

社区精神分裂症患者综合性康复干预的效果评价

包绍华

【摘要】 目的:探讨综合性康复干预对社区精神分裂症患者的效果。方法:随机抽取无锡市滨湖区在册管理的104例慢性精神分裂症患者为研究对象,随机分为干预组和对照组各52例,干预组给予“医院、社区、家庭”综合性康复,对照组接受常规社区精神卫生服务。分别在干预前、干预1年末采用阳性与阴性症状量表(PANSS)、华文认知能力量表(CCAS)、精神分裂症患者生活质量量表(SQLS)、家庭负担会谈量表(FIS)评估患者病情、认知功能、生存质量以及家庭负担。结果:与治疗前比较,干预组1年末PANSS、CCAS、SQLS总分及各因子分、FIS总分均明显改善($P<0.05, 0.01$);对照组PANSS总分及精神病理因子分、SQLS症状/副作用因子分较治疗前明显改善($P<0.05, 0.01$),但其他各评分指标较前无明显变化。组间比较,干预组PANSS总分及阴性因子分、CCAS操作因子分、SQLS总分及心理社会、精力/动机因子分、FIS总分改善程度均优于对照组($P<0.05, 0.01$)。干预1年末,两组复发率、住院率比较差异无统计学意义。结论:综合性康复干预在改善精神分裂症患者病情的同时,能促进认知功能恢复,提高患者生存质量和降低家庭照料负担,是理想的社区康复模式。

【关键词】 综合性康复干预;社区;精神分裂症

【中图分类号】 R49;R749.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2016.05.003

Efficacy of comprehensive rehabilitation intervention on the schizophrenia patients in community Bao Zhaohua, Department of Psychiatry, Wuxi Mental Health Center, Nanjing Medical University, Wuxi 214151, China

【Abstract】 Objective: To investigate the efficacy of comprehensive rehabilitation intervention on schizophrenia patients in community. **Methods:** All 104 patients with chronic schizophrenia were randomly divided into intervention group (receiving a combined hospital, community and family comprehensive rehabilitation intervention) and control group (receiving regular community mental health services). All patients were followed up for one year and assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), the Chinese Cognitive Ability Scale (CCAS), the Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS) and the Family Interview Schedule (FIS) before and one year after the follow-up. **Results:** At the end of 1 year after treatment, the total and each factor scores of PANSS, CCAS, SQLS, SDSS and FIS score in intervention group were all improved significantly as compared with those before treatment ($P<0.05$, or <0.01). The total and general mental pathological factor scores of PANSS, and of the two factors of SQLS including psychosocial facet and motivation and energy in the control group were improved significantly ($P<0.05$, or <0.01), while the other scores had no obvious change. The total and negative factor scores of PANSS, operating factor scores of CCAS, the total scores of SQLS and two factors including psychosocial facet and motivation and energy in the intervention group were all significantly improved as compared with those in the control group after 1-year treatment ($P<0.05$, or <0.01). At the same time, there were no statistical differences in the relapse and hospitalization rate between the two groups. **Conclusion:** Comprehensive rehabilitation intervention can significantly improve the clinical symptoms and promote the cognitive function, at the same time can improve the quality of life, and reduce the family burden of schizophrenia patients in community.

【Key words】 comprehensive rehabilitation intervention; community; schizophrenia

精神分裂症是一种最常见的重性精神疾病,多起病于青壮年,病程迁延,具有高复发和高致残率的特点,给家庭带来沉重的经济和精神负担。现代精神医

学认为,精神分裂症的治疗除了控制临床症状、降低复发率外,还应从心理、生理和社会等多方面综合干预,以提高患者生存质量及减轻家庭负担为目标。我国有近800万精神分裂症患者,90%以上都生活在社区,多数患者存在精神病残留症状、认知功能损害和生存质量降低^[1-2],因此探索一个行之有效的社区康复模式是我们面临的艰巨任务。为此,本研究对慢性精神分

基金项目:江苏省卫生厅预防医学科研基金(Y2013010)

