

中国精神障碍流行病学研究概述

黄悦勤

(北京大学第六医院 北京大学精神卫生研究所 国家卫生健康委员会精神卫生学重点实验室 国家精神心理疾病临床医学研究中心,北京 100083)



黄悦勤,教授、医学博士、博士生导师,获国务院特殊津贴;北京大学第六医院社会精神病学与行为医学研究室主任,《中国心理卫生杂志》社长,中国女医师协会精神卫生专业委员会主任委员,中国残疾人康复协会副理事长,中国残疾人联合会第6、第7届副主席,香港大学名誉教授。康复国际执委及政策和服专业委员会主席,美国精神病协会国际理事。从事科研教学和党政管理工作;主编《中国精神卫生调查》《临床流行病学》《精神残疾评定手册》《预防医学》《青少年健康人格》等教材和专著11部,参编52部。发表文章402篇,其中以第一作者或通信作者发表论著213篇。承担一系列国家级、部委级和国际合作项目,其中最重要的是“十二五”国家科技支撑计划项目课题“中国成人精神疾病流行病学调查”及卫生部公益性行业科研专项“中国精神障碍疾病负担及卫生服务利用的研究”和“十三五”国家重点研发计划“中国精神障碍队列研究”;是世界精神卫生调查和10/66痴呆国际合作研究的中国负责人。

摘要 本文综述了我国精神卫生流行病学发展史的3个阶段,概述了精神障碍诊断和分类系统,介绍了复合性国际诊断访谈表、简明国际神经精神访谈表等精神障碍的诊断和筛查工具。关于中国精神障碍流行病学调查及其主要结果,介绍了1982年和1993年国内大样本精神疾病流行病学调查,以及随后的浙江省、昆明市、河北省、山东省、青海省、天水市等省市的调查,重点介绍了由卫生部和科技部共同支持的“中国精神障碍疾病负担和卫生服务利用的研究”,即中国精神卫生调查(CMHS),并分析了我国在过去30年内精神障碍的患病率升高趋势及其原因。最后展望精神障碍的防制,要充分利用以人群为基础的研究证据,研究制定符合中国国情的政策和措施。

关键词 精神障碍;流行病学调查;诊断与筛查;分类系统

中图分类号:R749 文献标志码:A 文章编号:1005-930X(2024)11-1496-05

DOI:10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.11.008

Epidemiological study of mental disorder in China

HUANG Yueqin. (Peking University Sixth Hospital, Peking University Institute of Mental Health, NHC Key Laboratory of Mental Health, National Clinical Research Center for Mental Disorders, Beijing 100083, China)

Abstract This review introduces the three stages of the development history of mental health epidemiology in China, outlines the diagnosis and classification system of mental disorders, and introduces diagnostic and screening tools for mental disorders such as the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Regarding the epidemiological surveys of mental disorders in China and its main results, this review introduces the large-scale epidemiological investigations of mental disorders in China in 1982 and 1993, as well as subsequent investigations in Zhejiang Province, Kunming City, Hebei Province, Shandong Province, Qinghai Province, Tianshui City, etc. It focuses on the “Research on the Burden of Mental Disorders and Health Service Utilization in China” jointly supported by the Ministry of Health and the Ministry of Science and Technology, namely the China mental health survey (CMHS), and analyzes the increasing trend and reasons for the prevalence of most mental disorders in China in the past 30 years. Finally, in the pre-

[基金项目] 国家重点研发计划项目(No. 2017YFC0907800; No. 2017YFC0907801);“十二五”国家科技支撑计划项目(No. 2012BAI01B01);卫生部公益性行业科研专项(No. 201202022)

[收稿日期] 2024-08-29

vention and control of mental disorders, it is necessary to fully utilize population-based research evidence and develop policies and measures that are in line with China's national conditions.

