

· 论 著 ·

汶川地震救援官兵中 PTSD 患者负性情绪表达及相关因素分析

金 梅, 王焕林, 陈方斌, 过 伟, 施建安, 高志勤, 孙 剑, 毕银花, 闫同军, 欧阳晖, 赵 彬

[摘要] **目的** 调查汶川地震 6 个月后救援官兵创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)患者的焦虑和抑郁状态,并探讨其相关因素。**方法** 按整群分层抽样原则对 1125 名一线救援官兵进行调查,采用 Davidson 创伤量表(DTS)确定诊断 PTSD 组($DTS \geq 40$ 分)和非 PTSD 组,分析两组 Beck 焦虑量表(BAI)、Beck 抑郁量表-II(BDI-II)的测评结果,采用简单直线相关法进行相关性分析。**结果** ①实查 1056 人,共检出 PTSD 69 例(6.5 %);②PTSD 组焦虑发生率、抑郁发生率均显著高于非 PTSD 组($P < 0.01$);③PTSD 组 BAI/BDI-II 各单项症状发生率及评分、总分均显著高于非 PTSD 组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$);④军龄、独生子女、饮酒、吸烟、兵源、心理干预、地震经历总分与 PTSD 患者负性情绪表达均无明显相关($P > 0.05$)。**结论** 汶川地震救援官兵 PTSD 患者较非 PTSD 者具有更显著的焦虑、抑郁情绪,其症状发生率高、程度重,应及时进行有针对性地干预与治疗。

[关键词] 焦虑;抑郁;地震;救援军人;创伤后应激障碍

[中图分类号] R395.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1672-271X(2012)06-0500-05

Study on the negative emotions and related factors in military rescuers with PTSD after Wen Chuan earthquake

JIN Mei, WNAG Huan-lin, CHEN Fang-bin, GUO Wei, SHI Jian-an, GAO Zhi-qin, SUN Jian, BI Yin-hua, YAN Tong-jun, OU-YANG Hui, ZHAO Bin. Mental Diseases Research Center of PLA, 102 Hospital of PLA, Chang-zhou, Jiangsu 213003, China

[Abstract] **Objective** To investigate the anxiety and depression status in military rescuers with posttraumatic stress disorder (PTSD) 6 months after Wen Chuan earthquake, and analyze the related factors. **Methods**

A sample of 1125 military rescuers was obtained by cluster sampling method. The PTSD were examined with the Davidson Trauma Scale (DTS), and according to the DTS score of ≥ 40 or < 40 , all subjects were divided into PTSD group and non-PTSD group. The scores of Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in the two groups were compared. Linear correlation analysis was used to study the effects of related factors on anxiety and depression scores in PTSD group. **Results** ①The final analysis was carried out on 1056 military rescuers. The prevalence of PTSD was 6.5% (69 cases); ②The occurrence rate of anxiety and depression were higher in PTSD group than that in non-PTSD group ($P < 0.01$); ③The BAI/BDI-II total scores, the score and frequency of each anxiety/depression symptom were higher in PTSD group than those in non-PTSD group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$); ④ Whether the only child, whether smoking, whether drinking et al were not correlated with BAI and BDI-II scores ($P > 0.05$). **Conclusion** The military rescuers with PTSD after the earthquake have higher anxiety and depression levels, and have more frequent and prominent anxiety and depression symptoms. They should be given a timely and targeted psychological intervention or treatment.

[Key words] anxiety; depression; earthquake; PTSD

国内外灾难研究表明,单纯的创伤后应激障碍(posttraumatic stress disorder, PTSD)是相对少见的,

往往与抑郁症、焦虑症、物质滥用等共病^[1-2],使得 PTSD 的诊断和治疗更为复杂。“5.12”汶川地震后,有报道一线救援官兵 PTSD 发生率明显增高^[3-5],然而未见专门探讨其负性情绪水平及特征的研究报道。鉴于此,本文于汶川地震 6 个月后对一线救援官兵中 PTSD 患者的总体焦虑和抑郁状况及特征进行调查,并探讨其相关因素,以便为更有针对性的干预提供理论依据。

基金项目: 南京军区“十二五”军队心理卫生科研课题(12XLZ101)

