

· 论著 · 临床 ·

# 单相与双相抑郁障碍患者临床特征的对照研究

刘紫珊, 马亚荣, 张杰, 林晓鸣, 孙彬, 何红波\*

(广州医科大学附属脑科医院, 广州市惠爱医院, 广东 广州 510370)

\* 通信作者: 何红波, E-mail: hongbo\_he@yeah.net

**【摘要】** 目的 比较单相与双相抑郁障碍患者的临床特征, 为单相和双相抑郁障碍的鉴别诊断提供参考。方法 连续入组 2012 年 6 月 - 2013 年 11 月在广州医科大学附属脑科医院住院、符合《国际疾病分类(第 10 版)》(ICD-10) 诊断标准的单相抑郁障碍(单相组  $n=72$ ) 和双相抑郁障碍(双相组  $n=64$ ) 患者, 收集并分析两组一般人口学资料和临床特征, 采用汉密尔顿抑郁量表 17 项版(HAMD-17) 评定抑郁症状。结果 单相组女性及已婚患者比例均高于双相组( $\chi^2=18.74, 4.68, P<0.05$  或  $0.01$ ); 双相组平均起病年龄小于单相组( $t=-2.13, P=0.035$ ); 双相组性格外向者比例高于单相组( $\chi^2=9.74, P=0.002$ ); 单相组有病前诱因者比例高于双相组( $\chi^2=18.96, P<0.01$ ); 双相组伴不典型抑郁症状者比例高于单相组( $\chi^2=24.60, P<0.01$ ); 双相组既往抑郁发作次数多于单相组( $Z=-5.37, P<0.01$ ); 单相组 HAMD-17 总评分及躯体化焦虑和食欲减退因子评分均高于双相组, 差异均有统计学意义( $t=-2.78 \sim -2.06, P<0.05$  或  $0.01$ )。结论 单相与双相抑郁障碍患者在性别、婚姻状况、发病年龄、是否有病前诱因、是否伴不典型抑郁症状、既往发作次数及 HAMD-17 评分方面存在差异。

**【关键词】** 单相抑郁; 双相抑郁; 临床特征

中图分类号: R749.4

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2018.04.010

## Comparative study on clinical features of patients with unipolar and bipolar depression

Liu Zishan, Ma Yarong, Zhang Jie, Lin Xiaoming, Sun Bin, He Hongbo\*

(The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou Huiai Hospital, Guangzhou 510370, China)

\* Corresponding author: He Hongbo, E-mail: hongbo\_he@yeah.net

**【Abstract】 Objective** To explore the different clinical features between unipolar and bipolar depression, so as to provide references for the differential diagnosis. **Methods** The participants were The Affiliated Brain Hospital of Guangzhou Medical University inpatients from June 2012 to November 2013, and some of them were diagnosed with unipolar depression (unipolar group,  $n=72$ ) while others were diagnosed with bipolar depression (bipolar group,  $n=64$ ) according to International Classification of Diseases, tenth edition (ICD-10). The general demographic information and clinical characteristics of all participants were collected and analyzed. Hamilton Depression Scale-17 item (HAMD-17) was applied to assess the depression symptoms. **Results** The proportion of female and married patients in unipolar group were higher than those in bipolar group ( $\chi^2=18.74, 4.68, P<0.05$  or  $0.01$ ). Average onset age of patients in bipolar group was lower than that in unipolar group ( $t=-2.13, P=0.035$ ). The proportion of extroverts in bipolar group was higher than that in unipolar group ( $\chi^2=9.74, P=0.002$ ), and it showed that more patients developed depression with inducement in unipolar group compared with bipolar group ( $\chi^2=18.96, P<0.01$ ). The proportion of patients with atypical depression symptoms in bipolar group was higher than that in unipolar group ( $\chi^2=24.60, P<0.01$ ). The times of depressive episodes in bipolar group were more than that in unipolar group ( $Z=-5.37, P<0.01$ ). The total score of HAMD-17, score of somatization anxiety and anorexia factor of unipolar group were higher than those of the bipolar group, the difference was statistically significant ( $t=-2.78 \sim -2.06, P<0.05$  or  $0.01$ ). **Conclusion** There are differences between patients with unipolar depression and bipolar depression on gender, marital status, onset age, whether develop depression with inducement, atypical depression symptoms, previous times of depressive episodes and HAMD-17 score.

