

# 院前具有攻击行为的急性精神分裂症患者的住院治疗特点

苏中华 徐芳芳 张怀晨 王中刚 张明 张鸿燕

**【摘要】目的** 了解院前发生攻击行为的急性精神分裂症患者住院治疗的临床干预措施和治疗效果的特点。**方法** 以151例急性精神分裂症新入院患者为研究对象,采用自编一般情况调查表和疾病信息调查表收集疾病相关信息,应用修订版外显攻击行为量表(MOAS)、阳性和阴性症状量表的兴奋因子(PANSS-EC)、行为活动评定量表(BARS)、风险评估量表、临床总体印象量表(CGI)评估其精神病症状、护理风险和治疗效果,根据MOAS评分将研究对象分为攻击行为患者组和无攻击行为患者组,进行组间比较。**结果** (1)151例患者中,入院前一周内有攻击行为者74例,无攻击行为者77例。(2)相对于无攻击行为患者组,攻击行为患者组既往有暴力/攻击史者比例较高,入院前1周末服药比例较高;入院时疾病严重程度较重,PANSS-EC、BARS和MOAS评分均较高;攻击风险和防攻击护理医嘱率较高,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ );(3)两组患者入院时医生处方口服药物均为新型抗精神病药物,利培酮使用比例为68.9%,其次为奥氮平(13.2%)、喹硫平(5.3%),组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ );攻击行为患者组氟哌啶醇注射率和保护性约束使用率明显高于无攻击行为患者组( $P < 0.05$ );(4)出院时,两组患者疾病严重程度、PANSS-EC评分、MOAS评分和出院疗效组间差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 院前发生攻击行为的急性期精神分裂症患者相对于无攻击行为者,住院治疗疗效相当,但入院时病情较重,较为兴奋激越,攻击风险和出走风险较高,住院期间肌肉注射抗精神病药物和保护性约束等措施应用较多。

**【关键词】** 急性精神分裂症; 攻击行为; 临床干预

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.04.004

## Treatment traits of acute schizophrenic inpatients with aggressive behaviors before admission

SU Zhong-hua, XU Fang-fang, ZHANG Huai-chen, et al. Jining Psychiatric Hospital, Jining 272013, China

**【Abstract】Objective** To explore the characteristic of clinical interventions and treatment efficacy of acute schizophrenic inpatients with aggressive behaviors before admission. **Methods** Totals of 151 acute schizophrenic inpatients were recruited and divided into two groups (group A: patients with aggressive behaviors; group B: patients without aggressive behaviors) based on score of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS). Disease information and clinical interventions were recorded using the self-made questionnaire. The aggressive behaviors occurred one week before the hospitalization, the agitation symptoms, the nurse risks, the severity and treatment efficacy of the subjects were evaluated using the Modified Overt Aggression Scale (MOAS), the Positive and Negative Syndrome Scale Excited Component (PANSS-EC), the scale of assessment on nurse risks and the Clinical Global Impression (CGI). **Results** (1) Of 151 inpatients, 74 cases had aggressive behaviors before admission, and 77 cases didn't. (2) Compared to inpatients in group B, the rate of inpatients in group A on previous violent/aggressive behavior and the proportion on no drug administration were all higher ( $P < 0.05$ ). The severity of disease was higher in group A ( $P < 0.05$ ). The scores of CGI-SI, PANSS-EC, BARS and MOAS, and the risk of aggression and rate of anti-attack care advice were also higher in group A ( $P < 0.05$ ). (3) All inpatients were prescribed by the second generation antipsychotics. The ratio of risperidone was 68.9%, followed by olanzapine (13.2%) and quetiapine (5.3%). The ratios of haloperidol intramuscular injection and safeguard restraint usage in group A were more than those in group B ( $P < 0.05$ ). (4) There were no significant differences on the scores of CGI-SI, MOAS, PANSS-EC, diseases severity and the days of stay in hospital between two groups ( $P > 0.05$ ). **Conclusions** The treatment efficacy of the inpatients with aggressive behaviors before admission is as same as that of inpatients without aggressive behaviors. The inpatients with aggressive behaviors have more agitation symptoms and higher risk of aggression and flee. During hospitalization, the applications of haloperidol intramuscular injection and safeguard restraint in patients with aggressive behaviors were more frequently.

