

· 学术交流 ·

综合康复训练对社区稳定期精神分裂症患者 家庭功能和服药依从性改善作用的研究

宋翠霞 朱建雷 刘金同

250100 济南, 山东大学齐鲁医学院(宋翠霞、刘金同); 251400 济南市济阳区精神卫生中心(宋翠霞); 250014 济南, 山东省精神卫生中心神经调控科(朱建雷); 250014 山东大学附属儿童医院(济南市儿童医院)儿童保健所(刘金同)

通信作者: 刘金同, Email: jintongliu@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2025.05.008

【摘要】目的 探讨综合康复训练对社区稳定期精神分裂症患者家庭功能和服药依从性的影响。方法 本研究为前瞻性随机对照研究。选取济南市济阳区精神卫生中心 2022 年 1 月—2023 年 6 月社区稳定期精神分裂症患者 412 例为研究对象, 采用计算机生成的随机数字表进行分组, 按 1:1 比例将患者随机分为对照组 206 例和干预组 206 例。对照组接受常规药物治疗, 干预组在对照组基础上给予综合康复训练, 包括健康教育、药物管理技能训练、症状监测、社交技能训练及职业康复训练 5 个模块。采用中文版 8 条目 Morisky 服药依从性量表(MMAS-8)、阳性和阴性症状量表(PANSS)、疾病家庭负担量表(FBSD)、社会功能缺陷筛选量表(SDSS)和社会支持评定量表(SSRS)评估患者服药依从性的变化情况、精神症状严重程度、精神疾病对患者家庭的负担及精神障碍患者的社会功能缺陷情况。采用时间趋势分析使用混合效应模型评估干预组与对照组在干预前、干预后 3 个月、6 个月、9 个月及 12 个月各问卷量表得分的差异, 以进一步探索干预效果的动态变化情况。结果 干预前两组患者 MMAS-8、PANSS、FBSD、SDSS 和 SSRS 评分比较, 差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$); 干预后 3、9、12 个月, 干预组 MMAS-8 评分均高于对照组, PANSS、FBSD、SDSS 评分均低于对照组, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$); 两组 SSRS 评分比较, 差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$)。混合效应模型分析结果显示, MMAS-8、PANSS、FBSD、SDSS 评分的干预措施固定效应均不显著(均 $P > 0.05$), 干预措施与时间的交互作用均有统计学意义(均 $P < 0.05$); 时间趋势检验结果显示, 两组患者 MMAS-8、PANSS、FBSD、SDSS 和 SSRS 评分均随时间变化存在显著差异($P < 0.05$)。结论 综合康复训练结合药物治疗能显著提升患者服药依从性和缓解症状, 有助于改善患者长期管理和生活质量。

【关键词】精神分裂症; 康复训练; 家庭功能; 服药依从性; 生活质量

Effects of comprehensive rehabilitation training on family function and medication adherence in patients with stable schizophrenia in the community Song Cuixia, Zhu Jianlei, Liu Jintong

Cheeloo College of Medicine, Shandong University, Jinan 250100, China (Song CX); Jinan Jiyang Mental Health Center, Jinan 251400, China (Song CX, Liu JT); Department of Neuromodulation, Shandong Mental Health Center, Jinan 250014, China (Zhu JL); Children's Health Center, Children's Hospital Affiliated to Shandong University (Jinan Children's Hospital), Jinan 250014, China (Liu JT)

Corresponding author: Liu Jintong, Email: jintongliu@163.com

【Abstract】Objective To explore the effects of comprehensive rehabilitation training on family function and medication adherence in patients with stable schizophrenia in the community. Methods This study was a prospective randomized controlled trial. A total of 412 patients with stable schizophrenia in the community from January 2022 to June 2023 in Jinan Jiyang Mental Health Center were selected for the study. A computer generated random number table was used to divide the patients into control group ($n=206$) and intervention group ($n=206$) in a ratio of 1:1. Control group received conventional medication, and intervention group was treated with comprehensive rehabilitation training based on control group, including five modules of health education, medication management skills training, symptom monitoring, social skills training and vocational rehabilitation

