

· 学术交流 ·

双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年的再入院率及影响因素分析

王雪 吴涵 袁晓菲 仲捷 张玲

100088 首都医科大学附属北京安定医院 国家精神疾病医学中心 国家精神心理疾病临床医学中心 精神疾病诊断与治疗北京市重点实验室(王雪、吴涵、袁晓菲、仲捷、张玲);
100069 北京,首都医科大学人脑保护高精尖创新中心(张玲)

通信作者:张玲, Email: zlanding@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2023.08.006

【摘要】目的 分析双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年的再入院率及影响因素。**方法** 采用便利抽样法,选取2015年9月至2018年9月在首都医科大学附属北京安定医院住院且急性期治疗有效的315例双相障碍抑郁发作患者为研究对象。收集患者的人口学资料、病史、临床特征等资料。随访3年,追踪再入院情况,采用Cox比例风险模型分析双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年再入院的影响因素。**结果** 共289例患者完成随访,其中39.45%(114/289)的患者治疗后3年内再次入院。多因素Cox回归分析结果显示,总发作次数多是患者治疗后3年再入院的危险因素($HR=1.081$, $95\%CI: 1.040 \sim 1.124$, $P < 0.01$),基线治疗方式为心境稳定剂/抗精神病药是患者治疗后3年再入院的保护因素($HR=0.471$, $95\%CI: 0.321 \sim 0.692$, $P < 0.01$)。**结论** 发作次数多、急性期使用心境稳定剂/抗精神病药物联合抗抑郁药治疗是双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年内再入院的危险因素,临床需给予足够的重视并进行相应的干预。

【关键词】 双相情感障碍; 抑郁发作; 再入院; 影响因素

基金项目:北京市属医院科研培育计划项目(PX2020074);首都卫生发展科研专项项目(首发2020-2-2122)

Rehospitalization rates and influencing factors of patients with bipolar disorder after effective treatment in the acute phase of depressive episodes within 3 years Wang Xue, Wu Han, Yuan Xiaofei, Zhong Jie, Zhang Ling

Beijing Key Laboratory of Mental Disorders, National Clinical Research Center for Mental Disorders & National Center for Mental Disorders, Beijing An Ding Hospital, Capital Medical University, Beijing 100088, China (Wang X, Wu H, Yuan XF, Zhong J, Zhang L); The Advanced Innovation Center for Human Brain Protection, Capital Medical University, Beijing 100069, China (Zhang L)

Corresponding author: Zhang Ling, Email: zlanding@163.com

【Abstract】Objective To analyze the rehospitalization rate and influencing factors of patients with bipolar depressive episode after effective treatment in acute phase for 3 years. **Methods** A total of 315 patients with bipolar depression during acute phase, who were hospitalized and received effective treatment in Beijing An Ding Hospital of Capital Medical University from September 2015 to September 2018, were recruited as research objects by convenience sampling method. Demographic information, medical history, clinical features and other data of patients were collected. The patients were followed up for 3 years, and their rehospitalization conditions were tracked. The Cox proportional risk model was used to analyze the influencing factors of rehospitalization of patients with bipolar depressive episode after effective treatment in acute phase for 3 years. **Results** A total of 289 patients completed follow-up, and 39.45% (114/289) of them were readmitted to hospital within 3 years. Multivariate Cox regression analysis showed that the total number of attacks was a risk factor for readmission 3 years after treatment ($HR=1.081$, $95\%CI: 1.040-1.124$, $P < 0.01$), and the baseline treatment of mood stabilizers/antipsychotic was a protective factor for readmission 3 years after treatment ($HR=0.471$, $95\%CI: 0.321-0.692$, $P < 0.01$). **Conclusions** Multiple episodes, mood stabilizers/antipsychotics combined with antidepressant in the acute phase are the risk factors for patients with bipolar disorder to be readmitted within

3 years after effective treatment in the acute phase. Clinical attention should be paid enough and corresponding intervention should be carried out.

