

# 精神分裂症患者精神残疾的影响因素研究进展

陈蕊 郑伟 冷传芳 向应强

【关键词】 精神分裂症； 精神残疾； 影响因素； 干预措施； 综述文献

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.01.018

**Research progress on the influence factors of mental disability in patients with schizophrenia** CHEN Rui, ZHENG Wei, LENG Chuan-fang, et al. Beijing Anding Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100088, China

【Key words】 Schizophrenia; Mental disability; Influence factors; Intervention; Reviews

精神分裂症是一种常见而严重的精神疾病之一，其患病率约为1%，无文化、地区差异<sup>[1]</sup>。精神残疾是指各类精神障碍(尤指精神分裂症)患者予抗精神病药物(如氯氮平)持续治疗一年无效，以致对其日常生活和社会功能造成严重影响的状态<sup>[2]</sup>。第二次残疾人抽样调查结果显示，精神残疾率高达45.0%，且近半数(48.4%)的精神残疾由精神分裂症所致<sup>[3]</sup>。精神残疾不仅严重危害个人健康及社会安定，而且加重了社会医疗负担<sup>[1,4]</sup>。故本文对近几年国内外学者对精神分裂症患者精神残疾的影响因素(包括药物治疗、人口社会因素、疾病特征和精神症状等)和干预措施等研究现况进行总结，旨在深入研究精神分裂症患者精神残疾的影响因素，并为干预措施提供依据，以便进一步改善精神分裂症患者的社会功能，提高其生活质量，促进其早日回归社会。

## 1 精神分裂症患者精神残疾现状

精神分裂症具有高患病率、高住院率、高肇事肇祸率和高致残率等特点，李强笃等<sup>[5]</sup>研究表明，精神分裂症致残率达83.0%。基于精神分裂症疾病迁延不愈和外界因素的影响下，患者时常显情感淡漠、性格孤僻和自主意识渐消退；严重时将导致患者认知功能及其社会功能存在缺陷，表现为其社交和求职技能的减退或缺失等<sup>[6]</sup>。Apiquian等<sup>[7]</sup>报道社会功能受损是精神分裂症的核心症状。另外，我国已将社会功能缺乏作为评价精神残疾的重要指标之一<sup>[8]</sup>。精神分裂症患者不同程度的精神残疾对个人、家庭及整个社会造成了严重经济负担，因此如何进一步

改善患者社会功能、降低其致残率及残疾程度是治疗精神分裂症的重要目标之一。

## 2 精神分裂症患者精神残疾的影响因素

**2.1 药物治疗** 抗精神病药物治疗是精神分裂症首选治疗措施，相比第一代抗精神病药，第二代抗精神病药疗效及安全性较好，且能改善阴性症状与认知功能，降低致残率<sup>[9]</sup>。虽然氯氮平是目前治疗难治性精神分裂症的最有效药物之一<sup>[10]</sup>，但其不良反应限制其临床广泛应用，例如体质量增加等。药源性代谢综合征不仅影响服药依从性，而且会加重患心脑血管疾病及增加其精神残疾的风险。Jørgensen等<sup>[11]</sup>研究发现，精神分裂症患者体重指数(BMI)增加与脑容量下降显著相关。

**2.2 人口社会因素** 精神分裂症患者的精神残疾程度与患者的年龄、居住环境、躯体健康状况、家庭支持程度和社会支持程度等密切相关<sup>[5,12]</sup>。年龄因素对精神残疾的影响主要与病程长短呈正相关，年龄越大，病程越长，精神残疾风险越高。伴有躯体疾病的患者精神残疾程度较重，一方面患有躯体疾病加重了经济负担，另一方面慢性躯体疾病也会导致患者社会功能的下降。家庭经济水平较高、良好的家庭氛围和家庭成员对患者治疗的积极态度会明显改善患者的预后状况，对精神分裂症的预后具有积极作用。

**2.3 疾病特征** 精神分裂症多起病于青壮年，发病年龄越小的患者精神残疾程度越重。在疾病本身和社会环境因素的双重影响下，起病年龄较早导致患者的成长显著落后于同龄人，甚至不能接受正常人的生活，如接受高等教育、就业和成立家庭，导致社会功能逐渐退化<sup>[12]</sup>。胡明月和沈调英<sup>[13]</sup>研究表明精神残疾程度与病程长短密切相关( $OR=0.469$ )，病程越长，其社会功能缺陷越明显。精神分裂症复发

