

6 Collins MM, Loughran S, Davidson P, et al. Nasal polyposis: prevalence of positive food and inhalant skin tests [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2006, 135(5):680-683.

7 何宁, 梁建平, 陈俊, 等. IGF-1R 在鼻息肉组织的表达与变异性因素的关系 [J]. *临床耳鼻咽喉头颈外科杂志*, 2011, 25(22):1019-1024.

8 Van Cauwenberge P, Gevaert P, Van Hoescke H, et al. New insights into the pathology of nasal polyposis; the role of superantigens and IgE [J]. *Verh K Acad Geneeskd Belg*, 2005, 67(1):5-28.

9 Bernstein JM, Allen C, Rich G, et al. Further observations on the role of Staphylococcus aureus exotoxins and IgE in the pathogenesis of nasal polyposis [J]. *Laryngoscope*, 2011, 121(3):647-655.

10 Shaw JL, Ashoori F, Fakhri S, et al. Increased percentage of mast cells within sinonasal mucosa of chronic rhinosinusitis with nasal polyp patients independent of atopy [J]. *Int Forum Allergy Rhinol*, 2012, 2(3):233-240.

11 Pratt E, Collins AM, Sewell WA, et al. Antigen selection in IgE antibody from individual with chronic rhinosinusitis with nasal polyps [J]. *Am J Rhinol Allergy*, 2010, 24(6):416-421.

12 何宁, 梁建平, 陈俊, 等. 伴鼻息肉慢性鼻炎及鼻窦炎患者变应原皮肤点刺试验的意义 [J]. *中国耳鼻咽喉头颈外科*, 2009, 16(8):444-446.

[收稿日期 2012-05-10][本文编辑 杨光和 韦颖]

课题研究 · 论著

# 认知行为治疗联合氟西汀干预儿童及青少年抑郁症的研究

吴歆, 黄玲, 石捷, 赵玮琳, 雷灵

基金项目: 广西自然科学基金资助项目(编号:桂科回0639012)

作者单位: 530021 南宁, 广西壮族自治区人民医院

作者简介: 吴歆(1968-), 男, 医学硕士, 副主任医师, 研究方向: 儿童及青少年精神和心理疾病诊治。E-mail: wuxin888@hotmail.com

通讯作者: 黄玲(1972-), 女, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 精神和心理疾病的诊治。E-mail: hl2000@yahoo.cn

**[摘要]** **目的** 探讨治疗儿童及青少年抑郁症的有效方法。**方法** 采用开放式的随机对照研究(RCT)方法将符合抑郁症诊断标准(年龄在12~18岁)的儿童及青少年患者122例, 随机分为治疗组42例[认知行为治疗(CBT)+氟西汀治疗]; 单纯CBT治疗组43例和单纯氟西汀治疗组37例。在治疗前和治疗后应用全面功能评估量表(GAF)、全面关系功能评估量表(GARF)、临床全面印象量表(CGI-S)进行评估; 在治疗前和治疗第2、第4、第6、第8、第12周应用汉密尔顿抑郁量表(HRS)、抑郁情绪温度计(T-S)和暴躁情绪温度计(T-I)进行评估, 以判断疗效。**结果** 三组的HRS、T-I、T-S评分随着治疗的时间增加逐步减分, 治疗前后有明显的差异( $P < 0.01$ ), 而三组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。三组治疗前后的CGI、GARF、GAF评分均有明显的差异( $P < 0.01$ ); 而其中以CBT组的CGI、GARF、GAF评分治疗前后比较差异最为明显( $P < 0.01$ ), 与其他组比较差异亦有统计学意义( $P < 0.01$ )。**结论** 国际上通用的CBT治疗指南适用于儿童及青少年抑郁症的治疗。CBT+氟西汀治疗、单纯CBT治疗、单纯氟西汀治疗三种方法都可以有效治疗儿童及青少年抑郁症, 但以CBT单纯治疗的效果更优。