training. The Chinese version of the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), Positive and Negative Symptom Schedule (PANSS), Family Burden Scale of Diseases (FBSD), Social Dysfunction Screening Scale (SDSS), and Social Support Rating Scale (SSRS) were used to assess the medication adherence, severity of mental symptoms of patients, burden of mental disorders on the families and social function deficits in patients with mental disorders. Time trend analysis and mixed-effects model was used to assess the differences in scale scores between intervention and control groups before intervention, 3, 6, 9 and 12 months after intervention to further explore the dynamics of the intervention effect. **Results** There was no statistically significant difference in MMAS-8, PANSS, FBSD, SDSS and SSRS scores between the two groups before intervention (all $P > 0.05$). At 3, 9, and 12 months of intervention, the MMAS-8 scores of intervention group were higher than those of control group, and the PANSS, FBSD, and SDSS scores were lower than those of control group, and the differences were statistically significant (all $P < 0.05$), the differences in the SSRS scores of the two groups were not statistically significant (all $P > 0.05$). Mixed-effects model analyses showed no statistically significant intervention fixed effects for MMAS-8, PANSS, FBSD, and SDSS scores (all $P > 0.05$), but the interactions between intervention and time were statistically significant (all $P < 0.05$). The time trend test showed statistically significant differences in MMAS-8, PANSS, FBSD, SDSS and SSRS scores over time in both groups ($P < 0.05$). **Conclusions** Comprehensive rehabilitation training combined with medication significantly increases medication adherence and alleviate symptoms, which helps to improve long-term management and quality of life in patients.

【Key words】 Schizophrenia; Rehabilitation training; Family function; Medication adherence; Quality of life

精神分裂症是一种严重影响患者社会功能的慢性精神疾病,目前药物治疗是主要治疗方式,然而,由于精神分裂症患者对自身疾病缺乏充分的认识,长期服药依从性问题普遍存在,已经成为临床管理中的重大挑战^[1]。研究表明,药物依从性差与复发风险增加、症状恶化、住院率上升以及患者生活质量下降密切相关,这种依从性问题不仅影响患者个人,还增加了家庭和社会的经济负担^[2]。目前,社区和家庭在精神分裂症患者的长期管理中扮演着越来越重要的角色,康复训练在改善患者功能、提高依从性方面显示出了积极作用^[3]。通过综合康复训练,患者可以提高社交技能、疾病认知水平和管理能力,从而减少疾病对其生活的负面影响^[4]。然而,目前针对社区稳定期精神分裂症患者,康复训练在服药依从性和家庭功能改善方面的循证研究还相对有限。本研究通过随机对照试验设计,系统地评估康复训练对社区稳定期精神分裂症患者服药依从性、临床症状、社会功能以及家庭功能的影响,旨在为社区精神卫生服务提供科学依据,并探索出一套适合我国社区环境的个体化、长期有效的管理方案。

一、对象与方法

1. 研究对象:本研究为前瞻性随机对照研究。选取济南市济阳区精神卫生中心2022年1月—2023年6月社区稳定期精神分裂症患者412例为研究对象,采用计算机生成的随机数字表进行分组,按1:1比例将患者随机分为对照组206例和干预组206例。

由于本研究采取开放标签设计,未实施盲法,但通过以下措施控制偏倚:随机分组过程由独立人员完成,干预实施与数据收集由不同的研究团队成员负责,统计分析由未参与分组和干预的第三方人员进行。此外,在统计分析过程中充分考虑混杂因素的影响,评估两组间基线特征的分布均衡性,并通过多变量分析调整潜在混杂因素,进一步减少混杂因素带来的偏倚,确保研究结果的科学性和可靠性。患者信息由山东省严重精神障碍信息管理的注册登记系统提供,并在患者知情同意的条件下接受医师诊断与研究入组。所有符合条件并自愿参与本试验的患者均在随机分配的条件下接受相应的干预措施。所有干预措施的实施与患者的随访调查均在试验研究者的指导下由研究成员与社区医生共同完成。所有患者与公众均未参与本试验的方案设计与计划制订的任何环节。

纳入标准:(1)符合ICD-10精神分裂症诊断标准^[4]且参与社区康复的精神分裂症患者;(2)年龄18~60岁;(3)初中及以上文化程度;(4)入组前抗精神病药物剂量和种类未调整时间 ≥ 3 个月;(5)PANSS中P1妄想、P3幻觉性行为、P5夸大、P6猜疑/被害、G9异常思维内容评分 < 5 分,P2概念紊乱 < 4 分^[5]。排除标准:(1)伴精神发育迟滞或脑器质性疾病者;(2)严重衰退或兴奋冲动不合作,或交流困难者;(3)伴发严重抑郁、焦虑和物质滥用(烟草除外)者;(4)近3个月内经历丧失亲人、离异、身患重病等重大应激性生活事件者;(5)具有严重躯体疾病影响

