

· 精神障碍与社会因素 ·

创伤后应激障碍的流行病学特点及危险因素

汪向东 姜经纬

一、创伤性事件与创伤后应激障碍

威胁到个体的生命、身体或是精神世界的完整,带来异乎寻常痛苦的人生遭遇称为创伤性事件。创伤性事件并非罕见,我国仅各类自然灾害平均每年就使 2 亿人受到程度不同的影响,加上人为事故、交通意外、暴力事件的受害者,构成不容忽视的一个巨大群体。

经历创伤性事件带来一系列心理、生理和行为的改变,从多方面影响身心健康,并可能导致长期存在的严重心理痛苦和精神障碍。创伤后应激障碍(post traumatic stress disorder, PTSD)是创伤性事件所致的严重后果之一。作为一个诊断类别,PTSD 始见于 1980 年出版的美国精神障碍诊断与统计手册第三版(DSM-III),随着有关研究成果的不断积累,PTSD 诊断标准经历了相当大的修改,从创伤性事件的定义到具体的症状标准、病程标准及亚型划分在 DSM 的各版中都不同。1994 年出版的 DSM-IV^[1]从事件本身和事件引发的情绪反应两个方面来定义创伤性应激源。在症状方面,满足诊断需存在:(1)持续性的重现创伤体验,5 条中至少 1 条;(2)持续性的回避与整体情感反应麻木,7 条中至少 3 条;(3)持续性的警觉性增高,5 条中至少 2 条。病程方面要求上述 3 类症状持续至少 1 个月。严重程度上,症状带来明显的主观痛苦或社会功能受损。DSM-IV 将 PTSD 分为三型:急性型(病程短于 3 个月)、慢性型(病程 3 个月或更长)、迟发型(创伤性事件发生 6 个月之后才出现症状)。中国精神障碍诊断与分类标准第 3 版(CCMD-3)^[2]用创伤后应激障碍替换了 CCMD-2-R 的延迟性应激障碍,在症状标准方面与 DSM-IV 大致对应,需注意一点,时间标准不尽相同。

二、PTSD 的发病率和患病率

PTSD 的早期研究主要以退伍军人、被俘军人及集中营的幸存者为主,1987 年的研究发现,参加

越南战争的退伍老兵中,终生患病率男性为 31%,女性为 27%,男性和女性的时点患病率分别为 15.2% 和 8.5%^[3]。

Madakasia, O'Brien^[4]率先开始对自然灾害后的 PTSD 进行研究,他们报道龙卷风受灾者中 PTSD 的患病率为 59%。此后有几位作者报道几类不同灾害后 PTSD 的患病率均超过 30%,如 Armenia 地震^[5]和 Andrew 飓风^[6]。中国张北地震受灾人群 3 个月和 9 个月后 PTSD 的发病率分别为 18.8% 和 24.4%^[7]。

火灾、爆炸、海难、空难等各类人为事故后 PTSD 也是最常见和突出的精神病理问题。有报道^[8]受伤的火灾幸存者 PTSD 的患病率高达 100%。Dooley, Gunn^[9]对汽车渡轮沉没事件发生后转诊到精神科的生还者及其家属的临床资料进行分析,75 人中 27 人(36%)符合 PTSD 的诊断。一次空难事故后,50% 的生还者发生 PTSD。

社区普通人群中 PTSD 的患病率及不同人群中的疾病分布的资料,有利于揭示 PTSD 的危险因素及其自然病程。美国的研究表明^[10],社区中有 36.7% ~ 81.3% 的人有过暴露于创伤性事件的经历,PTSD 的终生患病率男性为 5.0%,女性为 10.4%,整个人口中约 1/12 的人受到影响。

到目前为止,还没有社区中儿童及青少年 PTSD 患病率及发病率的流行病学研究。文献报告的暴露于灾害和其他创伤性事件的儿童 PTSD 的患病率从 0% 到 100%,变异极大。英国的一项研究表明,PTSD 患病率在遭遇交通意外的儿童中相当高,约为 20%。经历过从高处摔下的住院儿童中 PTSD 发病率为 10% ~ 12%。尽管儿童 PTSD 确切的患病率和发病率并不十分清楚,但同成人一样,创伤性事件严重影响儿童的心身健康和成长^[11]。

