

## · 病例报告 ·

## 成年阿斯伯格综合征共病双相情感障碍 1 例

张秀双 王蕊 陈丽丽 陆峥 孙玉军

215316 昆山市精神卫生中心临床心理科(张秀双、王蕊、陈丽丽、孙玉军); 200065 上海,

同济大学附属同济医院精神医学科(陆峥)

通信作者: 孙玉军, Email: syj441230@126.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2025.03.012

【关键词】 阿斯伯格综合征; 双相情感障碍; 成年期

**A case report of adult Asperger's syndrome with bipolar disorder** Zhang Xiushuang, Wang Rui, Chen Lili, Lu Zheng, Sun Yujun

Department of Clinical Psychology, Kunshan Mental Health Center, Kunshan 215316, China (Zhang XS, Wang R, Chen LL, Sun YJ); Department of Psychiatry, Tong Ji Hospital, Shanghai Tong Ji University School of Medicine, Shanghai 200065, China (Lu Z)

Corresponding author: Sun Yujun, Email: syj441230@126.com

【Key words】 Asperger's syndrome; Bipolar disorder; Adult

阿斯伯格综合征(Asperger's syndrome, AS)是一种神经系统发育障碍性疾病,主要表现为社交活动异常,局限、刻板和重复的兴趣与活动,常伴有明显的笨拙行为。AS一般在儿童期起病,多数患者智力正常,因没有语言发育延迟,有些患者不易被发现,甚至成年后才被正确诊断。很多成年期AS会共病精神障碍<sup>[1]</sup>。本文报道1例成年期AS共病双相情感障碍患者的病情演变和诊治经过,以期为临床工作提供参考。本研究已获得患者及家属知情同意,并获得昆山市精神卫生中心医学伦理委员会审批[批件号:昆精伦批第(8)号]。

**临床资料** 患者女,25岁,因“自幼人际交往差,兴趣爱好局限,不悦、疲乏3年,兴奋、话多、挥霍1周”于2023年10月27日第2次住院治疗。患者自幼性格孤僻,人际交流差,几乎没有长期玩伴,小时候十分关注及留恋宅基地院子或屋顶的砖瓦,经常注视观看,语言发育可,但对于事物的深层抽象概念理解不佳,自诉初中毕业时对于一些基本常识(如籍贯、家乡所在城市、辖区、乡镇的隶属关系)混淆,很少与人有眼神交流,经常低头回应他人。数学、英语学科成绩良好,本科学历。成年后喜欢单线条的绘画,自学平面设计,并从事相关工作。2020年下半年无明显诱因下渐现不开心,觉得做什么都没兴趣,精力不济、懒动,睡眠差,社交能力明显减退,不与家人联系等,于苏州某医院门诊就诊,诊断“抑郁状态”,服药(具体名称不详)1月余,自觉情绪好

转,停药。2022年12月病情反复,表现为心情低落,以前喜欢的平面设计不能坚持学下去,整日无精打采,睡眠有时过多,有时整夜不睡,注意力不集中,家人和其说话不回应,曾至本市综合医院心理门诊就诊,诊断不详,给予“奥氮平片、米氮平片”等治疗,家属诉疗效不佳。于2023年5月22日第1次至我院临床心理科住院治疗,诊断为“不伴有精神病性症状的重度抑郁发作”,因住院期间观察到患者人际交流困难,很难与医护人员情感互动,请上级专家查房,结合患者母亲提供的成长经历及发育情况,共病诊断“阿斯伯格综合征”,以“盐酸舍曲林片200 mg/d、米氮平片15 mg/d、枸橼酸坦度螺酮胶囊30 mg/d、阿立哌唑口腔崩解片5 mg/d”治疗,住院25 d,病情好转出院。出院后坚持服药,但自行停用米氮平片,白天服用盐酸舍曲林片1~2粒,日常生活可,未上班。2023年10月20日无故出现时有摇头摆手、挤眉弄眼或躺在地上等异常行为,自述心情很好,话多,需要不停地讲话。欲自主创业,经常外出购物,大量网购,1个月花费2万元,买完后以低价出售,因家人难以管理,再次入我院治疗。既往无重大躯体疾病史。个人史:母孕期正常,自幼体格发育正常,学习成绩较好,但人际交往较差,读书期间会受排挤,几乎无要好的同学或朋友,平时无烟酒等不良嗜好。病前性格内向、孤僻。家族史:否认两系三代有精神异常史,父母非近亲婚配。入院体格检查:体温36.9℃,脉搏88次/min,呼吸22次/min,血

