



· 影像与检验 ·

难治性精神分裂症的脑部 CT 分析与临床特征探析

詹金钟 (龙岩市第三医院放射科 福建龙岩 364400)

摘要: 目的 分析难治性精神分裂症的脑部 CT、临床特征, 为疾病的诊治提供依据。方法 回顾性分析, 2009年1月~2018年4月, 医院精神科收治病程5年以上非难治性精神分裂症186例, 纳入对照组, 同期收治的难治性精神分裂症70例, 纳入观察组。对比CT特征、临床特征资料。**结果** 观察组颅脑CT检查阳性率、皮质病变、髓质病变、小脑萎缩、侧脑室异常、脑血管病变病遗留病灶检出率均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组年龄、病程、发病2年内急性发作次数高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组吸烟、饮酒、其他脑病、手术治疗、认知损害比重高于对照组, 观察组首次治疗医院为三乙率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 难治性精神分裂症的脑部CT异常率更高, 提示疾病难治可能与脑器质性病变有关; 难治性精神分裂症发生与病程延长、早期未能得到规范治疗、早期疗效欠佳、吸烟饮酒有关; 需要特别重视早期的规范治疗, 尽量到治疗水平更高的医疗机构就诊。

关键词: 难治性精神分裂症 脑部CT 临床特征**中图分类号:** R749.3 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2018)13-196-02

精神分裂症是一种常见的精神疾病, 中国人群发生率远高于此前估计, 终身患病率可达到1%, 因社会压力的增加、生活环境的改变、应激事件的增多, 发生率呈快速上升趋势^[1]。精神分裂症2年复发率高达80%, 急性发作期几乎丧失自理能力, 一旦发病患者就业困难, 给家庭、社会带来沉重的照料负担^[2]。难治性精神分裂症预后较差, 常需要手术治疗。本文采用回顾性研究, 以2009年1月~2018年4月, 医院精神科收治的精神分裂症患者256例入组, 分析难治性精神分裂症的脑部CT、临床特征, 为疾病的诊治提供依据。

1 资料及方法

1.1 一般资料

回顾性分析, 2009年1月~2018年4月, 医院精神科收治非难治性精神分裂症186例, 纳入对照组, 其中男102例、女84例, 年龄(51.4±8.4)岁。同期收治的难治性精神分裂症70例, 纳入观察组, 其中男39例、女31例, 年龄(57.4±7.4)岁。纳入标准: ①参照美国精神障碍诊断与统计手册第四版(DSM-IV)明确诊断; ②病程≥5年; ③临床资料完整。排除标准: ①无法获得随访, 无法评估是否为难治性精神分裂症; ②合并其他重大疾病, 其他类型的认知障碍疾病。难治性精神分裂症的诊断标准: 过去5年, 服用3种抗

精神药物, 规范、科学的治疗但是未能得到控制, 甚至恶化。

1.2 方法

仪器选择16层螺旋CT, 仰卧位头先入, 以听毗为基线, 平行于基线进行横断面扫描, 平扫, 层厚5mm, 层间距5mm, 扫描条件管电压120Kv, 管电流80mA, 窗宽70Hu, 窗位30Hu。所有对象都有完整的病历资料, 收集患者的资料, 包括性别、年龄、合并症、伴随的认识精神损害情况、病程、参加其他治疗情况。

1.3 统计学处理

采用SPSS20.0软件进行统计学处理, 年龄、病程等资料采用($\bar{x} \pm s$)表示, 观察组与对照组组间比较采用t检验, 性别、合并症等计数资料组间对比采用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 CT特征表现

观察组颅脑CT检查阳性率、皮质病变、髓质病变、小脑萎缩、侧脑室异常、脑血管病变病遗留病灶检出率均高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表1。

表1: 观察组与对照组颅脑CT特征表现对比[n(%)]

组别	指标	阳性	皮质病变	髓质病变	小脑萎缩	侧脑室异常	脑血管病变病遗留病灶	癫痫病灶
观察组	n	49	43	41	11	12	11	2
(n=70)	%	70.00	61.43	58.57	15.71	17.14	15.71	2.86
对照组	n	72	56	56	6	6	2	3
(n=186)	%	38.71	30.11	30.11	3.23	3.23	1.08	1.61
	χ^2	19.98	21.037	17.509	10.859	13.016	19.676	0.018
	P	0.000	0.000	0.000	0.001	0.000	0.000	0.892

2.2 临床特征资料对比

观察组年龄、病程、发病2年内急性发作次数高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2: 观察组与对照组年龄、病程、发病2年内的急性发作情况对比($\bar{x} \pm s$)

组别	年龄(岁)	病程(年)	发病2年内急性发作次数
观察组(n=70)	57.4±7.1	12.4±3.6	3.1±0.6
对照组(n=186)	51.4±8.5	7.8±2.6	1.5±0.7
t	5.254	11.289	16.922
P	0.000	0.000	0.000