【Key words】 Bipolar disorder; Depressive episodes; Rehospitalization; Influencing factors

Fund programs: Beijing Municipal Administration of Hospitals Incubating Program (PX2020074); Funds for Capital Health Improvement and Research (2020-2-2122)

双相障碍是一种具有高复发率、高自杀率和高自残率特点的慢性重性精神疾病,其核心症状为情感功能失调,患者既经历以情绪低落为特征的抑郁发作,又经历以情绪高涨为特征的躁狂或轻躁狂发作^[1-2]。双相障碍患者症状复发会导致其再入院风险增加^[3]。受住院时间的限制,患者住院期间的治疗目标主要为控制急性期症状、解决当下的安全问题,对如何过渡到社区并进行长期治疗、预防复发、降低再入院率等治疗目标的关注较少^[4]。与躁狂或轻躁狂发作相比,双相障碍抑郁发作更常见,持续时间更长,自杀、自伤风险更高,治疗难度更大,对社会功能的危害更大,疾病负担更重^[5]。因此,探索双相障碍抑郁发作患者再入院的影响因素具有重要的临床意义。

国外关于双相障碍患者再入院的研究表明,患者的再入院与自杀、长期残疾、失业及生活质量差等因素的发生风险增加有关^[6]。目前,我国分析双相障碍患者复发影响因素的研究较多^[7-9],而分析双相障碍患者再入院影响因素的研究较少,且多为回顾性研究。因此,本研究采用前瞻性研究方法,通过对急性期治疗有效的双相障碍抑郁发作患者进行3年随访,探讨双相障碍抑郁发作患者的临床特征及治疗方式等因素对再入院率的影响。

一、对象与方法

1. 研究对象:采用便利抽样法,选取2015年9月至2018年9月在首都医科大学附属北京安定医院住院且急性期治疗有效的350例双相障碍抑郁发作患者为研究对象。纳入标准:(1)年龄18~65岁;(2)符合DSM-IV中双相障碍为I或II型抑郁发作的诊断标准^[10];(3)入组前3个月内重性抑郁发作 ≥ 1 次,且最近一次发作为重性抑郁发作;(4)入组时患者急性期临床症状经住院治疗得到缓解^[11],HAMD-17总分 ≤ 7 分^[12],杨氏躁狂评定量表(Young Mania Ratings Scale, YMRS)总分 ≤ 7 分^[13],持续 ≥ 2 周;(5)研究期间居住于北京市或周边地区;(6)患者自愿参与本研究,并签署知情同意书。排除标准:(1)符合人格障碍和精神发育迟滞诊断;(2)入组前12个月有物质滥用或依赖史;(3)合并严重躯体疾病;(4)有明显自杀倾向或HAMD-17第3项(自杀项)得分 ≥ 3 分^[12];(5)处于妊娠期或哺乳期、计划妊娠

或者不同意避孕;(6)入组前1个月内接受过电休克治疗。本研究已获得首都医科大学附属北京安定医院伦理委员会审批[伦理审批号:(2015)科研第(96)号、(2015)科研第(106)号]。

2. 研究方法:(1)研究工具。采用自制调查表收集患者的人口学资料(性别、年龄、受教育年限、婚姻状况)、病史(首次发作年龄、总病程、总发作次数)、精神疾病家族史、是否伴随躯体疾病、双相障碍分型,根据双相障碍疾病特征的定义评估患者的伴随特征。在基线时采用HAMD-17及YMRS评估症状严重程度^[12-13],采用总体评价量表(Global Assessment Scale, GAS)评估社会功能^[14]。(2)治疗方式。根据入组时正在服用的主要治疗药物,将患者的治疗方式分为2种,一种服用心境稳定剂和(或)抗精神病药物,另一种在此基础上联合抗抑郁药治疗。(3)随访。在入组后第3、6、12、18、24、30、36个月进行电话随访,追踪患者的病情变化、用药情况、是否再入院及再入院时间。对于3年内多次再入院的患者,将首次再入院时间纳入统计分析。对发生再入院的患者及其家属进行病史追问和症状评估。再入院标准:由精神疾病复发导致的再入院(对所住精神科医院的等级不做限制),符合双相障碍抑郁/躁狂/轻躁狂/混合发作的诊断标准,但不包含在疾病缓解期因家庭看护困难、患者主动要求住院、医保报销政策影响等社会心理因素导致的再入院。