Keywords mental disorders; epidemiological investigations; diagnosis and screening; classification system

1 中国精神卫生流行病学发展史

我国精神卫生流行病学目前整体发展速度与水平位于世界前列,总结我国精神卫生流行病学的发展史,大致可划分为3个阶段。

第一阶段是20世纪50~80年代,此期间的流行病学调查采用的是线索调查,即筛查出对象后,直接由精神科医生对其进行诊断,或者逐户普查。代表性研究有杨德森等^[1]开展的湖南省精神疾病调查(1958—1959年)、刘协和等进行的四川精神病发病情况调查(1973—1975年)和南京神经精神病防治院的南京市精神病流行病学普查(1973—1979年)。第二阶段是20世纪80年代至21世纪初,此期间的调查研究采用《精神现状检查第9版》和《诊断交谈表第2版》作为诊断评价工具,使用《国际疾病分类》第9版(international classification of diseases, ICD-10)、《精神障碍诊断与统计手册》(the diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-III)及《中国精神疾病分类与诊断标准》作为诊断标准,并采用复杂抽样技术进行样本选择。代表性的研究有中国台湾精神障碍患病率调查(1982—1985年)、中国香港沙田区精神障碍调查(1984—1986年)^[2]、1982年中国12地区精神疾病流行病学调查^[3]和1993年中国7地区精神疾病流行病学调查^[4]。第三阶段是本世纪初至今,采用ICD-10、DSM-IV为诊断标准,使用一些国际通用的访谈工具,使用复杂多阶段的抽样技术进行的两阶段或多阶段的连续调查,分别由精神科医生进行半定式检查或调查员进行的定式问卷访谈。在此阶段浙江省(2001年)、江西省(2002年)、西藏自治区(2003年)、河北省(2004年)、辽宁省(2004年)、昆明市(2005年)、深圳市(2005年)、广州市(2006年)、北京市(2010年)、西安市(2010年)等省市先后进行过不同规模的区域性精神障碍流行病学调查^[5]。世界卫生组织(World health organization, WHO)世界精神卫生调查2002年在中国北京和上海两市城区开展了精神障碍流行病学调查^[5];中国精神障碍疾病负担及卫生服务利用的研究在全国完成了抽样调查^[6]。

2 精神障碍诊断和分类系统

2.1 WHO疾病及有关健康问题的国际分类

WHO疾病及有关健康问题的国际分类(ICD),是目前国际上通用的疾病分类方法,是WHO首要推荐的。目前使用最广泛的版本是ICD-10,覆盖所有疾病(包括精神疾病)的分类,适用于世界上各种不同的社会环境。按照我国卫生部的要求,国内各类医疗机构均采用ICD-10的疾病分类和编码。WHO于2007年开始ICD-11的修订工作,2018年6月发布正式版^[7]。国家卫生健康委员会要求2019年3月1日正式启用ICD-11。

2.2 DSM

DSM由美国精神医学学会(American psychiatric association, APA)出版,是在美国及许多国家中最常用的诊断精神疾病诊断分类系统。DSM-IV与ICD-10的分类有许多类似之处,不同之处主要有:(1)采用多轴诊断;(2)个别精神疾病的病程标准不同,如精神分裂症;(3)将疾病严重程度或社会功能损害程度列为诊断标准之一。

多轴诊断是指从不同维度进行疾病诊断的一种方式。DSM-IV共包含5个诊断轴:轴I为临床障碍,轴II为人格障碍及发育障碍,轴III为一般医学情况,轴IV为心理社会问题及环境问题,轴V为病前近1年最高功能水平的全面评定。DSM-IV诊断系统将精神障碍分为17个大类,其中心境障碍、焦虑障碍和物质使用障碍3大类在成人精神障碍中最为常见。2000年APA发布了DSM-IV的修订版(简称为DSM-IV-TR)。2013年APA在DSM-IV-TR的基础上,历时14年完成DSM-V第1版,在诊断及诊断标准制定上与DSM-IV有一定的差异,目前在临床和科研上,DSM-V正逐步代替DSM-IV。

3 精神障碍诊断与筛查工具调查结果

3.1 复合性国际诊断交谈表(composite international diagnostic interview, CIDI)^[8]