本研究完成者。退出标准:(1)患者撤回知情同意书;(2)失访;(3)因其他躯体疾病终止研究者;(4)因搬迁、意外死亡等原因未能继续参与者;(5)因精神分裂症急性发作等其他原因导致不能继续参与研究者。本研究由山东省精神卫生中心(山东大学附属精神卫生中心)伦理委员会审查通过(伦理批件号:12631702)。

2.方法:研究不对患者或研究人员进行盲法设置,所有干预措施的实施与问卷调查均在开放条件下进行。对照组采用常规药物治疗,即根据临床实践指南为精神分裂症患者提供标准化的抗精神病药物治疗方案。由精神科医生进行诊断评估,并依据患者的病情严重程度、既往治疗史及药物耐受性,选择适当的第二代或第一代抗精神病药物进行治疗。

干预组在对照组的基础上实施综合康复训练,共分为5个模块,每次开始新的模块之前复习上次康复训练内容。(1)健康教育(共计2 h):由专业的精神科医生或护士负责,通过讲座和互动问答形式进行。详细讲解精神分裂症的病因、常见症状表现、疾病进展过程、药物治疗的重要性及常见抗精神病药物的不良反应;深入介绍疾病复发的早期表现、预防复发的方法和必要的家庭护理知识。期间设有患者与家属的互动交流环节,解答疑问并巩固教育效果。(2)药物自我处置技能训练(共计2 h):由精神科医师和护士共同主持,采用讲解和实际操作相结合的方式,介绍常用抗精神病药物种类及其作用机制,强调规律服药的重要性。教授患者识别药物不良反应的方法和技巧,包括记录药物不良反应日记的具体方法,学习如何及时报告和处理药物副作用,采用真实案例分析、情景模拟训练,以强化患者和家属的实际应用能力。(3)症状自我监控技能训练(共计2 h):训练由精神科医生或专业心理治疗师指导。通过理论讲解和实践练习,帮助患者识别精神分裂症复发的早期先兆(如睡眠障碍、情绪波动、焦虑增加、幻觉妄想再现等),教授患者如何系统监测、记录这些早期症状。训练患者识别持续存在的精神症状,提供远离酒精和毒品的有效策略,介绍并推荐社区戒酒戒毒支持资源,增强患者防复发能力。(4)回归社会的技能训练(共计2 h):由精神科医师组织实施,以小组讨论和情景模拟形式展开,帮助患者学习有效应对社区日常生活中遇到的各种压力情境,包括人际交往压力、社会互动困难等。指导患者制订符合自身实际的日常活动和社

交参与计划,开展约会、践约、守时等实际社交活动模拟,促进患者社会功能的恢复和自信心提升。(5)工作能力康复训练(共计4 h):①首次训练(2 h)。由精神科医师主导,通过讲解、示范与实际模拟的方式,帮助患者建立良好的工作习惯,包括准时上下班、注重个人仪容仪表、正确利用工作间歇与休息时间;模拟真实职场环境,进行职场礼仪及行为规范训练,帮助患者提高职场适应能力。②第2次训练(2 h)。通过情景模拟训练,帮助患者掌握接受工作中表扬或批评的技巧,明确具体指令的接受与执行方法;培养患者对工作任务的责任感和完成能力,强化与同事间的沟通技巧和团队合作意识,提升患者职场交流和互动能力^[6]。康复干预共6次,隔周实施1次,每次2 h,共12周,共计用时12 h,完成5个模块的康复训练。