**[关键词]** 儿童及青少年抑郁症; 认知行为治疗; 氟西汀治疗

**[中图分类号]** R 749.94 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)08-0702-06

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.04

**A study of the cognitive behavioral therapy combined with fluoxetine intervention for children and adolescents depression** WU Xin, HUANG Ling, SHI Jie, et al. *The People's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China*

**[Abstract]** **Objective** To study the most effective treatment for children and adolescents depression. **Methods** The open mode of randomized controlled study (RCT) was conducted. The children and adolescents ( $n = 122$ ) at the age of 12~18 years who were complied with depression diagnosis standard were divided into the 3 groups: cog-

nitive behavioral therapy(CBT) + Fluoxetine group ( $n=42$ ); CBT group ( $n=43$ ) and Fluoxetine group ( $n=37$ ). Before treatment and after treatment, the Global Assessment Function (GAF), the Global Assessment of Relational Functioning (GARF), Clinical Global Impression (CGI-S), and before treatment, 2nd w, 4th w, 6th w, 8th w and 12th w after the beginning of treatment, the Hamilton depression scale (HRSD), Depressed mood thermometer (T-S) and Irritable mood thermometer (T-I) were conducted to evaluate the treatment effect. **Results** HRSD, T-I and T-S scores of 3 groups were reducing gradually with the time of treatment were found, and before and after treatment were significantly different ( $P < 0.01$ ), but within the three groups were not different. Before and after treatment CGI, GARF, GAF scores of the 3 groups were significantly different ( $P < 0.01$ ). Before and after the treatment, CGI, GARF, GAF scores of the CBT group were significantly different with the other group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion**

The international general CBT treatment guidelines can be used for children and adolescents depression. The CBT, CBT + Fluoxetine and Fluoxetine alone could be an effective treatment for children and adolescents depression. CBT seemed to be most effective therapy for children and adolescents depression.

**[Key words]** Children and adolescents depression; Cognitive behavioral therapy(CBT); Fluoxetine

抑郁症是以明显而持久的心境低落为主的一组精神障碍。大约有4%~8%的儿童及青少年受到抑郁症困扰,严重影响他们的心身健康、社会交往和学习成绩等<sup>[1]</sup>。有证据表明不同种族和不同文化背景下的抑郁症临床症状以及治疗方法亦有不同,药物治疗以及心理治疗对不同对象其疗效也有差异<sup>[2]</sup>。我们按国际上儿童及青少年认知行为治疗(cognitive behavioral therapy, CBT)指南的方案要求,分别应用CBT+氟西汀治疗、单纯CBT治疗及单纯氟西汀治疗三种方法对儿童及青少年抑郁症进行干预治疗,观察并评价三种方法的疗效,现报告如下。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选择2006-06~2011-06广西壮族自治区人民医院心理卫生中心的门诊或住院自愿参与、12~18岁、符合美国《精神障碍诊断和统计手册(DSM-IV)》诊断标准中诊断为儿童及青少年抑郁症患者共122例,其中男性42例,女性80例。

**1.1.1 入组标准** 符合DSM-IV诊断标准诊断抑郁症者中包括重性抑郁症(MDD)、慢性心境障碍(DD)。抑郁症状至少持续6周以上,且至少出现在两个场合以上(家里、学校和同学交往中等);正在采用精神兴奋剂治疗的注意力缺陷(ADHD)经治疗后症状稳定者;智商(IQ) > 80分者。

**1.1.2 排除标准** 目前或既往患有癫痫、双向情感障碍、品行障碍者;目前有物质滥用或依赖者;普遍发育迟滞或思维障碍者;正在使用抗精神药物治疗和其他心理治疗者;两次以上应用SSRI类抗抑郁药物治疗失败且不能耐受氟西汀治疗者;患有严重的躯体疾病者;心电图有明显异常者;患者或父母因智力缺陷或语言能力妨碍CBT治疗者;父母拒绝参与者;有严重的自杀和/或自伤倾向的患者。