CIDI是由WHO推荐的内容全面的、标准化的定式访谈调查表,能够按照ICD-10和DSM-IV的诊

断分类标准作出精神障碍诊断。CIDI适合在不同的文化背景下和不同地区中使用,是目前国际公认的适合非精神卫生专业人员使用的精神障碍流行病学调查工具。CIDI-3.0可以按照DSM-IV分类标准作出精神障碍诊断,包括疾病章节和非疾病章节两个部分。通过疾病章节的询问,配合计算机化的诊断程序,可以获得精神障碍的诊断或筛查结果;非疾病章节包含全面的社会人口学信息、卫生服务利用信息、残疾状况评估以及各类精神疾病密切相关的因素调查,包括经济负担、家庭负担、婚姻经历、童年经历等,可以对精神障碍发生的危险因素和疾病负担的影响因素进行深入细致的分析。目前北京大学精神卫生研究所是WHO在中国唯一授权的中文版CIDI培训中心,经过大量有关CIDI信效度研究,结果证明中文版CIDI是目前国内研究精神障碍的较为理想的社区调查工具^[8]。

3.2 DSM-IV轴 I 障碍的定式临床检查(the Structured clinical interview for DSM, SCID)

SCID是针对DSM诊断系统设计的半定式访谈问卷,主要应用于样本量较少的临床研究,对精神障碍进行诊断。SCID由SCID-I和SCID-II两部分组成,SCID-I主要针对大部分轴I疾病进行评估,SCID-II主要评估轴II的人格障碍。SCID可供熟悉DSM-IV分类和诊断标准的临床精神科医生或受过训练的精神卫生专业人员使用^[9]。目前配套DSM-5的更新版正在研发。

3.3 简明国际神经精神访谈表(mini international neuropsychiatry interview, MINI)

MINI是为DSM-IV和ICD-10中精神疾病的诊断而设计的一个简短结构式诊断交谈问卷,由美国David和欧洲Leclerc等于1990年联合设计,适用于多中心临床试验和流行病学研究,用以进行简短并准确的结构式精神检查,在非研究性医疗机构中也可作为跟踪患者医疗结局的工具。该问卷的条目非常简明,可以在30 min之内完成一次MINI问卷访谈^[10]。

3.4 其他精神障碍流行病学研究工具

精神现状检查第9版(present state examination, PSE-9),PSE-9是由英国精神病学家J.K.Wing等于1967年编制,主要用于非器质性精神病以及成年人神经症的临床和流行病学研究,在我国80年代有过较多的应用,是两次全国大样本精神疾病流行病学调查所使用的诊断工具。

神经精神病学临床评定量表(schedules for

clinical assessment in neuropsychiatry, SCAN)是根据ICD-10设计的问卷,包含内容多,专业性强,评分时需对症状进行判断,由有专业知识和临床检查经验的精神科医师使用^[1]。

3.5 中国精神障碍流行病学调查及其主要结果

3.5.1 1982年和1993年国内大样本精神疾病流行病学调查 1980年由卫生部组织的第1次全国12个地区的精神疾病流行病学调查,不仅取得了较为可信、可比的全国性精神疾病资料,而且积累了精神疾病流行病学大样本调查工作的经验^[3]。在此基础上,1993年卫生部组织了第2次全国7个地区精神疾病调查,动态了解精神疾病的变化情况^[4]。我国这两次大样本的精神障碍流行病学调查结果显示,1993年7个地区各类精神障碍(除神经症)的终生患病率与1982年终生患病率经标准化后比较无显著差异;而其中精神分裂症的患病率城市高于农村,经济水平最低的人群患病率最高。

