

## 社区个案管理模式对严重精神障碍患者疗效预后影响的研究

张坤<sup>a</sup>,李敏璐<sup>b</sup>,刘文平<sup>a</sup>,王训强<sup>a</sup>

**【摘要】目的:**拟研究纳入社区个案管理模式(香港)的严重精神障碍患者干预前后疗效、社会功能及危险性影响对比,为严重精神障碍患者的多系统治疗预防标准提供新的指引。**方法:**收集172名严重精神障碍患者随机分为个案管理组和公共卫生组,干预组给予社区个案管理服务,对照组给予常规社区公共卫生服务,观察两种不同的干预模式对于患者疾病预后、社会功能及危险性的影响。**结果:**个案管理组症状改善情况明显好于公共卫生组( $P<0.01$ );个案管理组暴力风险明显低于公共卫生组( $P<0.01$ );个案管理组社会功能明显好于公共卫生组( $P<0.01$ )。**结论:**采用社区个案管理模式不仅可以逐步改善严重精神障碍患者症状,降低肇事肇祸等暴力风险,还可以明显提高社会功能。

**【关键词】**社区个案管理服务;严重精神障碍;疗效;预后;社会功能

**【中图分类号】**R49;R749   **【DOI】**10.3870/zgkf.2022.05.015

严重精神障碍患者包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神障碍、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍等,是一组病因未明、治愈率低、复发率和致残率高的疾病,严重影响健康,造成沉重负担及带来安全风险<sup>[1]</sup>。有关数据显示:精神疾病在中国负担排名中已超过心脑血管疾病而位居首位。世界卫生组织称:2020年全球近10亿人受精神健康问题影响,急需精神卫生投入。中国疾病预防控制中心精神卫生中心2009年数据显示,我国各类精神障碍患者人数在1亿人以上,重性精神病患人数超过1600万<sup>[2]</sup>。2015年中国医师协会精神科医师分会主张精神疾病防治单从临床着手是远远不够的,预防更为重要。社区精神卫生个案管理工作是20世纪50年代发展起来的,已被世界各国证明是一种减少精神疾病发病、预防复发、降低残疾的行之有效的模式<sup>[3]</sup>。为了贯彻落实卫生部关于印发《严重精神障碍管理治疗工作规范》(国卫疾控发[2018]13号)的通知以及基本公共卫生服务改革的精神,减少公共安全和他人人身安全危害发生,减低精神残疾率,开展全新的管理治疗康复模式已在较多地区探索中发展。目前我

国对社区严重精神障碍患者实施个案管理模式仍处于未成熟阶段,本研究向患者提供香港个案管理先进模式,探索对治疗康复效果干预的影响,为多系统治疗预防标准提供新的指引,进一步为政府相关部门管理决策提供依据。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料 以2018年6月1日~2019年5月31日居住在深圳市龙岗区的172例严重精神障碍患者为研究对象。入组标准:符合疾病和有关健康问题的国际统计分类第十次修订本(International Classification of Diseases, ICD, 简称为“国际疾病分类第十次修订本”)(ICD-10)中六大严重精神障碍患者诊断标准;符合《ICD-10精神与行为障碍分类》,病程 $\geqslant 3$ 年;危险性评估 $\geqslant 3$ 级(参考《严重精神障碍管理治疗工作规范》<国卫疾控发[2018]13号>规定的评分标准);性别不限;接受社区个案管理模式和康复训练安排;均有监护人监护。排除标准:严重的器质性疾病;精神活性物质依赖者;中重度以上精神发育迟滞。符合入选标准且不符合排除标准共172例。病程均 $\geqslant 3$ 年;疾病类型:精神分裂症113例,双相情感障碍伴精神病性症状35例,精神发育迟滞伴精神障碍6例,偏执性精神障碍7例,分裂情感性精神障碍11例,均患有精神病性症状。按照随机数字表法则,将上述患者随机分为个案管理组及公共卫生组,每组各86例。所有研究

基金项目:深圳市龙岗区经济与科技发展专项资金—医疗卫生科技计划项目(LGKCYLWS201800008)