**【Keywords】** Unipolar depression; Bipolar depression; Clinical features

双相障碍(bipolar disorder, BD)是临床上兼具(轻)躁狂发作和抑郁发作的一类心境障碍<sup>[1]</sup>。双相抑郁障碍是双相障碍常见的一种发病形式, 此类

患者多以抑郁发作起病, 因其抑郁发作诊断标准与单相抑郁相同<sup>[2]</sup>, 常被误诊。有研究显示, 双相抑郁障碍从发病到确诊需 7~10 年, 60% 的双相抑郁障碍患者曾被误诊为单相抑郁障碍(unipolar depression, UD), 被误诊的双相抑郁障碍患者接受

项目基金: 广州市医药卫生科技项目(20151A011040)

单独的抗抑郁药治疗后增加了躁狂发作、快速循环或混合发作的风险<sup>[3-5]</sup>,导致患者预后不良。目前已有研究从遗传学、神经影像学、细胞学和分子生物学等方面探索了单相与双相抑郁障碍的差异,但高特异性和高灵敏度的鉴别诊断标志物尚未被发现<sup>[6-8]</sup>,临床上仍主要依赖于两者的人口学资料和临床特征等方面的差异进行鉴别诊断。已有研究比较单相与双相抑郁障碍的临床特征,结果显示单相抑郁障碍患者多伴躯体不适,有病前诱因,预后较好;而双相抑郁障碍患者起病年龄较小,多有家族遗传史,伴不典型抑郁症状,多为外向性格等,但这方面的研究结果尚不一致。比较两者抑郁症状严重程度的研究较少,且结果不一致<sup>[9-10]</sup>。本研究通过分析单相与双相抑郁障碍患者的人口学资料及临床特征,探讨单相与双相抑郁障碍的临床差异,为两者的鉴别诊断提供参考。

## 1 对象与方法

### 1.1 对象

连续入组 2012 年 6 月 - 2013 年 11 月广州医科大学附属脑科医院普通精神科的住院患者为研究对象。所有患者均由两位具有 5 年以上临床经验的精神科医师(其中一位为副主任医师或以上职称)通过精神科访谈及回顾病史的方式做出诊断。入组标准:①符合《国际疾病分类(第 10 版)》(International Classification of Diseases, tenth edition, ICD - 10)单相抑郁及双相抑郁障碍诊断标准;②年龄 18 ~ 60 岁;③汉密尔顿抑郁量表 17 项版(Hamilton Depression Scale - 17 item, HAMD - 17)评分 > 17 分。排除标准:①合并严重躯体疾病、脑器质性疾病或精神发育迟滞者;②精神分裂症、分裂情感障碍者;③共病精神活性物质滥用或依赖者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤不合作或难以完成量表评定者。符合入组标准且不符合排除标准共 136 例,其中单相抑郁患者 72 例(单相组),双相抑郁患者 64 例(双相组)。所有入组患者及其监护人均签署知情同意书,本研究获广州医科大学附属脑科医院伦理委员会审核批准。

### 1.2 评定工具

#### 1.2.1 一般情况调查表

采用自制一般情况调查表收集患者年龄、性别、受教育程度、婚姻状况等人口学资料及起病年龄、病

程、有无诱因、既往抑郁发作次数、是否伴有精神病性症状、有无自杀观念/行为、有无不典型抑郁症状(体重增加、饮食增多、睡眠增多、铅管样麻痹、长期在人际关系中的被拒敏感)<sup>[11]</sup>等临床资料。