**【Key words】** Acute schizophrenia; Aggressive behaviors; Clinical intervention

基金项目: 2014年度济宁市科技局科技医药发展规划项目(2014jnyx08)

作者单位: 272013 济宁市精神病防治院(苏中华、徐芳芳、张怀晨、王中刚、张明); 北京大学第六医院 北京大学精神卫生研究所 卫生部精神卫生重点实验室(张鸿燕)

通讯作者: 苏中华 Email: zhonghuasu@163.com

暴力攻击行为是人类普遍存在的一种现象,精神分裂症被认为是与之关系最为密切的精神疾病之一<sup>[1]</sup>,往往成为患者就诊或非自愿住院治疗的首要原因<sup>[2]</sup>。本课题组的前期研究显示,急性精神分裂症患者入院前的攻击行为与患者的敌对猜疑精神症状相关<sup>[3]</sup>;国外研究显示,未能充分有效地治疗是精神分裂症患者出现攻击行为的重要危险因素,提示有效地控制患者的精神症状可以降低攻击行为的发生<sup>[4]</sup>。此外,精神分裂症患者的暴力攻击行为也是生物—心理—社会因素等多因素相互作用的结果<sup>[5]</sup>。鉴于攻击行为的多维病因,制定临床治疗决策颇有难度。因而,本研究选择急性期精神分裂症新入院患者为研究对象,运用攻击行为预测评估工具、阳性与阴性症状评估量表(PANSS)等工具对有潜在攻击行为的患者进行筛查和评估,探讨其入院前暴力攻击的发生状况,了解患者伴发兴奋激越、攻击行为治疗所采取的措施及治疗转归,为指导临床应用提供客观依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 以急性期精神分裂症住院患者为研究对象,调查现场为济宁市精神病防治院主要以收治重性精神疾病为主的12个精神科封闭式病房。12个病房同时筛查入组患者,达到拟收集样本量的日期后即终止。入组标准:(1)年龄 $\geq 18$ 岁;(2)符合国际疾病分类第十版(ICD-10)中偏执型精神分裂症的诊断标准<sup>[6]</sup>;(3)临床总体印象量表—严重程度(CGI-S)评分 $\geq 4$ 分;(4)入院时间在24 h内。排除标准:(1)脑器质性精神障碍患者;(2)因精神或躯体功能障碍不配合难以完成问卷者;(3)患者或其法定监护人不同意参加。退出标准:(1)患者或其法定监护人撤销知情同意;(2)出院诊断更改为非精神分裂症的其他精神疾病。本研究方案及知情同意书获研究单位伦理委员会批准。

## 1.2 方法

### 1.2.1 调查工具

**1.2.1.1 一般情况调查表** 为研究者自编,内容包括一般人口学资料和疾病相关信息,前者包括性别、出生年月、职业、文化程度和婚姻状况等,后者包括疾病诊断、发病年龄、既往住院次数、入院前用药情况以及住院期间的临床干预手段,包括抗精神病药物的口服治疗和肌肉注射治疗、无抽搐电休克治疗(MECT)、保护性约束等。

**1.2.1.2 修改版外显攻击行为量表(MOAS)<sup>[7]</sup>** 用于评估患者入院前1周内的攻击行为,主要从语言攻击、物体攻击、自身攻击、对他人攻击4个方面进行评分,评分越高表示该类攻击行为越强,并对上述

4个条目评分进行加权,总分越高表示总体攻击性越强。本研究以MOAS $\geq 4$ 分为标准,将研究对象分为攻击行为患者和非攻击行为患者。

**1.2.1.3 PANSS的兴奋因子(PANSS-EC)<sup>[8]</sup>** 用于评估被试入院时的兴奋激越症状,包括兴奋、敌意、不合作和冲动控制障碍4个条目,每个条目采用1~7分评分法,评分越高,表明兴奋激越症状越严重。

**1.2.1.4 行为活动评定量表(BARS)<sup>[9]</sup>** 用于评估精神病患者兴奋激越的活动水平,采用7级描述法:1分=唤醒困难或不能;2分=嗜睡,但能保持正常的语言或身体接触;3分=昏昏欲睡或处于镇静状态;4分=清醒且安静(正常活动水平);5分=语言或身体过度活动,安慰后能平静;6分=极度或持续的过度行为活动,但不需要约束;7分=出现暴力行为,需要约束。

