



·论 著·

伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的危险因素分析

姚元宏

(湘西土家族苗族自治州荣复医院 湖南湘西 416000)

【摘要】目的：对伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的危险因素进行探讨、总结和分析。**方法：**以我院 2014 年 1 月到 2018 年 1 月接收的 66 例伴精神病性症状的双相障碍患者为研究对象，根据国际标准中自杀模块分为观察组和对照组，其中对照组患者无严重自杀倾向，而观察组患者则有自杀未遂。对两组患者的各项资料，之后使用 Logistic 回归分析探讨观察组患者自杀未遂的危险因素。**结果：**根据自杀模块标准，66 例患者中有 23 例进入观察组，43 例进行对照组；观察组的患者的年龄和发作频率明显高于对照组，在有自杀观念、疾病家族史等方面的比例也明显高于对照组 ($P<0.05$)；Logistic 分析表明伴精神病性症状的双相障碍患者与自杀未遂相关的危险因素主要是年龄和存在自杀观念。**结论：**经分析，对于伴精神病性症状的双相障碍患者，年龄较大和存在自杀观念是自杀未遂需要重视的两个危险因素。

【关键词】精神病性症状；双相障碍；自杀未遂；对照研究；Logistic 回归分析；危险因素

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 10-140-02

本文通过回顾性分析我院近几年接收的伴精神病性症状的双相障碍患者的临床资料，对比了有自杀未遂和无自杀未遂患者的临床资料，并总结自杀未遂的相关危险因素，旨在为伴精神病性症状的双相障碍患者提供自杀预防指导，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

以我院 2014 年 1 月到 2018 年 1 月接收的 66 例伴精神病性症状的双相障碍患者为研究对象，根据国际标准中自杀模块分为观察组和对照组，其中对照组患者无严重自杀倾向，而观察组患者则有自杀未遂。两组患者都符合相关诊断标准，且患者家属知晓相关研究内容并同意参与研究。排除患有可能干扰研究结果的疾病的患者。对比分析两组患者的人口学资料和临床资料，对比分析并用 Logistic 回归分析探讨自杀未遂的危险因素。

1.2 方法

由我院精神科主任和副主任领导，所有精神科医生共同参与制定访谈工具，在研究过程中应尽量保证同组患者的访谈评定者为同一医师。分组依据的自杀模块有两个问题组成[1, 2]：①在一个月內是否出现过自杀未遂的情况？②在你的一生中是否出现过自杀未遂的经历？如果两个问题回答均为“否”，则列入对照组；若至少有一个问题答案为“是”，则列入观察组，视为有自杀未遂（指出现过目的为结束自己生命的自我伤害行为，且最终未成功）。

在探讨伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的危险因素时，由经验丰富的精神科医生根据临床经验和汇总病历，从各项人口学特征和临床资料中筛选出参与研究的指标，并通过问卷调查和分析病历的方法进行统计。其中社会人口学资料的具体指标有：年龄、性别、婚否、教育背景和工作情况等[3]；临床资料的具体指标有：起病年龄（首次发作年龄）、抑郁发作频次、是否频繁（每年发作在 3 次以上）、住院频次、有无不典型特征（食欲增加、睡眠增多等）、是否存在自杀观念、有无季节性、有无相关疾病家族史等。

1.3 统计学处理

使用 SPSS 20.0 软件进行统计学处理，涉及本研究所有需要进行对比分析的数据。其中平均值相关的计量资料使用 $(\bar{x} \pm s)$ 的格式表示，采用 t 检验；例数统计相关的计数资料用 $[n(\%)]$ 的格式表示，采用 χ^2 检验；针对疾病的危险因素使用 Logistic 回归分析。 $P<0.05$ 时可认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的临床资料对比

根据自杀模块标准，66 例患者中有 23 例进入观察组（自杀未遂组），占 34.85%，43 例进行对照组，占 65.15%。经比较，观察组患者存在不典型特征、季节性特征、自杀观念和家族史的比例明显高于对照组，且年龄和发病频率明显大于对照组，差异显著 ($P<0.05$)，两组患者的临床资料对比见下表 1。