#### 1.2.2 HAMD - 17

采用临床上常用的 HAMD - 17 评定患者抑郁症状<sup>[12]</sup>。HAMD - 17 中第 1 ~ 3、7 ~ 11、15 条目采用 5 级评分 0 ~ 4 分分别代表无症状、轻、中等、重、极重,第 4 ~ 6、12 ~ 14、16 ~ 17 条目采用 3 级评分 0 ~ 2 分分别代表无症状、轻、重。各条目评分之和为量表总评分, HAMD - 17 总评分 ≤ 7 分为正常, 7 分 < 总评分 ≤ 17 分为轻度抑郁, 17 分 < 总评分 ≤ 24 分为中度抑郁, 总评分 > 24 分为重度抑郁。HAMD - 17 包含抑郁症状的多个维度, Pancheri 等<sup>[13]</sup>为更直观地评定抑郁症状及疗效,采用主因子法将 HAMD - 17 分为 4 个因子及两个单独条目:躯体化焦虑(somatic anxiety)(条目 4、5、6、11、12、13、15),精神性焦虑(psychic anxiety)(条目 2、9、10、17),抑郁核心症状(core depressive symptoms)(条目 1、7、8),食欲减退(anorexia factor)(条目 12、16),条目 14 为性功能(genital symptom),条目 3 为自杀(suicide)。评分越高,抑郁症状越严重。

### 1.3 资料收集与量表评定方法

在入院 1 周内,由 9 位具有 5 年以上临床经验的精神科医师通过住院电子信息系统、与患者及其家属访谈的形式收集患者一般人口学资料和临床资料。于入院 1 周内,在无干扰的访谈室由经过统一培训的两名精神科医师独立按照指导语进行 HAMD - 17 评定,耗时约 30 min, HAMD - 17 评定的组内相关系数(intraclass correlation coefficient, ICC)为 0.94。

### 1.4 统计方法

采用 EpiData 3.1 建立数据库,由两名统计人员分别独立录入数据并核对;采用 SPSS 20.0 进行统计分析。对计量资料进行正态性检验,符合正态性的计量资料用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较采用两独立样本  $t$  检验;不符合正态性的计量资料用中位数及四分位数表示,组间比较使用 Wilcoxon 秩和检验。符合正态性的计数资料用构成比表示,组间比较采用  $\chi^2$  检验。采用协方差分析校正性别、婚姻状况、起病年龄变量。检验水准  $\alpha = 0.05$ 。

## 2 结 果

### 2.1 两组人口学资料及临床特征比较

单相组女性、已婚患者比例均高于双相组 ( $\chi^2 = 18.74, 4.68, P < 0.05$  或  $0.01$ ) ,单相组有病前诱因患者比例高于双相组 ( $\chi^2 = 18.96, P < 0.01$ ) ,双相组起病年龄小于单相组 ( $t = -2.13, P = 0.035$ ) ,双

相组外向性格患者比例高于单相组 ( $\chi^2 = 9.74, P = 0.002$ ) ,双相组既往抑郁发作次数多于单相组 ( $Z = -5.37, P < 0.01$ ) ,双相组伴不典型抑郁症状者比例高于单相组 ( $\chi^2 = 24.60, P < 0.01$ ) 。两组受教育年限、精神障碍阳性家族史、伴精神病性症状比较差异均无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ) 。见表 1。

表 1 两组人口学资料及临床特征比较

项 目	单相组 (n=72)	双相组 (n=64)	$\chi^2/t/Z$	P
性别( 女性) [n( % ) ]	47( 65.28)	17( 26.98)	18.74	<0.01
婚姻状况( 已婚) [n( % ) ]	42( 58.33)	25( 39.68)	4.68	0.031
年龄( 岁)	34.76 ± 12.33	32.08 ± 13.61	-1.15	0.254
起病年龄( 岁)	29.92 ± 11.36	25.71 ± 11.67	-2.13	0.035
受教育年限( 年)	10.92 ± 2.80	11.69 ± 3.00	1.55	0.123
精神障碍家族史阳性[n( % ) ]	29( 40.32)	23( 35.91)	0.27	0.603
外向性格[n( % ) ]	13( 18.32)	26( 43.34)	9.74	0.002
有病前诱因[n( % ) ]	44( 66.11)	14( 23.33)	18.96	<0.01
伴不典型抑郁症状[n( % ) ]	15( 20.83)	38( 63.33)	24.60	<0.01
伴精神病性症状[n( % ) ]	45( 62.51)	38( 59.41)	0.14	0.709
有自杀行为/观念[n( % ) ]	31( 43.10)	24( 40.70)	0.08	0.784
既往抑郁发作次数[n( % ) ]	1( 0.2)	3( 2.3)	-5.37	<0.01
住院时长( 天)	44.01 ± 28.21	56.11 ± 50.30	-1.23	0.220