基金项目：首都临床特色应用研究与成果推广(Z151100004015126)

作者单位：100088 首都医科大学附属北京安定医院(陈蕊、冷传芳、向应强)；广州市惠爱医院 广州医科大学附属脑科医院(郑伟)

通讯作者：向应强 Email:xyingq1976@163.com

率较高,会进一步导致患者频繁入院、病程迁延,增加个人、家庭和社会的经济负担<sup>[14]</sup>。

**2.4 临床分型** 精神分裂症的临床分型有偏执型、青春型、紧张型、单纯型、未分化型、残留型和衰退型,其中精神分裂症单纯型、衰退型致残程度相对较重,而青春型、紧张型和偏执型的致残程度相对较轻<sup>[12-13]</sup>。单纯型与衰退型均以阴性症状为主,社会功能严重受损<sup>[15]</sup>。青春型病程较短,常可自发缓解;紧张型呈急性病程,在各型中治疗效果最好;偏执型起病年龄较晚,社会功能受损较慢,此型以典型幻觉、妄想综合征为主要表现,常继发情感、情绪症状,及时诊治康复预后较好。

**2.5 精神症状** 精神分裂症的精神症状是导致精神残疾的重要原因之一<sup>[16]</sup>。国内外学者认为,阴性症状是影响社会功能,导致精神残疾的主要因素<sup>[17-18]</sup>。如何改善阴性症状是目前精神科比较棘手的问题。最近一篇Meta分析(4RCTs, n=330)结果显示,抗精神病药物联合米诺环素能显著改善难治性精神分裂症患者的阴性症状,从而提高患者生活质量<sup>[19]</sup>。阳性症状若得不到积极有效控制,会继发阴性症状以及情感和认知障碍,也是影响疾病预后的重要因素之一。

**2.6 认知功能障碍** 近年来,精神分裂症患者的认知功能障碍受到广泛关注,Eack和Keshavan<sup>[20]</sup>提出认知功能障碍是精神分裂症的核心症状而非伴随症状,认知功能受损严重影响患者的生活自理能力和社会适应能力。临床记忆力受损(尤其指非文字记忆)是导致精神残疾的主要原因之一<sup>[21]</sup>。因此在精神分裂症患者的诊治康复过程中精神科医护人员要重点关注患者认知功能受损情况。

**2.7 自知力** 精神分裂症患者存在不同程度的自知力缺乏,对疾病缺乏认识,治疗、服药依从性较差,导致患者社会功能受损,加重精神残疾<sup>[22]</sup>。邵灿等<sup>[23]</sup>研究表明,精神分裂症患者服药不依从者高达89%,导致药物治疗无法达到足量、足疗程,增加了疾病复发风险和家庭医疗负担,加速患者精神残疾的进一步进展,因此研究自知力的相关影响因素,对于提高服药依从性以及减少疾病复发具有临床指导意义。

### 3 精神分裂症患者精神残疾的干预措施

**3.1 心理教育** 心理教育是由精神科医务人员向精神分裂症患者及其家属讲授精神分裂症相关知识(包括疾病的原因、症状、诊断、治疗和预后等)以及家庭照顾、危机处理等方面的知识。Chien和Thompson<sup>[24]</sup>的研究表明,心理教育有助于提高患者自知力,帮助患者及家属更好地认识与应对疾病,从

而降低复发率和再住院率,延缓精神残疾进程。

**3.2 家庭干预** 家庭干预有助于增强家属对精神疾病的认识,降低情感表达,改善家庭成员的关系,教会家属一些具体的危机应对措施。良好的家庭支持能够显著提高服药依从性,对精神分裂症患者的恢复及社会回归有较好的疗效<sup>[25]</sup>。

**3.3 独立生活和社会技能训练** 精神残疾患者存在不同程度的社会技能缺陷,在社区开展独立生活和社会技能训练对改善精神残疾者的现状,提高其生活自理能力、社会适应能力和劳动就业技能等有重要作用。如首都医科大学附属北京安定医院从美国加州大学引进的“药物、症状及回归社会技能训练程式”,通过验证及推广应用后,促使精神分裂症患者早日回归社会,从而减轻家庭和社区的负担<sup>[26]</sup>。