作者简介: 金 梅(1977-),女,江苏南京人,硕士研究生,主治医师,从事精神医学专业

作者单位: 213003 江苏常州,解放军 102 医院全军心理疾病防治中心

通讯作者: 王焕林, E-mail: whl102@126.com

1 对象与方法

1.1 研究对象 为某部参加汶川地震重灾区现场救援的军人,调查时间为创伤暴露后 6 个月,按整群分层抽样原则确定调查对象 1125 人,因自评调查工具填写不符合要求剔除 69 人,实际调查 1056 人,均为男性,年龄 18~32 岁。

1.2 研究工具

1.2.1 一般资料 包括姓名、年龄、军龄、是否独生子女、创伤暴露前心理干预与否、兵源(城镇/农村)、是否吸烟及饮酒等。

1.2.2 用 Davidson 创伤量表 (Davidson Trauma Scale, DTS)^[6] 评定创伤后应激障碍症状 DTS 共 17 个条目,每个条目的发生频率、严重程度分别按 0~4 级评分,所有条目发生频率及严重程度相加即得总分,分值越高 PTSD 症状越严重, ≥ 40 分诊断为 PTSD 组, < 40 分为非 PTSD 组;用 Beck 抑郁量表-II (Beck Depression Inventory-II, BDI-II)^[7] 评定抑郁的发生率、严重程度及相关因素。BDI-II 共 21 个条目,0~3 级评分,项目相加即得总分,总分 0~13 分为无抑郁,14~19 分为轻度,20~28 分为中度,29~63 分为重度;用 Beck 焦虑量表 (Beck Anxiety Inventory, BAI)^[7] 评定焦虑发生率,严重程度及相关因素。BAI 共 21 个条目,0~3 级评分,项目相加即得总分,总分 10~16 分为无焦虑,17~29 分为中度,30~63 分为重度。

1.2.3 地震经历量表 (Earthquake Experiences, EES)^[8] 评估被试者在救援过程中创伤暴露的严重程度 共 8 个条目,0~4 级评分。分值越高表明创伤暴露的程度越严重。

1.3 调查方法 由 7 名精神科主治医师以上人员完成,并在调查前统一进行培训。对受试者分期分批采用小组团体筛查,均采取自愿原则并签署知情同意书。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 13.0 统计软件包进行统计学分析。计数资料用百分比(%)表示,计量资料用均数 \pm 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料比较采用 t 检验,变量间的相关性分析采用简单直线相关分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 一般资料 按照 DTS 评分标准确定 PTSD 组 69 例(6.5%)和非 PTSD 组 987 例(93.5%)。PTSD 组年龄 18~31 (21 ± 3)岁;受教育年限 6~16 (11 ± 2)年;军龄 1 年 31 人,2 年 11 人, ≥ 3 年 27 人;独生子女 43 人,非独生子女 26 人;城镇籍 19 人,农村籍 50

人。两组一般资料比较无显著性差异($P > 0.05$)。

2.2 BAI 测评结果

2.2.1 焦虑发生率比较 两组焦虑总发生率为 24.1% (254/1056)。PTSD 组焦虑发生率为 91.3% (63/69),其中轻度焦虑 46 例(66.7%),中度焦虑 15 例(21.7%),重度焦虑 2 例(2.9%),无焦虑 6 例(8.7%)。非 PTSD 组焦虑发生率为 19.4% (191/987),其中轻度焦虑 130 例(13.2%),中度焦虑 55 例(5.6%),重度焦虑 6 例(0.6%),无焦虑 796 例(80.6%)。PTSD 组焦虑发生率显著高于非 PTSD 组($P < 0.01$)。

2.2.2 焦虑症状比较 PTSD 组 BAI 各单项症状发生率、评分及总分均显著高于非 PTSD 组,差异有统计学意义。PTSD 患者 21 项焦虑症状中有 13 项发生率超过半数,由高到低排列前 10 项依次为:担心坏事发生、恐惧、易激惹、惊慌、不能安稳、头昏/头晕、害怕失去控制、肠胃症状、麻木/刺痛感、虚弱。单项条目评分反映严重程度,将 PTSD 患者焦虑症状按程度由高到低排列,前 10 项依次为:担心坏事发生、恐惧、易激惹、惊慌、不能安稳、头昏/头晕、肠胃症状、虚弱、麻木/刺痛感、害怕死亡。见表 1。