3.5.2 世界精神卫生调查北京市和上海市部分

世界精神卫生调查联盟于2002—2003年在世界范围内协调组织了世界精神障碍的患病率和严重性调查研究^[11],涉及到的国家和地区超过40个,使用的调查工具是WHO-CIDI,采用的诊断标准是DSM-IV。调查病种包括ICD-10问卷中的抑郁障碍、焦虑障碍、药物使用障碍、创伤后应激障碍、强迫症和人格障碍。调查对象是社区居民,采用入户访谈调查,北京市和上海市的城区是WMHS中的两个调查样本城市,北京市2 633人完成了调查,上海市2 568人完成了调查。调查结果是任何一类调查的精神障碍12个月患病率为7.0%,其中,抑郁障碍患病率2.0%,特殊恐怖症1.9%,间断爆发障碍1.7%。冲动控制障碍(3.1%)最常见,焦虑障碍2.7%,心境障碍2.2%,物质使用障碍1.6%。调查包括的精神障碍终生患病率是13.2%,其中位居前3位的是酒精滥用4.7%,抑郁症3.5%,特殊恐怖症2.6%^[5]。

3.5.3 浙江省精神障碍流行病学调查 浙江省于2001年9—12月开展了精神障碍调查,采用多阶段分层整群抽样方法抽取15岁及以上14 639人完成筛查,4 788人完成诊断。调查由精神科护士用扩展的一般健康问卷(general health questionnaire 12-item, GHQ-12)进行筛查,然后由精神科医生采用SCID对各类精神障碍进行诊断。调查包括的精神障碍时点患病率为17.3%(95% CI: 16.0%~18.7%),最常见的疾病为心境障碍(8.6%, 95% CI: 7.9%~9.5%)、焦虑障碍(4.3%, 95% CI: 3.6%~5.1%)和物

质使用障碍(3.0%, 95% CI: 2.4%~3.8%)。最常见的精神障碍类别是重性抑郁障碍(4.3%, 95% CI: 3.7%~4.9%)、酒精使用障碍(2.9%, 95% CI: 2.3%~3.7%)、心境恶劣障碍(1.6%, 95% CI: 1.3%~1.9%)和特殊恐怖症(1.2%, 95% CI: 0.8%~1.8%)^[12]。

3.5.4 昆明市精神障碍流行病学调查 昆明市于2005年对昆明全市采用多级抽样方法进行抽样,采用CIDI-2.1等调查问卷进行入户调查。调查病种包括心境障碍、焦虑障碍、物质使用障碍、躯体形式障碍等。调查结果为各种精神和行为障碍的时点患病率为10.15%,终生患病率为27.52%,其中烟草所致精神和行为障碍的时点和终生患病率分别3.79%和14.17%,抑郁症的时点和终生患病率分别0.72%和1.79%,精神分裂症时点和终生患病率分别0.6%和0.83%^[13]。

3.5.5 河北省精神障碍流行病学调查 河北省于2004年10月至2005年3月开展了精神障碍流行病学调查,采用多级抽样方法,抽取年龄≥18岁共20 716人完成调查。调查采用改编后的GHQ-12为筛选工具,以DSM-IV为诊断标准;以SCID-I/P为调查诊断工具。调查结果是河北省精神障碍的时点患病率为16.243%,前3位的是抑郁症(2.701%)、未特定的焦虑障碍(2.509%)和心境恶劣障碍(2.312%);终生患病率为18.512%,前3位的是抑郁症(4.747%)、酒精依赖性和滥用性障碍(3.862%)和未特定抑郁障碍(2.551%)^[14]。

3.5.6 其他地方性精神障碍流行病调查 Phillips等^[9]继浙江省调查之后,对山东省、青海省、甘肃天水市进行了调查,由精神科护士用扩展的GHQ-12对调查对象进行筛查,随后由精神科医生以DSM-IV为诊断标准,采用SCID对各类精神障碍进行诊断。调查结果显示,精神障碍30 d患病率是17.5%,心境障碍的患病率是6.1%,焦虑障碍的患病率是5.6%,物质使用障碍是5.9%,精神病性障碍的患病率是1.0%。深圳市2005年精神疾病流行状况调查,采用CIDI-3.0为调查工具,结果显示,神经症终生患病率为13.35%,其中男性为12.9%,女性为13.85%。患病率和严重性与年龄、性别、婚姻状况、经济状况及生活事件等因素有关^[15]。2006年8月广州市进行了精神障碍调查,采用多级抽样7 418人,以CIDI-3.0为调查工具。结果显示广州市各类精神障碍时点患病率为43.31%,终生患病率为157.64%^[16]。自1982年全国第一次大样本精神疾病调查以来,各省市均有不同规模和病种的精神障碍流行病学调