观察组吸烟、饮酒、其他脑病、手术治疗、认知损害比重高于对照组, 观察组首次治疗医院为三乙率低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

3 讨论

· 196 ·

研究显示, 难治性精神分裂症的颅脑CT异常率明显高于非难治性的对象, 研究中观察组的颅脑CT阳性率达到70.00%, 提示精神分裂症长时间疗效不佳、未能获得控制可能与颅脑病变有关, 颅脑病变本身可能是精神分裂症疗效不佳的作用, 脑功能受到长期的不良抑制、刺激, 从而引起器质性改变。如脑白质变化、脑萎缩等。其他文献也得出类似的结论, 难治性精神分裂症颅脑CT阳性率可以在90%以上, 本次研究为回顾性分析, 其中绝大多数使用32层螺旋CT, 成像质量受到限制, 这可能是本次研究CT阳性率低于其他文献的主要原因。其他文献报道也证实精神分裂症对脑损害主要表现为皮质髓质、小脑, 反映了精神分裂症对脑功能、协调能力抑制作用^[3]。研究中, 观察组的认知损害发生率达到90.00%也证实了这一点。需要注意的是, 观察组的脑血管病变病遗留病灶发生率、侧脑室异常率也高于对照组($P < 0.05$), 提示难治性精神分裂症可能存在明确的颅内病变诱因、病灶, 而不是全脑改变。

从临床特征分析结果来看, 难治性精神分裂症主要表现为以下几



表3: 观察组与对照组临床特征对比 [n(%)]

组别	指标	男	首次发作有诱因	有家族病史	吸烟	饮酒	合并基础病变	其他脑病	首次治疗医院为三乙	手术治疗	认知损害
观察组 (n=70)	n	39	11	7	11	11	9	14	23	47	63
	%	55.71	15.71	10.00	15.71	15.71	12.86	20.00	32.86	67.14	90.00
对照组 (n=186)	n	102	26	10	18	7	12	16	114	11	89
	%	54.84	13.98	5.38	9.68	3.76	6.45	8.60	61.29	5.91	47.85
	χ^2	0.016	0.124	1.087	22.933	22.933	2.771	6.387	16.529	108.810	37.461
	P	0.900	0.725	0.297	0.000	0.000	0.096	0.012	0.000	0.000	0.000

个方面的特征: ①年龄更大、病程更长, 提示精神分裂症的慢性疾病属性, 即随着时间的推移, 采用常规药物保守治疗的疗效越来越差, 这可能与获得性耐药、脑器质性改变、致病病灶的出现有关^[4-5]; ②发病2年内急性发作次数更高, 达到(3.1±0.6), 有报道显示早期的疗效直接影响预后, 反映了发生机制、治疗水平, 不同患者的致病因素、机制存在差异, 对标准疗法的反映也不尽相同, 这是疗效存在明显差异的主要原因。不同文献报道的初发精神分裂症的2年复发率存在一定的差异, 整体不低于60%, 部分甚至高达90%, 复发越频繁, 提示患者的致病因素越多, 特别是诱发的应激因素更多, 致病机制更为复杂^[6]。这些因素在今后的治疗中也无法被完全的排除, 这可能是早期疗效欠佳的对象远期预后较差、进展为难治性精神分裂症的重要原因。③吸烟、饮酒成为难治性精神分裂症的危险因素, 这可能与吸烟、饮酒本身会造成脑损害, 疾病康复期间戒烟酒引起的应激刺激有关^[7]。④首次治疗医院为三乙的占比较低, 提示首次治疗是否改规范对预后影响较大, 高级别的医疗机构在康复治疗、合理用药、物理治疗方面都更优优势, 能够增进疗效, 降低复发风险, 提升康复治疗的质量, 这些都助于改善患者的预后^[8]。

小结: 难治性精神分裂症的脑部CT异常率更高, 提示疾病难治可能与脑器质性病变有关, 发生影响因素较复杂。对于初发的精神分裂症需要特别重视早期的规范治疗, 尽量到治疗水平更高的医疗机构就诊, 对于复发的低下, 需要积极寻找器质性病灶, 尝试选择手术治疗。

