

综合干预模式对社区慢性严重精神障碍患者的效果观察

陈 雄, 黄爱青, 陈叶林, 杨宝玲, 郑小荣 (广东省广前糖业发展有限公司医院, 广东湛江 524533)

摘要:目的 了解综合干预模式对社区慢性严重精神障碍患者的效果。方法 40例慢性严重精神障碍患者随机分成实验组和对照组, 实验组每隔15d实施一次综合干预模式, 对照组每隔30d实施一次基础干预模式。以15d为1个时点, 共观察7个时点, 分别用简明精神量表(BPRS)、社会功能评估量表(SDSS)评价精神病症状、社会功能。比较两组BPRS和(或)SDSS评分。结果 实验组2~6时点BPRS评分低于同时点对照组($P<0.01$), 5、6时点SDSS评分低于同时点对照组($P<0.05$), 2~6时点综合评分低于同时点对照组($P<0.01$)。结论 综合干预模式能使社区慢性严重精神障碍患者获益。

关键词: 综合干预模式; 慢性严重精神障碍; 社区

中图分类号: R 197.32

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2022)03-0331-03

Efficacy of comprehensive intervention mode in community patients with chronic severe psychonosema

CHEN Xiong, HUANG Ai-qing, CHEN Ye-lin, YANG Bao-ling, ZHENG Xiao-rong (Hospital of Guangdong Guangqian Sugar Development Co., Ltd., Zhanjiang 524533, China)

Abstract: Objective To observe the efficacy of comprehensive intervention mode (CIM) in community patients with chronic severe psychonosema (CSP). Methods Forty CSP patients were randomly treated with CIM once every half a month (experimental group) or basic intervention mode once monthly (control group). Psychotic symptoms and social function were respectively evaluated by Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Social Disability Screening Schedule (SDSS) at 7 time-points (1 time-point representing 15 days). The BPRS and/or SDSS scores were compared between two groups. Results Compared with control group, BPRS scores at 2-6 time-points, SDSS scores at 5 and 6 time-points, and total scores at 2-6 time-points were lower in experimental group ($P<0.01-0.05$). Conclusion CIM is effective for CSP.

Key words: comprehensive intervention model; chronic severe psychonosema; community

大多数精神障碍的病因和病理机制目前尚未完全明了, 尽管有效的治疗方法还包括其他治疗手段, 如心理治疗, 但精神药物治疗目前被认为是成功治疗的基础^[1]。然而, 药物治疗的不良反应有时会削弱患者的社会功能执行能力, 如服药之后出现的锥体外系不良反应, 严重影响患者的操作能力, 从而影响患者的康复^[2]。精神科医生在康复实施过程中, 不可一味控制症状面忽视患者的功能, 应在控制症状与功能恢复之间做好“权衡”^[2]。本研究设计了综合干预模式, 通过与国家基本公共卫生服务的基础干预模式进行了比较, 了解综合干预模式对社区慢性严重精神障碍患者的症状控制与社会功能康复的综合效果。

1 资料和方法

1.1 对象

随机抽取40例本社区经临床确诊的慢性严重精神障碍患者为研究对象, 其诊断均符合《沈渔邨精神病学》(第6版)的“慢性严重精神障碍”标准。40例患者随机分为对照组和实验组, 每组20例。实验组中, 男11例, 女9例; 平均年龄(55.0 ± 12.8)岁; 未婚4例, 已婚14例, 离异2例。对照组中, 男7例, 女13例; 平均年龄(53.1 ± 11.1)岁; 未婚6例, 已婚12例, 离异2例。两组患者性别、年龄、婚史等方面的差异无统计学意义($P>0.05$), 具可比性。本研究采用的医学措施在实验前明确告知患者家属或其监护人, 并取得知情同意。

收稿日期: 2021-07-09

基金项目: 湛江市2020年度非资助科技攻关计划项目(No.2020B01407)

作者简介: 陈 雄(1975-), 男, 本科, 副主任医师, E-mail: aa2842169@163.com

1.2 方法

对照组实施基础干预模式(国家基本公共卫生服务, 1次/月): (1) 健康档案信息管理(由公共卫生人员执行); (2) 随访服务(面访/电话/视频, 由公共卫生医师执行): ①危险性评估; ②用药不良反应及症状观察; ③用药指导; ④康复指导等。采用的诊疗和康复技术由本研究项目组派出的精神科执业医师执行。实验组实施综合干预模式(实验模式, 1次/15 d): (1) 健康档案信息管理(由公共卫生医师执行); (2) 面访个案服务, 主要内容: ①病情观察和处方发药(精神科执业医师执行)。②社会功能康复及指导(精神科执业医师+患者+家属或监护人): a. 服药训练及指导, 由家属或监护人按医嘱给药逐步过渡到患者自主服药; b. 生活技能训练及指导, 训练患者洗澡、洗衣和穿衣、打扫卫生、做饭等, 由家属或监护人帮助逐步过渡到自主进行; c. 社交能力训练及指导, 训练患者购物、理发等, 由家属或监护人陪同逐步过渡到自主进行; d. 职业康复训练及指导, 训练患者在社区做义工、社区康园中心庇护工场、农疗站等参加职业康复, 由家属或监护人陪同逐步过渡到自主进行。③个案监护指导(由公共卫生医师执行, 对象为家属或监护人): a. 督促监护; b. 报告患者异常情况。