查,由于方法学差异,调查结果的可比性无法保证。

3.6 中国精神卫生调查

国家“十二五”期间,由卫生部和科技部共同支持的“中国精神障碍疾病负担和卫生服务利用的研究”(简称中国精神卫生调查,China mental health survey, CMHS)于2012年启动,研究目的是通过与国际接轨的方法学进行有全国代表性的抽样调查,描述精神障碍的患病率及其分布特征,以及卫生服务利用状况;探讨中国精神障碍和卫生服务利用的人口学和心理社会影响因素。

CMHS样本来源于31个省中具有全国代表性的157个疾病监测点。通过多阶段不等概率抽样的方法调查7大类别精神障碍(心境障碍、焦虑障碍、酒精和药物使用障碍、精神分裂症及其他精神病性障碍、进食障碍、冲动控制障碍和老年期痴呆)的患病率。调查采用两阶段入户面对面访谈,分别由经过培训的非专业人员和精神病医生进行调查。调查工具包括CIDI、SCID、10/66诊断工具包中的社区痴呆筛查表和老年精神检查表。数据的质量控制包括计算机逻辑检查、录音核查、质量控制员的电话核查,以及精神病医生的实地核查。调查人群分布通过加权调整与第6次人口普查人群分布一致,权重考虑了样本入选概率、应答率以及事后分层。

CMHS于2013年7月22日至2015年3月5日进行了现场调查,32 552名受访者完成了调查。调查结果为任何一种精神障碍(不包括老年期痴呆)的加权12个月患病率为9.3%(95% CI: 5.4%~13.3%),加权终生患病率为16.6%(95% CI: 13.0%~20.2%)。焦虑障碍12个月患病率(加权患病率5.0%, 95% CI: 4.2%~5.8%)和终生患病率(7.6%, 95% CI: 6.3%~8.8%)最高。65岁及以上人群老年期痴呆的加权患病率为5.6%(95% CI: 3.5%~7.6%)^[6,17]。

CMHS为中国首次在全国范围内开展的大型精神障碍流行病学调查,在多阶段抽样获得的157个疾病监测点开展,保证了结果的全国代表性。为了减少漏诊频率,CMHS设计了针对拒访或中断访谈、有严重躯体身体疾病或智力残疾受访者的信息收集表。调查采用计算机辅助个人访谈系统在现场调查和质量控制过程中更加节约时间和提高效率。CMHS获得的精神障碍患病率高于1982年和1993年国内大样本精神障碍研究的调查结果,显示我国在过去30年内大多数精神障碍的患病率有升高趋势。分析其原因:第一,与以往研究相比,CMHS使用的研究方法灵敏度更高,更容易识别潜

在病例,尤其是使用的调查工具为完全结构化的精神科诊断性访谈工具,进而能够同时覆盖较轻及严重的精神问题;第二,病耻感导致精神障碍患者隐藏症状现象随着近年来国内健康教育和观念的转变而有所减轻,进而导致社区调查的受访者愿意承认自己的症状;第三,中国改革开放30多年经济以史无前例的速度发展,家庭结构和生活方式的转变、快速的社会变革必然造成了心理压力及应激水平的普遍升高。

