

57 例精神分裂症患者康复治疗效果分析

郑洪波 马崔 方少心 周伟成 关艳华 梁炬 熊小兵

[摘要] 目的 促进社区精神残疾工作规范化,科学地评估各种康复措施及社会心理因素对精神病患者预后的影响。方法 对研究社区采用整群抽样,建立精神病家庭社会康复机构,街道居委会建立监护小组或指定监护人,精神科医生对患者进行维持治疗和康复评估。结果 实施社区康复措施后,精神分裂症患者均能坚持药物维持治疗,社会功能评价与康复效果较为满意。结论 社区康复治疗可提高精神分裂症患者的治疗依从性,减少复发。

[关键词] 精神分裂症;社区;康复治疗

Psychological rehabilitation on 57 schizophrenic patients ZHENG Hong-bo, MA Cui, FANG Shao-xin, et al. Guangzhou Psychiatric Hospital. Guangzhou 510370, Guangdong, China

[Abstract] Objective To standardize the service for mental disability in community, and evaluate scientifically the effect of rehabilitation measures and social factors on the prognosis of disease. Methods In the communities selected by cluster sampling method, family-social rehabilitation service was established. The observe groups or specified observers were selected by the community committee, and the maintenance treatment and rehabilitation evaluation were made by psychiatrists. Results After community rehabilitation treatment, schizophrenia could be compliant with maintenance treatment, which led to satisfactory social function evaluation and rehabilitation result. Conclusion Community rehabilitation treatment could increase the compliance with medical treatment and decrease the occurrence of relapse.

[Key words] schizophrenia; community; rehabilitation treatment

中图分类号:R749.3 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2004)04-0202-03

[本文著录格式] 郑洪波,马崔,方少心,等.57 例精神分裂症患者康复治疗效果分析[J].中国康复理论与实践,2004,10(4):202-204.

1995 年 1 月—1997 年 4 月,我们对广州市光塔街和白云街的 57 例精神分裂症患者的社区康复治疗进行了为期 2 年的观察,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究的患者入组条件:①按 CCMD-2R 及 ICD-10 诊断标准确诊为精神分裂症;②在研究社区有正式户口,原则上不包括在工厂和企事业单位恢复上班的患者;③年龄 >15 岁,性别不限。

本组 57 例精神分裂症患者的一般资料如下:①性别与年龄:男性 32 例、女性 25 例;年龄 26—69 岁(20—29 岁 6 人、30—39 岁 20 人、40—49 岁 16 人、50—59 岁 8 人、>60 岁 7 人),平均(42.87±10.89)岁,男性平均(39.37±10.31)岁,女性平均(47.36±10.09)岁;②文化程度:大学 3 人、高中 14 人、初中 30 人、小学 9 人、未入学 1 人;③婚姻:未婚 20 人(35.08%)、已婚 30 人(52.63%)、丧偶 3 人(5.26%)、离异 4 人(7.01%);④职业:技术人员 2 人、服务人员 2 人、工人 28 人、其他 2 人、不适用 23

人;⑤现工作状况:家务 5 人、待业 11 人、离退休 12 人、丧失劳动能力 1 人、不适用 23 人;⑥家庭类型及和睦情况:核心型 26 人、大家庭 2 人、中间型 29 人;家庭基本和睦 53 人、经常口角 1 人、暴力行为 2 人、父母离婚 1 人;⑦社会支持系统:能得到亲友和组织的经济支持和/或情感支持 55 人(96.5%)、得不到支持 2 人(3.5%);⑧家属对患者的态度:关心适当 51 人(89.5%)、不够关心 5 人(8.8%)、歧视 1 人(1.8%);⑨家庭经济状况:上等 3 人(5.3%)、中等 44 人(77.2%)、下等 10 人(17.5%);⑩医疗经费来源:全报销 37 人(64.9%)、统筹 2 人(3.5%)、部份报销 3 人(5.3%)、自费 15 人(26.3%);⑪监护人与患者关系:父母 23 人(64.9%)、配偶 20 人(35.1%)、子女 2 人(3.5%)、同胞 9 人(15.8%)、其他 3 人(5.3%)。