2.3 BDI-II 测评结果

2.3.1 抑郁发生率比较 两组抑郁总发生率为 27.3% (288/1056)。PTSD 组抑郁发生率为 76.8% (53/69),其中轻度抑郁 23 例(33.3%),中度抑郁 17 例(24.6%),重度抑郁 13 例(18.8%),无抑郁 16 例(23.2%)。非 PTSD 组抑郁发生率为 23.8% (235/987),其中轻度抑郁 148 例(15.0%),中度抑郁 71 例(7.2%),重度抑郁 16 例(1.6%),无抑郁 752 例(76.2%)。PTSD 组抑郁发生率显著高于非 PTSD 组($P < 0.01$)。两组抑郁程度构成比差异显著($P < 0.01$)。

2.3.2 抑郁症状比较 PTSD 组 BDI-II 各单项症状发生率、评分及总分均显著高于非 PTSD 组,差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。PTSD 患者 21 项抑郁症状中有 20 项发生率超过半数,前 10 项由高到低依次为:食欲改变、睡眠障碍、焦虑不安、忧郁、无乐趣感、注意困难、兴奋易怒、失败感、兴趣丧失、疲乏劳累。根据单项条目评分,将 PTSD 组抑郁症状按程度由高到低排列,前 10 项依次为:睡眠障碍、焦虑不安、食欲改变、注意困难、失败感、兴奋易怒、无乐趣感、兴趣丧失、哭泣、忧郁(表 2)。值得注意的是 BDI-II 第 9 项“自杀意向”评分结果显示,PTSD 组有 29 人出现自杀念头但不会真的去自杀,有 6 人很想自杀。PTSD 组自杀意念发生率为 50.7% (35/69),显著高于非 PTSD 组的 8.8% (87/987),差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表 1 两组 BAI 单项症状发生率、单项分及总分比较

条目	发生率[<i>n</i> (%)]			平均分($\bar{x} \pm s$)		
	PTSD 组(<i>n</i> = 69)	非 PTSD 组(<i>n</i> = 987)	χ^2	PTSD 组(<i>n</i> = 69)	非 PTSD 组(<i>n</i> = 987)	<i>t</i>
总分	—	—	—	42. 41 ± 7. 62	30. 62 ± 7. 24	13. 088 **
麻木/刺痛感	42(60. 9)	216(21. 9)	53. 089 **	0. 78 ± 0. 75	0. 26 ± 0. 53	5. 745 **
感到发热	25(36. 2)	184(18. 6)	12. 569 *	0. 43 ± 0. 63	0. 20 ± 0. 43	3. 067 **
双腿颤抖	28(40. 6)	164(16. 6)	24. 896 **	0. 45 ± 0. 58	0. 19 ± 0. 45	3. 644 **
不能放松	40(58. 0)	341(34. 6)	15. 341 **	0. 72 ± 0. 73	0. 40 ± 0. 59	3. 655 **
担心坏事发生	53(76. 8)	426(43. 2)	29. 465 **	1. 09 ± 0. 84	0. 57 ± 0. 75	5. 484 **
头昏/头晕	44(63. 8)	315(31. 9)	19. 161 **	0. 87 ± 0. 80	0. 38 ± 0. 62	4. 924 **
心跳/心促	35(50. 7)	200(20. 3)	34. 587 **	0. 62 ± 0. 71	0. 24 ± 0. 51	4. 419 **
不能安稳	45(65. 2)	279(28. 2)	41. 400 **	0. 88 ± 0. 77	0. 33 ± 0. 56	5. 735 **
恐惧	50(72. 4)	136(13. 8)	153. 055 **	1. 06 ± 0. 80	0. 15 ± 0. 41	9. 276 **
易激惹	48(69. 6)	288(29. 2)	48. 486 **	0. 97 ± 0. 80	0. 34 ± 0. 58	6. 380 **
感觉窒息	30(43. 5)	81(8. 2)	85. 295 **	0. 46 ± 0. 56	0. 09 ± 0. 31	5. 519 **
手颤	30(43. 5)	106(10. 7)	61. 606 **	0. 55 ± 0. 72	0. 13 ± 0. 41	4. 804 **
发抖	30(43. 5)	128(13. 0)	47. 181 **	0. 51 ± 0. 63	0. 15 ± 0. 41	4. 675 **
害怕失去控制	43(62. 3)	132(13. 4)	111. 746 **	0. 67 ± 0. 56	0. 17 ± 0. 46	7. 267 **
呼吸困难	28(11. 6)	119(12. 1)	43. 786 **	0. 43 ± 0. 56	0. 13 ± 0. 39	4. 431 **
害怕死亡	35(50. 7)	141(14. 3)	61. 655 **	0. 74 ± 0. 82	0. 18 ± 0. 51	5. 581 **
惊慌	46(66. 7)	157(15. 9)	107. 010 **	0. 90 ± 0. 77	0. 17 ± 0. 42	7. 748 **
肠胃症状	43(62. 3)	358(36. 3)	18. 577 **	0. 86 ± 0. 81	0. 45 ± 0. 66	4. 075 **
虚弱	40(58. 0)	275(27. 9)	27. 931 **	0. 81 ± 0. 85	0. 34 ± 0. 60	4. 572 **
脸发红	30(43. 4)	162(16. 4)	31. 756 **	0. 58 ± 0. 76	0. 19 ± 0. 45	4. 169 **
无故流汗	34(49. 3)	146(14. 8)	54. 233 **	0. 68 ± 0. 81	0. 18 ± 0. 48	5. 012 **