三、病因学与心理社会易感因素

1. 创伤性事件:经历创伤性应激事件是 PTSD 的直接原因和诊断的必要条件。有史以来,战乱、各种自然灾害和人为灾难一直伴随着人类,但是近年

才较为系统的了解某个特定人群一生中暴露于创伤性事件的概况。美国全国共患率研究(the national comorbidity survey)^[10]根据 DSM-III-R 的诊断标准,采用创伤性事件的筛查表进行入户调查。结果表明,60.7%的男性和51.2%的女性在其一生中至少暴露于一件创伤性事件。1998 年 Breslau 等^[12]进行的社区流行病学研究结果表明,将近 90%的人在其一生中至少暴露于一件创伤性事件。根据该结果,有 37.7%的人遭遇过暴力攻击(如强奸、拷问、军事战争)59.8%的人受到过伤害或惊吓(如威胁生命的事件、自然灾害、疾病或目击创伤性事件),60%的人曾面临突发的亲人意外死亡,62.4%经历过亲人非致命的创伤性事件(如女儿遭强奸、配偶在交通意外中严重受伤)。

创伤性事件与 PTSD 的关系,首先取决于事件的性质。Resnick 等^[13]对全国性样本 4 008 人进行为期 6 个月的研究,发现暴力犯罪的受害者 PTSD 患病率明显高于非暴力犯罪受害者,分别为 25.8% 和 9.4%。暴力犯罪受害者中暴露于躯体伤害与强奸的女性 PTSD 患病率最高。

几项前瞻性研究^[14]表明,遭受强奸的妇女 PTSD 患病率明显高于非性攻击的受害者。其中一项研究对 64 名强奸受害者从发生创伤性事件后两周到三个月逐周进行评定,开始时几乎所有受害者(94%)符合 PTSD 诊断的症状学标准。在调查结束时 PTSD 发生率呈平稳地下降趋势,并且部分受害者完全从创伤性体验中解脱出来,但仍有 47%受害者在 3 个月以后符合 PTSD 的诊断标准。此外,对 196 名妇女(96 名为强奸受害者,100 名为非性攻击受害者)进行调查,遭受创伤性事件两周后,92%的强奸受害者符合 PTSD 诊断的症状标准,而非性攻击受害者为 74%,3 个月时分别有 47%的强奸受害者和 27%非性攻击受害者符合 PTSD 诊断标准,3 个月后又分别有 38%和 13%符合 PTSD 的诊断标准。

除事件性质外,还有诸多变量影响创伤性事件后 PTSD 的发病率。不少研究提示暴露强度与 PTSD 发病率存在剂量反应关系。Smith 等^[15]在一架战斗机坠入某饭店导致 9 人死亡的事件后,以事件发生时在现场(高暴露)和不在现场(低暴露)饭店员工为对象,4~6 周后 PTSD 的发病率在高暴露组为 29%,低暴露组为 7%。Willson 总结了需要考虑的灾害的各个侧面,提出除去自然灾害还是人为造成这一维度外,还可进一步从十个维度加以描述:对生命构成

威胁的程度,亲人或其他重要方面丧失的程度,发生速度,创伤持续时间,是否被迫离开家人或家乡,灾害再次发生的可能性,再次发生时的暴露程度,在多大程度上目睹了死亡、濒死及毁灭,创伤中个人角色,各类组织和机构对事件的反应。

2. 易感因素:

(1)种族:Norris^[16]在 1 000 名成人中研究十种潜在创伤性事件的频率和影响。不同人群中,暴露于创伤性事件的白人多于黑人,男性多于女性,年轻人群的 PTSD 患病率最高。对创伤性事件的易感性黑人男性最高。Garrison 等^[17]在 Hugo 飓风发生一年后调查了 1 264 名 11~17 岁青少年,PTSD 的患病率在白人女生最高(6.2%),白人男生次之(4.7%),黑人男生和女生分别为 3.8%和 1.5%。

(2)性别:尽管男性暴露于创伤性事件的机会大于女性,但是女性的 PTSD 患病率为男性的两倍^[14]。对 60 名非性攻击受害者(男性 38 名,女性 22 名)进行了调查,从发生创伤性事件后 1 周至 3 个月,71%的女性和 50%的男性符合 PTSD 的诊断标准,3 个月后有 21%的女性符合 PTSD 的诊断标准,男性受害者则已全部恢复。暴露于同一创伤性事件后女性的 PTSD 的患病率也明显高于男性。地震受灾者 3 个月内 PTSD 发生率男性为 13.5%,女性为 24.7%^[18]。