### 2.2 两组 HAMD - 17 评分比较

单相组 HAMD - 17 总评分、躯体化焦虑和食欲减退因子评分均高于双相组，差异均有统计学

意义 ( $t = -2.78 \sim -2.06, P < 0.05$  或  $0.01$ ) ; 两组精神性焦虑、抑郁核心症状、自杀和性功能条目评分比较差异均无统计学意义 ( $P$  均  $> 0.05$ ) 。见表 2。

表 2 两组 HAMD - 17 评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组 别	HAMD - 17 评分						
	总评分	躯体化焦虑	精神性焦虑	抑郁核心症状	食欲减退	自杀	性功能
单相组 (n=72)	30.71 ± 8.42	9.80 ± 3.71	6.33 ± 2.40	8.13 ± 2.04	2.25 ± 1.22	1.59 ± 1.15	0.87 ± 0.83
双相组 (n=64)	27.43 ± 9.72	8.34 ± 4.17	6.03 ± 2.57	7.46 ± 2.45	1.64 ± 1.32	1.39 ± 1.15	0.65 ± 0.74
t	-2.06	-2.12	-0.68	-1.71	-2.78	-0.77	-1.29
P	0.041	0.036	0.497	0.090	0.006	0.444	0.202

注: HAMD - 17 汉密尔顿抑郁量表 17 项版

## 3 讨 论

本研究结果显示 ,单相组女性比例高于双相组 ( 65.28% vs. 26.98% ,  $P < 0.01$  ) ,这可能与单相抑郁障碍患者女性比例高于男性 ( 2:1 ) 、双相抑郁障碍患者男女比例接近有关<sup>[6-7]</sup>。本研究中单相组已婚比例高于双相组 ( 58.33% vs. 39.68% ,  $P < 0.05$  ) 与目前国内部分研究结果一致<sup>[8,14]</sup> ,可能是因为双相

组中男性患者居多 ( 73.02% ) ,作为家庭主要劳动力的男性患病后面临社会功能受损、失业等问题 ,难以维持婚姻<sup>[14]</sup>。双相组起病年龄小于单相组 ( $P < 0.05$ ) ,与抑郁障碍平均起病年龄为 20 ~ 30 岁 ,双相障碍患者发病高峰为 15 ~ 19 岁 ,多在 25 岁前发病等观点一致<sup>[6-7]</sup>。本研究中 66.11% 的单相抑郁患者病前有诱因 ,而双相组仅 23.33% ,提示单相抑郁障碍发病可能更易受外界因素的影响。病前

诱因多以感情、工作、学习等应激性生活事件为主<sup>[14-15]</sup>。美国国立精神卫生研究院的一项研究显示,应激性生活事件数量与抑郁相关,但其中介机制尚不明确<sup>[6]</sup>。有研究显示,应激源刺激后,下丘脑-垂体-肾上腺素(HPA)轴可导致大脑尤其是与情绪密切相关的边缘系统(主要是海马结构)受损,从而导致抑郁的发生<sup>[15]</sup>,但其具体机制还需进一步研究。本研究结果显示,双相组外向性格者比例高于单相组( $P=0.002$ ),与目前学者提出的“具有环形人格、情感旺盛型人格特征(具有明显外向性格、精力充沛、睡眠需要减少)者更易患双相障碍”的观点一致<sup>[7,16-17]</sup>。

既往研究关于单相抑郁和双相抑郁障碍患者的抑郁症状严重程度是否存在差异的结论不一致<sup>[9,18-20]</sup>。本研究结果显示,单相组 HAMD-17 总分及躯体化焦虑、食欲减退因子评分高于双相组( $P<0.05$  或  $0.01$ ),提示单相抑郁患者的抑郁症状可能较双相抑郁更严重,具体表现在躯体化焦虑和食欲减退方面,与既往研究结果一致<sup>[6,10]</sup>。既往研究显示,双相抑郁障碍患者更多伴有情感稳定性差、精神运动性阻滞、不典型抑郁症状等<sup>[9-11,20]</sup>,本研究中约 63.33% 的双相抑郁障碍患者出现饮食增多、体重增加、睡眠增多、人际关系敏感等不典型抑郁症状,而伴不典型抑郁症状的单相抑郁障碍患者仅 20.83%,与既往研究结果一致<sup>[7-10]</sup>。

