

是抑郁还是帕金森 拨开“伪装”见真容

在我国65岁以上人群中,帕金森病患率约为1.7%,而其中约1/3的患者伴有抑郁症状。当肢体颤抖与情绪低落同时出现,究竟是神经系统的退行性病变,还是心理层面的阴霾?临床上,这两者的界限远比想象中模糊。

临床上,帕金森病与抑郁症共病及相互混淆的情况十分常见。两类疾病存在部分重叠症状,致使许多帕金森病患者初期被误诊为抑郁症而就诊于精神科,错失疾病早期干预的关键时机。

58岁的王女士下肢行走不利、活动受限,依靠轮椅生活近一年。其间家属带其辗转多家医院,诊断均为“抑郁症伴躯体化症状”。长期服用抗抑郁药物后,病情未见好转,肢体僵硬、活动不利等症状持续加重。

62岁的吴女士长期情绪低落、面部表情呆板,家人均认为系心理疾病。连续4个月按抑郁症方案治疗后,情绪未见改善,四肢逐渐出现行动迟缓,后期甚至起步困难、无法迈步。

两位患者经系统检查后,均确诊为原发性帕金森病。给予抗帕金森病针对性治疗后,两人症状显著好转:王女士现已可自主行走;吴女士面部僵硬、行动迟缓等症状亦明显改善。上述病例提示,帕金森病常以抑郁症状为首表现,极易造成误诊。

假面之下:帕金森的“双重面孔”

帕金森病又名震颤麻痹,是一种常见于中老年人的神经系统变性疾病,平均发病年龄约55岁。该病起病隐匿,进展缓慢,早期症状常不典型,容易误诊。公众熟知的“手抖”(静止性震颤)仅为四大核心运动症状之一,其余运动症状包括:肌强直(肌张力呈“铅管样”或“齿轮样”增高)、运动迟缓(动作缓慢笨拙)、姿势平衡障碍(步态不稳、步伐变小变慢)。

以典型核心运动症状起病的患者,常能被神经科医师识别;但发病早期症状不典型时,极易被误诊。真正使诊断陷入困境的,是帕金森病的非运动症状——临床统计显示,近半数患者在病程中伴有抑郁或焦虑。这种

情绪障碍与生理性的“不想动”“不能动”相互交织,构成难以识破的临床陷阱。

帕金森病与抑郁症在症状上存在诸多重叠。帕金森病患者常表现为面容呆板、语速变慢、活动减少,易被误认为抑郁症伴发的精神运动性迟滞;抑郁症患者的情绪低落、懒言少动,亦常被误判为帕金森病的运动迟缓。

拨云见日:系统检查提高准确性

要在临床上拨开“抑郁”的迷雾,须依靠严谨的鉴别诊断流程。

疑似帕金森病患者,需详细询问病史,包括发病年龄、病情演变过程、既往用药及疗效,同时进行系统的神经系统查体,并参照帕金森病诊断标准进行鉴别。其中具有重要鉴别价值的方法是左旋多巴(如美多芭)负荷试验:若治疗后症状显著改善,则支持帕金森病诊断。对于不典型病例,常规CT或MRI检查常无阳性发现,条件允许时可完善多巴胺转运蛋白分子影像学检查或检测新型生物学标志物,以

提高诊断准确率。

抑郁症的诊断则呈现不同特征。抑郁症患者除情绪低落、精神运动性迟滞外,通常不伴震颤或肌强直等锥体外系体征。诊断时需重点关注发病年龄、社会环境诱因及心理应激事件。抑郁症患者常伴有食欲改变、失眠或难以解释的躯体疼痛,严重者可出现自杀意念或自伤行为,此类患者需由精神科或心理科医师接诊。

重启脚步,唤醒笑颜

帕金森病或许无法彻底治愈,但绝不应被误读为“性格缺陷”或“意志薄弱”。准确的诊断是有效治疗的第一步,可让无法行走的双腿重新丈量大地,让失去表情的面庞重新感知冷暖。别让误诊,成为隔绝患者与世界的那堵墙。