3.调查工具:(1)收集一般资料。问卷调查所有患者的基线基本特征,包括年龄、性别、种族、婚姻状态(是否已婚)、教育程度(初中、高中或职高、大学及以上)、复发次数。(2)中文版8条目Morisky服药依从性问卷(Morisky Medication Adherence Scale-8, MMAS-8)^[8]:2008年Morisky等在考虑了周围环境影响的条件下,提出8项Morisky用药依从性量表。MMAS-8用于评估患者的药物依从性,包含8个条目,其中1~7题为是非题,第8题为单选题。总分为0~8分,得分越高表示依从性越好,8分为高依从性,6~7分为中等依从性,<6分为低依从性。本研究中,MMAS-8的内部一致性评估显示,其Cronbach's α 系数为0.82,表明量表具有较高的信度;同时,采用基于因素分析的验证性分析表明,量表的结构效度良好能够有效评估精神分裂症患者的服药依从性。(3)PANSS^[5]:PANSS是为评定不同类型精神分裂症症状的严重程度而设计和标准化的评定量表,由简明精神病量表和精神病理评定量表合并改编而成。PANSS主要用于评定精神症状的有无及各项症状的严重程度。包含30个条目,分为阳性症状7项、阴性症状7项和一般精神病理症状16项。每项按7级评分(1分为无症状,7分为极重度),得分越高表示症状越严重。总分由各维度得分相加而成。在本研究中,PANSS其内部一致性Cronbach's α 系数为0.87,表明量表具有较高的内部一致性信度,能够有效评估患者的症状变化。(4)疾病家庭负担量表(Family Burden Scale of Disease, FBSD)^[9]:FBSD是由印度学者Pai等编制的半结构化访谈量表,包括6个因子共24个条目。共包含6个

因子,涵盖24个条目,涉及家庭经济、日常生活、娱乐活动、家庭关系、躯体健康和心理健康。每个条目采用3级评分(0分为无负担,1分为中度负担,2分为严重负担),总分越高表示家庭负担越重。各因子得分根据项目总分进行平均计算,在本研究中,FBSD能够有效评估精神分裂症患者家庭的负担程度。(5)社会功能缺陷筛选量表(Social Disability Screening Schedule, SDSS)^[10]:社会功能缺陷筛选量表来源于WHO制订试用的功能缺陷评定量表(Disability Assessment Schedule, DAS)。SDSS用于评估社区精神病患者的社会功能缺陷程度,共包含10个条目,每项评分为0~2分(0分为无功能缺陷,1分为轻度缺陷,2分为严重缺陷),评估过去1个月的行为表现。其内部一致性评估显示,Cronbach's α 系数为0.84,表明量表具有良好的内部一致性信度,该量表通过知情人访谈进行评分,适用于精神病学研究和临床调查。(6)社会支持评定量表(Social Support Rating Scale, SSRS)^[11]:SSRS用于评估个体的社会支持水平,包含10个条目,分为客观支持、主观支持和对社会支持的利用度3个维度。每个条目按4个等级评分,总分为0~40分,得分越高表示社会支持度越高。总分<20分表示社会支持较少,20~30分为支持度一般,>30分为支持度满意。其内部一致性评估显示,Cronbach's α 系数为0.86,表明量表具有良好的内部一致性信度,能够有效评估个体的社会支持水平。本试验于基线期和干预后分别对受试者进行问卷调查,内容包括患者的基本特征、MMAS-8、PANSS、FBSD、SDSS、SRSS。同时所有患者均接受干预前的基线随访调查,以及在干预后3、6、9、12个月时采用MMAS-8、PANSS、FBS、SDSS、SRSS进行评估。评估过程均保持科研的准确性和合理性。

4. 统计学方法:采用R 4.3.1软件进行数据分析。正态性检验采用Shapiro-Wilk和Kolmogorov-Smirnov检验。符合正态分布计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两组间比较采用 t 检验,多组间比较采用方差分析。非正态分布的计量资料采用中位数和四分位数 $[M(P_{25}, P_{75})]$ 表示,采用Mann-Whitney秩和检验。计数资料用频数和百分数(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验或Fisher精确检验;等级资料采用Wilcoxon秩和检验。随访数据采用混合效应模型分析,模型固定效应包括干预措施、随访时间及干预措施与随访时间的交互作用。所有检验均为双侧检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

1. 两组患者基线资料比较:本研究共计纳入412例稳定期精神分裂症患者,受试者均完成了基线资料收集与相应的干预措施,但随访期间,干预组共12例脱落,对照组共10例脱落,总脱落率为5.34%(22例)。根据意向性分析原则,脱落受试者在后续随访阶段的结局指标缺失值采用上一个随访时间点相应测量值进行填补。两组患者年龄、性别、种族、婚姻状况、受教育程度以及发作次数比较,差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性,见表1。

2. 两组患者干预前后MMAS-8评分比较:干预前两组患者MMAS-8评分的差异无统计学意义($P=0.742$);在干预后的3、9、12个月,干预组的MMAS-8评分均高于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$);干预后6个月时,两组MMAS-8评分比较差异无统计学意义($P=0.106$)。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应不显著,但干预措施与时间的交互作用有统计学意义($P=0.02$);时间趋势检验结果显示,两组患者MMAS-8评分随时间变化存在显著差异($P=0.03$)。见表2。

