中、小分子物质,同时通过滤膜吸附部分大分子物质,阻断全身炎症反应,已广泛应用于胰腺炎的治疗^[7]。对于 HLP,有学者提出可以利用 CVVH 时滤过膜的吸附作用降低血脂水平,但由于 CVVH 滤器膜面积非常有限,限制其对血脂的清除效果,同时三酰甘油会阻塞滤器中空纤维导致炎症分子、介质的清除效率下降。因此,将 CVVH 与其他血液净化方式联合使用成为必要的治疗手段。作者采用 HP+CVVH 联合治疗 HLP,首先通过血液灌流器的吸附作用,使血清三酰甘油水平迅速下降,利于 CV-

VH 的进行,然后利用 CVVH 持续清除炎症分子及炎症介质,阻断全身炎症的持续发展。本研究发现,HP+CVVH 组在行 2 次血液净化后,血脂水平已达到安全范围,而 CVVH 组需行 3 次血液净化治疗后患者血脂水平才能达标,同时 HP+CVVH 组患者的腹痛、腹胀缓解时间也早于 CVVH 组,在相同时间点 HP+CVVH 组患者血清 TNF- α 、APACHE II 均低于 CVVH 组,最终生存率也是 HP+CVVH 组较高。推测原因可能由以下几点:(1)HP 较 CVVH 能迅速降低血液中三酰甘油浓度,减轻高脂血症对胰腺及机体的进一步损害;(2)血脂水平的下降可提高 CVVH 清除炎症分子、介质的效率;(3) TNF- α 生物活性形式为 3 聚体,相对分子质量为 52 000,CVVH 对其清除有限^[8],而 HP+CVVH 能增加其清除率。本研究表明 HP+CVVH 比单用 CVVH 能迅速清除三酰甘油,减轻全身炎症反应,改善预后。

参考文献:

- [1] 贾林. 高脂血症性胰腺炎的临床特征及其诊治[J]. 现代消化及介入诊疗, 2007, 12(3): 199-201.
- [2] 毛恩强, 汤耀卿, 张圣道. 高脂血症性重症急性胰腺炎规范化治疗方案的探讨[J]. 中国实用外科杂志, 2003, 23(9): 542-545.
- [3] Yadav D, Pitchumoni CS. Issues in hyperlipidemic pancreatitis[J]. J Clin Gastroenterol, 2003, 36(1): 54-62.
- [4] Hofbauer B, Friess H, Weber A, et al. Hyperlipaemia intensifies the course of acute oedematous and acute necrotizing pancreatitis in the rat[J]. Gut, 1996, 38(5): 753-758.
- [5] Kyriakidis AV, Karydakis P, Neofytou N, et al. Plasmapheresis in the management of acute severe hyperlipidemic pancreatitis: report of 5 cases[J]. Pancreatolgy, 2005, 5: 201-204.
- [6] Yeh JH, Chen HC. Plasmapheresis for hyperlipidemic pancreatitis[J]. J Clin Apher, 2003, 18: 181-185.
- [7] Jiang HL, Xue WJ, Li DQ, et al. influence of continuous veno-venous hemofiltration on the course of acute pancreatitis[J]. World J Gastroenterol, 2005, 11: 4815-4821.
- [8] 苏军凯, 李兆申. 血液净化治疗高脂血症性胰腺炎研究进展[J]. 胰腺病学, 2006, 6(5): 310-312.

(收稿日期: 2011-10-09 修回日期: 2011-11-26)

(上接第 1705 页)

- [12] 陶国泰, 郑毅. 儿童少年精神医学[M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 2008: 291-298.
- [13] Asarnow RF, Asarnow JR. Childhood onset schizophrenia: editors. introduction[J]. Schizophr Bull, 1994, 20(4): 591-597.
- [14] 黄文广, 苏林雁. 儿童对立违抗性障碍的危险因素[J]. 中国心理卫生, 2006, 20(8): 491-493.
- [15] 刘海燕, 赵靖平. 首发精神分裂症的早期症状调查[M]. 上海精神医学, 2005, 17(1): 41-49.
- [16] 蔡焯基, 翁永振. 精神分裂症——病因、诊断、治疗、康复

[M]. 北京: 科学出版社, 2000: 115-117.

- [17] 潘多, 李泽爱, 刘寰忠. 儿童精神分裂症预后影响因素研究进展[J]. 精神医学杂志, 2010, 23(1): 65-67.
- [18] Kampman O, Luippala P, Vaananen J, et al. Indications of education Compliance in first-episode psychosis[J]. Psychiatry Res, 2002, 110(1): 39-48.
- [19] Haley RJ. Causes and consequences of unit reated psychosis in chizophrenia[J]. Bri J Phychitry, 2000, 177: 511-515.

(收稿日期: 2011-10-09 修回日期: 2011-12-01)