(3)其他危险因素:美国对密西根州东南部 21~30 岁年龄的随机样本研究了 PTSD 的患病率及危险因素(DSM-III-R),PTSD 的患病率与种族及婚姻状况无关,其危险因素为受教育程度低、儿童时期有行为问题、具有神经质倾向、内向性格、有精神障碍或物质滥用的家族史。女性 PTSD 的危险因素包括早期亲子分离、神经质、精神障碍家族史(包括焦虑、抑郁性神经症及反社会行为问题)^[19]。其他较为公认的危险因素还有:既往有创伤暴露史、创伤性事件前后有其他负性生活事件、家境不好、身体健康状态欠佳。

3. 创伤后变量:张北地震后我们自距震中不同距离、受灾程度不同的两个村随机选取 181 人作为研究对象,两个村相隔 10 km,人口学资料可比性良好,震前各方面情况相当,差别在于受灾程度和得到的救灾援助。受灾程度重,但灾后得到救援和支持较好的村 PTSD 发病率低,以 DSM-IV 为标准进行诊断,震后 9 个月时两村 PTSD 发病率分别为 19.8%和 30.3%。对此差异的主要原因有两方面:第一,受灾程度轻的村民尽管初始暴露程度低,但震后仍住在

破损房屋中, 经受余震的威胁和担心与恐惧余震发生, 后继应激水平高。第二, 获震后社会支持不同, 无论是精神上还是物质上, 感受到的和实际获得的支持, 灾情轻的村都远远不及重灾村。后者震后移入防冻棚内居住, 并在政府和非政府组织的援助下建起新居。

这项研究提供直接而有力的证据说明灾后变量的重要性, 并提示社会支持能减少 PTSD 的发生^[7]。

四、PTSD 病程慢性化的相关因素

PTSD 患者有相当高的比例符合 DSM-IV 慢性 PTSD 的标准(症状存在 3 个月以上), 约 74% 症状持续 6 个月以上, Breslau 等^[19]报告 PTSD 病程的中位数为 24.9 个月。Raphael 估计 40% 的病例症状持续 1 年, 5 年以后减少至 20% ~ 30%^[20]。何鸣等^[21]对一次翻车事故 22 位幸存者分别于事故后 3 个月和 4 年进行调查, 共发现 9 例 PTSD, 其中 1 例于事故 1 年半后病情缓解, 其余 8 例直至 4 年后仍无改善。Green 等^[22]对 Buffalo Creek 大坝坍塌的受害者长期追踪发现, PTSD 终生患病率为 59.4%, 14 年后的现患率仍高达 25.0%。Kilpatrick 等发现, 17% 的性攻击受害女性 17 年后仍然诊断为 PTSD。时过 50 年, 不少第二次世界大战和纳粹集中营的幸存者仍然受到 PTSD 症状的折磨^[20]。

揭示 PTSD 病程慢性化、迁延不愈的相关因素对于减少创伤的心身危害、促进创伤后康复意义重大。Breslau, Davis^[23]发现慢性患者的特点是: PTSD 症状总数多, 麻木和警觉症状比例高, 存在焦虑和情感障碍、酗酒史、有童年创伤史。

性别是影响病程的一个重要因素。女性不仅对 PTSD 易感性高, 病程也趋于慢性化, 中位数约为男性的 4 倍(分别为 48.1 月和 12.0 月)^[20]。

综合大量灾难后 PTSD 研究的文献, 与慢性 PTSD 相关的因素包括: 目睹毁灭性场景和大量人员死亡, 悲哀的情绪未能加以适当的处理, 失去家园和社区, 情感支持和社会支持缺乏, 周围环境对个体提出较高的要求, 用回避、自我责怪、饮酒吸烟等方式应对困难处境。

五、小结

大量证据表明 PTSD 是一类常见精神障碍, 且有相当比例的患者表现为慢性病程。有关 PTSD 流行病学的研究在既往 20 余年里一直十分活跃, 有几方面的原因(1) 创伤性事件在人群中并非罕见现象, 但对创伤性事件的心理影响特别是与精神障碍