3. 两组患者干预前后PANSS评分比较:干预前两组患者PANSS评分比较差异无统计学意义($P=0.577$);干预后3、6、9、12个月时,干预组的PANSS评分均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应不显著($P=0.75$),但干预措施与时间的交互作用有统计学意义($P < 0.001$);时间趋势检验结果显示,两组患者PANSS评分随时间变化存在显著差异($P < 0.001$)。见表3。

4. 两组患者干预前后FBSD评分比较:干预前两组患者FBSD评分比较差异无统计学意义($P=0.821$);干预后3、6、9、12个月,干预组的FBSD评分均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应不显著($P=0.14$),但干预措施与时间的交互作用有统计学意义($P < 0.001$);时间趋势检验结果提示,两组患者FBSD评分随时间推移存在显著变化趋势($P=0.001$)。见表4。

5. 两组患者干预前后SDSS评分比较:干预前两组患者SDSS评分比较差异无统计学意义($P=0.617$);干预后3、6、9、12个月,干预组的SDSS评分均低于对照组,差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应不显著($P=0.93$),但干预措施与时间的交互作用有统计学意

表1 两组稳定期精神分裂症患者基线资料比较

项目	对照组(<i>n</i> =206)	干预组(<i>n</i> =206)	$\chi^2/t/Z$ 值	<i>P</i> 值
性别[例(%)]				
男	108(52.43)	110(53.40)	0.014	0.924
女	98(47.57)	96(46.60)		
民族[例(%)]				
汉族	180(87.38)	182(88.35)	0.024	0.880
少数民族	26(12.62)	24(11.65)		
婚姻状态[例(%)]				
已婚	142(68.93)	149(72.33)	0.421	0.520
未婚或离异	64(31.07)	57(27.67)		
受教育程度[例(%)]				
初中	104(50.49)	102(49.51)	0.345	0.840
高中或职高	72(34.95)	77(37.38)		
大专、本科及以上	30(14.56)	27(13.11)		
年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	41.93 $\pm$ 12.53	43.13 $\pm$ 12.33	-0.983	0.326
总发作次数[次, <i>M</i> (<i>P</i> ₂₅ , <i>P</i> ₇₅)]	13.00(8.00, 18.00)	12.50(8.00, 17.00)	0.008	0.494

表2 两组稳定期精神分裂症患者干预前后MMAS-8评分比较

组别	例数	干预前	干预后 3个月	干预后 6个月	干预后 9个月	干预后 12个月	干预措施固定 效应		干预措施 $\times$ 时 间交互效应		时间趋势检验	
							<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	206	5.273 $\pm$ 1.164	5.255 $\pm$ 1.174	5.324 $\pm$ 1.209	5.142 $\pm$ 1.185	5.049 $\pm$ 1.329	-0.06	0.95	2.43	0.02	2.12	0.03
干预组	206	5.313 $\pm$ 1.299	5.523 $\pm$ 1.116	5.519 $\pm$ 1.241	5.529 $\pm$ 1.269	5.485 $\pm$ 1.215						
<i>t</i> 值		-0.330	-2.378	-1.619	-3.200	-3.483						
<i>P</i> 值		0.742	0.018	0.106	0.001	0.001						

注: MMAS-8 中文版 8 条目 Morisky 服药依从性问卷

表3 两组稳定期精神分裂症患者干预前后PANSS评分比较

组别	例数	干预前	干预后 3个月	干预后 6个月	干预后 9个月	干预后 12个月	干预措施固定 效应		干预措施 $\times$ 时 间交互效应		时间趋势检验	
							<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	206	68.927 $\pm$ 6.299	68.379 $\pm$ 6.277	67.515 $\pm$ 5.901	65.932 $\pm$ 5.945	65.665 $\pm$ 6.502	0.32	0.75	-3.50	< 0.001	-6.73	< 0.001
干预组	206	68.597 $\pm$ 5.693	67.097 $\pm$ 5.903	65.631 $\pm$ 6.248	63.665 $\pm$ 5.712	62.529 $\pm$ 5.933						
<i>t</i> 值		0.558	2.135	3.146	3.947	5.113						
<i>P</i> 值		0.577	0.033	0.002	< 0.001	< 0.001						