与很多国家一样,中国也面临着很多挑战,进而导致心境、认知、行为障碍及相关问题。需要强调的是,过去几十年内精神分裂症在包括中国在内的多数国家的患病率相近,提示遗传因素在其发生中发挥的重要作用。CMHS获得的精神障碍终生患病率(16.6%)显示,中国成人中受到过精神障碍的困扰的比较较高,从而造成较大的疾病负担。因此,我国政府应该更加重视精神障碍的防治,实施有效的干预措施,进行精神健康促进,对于中国未来的政策制定及临床实践具有启发和驱动作用;而针对CMHS数据的分析及结果的解读对于促进国内外精神卫生状况的认识和发展有重要意义,对于理解全球精神健康问题至关重要。展望未来,对于精神障碍的防制,要充分利用以人群为基础的研究证据,整合国际先进的理论和方法,研究制定符合中国国情的政策和措施。同时,精神障碍流行病学研究需要有优良的方法学保证,也需要有足够的经费支持,对于国家政策制定者和科研人员都是挑战和机遇。

参考文献:

- [1] 黄悦勤. 中国精神卫生调查——研究方案[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2022.
- [2] 黄悦勤. 中国精神障碍流行病学研究[J]. 中华流行病学杂志, 2012, 33(1): 15-16.
- [3] 12地区精神疾病流行病学调查协作组. 国内12地区精神疾病流行病学调查的方法学及资料分析[J]. 中华神经精神科杂志, 1986, 19(2): 65-69.
- [4] 张维熙, 沈 渔, 李淑然, 等. 中国七个地区精神疾病流行病学调查[J]. 中华精神科杂志, 1998, 31(2): 69-71.
- [5] SHEN Y C, ZHANG M Y, HUANG Y Q, et al. Twelve month prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in metropolitan China[J]. Psychological medicine, 2006, 36(2): 257-268.
- [6] HUANG Y Q, WANG Y, WANG H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. The lancet psychiatry, 2019, 6(3): 211-224.
- [7] LU J, HUANG Y Q, LIU Z R, et al. Validity of Chinese version of the composite international diagnostic interview-3.0 in psychiatric settings[J]. Chinese medical journal, 2015, 128 (18) : 2462-2466.
- [8] KESSLER R C, USTUN T B. The world mental health (wmh) survey initiative version of the world health organization (who) composite international diagnostic interview (CIDI)[J]. International journal of methods in psychiatric research, 2004, 13(2): 93-121.
- [9] PHILLIPS M R, ZHANG J, SHI Q, et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey[J]. Lancet, 2009, 373(9680): 2041-2053.
- [10] 司天梅, 舒 良, 党卫民, 等. 简明国际神经精神访谈中文版的临床信效度[J]. 中国心理卫生杂志, 2009, 23(7): 493-497.
- [11] DEMYTTENAERE K, BRUFFAERTS R, POSADA-VILLA J, et al. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the world health organization world mental health (WMH) surveys[J]. Journal of the American medical association, 2004, 291(21): 2581-2590.
- [12] 石其昌, 章健民, 徐方忠. 浙江省15岁及以上人群精神疾病流行病学调查[J]. 中华预防医学杂志, 2005, 39(4): 229-236.
- [13] 杨家义, 阮 冶, 黄悦勤, 等. 昆明市精神障碍患病率与卫生资源利用研究[J]. 现代医药卫生, 2009, 25(14): 2102-2105.
- [14] 栗克清, 崔 泽, 崔利军, 等. 河北省精神障碍的现状调查[J]. 中华精神科杂志, 2007, 40(1): 36-40.
- [15] 张毅宏, 胡纪泽, 胡赤怡, 等. 深圳市神经症流行病学调查[J]. 中国公共卫生, 2006, 22 (7) : 866-867.
- [16] 赵振环, 黄悦勤, 李 洁, 等. 广州地区常驻人口精神障碍的患病率调查[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2009, 35(9): 530-534.
- [17] LU J, XU X F, HUANG Y Q, et al. Prevalence of depressive disorders and treatment in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. The lancet psychiatry, 2021, 8(11): 981-990.

本文引用格式:

黄悦勤. 中国精神障碍流行病学研究概述[J]. 广西医科大学学报, 2024, 41(11): 1496-1500. DOI: 10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.11.008

HUANG Y Q. Epidemiological study of mental disorder in China[J]. Journal of Guangxi medical university, 2024, 41(11): 1496-1500. DOI: 10.16190/j.cnki.45-1211/r.2024.11.008