的关系一直缺乏系统探索, PTSD 诊断概念的确立为临床、机理和流行病学研究提供了一个框架(2) 相应于新的诊断类别需要获取基本的流行病学资料, 并探讨在不同文化及各类不同的创伤性事件后的流行病学特点(3) 随着研究证据的积累, PTSD 的概念和诊断标准也一直在经历着相应的改变。

对 PTSD 的认识已经有了很大的深化, 本文概略介绍了有关 PTSD 的一些流行病学特点和危险因素, 从中也不难看到存在许多亟待进一步澄清的问题, 如: 创伤前、创伤后创伤变量在 PTSD 发病中的相对作用, PTSD 与焦虑、抑郁等其他精神障碍的关系, 干预对于 PTSD 发病率和病程的影响。我国各类自然灾害和人为灾难造成的损失惨重, PTSD 作为灾害的严重影响之一值得引起更多的注意和更为深入的研究。

参 考 文 献

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994. 424-429.
- 2 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 97-98.
- 3 Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder and acute stress disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/VI. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995. 1227-1236.
- 4 Madakasira S, O'Brien KF. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. J Nerv Ment Dis, 1987, 175: 286-290.
- 5 Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, et al. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. Am J Psychiatry, 1994, 151: 895-901.
- 6 David D, Mellman TA, Mendoza LM, et al. Psychiatric morbidity following Hurricane Andrew. J Trauma Stress, 1996, 9: 607-612.
- 7 Wang XD, Gao L, Naotaka Shinfuku, et al. Longitudinal study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in north China. Am J Psychiatry, 2000, 157: 1260-1266.
- 8 Turner SW, Thompson J, Rosser RM. The Kings cross fire: psychological reactions. J Trauma Stress, 1995, 8: 419-427.
- 9 Dooley E, Gunn J. The psychological effects of disaster at sea. Br J Psychiatry, 1995, 167: 233-237.
- 10 Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry, 1995, 52: 1048-1060.
- 11 Yule W. Posttraumatic stress disorder in the general population and in children. J Clin Psychiatry, 2001, 62(suppl 17): 23-28.
- 12 Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 detroit area survey of trauma. Arch Gen Psychiatry, 1998, 55: 626-632.
- 13 Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky BS, et al. Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representational national sample of women. J Consult Clin Psychol, 1993, 61: 984-991.
- 14 Foa EB, Street GP. Women and traumatic events. J Clin Psychiatry, 2001, 62(suppl 17): 29-34.
- 15 Smith EM, North CS, McCool RE, et al. Acute postdisaster psychiatric

- disorders. *Am J Psychiatry*, 1990, 147:202-206.
- 16 Norris FH. Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 1992, 60:409-418.
- 17 Garrison CZ, Bryant ES, Addy CL, et al. Posttraumatic stress disorder in adolescents after Hurricane Andrew. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34:1193-1201.
- 18 汪向东, 张华彪, 新福尚隆, 等. 地震后创伤后应激障碍的发生率及影响因素. *中国心理卫生杂志*, 1999, 13:28-30.
- 19 Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 1991, 48:216-222.

- 20 Breslau N. Outcomes of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 2001, 62(suppl 17):55-59.
- 21 何鸣, 吴任刚, 章晓冬, 等. 翻车事故幸存者中精神创伤后应激障碍. *中国心理卫生杂志*, 1993, 7:148-151.
- 22 Green BL, Lindy JD, Grace MC, et al. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis*, 1992, 180:760-766.
- 23 Breslau N, Davis GC. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: risk factors for chronicity. *Am J Psychiatry*, 1992, 149:671-675.