收稿日期:2021-11-08

作者单位:深圳市龙岗区慢性病防治院 a.精神卫生科,b.结核病防治科,深圳 518172

作者简介:张坤(1983-),男,主治医师,主要从事精神障碍的治疗与康复方面的研究。

对象及监护人均要签署知情同意书。2组患者一般资料比较差异均无统计学意义。见表1。

表1 2组患者的一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄	病程
		男	女	(岁, $\bar{x} \pm s$ )	(年, $\bar{x} \pm s$ )
个案管理组	86	45	41	40.48±21.13	4.26±1.91
公共卫生组	86	47	39	39.56±17.89	4.05±1.64
统计量		$\chi^2=0.093$		$t=0.462$	$t=0.218$
P值		0.760		0.630	0.872

1.2 方法 个案管理组给予社区个案管理服务,公共卫生组给予基本社区服务。入组患者根据病种和症状给予长期药物治疗、药物管理和社区随访指导,药物有:奥氮平、利培酮、氯氮平、阿立哌唑、丙戊酸钠、托吡酯、卡马西平等。  
①社区个案管理服务包括医疗项目和康复项目。医疗项目包括治疗方案、服药日常精细管理、依从性和药物不良反应、危险性管控、协助应急转诊等;康复项目包括日常生活、家务劳动、家庭关系、社会人际交往、社区适应、职业与学习状况、康复依从性与主动性检查评估,提出康复措施建议等;具体方法为由专业精神科医生协同香港个案管理督导团队与患者共同制定治疗与康复计划,注重合作交流与个性化需求,营造良好的家庭环境和患者支持系统让患者复元发展。具体方法如下:建立和谐的医患关系,取得病人及家属的充分信任;定期面访和电话访谈,了解病情和风险等动态信息;在日常生活、情绪管理、社会交际等方面初步提出建议,后期跟进交流并制定相关康复计划;协助管理药物,督促养成良好的服药习惯;提供紧急住院和康复转介服务;鼓励患者实现自己在人际交往、社会适应、生活技能、职业技能等方面的具体需求,充分利用现有资源,协助建立学习与训练计划;同时为家属提供心理疏导、情绪宣泄、压力释放及照顾技巧服务。  
②公共卫生服务为根据工作规范提供基础的公共卫生服务,包括定期访视患者病情及风险信息,给予服药指导,根据病情分类开展管控和处置,对家属开展家庭护理训练和精神康复健康宣教等。

1.3 评定标准 对2组均实施为期1年的服务干预,于干预第3个月、6个月、12个月时间节点对2组病人进行效果评价,观察精神症状、自杀和肇事肇祸风险及社会功能的数值变化。  
①采用阳性与阴性症状量表(Positive and Negative Syndrome, PANSS)对评定患者精神症状的严重程度,总分33~231分,评分越高,病情越重。  
②采用社会功能缺陷筛选量表(Social Disability Screening Schedule, SDSS)从病人的职业、工作、婚姻状况、父母情况、社会性退缩情况、社会活动能力、对外界事物兴趣及关心情况对病人进行社会功能缺陷评分,总分0~20分,评分越高,则社会功能缺

陷越严重。  
③采用自杀和肇事肇祸风险评估表评定患者自杀风险和肇事肇祸危险性情况,自杀风险评估表总分0~33分,肇事肇祸危险性评估表0~5分,评分越高,危险性越高。根据ICD-10中关于病人相应精神疾病的诊断标准判断病情复发情况。

1.4 统计学方法 采用SPSS 22.0软件进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以率、构成比表示。计量资料组间比较采用两独立样本t检验,计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验。采用两因素(分组与时间)三水平[干预前(T1)、干预开始第3个月(T3)、干预开始第6个月(T6),12个月(T12)]重复测量方差分析比较2组患者在PANSS、SDSS、风险指标的数值差异。采用配对样本t检验分析干预组干预前后康复指标变化,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组PANSS评分比较 2组在干预3、6、12个月各时间点的PANSS评分均低于干预前,且随时间增加逐渐降低( $P<0.05$ )。个案干预组的PANSS评分在6个月和12个月时间点明显低于公共卫生组同期( $P<0.05$ )。见表2。