3. 统计学方法:采用SPSS 26.0统计学软件进行数据分析。采用Shapiro-Wilk检验计量资料的正态性,符合正态分布的采用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用两独立样本 t 检验;不符合正态分布的采用中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,组间比较采用两独立样本秩和检验。计数资料采用频数、百分数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验。采用拟合Cox比例风险模型分析双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年再入院的影响因素。双侧检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 患者的再入院情况及一般资料比较:在随访时有61例患者脱落,脱落率为17.43%(61/350)。在完成随访的289例患者中,114例患者再入院,再入院率为39.45%。按照再入院情况将患者分为未住

院组和再入院组,两组患者的性别、年龄、受教育年限、婚姻状况、精神疾病家族史、首次发作年龄、总病程、是否合并躯体疾病、双相障碍类型、伴随特征以及基线HAMD-17、YMRS和GAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。两组患者的总发作次数和基线治疗方式比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。见表1。

2. 患者治疗后3年再入院影响因素的单因素分析:以可能影响患者再入院的相关因素(包括性别、年龄、受教育年限、婚姻状况、精神疾病家族史、首次发作年龄、总病程、总发作次数、有无躯体疾病、是否伴焦虑痛苦、是否伴混合特征、是否伴精神病性特征、双相障碍类型、基线HAMD-17评分、基线YMRS评分、基线GAS评分及基线治疗方式)作为

自变量,以患者的生存时间作为因变量进行单因素Cox回归分析。结果显示,总发作次数($HR=1.093$, $95\%CI: 1.055 \sim 1.131$)和基线治疗方式($HR=0.454$, $95\%CI: 0.311 \sim 0.664$)对患者再入院的影响有统计学意义($P < 0.01$)。见表2。

3. 患者治疗后3年再入院影响因素的多因素分析:依据单因素分析结果,查阅相关文献及专业知识,将性别、年龄、总发作次数以及治疗方式作为自变量进行多因素Cox回归分析。结果显示,总发作次数($HR=1.081$, $95\%CI: 1.040 \sim 1.124$, $P < 0.001$)和基线治疗方式($HR=0.471$, $95\%CI: 0.321 \sim 0.692$, $P < 0.001$)是影响双相障碍抑郁发作患者治疗后再入院的独立影响因素($P < 0.01$),见表3。

表1 两组双相障碍抑郁发作患者的一般资料比较

项目	未住院(n=175)	再入院(n=114)	$\chi^2/t/Z$ 值	P值
性别 [例(%)]				
男	83(47.4)	50(43.9)		
女	92(52.6)	64(56.1)	0.354	0.552
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	34.74 \pm 10.96	36.55 \pm 11.96	-1.327	0.186
受教育年限(年, $\bar{x} \pm s$)	12.64 \pm 2.70	12.69 \pm 3.04	-0.151	0.880
婚姻状况 [例(%)]				
未婚	73(41.7)	46(40.4)		
已婚	87(49.7)	55(48.2)	0.633	0.729
其他	15(8.6)	13(11.4)		
精神疾病家族史 [例(%)]				
阴性	115(65.7)	74(64.9)		
阳性	60(34.3)	40(35.1)	0.020	0.889
首次发作年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	24.27 \pm 8.67	26.29 \pm 11.33	-1.622	0.106
总病程 [年, $M(P_{25}, P_{75})$]	8.00(5.00, 14.00)	8.00(3.93, 15.00)	-0.483	0.629
总发作次数 [次, $M(P_{25}, P_{75})$]	3.00(2.00, 4.00)	3.00(3.00, 5.00)	-3.194	0.001
躯体疾病 [例(%)]				
无	108(61.7)	75(65.8)		
有	67(38.3)	39(34.2)	0.494	0.482
伴随特征 [例(%)]				
伴焦虑痛苦	64(36.6)	49(43.0)	1.192	0.275
伴混合特征	55(31.4)	28(24.6)	1.590	0.207
伴快速循环	19(10.9)	20(17.5)	2.644	0.104
伴精神病性特征	50(28.6)	34(30.1)	0.076	0.782
双相障碍类型 [例(%)]				
I型	134(76.6)	98(86.0)		
II型	41(23.4)	16(14.0)	3.847	0.050
基线HAMD-17评分(分, $\bar{x} \pm s$)	4.02 \pm 1.28	4.25 \pm 1.41	-1.475	0.141
基线YMRS评分(分, $\bar{x} \pm s$)	1.30 \pm 0.90	1.52 \pm 0.92	-1.961	0.051
基线GAS评分(分, $\bar{x} \pm s$)	78.94 \pm 5.00	78.73 \pm 4.06	0.383	0.702
基线治疗方式 [例(%)]				
心境稳定剂/抗精神病药联合抗抑郁药	67(38.3)	71(62.3)		
心境稳定剂/抗精神病药	108(61.7)	43(37.7)	15.930	<0.001