**1.1.3 退出标准** 参与后强烈要求退出者;出现躁狂症状或有严重的自杀倾向和自杀行为需要住院者;出现严重的药物毒副作用或怀疑急性5-羟色胺综合征者。

**1.2 治疗分组与治疗方法** 治疗分为CBT+氟西汀组(42例)、单纯CBT组(43例)和单纯氟西汀组(37例)。

**1.2.1 CBT治疗** 按澳大利亚莫纳什大学发展心理学和精神病学科编写的《儿童青少年认知行为治疗指南》的方案进行<sup>[3]</sup>,其中包括患者和家长两个治疗部分。急性期治疗每次治疗45~50 min,每周治疗1次,共12次,12周后改为每月治疗1次作为支持性维持治疗,治疗3个月。患者治疗内容包括:放松训练、认知治疗、解决问题训练、调节情绪、社交训练和脱敏疗法等。父母治疗内容包括:心理辅导、冲动行为控制、突发事件处理、解决问题训练和处理自己的焦虑和抑郁情绪等。CBT治疗由有心理咨询师资格的两位治疗师固定担任治疗。治疗师在进行治疗前必须接受过有关科研方法培训,治疗中必须严格按照《治疗指南》的每一项要求规范治疗,治疗后详细记录每次治疗的过程和内容并接受相关人员的监督。应用特殊治疗方法必须进行录像以保证其严肃性。

**1.2.2 盐酸氟西汀治疗** 盐酸氟西汀为美国礼来公司生产,剂型胶囊,剂量20 mg/粒,由精神科医生负责开方,治疗前详细告知患者及其父母药物的疗效和可能出现的毒副作用并签发告知同意书。开始的剂量为10 mg/d,以后逐渐增至20 mg/d(如果有必要最大剂量可达到60 mg/d),每周由治疗医师对服药情况及反应进行访查1次,治疗时间为3个月。

**1.3 评估方法**

1.3.1 汉密尔顿抑郁量表(HRSD)<sup>[4]</sup> 本研究采用的是24项版本,是临床上评定抑郁状态时用得最普遍的他评量表,项目采用五级评分法,即分为:无、轻度、中度、重度和极重度。测试时间为治疗前和治疗第2、第4、第6、第8、第12周。

1.3.2 贝克抑郁自评问卷(BDI)<sup>[4]</sup>(由美国著名心理学家A. T. Beck编制) 本研究采用13项版本进行测试。分别为抑郁、悲观、失败感、满意感缺如、自罪感、自我失望感、消极倾向、社交退缩、犹豫不决、自我形象改变、工作困难、疲乏感、食欲丧失。各项均为0~4分四级评分。测试时间为治疗前。

1.3.3 纽约州立精神病协会儿童及青少年药物副作用量表<sup>[3]</sup> 为了监控药物治疗的毒副作用,每次回访时由临床医生询问和评估患者可能出现的一些心血管系统、胃肠道系统、中枢神经系统、皮肤系统、视觉系统和泌尿系统的症状。

1.3.4 学龄期儿童情感障碍和精神分裂症评估进度表(K-SADS-PL)<sup>[5]</sup> 由临床医生对K-SADS-PL进行诊断轴-1评估。它不仅可以判断目前正在发作的抑郁症,还可以发现既往出现的抑郁症状。大量的证据显示K-SADS-PL与DSM-IV诊断标准有很高的相关性以及较高的重测信度和效度。测试时间为治疗前。

1.3.5 全面功能评估量表(GAF)和全面关系功能评估量表(GARF)<sup>[4]</sup> GAF是一个总分100分的量表,用于全面评估患者目前心理、社会和职业功能,分数越高反映越好。GARF也是一个总分100分的量表,用于全面评估目前家庭关系及其功能,包括解决问题的能力、家庭结构和环境,高分表示好的家庭

关系和功能。评估时间为治疗前和治疗后12周。

1.3.6 临床全面印象量表(CGI-S)<sup>[4]</sup> CGI在国内外广泛用于很多儿童精神药物的临床研究中,是全面评估临床疗效和疾病严重程度的工具。它应用7个级别来判断疗效和疾病严重程度。评估时间为治疗前和治疗后12周。