参考文献

- [1] 姚捷, 陈正, 粟幼嵩. 难治性精神分裂症治疗研究进展[J]. 中国医药导报, 2013, 10(02):32-34.
- [2] 张璇, 刘铁榜, 杨叶雅, 等. 难治性精神分裂症与亚甲基四氢叶酸还原酶基因多态性的关联分析[J]. 临床精神医学杂志, 2012, 22(05):293-297.
- [3] 徐西嘉, 史晓蒙, 唐劲松, 等. 难治性精神分裂症患者脑灰质的体积下降——基于体素的形态学研究(VBM)[J]. 国际精神病学杂志, 2015, 42(06):1-4.
- [4] 张全中, 鲁际, 林红, 等. 80例难治性精神分裂症的脑部CT分析与临床特征[J]. 国际精神病学杂志, 2017, 44(03):443-445+453.
- [5] 高天飞, 张雄, 苑杰. 利培酮合并无抽搐电休克治疗难治性精神分裂症的临床效果探究[J]. 中国卫生标准管理, 2016, 7(17):98-100.
- [6] 苏明兵, 赵霞, 龚毅, 等. 联合奋乃静与联合氯氮平治疗难治性精神分裂症的体会[J]. 云南医药, 2016, 37(01):77-79.
- [7] 吴永彬, 蒋俭峰, 李萍. 难治性精神分裂症多靶点联合毁损术后CT及MRI表现[J]. 中华神经外科疾病研究杂志, 2018, 17(01):71-73.
- [8] 史曜维, 刘寒, 朱磊, 等. MECT联合氯氮平治疗难治性精神分裂症患者有效性和安全性的META分析[J]. 中国民康医学, 2018, 30(13):76-79.

(上接第194页)

移植后妊娠结局的影响[J]. 中华医学杂志, 2014, 94(37):2941-2944.

[2] 项兰, 张焕焕, 魏兆莲等. 体外受精-胚胎移植后妊娠早期宫腔积血的影响因素分析[J]. 中华全科医学, 2015, 13(6):959-960, 978.

[3] Lili Ni, Saima Sadiq, Yundong Mao et al. Influence of various tubal surgeries to serum antimullerian hormone level and outcome of the subsequent IVF-ET treatment[J]. Gynecological

endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology, 2013, 29(4):345-349.

[4] Sun, L.-T., Ning, C.-P., Guo, X.-J. et al. Role of ultrasound in diagnosing isolated torsion of fallopian tube[J]. The journal of obstetrics and gynaecology research, 2014, 40(1):208-214.

[5] 高敏芝, 孙兆贵, 赵晓明等. 卵泡液和血清EG-VEGF、VEGF和TGF- β 1水平与IVF妇女卵巢反应的关系及其对妊娠结局的预测价值[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2013, 33(2):184-190.

(上接第195页)

汁排出, 达到降低血清胆红素的目的^[4]。

本研究探讨了连续蓝光以及短时多次蓝光联合护理干预治疗新生儿黄疸的疗效, 研究发现, 两组患儿治疗前后血清中胆红素的含量有显著改善, 且试验组改善效果更佳(P<0.05), 同时实验组治疗过程中不良反应发生情况显著低于对照组(P<0.05)。这是因为蓝光治疗能够加快体表胆红素消退速度, 所以, 两组患者经过治疗后均有显著效果。但是, 持续光疗4h后, 胆红素结合基本达到饱和状态, 再持续照射治疗并不会增强疗效, 而且长时间照射蓝光会产生热能, 会使患儿出现发热、脱水症状, 同时让皮肤产生压迫症状, 极容易诱发皮疹, 光疗分解产生的物质进入肠道中后会刺激肠壁组织, 导致患儿出现腹泻症状, 此外长时间照射容易导致DNA和多种基因畸变等改变^[5], 所以持续蓝光照射治疗患儿常见皮疹、腹泻、发热等不良反应, 影响治疗效果的同时, 增加了护理的难度。而采用短时多次照射时, 在光疗4h胆红素结合达到饱和状态时, 休息1h后, 再进行光疗, 就能充分结合患儿体内的胆红素, 促进胆红素的排出, 同时, 能够显著降低因持续照射热能增多引起的发热、脱水、皮疹等症状, 增加新生

儿的舒适程度, 休息1h也可以避免母婴分离时间过长, 加强母婴情感交流, 减少新生儿的烦躁哭闹, 减少护理的难度, 同时可以进行母乳喂养, 可以吸入大量奶, 然后有效增加新生儿的排便次数, 有利于胆红素随之排出, 促进黄疸的消退。

总之, 短时多次蓝光照射联合护理干预治疗新生儿黄疸疗效好, 治疗过程更安全可靠, 可在临床中可推广及应用。

参考文献

- [1] 陈帅. 短时多次蓝光疗法在新生儿黄疸治疗中的效果观察与护理[J]. 健康前沿, 2017, 26(2):92+108.
- [2] 卢玉芳. 短时多次蓝光照射治疗新生儿黄疸的有效性分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(1):82.
- [3] 冯新霞. 短时多次蓝光疗法在新生儿黄疸治疗中的效果观察与护理探讨[J]. 青海医药杂志, 2017(1):36-37.
- [4] 陈秋芳. 短时多次蓝光照射对新生儿黄疸治疗的有效性[J]. 中外医疗, 2016, 35(18):28-29.
- [5] 杨素珍. 短时多次蓝光照射治疗新生儿黄疸中的护理效果分析[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(13):173-174