注: * *P* < 0. 05, ** *P* < 0. 01

表 2 两组 BDI- II 单项症状发生率、单项分及总分比较

条目	发生率[<i>n</i> (%)]			平均分($\bar{x} \pm s$)		
	PTSD 组(<i>n</i> = 69)	非 PTSD 组(<i>n</i> = 987)	χ^2	PTSD 组(<i>n</i> = 69)	非 PTSD 组(<i>n</i> = 987)	<i>t</i>
总分	—	—	—	20. 30 ± 8. 16	8. 18 ± 7. 62	12. 709 **
忧郁	56(81. 6)	250(25. 3)	97. 675 **	1. 00 ± 0. 61	0. 29 ± 0. 55	0. 333 **
悲观	41(59. 4)	140(14. 2)	92. 920 **	0. 83 ± 0. 82	0. 20 ± 0. 54	6. 217 **
失败感	49(71. 0)	314(31. 8)	43. 932 **	1. 19 ± 0. 92	0. 61 ± 0. 92	5. 004 **
无乐趣感	56(81. 2)	336(34. 0)	61. 338 **	1. 10 ± 0. 73	0. 45 ± 0. 72	7. 245 **
自罪感	37(53. 6)	152(15. 4)	64. 121 **	0. 57 ± 0. 58	0. 16 ± 0. 40	5. 655 **
惩罚感	48(69. 6)	194(19. 7)	90. 941 **	0. 86 ± 0. 75	0. 27 ± 0. 65	7. 158 **
自厌	38(55. 1)	129(13. 1)	85. 460 **	0. 81 ± 0. 82	0. 22 ± 0. 61	5. 839 **
自责	43(62. 3)	393(39. 8)	13. 470 **	0. 97 ± 0. 98	0. 72 ± 1. 00	2. 042 *
自杀意念	35(50. 7)	87(8. 8)	110. 856 **	0. 59 ± 0. 65	0. 09 ± 0. 31	6. 362 **
哭泣	35(50. 7)	293(29. 7)	13. 331 **	1. 07 ± 1. 23	0. 76 ± 1. 25	1. 987 *
焦虑不安	62(89. 9)	214(21. 7)	155. 258 **	1. 43 ± 0. 83	0. 31 ± 0. 67	10. 968 **
兴趣丧失	49(71. 0)	314(31. 8)	43. 932 **	1. 09 ± 0. 92	0. 41 ± 0. 69	6. 014 **
犹豫不决	47(68. 1)	283(28. 7)	46. 701 **	0. 80 ± 0. 68	0. 37 ± 0. 68	5. 013 **
无价值感	37(53. 6)	142(14. 4)	70. 526 **	0. 72 ± 0. 84	0. 20 ± 0. 55	5. 108 **
精力不足	42(60. 9)	383(38. 8)	13. 056 **	0. 75 ± 0. 77	0. 45 ± 0. 62	3. 864 **
睡眠障碍	62(89. 9)	501(50. 8)	39. 602 **	1. 49 ± 0. 87	0. 62 ± 0. 72	8. 117 **
兴奋易怒	53(76. 8)	230(23. 3)	94. 127 **	1. 12 ± 0. 85	0. 26 ± 0. 50	8. 274 **
食欲改变	66(95. 7)	498(50. 5)	52. 941 **	1. 42 ± 0. 72	0. 60 ± 0. 69	9. 579 **
注意困难	56(81. 2)	361(36. 6)	53. 648 **	1. 28 ± 0. 89	0. 55 ± 0. 82	7. 000 **
疲乏劳累	49(71. 0)	403(40. 8)	23. 999 **	0. 87 ± 0. 71	0. 47 ± 0. 63	5. 110 **
性欲缺乏	18(26. 1)	117(11. 9)	11. 717 **	0. 35 ± 0. 66	0. 14 ± 0. 43	2. 515 *