压 126/76 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa), 未见外伤, 双肺呼吸音清, 心率 88 次/min、律齐, 腹部平软, 无压痛及反跳痛。神经系统查体: 神志清, 双侧瞳孔等大等圆, 直径约 3 mm, 对光反射灵敏, 四肢肌力 V 级, 双侧腱反射对称, 四肢及关节活动如常, 步态平稳, 肌张力无明显异常, 双侧 Babinski 征(-)。辅助检查: 血常规、尿常规、血生化、糖化血红蛋白、甲状腺功能、凝血功能、免疫功能、血沉、性激素五项均未见异常。腹部及盆腔超声、心电图均未见异常。头颅及胸部 CT 平扫未见异常。精神检查: 意识清, 定向佳, 轮椅推入病房(门诊期间躺地打滚不起), 注意力欠集中, 兴奋、话多, 称要去自主创业, 要赚很多钱, 思维联想加快, 自觉脑子反应快, 变聪明了, 兴奋, 自我评价较高, 挥霍行为, 做事虎头蛇尾, 网购物品高价买低价卖, 自知力部分存在。量表评分: 明尼苏达多项人格测验(Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI-399)<sup>[2]</sup>: 临床量表中, 疑病(Hs)、抑郁(D)、心理病态(Pd)、偏执(Pa)、精神分裂(Sc)均 > 60 分, 高峰顺序为: Pd、D、Pa、Sc、Hs; 艾森克人格测验<sup>[3]</sup>: 神经质倾向(N: 65 分)、内向不稳定型; 贝克-拉范森躁狂量表(Bech-Rafaelsen Mania Rating Scale, BRMS)<sup>[4]</sup>: 25 分。

诊疗过程: 患者入院诊断为“双相情感障碍-目前为不伴有精神病性症状的躁狂发作、阿斯伯格综合征”, 先后予“阿立哌唑口服液 10 ml/d、喹硫平片 0.1 g/d”治疗, 因静坐不能、口干饥渴等无法耐受, 经上级医生三级查房, 根据《2018 版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》等相关标准<sup>[5-7]</sup>, 结合患者临床特征、社会功能及女性患者审美要求等, 调整治疗药物为“碳酸锂缓释片 0.6 g/d、鲁拉西酮片 20 mg/d、劳拉西泮 0.5 mg/d”, 同时进行疾病健康教育及家属心理支持, 住院 45 d, 话多、兴奋消失, BRMS 评分 5 分, 病情逐渐平稳, 于 2023 年 12 月 11 日出院。

病情随访: 出院后门诊持续治疗 6 月余, 目前饮食、睡眠等一般情况可, 与家人沟通交流正常, 未发现明显的情绪波动; 血常规、肝肾功能、电解质未见异常; 碳酸锂血药浓度 0.58 mmol/L, 心电图正常。2024 年 5 月初曾去上班, 工作能完成, 老板认可其工作能力, 因自觉与同事沟通不顺畅, 自行辞职, 目前在家人帮助下运营自己的网店。

讨论 AS 的诊断识别: ICD-10<sup>[8]</sup>中 AS 的诊断标准是“不存在任何具有临床意义的语言和认知的一般发育异常, 同时存在相互性社会交往的质的缺陷和行为、兴趣与活动方式的局限、重复和刻板”。本例患者符合以上诊断标准: (1) 语言发育未见明显

迟缓的表现; (2) 社交困难, 与同龄人缺少良好的伙伴关系, 非语言交流缺乏, 很少通过眼神、面部表情、肢体动作等与人进行交流互动; (3) 刻板的行为方式及喜好。喜欢观察角落的砖瓦、爱好线条为主的绘画及设计图。这些缺陷导致社会交往、职业功能受损, 且不符合其他广泛性发育障碍、分裂样人格障碍、精神分裂症的诊断。目前有关成年期 AS 的研究较少。AS 是一种慢性终身疾病, 其核心症状会持续终生, 因此儿童期和成年期 AS 的临床表现相似, 均为人际交往和非言语交流困难、行为刻板, 兴趣爱好特殊、运动协调能力欠佳<sup>[9]</sup>。本例患者结合病史、病情特点、临床表现, 最终确诊为成年期 AS。

AS 延迟诊断: 部分文献探讨了 AS 难以早期诊断的原因<sup>[10-13]</sup>。可能与以下因素有关: (1) 部分患者智力水平良好, 能正常完成学业, 童年期未引起足够认识; (2) AS 患者容易共病精神或躯体疾病, 临床往往更多关注抑郁、焦虑或癫痫等异常, 忽略社会交往缺陷; (3) 由于 AS 与孤独症在症状上存在显著重叠, 使得 AS 的诊断特异性降低; (4) DSM-5 中未提及 AS 的诊断标准, 且对于孤独症谱系障碍诊断标准相对严格, 临床医师对此病知晓率低、诊断率低。