**1.2.1.5 入院护理风险评估量表(SNR)** 包括攻击风险、出走风险、自伤或自杀风险3个分量表,用于评估被试入院时攻击、出走、自伤或自杀3类风险的严重程度,评分愈高,表示风险愈大。具体评估内容、计分方法已有报道<sup>[10]</sup>。

**1.2.1.6 CGI-S<sup>[11]</sup>** 用于入院和出院时评定被试的疾病严重程度,采用7级评分法:1=无病;2=极轻;3=轻度;4=中度;5=偏重;6=重度;7=极重。分值越高,表明疾病严重程度越重。

**1.2.1.7 临床疗效总评量表(CGI)<sup>[11]</sup>** 用于出院时评定被试的治疗效果,根据被试目前病情与入组时比较做出评定,采用5级评分法:1=痊愈;2=显著进步;3=进步;4=无效;5=恶化。分值越低,表明治疗效果越佳。

### 1.2.2 研究方法

**1.2.2.1 样本量计算** 本课题组前期研究显示,新入院精神分裂症患者中有攻击行为的比例大约为60.7%,容许误差取2.5%,研究的I类错误( $\alpha$ )=0.05,估计所需样本量为124例,考虑到20%的脱落,拟收集样本量为150例。

**1.2.2.2 评估方法** 本研究的筛选时间为2014年9月15日~10月15日,资料收集时间为2014年9月15日~2015年4月30日。调查人员由经过培训的15名临床医生组成。被试入组后24 h内,研究者填写一般情况和疾病相关信息调查表,然后根据患者的病情或家属陈述进行CGI-S、PANSS-EC、BARS、MAOS和SNR的评估。患者出院时根据出院诊断再次确认被试是否符合入组标准。不符合精神分裂症诊断者被剔除,符合者由研究者再次进行PANSS-EC、MOAS、CGI-SI和CGI-GI评估,并记录住院期间所采用的临床干预措施。调查人员研究前培训内容有关

查方案、调查问卷内容、量表使用和质量控制方法等。  
 1.2.2.3 临床干预措施 本研究为自然观察的临床调查研究,由临床医生依据患者的年龄、病情、共病躯体状况及既往抗精神病药物的使用史来决定药物治疗和/或非药物干预措施的应用,药物治疗指抗精神病药物治疗,包括抗精神病药物口服治疗和肌肉注射治疗,非药物干预措施包括MECT和保护性约束。治疗过程中,患者出现不良反应和躯体疾病均可依据病情对症处理,如存在严重焦虑或睡眠障碍,可合并应用镇静催眠药物或抗焦虑药物。

护理措施依据SNR结果实施,其内容如下:(1)高风险患者的护理措施:对有明显伤人毁物行为的患者,安置在重点病室,必要时遵医嘱约束保护;加强巡视,对有冲动倾向的患者,其动态表现应在工作人员的视线范围内,力争将冲动行为控制在萌芽状态;护理人员应掌握与冲动行为患者的接触技巧;严格交接班。(2)中风险患者的护理措施:鼓励患者以适当的方式表达和宣泄情感,对有先兆的患者应明确告之其行为造成的后果;对情绪不稳、激惹性增高的患者及时与医生联系处理,有效控制精神症状;对有冲动行为的患者每日进行常规安全检查;做好交接班。(3)低风险患者的护理措施:了解患者的心理需求,及时满足患者的合理要求,避免与患者发生正面冲突,减少诱发因素。根据患者的兴趣、爱好组织适当的娱乐活动,转移分散其冲动意图。做好患者的心理疏导。