本研究历时3个月, 以每15 d为一个时点, 共7个时点, 使用简明精神量表(BPRS)作为患者精神病症状的评价工具; 社会功能评估量表(SDSS)作为患者社会功能的评价工具; 将BPRS平均评分与SDSS平均评分叠加作为综合评分。对比两组7个时点的评分。

1.3 统计学处理

应用SPSS20.0软件进行统计分析。计量资料采用 t 检验、单因素方差分析及Dunnett's t 检验; 计数资料采用 χ^2 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 BPRS 评分

对照组1~6时点的BPRS评分与0时点的差异均无统计学意义($P>0.05$)。实验组1时点的BPRS评分与0时点的差异无统计学意义($P>0.05$), 2~6时点的BPRS评分低于0时点($P<0.05$ 或 0.01)。两组0、1时点时的BPRS评分差异均无统计学意义($P>0.05$), 实验组2~6点的BPRS评分均低于同时点的对照组($P<0.01$), 见表1。

2.2 SDSS 评分

对照组1~6时点的SDSS评分与0时点的差异均无统计学意义($P>0.05$)。实验组1~6时点的SDSS评分与0时点的差异均无统计学意义($P>0.05$)。两组0~4时点时的SDSS评分差异均无统计学意义(均 $P>0.05$), 实验组5、6点的SDSS评分均低于同时点的对照组($P<0.05$), 见表2。

2.3 综合评分

对照组1~6时点的综合评分与0时点的差异均无统计学意义($P>0.05$)。实验组1、2时点的综合评分与0时点的差异均无统计学意义($P>0.05$); 3~6时点的综合评分低于0时点($P<0.05$ 或 0.01)。两组0、1时点时的综合评分差异均无统计学意义($P>0.05$), 实验组2~6点的综合评分均低于同时点的对照组($P<0.01$)。见表3。

表1 两组7个观察时点BPRS评分的比较

($\bar{x} \pm s, n=20$)

组别	0时点	1时点	2时点	3时点	4时点	5时点	6时点
对照组	29.0 $\pm$ 7.8	30.3 $\pm$ 6.0	31.4 $\pm$ 5.0	32.3 $\pm$ 5.0	30.6 $\pm$ 5.5	31.0 $\pm$ 5.8	30.6 $\pm$ 5.6
实验组	29.3 $\pm$ 5.8	27.8 $\pm$ 3.6	25.9 $\pm$ 2.9 ^{ac}	25.3 $\pm$ 3.2 ^{bc}	24.1 $\pm$ 2.6 ^{bc}	23.4 $\pm$ 2.3 ^{bc}	22.5 $\pm$ 2.3 ^{bc}

与同组0时点比较: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$; 与同时点对照组比较: ^c $P<0.01$

表2 两组7个时点SDSS评分的比较

($\bar{x} \pm s, n=20$)

组别	0时点	1时点	2时点	3时点	4时点	5时点	6时点
对照组	14.9 $\pm$ 4.5	13.6 $\pm$ 4.8	14.5 $\pm$ 5.2	14.4 $\pm$ 5.0	14.4 $\pm$ 5.8	14.8 $\pm$ 6.2	14.8 $\pm$ 6.2
实验组	13.1 $\pm$ 4.4	12.4 $\pm$ 4.2	11.8 $\pm$ 3.8	11.7 $\pm$ 3.8	11.4 $\pm$ 3.8	10.9 $\pm$ 3.4 ^a	10.7 $\pm$ 3.3 ^a

与同时点对照组比较: ^a $P<0.05$

表3 两组7个时点综合评分的比较

($\bar{x} \pm s, n=20$)

组别	0时点	1时点	2时点	3时点	4时点	5时点	6时点
对照组	43.9 $\pm$ 10.6	43.6 $\pm$ 9.2	46.0 $\pm$ 8.7	47.2 $\pm$ 8.4	45.1 $\pm$ 9.3	45.8 $\pm$ 10.1	45.5 $\pm$ 10.3
实验组	42.3 $\pm$ 8.3	40.7 $\pm$ 7.2	38.3 $\pm$ 7.0 ^c	37.4 $\pm$ 7.2 ^{ac}	36.3 $\pm$ 6.8 ^{ac}	35.3 $\pm$ 6.7 ^{ac}	34.2 $\pm$ 6.6 ^{bc}