注: HAMD-17 17项汉密尔顿抑郁量表; YMRS 杨氏躁狂评定量表; GAS 总体评价量表

表2 双相障碍抑郁发作患者治疗后3年再入院影响因素的单因素Cox回归分析

变量	B值	SE值	Wald χ^2 值	P值	HR值	95%CI
性别						
女	0.142	0.189	0.565	0.452	1.152	0.796 ~ 1.668
男					1.000	
年龄	0.011	0.008	1.963	0.161	1.011	0.996 ~ 1.027
受教育年限	0.004	0.034	0.013	0.909	1.004	0.940 ~ 1.072
婚姻状况						
未婚	-0.287	0.314	0.832	0.362	0.751	0.406 ~ 1.390
已婚	-0.270	0.308	0.763	0.382	0.764	0.417 ~ 1.398
其他					1.000	
精神疾病家族史						
阳性	0.024	0.196	0.015	0.902	1.024	0.697 ~ 1.505
阴性					1.000	
首次发作年龄	0.016	0.009	3.126	0.077	1.016	0.998 ~ 1.034
总病程	-0.002	0.012	0.018	0.894	0.998	0.975 ~ 1.022
总发作次数	0.089	0.018	25.032	< 0.001	1.093	1.055 ~ 1.131
躯体疾病						
有	-0.196	0.197	0.987	0.320	0.822	0.558 ~ 1.210
无					1.000	
伴焦虑痛苦						
有	0.173	0.189	0.840	0.359	1.189	0.821 ~ 1.723
无					1.000	
伴混合特征						
有	-0.316	0.218	2.106	0.147	0.729	0.476 ~ 1.117
无					1.000	
伴快速循环						
有	0.449	0.246	3.325	0.068	1.567	0.967 ~ 2.540
无					1.000	
伴精神病性特征						
有	-0.006	0.205	0.001	0.977	0.994	0.665 ~ 1.486
无					1.000	
双相障碍类型						
II型	-0.450	0.270	2.790	0.095	0.637	0.376 ~ 1.081
I型					1.000	
基线HAMD-17评分	0.086	0.069	1.537	0.215	1.090	0.951 ~ 1.249
基线YMRS评分	0.150	0.090	2.784	0.095	1.161	0.974 ~ 1.385
基线GAS评分	-0.007	0.019	0.149	0.699	0.993	0.956 ~ 1.031
基线治疗方式						
心境稳定剂/抗精神病药	-0.789	0.194	16.614	< 0.001	0.454	0.311 ~ 0.664
心境稳定剂/抗精神病药联合抗抑郁药					1.000	

注: HAMD-17 17项汉密尔顿抑郁量表; YMRS 杨氏躁狂评定量表; GAS 总体评价量表

表3 双相障碍抑郁发作患者治疗后3年再入院影响因素的多因素Cox回归分析

变量	B值	SE值	Wald χ^2 值	P值	HR值	95%CI
性别						
女	0.205	0.191	1.150	0.284	1.228	0.844 ~ 1.786
男					1.000	
年龄	0.002	0.009	0.037	0.846	1.002	0.985 ~ 1.019
总发作次数	0.078	0.020	15.424	< 0.001	1.081	1.040 ~ 1.124
基线治疗方式						
心境稳定剂/抗精神病药	-0.752	0.196	14.683	< 0.001	0.471	0.321 ~ 0.692
心境稳定剂/抗精神病药联合抗抑郁药					1.000	