1.3 统计学方法 所有统计分析采用SPSS 16.0统计软件包进行。符合正态分布的计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间比较行独立样本 $t$ 检验;不符合正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,行非参数秩和检验;计数资料采用频数和百分比(%)表示,行 $\chi^2$ 检验和非参数秩和检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者一般人口学资料和疾病信息的比较 见表1。研究对象筛选期间,研究现场共收治患者352例,符合入组条件者153例,出院时因1例更改诊断为分离性障碍、1例更改诊断为双相障碍而被剔除,共收集患者151例。其中攻击行为患者组74例,无攻击行为患者组77例。攻击行为患者组既往暴力/攻击史和入院前1周末服药比例高于无攻击行为患者组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.2 入院时两组患者疾病严重程度和兴奋激越的比较 见表2。攻击行为患者组入院时疾病严重程度重于无攻击行为患者组,PANSS-EC、BARS和MOAS评分高于无攻击行为患者组,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表1 两组患者一般人口学资料和疾病信息的比较

项目	攻击行为患者组 (n=74)	无攻击行为患者组 (n=77)	$t/Z/\chi^2$ 值	P值
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	33.26 ± 11.19	36.26 ± 11.71	0.534	0.594
性别(例, %)				
男	43(58.1)	36(46.8)	1.950	0.167
女	31(41.9)	41(53.2)		
文化程度(例, %)				
小学及以下	27(36.5)	23(29.9)	5.711	0.312
初中	27(36.5)	34(44.2)		
高中及以上	12(16.2)	7(9.1)		
大专及以上	8(10.8)	13(16.9)		
婚姻状态(例, %)				
已婚	46(62.2)	47(61.0)	4.455	0.216
未婚	19(25.7)	27(35.1)		
离婚	7(9.5)	2(2.6)		
丧偶	2(2.7)	1(1.3)		
职业(例, %)				
农民	67(90.5)	55(71.4)	5.174	0.168
工人	5(6.0)	13(16.9)		
其他*	2(2.7)	9(11.7)		
首次发病年龄(岁, $\bar{x} \pm s$ )	29.65 ± 9.95	27.47 ± 10.21	1.328	0.186
既往住院次数 [次, $M(P_{25}, P_{75})$ ]	1.0(0.0, 3.0)	1.0(0.0, 2.0)	0.272	0.786
既往攻击/暴力行为史 (例, %)				
有	60(81.1)	23(29.9)	39.980	< 0.001
无	14(18.9)	54(70.1)		
入院前1周服药情况 (例, %)				
服药	10(13.5)	30(38.9)	12.018	0.001
未服药	64(86.5)	47(61.1)		

注: \*其他包括干部、技术人员、学生、无业

2.3 入院时两组患者护理风险的比较 见表3。有攻击行为患者组的攻击风险、自杀自伤风险和出走风险评分高于无攻击行为患者组,且攻击行为患者组的攻击风险等级和防攻击护理医嘱率较高,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两组患者间自杀自伤风险等级、出走风险等级和防自杀自伤、防出走护理医嘱率的差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

2.4 住院期间两组患者临床干预的比较 见表4。两组患者入院时医生处方口服药物均为新型抗精神病药物,利培酮使用比例为68.9%,其次为奥氮平(13.2%)、喹硫平(5.3%),组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ );入院时和住院期间口服抗精神病药物使用方式差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。攻击行为患者组氟哌啶醇注射率和保护性约束使用率明显高于无攻击行为患者组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );但两组患者氟哌啶醇注射天数[(8.52 ± 4.31)d比(7.75 ± 6.62)d,

$t=0.631, P=0.530$ ] 和保护性约束次数 [1.0(1.0, 3.0) 次比 1.0(1.0, 2.0) 次,  $Z=1.564, P=0.241$ ]、首次约束到末次约束平均天数 [1.0(1.0, 4.0)d 比 1.0(1.0, 1.0)d,  $Z=0.845, P=0.525$ ] 差异无统计学意义。住院期间主要口服抗精神病药物平均最大使用剂量(氯丙嗪当量)<sup>[9, 12]</sup> 两组分别为(519.86±152.38)mg和(520.65±148.32)mg, 差异无统计学意义( $t=0.032, P=0.975$ )。