**3.4 认知行为治疗** 精神分裂症认知行为治疗旨在改变患者对其精神病性症状的不合理想法,通过情绪转变与行为训练等方式减少由精神症状产生的痛苦。目前国外已经将认知行为治疗应用于精神分裂症的临床治疗中,研究表明认知行为治疗对幻觉、妄想、阴性症状均有一定程度的改善<sup>[27]</sup>,国内李占江等<sup>[28]</sup>也在尝试运用认知行为治疗来治疗精神分裂症,发现认知行为治疗能够提高精神分裂症患者的自知力,进一步改善患者的社会功能。

**3.5 认知矫正** 认知矫正目的在于恢复或改善患者认知功能。主要包括认知增强治疗、神经心理教育式矫正治疗、整合心理治疗、社会认知训练和计算机辅助认知功能康复。通过开展认知矫正治疗,患者认知缺陷得以改善,减轻了精神残疾程度<sup>[29]</sup>。

**3.6 艺术治疗** 艺术疗法是一种非语言性心理治疗,可作为精神分裂症患者康复期的辅助治疗。患者通过参与、观察、自由想象等方法来缓解紧张、焦虑情绪,在这个过程中能够增强患者对自我的认识,有助于表达自身的感受,提高患者自尊心,从而提高他们的社交能力<sup>[30]</sup>。

**3.7 职业康复** 精神疾病康复工作者定期为稳定期患者开展职业技能培训,帮助患者获得适合自己的工作,实现自我价值,承担家庭责任,提升生活质量,从而减轻精神残疾<sup>[31]</sup>。发达国家致力于让慢性精神病患者走向社区,发展出多种形式的社区职业康复治疗模式<sup>[32-33]</sup>,比如“庇护工场”“康复俱乐部”“支持性就业”等,而我国精神疾病的职业康复措施较少,多为院内职业康复,缺乏系统的职业康复治疗,因此有必要学习和引进国外先进的社区职业康复技术<sup>[34-35]</sup>。

**3.8 支持性教育与支持性居住** 发达国家目前已开展支持教育项目帮助发病年龄较早的精神分裂症患者

者继续完成学业,让他们能够和健康同龄人一起竞争工作岗位,正常的学习与就业避免了社会功能的退化,降低了精神残疾的发生<sup>[36]</sup>。在中国,大部分患者和家人居住在一起,但也有部分患者未能获得良好的家庭支持,我们可以借鉴发达国家实行的支持性居住模式,让患者在社区内共同生活,并为他们提供经济援助与专业支持,这样不仅可以减少精神残疾发生率,同时有利于社会和谐。

3.9 其他相应对策 郑伟等<sup>[37]</sup>纳入6项( $n=483$ )关于太极治疗精神分裂症患者的RCT发现,太极能有效地改善精神分裂症患者的阴性症状( $SMD=-0.87$ )。另外正念疗法(Mindfulness-Based Therapies, MBT)也能改善精神病人的认知功能和阴性症状,降低其复发风险和提高患者幸福指数<sup>[38]</sup>。精神分裂症患者精神残疾的干预措施还包括电休克疗法(Electroconvulsive Therapy, ECT)维持治疗、重复经颅磁刺激(Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation, rTMS)、瑜伽治疗和音乐疗法等。笔者建议,未来对精神分裂症的康复应强调各种干预方式的系统整合,从而更有效地降低精神残疾的患病率。

#### 4 总结与展望

精神分裂症患者精神残疾的原因尚未明确,但通过了解精神分裂症残疾相关的因素,可以延缓和最大限度减少精神残疾的发生率,提供可相应的干预策略,具有较高的临床价值和社会意义。笔者认为,精神分裂症是一种慢性迁延性疾病,更多的精神患者生活在社区之中,随着社会对精神疾病的关注,社区精神病康复工作将会是以后的工作重点。一方面,我们需借鉴国外发达国家先进的医学防治康复模式,结合我国医疗环境和疾病特征,制定出适合我国精神分裂症患者社区康复技术。另一方面,应全面贯彻落实我国2013年5月出台的《中华人民共和国精神卫生法》,消除对精神分裂症患者的偏见和歧视,在家庭、社区康复机构和政府机构的支持下,提高患者的社会功能和生活质量,减轻患者患精神残疾的风险,为进一步改善我国精神分裂症患者精神残疾现状做一份贡献。

#### 参 考 文 献

[1] Wang Z, Du W, Pang L, et al. Wealth Inequality and Mental Disability Among the Chinese Population: A Population Based Study[J]. Int J Environ Res Public Health, 2015,12(10):13 104-13 117.