1.3.7 抑郁情绪温度计(T-S)和暴躁情绪温度计(T-I)<sup>[3]</sup> T-S和T-I均是总分100分的量表,T-S用于测评当前患者抑郁情绪的程度,分数越高反映抑郁情绪越明显。T-I用于测评当前患者暴躁情绪的程度,分数越高反映暴躁情绪越明显。评估时间为治疗前和治疗后第2、第4、第6、第8、第12周。

1.3.8 不上学时间 用于评估患者的上学情况,主要反映患者的个人功能如学习功能和上学能力,用评估前2周不上学时间占该上学时间的百分数表示。公式:不上学时间÷应该上学时间×100%。评估时间为治疗前。

1.4 统计学方法 应用SPSS19.0软件包进行统计学分析,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,多组比较采用单因素方差分析,不同时间比较采用重复测量设计两因素多水平的方差分析,计数资料采用 $\chi^2$ 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 三组的基线资料比较 三组的年龄、性别、发病时间(M)、BDI、HRSD、T-I、T-S、CGI、GAF、父母离异比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。不上学时间(W)、GARF比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表1。

表1 三组的基线资料比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	性别		父母离异		年龄(岁)	发病时间(M)	不上学时间(W)	BDI(分)
		男	女	无	有				
CBT+氟西汀组	42	18	24	30	12	16.05±1.86	7.6±7.12	29.05±40.5	21.57±5.35
CBT组	43	13	30	34	9	16.09±1.78	8.81±8.61	7.67±22.53	21.67±4.59
氟西汀组	37	11	26	32	5	15.7±1.29	9.19±11.38	22.7±36.98	21.08±4.2
$\chi^2/F$	-	2.019		11.995		0.627	0.340	7.785	0.172
P	-	0.364		0.052		0.536	0.713	0.020	0.842

  

组别	例数	HRSD(分)	T-I(分)	T-S(分)	CGI(分)	GAF(分)	GARF(分)
CBT+氟西汀组	42	43.31±9.69	73.69±19.54	76.21±19.10	5.33±0.82	53.98±7.74	59.6±9.65
CBT组	43	44.65±9.17	69.42±20.59	80.47±14.99	5.05±0.65	55.79±7.00	54.53±10.21
氟西汀组	37	45.68±9.25	74.32±24.24	76.22±12.5	5.38±0.76	53.57±7.18	55.19±7.59
$\chi^2/F$	-	0.635	0.642	0.997	2.418	1.078	3.659
P	-	0.532	0.528	0.372	0.093	0.344	0.029

**2.2 三组治疗效果比较** 三组的治疗前后 CGI、GARF、GAF 评分均有明显降低,说明三种方法均可以有效治疗儿童及青少年抑郁症,而其中 CBT 组疗效最为显著,与其他组比较差异有统计学意义( $P <$

0.05)。三组的 T-I、T-S、HRSD 评分随着治疗的时间增加逐步减分,治疗前后比较差异有统计学意义( $P < 0.05$ ),说明三组治疗有明显的疗效,但三组间比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

表 2 三组不同阶段的治疗效果比较[( $\bar{x} \pm s$ ),分]