**2.5 两组患者出院情况的比较** 见表5。攻击行为患者组平均住院(60.43±42.30)d, 与无攻击行为患者组(58.22±40.28)d比较, 差异无统计学意义( $t=0.329,$

$P=0.743$ )。出院时疾病严重程度、PANSS-EC评分、MOAS评分、出院疗效的组间差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

**3 讨论**

攻击行为和冲动常见于偏执型精神分裂症患者, 多见于急性发病期。本研究中筛选出的151例急性精神分裂症患者, 根据MAOS评分, 入院前发生攻击行为者达到49%(74例), 且具有以下疾病临床特征: 入院时疾病严重程度较重、较为兴奋激越、既往具有较多的攻击行为史。鉴于攻击行为的多维病

**表2 两组患者入院时疾病严重程度和兴奋激越的比较**

组别	例数	CGI-S(例, %)				BARS(例, %)				PANSS-EC (分, $\bar{x} \pm s$ )	MOAS [分, $M(P_{25}, P_{75})$ ]
		4分	5分	6分	7分	4分	5分	6分	7分		
攻击行为患者组	74	1(1.4)	25(33.8)	34(45.9)	14(18.9)	11(14.9)	36(48.6)	15(20.3)	6(7.8)	16.20 ± 5.48	11.0(7.0, 15.0)
无攻击行为患者组	77	6(7.8)	33(42.9)	35(45.3)	3(3.9)	47(61.0)	22(28.6)	12(16.2)	2(2.6)	9.64 ± 4.19	0.0(0.0, 1.0)
$t/Z/\chi^2$ 值			2.810				5.810			8.226	17.372
$P$ 值			0.005				<0.001			<0.001	<0.001

**表3 两组患者入院时护理风险评估的比较**

项目	攻击行为 患者组 (n=74)	无攻击行 为患者组 (n=77)	$t/Z/\chi^2$ 值	$P$ 值
攻击风险评分(分, $\bar{x} \pm s$ )	5.00 ± 2.66	2.70 ± 1.97	6.006	<0.001
攻击风险等级(例, %)				
高	7(9.5)	1(1.3)		
中	31(41.9)	9(11.7)	5.066	<0.001
低	36(48.6)	67(87.0)		
防攻击护理医嘱(例, %)	38(51.4)	10(12.9)	25.614	<0.001
自杀自伤风险评分 (分, $\bar{x} \pm s$ )	3.36 ± 3.08	2.44 ± 2.50	2.026	0.045
自杀自伤风险等级(例, %)				
高	1(1.4)	1(1.3)		
中	3(4.1)	0(0.0)	1.387	0.165
低	70(94.6)	76(98.7)		
防自杀自伤护理医嘱 (例, %)	4(5.4)	1(1.3)	1.975	0.203
出走风险评分(分, $\bar{x} \pm s$ )	3.26 ± 2.12	2.57 ± 1.99	2.043	0.043
出走风险等级(例, %)				
高	1(1.4)	1(1.3)		
中	14(18.9)	7(9.1)	1.661	0.097
低	59(79.7)	69(89.6)		
防出走护理医嘱(例, %)	15(20.2)	8(10.4)	2.853	0.091