收稿日期:2016-05-05

作者单位:南京医科大学附属无锡精神卫生中心,江苏 无锡 214151

作者简介:包绍华(1977-),女,副主任医师,主要从事精神康复方面的研究。

裂症患者进行“医院、社区、家庭”综合性康复干预模式的对照研究,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年2月~5月纳入无锡市滨湖区蠡湖、雪浪街道在册管理的慢性精神分裂症患者作为研究对象,入选标准:符合中国精神疾病分类与诊断标准第3版(Chinese Classification of Mental Disorder-the third revision, CCMD-3)精神分裂症的诊断标准^[3];年龄18~60岁,病程 ≥ 2 年,存在部分残留症状或处于部分缓解状态;在社区居住 > 6 个月,有条件接受康复训练和定期随访者;研究对象及监护人均签署知情同意书。排除标准:处于疾病急性发作期,或病情不稳不能配合检查者;精神发育迟滞、痴呆及其他脑器质性疾病或严重躯体疾病者;视力和听力障碍不能交流者;1年内有异地迁移计划者。符合入组标准的患者共104例,随机分为2组各52例,①干预组:男29例,女23例;平均年龄 (41.69 ± 9.51) 岁;平均病程 (9.88 ± 6.27) 年;既往曾住院的平均次数为 (3.13 ± 1.43) 次;抗精神病药物(利培酮等剂量)为 $(4.93 \pm 1.37) \text{mg} \cdot \text{d}^{-1}$;在婚43例,非在婚9例;文化程度:小学1例,初中27例,高中及以上24例;家属关心程度:非常关心25例,一般24例,不关心3例;服药依从性:依从29例,基本依从23例;家庭人均月收入:2000元以下11例,2000元及以上41例。②对照组:男28例,女24例;平均年龄 (42.63 ± 9.28) 岁;平均病程 (10.08 ± 4.85) 年;既往曾住院的平均次数为 (3.04 ± 1.15) 次;抗精神病药物(利培酮等剂量)为 $(4.96 \pm 1.12) \text{mg} \cdot \text{d}^{-1}$;在婚45例,非在婚7例;文化程度:小学3例,初中18例,高中及以上31例;家属关心程度:非常关心24例,一般20例,不关心8例;服药依从性:依从31例,基本依从21例;家庭人均月收入:2000元以下6例,2000元及以上46例。

1.2 方法 入组后,2组患者均给予原有抗精神病药物维持治疗。干预组由无锡市精神卫生中心的医生、护士、职业治疗师、心理治疗师及社区的精防医生、社康护士、社会工作者、家庭成员等组建综合性服务团队,发挥各自优势和功能,实施“医院、社区、家庭”一体化的综合性康复干预模式。具体方法如下:①医院干预:医院主要提供技术力量,由课题组根据患者的具体情况制定个体化的康复计划,包括心理健康教育、认知康复训练、技能康复训练等。心理健康教育:每月1次,每次60min,以集中授课形式,主要讲解疾病知识、药物自我管理、药物不良反应识别、自我权益保护等,要求家属旁听;认知康复训练:采取小组认知康复治

疗,每周2次,每次45min。内容包括图案拼凑、数字符号、词汇训练、成语异同比较、言语训练、角色训练及问题解决能力训练等;技能康复训练:根据个体评估情况,选择生活技能训练、社交技能训练、职业功能训练等,并布置家庭作业,每周2次,每次45min。②社区干预:社区主要提供康复场所。社区精防医生和社康护士确保每位患者治疗计划的实施,负责具体协调工作以及患者的药物监管、帮困减免、紧急处置干预等后续跟进服务。③家庭干预:分为前期干预、重点干预和维持干预,每月1次。以集中授课、个别干预和入户相结合的方式,进行家庭集体心理教育,对象为家庭成员(以照料者为主),内容包括讲授有关精神分裂症的性质和药物知识、看护知识、家庭情感交流及对疾病的干预方法,提高者家庭成员和患的沟通能力及负面情绪的处理能力。对照组提供常规社区卫生服务,纳入重性精神病网络进行规范化管理,建立健康档案,定期随访,根据病情评估指导患者服药,向患者家庭成员提供护理和康复指导,每月组织精神病防治知识健康教育讲座,发放精神科健康教育手册和有关精神疾病的科普书籍等。

