

• 社区康复 •

农村家庭病床在精神分裂症治疗康复中的作用

魏保华, 张桢

[摘要] **目的** 探讨农村家庭病床治疗精神分裂症的疗效。**方法** 36 例家庭病床组与同期 36 例住院组进行对照, 用阳性与阴性症状量表(PANSS)在治疗前, 治疗后第 4、8 周评定临床疗效, 6 个月末用社会功能缺陷筛选量表(SDSS)评定社会功能。**结果** 两组 PANSS 评分较治疗前均明显减低($P<0.01$)。家庭病床组有效率 69.4%, 住院组 66.7%, 两组相比无显著性差异。家庭病床组 SDSS 评分明显低于住院组($P<0.01$)。**结论** 家庭病床是农村社区治疗精神分裂症的有效途径, 且能较好地改善患者社会功能。

[关键词] 家庭病床; 精神分裂症; 社会功能

Home Care for Schizophrenia in Beijing Rural Area WEI Bao-hua, ZHANG Zhen. Miyun Mental Hospital, Beijing 101500, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of home care on schizophrenia in rural area in Beijing. **Methods** A comparative study has been done between 36 patients in home care and 36 patients in hospital. All of the patients were tested with Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) before, 4 and 8 weeks after treatment and Social Disability Screening Scale (SDSS) at 6 months after treatment. **Results** The PANSS scores of two groups decreased significantly after the treatment ($P<0.01$). There was no significant difference in the effective rates between the home care group (69.4%) and the hospital group (66.7%). The SDSS scores of the home care group was significantly lower than the hospital group ($P<0.01$). **Conclusion** Home care provides an efficient approach to treat schizophrenia in rural community, and it can improve the social function of the patients.

Key words: home care; schizophrenia; social function

[中图分类号] R749.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2011)12-1191-02

[本文著录格式] 魏保华, 张桢. 农村家庭病床在精神分裂症治疗康复中的作用[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(12): 1191-1192.

精神分裂症是一种病程迁延、进展缓慢、具有逐渐衰退倾向的重型精神疾病, 反复发作, 致残率高, 药物治疗不易完全康复^[1]。随着传统医学模式的转变, 运用生物治疗结合心理社会干预手段治疗精神分裂症已成为目前国内外康复精神医学的潮流方向^[2]。有关研究发现, 积极开展家庭病床治疗不仅能减少精神病复发, 减少医疗费用的开支, 也有助于提高患者的生活质量^[3]。我们用家庭病床的医疗方式对农村精神分裂症患者进行治疗, 现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象 2005 年 5 月~2006 年 5 月来自本院门诊的精神分裂症患者, 符合中国精神疾病分类与诊断标准第 3 版(CCMD-3)精神分裂症诊断标准^[4]。纳入标准: ①文化程度初中以上; ②患者与家庭成员一起生活; ③患者及家属知情同意。排除标准: ①严重躯体疾病及智能障碍; ②其他精神障碍。共入组 36 例作为家庭病床组, 其中男性 20 例, 女性 16 例; 年龄 16~47 岁, 平均(26±8)岁; 病程 2~30 个月, 平均(9±4)个月, 受教育年限(10±2)年。

同期住院的 36 例精神分裂症患者作为住院组, 其中男性 21 例, 女性 15 例; 年龄 19~46 岁, 平均(27±5)岁; 病程 3~36 个月, 平均(10±3)个月, 受教育年限(9±4)年。

两组在性别、年龄、病程及受教育年限方面无显著性差异($P>0.05$)。

1.2 方法

1.2.1 药物治疗 按住院要求书写家庭病床病历。常规用抗精神病药物治疗, 对拒药者予以长效针剂氟奋乃静癸酸酯或氟哌

啉醇癸酸酯, 折成氯丙嗪剂量(335.12±24.6) mg。并注意启发患者对自身病症的认识, 向患者及家属同时讲解药物治疗的目的、使用方法等。

1.2.2 健康宣教 向家庭病床组家属宣讲精神分裂症有关知识与应激事件应对技巧, 调整家庭交流方式, 避免过分训斥、责备或溺爱等, 鼓励患者从事适当的家务劳动, 参加一定的社会活动; 要求家属按时给患者定量服药, 并密切观察病情变化及药物副作用。