(收稿日期 2002-03-20)

(本文编辑:尹廉)

· 短篇报道 ·

北京儿童医院 1995 ~ 2000 年川崎病住院患儿发病调查

李棠 王利平 张永兰 柴晓敏 张拓红 柳川洋 川崎富作

川崎病是一种以全身血管炎性病变为主的发热性疾病,至今病因不明。我国川崎病的发病率逐年上升^[1],现将我院 1995 ~ 2000 年川崎病住院患儿情况报道如下。

1. 对象与方法 选择 1995 年 1 月至 2000 年 12 月 6 年间符合川崎病诊断的住院患儿。采用日本中国川崎病流行病学调查组 1998 年东京会议制定的统一标准,并增加急性期心血管改变一项。诊断标准:典型病例为符合川崎病 6 条症状中至少 5 条,非典型病例为符合 6 条中 4 条,同时二维超声提示冠状动脉损害。

2. 结果 (1)患者情况:共收治川崎病 615 例。自 1995 ~ 2000 年病例数分别为:87、87、75、101、114、151 例。其中北京地区病例分别为:73、73、42、65、88、97 例,共 438 例,占 71.2%。后两年人数增多。其余为外省市来诊病例。615 例中男 376 例,女 239 例,男/女 = 1.57。最小年龄 65 d,最大 11 岁。4 岁以下 458 例,占 74.5%。2 岁以下 280 例,占 45.5%。1 岁组 155 例,占 25.2%。发病高峰在 6 月龄 ~ 2 岁之间。6 年中以 7 月份发病例数最多(72 例)。(2)临床表现:典型病例 529 例,占 86.0%。非典型病例 86 例,占 14.0%。本组六大症状发生率依次为:发热 5 d 以上 99.2%。唇和口腔粘膜改变 92.4%。双眼结膜充血(无分泌物)90.9%。四肢末梢改变 87.3%。多形性皮疹 84.4%。急性非化脓性颈淋巴结肿大 72.8%。(3)急性期心脏合并症:现将 1998 ~ 2000 年及 1997 年部分病例共 378 例急性期二维超声检查结果进行分析:冠状动脉损害 128 例,占 33.9%。依次为双侧受损 59 例(瘤样扩张 18 例,其中 10 例在 10 d 后就诊,最小年龄 3 个月,最大 6 岁,3 岁以下 14 例);左侧受损

49 例;右侧受损 20 例。一侧受损冠状动脉均为轻、中度扩张。其他改变有左心受累,其中左心室轻度扩大 45 例、中度扩大 3 例、左房轻度扩大 6 例,共 54 例,占 14.3%。少量心包积液 15 例,占 4.0%。(4)转归:本组病例中 5 例复发,男 3 例,女 2 例。分别在 8 个月、2 年、3 年(2 例)、6 年复发,均为典型川崎病。1 例有冠状动脉瘤样扩张,4 例无改变。统计 1 个月后留有后遗症共 69 例,占 18.25%。冠状动脉重度扩张及瘤样扩张 24 例,中度扩张 8 例,轻度扩张 37 例。3 个月复诊 46 例,冠状动脉损害重度 17 例无好转,中度 5 例好转,1 例正常,轻度 23 例恢复正常。本组病例未见瓣膜病变及心肌梗死病例,无死亡病例。

3. 讨论 (1)本组病例男多于女,典型病例占 86.0%,与日本报道 84.8% 基本一致^[2];发病高峰在 6 月龄至 2 岁之间,1 岁组最多,严格掌握诊断标准,仔细询问病史和认真查体,根据典型的症状和体征做出川崎病的诊断,避免遗漏及扩大诊断。(2)本组病例显示川崎病急性期冠状动脉受损达 33.9%,1 个月后留有后遗症 18.25%。重度扩张和瘤样扩张难以恢复正常,进一步证实近年来川崎病已取代风湿病成为儿童主要后天性心脏病之一,早期静脉注射丙种球蛋白可防止川崎病的冠状动脉病变^[3]。因此,川崎病的早期诊断和治疗极为重要。

参 考 文 献

- 梁翊常. 我国川崎病概况. *中国实用儿科杂志*, 1995, 10:302-303.
- Yanagawa H, Nakamura Y. Update of the epidemiology of Kawasaki disease in Japan. *J Epidemiol*, 1996, 6:148-157.
- Yanagawa H, Nakamura Y, Sakata M, et al. Use of intravenous globulin for Kawasaki disease effects on cardiac sequelae. *Pediatr Cardiol*, 1997, 18:19-23.

(收稿日期 2001-09-20)

(本文编辑:尹廉)

作者单位:100045 北京儿童医院心内科(李棠、王利平、张永兰、柴晓敏);北京大学公共卫生学院(张拓红);日本琦玉县立大学(柳川洋);日本川崎病研究中心(川崎富作)