1.3 评定标准 评估人员由4位精神科主治医师组成,均经过培训和一致性检验,且对患者的分组情况不知情。所有患者在入组前1周内及研究结束后1周内完成评定。①阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS)^[4]:由阳性症状、阴性症状和一般精神病理3个因子组成,按1~7级评分,最高分210分,总分越高,反映病情越严重。②华文认知能力量表(Chinese Cognitive Ability Scale, CCAS)^[5]:该量表由我国心理学家程灶火教授编制的本土化智力测验,分别测量工作记忆、学习能力、推理能力、加工速度、空间建构和计算能力,根据相应的智商转换表,获得言语智商、操作智商以及总智商,总分86分以上为正常,得分越低,认知功能损害越严重。③精神分裂症患者生活质量量表(Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS)^[6]:包括心理社会、精力/动机、症状/副作用3个因子,按0~5分6级评分,按公式换算成0~100分,得分越低,提示生活质量越好。④家庭负担会谈量表(the Family Interview Schedule, FIS)^[7]:分经济负担、家庭日常生活干扰、家庭娱乐活动影响、家庭关系影响、家庭成员躯体健康与心理健康6个因子,按0~2分3级评分,分数越高,表明负担越重。⑤复发率与再住院率:复发指症状加重需调整药物剂量或住院等;再住院标准:因复发住院时间 ≥ 1 个月。

1.4 统计学方法 采用SPSS 19.0统计软件进行分

析。计数资料用百分率表示, χ^2 检验; 计量资料用 $\bar{x} \pm s$ 表示, t 检验。治疗前后各量表评分变化的相关性采用 Spearman 相关分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

与治疗前比较, 干预组 1 年末 PANSS、SQLS 总分及各因子分、FIS 总分均明显降低 ($P < 0.05, 0.01$)、CCAS 总分及各因子分均明显增高 ($P < 0.05, 0.01$); 对照组 PANSS 总分及精神病理因子分、SQLS 症状/副作用因子分明显下降 ($P < 0.05, 0.01$), 其他各评分指标较前无明显变化。组间比较, 1 年末, 干预组 PANSS 总分及阴性因子分、SQLS 总分及心理社会、精力/动机因子分、FIS 总分明显低于对照组 ($P < 0.05, 0.01$)、CCAS 操作因子分明显高于对照组 ($P < 0.05$)。治疗前后干预组 SQLS 量表分差值与 PANSS 总分、阴性因子分、一般精神病理因子分差值呈显著正相关 ($r = 0.230 \sim 0.408$, 均 $P < 0.05$)、与 CCAS 量表分、言语因子分、操作因子分差值呈显著负相关 ($r = -0.287 \sim -0.479$, 均 $P < 0.05$)。见表 1、2。

2 组患者在为期 1 年的随访中均无 1 例脱落。干预组复发 5 例、住院 1 例, 复发率 9.62%, 再住院率 1.92%; 对照组复发 8 例、住院 3 例, 复发率 15.38%, 住院率 5.77%, 2 组复发率及住院率比较差异均无统计学意义。

表 1 2 组患者干预前后各量表评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

项目	干预组($n=52$)		对照组($n=52$)	
	干预前	干预后	干预前	干预后
PANSS 总分	71.92 $\pm$ 9.93	63.31 $\pm$ 8.05 ^{bc}	69.73 $\pm$ 8.80	66.62 $\pm$ 8.52 ^b
阳性症状	18.94 $\pm$ 4.82	17.13 $\pm$ 4.83 ^b	17.98 $\pm$ 3.80	17.63 $\pm$ 4.07
阴性症状	20.23 $\pm$ 5.08	16.88 $\pm$ 4.48 ^{bc}	19.25 $\pm$ 4.16	18.75 $\pm$ 4.47
精神病理	32.75 $\pm$ 7.70	29.29 $\pm$ 6.71 ^b	32.50 $\pm$ 8.17	30.23 $\pm$ 7.60 ^b
CCAS 总分	78.83 $\pm$ 16.08	85.67 $\pm$ 13.62 ^a	79.92 $\pm$ 12.80	81.13 $\pm$ 11.41
言语分	80.00 $\pm$ 12.23	82.04 $\pm$ 13.82 ^a	80.69 $\pm$ 11.79	81.85 $\pm$ 11.67
操作分	80.98 $\pm$ 17.24	88.44 $\pm$ 14.90 ^{bc}	82.10 $\pm$ 17.14	82.08 $\pm$ 16.47
SQLS 总分	29.44 $\pm$ 10.46	26.19 $\pm$ 10.77 ^{bc}	31.29 $\pm$ 10.88	30.14 $\pm$ 10.72
心理社会	26.15 $\pm$ 9.17	22.27 $\pm$ 15.34 ^{bd}	27.75 $\pm$ 9.36	26.73 $\pm$ 7.83
精力/动机	32.25 $\pm$ 10.85	28.62 $\pm$ 11.42 ^{bc}	33.50 $\pm$ 11.68	32.96 $\pm$ 10.57
症状/副作用	21.06 $\pm$ 6.44	20.19 $\pm$ 10.87 ^a	22.60 $\pm$ 7.94	21.65 $\pm$ 6.96 ^a
FIS 总分	21.69 $\pm$ 5.20	19.46 $\pm$ 4.95 ^{bc}	21.85 $\pm$ 5.07	21.63 $\pm$ 5.14