1.2.3 医生随访 家庭病床医生每周往诊 2~3 次, 特殊情况随时到, 病情好转后减少往诊次数, 也可电话咨询指导调整药物剂量和更换药物。

两组均按常规调整抗精神病药及辅助用药。住院组给予常规的住院管理和治疗。家庭病床组在药物治疗的基础上同时给予健康宣教和医生随访。治疗至第 6 个月末。

1.3 疗效评价

1.3.1 阳性与阴性症状量表(PANSS)^[5] 采用该量表评价临床疗效。根据 PANSS 减分率按 4 项标准评定疗效: PANSS 减分率≥75%为痊愈, 50%~74%为显著进步, 25%~49%为好转, <25%为无变化。

$$\text{PANSS 减分率} = (\text{治疗前总分} - \text{8 周后总分}) / \text{治疗前总分} \times 100\%$$

有效率 = 痊愈率 + 显著进步率 + 好转率。

分别于治疗前后第 4、8 周末评价两组患者。

1.3.2 社会功能缺陷筛选量表(SDSS)^[5] 该量表用来评定社会功能, 共 10 个项目, 每项 0~2 分。总分≥2 分者为有社会功能缺

陷。得分越高，社会功能缺陷越严重。于第 6 个月末评价两组患者。

1.4 统计学分析 运用 SPSS 10.0 软件对所有资料做描述性统计，计量资料采用 *t* 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗结束时随访，均无停药现象。

2.1 PANSS 评分比较 家庭病床组和住院组于治疗后第 4、8 周 PANSS 总分、阳性症状分、阴性症状分及一般精神病理症状分与治疗前比较均有显著性差异($P<0.01$)。进一步比较发现，治疗后 4 周时住院组阳性症状分较家庭病床组低($P<0.05$)，但治疗后 8 周时两组差异已无显著性。以 PANSS 总分减分率的分级标准计算临床疗效，家庭病床组有效率 69.4%，住院组为 66.7%，差异无显著性。见表 1。

表 1 两组治疗前后 PANSS 评分比较

组别	评价指标	治疗前	治疗后 4 周	治疗后 8 周
住院组	总分	87.1±17.6	58.8±17.4 ^a	48.3±14.2 ^b
	阳性症状	25.6±6.9	14.1±5.7 ^c	11.1±4.9 ^d
	阴性症状	21.2±7.6	16.0±6.3 ^e	13.1±5.5 ^f
	一般精神病理症状	40.3±9.2	28.7±7.6 ^g	24.1±6.2 ^h
	一般精神病理症状	40.3±9.2	28.7±7.6 ^g	24.1±6.2 ^h
家庭病床组	总分	85.9±16.6	60.7±18.5 ⁱ	48.5±13.8 ^j
	阳性症状	24.8±6.5	16.9±6.1 ^k	11.6±5.8 ^l
	阴性症状	20.6±7.2	14.8±6.7 ^m	12.3±5.0 ⁿ
	一般精神病理症状	40.5±9.4	29.0±8.1 ^p	24.6±6.9 ^q
	一般精神病理症状	40.5±9.4	29.0±8.1 ^p	24.6±6.9 ^q

注：组内比较：与治疗前比较，a: $t=8.25$, $P=0.001$; b: $t=9.68$, $P=0.000$; c: $t=2.41$, $P=0.017$; d: $t=11.42$, $P=0.000$; e: $t=4.67$, $P=0.000$; f: $t=7.83$, $P=0.000$; g: $t=17.11$, $P=0.000$; h: $t=4.86$, $P=0.001$; i: $t=35.21$, $P=0.000$; j: $t=8.86$, $P=0.000$; k: $t=7.16$, $P=0.000$; l: $t=11.42$, $P=0.000$; m: $t=6.34$, $P=0.000$; n: $t=2.57$, $P=0.015$; p: $t=5.30$, $P=0.001$; q: $t=6.20$, $P=0.000$ 。组间比较：第 4 周家庭病床组与住院组比较，阳性症状分($t=3.44$, $P=0.010$)、阴性症状分($t=2.37$, $P=0.045$)均有显著性差异。