讨论 双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年的再入院率分析:如果精神病患者急性期得到有效治疗后能维持3年不发生再入院,可能提示患者预后较好,社会负担较轻。本研究结果显示,双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年的再入院率为39.45%,与既往研究观察到的比例相当^[15]。降低精神疾病患者的再入院率可以降低医疗负担^[16]。

本研究结果显示,双相障碍抑郁发作患者总发作次数多是再入院的危险因素,考虑发作次数增多可能与既往治疗不规范、共病其他精神疾病、社会支持不良等因素有关^[17]。国外对双相障碍患者再入院的研究也提示发作次数多是疾病复发及再入院的危险因素^[3],与本研究结果一致,提示应重视双相障碍患者的早期诊断,坚持规范化全病程治疗,以减少复发,减轻疾病负担。

本研究结果显示,基线治疗方式是双相障碍抑郁发作患者急性期治疗有效后3年再入院的影响因素,即在心境稳定剂/抗精神病药的基础上联合抗抑郁药与未联合使用抗抑郁药相比,3年再入院风险增加。考虑本研究中80.28%的患者为双相障碍I型,提示在双相障碍I型抑郁发作患者的治疗过程中,心境稳定剂是核心治疗药物,可以有效控制症状,预防再入院,但不提倡联用抗抑郁药。然而这一结论不宜外推至双相障碍II型患者,后续研究需纳入双相障碍II型患者,以更好地评估双相障碍抑郁发作患者治疗中使用抗抑郁药的利弊。

双相障碍治疗中是否应该联合使用抗抑郁药物是饱受关注又充满争议的话题,目前相关的循证证据较少。Sussman等^[18]的研究结果显示,双相障碍抑郁发作患者急性期使用抗抑郁药的1年内再入院风险升高,与本研究结果基本一致。Shvartzman等^[16]的研究结果表明,双相障碍抑郁发作患者出院时联合抗抑郁剂治疗可降低6个月及1年内的再入院风险。另一项研究结果显示,双相障碍患者出院时联用抗抑郁药与再入院风险无关^[19]。相关指南建议,在治疗急性期抑郁发作程度严重、且使用心境稳定剂或非典型抗精神病药单一治疗效果不好的患者时,可以考虑在心境稳定剂的基础上联用抗抑郁药,并考虑在症状缓解后停药,以免引起情绪波动^[20-23]。然而在真实世界研究中,双相障碍抑郁发作患者长期使用抗抑郁药的现象普遍存在^[23]。芬兰的一项双相障碍抑郁发作大规模队列研究显示,达40.8%的患者在急性期使用抗抑郁药,30%以上的患者在维持期继续使用抗抑郁药^[24]。一项有关我国双相

障碍抑郁发作患者用药的横断面调查显示,51.6%的患者在维持期使用抗抑郁药治疗^[25]。荟萃分析的结果也存在争议,2016年发表的一项荟萃分析提示,长期使用抗抑郁药可能增加双相障碍患者躁狂/轻躁狂复发的风险^[26];2017年的一项荟萃分析结果显示,抗抑郁药可在双相障碍抑郁发作治疗中长期使用,因为抗抑郁药可以预防新的抑郁发作而不会明显增加躁狂/轻躁狂发作的风险^[27]。后续可在本研究的基础上开展维持期用药方式对患者再入院影响的研究。

本研究结果显示,双相障碍类型、性别、年龄、精神疾病家族史、总病程、疾病伴随特征及基线HAMD-17、YMRS、GAS评分不是患者治疗后3年再入院的影响因素。不同研究报道的再入院影响因素差异较大。一项研究表明,年龄小、住院次数 ≥ 3 次、整体功能评分较低是双相障碍患者再入院的影响因素^[28]。另一项研究提示,患者的社会功能和入院前复杂的多重用药是再入院的预测因素^[29]。相关研究提示,伴精神病性症状的双相障碍抑郁发作患者的复发时间较短^[30],预后较差^[31]。然而也有研究报道,双相障碍抑郁发作患者中精神病性症状与再入院无关^[23]。目前的研究结果显示,吸烟^[32]、共病人格障碍^[33]增加了双相障碍患者的再入院率。不同研究结论的差异可能与纳入患者的来源、样本量、观察时间、研究设计等不同有关,需要在未来的研究中进一步探讨。另外,有研究提示,增加心理社会干预治疗及物理治疗等综合治疗方式可能有助于降低再入院率,改善双相障碍患者的治疗依从性和整体功能^[34]。未来的研究需要进一步验证这些治疗方式是否有助于减少患者的再入院次数。