组 别	例数	时间阶段	HRSD	T-I	T-S	CGI	GAF	GARF
CBT + 氟西汀组	42	治疗前	43.31 ± 9.69	73.69 ± 19.54	76.21 ± 19.10	5.33 ± 0.82	53.98 ± 7.74	59.6 ± 9.65
		治疗后 2 周	30.32 ± 11.475	51.95 ± 19.517	52.16 ± 24.520	-	-	-
		治疗后 4 周	23.58 ± 11.287	46.84 ± 26.417	43.68 ± 28.985	-	-	-
		治疗后 6 周	22.53 ± 14.613	41.32 ± 29.031	28.16 ± 28.437	-	-	-
		治疗后 8 周	16.47 ± 16.503	28.16 ± 24.944	29.21 ± 29.329	-	-	-
		治疗后 12 周	12.05 ± 13.622	13.32 ± 17.227	18.11 ± 25.402	2.05 ± 1.559	76.53 ± 11.301	79.26 ± 8.362
CBT 组	43	治疗前	44.65 ± 9.17	69.42 ± 20.59	80.47 ± 14.99	5.05 ± 0.65	55.79 ± 7.00	54.53 ± 10.21
		治疗后 2 周	30.80 ± 11.869	40.80 ± 28.124	45.00 ± 26.602	-	-	-
		治疗后 4 周	24.15 ± 10.914	41.00 ± 28.582	39.75 ± 25.088	-	-	-
		治疗后 6 周	15.90 ± 6.092	28.50 ± 25.324	24.00 ± 18.987	-	-	-
		治疗后 8 周	13.05 ± 7.466	20.00 ± 23.534	20.50 ± 25.313	-	-	-
		治疗后 12 周	7.35 ± 5.512	6.25 ± 9.984	4.85 ± 10.124	1.15 ± 0.736	82.15 ± 3.255	82.10 ± 4.727
氟西汀组	37	治疗前	45.68 ± 9.25	74.32 ± 24.24	76.22 ± 12.5	5.38 ± 0.76	53.57 ± 7.18	55.19 ± 7.59
		治疗后 2 周	34.29 ± 10.125	54.12 ± 20.244	56.76 ± 16.231	-	-	-
		治疗后 4 周	27.94 ± 12.038	38.53 ± 23.013	41.18 ± 16.099	-	-	-
		治疗后 6 周	22.35 ± 15.492	33.53 ± 27.011	26.76 ± 22.826	-	-	-
		治疗后 8 周	18.24 ± 14.097	20.59 ± 22.689	21.18 ± 29.518	-	-	-
		治疗后 12 周	12.00 ± 14.039	15.88 ± 25.775	19.12 ± 28.985	2.12 ± 1.805	74.47 ± 14.364	75.82 ± 14.565
$F_{\text{治疗组间}}^{\nabla}$		1.967	1.824	0.639	7.852	5.730	7.457	
$F_{\text{时间阶段}}^{\nabla \nabla}$		8.784	17.338	17.733	66.067	57.643	46.991	
$F_{\text{时间阶段} \times \text{治疗组}}$		3.071	1.904	2.690	2.823	3.684	1.581	
$P_{\text{治疗组间}}$		0.145	0.167	0.530	0.001	0.004	0.001	
$P_{\text{时间阶段}}$		0.004	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	
$P_{\text{时间阶段} \times \text{治疗组}}$		0.051	0.067	0.011	0.064	0.028	0.211	

注:  $\nabla$ : Tests of Between-Subjects Effects;  $\nabla \nabla$ : Tests of Within-Subjects Effects (Greenhouse-Geisser)

**2.3 药物副作用** 本研究发现氟西汀治疗组和 CBT + 氟西汀治疗组均出现有不同程度(5.9% ~ 57.9%)的药物副作用,包括心血管系统、消化系统、中枢神经系统、口腔和鼻腔、视觉变化等。其中以消化系统的副作用最为多见。见表 3。心血管系统副作用主

要是轻度头痛、头晕和心动过速;消化系统副作用主要是轻度食欲减退、心口灼热感、恶心、食欲增加等;中枢神经系统副作用主要是轻度嗜睡、多汗、兴奋、注意力不集中等;视觉副作用主要是轻度视力模糊;口腔和鼻腔的副作用主要是轻度口干和鼻塞等,药

物剂量与出现药物副作用有量效关系,使用 10 mg 出现副作用明显少于使用 20 ~ 40 mg 时,两者比较

差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。使用 20 ~ 40 mg 之间的副作用比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。

表 3 两组副作用比较 [n(%)]

