

对精神分裂症患者家庭电话随访的康复价值研究

顾桂英, 曾德志, 樊学文, 涂亚莉, 华曙光, 饶俊华

【摘要】 目的:探讨对精神分裂症患者家庭进行电话随访的康复价值。方法:精神分裂症患者 200 例,随机分入观察组和对照组各 100 例。患者临床痊愈出院后,对照组给予门诊随诊,观察组给予电话随访干预,共 2 年。用阳性与阴性综合征量表(PANSS)、社会功能缺陷筛查量表(SDSS)和精神分裂症生活质量量表(SQLS)分别评定患者病情、社会功能和生活质量的变化,并进行成本-效益分析。结果:出院后 6、12、18、24 个月 PANSS、SDSS、SQLS 评分比较,观察组均明显低于对照组(均 $P < 0.01$);成本-效益分析结果显示,各时段累计总成本比较,观察组显著低于对照组(均 $P < 0.01$),总效益和效益/成本比值均显著大于对照组(均 $P < 0.01$)。结论:电话随访有助于提高精神分裂症患者康复效益,比门诊随诊具有更好的康复价值。

【关键词】 精神分裂症;康复;随访;成本-效益分析

【中图分类号】 R49;R749.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2013.04.027

精神分裂症(schizophrenia, SP)是临床上最常见的、复发率和致残率极高、疾病负担极重的重性精神障碍^[1],摧残患者身心健康,导致社会功能受损,生活质量低下^[2]。SP 需要长期乃至终身治疗,院外康复时间最长也最难掌控,其中复发问题一直是临床上亟待解决的难题。鉴此,我院进行了 SP 患者出院后电话随访干预的探索,效果较好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009 年 1~12 月我科出院的 SP 患者 200 例,均符合 SP 的诊断标准^[1-2];阳性与阴性综合征量表(positive and negative syndrome scale, PANSS)评定^[3],入院时总分 ≥ 60 分,出院时总分 ≤ 40 分;出院后与家人一起生活 ≥ 2 年且有专人监护;患者家属知情同意。排除有严重的肇事肇祸倾向、自杀意念、精神衰退的患者以及妊娠、哺乳期妇女。200 例患者随机分为 2 组各 100 例,①观察组,男 56 例,女 44 例;平均年龄(44.56 \pm 12.85)岁;平均病程(32.64 \pm 12.78)个月;有配偶 68 例,无配偶 32 例;户籍:城镇 38 例,农村 62 例;首发 34 例,复发 66 例;平均受教育年限(8.41 \pm 3.85)年;偏执型 56 例,未定 21 例,其它型 23 例。②对照组,性别、婚姻、户籍、首发/复发构成同观察组;平均年龄(45.66 \pm 13.15)岁;平均病程(33.42 \pm 11.98)个月;受教育年限(9.01 \pm

3.45)年;偏执型 54 例,未定 24 例,其它型 22 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 所有患者住院期间和出院后均给予非典型抗精神病药(氯氮平除外)足量足疗程治疗,同时对患者及其家属进行健康教育和心理干预。出院后观察组接受电话随访,康复管理由项目组成员全程督导;对照组则按常规门诊随诊,不给予其它干预。电话随访:由患者住院期间的主治医师和主管护师主持,选择 19:00~21:00 访谈患者及其家属,间断通话,每次约 1h,通话 30min 左右,1 次/月。分 3 步进行,①信息收集:主要包括患者病情、生活、工作、学习、社会活动、人际关系和治疗情况等;②健康评估:对患者和家属提供的信息进行梳理、分析,对患者病情、社会功能和生活质量进行评估,并列存在问题清单,反馈给患者及家属;③健康指导:帮助患者和家属认识存在的问题,给予心理疏导、心理支持,针对具体问题提出专业性的指导意见,提供应对技巧,帮助制定下阶段康复计划。最后预约下次访谈时间并礼貌道别。2 组干预时间自出院时算起均为 2 年,其间如患者病情复发可重新入院治疗,但不退出研究。

1.3 评定标准 采用 PANSS、社会功能缺陷筛查量表(social disability screening schedule, SDSS)^[1-3]和精神分裂症生活质量量表(schizophrenia quality of life scale, SQLS)^[4]评定患者病情、社会功能和生活质量的变化。PANSS 和 SQLS 在患者出院入组时、SDSS 在患者出院后第 1 个月末(根据量表要求)评定 1 次作为基线,以后每半年约请患者及其家属来医院评定 1 次,并判定是否病情复发。如本次与上次评定的间隔期内患者曾住院或正在住院,则参照最近 1 次

基金项目:咸宁学院科研项目(KY110101)

收稿日期:2012-10-24

作者单位:湖北科技学院附属第二医院精神科,湖北 咸宁 437100

作者简介:顾桂英(1962-),女,副主任医师,主要从事精神科护理方面的研究。

通讯作者:曾德志。

入我院时评定的数据进行分析。成本-效益分析^[2]:用3个量表总分减分率之和间接估计康复效益,直接医疗成本用累计医疗费用代替,直接非医疗成本根据家属提供的信息进行估算,用复发次数推算间接成本和机会成本(统一规定复发1次=9千元)。用效益/成本比值间接估计康复价值。计算公式:效益/成本比值=[(PANSS基线总分-评定时总分)/(基线总分-30)+(SDSS基线总分-评定时总分)/基线总分+(SQLS基线总分-评定时总分)/基线总分]/[累计(医疗费用+非医疗成本)+累计复发次数×9](千元)。