本研究存在一定的局限性:(1)样本量偏少、来源单一,可能影响样本的代表性;(2)评估工具较少,随访中未充分收集患者药物治疗的变化信息;(3)急性期治疗方式不能完全代表维持期的主要治疗方式,也未对患者的复发情况进行详细记录。本研究是基于结构性诊断的队列研究,能准确地捕捉患者的再入院信息,除了诊断、症状和病程特点之外,患者急性期治疗方式的选择可能也是再入院的重要影响因素。后续需要进一步开展大样本、多中心的前瞻性研究进一步探索减少双相障碍患者再入院的综合治疗模式。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 研究设计为张玲、王雪,研究实施、资料收集为王雪、袁晓菲、仲捷,数据分析为吴涵,论文撰写为王雪,论文修订为张玲

参 考 文 献

- [1] Wu J, Wang Y, Wang L, et al. Trends and burden in mental disorder death in China from 2009 to 2019: a nationwide longitudinal study[J]. *Front Psychiatry*, 2023, 14: 1169502. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1169502.
- [2] Ratheesh A, Hett D, Romain J, et al. A systematic review of interventions in the early course of bipolar disorder I or II: a report of the International Society for Bipolar Disorders Taskforce on early intervention[J]. *Int J Bipolar Disord*, 2023, 11(1): 1. DOI: 10.1186/s40345-022-00275-3.
- [3] Um YH, Kim TW, Seo HJ, et al. Predictors of 1-year rehospitalization in inpatients with bipolar I disorder treated with atypical antipsychotics[J]. *Int Clin Psychopharmacol*, 2020, 35(5): 263-269. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000318.
- [4] Ernala SK, Seybolt J, Yoo DW, et al. The reintegration journey following a psychiatric hospitalization: examining the role of social technologies[J]. *Proc ACM Hum Comput Interact*, 2022, 6(CSCW1): 122. DOI: 10.1145/3512969.
- [5] Dembek C, Mackie D, Modi K, et al. The economic and humanistic burden of bipolar disorder in adults in the United States[J]. *Ann Gen Psychiatry*, 2023, 22(1): 13. DOI: 10.1186/s12991-023-00440-7.
- [6] Peters AT, West AE, Eisner L, et al. The burden of repeated mood episodes in bipolar I disorder: results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions[J]. *J Nerv Ment Dis*, 2016, 204(2): 87-94. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000425.
- [7] 李英存, 李馨.首次住院双相障碍 153 例预后 3 年随访研究[J]. *精神医学杂志*, 2018, 31(4): 298-300. DOI: 10.3969/j.issn.2095-9346.2018.04.016.
- [8] 芦云平, 崔伟, 于超, 等.双相 I 型障碍首发躁狂患者复发情况及其影响因素分析: 基于 7 年的随访研究[J]. *中国全科医学*, 2021, 24(32): 4104-4109. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.01.020.
Lu YP, Cui W, Yu C, et al. Recurrence and influencing factors of first-episode mania in bipolar I disorder: a 7-year follow-up study[J]. *Chinese General Practice*, 2021, 24(32): 4104-4109.
- [9] 冯媛, 祁娜, 郭城伟, 等.双相情感障碍患者急性期治疗后 1 年的复发率及其影响因素[J]. *中国医刊*, 2021, 56(10): 1140-1143. DOI: 10.3969/j.issn.1008-1070.2021.10.026.
- [10] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al. Structured clinical interview for DSM-IV -TR axis I disorders -patient edition (SCID-I/P) [M]. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.
- [11] Frank E, Prien RF, Jarrett RB, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. remission, recovery, relapse, and recurrence[J]. *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48(9): 851-855. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810330075011.
- [12] Zimmerman M, McGlinchey JB, Posternak MA, et al. How should remission from depression be defined? The depressed patient's perspective[J]. *Am J Psychiatry*, 2006, 163(1): 148-150. DOI: 10.1176/appi.ajp.163.1.148.