组别	例数	心血管系统	消化系统	中枢神经系统	口腔和鼻	视觉改变
CBT + 氟西汀组	38	18(47.4)	22(57.9)	14(36.8)	16(42.1)	4(10.5)
氟西汀组	34	14(41.1)	12(35.3)	6(17.6)	4(11.8)	2(5.9)
$\chi^2$	-	0.552	5.036	4.991	11.976	0.867
$P$	-	0.517	0.029	0.031	0.001	0.443

**2.4 脱落病例分析** 入组病例 122 例,脱落病例 10 例,占 8.2%。其中 CBT + 氟西汀组 4 例、CBT 组 3 例、氟西汀组 3 例,各组之间脱落例数比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。中途退出者在年龄、BDI、HRSD、T-I、T-S、CGI、GAF、GARF 等基线指标上与完成治疗者比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ),表明脱落(中途退出)是随机的,未显示出规律性。值得指出的是,所有中途退出者由于不再接受治疗(治疗期间为学校放假时间),因此不上学时间统计为 0。

### 3 讨论

**3.1** 本研究显示 CBT 治疗、CBT + 氟西汀治疗和氟西汀单独治疗均可以有效治疗儿童及青少年抑郁症。三组的 HRSD、T-I、T-S 的评分随着治疗的时间增加逐步减分,治疗前后比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ ),说明三组治疗均有明显的疗效,但三组间比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。三组治疗前后 CGI、GARF、GAF 评分比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。三组治疗均能明显降低 CGI 评分,说明三种方法均可以有效治疗儿童及青少年抑郁症,其中以 CBT 组的 CGI、GARF、GAF 评分治疗前后比较差异最为明显,与其他两组比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。说明 CBT 治疗儿童及青少年抑郁症的疗效显著。

**3.2** CBT 是一种以认知理论为基础的心理治疗方法,认为人的思维、情感和行为相互影响,互为因果,通过改变其中之一或之二后其他要素可随之改变。主要针对和改变儿童及青少年抑郁症患者自信心低下、专注于事件的负面因素、缺乏信心和愉悦感、缺乏解决问题的技巧和社会竞争的能力低下等方面。国际上采用《儿童及青少年认知行为治疗指南》<sup>[3,6,7]</sup> 治疗儿童及青少年抑郁症的临床研究发现 CBT 治疗儿童及青少年抑郁症的有效率在 40% ~ 87% 之间,而在采用 CBT 治疗的复发率明显减

少<sup>[6]</sup>。本研究显示,采用 HRSD、T-I、T-S 评估疗效时,与其他治疗方法比较差异无统计学意义;采用 CGI、GARF、GAF 评估疗效时,似乎 CBT 的疗效更佳。其原因可能与父母或患者对药物治疗副作用的担心而导致药源性的焦虑和抑郁有关,但还需要今后研究证实。因此,采用国际上通用 CBT 治疗指南可以适用于治疗在中国的文化背景下的儿童及青少年抑郁症。

**3.3** 本研究显示氟西汀治疗组和 CBT + 氟西汀治疗组均出现有不同程度(5.9% ~ 57.9%)的药物副作用,包括心血管系统、消化系统、中枢神经系统、口腔和鼻腔、视觉变化等。其中以消化系统的副作用最为多见,均未发现有皮肤、泌尿系统、肌肉和骨骼方面的副作用。这些副作用比较轻微,持续 1 ~ 2 周后自行消退。药物使用 10 mg 时出现副作用明显少于 20 ~ 40 mg,差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。本研究脱落病例 10 例,但各组脱落例数比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。脱落者的年龄、BDI、HRSD、T-I、T-S、CGI、GAF、GARF 与各组中完成治疗者比较差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。而脱落者的性别、发病时间(M)与各组中完成治疗者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。脱落者的不上学时间(W)与各组中完成治疗者比较差异有统计学意义 ( $P < 0.01$ )。

综上所述,CBT 联合氟西汀治疗、氟西汀单独治疗和 CBT 单独治疗均可以安全和有效地治疗儿童及青少年抑郁症。国际上使用的 CBT 治疗指南可以适用于我国的儿童及青少年抑郁症患者的治疗。