[作者:陈晓娟 南平市人民医院 主任医师]

国家中医优势专科建设项目(国中医药医政函[2024]90号-667)]

等待的艺术 肺结节管理新理念

随着低剂量螺旋CT在体检中的广泛普及,肺结节的检出率呈显著上升趋势。数据显示,我国约1.2亿人存在肺结节,其中90%以上为良性。然而,面对体检报告上的“肺结节”字样,不少人的第一反应仍是焦虑与恐慌,急于寻求“一刀了之”。如何在不过度治疗的同时不放过潜在风险,已成为公众关注的热点。

同样是查出8毫米肺结节,张先生坚持要求手术切除,术后病理为炎性结节;李先生遵医嘱每半年复查一次,随访三年结节无变化。这两种截然不同的处理方式,均为临床常见的肺结节管理误区。并非所有结节均需即刻干预,规范的随访观察是更科学的管理策略。

随访管理的本质,在于对结节进行动态长期监测。与发现即切除的激进方式不同,随访相当于为结节建立专属健康档案,定期记录大小、形态、密度变化,全程追踪病变发展趋势。该模式的核心,是在避免过

度医疗与不漏诊高危病变之间实现平衡。对绝大多数中低风险肺结节而言,随访观察为最稳妥的管理方式。

初次发现结节时,风险分层为首要前提。医生依据结节大小、类型、形态特征,结合患者年龄、吸烟史、家族史等因素,将结节分为低风险、中风险、高风险三个等级。该分级并非固定不变,需随随访中结节的动态变化随时调整。不同风险等级对应不同随访频率与方式:低风险结节恶性概率极低,无须频繁检查;高风险结节需缩短随访间隔或进一步检查明确性质。低风险结节多为炎性病灶或陈旧性瘢痕,本身不造成肺功能损伤。

遵医嘱按固定间隔规律复查,是随访管理的核心环节。低风险微小结节通常每1~2年复查一次;中风险结节建议每6~12个月复查一次;高风险结节可能需每3个月复查一次,以观察动态变化。复查间隔依据结节生物学特性设定:恶性结节体积倍

增时间通常为30~400天,良性结节则往往超过400天或保持稳定。过频检查增加辐射暴露与医疗成本,过疏检查可能错过最佳干预时机,科学随访需在两者间取得平衡。复查时应尽量选择同一家医院及同种检查设备,以保证图像可比性,便于准确判断变化。评估时需同步对比大小、密度、边界、内部结构等多项影像特征。

随访期间的日常配合,同样影响病情走向。患者及家属可整理每次检查报告,记录结节大小与密度变化,便于医生对比。随访期间不建议自行服用所谓“消结节药物”或偏方,盲目用药可能增加代谢负担。日常应保持健康生活方式,戒烟戒酒,避免接触油烟、粉尘等有害气体,规律作息,适度锻炼以增强肺部抵抗力。长期焦虑情绪可扰乱免疫与内分泌状态,平稳心态是随访管理的重要环节。家属应督促患者按时复查,避免因无症状而拖延检查。

出现动态变化时及时干

预,是随访的最终目的。若随访中结节出现体积增大、密度增高、分叶或毛刺征等变化,需及时就医,由医生评估是否需进一步检查或手术。即便确认需干预,多数病变仍处于早期阶段,规范治疗后预后良好。若结节持续稳定甚至缩小、消失,可逐步延长复查间隔直至停止随访。

肺结节的管理,考验的不仅是医生的专业判断,更是患者与家属的耐心与理性。该模式体现现代医学从单纯治病向全周期健康管理的理念转变。并非所有结节均需即刻“斩草除根”,科学等待在规范随访框架下,既能避免过度医疗,亦不忽视潜在风险,是最合理方式守护肺部健康的关键。这份等待并非消极被动,而是建立在科学评估与规范随访之上的主动管理,让时间成为甄别良恶的可靠助手。

(作者:彭凯明 福建医科大学附属协和医院 主治医师)