[2] 第二次全国残疾人抽样调查办公室.第二次全国残疾人抽样调查主要数据手册[M].北京:华夏出版社,2007:124.

[3] 郑晓瑛,张蕾,陈功,等.中国人口六类残疾流行现状[J].中华流行病学杂志,2008,29(7):634-638.

[4] 郭超,温煦,郑晓瑛.中国精神残疾流行现状及其影响因素的

研究进展[J].中国全科医学,2016,19(13):1 573-1 577.

[5] 李强笃,李斌,张振峰,等.莱芜市精神分裂症患者生存现状调查[J].精神医学杂志,2010,23(5):334-335.

[6] 苏勉,王彩琴,梁艳,等.慢性精神分裂症患者社会功能缺陷及家庭干预[J].广州医药,2011,42(4):6-9.

[7] Apiquian R, Elena UR, Herrera-Estrella M, et al. Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2009,112(1/3):181-186.

[8] 冯丽娜,许宝贵,胡志霞,等.1162例精神残疾评定结果分析[J].神经疾病与精神卫生,2015,15(2):180-182.

[9] Samara MT, Dold M, Gianatsi M, et al. Efficacy, Acceptability, and Tolerability of Antipsychotics in Treatment-Resistant Schizophrenia: A Network Meta-analysis[J]. JAMA Psychiatry, 2016,73(3):199-210.

[10] Kane JM, Correll CU. The Role of Clozapine in Treatment-Resistant Schizophrenia[J]. JAMA Psychiatry, 2016,73(3):187-188.

[11] Jørgensen KN, Nesvåg R, Nerland S, et al. Brain volume change in first-episode psychosis: an effect of antipsychotic medication independent of BMI change[J]. Acta Psychiatr Scand, 2017,135(2):117-126.

[12] 陈昊天,周郁秋,孙玉静,等.精神分裂症精神残疾影响因素的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2016,16(3):333-337.

[13] 胡明月,沈调英.精神分裂症患者精神残疾的影响因素[J].中国行为医学科学,2005,14(10):899-900.

[14] Goreishizadeh M, Mohagheghi A, Farhang S, et al. Psychosocial disabilities in patients with schizophrenia[J]. Iran J Public Health, 2012,41(5):116-121.

[15] 李琦,孙锡娟.长期住院衰退型精神分裂症患者的护理分析[J].临床医药文献电子杂志,2015,2(11):2 157-2 158.

[16] 王飞,朱政仁,黄萍.精神残疾程度与精神分裂症患者认知功能和阳性症状的相关性分析[J].上海医药,2015,36(17):47-50.

[17] Siegrist K, Millier A, Amri I, et al. Association between social contact frequency and negative symptoms, psychosocial functioning and quality of life in patients with schizophrenia[J]. Psychiatry Res, 2015,230(3):860-866.

[18] 胡琼月,张永东,田博.精神分裂症阴性症状的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2016,16(3):361-364.

[19] Oya K, Kishi T, Iwata N.Efficacy and tolerability of minocycline augmentation therapy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Hum Psychopharmacol,2014,29(5):483-491.

[20] Eack SM, Keshavan MS. Foresight in schizophrenia: a potentially unique and relevant factor to functional disability[J]. Psychiatr Serv, 2008,59(3):256-260.

[21] Veerman SR, Schulte PF, Smith JD, et al. Memantine augmentation in clozapine-refractory schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study[J]. Psychol Med, 2016,46(9):1 909-1 921.

[22] Erickson M, Jaafari N, Lysaker P. Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia[J].Psychiatry Res,2011,189(2):161-165.

[23] 邵灿,马明芳,王莉.服药依从性及家庭功能对精神分裂症患者精神残疾状况的影响[J].中国实用神经疾病杂志,2016,19(4):44-45.