与同组0时点比较: ^a $P<0.05$, ^b $P<0.01$; 与同时点对照组比较: ^c $P<0.01$

3 讨论

我国大多数精神障碍患者基本在精神病医院或精神病疗养院内进行治疗和康复。同时,由于科学发展的限制,目前的治疗手段还难以对所有的精神疾病进行有效而彻底的治疗。而家庭和单位也不愿意让一个还残留着某些精神症状的患者住在家里,或者由单位照管。许多精神病患者就长期滞留在精神病院内,长期脱离家庭与社会,导致人格衰退,出现继发残疾^[4]。各类慢性精神病人是精神残疾者的主要来源,因此,也是康复工作的主要对象^[5]。

未来精神障碍患者防治要以政府为主导,不仅仅以社区卫生服务为中心,可以探索以精神病院或者精神病防治院为主体,发挥其预防、治疗和康复方面的最有力作用^[3]。精神病防治院相对于大多数社区卫生服务中心精神卫生资源更为丰富、人员更为专业^[4-5]。本项目就是利用自身的精神专科医院的专业技术条件和资源,承担所在社区的国家基本公共卫生服务,设计综合干预模式在社区进行实验验证,对照分析结果显示:

(1)目前正在实施的国家基本公共卫生服务项目中,精神障碍管理服务并未能达到理想效果,表现为社区的慢性严重精神障碍患者的精神病症状整体的评分水平仍然较高,表明社区中的慢性严重精神障碍患者的精神症状仍然有较高的残留水平。经综合干预模式干预后,社区中的慢性严重精神障碍患者精神症状能得到有效的控制。(2)社区的慢性严重精神障碍患者的社会功能缺陷得到有效的康复。(3)社区慢性严重精神障碍患者的精神症状与社会功能康复的叠加的综合效果使得社区慢性严重精神障碍患者获益。

综合干预模式是在国家基本公共卫生服务的基础干预模式的基础上进行的改良式服务模式,是采用了“公共卫生服务人员+精神科专业人员+监护人”的服务模式。本研究结果显示实验组患者2~6时点的BPRS评分低于0时点,且低于同时点的对照组;5、6时点的SDSS评分均低于同时点的对照组患者;3~6时点的综合评分低于0时点,2~6点的综合评分均低于同时点的对照组($P<0.05$ 或 0.01)。分析综合干预模式能使社区慢性严重精神障碍患者综合效果获益的主要原因有:(1)综合干预模式可发挥公共卫生专业

人员的档案信息管理和监护指导的专长,及时掌握患者的信息,特别是病情的变化的信息,能及时通知精神科执业医师进行医学处置。(2)综合干预模式可“让专业的人做专业的事”,使用精神科执业医师承担关键的面访任务,能在合理用药方面、观察患者病情的变化方面、识别并及时处置药物引起的不良反应方面可以充分发挥其专业特长,故能有效地提高患者的规范服药率及患者的依从性^[6-7],从而能有效控制患者的精神症状。(3)综合干预模式可发挥精神科执业医师在社会功能康复方面指导作用,通过指导患者进行社会功能的康复训练,包括服药、生活技能、社交能力和职业康复等方面的训练,特别是让患者的家属或监护人共同参与了患者的社会功能的康复全过程,能使家庭成员之间建立起正常的家庭关系和情感表达^[1],使患者的社会功能康复事半功倍,使患者的社会功能得到全面康复,真正回归家庭与社会。

本研究不足之处是研究周期相对较短,难以观察这种社区综合干预模式对社区慢性严重精神障碍患者的远期效果的影响。但设计的社区综合干预模式是对社区精神障碍管理服务模式的实践和创新,从管理角度能将国家基本公共卫生平台资源与专科医院的精神专业技术有效整合,从专业角度能将社区康复与治疗有机地结合,是社区慢性严重精神障碍患者管理服务有效的干预手段,是社区精神病防治与康复的行之有效的创新举措。

参考文献:

- [1]江开达.精神病学高级教程[M].北京:中华医学电子音像出版社,2016:280,364-366.
- [2]陆林.沈渔邨精神病学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2018:952.
- [3]曾昭楠,郑富豪.福州市严重精神障碍患者社区综合康复效果评价[J].中国卫生标准管理,2020,11(7):30.
- [4]朱自强.福利多元视角下住院精神病患者的福利依赖研究—以南京市某医院为例[D].南京:南京理工大学,2017.
- [5]洪旭,杨莉.厦门市基层重症精神病健康管理人员现况调查[J].中国心理卫生杂志,2016,30(10):761-765.
- [6]彭小冬,毕建强,周志坚.深圳市严重精神障碍患者不服药的相关因素[J].中国心理卫生杂志,2021,35(5):353-359.
- [7]宓为峰,邹连勇,李梓萌.精神分裂症患者用药依从性及复发情况的调查[J].中华精神科杂志,2012,45(1):25-28.