AS 共病问题: 本例患者长期存在人际沟通困难, 缺少有效的社会互动; 且随着年龄增长, 患者的个人能力无法满足社会需求, 内心痛苦感增多, 逐渐出现情绪低落、兴趣爱好缺乏、精力下降等抑郁发作核心症状群。经过抗抑郁药物治疗后情绪有所好转, 3 个月后转而出现兴奋、话多、挥霍行为等躁狂发作症状群, 经临床评估符合 ICD-10<sup>[8]</sup>中有关“双相情感障碍”的诊断标准。本例患者同时存在 2 种独立的疾病, 且均符合相应诊断标准, 按照精神科共病的定义, 需要进行共病诊断。孤独症谱系障碍患者常伴随其他精神、行为或神经发育方面的问题, 这种情况非常普遍, 特别是在患者的青春期和成年阶段, 这些共存的障碍往往成为首先引起临床关注的原因<sup>[14]</sup>。有研究对 50 例成年期 AS 精神障碍共病调查发现, 70% 成人 AS 患者至少有一种精神共病, 最常见的共病是抑郁症和焦虑症<sup>[15]</sup>。一项关于 AS 共病双相情感障碍的系统回顾结果显示, 多达 20% 的 AS 患者存在双相障碍共病<sup>[16]</sup>。AS 共病现象普遍存在, 这给明确诊断和有效治疗带来了挑战。双相障碍在精神科中诊断尤为复杂, 虽然患者的抑郁和躁狂发作较为明显, 但需注意, 特别是青年女性、首次出现抑郁症状或同时患有 AS 等神经发育障碍的患者, 有更高的风险发展为双相障碍。因此, 在诊疗过程中, 对于表现出抑郁或焦虑症状的 AS 患者, 应详细询问其病史、人格特点及家族史, 以便准

确评估是否共病双相情感障碍。

AS治疗及共病问题的处理: 本例患者初期以抗抑郁剂治疗为主, 后因出现躁狂症状, 最终使用碳酸锂缓释片联合鲁拉西酮片, 病情得到有效控制。对于AS共病双相情感障碍的药物治疗, 相关研究显示, 情绪稳定剂和第二代抗精神病药物对合并双相障碍的AS患者的治疗有效, 而抗抑郁药的使用与情绪障碍的恶化有关<sup>[17]</sup>。因此, 对于该类患者, 在治疗过程中, 需要谨慎使用抗抑郁药物, 且使用同时动态关注病情变化。本例患者在治疗情绪相关症状时, 使用小剂量治疗性药物却出现明显不良反应, 可能与AS共病有一定相关性。《中国双相障碍防护指南(第二版)》<sup>[18]</sup>中也提示, 双相障碍共病精神、躯体疾病往往影响双相障碍的临床表现、病程及治疗反应。因此, 提醒精神专科医生, 在AS共病精神疾病患者的治疗过程中, 一定注意缓慢调整治疗药物, 关注药物不良反应, 定期监测药物浓度, 同时需要关注患者共病的精神疾病、躯体问题的转归及变化。目前针对AS的治疗无特异性药物, 故应加强非药物治疗, 如家庭支持、社交技能培训、语言训练、职业干预等<sup>[19]</sup>, 以提高患者生活质量。