# 癫痫与睡眠

王超 朱雨岚

**【摘要】** 癫痫与睡眠之间关系错综复杂,两者相互影响。睡眠时相可影响癫痫发作,癫痫及抗癫痫治疗对睡眠会产生一定影响;癫痫患者常合并各种睡眠问题,改善患者睡眠有助于控制发作。正确认识癫痫与睡眠、睡眠障碍之间关系对临床上控制发作,提高生活质量有重要意义。现对此方面相关研究进行综述。

**【关键词】** 癫痫; 睡眠; 睡眠障碍; 综述文献

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.01.019

**Epilepsy and sleep** WANG Chao, ZHU Yu-lan. The 2nd Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin 150001, China

**【Key words】** Epilepsy; Sleep; Sleep disorders; Reviews

早在19世纪, Gower就揭示了睡眠与癫痫间存在相关性。睡眠结构中不同睡眠时相、睡眠觉醒及睡眠剥夺会影响癫痫发作;而癫痫发作、发作间期癫

痫样放电及某些抗癫痫药物会对睡眠结构及睡眠质量产生影响。癫痫患者常合并睡眠障碍,包括失眠、日间过度嗜睡、睡眠质量差及睡眠呼吸暂停等。本文结合癫痫与睡眠及睡眠障碍关系的相关研究,从睡眠与癫痫相互关系及癫痫患者常见的睡眠障碍方面进行综述。

作者单位: 150001 哈尔滨医科大学附属第二医院

通讯作者: 朱雨岚 Email: ylz\_yulan@163.com

- [24] Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up[J]. Br J Psychiatry, 2014, 205(1):52-59.
- [25] Ran MS, Chan CL, Ng SM, et al. The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area [J]. Psychol Med, 2015,45(10):2 197-2 204.
- [26] 陈斌, 马辛, 向应强, 等.《药物、症状和回归社会技能训练程式》精神康复技术对精神分裂症患者康复的作用[J]. 中国科技成果, 2009,10(24):61.
- [27] Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, et al. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias[J]. Br J Psychiatry, 2014,204(1):20-29.
- [28] Li ZJ, Guo ZH, Wang N, et al. Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: a multicentre randomized controlled trial in Beijing, China[J]. Psychol Med, 2015,45(9):1 893-1 905.
- [29] Lanfredi M, Deste G, Ferrari C, et al. Effects of cognitive remediation therapy on neurocognition and negative symptoms in schizophrenia: an Italian naturalistic study[J]. Cogn Neuropsychiatry, 2016:1-16.
- [30] Teglbjaerg HS. Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: a qualitative extended case report[J]. Psychopathology, 2011,44(5):314-318.
- [31] Eichert HC. [Ambulant vocational rehabilitation of persons with mental illness] [J]. Rehabilitation (Stuttg), 2012,51(3):181-188.
- [32] Raeburn T, Schmied V, Hungerford C, et al. Clubhouse model of psychiatric rehabilitation: how is recovery reflected in documentation?[J]. Int J Ment Health Nurs, 2014,23(5):389-397.
- [33] Cook JA, Burke-Miller JK, Roessel E. Long-Term Effects of Evidence-Based Supported Employment on Earnings and on SSI and SSDI Participation Among Individuals With Psychiatric Disabilities[J]. Am J Psychiatry, 2016,173(10):1 007-1 014.
- [34] 刘玉兰, 于斌, 徐明明, 等. OEC 管理模式对精神分裂症患者康复治疗效果的影响[J]. 神经疾病与精神卫生, 2015,15(5):505-507.
- [35] Luk AL. Investigating the long-term effects of a psychiatric rehabilitation programme for persons with serious mental illness in the community: a follow-up study[J]. J Clin Nurs, 2011,20(19/20):2 712-2 720.
- [36] Mueser KT, Cook JA. Supported employment, supported education, and career development[J]. Psychiatr Rehabil J, 2012,35(6):417-420.
- [37] 郑伟, 李强, 林晶霞, 等. 太极拳治疗精神分裂症: 系统综述[J]. 上海精神医学, 2016,28(4):185-194.
- [38] Aust J, Bradshaw T. Mindfulness interventions for psychosis: a systematic review of the literature[J]. J Psychiatr Ment Health Nurs, 2016.

(收稿日期: 2016-11-09)