注: 两组间同位比较, * *P* < 0. 05, ** *P* < 0. 01

2.4 PTSD 患者 BAI、BDI-Ⅱ 评分的相关分析
Pearson 相关检验显示,由 EES 评估的地震经历总分(8.90 ± 2.11)与 BAI 总分(42.41 ± 7.62)、BDI-Ⅱ 总分(20.30 ± 8.16)均无明显相关;军龄、是否独生子女、是否吸烟、是否饮酒、进行心理干预与否、兵源与 BAI 总分亦无明显相关,与 BDI-Ⅱ 评分也无明显相关(表 3)。

因素	BAI 评分		BDI-Ⅱ 评分	
	<i>r</i>	<i>P</i>	<i>r</i>	<i>P</i>
军龄	-0.113	0.353	0.007	0.953
独生子女	0.112	0.358	0.135	0.260
吸烟	-0.168	0.168	-0.140	0.251
饮酒	-0.177	0.145	-0.030	0.806
心理干预	-0.024	0.847	-0.117	0.340
兵源	-0.043	0.724	-0.033	0.790
地震经历总分	0.070	0.567	0.077	0.529

3 讨 论

本研究显示,地震 6 个月后救援官兵焦虑发生率为 24.1%,抑郁发生率为 27.3%,PTSD 发生率为 6.5%。提示地震救援经历在灾后 6 个月仍对救援官兵心理健康产生明显影响,并具共病的可能。顾克胜等^[3]在震后半年对参加一线救援的军校学员进行调查,发现 PTSD 发生率 2.05%、焦虑发生率 2.54%、抑郁发生率 13.67%,相比本研究结果明显较低,可能与调查样本的大小、方法学差异等因素有关。

本研究对地震经历总分、军龄、是否独生子女、是否吸烟、是否饮酒、心理干预与否、兵源(农村籍、城市籍)分别与 BAI 总分、BDI-Ⅱ总分进行相关分析,均显示无明显相关,可能与 PTSD 组样本较小等有关。

本研究显示救援官兵 PTSD 组焦虑发生率 91.3%,抑郁发生率 76.8%,显著高于非 PTSD 组。本研究还发现 PTSD 组单项焦虑/抑郁症状发生率、评分均显著高于非 PTSD 组。进一步对 BAI 与 BDI-Ⅱ 单项症状发生率和评分排序,结果表明 PTSD 患者常见且重的焦虑症状主要有:预期性焦虑、恐惧、易激惹、不能安稳、害怕失去控制、胃肠症状、麻木/刺痛感、虚弱等,常见且重的抑郁症状主要有:睡眠障碍、焦虑不安、忧郁、无乐趣感、注意困难、兴趣丧失等。上述焦虑症状符合美国精神障碍诊断与统计手册(第 4 版)(DSM-IV)广泛性焦虑障碍(GAD)诊断标准,部分符合惊恐发作诊断标准,抑郁症状符合 DSM-IV 抑

郁发作(MDD)诊断标准,足以行共病诊断。许多研究证实了 PTSD 共病率高这一观点,Mase 等^[9]对 128 起火灾和 5 起交通事故受害者的研究发现,26.2%的 PTSD 患者合并抑郁发作,24.6%合并广泛性焦虑。亦有学者^[1]认为与抑郁共病会明显增加 PTSD 患者的自杀危险,本研究支持该观点,本研究有 50.7%的 PTSD 患者有自杀意念,显著高于非 PTSD 组。可见重大心理创伤事件后,PTSD 患者较非 PTSD 者存在更显著的焦虑、抑郁和自杀倾向,提示进行干预和治疗时,应针对常见负性情绪症状加强心理卫生知识普及和心理训练。