表 1 两组患者的临床资料对比 $[n(\%), (\bar{x} \pm s)]$

项目	对照组 (n=43)	观察组 (n=23)	t/c2 值	P 值
男性	21 (48.8)	12 (52.2)	0.138	>0.05
已婚	28 (65.1)	16 (69.6)	0.247	>0.05
有工作	29 (67.4)	17 (73.9)	0.618	>0.05
高中及以下学历	22 (51.1)	11 (47.8)	0.301	>0.05
发作频繁	10 (23.3)	12 (52.2)	6.135	<0.05
存在不典型症状	18 (41.9)	15 (65.2)	3.607	<0.05
存在自杀观念	29 (67.4)	21 (91.3)	4.681	<0.05
有季节性	13 (30.2)	12 (52.2)	3.468	<0.05
有家族史	13 (30.2)	13 (56.5)	4.064	<0.05
年龄 (岁)	38.6 ± 12.3	44.3 ± 11.7	2.334	<0.05
起病年龄 (岁)	26.8 ± 9.4	27.0 ± 9.3	0.348	>0.05
既往发作频次	3.23 ± 2.3	4.9 ± 3.4	2.647	<0.05
住院频次	0.86 ± 1.03	0.88 ± 0.95	0.311	>0.05

2.2 两组患者的自杀未遂危险因素的 Logistic 回归分析

危险因素，详见于下表 2。

两组患者的自杀未遂危险因素的 Logistic 回归分析结果表明，年龄和存在自杀观念是伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的

(下转第 141 页)



先天性椎动脉发育异常的超声诊断价值

徐 进

(海军青岛第二疗养院 山东青岛 266071)

【摘要】目的：两条椎动脉进入颅内形成椎-基底动脉系主要供应后脑血液。供血不足可引起头晕等缺血性脑血管疾病，椎动脉颅外段超声显示对其发育异常、狭窄，诊断率高。本组回顾分析我科经 CTA 或 DSA 证实的颅外段先天性椎动脉发育异常的超声特征。旨在提高超声对先天性椎动脉发育异常的诊断价值。

中图分类号：R256.12

文献标识码：A

文章编号：1009-5187 (2018) 10-141-01

资料与方法

一、临床资料

选取 2014 年 1 月至 2016 年 12 月我院门诊、健康体检彩超检出的 36 例先天性椎动脉异常患者，男 29 例，女 7 例，年龄 41~76 岁，平均 (56±3) 岁。

二、仪器与方法

使用 Philips iu22，百胜 Esaote MyLab Twice 彩色多普勒超声诊断仪，线阵探头频率为 7~13MHz，凸阵探头频率为 1~8MHz。受检者取仰卧位，头颈部仰伸，略偏向对侧，充分暴露颈部。二维超声检测双侧椎动脉，颈段、椎间段血管走行、管腔内径；彩色多普勒观察血流充盈情况，脉冲多普勒测量血流速度，声束与血流方向夹角 <60°。测量峰值流速、舒张末期血流速度、阻力指数。

结果

1、椎动脉管径发育异常 20 例：患侧椎动脉颈段、椎体横突段管径普遍均匀变细、壁光滑，内径 ≤2.5mm。健侧椎动脉内径代偿性增宽，内径 ≥4.0mm。其中窄细的，右侧 15 例，左侧 5 例。

2、椎动脉进入椎体横突孔位置走行异常 11 例：右侧 6 例，其中绕过 C6 进入 C5 横突孔者 4 例，绕过 C5 进入 C4 横突孔 2 例；左侧 4 例，绕过 C6 进入 C5 横突孔者 3 例，绕过 C5 进入 C4 横突孔 1 例；双侧 1 例，右侧绕过 C5 进入 C4 横突孔，左侧绕过 C6 进入 C5 横突孔。

3、椎动脉窄细伴走行异常 3 例：3 例均发生于右侧，椎动脉窄细，绕过 C6 进入 C5 横突孔者 2 例，绕过 C5 进入 C4 横突孔 1 例。

4、椎动脉起源异常 2 例：1 例起源于右侧颈总动脉；1 例左侧起源于主动脉弓。

讨论

双侧椎动脉由双侧锁骨下动脉发出，在颈部向上穿行第 6 颈椎与第 1 颈椎之间的颈椎横突孔，经枕骨大孔进入颅内至桥脑下缘汇合成基底动脉，椎-基底动脉系统是小脑、脑干及大脑半球枕部的血供系统。其中双侧椎动脉起始部、颈段是动脉硬化的好发部位。另外，椎间段椎动脉在颈椎横突孔穿行，由于颈椎增生性病变造成椎动脉受压迫而出现椎-基底动脉供血不足的临床表现。

(上接第 140 页)

表 2 两组患者的自杀未遂危险因素的 Logistic 回归分析

因素	回归系数	标准误	Wald	OR	95%CI	P 值
年龄	0.060	0.022	6.864	1.049	1.053	0.007
存在自杀观念	1.438	0.413	9.801	4.384	1.618	0.002