2.2 SDSS 评分比较 家庭病床组社会退缩、家庭外活动、家庭职能、个人生活、兴趣关心及 SDSS 总分均低于住院组($P<0.05\sim0.01$)。说明家庭病床组的社会功能优于住院组。见表 2。

3 讨论

精神分裂症是一种病因未明的精神疾病，病程多迁延，随着各类抗精神病药物的广泛应用，临床缓解率明显提高，但高复发、高致残率仍是临床研究的难题。Saykin 认为，目前对精神分裂症尚无根治的办法，精神分裂症的核心问题是社会功能衰退、认知功能下降，甚至精神衰退^[6]。国外自 20 世纪 50 年代提出家庭治疗的概念。随着研究的深入，家庭治疗的一部分又回归于对重型精神病患者的治疗之中^[7]。

本研究结果显示，治疗后第 4 周住院组阳性症状分较家庭病床组低，但在治疗 8 周末两组临床疗效相当。这可能是由于住院组较家庭病床组调整药量及时，故阳性症状改善较快。治疗后 6 个月家庭病床组的社会功能好于住院组，尤其在改善社会退缩、家庭外活动、家庭职能、个人生活及兴趣关心方面优于住院组。

其实，我国受传统文化的影响，家庭成员之间互助友爱，尤其在农村中还是住在一起的大家庭，因此适合于开展家庭病床治疗。本研究表明，家庭和睦，社会支持好，亲友关系好，业余活动丰富，家庭成员对患者能理解，使患者对治疗疾病的信心增强，能促使坚持服药。从事家庭治疗，既为患者保留了工作，又使家人不过分操心，患者和家属容易接受，提高了患者服药的依从性，又为社会和家庭节约了住院开支，减少复发，促进社会功能恢复，减少精神残疾发生。

作为县级基层精神病医院，收治对象多为附近的农村患者，且经济条件较差。我们从实际出发，设立了家庭病床，并取得一定效果。如何充分发挥家庭病床的优势，怎样将家庭病床与心理教育性家庭干预及新型抗精神病药巧妙结合起来，各取所长，使此项工作长期开展下去，让患者更好地回归社会，还有待于今后在探索中不断完善。

表 2 两组治疗前后 SDSS 评分比较

因子	家庭病床组	住院组	<i>t</i>	<i>P</i>
职业工作	0.42±0.45	0.50±0.61	0.633	0.522
婚姻职能	0.17±0.29	0.23±0.46	0.662	0.513
父母职能	0.15±0.35	0.25±0.48	1.010	0.305
社会退缩	0.34±0.48	0.76±0.59	3.313	0.009
家庭外活动	0.63±0.52	0.92±0.62	2.150	0.036
家庭内活动	0.32±0.34	0.48±0.50	1.584	0.133
家庭职能	0.36±0.46	0.60±0.52	2.074	0.035
个人生活	0.21±0.40	0.43±0.41	2.304	0.040
兴趣关心	0.38±0.48	0.77±0.58	3.108	0.003
责任计划	0.65±0.57	0.80±0.77	0.939	0.351
总分	3.63±2.98	5.74±3.12	3.190	0.003

致谢

本文承蒙首都医科大学附属北京安定医院谢侃侃医师的指导，在此深表谢意！

[参考文献]

[1] 张海杰, 靳新霞. 社区干预对精神分裂症患者社会功能及生活质量的影响[J]. 精神医学杂志, 2009, 22(5): 368-370.
[2] 项玉涛. 促进精神分裂患者回归社会的心理社会干预[J]. 国外医学精神病学分册, 2002, 29(1): 31-33.
[3] 肖勃, 谢文娇, 张帆, 等. 焦虑症与抑郁症患者心理防御方式社会支持和家庭功能研究[J]. 中国行为医学科学, 2006, 15(9): 797-799.
[4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准(CC-MD-3)[M]. 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 83-89.
[5] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993: 162-165.
[6] 李永远, 吴天诚, 李鸣, 等. 早期干预对首发精神分裂症患者的影响[J]. 临床精神医学杂志, 2004, 14(1): 24-26.
[7] 张跃武. 家庭病床在首发精神分裂症患者康复治疗中的作用[J]. 山西职工医学院学报, 2009, 19(2): 51-52.

(收稿日期: 2011-04-28)