与疾病有关的资料如下:①初次发病年龄:7—51 岁,平均(24.63±9.2)岁;②总病程:4—53 年,平均(18.9±10.1)年;③入组前复发次数:0—14 次,其中 1—5 次 29 人、6—10 次 24 人、>10 次 1 人,平均(5.20±3.5)次;④阳性家族史:有 4 人、无 6 人、不详 47 人;⑤入组前医疗情况:门诊 16 人、住院 33 人、门诊和住院 5 人、未治疗 3 人;⑥用药情况:氯丙嗪 19 人(33.3%)、平均剂量(226.5±68.7)mg;奋乃静 16 人

作者单位:1. 510370 广东广州市,广州市精神病医院(郑洪波、马崔、方少心、周伟成、关艳华);2. 510370 广东广州市,广州市残联康复处(梁炬、熊小兵)。作者简介:郑洪波(1953-),男,广东广州市人,副主任医师,副教授,主要从事精神卫生工作。

(28.1%) , 平均剂量(16.25 ± 6.2) mg; 氯氮平 9 人(15.7%) , 平均剂量(107.22 ± 44.6) mg; 舒必利 6 人(10.5%) , 平均剂量 0.76g; ⑦治疗方式: 持续治疗 34 人(59.65%)、间断治疗 10 人(17.5%) ; ⑧入组时疗效: 临床痊愈 1 人(1.8%)、显效 18 人(31.6%)、好转 27 人(47.4%)、无效 8 人(14%)、从未治疗过 3 人(5.3%) ; ⑨入组时精神状态: 完全缓解 8 例(14.04%)、部份缓解 39 例(68.42%)、症状明显 4 例(7%)、衰退 6 例(10.5%) ; 阴性症状 37—98 分, 平均(57.8 ± 14.6) 分, 阳性症状 20—80 分, 平均(52.2 ± 16.9) 分, SDSS 总分平均(8.7 ± 4.1) 分。

1.2 方法 对研究社区采用整群抽样, 确定的社区居民比较稳定, 暂无搬迁; 建立精神病社会康复机构, 街道办事处建立监护小组或指定监护人, 我院医生和社区精防医生对纳入对象进行维持治疗和康复评估。

1.3 疗效评定 实施康复措施前的评定包括精神病社区康复基础资料表、精神分裂症病史记录表、精神症状评定表、社会功能缺陷筛选表、精神残疾评定。实施康复措施后的 6 个月、1 年、1 年半、2 年末填写社区康复情况表、精神症状评定表、社会功能缺陷筛选表、精神残疾评定。实施康复措施后的 1 年末和 2 年末填写社区康复基础资料表、2 年末汇入康复情况总结表, 并按总结表进行统计分析。

2 结果

57 例患者均完成 2 年社区干预并按计划完成评定。入组前有 50 例符合评残(87.8%) , 2 年末下降为 39 例(68.4%) 。

2.1 监护人与患者每天接触时间 全天 21 人(36.8%)、半日 15 人(26.3%)、不足半日 21 人(6.8%) 。

2.2 参加康复的时间及主动性 主动参加且每月超过一半时间者 17 例(29.8%)、每月不足一半时间者 14 例(24.6%)、不经常参加 8 例(14%)、拒绝参加 18 例(31.6%) 。

2.3 服药情况 2 年内总评 按医嘱 30 例(52.6%)、按医嘱停药 1 例(1.8%)、未按医嘱服药 6 例(10.5%)、自行停药或拒服药 20 例(35.1%) 。

2.4 住院次数 2 年内总评 复发且住院 1 次 6 例(10.5%)、2 次 5 例(8.8%)、3 次 1 例(1.8%)、6 次 1 例(1.8%) 。

2.5 社会心理应激及对疾病的影响 2 年总评 很好 15 例(26.3%)、好 18 例(31.5%)、不佳 24 例(42.1%) 。

2.6 家属接受对患者照顾总评 很好 15 例(26.3%)、好 18 例(31.5%)、不佳 24 例(42.1%) 。

2.7 医生对患者照顾总评 好 54 例(94.7%)、不佳 3 例(5.3%) 。

2.8 家属接受疾病知识宣传效果总评 很好 27 例(47.4%)、好 29 例(50.8%)、差 1 例(1.8%) 。

2.9 精神状态 2 年动态总评 进步 4 例(7.0%)、病情稳定 29 例(50.8%)、病情波动 15 例(26.3%)、恶化和复发 9 例(15.8%) , 共有 13 例需住院治疗。

2.10 精神状况评定、社会功能评价和精神残疾评定 见表 1—表 3 。

表 1 57 例患者精神症状评定结果 ($\bar{x} \pm s$)