**表4 两组患者住院期间临床干预的比较(例, %)**

项目	攻击行为 患者组 (n=74)	无攻击行 为患者组 (n=77)	$\chi^2$ 值	$P$ 值
口服抗精神病药物				
利培酮	61(82.4)	51(66.2)	5.169	0.023
奥氮平	17(23.0)	12(15.6)	1.328	0.249
喹硫平	7(9.5)	12(15.6)	1.287	0.257
氯氮平	8(10.8)	11(14.3)	0.414	0.528
阿立哌唑	3(4.1)	6(7.8)	0.941	0.332
氨磺必利	2(2.7)	5(6.5)	1.227	0.268
齐拉西酮	0(0.0)	2(2.6)	1.948	0.257
传统抗精神病药物*	3(4.1)	9(11.3)	3.006	0.083
口服抗精神病病药物 使用方式				
单一用药	49(66.2)	49(63.6)		
两种药物联用	23(31.1)	25(32.5)	0.224	0.894
三种药物联用	2(2.7)	3(3.9)		
使用氟哌啶醇注射	58(78.4)	40(51.9)	11.572	0.001
使用苯二氮草类药物注射	2(2.7)	2(2.6)	0.002	0.968
使用MECT	4(5.4)	3(3.9)	0.194	0.659
使用保护性约束	22(29.7)	8(10.4)	8.866	0.003

注: \*包括舒必利、奋乃静、氟哌啶醇

**表5 两组患者出院情况的比较**

组别	例数	出院 CGI-S(例, %)							出院 CGI(例, %)				PANSS-EC (分, $\bar{x} \pm s$ )	MOAS [分, $M(P_{25}, P_{75})$ ]
		1分	2分	3分	4分	5分	6分	7分	1分	2分	3分	4分		
攻击行为 患者组	74	2(2.7)	22(29.7)	23(31.1)	16(21.6)	8(10.8)	0(0.0)	3(4.1)	3(4.1)	39(52.7)	28(37.8)	4(5.4)	19.74 ± 6.14	0.0(0.0, 0.0)
无攻击行为 患者组	77	0(0.0)	17(22.1)	25(32.5)	22(28.6)	9(11.7)	2(2.6)	2(2.6)	1(1.3)	35(45.5)	39(50.6)	2(2.6)	19.05 ± 6.01	0.0(0.0, 0.0)
$t/Z/\chi^2$ 值				1.385						1.119		0.698	0.895	
$P$ 值				0.166						0.263		0.486	0.371	

因,制定治疗决策可能颇具难度,向临床医生提出了众多挑战。对于入院前既已发生攻击行为者,根据攻击行为的风险因素进行风险评估,筛查出潜在攻击行为者,予以“区别对待”——加强管理,严防冲动攻击行为的发生,积极控制精神症状,是综合性干预治疗的第一步。使用工具评估患者的冲动攻击、激越/敌意有助于临床医生做出治疗决策,将有效地降低攻击风险<sup>[13]</sup>。本研究中,入院时即进行了护理风险评估,旨在有针对性地做好患者攻击、自杀或自伤、出走等风险的防控工作,结果发现攻击行为组患者的攻击风险等级高于无攻击行为组的患者,医生下达“防攻击护理医嘱”的比例和保护性约束的使用率亦均较高,提示护理风险评估在患者的住院治疗期间起到了应有的作用。

有研究者提出,未能充分有效治疗是精神疾病患者出现攻击行为的重要危险因素<sup>[4]</sup>,因而笔者推测降低这一群体攻击风险的最佳途径是精神分裂症的足效治疗。在本研究中,两组患者均采用了抗精神病药物治疗,其中利培酮、奥氮平和喹硫平3种新型抗精神病药物使用比例高达87.4%,组间没有差异;传统抗精神病药物只在此后的联合治疗中使用,符合当前国内外精神分裂症的临床治疗指南<sup>[14]</sup>。出院时两组患者疗效的比较显示,入院前有攻击行为的患者取得了与无攻击行为患者一样的疗效,两组患者的平均住院时间、出院时激越症状评分并无差异,尤其是MOAS评分没有差异,说明精神分裂症的足效治疗能够降低急性期精神分裂症患者的攻击风险<sup>[15]</sup>。