### 参考文献

- 1 Sharp SC, Hellings JA. Efficacy and safety of selective serotonin reuptake inhibitors in the depression in children and adolescents [J]. Clin Drug Invest, 2006, 26(5): 247 - 255.
- 2 Chang, RS. Examination of cultural differences and cultural variables related to somatic symptoms expression between Chinese-American and European-American college students. Dissertation Abstracts international: section B: The Sciences and Engineering, 2003, 64 (4 -

- B):1894.
- Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, et al. A comparison of cognitive-behavioral therapy, Sertraline, and their combination for adolescent depression[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006; 45(10): 1151-1161.
  - 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 湖南:湖南科学技术出版社, 2003:1-154.
  - Dopheide JA. Recognizing and treating depression in children and adolescents [J]. Am J Health Syst Pharm, 2006, 63(3):233-243.
  - Compton SN, March JS, Brent D, et al. Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: An evidence-based medicine review [J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2004, 43(8):930-959.
  - March J, Silva S, Petryckis, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression [J]. JAMA, 2004, 292(7):807-820.
- [收稿日期 2012-04-25][本文编辑 黄晓红 吕文娟]

## 课题研究·论著

# 孤立性肺结节恶性病变的危险因素分析

阳世雄, 王斌强, 曾建业, 韦涌初, 黄思光

基金项目: 广西科技开发项目(编号:桂科攻 0816004-18)

作者单位: 530031 广西, 南宁市第二人民医院心胸外科

作者简介: 阳世雄(1971-), 男, 医学硕士, 硕士研究生导师, 副主任医师, 副教授, 研究方向: 心胸外科临床研究。E-mail: yangjx450103@163.com

通讯作者: 曾建业(1955-), 男, 医学硕士, 硕士研究生导师, 主任医师, 教授, 研究方向: 心胸外科临床研究。E-mail: zjy4811633@163.com

**[摘要]** **目的** 探讨孤立性肺结节恶性病变的危险因素。**方法** 统计 120 例孤立性肺结节的临床特征, 对这些临床特征与孤立性肺结节的性质之间的关系作单因素分析, 进一步对有统计学意义者作多因素分析。**结果** 120 例中有 64 例(53.3%) 术后病检结果为恶性病变。单因素分析中, 吸烟史、结节大小、年龄及影像学表现 4 个因素差异具有统计学意义。多因素分析中年龄、影像学表现两个因素差异具有统计学意义。**结论** 吸烟史、结节大小、年龄及影像学表现, 尤其是后二者是孤立性肺结节恶性病变的危险因素, 综合分析这些因素, 可提高对孤立性肺结节良恶性判断的准确性。

**[关键词]** 孤立性肺结节; 危险因素; 诊断

**[中图分类号]** R 563 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1674-3806(2012)08-0707-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.08.05

**Analysis on risk factors of malignant solitary pulmonary nodule** YANG Shi-xiong, WANG Bin-qiang, ZENG Jian-ye, et al. Department of Cardiology and Thoracic Surgery, the Second People's Hospital of Nanning, Guangxi 530031, China

**[Abstract]** **Objective** To investigate the risk factor of malignant solitary pulmonary nodule (SPN). **Methods** A monoivariate analysis was used for exploring the correlation between clinical characteristics and pathological characteristics in 120 patients with SPN and then a multivariate analysis was performed in the factors with significant difference. **Results** Sixty-four patients postoperatively were proved to be malignant SPN. There was significant correlation between four factors (namely smoking, nodule size, age, image characteristics) and pathological characteristics in monoivariate analysis. However only two factors (age and image characteristics) were left in multivariate analysis. **Conclusion** Smoking, nodule size, age and image characteristics, especially age and image characteristics, are the risk factors of malignant SPN. With a overall analysis for these factors, doctors can improve diagnosis accuracy of SPN.

**[Key words]** Solitary pulmonary nodule (SPN); Risk factor; Diagnosis