- [13] Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity[J]. *Br J Psychiatry*, 1978, 133: 429-435. DOI: 10.1192/bjp.133.5.429.
- [14] Chen M, Fitzgerald HM, Madera JJ, et al. Functional outcome assessment in bipolar disorder: a systematic literature review[J]. *Bipolar Disord*, 2019, 21(3): 194-214. DOI: 10.1111/bdi.12775.
- [15] Shvartzman Y, Krivoy A, Valevski A, et al. Adjunctive antidepressants in bipolar depression: a cohort study of six- and twelve-months rehospitalization rates[J]. *Eur Neuropsychopharmacol*, 2018, 28(3): 353-360. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2018.01.010.
- [16] Straszek SP, Licht RW, Nielsen RE, et al. Bipolar depression, a challenge diagnostic and treatmentwise[J]. *Ugeskr Laeger*, 2022, 184(14): V10210821.
- [17] Radua J, Grunze H, Amann BL. Meta-analysis of the risk of subsequent mood episodes in bipolar disorder[J]. *Psychother Psychosom*, 2017, 86(2): 90-98. DOI: 10.1159/000449417.
- [18] Sussman M, Friedman M, Korn JR, et al. The relationship between use of antidepressants and resource utilization among patients with manic or mixed bipolar disorder episodes: findings from a managed care setting[J]. *J Affect Disord*, 2012, 138(3): 425-432. DOI: 10.1016/j.jad.2011.12.048.
- [19] O'Haga M, Cornelius V, Yoong AH, et al. Predictors of rehospitalization in a naturalistic cohort of patients with bipolar affective disorder[J]. *Int Clin Psychopharmacol*, 2017, 32(3): 115-120. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000163.
- [20] Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition recommendations from the British Association for Psychopharmacology[J]. *J Psychopharmacol*, 2016, 30(6): 495-553. DOI: 10.1177/0269881116636545.
- [21] Grunze H, Vieta E, Goodwin GM, et al. The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: acute and long-term treatment of mixed states in bipolar disorder[J]. *World J Biol Psychiatry*, 2018, 19(1): 2-58. DOI: 10.1080/15622975.2017.1384850.
- [22] Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder[J]. *Bipolar Disord*, 2018, 20(2): 97-170. DOI: 10.1111/bdi.12609.
- [23] Malhi GS, Bell E, Bassett D, et al. The 2020 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders[J]. *Aust N Z J Psychiatry*, 2021, 55(1): 7-117. DOI: 10.1177/0004867420979353.
- [24] Poranen J, Koistinaho A, Tanskanen A, et al. Twenty-year medication use trends in first-episode bipolar disorder[J]. *Acta Psychiatr Scand*, 2022, 146(6): 583-593. DOI: 10.1111/acps.13504.
- [25] 洪武, 邢梦娟, 吴志国, 等. 26 家医院双相抑郁患者抗抑郁药使用情况调查[J]. *中华精神科杂志*, 2016, 49(1): 47-49. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1006-7884.2016.01.012.
Hong W, Xing MJ, Wu ZG, et al. A cross-section study on usage of antidepressants in bipolar depression in 26 Chinese hospitals[J]. *Chin J Psychiatry*, 2016, 49(1): 47-49.
- [26] McGirr A, Vöhringer PA, Ghaemi SN, et al. Safety and efficacy of adjunctive second-generation antidepressant therapy with a mood stabiliser or an atypical antipsychotic in acute bipolar depression: a systematic review and Meta-analysis of randomised placebo-controlled trials[J]. *Lancet Psychiatry*, 2016, 3(12): 1138-1146. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30264-4.