1.4 统计学方法 采用SPSS 18.0统计学软件进行分析,计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示,t检验;计数资料采用 χ^2 检验;各时点量表评分采用重复度量分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

出院后6、12、18、24个月PANSS、SDSS、SQLS评分比较,观察组均明显低于对照组(均 $P < 0.01$),见表1。成本-效益分析显示,各时段累计总成本比较,观察组显著低于对照组(均 $P < 0.01$),总效益和效益/成本比值均显著大于对照组(均 $P < 0.01$),见表2。

表1 2组基线和出院后6、12、18、24个月PANSS、SDSS、SQLS评分比较

组别	项目	基线	出院后(月)			
			6	12	18	24
观察组 (n=100)	PANSS	37.08±1.93	35.63±3.95 ^a	37.48±7.72 ^a	43.31±11.69 ^a	44.05±11.13 ^a
	SDSS	11.04±3.97	6.91±4.60 ^a	5.82±5.34 ^a	9.77±5.88 ^a	10.23±6.21 ^a
	SQLS	46.46±2.56	40.23±2.41 ^a	38.01±7.43 ^a	43.43±11.12 ^a	44.30±10.82 ^a
对照组 (n=100)	PANSS	37.12±1.97	41.57±8.26	43.16±11.53	48.15±12.62	50.88±11.84
	SDSS	9.97±3.56	10.11±3.82	9.10±4.08	12.74±3.39	12.29±4.08
	SQLS	46.90±2.81	44.64±6.34	44.45±11.13	48.50±12.72	51.54±12.18

与对照组比较,^a $P < 0.01$

表2 2组出院后6、12、18、24个月总效益、总成本及效益/成本比值比较

组别	项目	出院后(月)			
		6	12	18	24
观察组 (n=100)	总效益(千元)	0.62±1.05 ^a	0.43±2.11 ^a	-0.83±2.56 ^a	-1.08±2.61 ^a
	总成本(千元)	3.66±1.69 ^a	8.06±3.81 ^a	15.25±6.86 ^a	22.52±10.78 ^a
	效益/成本	0.19±0.31 ^a	0.11±0.22 ^a	-0.01±0.14 ^a	-0.02±0.10 ^a
对照组 (n=100)	总效益(千元)	-0.88±1.88	-0.97±2.51	-2.34±2.93	-2.73±2.30
	总成本(千元)	6.10±2.76	14.70±6.89	25.13±11.65	37.95±19.08
	效益/成本	-0.13±0.33	-0.03±0.16	-0.07±0.11	-0.06±0.08

与对照组比较,^a $P < 0.01$

3 讨论

SP院外康复模式一直是精神卫生服务领域重点关注的课题。由于SP病因和发病机制尚未完全阐明,目前对其实施的治疗广义上都属于对症治疗,这意

味着不能消除病因。新型抗精神病药不断问世并广泛应用于临床,使SP患者的预后有了一定改善,但并没有从根本上扭转SP高复发高致残倾向,其中最重要的原因是SP巩固维持治疗非常困难^[5]。借助电话这种普及、便捷、经济的通信工具,对经过住院治疗病情缓解的SP患者,出院后采取定期电话随访的方式进行连续干预,可能起到事半功倍的效果。本研究采取的电话随访干预是SP康复的重要补充形式,它是精神卫生服务由医院向家庭的功能延伸。电话随访在时机选择和方式方法上充分体现了人性化服务理念,很好把握了“共情、真诚、尊重、个体性”原则,因人制宜,讲求实效,赢得了患者和家属的高度信任、大力支持和积极配合,保证了干预的顺利进行,在很大程度上巩固和保持了住院治疗取得的疗效,能较好地保持患者病情稳定,极大地降低复发率,并有利于改善患者社会功能和生存质量^[6]。

近年来,卫生经济学已广泛应用于卫生保健领域,作为卫生经济学重要分支的临床经济学,其重点是研究临床实践中的医疗方案和治疗措施的投入与产出的关系,并且在不同治疗方案之间进行比较,得出最佳选择,以提高卫生资源的使用效益^[2]。本研究采用成本-效益分析,从生物、心理、社会多方面进行衡量,用量表减分率代替康复效益,结果显示,观察组各时段累计康复成本不到对照组的2/3,而康复效益明显优于对照组,效益-成本比值远高于对照组,说明本研究采用的电话随访干预模式比常规门诊随诊模式更具优越性,极大提高了卫生资源利用效益,因此具有更高的康复价值。总而言之,电话随访简便易行,易被患者及家属接受,值得在临床应用推广,但具体操作方法需要进一步探讨。

【参考文献】

[1] 沈渔邨. 精神病学[M]. 第5版. 北京:人民卫生出版社, 2009,518-524,278-280.

[2] 徐莉,陈连洲,郭细先,等. 慢性精神分裂症患者间断住院的康复效益分析[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(4): 379-381.

[3] 李华芳. 精神药物临床研究常用量表[M]. 上海:上海科技教育出版社,2011,1-31.

[4] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2005,137-139.

[5] 段武钢,曾德志,罗建武,等. 家访服务在预防精神分裂症复发中的积极作用[J]. 现代预防医学,2010,37(24): 4645-4646.

[6] 郑桂芝,曾德志,周卫东. 家访服务对首发精神分裂症患者生活质量的影响[J]. 中国康复,2007,22(4):284-286.