	入组前	2 年末	总评	减分率	t	P
精神状态	2.47 ± 1.4	2.59 ± 1.6	2.59 ± 1.6		0.424	0.672
阴性症状	58.03 ± 14.4	33.49 ± 23.9		42.89 ± 40.6	6.631	0.000
阳性症状	52.59 ± 16.8	28.42 ± 24.2		45.14 ± 48.5	6.174	0.000
动态变化		2.54 ± 0.9	2.54 ± 0.9			

注: 减分率 = (入组前 - 2 年末) / 入组前 × 100。

表 2 57 例患者精神症状评定表各分量表评定结果 ($\bar{x} \pm s$)

	入组前	2 年末总评	t	P
1. 情感平淡总评	2.96 ± 0.75	1.93 ± 1.1	5.744	0.000
2. 思维贫乏总评	2.94 ± 0.7	1.82 ± 1.2	5.913	0.000
3. 意志缺乏总评	2.89 ± 0.7	1.80 ± 1.2	5.558	0.000
4. 社交缺乏总评	2.91 ± 0.7	1.82 ± 1.2	5.686	0.000
5. 注意障碍总评	2.91 ± 0.7	1.75 ± 1.2	6.097	0.000
1—5 项总评	14.45 ± 3.8	9.19 ± 5.8	5.639	0.000
6. 幻觉总评	2.73 ± 0.9	2.00 ± 1.1	3.848	0.000
7. 妄想总评	2.61 ± 0.9	1.87 ± 1.2	3.685	0.000
8. 怪异行为总评	2.68 ± 0.8	1.45 ± 1.3	5.854	0.000
9. 阳性障碍总评	2.71 ± 0.7	1.54 ± 1.4	5.503	0.000
6—9 项总评	10.75 ± 3.2	6.87 ± 4.6	5.142	0.000
1—9 项总评	25.42 ± 6.16	16.24 ± 10.3	5.624	0.000

表 3 57 例患者再入院次数、SDSS 总分及评残 5 项总分 ($\bar{x} \pm s$)

	入组前	总评	t	P
再入院比较	0.24 ± 0.4	0.43 ± 1.0	1.298	0.197
SDSS 总分	9.91 ± 3.4	9.07 ± 6.5	0.859	0.329
评残 5 项总分	4.73 ± 2.1	4.49 ± 4.1	0.405	0.686

2.11 康复效果相关分析结果 见表 4、表 5 。

3 讨论

本研究从城市中一个固定的社区范围内分析精神病社区干预康复措施的效果, 结果显示, 社区干预能明显改善精神分裂症患者的状况, 对精神症状和社会功能均有明显康复疗效, 对改善患者的社会适应能力并使其逐步回归社会有较明显的效果。但亦发现一些实际问题有待解决。

本研究显示, 精神病患者的婚姻问题较为突出。本组患者最小年龄 26 岁, 平均 42.87 岁, 其中未婚 20 人, 占 35.0%, 离异 4 人, 占 7.01%, 与严和骏的调查结果相似^[1]。精神分裂症患者的精神症状对其婚姻、就业、人际交往等有很大的影响。

家庭经济状况、患者生活来源、医疗费来源等亦是本研究的中心问题。本组患者中, 17.5% 的家庭经济

状况较差,26.3%医疗费全部自费,与上海的情况相似^[1]。精神病患者的康复需要物质基础和经济条件,如完全靠监护人的工资则无法提供足够的医疗保证。本组病例的监护人以亲属为主(94.7%),其中父母占40.35%,亦与上海相似^[1]。

Gibbons 等认为,精神病患者的生活问题、经济问题、家庭矛盾等与复发相关^[3],本研究显示了相同的结

果。张雪琴等对 1 组 347 例患者进行的复发预测研究显示,复发前服药不规律或拒服药是复发的因素^[3]。本组患者 2 年内共有 13 人(23%)复发,需入院治疗,复发的主要原因是自行停药或拒服药以及拒绝康复措施,提示精神分裂症患者出院后的巩固治疗是社区干预的重要内容。

国内资料显示,精神分裂症患者通过实施社区康

表 4 以精神症状 2 年总评为因变量的逐步回归分析 ($\bar{x} \pm s$)