**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** 案例提供为张秀双、孙玉军, 文章撰写为张秀双、王蕊、陈丽丽, 文章修订为孙玉军, 提供指导为陆峥

### 参 考 文 献

- [1] 林晓鸣, 苗国栋. 成人阿斯伯格综合征研究进展[J]. 国际精神病学杂志, 2013, 40(4): 245-248. DOI: 10.13479/j.cnki.jip.2013.04.003.
- [2] 梁光利, 万礼霞, 李海玲, 等. 抑郁障碍患者人格特征与父母教养方式、自身防御方式的相关性[J]. 神经疾病与精神卫生, 2020, 20(3): 179-184. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2020.03.006. Liang GL, Wan LX, Li HL, et al. Relationship between personality characteristics and parenting styles, self-defense styles in patients with depressive disorders[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2020, 20(3): 179-184.
- [3] 刘鹏鸿, 李业宁, 田雨, 等. 首发抑郁症患者神经质人格与抑郁状态以及认知功能的关系[J]. 神经疾病与精神卫生, 2019, 19(4): 333-336. DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2019.04.003. Liu PH, Li YN, Tian Y, et al. Relationship between neuroticism, depression and cognitive function in patients with first-episode depression[J]. Journal of Neuroscience and Mental Health, 2019, 19(4): 333-336.
- [4] 李居艳, 韩笑乐, 李秋英, 等. 躁狂症患者血清NT-3、IGF-1表达水平及其临床意义[J]. 广西医学, 2023, 45(12): 1418-1421, 1426. DOI: 10.11675/j.issn.0253-4304.2023.12.06. Li JY, Han XL, Li QY, et al. Expressions of serum NT-3 and IGF-1 in patients with mania and their clinical significance[J]. Guangxi Medical Journal, 2023, 45(12): 1418-1421, 1426.
- [5] 陈俊, 方贻儒, 徐一峰. 《2018版加拿大抑郁和焦虑治疗网络/国际双相障碍学会双相障碍管理指南》的更新重点解读[J]. 中国全科医学, 2019, 22(2): 123-127. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2018.00.408. Chen J, Fang YR, Xu YF. Update focus interpretation: CANMAT/ISBD 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorders[J]. Chinese General Practice, 2019, 22(2): 123-127.
- [6] 孙亚麒, 王育梅, 吕全, 等. 双相障碍维持期药物临床疗效的系统评价和网络Meta分析[J]. 中国精神科杂志, 2020, 53(6): 527-536. DOI: 10.3760/ema.j.cn113661-20200326-00145. Sun YQ, Wang YM, Lyu T, et al. Comparative efficacy of pharmacological treatments in the maintenance treatment of bipolar disorder: a systematic review and network Meta-analysis[J]. Chin J Psychiatry, 2020, 53(6): 527-536.
- [7] 王莹, 詹引, 李洁. 鲁拉西酮的药理学、药动学及临床研究进展[J]. 中国药业, 2020, 29(24): 95-98. DOI: 10.3969/j.issn.1006-4931.2020.24.031. Wang Y, Zhan Y, Li J. Research progress of pharmacology, pharmacokinetics and clinical research of lurasidone[J]. China Pharmaceuticals, 2020, 29(24): 95-98.
- [8] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines[M]. Geneva: World Health Organization, 1992.
- [9] Lehnhardt FG, Gawronski A, Pfeiffer K, et al. The investigation and differential diagnosis of Asperger syndrome in adults[J]. Dtsch Arztebl Int, 2013, 110(45): 755-764. DOI: 10.3238/arztebl.2013.0755.
- [10] 陆颖. 被误诊为双相情感障碍的孤独症谱系障碍1例[J]. 临床精神医学杂志, 2024, 34(1): 34. DOI: 10.3969/j.issn.1005-3220.2024.01.009.
- [11] 杨洁贤, 郝伟, 张晓洁. 成年阿斯伯格综合征共病抑郁症和问题性网络使用1例[J]. 中华精神科杂志, 2023, 56(1): 73-76. DOI: 10.3760/ema.j.cn113661-20220929-00275. Yang JX, Hao W, Zhang XJ. Major depressive disorder and problematic internet use co-morbidity in adult Asperger's syndrome: a case report[J]. Chin J Psychiatry, 2023, 56(1): 73-76.
- [12] Woods AG, Mahdavi E, Ryan JP. Treating clients with Asperger's syndrome and autism[J]. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 2013, 7(1): 32. DOI: 10.1186/1753-2000-7-32.
- [13] 陆林. 沈渔邨精神病学[M]. 6版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 235.
- [14] 王振, 黄晶晶. ICD-11精神、行为与神经发育障碍临床描述与诊断指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2023: 31.
- [15] Roy M, Prox-Vagedes V, Ohlmeier MD, et al. Beyond childhood: psychiatric comorbidities and social background of adults with Asperger syndrome[J]. Psychiatr Danub, 2015, 27(1): 50-59.
- [16] Vannucchi G, Masi G, Toni C, et al. Bipolar disorder in adults with Asperger's Syndrome: a systematic review[J]. J Affect Disord, 2014, 168: 151-160. DOI: 10.1016/j.jad.2014.06.042.
- [17] Raja M, Azzoni A. Comorbidity of Asperger's syndrome and Bipolar disorder[J]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2008, 4: 26. DOI: 10.1186/1745-0179-4-26.
- [18] 于欣, 方贻儒. 中国双相障碍防护指南(第二版)[M]. 北京: 中华医学电子音像出版社, 2015: 60-61.
- [19] Motlani V, Motlani G, Thool A. Asperger syndrome (AS): a review article[J]. Cureus, 2022, 14(11): e31395. DOI: 10.7759/cureus.31395.

(收稿日期: 2024-07-02)

(本文编辑: 王影)