研究已证实,药物治疗是控制激越症状的一种有效手段<sup>[16]</sup>,前期研究亦证实急性期精神分裂症患者的院前攻击行为与入院时的激越兴奋症状存在中度关联<sup>[3]</sup>。注射型抗精神病药物由于起效迅速、使用方便,短期肌肉注射往往成为激越患者初始治疗的首选<sup>[17]</sup>。本研究显示,攻击行为患者组氟哌啶醇肌肉注射使用率为78.4%,远高于无攻击行为患者组(51.9%),但两组患者的注射天数没有差异,提示患者的兴奋激越症状在入院后短期内(一周)即可得到较好控制。为了避免患者加重对医护人员的敌意和不合作程度,保护性约束或隔离往往在药物治疗无效时采用。本研究中,攻击行为患者组保护性约束的使用率(29.7%)远高于无攻击行为患者组(10.4%),提示临床实践中药物治疗不能即刻控制患者的冲动攻击时,强制性手段亦必不可少。

总之,降低急性期精神分裂症患者攻击风险的最佳途径为精神症状的足效治疗,使用工具评估有助于临床医生的治疗决策,改善治疗转归。

#### 参 考 文 献

- [1] Zhou JS, Xiang YT, Zhu XM, et al. Voluntary and Involuntary Psychiatric Admissions in China[J]. Psychiatr Serv, 2015, 66(12): 1 341-1 346.
- [2] Zhou JS, Zhong BL, Xiang YT, et al. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis[J]. Asia Pac Psychiatry, 2016, 8(1): 60-69.
- [3] 张怀晨,苏中华,张明,等.急性期精神分裂症住院患者激越症状与院前冲动攻击行为相关性分析[J].精神医学杂志, 2016, 29(3): 177-181.
- [4] Victoroff J, Coburn K, Reeve A, et al. Pharmacological management of persistent hostility and aggression in persons with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review[J]. J Neuropsychiatry Clin Neurosci, 2014, 26(4): 283-312.
- [5] 赵容,邵阳,谢斌.精神障碍冲动性攻击的相关机制研究进展[J].神经疾病与精神卫生, 2017, 17(1): 52-55.
- [6] 世界卫生组织.ICD-10精神与行为障碍分类临床描述与诊断要点[M].北京:人民卫生出版社,1993: 72-89.
- [7] 谢斌,郑瞻培.修订版外显攻击行为量表(MOAS)[J].中国行为医学科学, 2001, 10(特刊): 195-196.
- [8] 何燕玲,张明园.阳性和阴性综合量表(PANSS)及其应用[J].临床精神医学杂志, 1997, 7(6): 353-355.
- [9] 方春霞,费静霞,蔡燕.以行为活动评定量表(BARS)为标准对精神病患者实施行为管理的效果评价[J].国际护理学杂志, 2015, 34(13): 1 830-1 832.
- [10] 吴宇飞,孙秀丽,李媛媛,等.中文版布罗塞特暴力风险评估量表的效度和信度检验[J].中国心理卫生杂志, 2015, 29(6): 446-451.
- [11] 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: 118-119.
- [12] Leucht S, Samara M, Heres S, et al. Dose Equivalents for Second-Generation Antipsychotic Drugs: The Classical Mean Dose Method[J]. Schizophr Bull, 2015, 41(6): 1 397-1 402.
- [13] Stahl SM, Morrisette DA, Cummings M, et al. California State Hospital Violence Assessment and Treatment (Cal-VAT) guideline[J]. CNS Spectr, 2014, 19(5): 449-465.
- [14] 房茂盛,赵靖平,陈红辉,等.精神分裂症急性激越症状的药物治疗[J].国际精神病学杂志, 2010, 37(3): 171-174.
- [15] Fond G, Boyer L, Favez M, et al. Medication and aggressiveness in real-world schizophrenia. Results from the FACE-SZ dataset[J]. Psychopharmacology (Berl), 2016, 233(4): 571-578.
- [16] Köster LS, Carbon M, Correll CU. Emerging drugs for schizophrenia: an update[J]. Expert Opin Emerg Drugs, 2014, 19(4): 511-531.
- [17] Baruch N, Das M, Sharda A, et al. An evaluation of the use of olanzapine pamoate depot injection in seriously violent men with schizophrenia in a UK high-security hospital[J]. Ther Adv Psychopharmacol, 2014, 4(5): 186-192.

(收稿日期: 2017-02-23)