目前国外关于 PTSD 高共病率的机制和影响因素的研究渐多,但尚未形成统一结论。有学者^[10]认为焦虑症和抑郁症的症状与 PTSD 症状有部分重叠,焦虑和抑郁只是 PTSD 的伴随症状。有学者^[11]则认为创伤暴露后焦虑和抑郁障碍的形成与 PTSD 并行。有研究^[12]发现焦虑或抑郁等精神疾病患者在暴露于创伤事件后更易发生 PTSD。共病者的治疗和预后比单纯 PTSD 患者复杂得多,具有症状重、病程迁延、社会功能损害重、自杀率高和预后差等特点^[10,13]。本研究救援官兵中 PTSD 共病者更有可能出现精神衰退和残疾而产生非战斗减员,因此对共病者及早识别、干预和治疗有着极其重要的意义。有学者^[13]发现创伤前人格特征、创伤后社会支持等可能是 PTSD 共病的影响因素,本研究对此未进行深入探讨。

综上所述,汶川地震救援官兵中 PTSD 患者共病率高,存在显著的焦虑、抑郁和消极意念。应将共病者视为心理救援工作的重点,对部分常见且症状重的负性情绪应予以更有针对性的处理。

【参考文献】

[1] Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior [J]. Am J Psychiatry, 2005, 162 (3): 560-566.

[2] 马 宁,何 鸣,梁光明,等.震后 9 个月部分受灾群众精神痛苦现况调查[J]. 中国心理卫生杂志,2010,24(7):509-513.

[3] 顾克胜,宋端钦,邵水聪,等.汶川地震一线救援人员灾后应激相关障碍状况分析[J]. 军事医学科学院院刊,2010,34(5):476-479.

[4] Huanlin WANG, Hua JIN, Sarah E, et al. Identification of posttraumatic stress disorder and risk factors in military first responders 6 months after Wenchuan earthquake in China [J]. J Affect Disord, 2011, 130(1):213-219.

[5] 王焕林,过 伟, Hua Jin, 等.中国汶川地震现场救援军人创伤后应激障碍及相关因素的调查研究[J]. 中华精神科杂志,2010,43(2):97-101.

只有针对病因,消除慢性刺激因素,才能取得满意的效果^[8-12]。本研究通过建立腺性膀胱炎动物模型,分组给予抗感染、托特罗定及抗感染加托特罗定治疗,分析比较有效的治疗方法。结果提示:抗感染+托特罗定治疗腺性膀胱炎动物模型的效果优于单纯抗感染或单用托特罗定治疗。由于腺性膀胱炎以尿频、尿急、排尿困难等慢性膀胱刺激症状为主,而托特罗定是强有力的抗胆碱药,通过阻断膀胱逼尿肌的 M3 受体,起到直接松弛逼尿肌的作用,同时亦阻断 M2 受体,解除 β_2 受体介导的信号传递抑制,降低膀胱敏感性,间接松弛逼尿肌达到治疗目的^[13-15]。也有文献报道,腺性膀胱炎治疗的主要目的是缓解症状,治疗上应首选考虑去除慢性膀胱刺激的诱因,如用抗生素治疗去除尿路感染等因素,同时还提出要想达到满意的治疗效果,应采用尿动力学检查,明确病因后予有针对性的治疗,可以提高疗效,减少复发。也有学者认为腺性膀胱炎是一种良性增生性病变,不同于移行细胞癌,不存在异常的核酸合成和核分裂象,膀胱灌注治疗往往增加患者的排尿刺激症状和经济负担^[14-18]。这些研究,对于腺性膀胱炎的治疗也具有非常重要的意义。关于腺性膀胱炎的最佳治疗方法,还有待进一步研究。