变量	系数	标准估计误差	标准系数	容差	t 值	P 值(双侧)	r
CONSTANT	1.032	0.616	0.000	1.0000000	2.116	0.039	
阴性症状	0.992	0.065	0.564	.1851802	15.343	0.000	0.969
阳性症状	1.005	0.077	0.451	.2100253	13.082	0.000	0.992
社会功能	-0.472	0.167	-0.052	.7416664	-2.819	0.007	0.993
症状总评	0.257	0.134	0.041	.5585385	1.917	0.061	0.993
复发次数	0.700	0.392	0.029	.9313462	1.786	0.080	0.994

注:采用回归方程式方差分析: $F = 790.118$; $P = 0.000$ 。

表 5 以社会功能缺陷 2 年总评为因变量的逐步回归分析 ($\bar{x} \pm s$)

变量	系数	标准估计误差	标准系数	容差	t 值	P 值(双侧)	r
CONSTANT	2.101	1.950	0.000	1.0000000	1.078	0.286	
残疾分级	-2.178	0.539	-0.489	.3428056	-4.043	0.000	0.766
阴性症状	0.037	0.015	0.272	.4238586	2.500	0.016	0.810
巩固治疗	0.864	0.357	0.222	.5958664	2.420	0.019	0.830
阳性症状	-0.431	0.167	-0.366	.2498832	-2.587	0.013	0.852
家属照顾	1.079	0.636	0.161	.5573524	1.698	0.096	0.859
接触时间	-0.690	0.465	-0.109	.9319651	-1.484	0.144	0.866

注:采用回归方程方差分析: $F = 24.921$; $P = 0.000$ 。

复措施后,如能坚持药物维持治疗,康复结果满意^[4,5];国外资料亦显示系统式家庭心理治疗、结构性家庭治疗等家庭干预和社区干预对精神病的维持治疗和康复有肯定疗效^[6-10]。本组患者经过康复措施,有 5 例(8.8%)在 2 年内回原单位工作,大多数能参加街道康复站的一般操作性劳动,精神残疾率由入组前的 87.7%,下降为 66.4%,提示社区康复可提高精神病患者的社会功能。

本组患者康复治疗 2 年末阴性症状减分率达 42.89%,阳性症状减分率 45.14%,各分量表的总评分亦显示疗效满意。我们发现,疗效好的患者与主动接受康复措施、坚持服药、家庭经济状况、医生及家属对患者的照顾等密切相关。康复效果交叉分析显示,影响精神状态的主要因素有阴性症状、阳性症状、社会功能和复发次数等,回归方程的相关系数均 > 0.9 。影响社会功能的主要因素有残疾等级、阴性症状、巩固治疗、阳性症状、家属照顾、接触时间等,回归方程的相关系数均 > 0.76 ,同样提示巩固治疗和家属照顾是必要措施之一。

综上所述,尽管精神病患者的社区康复措施尚处于试验阶段,但目前的结果表明,该措施是可行的。

[参考文献]

- [1]严和骏,倪玲,罗克勤,等.社区心理障碍患者及其家属要求的调查[J].上海精神医学,1993,新5(2):114-116.
- [2]Gibbons J, Horn SH, Powell JM, et al. Schizophrenia and their families: A survey in a psychiatric service based on a DGH unit[J]. Br J Psychiatry, 1984, 144:70.
- [3]张雪琴,许东升,沈静静,等.社区精神分裂症复发预测研究[J].上海精神医学,1996,新8(2):96-97.
- [4]张尉良.精神分裂症的社区干预[J].临床精神医学杂志,1995,5(3):140-142.
- [5]冯永林.慢性住院精神病人定期回归社区的康复效果[J].上海精神医学,1993,新5(4):161-163.
- [6]Tarrrier N, Barrowclough C, Vaughn C, et al. The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse[J]. Br J Psychiatry, 1988, 153:532.
- [7]Price J, Sloma L, Gardner JR, et al. The social competition hypothesis of depression[J]. Br J Psychiatry, 1994, 164:309-315.
- [8]Furedi J, Barcy M, Kapusi G, et al. Family therapy in a transitional society[J]. Psychiatry, 1993, 56(4):326-337.
- [9]Dalgard OS, Bjork S, Tambs K. Social support, negative life events and mental health[J]. Br J Psychiatry, 1995, 166(1):29-34.
- [10]Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, et al. Social consequences of psychiatric disorders. I: educational attainment[J]. Am J Psychiatry, 1995, 152(7):1026-1032.

(收稿日期:2003-09-28 修回日期:2004-02-01)