与干预前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与对照组比较, ^c $P < 0.05$, ^d $P < 0.01$

表 2 干预组治疗前后 SQLS 量表差值与 PANSS、CCAS 量表差值的相关性(r)

项目	阳性症状	阴性症状	一般精神病理	PANSS	言语	操作	CCAS
SQLS	0.184	0.369	0.230	0.408	-0.287	-0.479	-0.392
心理社会	0.074	0.219	0.040	0.189	-0.165	-0.320	-0.135
精力/动机	0.129	0.158	0.118	0.207	-0.202	-0.261	-0.210
症状/副作用	0.005	0.040	0.046	0.011	-0.074	-0.077	-0.051

3 讨论

本研究结果显示,“医院、社区、家庭”一体化的综合性康复干预模式能明显改善社区精神分裂症患者病情,尤其是能改善阴性症状和促进认知功能的康复,提高患者的生存质量、减轻家庭负担。有文献报道,病情缓解出院 1 年以上未给予社区康复的精神分裂症患者复发率为 20%~70%^[8],本研究结果显示,干预组和对照组复发再住院率均低于报道水平,组间比较差异无统计学意义,说明两种治疗模式在控制病情方面效果相当。

精神分裂症康复的最终目的是让患者融入并参与社会生活,因此考察某种社区康复模式是否有效的指标除了评估复发率、再住院率外,还包括其对认知功能、生活质量、家庭负担的影响^[9]。国外从 20 世纪 70 年代就开展不同社区治疗模式的研究来改善精神疾病患者的结局,其中综合性康复干预是在大量实践中建立的积极有效的模式,并为 WHO 认可^[10]。Kopelowicz 等^[11]开展了包括药物治疗、技能训练、家庭心理教育、积极的社区治疗,发现可以减少阴性症状,改善认知功能、增加就业机会和预防复发。傅伟忠等^[12]的社区综合康复研究显示,有效的社区康复提高了患者对药物治疗的依从性,降低复发率和致残率,促进家庭职能的恢复。马佳妮等^[13]的研究显示,精神康复引入社区康复机构后,融入到日间康复课程中对患者康复是有利的。本研究显示,随访 1 年末干预组 PANSS 总分、阴性症状因子分均明显低于对照组,CCAS 操作分高于对照组,差异具有统计学意义,表明综合性干预通过认知康复训练、技能康复训练以及患者家属共同参与的心理健康教育,改善了患者的阴性症状及认知功能。阳性症状、阴性症状及认知功能损害是精神分裂症的三大核心症状,后两者是慢性精神分裂症致残的主要原因,且随着病程的迁延逐渐加重。国内徐文炜等报道^[14],认知康复能改善精神分裂症患者的智能及执行功能,苏雅芳等报道^[15],职业技能训练能改善精神分裂症患者 IQ 及执行能力。本研究干预组通过专业治疗师,对患者进行系统的认知康复训练,提高了患者记忆、注意能力和抽象思维能力,同时个体化的技能康复训练,增强了患者的主动性和积极性,改善了患者孤僻、被动、退缩为主的阴性症状。另一方面,积极性社区干预通过对家庭成员的心理健康教育,家属自身的心理健康水平和应激能力得到提高,并增强了对症状的识别和应对技能,家庭成员之间的关系更加缓和,从而给患者提供了良好的生活环境及家庭支持系统,促进了患者的全面康复。