表2 2组患者干预前后PANSS评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	n	干预前	干预后		
			第3个月	第6个月	第12个月
个案管理组	86	13.64±1.47	12.09±1.30	9.43±1.02	6.16±0.66
公共卫生组	86	12.19±1.31	11.38±1.23	10.52±1.13	8.72±0.94
t值		0.566	0.468	2.602	11.991
P值		0.572	0.641	0.010	0.00

注:个案管理组4个时间点比较进行方差分析 $F=127.802, P=0.000$ ;公共卫生组4个时间点比较进行方差分析 $F=31.495, P=0.000$

2.2 2组SDSS评分比较 2组在干预3、6、12个月各时间点的社会功能评分均低于干预前,且随时间增加逐渐降低( $P<0.05$ )。个案干预组的SDSS评分在6个月和12个月时间点明显低于公共卫生组同期( $P<0.05$ )。见表3。

表3 2组患者干预前后SDSS评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$

组别	n	干预前	干预后		
			第3个月	第6个月	第12个月
个案管理组	86	1.73±0.19	1.31±0.14	1.26±0.14	1.07±0.12
公共卫生组	86	1.89±0.20	1.42±0.15	1.01±0.11	0.85±0.09
t值		0.884	1.899	4.334	8.039
P值		0.378	0.059	0.00	0.00

注:个案管理组4个时间点进行方差分析 $F=87.236, P=0.000$ ;公共卫生组4个时间点进行方差分析 $F=43.167, P=0.000$

2.3 2组自杀风险评估评分比较 2组在3、6、12个月时间点的自杀评分均低于干预前,且随时间增加逐渐降低,但差异无统计学意义。个案干预组的自杀风险评分在3、6和12个月各时间点明显低于公共卫生组同期,但差异无统计学意义。见表4。

**表4** 2组患者自杀风险评估评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$ 

组别	n	干预前	干预后		
			第3个月	第6个月	第12个月
个案管理组	86	7.03±0.76	5.45±0.59	4.24±0.46	2.74±0.30
公共卫生组	86	7.50±0.81	6.50±0.70	5.25±0.57	3.90±0.42
t值		0.461	0.712	0.718	1.811
P值		0.645	0.477	0.473	0.072

注:个案管理组4个时间点进行方差分析  $F=1.125, P=0.070$ ;公共卫生组4个时间点进行方差分析  $F=2.272, P=0.080$

**2.4 2组肇事肇祸风险评估评分比较** 2组在3、6、12个月时间点的肇事肇祸评分均低于干预开始前,且随时间增加逐渐降低( $P<0.05$ )。个案干预组的自杀风险评分在6个月和12个月各时间点明显低于公共卫生组同期( $P<0.05$ )。见表5。

**表5** 2组患者肇事风险评估评分比较 分,  $\bar{x} \pm s$ 

组别	干预前	干预后		
		第3个月	第6个月	第12个月
个案管理组	0.64±0.07	0.54±0.06	0.60±0.07	0.60±0.06
公共卫生组	0.52±0.06	0.48±0.05	0.55±0.06	0.63±0.07
t值	2.068	1.196	9.400	8.972
P值	0.040	0.233	0.000	0.000

注:个案管理组4个时间点进行方差分析  $F=385.455, P=0.000$ ;公共卫生组4个时间点进行方差分析  $F=182.098, P=0.000$

### 3 讨论

严重精神障碍患者主要表现为感知异常、行为紊乱、思维和情感障碍等精神症状,治愈率低,而复发率和致残率高,使生活能力和社会功能等遭受严重损害,也造成较大的社会负担<sup>[1]</sup>。经济迅速发展,生活节奏加快,社会压力骤增等原因,导致精神障碍患者人数逐年上升<sup>[4]</sup>。单纯药物治疗满足不了精神障碍患者的需求,近年社区康复和护理模式越来越受到关注,社区个案管理就是借助社区、社会、家庭的力量,为那些有多种需求却无法有效利用到社会资源的患者提供一种新的社会福利援助。个案管理最早起源于20世纪70年代,为美国政府抵制医疗费用上涨而推出的高效利用卫生资源的管理方式,目前在很多国家领域都取得较好效果<sup>[5]</sup>。国内起步较晚,但近些年重视速度加快,已经在多个城市被采纳进精神障碍患者的预防管理中,获得医生、护士、患者及家属的认可。