3 讨论

双相障碍是精神科常见的一类精神疾病，患者具有病情重、自杀风险高等特点。若双相障碍患者的伴有精神病性症状，则会进一步增加其自杀风险，难以治疗和恢复，严重影响预后。近年来的研究显示 [4, 5]，国内死亡原因自杀的比例为 3.6%，其中约 50% 以上的自杀者均有不同程度的精神障碍，双相障碍的患者自杀风险比一般人群高 15 倍。除去自身的精神障碍，一般会有危险因素对患者的自杀行为起到助推作用，且危险因素应该是多因素共同作用。本文通过回顾近几年的伴精神病性症状的双相障碍患者的临床资料，对比分析相关危险因素。

本研究的对照结果表明，不典型特征、季节性特征、自杀观念和家族史的比例明显高于对照组，且年龄和发病频率明显大于对照组；Logistic 回归分析结果表明，年龄和存在自杀观念是伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的危险因素。因此对于这些危险因素，在临床中应注意发现并及时处理，尽可能降低双相障碍患者的自杀风险。

参考文献

椎动脉行程分为四段：①颈段：椎动脉从锁骨下动脉发出至进入第 6 颈椎横突孔之前的部分。②椎骨段：穿行于第 6 至第 1 颈椎横突孔内的椎动脉。③枕段：椎动脉出第 1 颈椎横突孔至进入枕骨大孔前的部分。④颅内段：经枕骨大孔进入颅腔的部分。椎动脉颈段、椎骨段 C2~C6 横突孔段较易被超声扫查。

椎动脉管径异常，有研究 [1] 显示多数左椎动脉管径大于右侧，右侧大于左侧者最少，左右侧椎动脉近 90% 者上行入第 6 颈椎横突孔，走行于第 1~6 颈椎横突孔构成的骨管隧道内，其余者椎动脉可于第 5、4、3 颈椎水平进入横突孔。椎动脉起源异常，左椎动脉起自主动脉弓常见，起源于颈总动脉或无名动脉少见。

本研究发现 4 种常见椎动脉发育异常，其中椎动脉管径发育异常左右粗细不对称最常见。本组以椎动脉内径 ≤2.5mm，健侧椎动脉内径 ≥4.0mm 为诊断标准，大部分窄细椎动脉血流速度低、阻力指数高。患者平日一般无症状，当劳累、精神紧张、休息不好，血管壁植物神经功能失调，导致进一步供血不足，出现眩晕发作 [2]。本组椎动脉进入颈椎横突孔位置异常 11 例；椎动脉窄细伴走行异常 3 例，因进入的位置高再加之管径窄细得不到颈椎横突孔的保护，长时间颈部转动、摩擦、压迫，易发生基底动脉供血不足。本组 2 例起源异常引起管内血流动力学改变，内膜损坏，增加了动脉硬化发生机会，引起椎基底动脉供血不足的发生 [3]。

综上所述，颈椎椎动脉位置表浅，且彩色多普勒超声快捷、无创、无损害、较易检出双侧椎动脉各种发育异常，检出率高，因此，对由椎-基底动脉供血不足引起的临床症状超声及时提供客观依据，有重要的临床应用价值。

参考文献：

- [1] 任卫东,唐力.血管超声诊断与临床[M].北京:人民军医出版社,2006:82-85.
- [2] 张中银,庄闪花,谭琦,等.椎动脉发育不良与眩晕的关系[J].实用医学杂志,2005,21(9):951.
- [3] 赵凯军,葛立本,潘义,等.超声用于椎动脉发育异常的检测[J].中国实验诊断学,2006,10(8):835-836.

[1]陈林,吉振鹏,杨甫德,王刚,方贻儒,陆铮,杨海晨,胡建,陈致宇,黄颐,孙静,王小平,李惠春,张晋璋,李小钧,司天梅.伴精神病性症状的双相障碍患者自杀未遂的危险因素分析[J].临床精神医学杂志,2017,27(04):221-224.

[2]陈林,吉振鹏,杨甫德,王刚,方贻儒,陆铮,杨海晨,胡建,陈致宇,黄颐,孙静,王小平,李惠春,张晋璋,李小钧,司天梅.伴焦虑症状双相障碍患者自杀未遂的危险因素分析[J].精神医学杂志,2017,30(02):81-84.

[3]刘会国,刘灵江,郑天明.影响双相障碍患者复发的相关因素调查分析[J].中国医院统计,2015,22(06):436-438.

[4]田野,刘靖,李雪,周娱菁,王慧,刘静然.早发型双相障碍健康相关危险行为的危险因素病例对照研究[J].中国心理卫生杂志,2015,29(12):921-926.

[5]张素远,陈林,吉振鹏,陈大方,杨甫德,司天梅.误诊为抑郁症的双相障碍 I 型患者自杀风险的危险因素分析[J].国际精神病学杂志,2015,42(04):16-19.