[27] Liu B, Zhang Y, Fang H, et al. Efficacy and safety of long-term antidepressant treatment for bipolar disorders - a Meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Affect Disord, 2017, 223: 41-48. DOI: 10.1016/j.jad.2017.07.023.

[28] Hamilton JE, Passos IC, de Azevedo Cardoso T, et al. Predictors of psychiatric readmission among patients with bipolar disorder at an academic safety-net hospital[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2016, 50(6): 584-593. DOI: 10.1177/000-4867415605171.

[29] Bozzay ML, Gaudiano BA, Arias S, et al. Predictors of 30-day rehospitalization in a sample of hospitalized patients with Bipolar I disorder[J]. Psychiatry Res, 2019, 281: 112559. DOI: 10.1016/j.psychres.2019.112559.

[30] Pallaskorpi S, Suominen K, Ketokivi M, et al. Five-year outcome of bipolar I and II disorders: findings of the Jorvi Bipolar Study[J]. Bipolar Disord, 2015, 17(4): 363-374. DOI: 10.1111/bdi.12291.

[31] Kendler KS. Psychosis within vs outside of major mood episodes: a key prognostic and diagnostic criterion[J]. JAMA Psychiatry, 2013, 70(12): 1263-1264. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2808.

[32] O'Hagan M, Cornelius V, Young AH, et al. Predictors of rehospitalization in a naturalistic cohort of patients with bipolar affective disorder[J]. Int Clin Psychopharmacol, 2017, 32(3): 115-120. DOI: 10.1097/YIC.000000000000163.

[33] Goren Y, Krivoy A, Gur S, et al. Comorbid personality disorders in manic bipolar I disorder patients is associated with increased use of long-acting injectable antipsychotic treatment and higher rates of rehospitalization[J]. Int Clin Psychopharmacol, 2020, 35(2): 74-80. DOI: 10.1097/YIC.0000000000000294.

[34] Geddes JR, Miklowitz DJ. Treatment of bipolar disorder[J]. Lancet, 2013, 381(9878): 1672-1682. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60857-0.

(收稿日期: 2023-04-11)
(本文编辑: 赵金鑫)

· 读者 · 作者 · 编者 ·

本刊文稿中缩略语的书写要求

在本刊发表的学术论文中,已被公知公认的缩略语在正文中可以不加注释直接使用(表1);不常用的和尚未被公知公认的缩略语以及原词过长、在文中多次出现者,若为中文可于文中第1次出现时写明全称,在圆括号内写出缩略语,如:流行性脑脊髓膜炎(流脑);若为外文可于文中第1次出现时写出中文全称,在圆括号内写出外文全称及其缩略语,如:阿尔茨海默病(Alzheimer disease, AD)。若该缩略语已经公知,也可不注出其英文全称。不超过4个汉字的名词不宜使用缩略语,以免影响论文的可读性。西文缩略语不得拆开转行。

表1 《神经疾病与精神卫生》杂志常用缩略语

缩略语	中文全称	缩略语	中文全称	缩略语	中文全称
CNS	中枢神经系统	AD	老年痴呆症(阿尔茨海默病)	GABA	γ-氨基丁酸
IL	白细胞介素	CT	电子计算机体层扫描	PD	帕金森病
MRI	磁共振成像	BDNF	脑源性神经营养因子	DSA	数字减影血管造影
PCR	聚合酶链式反应	ELISA	酶联免疫吸附剂测定	PET	正电子发射计算机断层显像
SOD	超氧化物歧化酶	NIHSS	美国国立卫生研究院卒中评分	CRP	C反应蛋白
MMSE	简易精神状态检查	WHO	世界卫生组织	TIA	短暂性脑缺血发作
TNF	肿瘤坏死因子	PANSS	阳性与阴性症状量表	HAMD	汉密尔顿抑郁量表
HAMA	汉密尔顿焦虑量表	SSRIs	选择性5-羟色胺再摄取抑制剂	rTMS	重复经颅磁刺激
5-HT	5-羟色胺	ICD-10	国际疾病分类第十版	MoCA	蒙特利尔认知评估量表
PTSD	创伤后应激障碍	CCMD	中国精神障碍分类与诊断标准	DSM	美国精神障碍诊断与统计手册