严重精神障碍患者社区个案管理(香港模式)不同于传统个案管理方法<sup>[6]</sup>,是以个案为中心,通过运用优势视角、复元模式等,挖掘患者的潜能以及整合多方资源为患者提供个性化、专业化、多元化的社区康复服务,通过多种交流和选择治疗条件协助患者建立社会支持网络,恢复和提升社会功能,是一个充分合作的过程,包括评估、计划、执行、协调、监督和评价,以满足患者的健康需求,达到高质量的社区服务进而起到预防病情复发的目的,其在香港实施取得的成绩斐然。有

研究提出精神分裂症患者社会支持与自我效能密切相关<sup>[7]</sup>,提高社会支持和增强自我效能,将成为患者回归社会的一个重要参考。而以优势为视角和复元理念为导向是精神康复的两个重要管理模式<sup>[8-10]</sup>,在改善自我效能、生活质量及服药依从性等方面的效果明显优于普通社区管理服务。

越来越多临床及预防研究显示:个案管理模式有助于严重精神障碍患者的症状控制、提高服药依从性、减少药物副作用和医疗支出、降低住院率和家庭负担、社会功能改善<sup>[11-15]</sup>。有研究显示:社区个案管理改善了严重精神障碍患者的生活质量,提高了他们对刑法司法的认识,进一步减少了肇事肇祸等危害公共安全的事件发生<sup>[16]</sup>,这有利于引导患者行为向稳定状态转变,亦可以促进心理成熟<sup>[17]</sup>。本研究结果显示:干预组在6个月和12个月节点的PANSS、SDSS、肇事肇祸评分明显低于对照组,差异有统计学意义,说明社区个案管理(香港模式)对改善严重精神障碍患者症状、社会功能和行为控制,明显优于基本公共卫生服务。另外有研究显示个案模式的建立有益于社会和经济效益,对社会稳定的长远发展大为有益<sup>[18]</sup>。有观察性研究显示,个案管理可有效提升物质依赖性精神障碍患者的社会功能,可涉及到人文关怀的领域<sup>[19]</sup>。这对严重精神障碍患者的全面康复、回归社会等方面影响巨大。

综上所述,社区个案管理(香港)模式能够使患者得到持续延伸性的支持和帮助,让患者获得更多疾病康复相关的知识和信息,同时为患者提供各种社会资源和能量等无限接近“全人”服务:使个案本身体力、智力、才能、志趣和道德品质的多方面的充分的、统一的发展,最终提高患者的生活质量,降低住院率,以达到节约医疗资源成效。与国外相比,目前我国所进行的系统化、程序化的个案管理研究较少,学术交流及专科领域较窄,将个案管理的成效如何高效地用于基本公共卫生服务还处于摸索阶段。因此,进一步扩展研究领域,深入探索并推广适合我国国情的个案管理模式成为必要。

### 【参考文献】

- [1] 范肖冬,汪向东,于欣,等,译.世界卫生组织. ICD-10 精神与行为障碍分类 5 版[M].北京:人民卫生出版社,1993: 70-78.
- [2] 盛超.精神疾患普查目的须为服务[EB/OL]. <http://www.eeo.com.cn/2012/0917/233677.shtml>. [2012-09-17].
- [3] 童亚慧,乔建歌,杨青敏.个案管理模式的国内外研究现状[J].护理学杂志,2014,29(13):95-97.
- [4] 仪修芹,卜祥峰,董兰,等.社区重性精神疾病患者个案管理与基础管理效果的对照研究[J].精神医学杂志,2011,24(5):356-358.