【参考文献】

- [1] Pantanowitz L, Otis CN. Cystitis glandularis[J]. Diagn Cytopathol, 2008, 36(3): 181-182.
 - [2] Jankovic Velickovic L, Katic V, Hattori T, et al. Differences in the expression of mucins in various forms of cystitis glandularis[J]. Pathol Res Pract, 2007, 203(9): 653-658.
 - [3] 于泓远,刘贤奎,孔垂泽. 腺性膀胱炎的诊断和治疗(附 40 例报告)[J]. 中国现代医学杂志, 2010, 20(2): 464-466.
 - [4] 易 憬,熊 飞,苏良平,等. SD 大鼠腺性膀胱炎动物模型的建立[J]. 临床外科杂志, 2008, 16(8): 553-554.
 - [5] 易 憬,熊 飞,苏良平,等. 腺性膀胱炎动物模型的尿流动力学检查[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(11): 865-867.
 - [6] Srivastava S, Yan B, Chin SY, et al. Nuclear p53 expression is associated with allelic imbalance (TP53) in glandular dysplasia and typical cystitis glandularis: a LCM-based molecular analysis[J]. Clin Genitourin Cancer, 2012, 10(1): 57-59.
 - [7] Zozumi M, Nakai M, Matsuda I, et al. Primary carcinoid tumor of the urinary bladder with prominent subnuclear eosinophilic granules[J]. Pathol Res Pract, 2012, 208(2): 109-112.
 - [8] 宋岩峰,李亚钦,何晓宇. 军人家属及部分女兵下尿路症状调查分析和防治[J]. 东南国防医药, 2004, 6(2): 92-94.
 - [9] 仇永亮,郭春晓,程 文. 托特罗定缓释片治疗膀胱过度活动症的临床研究[J]. 东南国防医药, 2010, 12(6): 487-489.
 - [10] Behzatoğlu K. Malignant glandular lesions and glandular differentiation in invasive/noninvasive urothelial carcinoma of the urinary bladder[J]. Ann Diagn Pathol, 2011, 15(6): 422-426.
 - [11] 易 憬,熊 飞,苏良平,等. 大鼠腺性膀胱炎的病因学研究[J]. 华中科技大学学报:医学版, 2008, 37(4): 547-549.
 - [12] 陈志强,马胜利,吴天鹏,等. 腺性膀胱炎专题讨论[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(1): 60-62.
 - [13] 曾 伟,陈志强,叶章群. 下尿路感染与腺性膀胱炎关系的临床研究[J]. 临床泌尿外科杂志, 2004, 19(6): 350-351.
 - [14] Williamson SR, Lopez-Beltran A, Montironi R, et al. Glandular lesions of the urinary bladder: clinical significance and differential diagnosis[J]. Histopathology, 2011, 58(6): 811-834.
 - [15] 汤 昊,孙颖浩. 腺性膀胱炎及其诊治[J]. 临床泌尿外科杂志, 2008, 23(9): 715-718.
 - [16] Lim M, Adsay NV, Grignon D, et al. Urothelial carcinoma with villoglandular differentiation: a study of 14 cases[J]. Mod Pathol, 2009, 22(10): 1280-1286.
 - [17] 张晓光,徐 勇,杨 阔. 腺性膀胱炎的诊断与治疗(附 64 例报告)[J]. 天津医科大学学报, 2008, 14(2): 200-202.
 - [18] 陈 敏,肖传国,曾甫清,等. 腺性膀胱炎尿流动力学检查及其临床意义[J]. 临床泌尿外科杂志, 2003, 18(6): 344-346.
- (收稿日期:2012-05-24;修回日期:2012-09-04)
(本文编辑:张仲书; 英文编辑:王建东)
-
- (上接第 503 页)
- [6] Chen CH, Lin SK, Tang HS, et al. The Chinese version of the Davidson trauma scale: a practice test for validation[J]. Psychiatry Clin Neurosci, 2001, 55(5): 493-499.
 - [7] 汪向东,王希林,马 弘,等. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京:中国心理卫生杂志社, 1999: 191-194, 251-253.
 - [8] Vogt DS, Proctor SP, King DW, et al. Validation of scales from the deployment risk and resilience inventory in a sample of operation Iraq freedom veterans[J]. Assessment, 2008, 15(4): 391-403.
 - [9] Mase M, Mylle J, Delmeire L, et al. Psychiatric morbidity and comorbidity following accidental man-made traumatic events: incidence and risk factors[J]. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 2000, 250(3): 156-162.
 - [10] Brady KT, Killeen TK, Breserton T, et al. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder[J]. J Clin Psychiatry, 2000, 61(suppl 7): 22-32.
 - [11] Gersons BPR. Diagnostic dilemmas in assessing posttraumatic stress disorder[M]. Posttraumatic stress disorder diagnosis management and treatment edited by Nutt D, Davidson JRT, Zohar J. London, 2000: 29-40.
 - [12] Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders[J]. Can J Psychiatry, 2002, 47(10): 923-929.
 - [13] Tural U, Onder E, Aker T. Effect of depression on recovery from PTSD[J]. Community Ment Health J, 2012, 48(2): 161-166.
- (收稿日期:2012-06-12;修回日期:2012-08-30)
(本文编辑:张仲书; 英文编辑:王建东)