综上所述,单相抑郁障碍与双相抑郁障碍患者在性别、婚姻状况、发病年龄、性格、是否有病前诱因、是否伴不典型抑郁症状、既往抑郁发作次数方面存在差异,单相抑郁障碍患者的抑郁症状较双相抑郁障碍严重,主要体现在躯体化焦虑和食欲减退方面。本研究局限性在于:①样本来自一所医院,样本代表性及全面性稍差,今后建议进行多中心、大样本研究;②对抑郁症状的评定工具单一,未来研究可同时采用多个研究工具评定患者的症状,以更全面、深入探讨两者症状的差异。

## 参考文献

[1] Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, et al. Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication [J]. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64(5): 543-552.

[2] Phillips ML, Kupfer DJ. Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions [J]. *Lancet*, 2013, 381(9878): 1663-1671.

[3] Cardoso de Almeida JR, Phillips ML. Distinguishing between unipolar depression and bipolar depression: current and future clinical and neuroimaging perspectives [J]. *Biol Psychiatry*, 2013, 73

(2): 111-118.

[4] Hirschfeld RM, Lewis L, Vornik LA. Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder [J]. *J Clin Psychiatry*, 2003, 64(2): 161-174.

[5] Sidor MM, Macqueen GM. Antidepressants for the acute treatment of bipolar depression: a systematic review and meta-analysis [J]. *J Clin Psychiatry*, 2011, 72(2): 156-167.

[6] 李凌江, 马辛. 中国抑郁障碍防治指南 [M]. 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 1-16.

[7] 于欣, 方贻儒. 中国双相障碍防治指南 [M]. 2 版. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 1-30.

[8] 李一云, 陈德沂, 季建林. 双相抑郁与单相抑郁的临床对照研究 [J]. *临床精神医学杂志*, 2000, 10(2): 74-75.

[9] Mitchell PB, Malhi GS. Bipolar depression: phenomenological overview and clinical characteristics [J]. *Bipolar Disord*, 2004, 6(6): 530-539.

[10] Hoertel N, Blanco C, Peyre H, et al. Differences in symptom expression between unipolar and bipolar spectrum depression: results from a nationally representative sample using item response theory (IRT) [J]. *J Affect Disord*, 2016, 204: 24-31.

[11] Łojko D, Rybakowski JK. Atypical depression: current perspectives [J]. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2017, 13: 2447-2456.

[12] 张明园. 精神科评定量表手册 [M]. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 121-126.

[13] Pancheri P, Picardi A, Pasquini M, et al. Psychopathological dimensions of depression: a factor study of the 17-item Hamilton depression rating scale in unipolar depressed outpatients [J]. *J Affect Disord*, 2002, 68(1): 41-47.

[14] 叶翠薇, 杨丽芬, 朱桂东. 双、单相抑郁的临床相关因素的对照分析 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2005, 31(4): 311-312.

[15] 李凌江, 马宁. 应激和抑郁 [J]. *临床精神医学杂志*, 2014, 24(1): 69-70.

[16] 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.

[17] 林康广, 卢睿, 陈玲玉, 等. 单相抑郁患者的情感气质特征及其与抗抑郁治疗反应的关系 [J]. *四川精神卫生*, 2016, 29(3): 211-215.

[18] Vöhringer PA, Perlis RH. Discriminating between bipolar disorder and major depressive disorder [J]. *Psychiatr Clin North Am*, 2016, 39(1): 1-10.

[19] Uchida M, Serra G, Zayas L, et al. Can unipolar and bipolar pediatric major depression be differentiated from each other? A systematic review of cross-sectional studies examining differences in unipolar and bipolar depression [J]. *J Affect Disord*, 2015, 176: 1-7.

[20] Sung G, Kim BN, Lee EH, et al. Underestimating the severity of bipolar depression: a comparison of the Hamilton Depression Rating Scale items [J]. *J Affect Disord*, 2012, 136(3): 425-429.

(收稿日期: 2018-04-03)

(本文编辑: 唐雪莉)