影响精神分裂症患者生存质量的因素有许多,如家庭支持系统、既往职业、临床症状、认知损害程度等^[16]。本研究结果显示,传统社区精神卫生服务主要通过定期随访、监管患者服药和健康宣教及心理支持等措施,有效的预防了精神分裂症的复发,但对患者的生活质量和社会功能无明显改善。而干预组通过1年的综合性康复措施,患者生活质量和社会功能得到了明显的提高,相关分析显示,干预组 SQLS 量表治疗前后分数差值与 PANSS 总分、阴性症状因子、一般精神病理因子分数差值呈显著正相关、与 CCAS 总分、言语因子、操作因子分差值呈显著负相关,说明患者的生存质能随着临床症状和认知功能的改善而改善,并且与阴性症状的关系比阳性症状更为密切,与国内外研究结果一致^[17-18]。精神分裂症所造成的疾病负担是多层次的,除了经济负担外,还包括对家庭带来的精神负担,被认为是“最昂贵”的精神疾病^[19]。本研究对照组虽然有效的降低了复发率和再住院率,但与治疗前比较, FIS 评分无明显变化,可能因为患者的阴性症状、认知功能受损,影响家庭成员之间的沟通,加重家属尤其是主要照料者的心理负担有关,以后可以扩大样本量再进行相关研究,以了解样本量对研究结果有无影响。

综上所述,“医院、社区、家庭”综合性康复模式整合了专科医院、社区卫生和家庭资源,为慢性精神分裂症患者提供的高质量的服务,弥补了传统社区卫生服务由于基层医生缺乏专业技术人员,而只能以监管服药为主的弊端。因此建议在条件地区进行积极性推广。

【参考文献】

[1] 银芳,傅克礼. 以社会融合为导向的社区康复工作模式[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(4): 293-296.
[2] 李丹, 窦娜, 陈长香, 等. 精神分裂症患者生存质量及影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2014, 30(9): 1196-1199.

[3] 陈彦方主编. 中国精神障碍分类与诊断标准(第3版)[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001, 75-78.
[4] 司天梅, 杨建中, 舒良, 等. 阴性和阳性症状量表(PANSS, 中文版)的信效度研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 45-47.
[5] 程灶火, 孙金荣, 杨碧秀. 华文认知能力量表的信度和效度分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2007, 21(2): 103-106.
[6] 骆宏, 罗南, 王义强, 等. 精神分裂症患者生活质量量表效度检验与应用[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(3): 172-174.
[7] 陈洁. 临床经济学: 疾病负担的测量和评价[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1999, 139-142.
[8] 赵红梅, 李文秀, 何锐. 社区康复措施在康复期精神分裂症患者中的应用效果观察[J]. 海南医学, 2013, 24(6): 836-838.
[9] 李卉, 赵彬, 安舜禹, 等. 美国社区卫生服务体系现状及启示[J]. 中国公共卫生, 2012, 28(2): 183-184.
[10] 张广岐, 薄绍晔, 张少颢, 等. 国外社区精神卫生与我国的精神病防治康复[J]. 中华临床医学杂志, 2004, 5(9): 16-18.
[11] Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses[J]. Psychiatr Serv, 2003, 54(11): 1491-1498.
[12] 傅伟忠, 张明, 秦虹云, 等. 社区综合康复模式对慢性精神分裂症患者疗效评估[J]. 上海预防医学, 2013, 25(3): 113-116.
[13] 马佳妮, 严非, 张伟波, 等. 莘庄社区基于阳光心园的康复服务对精神分裂症患者康复效果的影响[J]. 中国康复, 2015, 30(1): 78-79.
[14] 徐文炜, 姚建军, 吴越, 等. 认知康复对精神分裂症认知功能影响的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(1): 55-59.
[15] 苏雅芳, 江爱玉, 徐丽芬, 等. 精神分裂症患者早期技能训练康复效果分析[J]. 中国公共卫生, 2011, 27(11): 1463-1464.
[16] 姚志珍, 徐琦, 吴留发, 等. 上海市社区精神分裂症患者生活质量调查及影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2014, 17(26): 3117-3121.
[17] 石捷, 陶建青, 曾强, 等. 家庭治疗对精神分裂症的社会功能和生存质量影响的经济学评价[J]. 中国临床康复, 2006, 34(9): 18-21.
[18] Bellack AS. Skills training for people with severe mental illness[J]. Psychiatr Rehabil, 2004, 27(4): 375-391.
[19] Salize HJ, Stamm K, Schubert M, et al. Cost of care for depressive disorders in primary and specialized care in Germany[J]. Psychiatr Prax, 2004, 31(3): 147-156.