- [5] CestatG, Tahan HA, Fink LF. The case manager's survival guide: Winning strategies for clinical practice[J]. American Journal of Nursing, 2004, 104(1): 90-90.
- [6] 陈文丽,王承敏,张星,等.个案管理在严重精神障碍患者社区康复服务中的应用[J].中国康复,2021,36(7):441-444.
- [7] 徐妹,张国芳,占归来,等.社区康复期精神分裂症患者社会支持与自我效能研究[J].中国康复,2015,30(1):71-73.
- [8] 高晨梦.优势个案管理对社区重性精神疾病患者干预效果的研究[D].河北大学,2019,1-65.
- [9] Gelkopf M, Lapid L, Werbeloff N, et al. A strengths-based case management service for people with serious mental illness in Israel: A randomized controlled trial [J]. Psychiatry Res. 2016, 241 (1):182-189.
- [10] Oren R, Orkibi H, Elefant C, et al. Arts-based psychiatric rehabilitation programs in the community: Perceptions of healthcare professionals[J]. Phys Rehabil J, 2018, 42(1):41-47.
- [11] 陈健辉,李玉,李伟民,等.个案管理-服务团队模式在严重精神障碍患者医院与社区康复中对其服药依从性及躯体功能的作用探讨[J].中国社区医师,2021,37(12):172-173.
- [12] 侯洁生,梁月好,龙丽云.个案管理对肇庆市社区高风险严重精神障碍患者疾病控制及社会功能的效果研究.中外医学研究,2021, 19(8):170-173.
- [13] Maria J A, Pere R P, Núria R, et al. Optimization of Antipsychotic and Benzodiazepine Drugs in Patients with Severe Mental Disorders in an Intensive Case Management Program[J]. Community Mental Health Journal, 2019, 55(5):819-824.
- [14] 张银玲,张代江,谭小林,等.个案管理对严重精神障碍患者服药依从性和家庭疾病负担的影响[J].临床精神医学杂志,2020,30 (5):321-323.
- [15] WY Chen, YN Hung, SJ Huang, et al. Nationwide analysis of medical utilization in people with severe mental illness receiving home care case management[J]. Schizophrenia Research, 2019, 208 (6):60-66.
- [16] Heather L, Erin H and Elaine Z. Case management helps prevent criminal justice recidivism for people with serious[J]. International Journal of Prisoner Health. 2017, 13(3-4):168-172.
- [17] 徐学文.个案管理模式在精神科中的应用[J].中医药管理杂志, 2020, 28(8):153-154.
- [18] 李喆,杨亚黎,吴胜利,等.严重精神障碍患者社区规范管理模式及实施效果研究[J].中国全科医学,2018,21(35):4322-4327.
- [19] Stephane M, Benedetta S, Philippe G, et al. Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study[J]. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2017, 12(1):26.

## • 外刊拾粹 •

### 下肢截肢者的幻肢训练

幻肢痛(PLP)是下肢截肢后的常见症状。虽然 PLP 在大多数患者中随着时间的推移而消退,但在有些患者中可能会持续数年,最高可达 10%。本研究评估了幻肢训练对 PLP 的疗效。这项随机试验纳入 24 名下肢截肢患者,年龄 18~60 岁,幻肢疼痛的视觉模拟评分(VAS)  $\geq 4$  分。所有受试者每日接受 15 分钟的镜像治疗和 20 分钟的常规物理治疗。被随机分配到试验组的患者额外接受 15 分钟的幻肢运动(幻肢训练)。这些训练包括:想象幻肢的运动并尝试执行这些运动。使用疼痛视觉模拟评分(VAS)、AMP 活动量表和 RAND SF-36 生活质量调查问卷,在基线,干预 2 周和 4 周后分别进行评估。干预 2 周和 4 周后,试验组和对照组患者的 VAS 评分均有显著改善。干预 4 周后,试验组患者疼痛缓解程度高于对照组( $P=0.003$ )。尽管干预后 4 周,试验组患者在躯体疼痛缓解方面优于对照组( $P=0.012$ ),但两组患者的生活质量评分均有显著提高。结论:这项针对幻肢痛患者的研究发现,在传统干预的基础上增加幻肢训练可以加速疼痛恢复。

(黄佳鹏 译)

Zaheer A, et al. Effects of Phantom Exercises on Pain, Mobility and Quality of Life among Lower Limb Amputees; A Randomized, Controlled Trial. BMC Neurol. 2021; 1; 21: 416.

中文翻译由 WHO 康复培训与研究合作中心(武汉)组织

本期由四川大学华西医院 何成奇教授主译