注: PANSS 阳性与阴性症状量表

表4 两组稳定期精神分裂症患者干预前后FBSD评分比较

组别	例数	干预前	干预后 3个月	干预后 6个月	干预后 9个月	干预后 12个月	干预措施固定 效应		干预措施 $\times$ 时 间交互效应		时间趋势检验	
							<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
对照组	206	19.364 $\pm$ 3.289	18.777 $\pm$ 3.342	18.568 $\pm$ 3.401	18.655 $\pm$ 3.750	18.184 $\pm$ 3.704	1.46	0.14	-4.97	< 0.001	-3.29	0.001
干预组	206	19.437 $\pm$ 3.250	18.099 $\pm$ 3.186	17.505 $\pm$ 3.174	17.083 $\pm$ 3.474	16.053 $\pm$ 3.593						
<i>t</i> 值		-0.226	2.107	3.280	4.416	5.927						
<i>P</i> 值		0.821	0.036	0.001	< 0.001	< 0.001						

注: FBSD 疾病家庭负担量表

义($P=0.01$);时间趋势检验显示,随着随访时间的延长,两组SDSS评分呈显著下降趋势($P<0.001$)。见表5。

6. 两组患者干预前后SSRS评分比较: 两组患者在干预前及干预后3、6、9、12个月的SSRS评分比较,差异均无统计学意义(均 $P>0.05$);干预措施固定效应($P=0.42$)及干预措施与时间的交互作用($P=0.25$)均无统计学意义;时间趋势检验结果显示,两组患者的社会支持评分随时间变化呈现明显的增长趋势($P<0.001$)。见表6。

讨论 精神分裂症作为一种严重的精神疾病,影响着全球约1%的人口^[15]。近年来,在精神分裂症的治疗和管理方面取得了显著进展。现代治疗方法已向更加多元化的模式转变,药物治疗与心理干预并重^[16]。其中,康复训练发挥重要作用,其强调发展社交技能、职业训练、认知修复和社区融入等^[17],帮助精神分裂症患者恢复正常的生活、工作及社交。因此本研究作为一项随机对照试验,通过进行康复训练+药物治疗与单纯药物治疗2种方案,比较服药依从性及症状改善,以期为患者提供一种科学、有效的康复治疗方案。

本研究结果显示,干预后3、9、12个月,干预组的MMAS-8评分均高于对照组,差异均有统计学意义;干预后6个月时,两组评分比较差异无统计学意义;混合效应模型分析显示,干预措施固定效应显著,干预措施与时间的交互作用无统计学意义;时间趋势检验结果显示,两组患者MMAS-8评分随时

间变化存在显著差异。对于仅接受药物治疗的患者,其对自身疾病缺乏认识,疾病又造成社会及生活功能的减退。对于参与康复训练的患者,情感支持及日常用药监督能够帮助其建立疾病的认知度,社区参与帮助其恢复社会功能,提高其治疗的重视度^[12]。同时,一篇纳入了39篇关于精神分裂症患者治疗依从性的研究,也同样指出反复的行为干预、提供治疗策略以及详细说明治疗问题均有助于提高患者的服药依从性^[13]。与本研究不同的是,有研究同时指出增加患者对疾病的认识及药物的不良反应,可能更令患者焦虑不安^[14]。本研究未发现康复训练导致患者焦虑的不良影响,这可能与康复训练中加强积极心理支持、正确引导患者对疾病的认知有关。未来研究应进一步探索疾病教育的最佳方式,以平衡患者对疾病的认识和药物治疗的依从性,避免因过度焦虑而影响治疗效果。

本研究结果显示,干预后3、6、9、12个月时,干预组的PANSS评分均低于对照组,差异均有统计学意义。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应显著,干预措施与时间的交互作用无统计学意义;时间趋势检验结果显示,两组患者PANSS评分随时间变化存在显著差异。这一结果说明增加康复训练不仅有助于改善患者的阳性症状(如幻觉和妄想),也对阴性症状(如情感平淡和社交退缩)有改善作用,表明心理社会干预可以增强药物治疗的效果,特别是在改善患者社交功能和情感表达方面。这些改善是因为康复训练帮助患者提升认知,通过反

表5 两组稳定期精神分裂症患者干预前后SDSS评分比较

组别	例数	干预前	干预后	干预后	干预后	干预后	干预措施固定效应		干预措施×时间交互效应		时间趋势检验	
			3个月	6个月	9个月	12个月	t值	P值	t值	P值	t值	P值
对照组	206	9.112 ± 1.959	8.893 ± 1.791	8.675 ± 2.223	8.165 ± 2.281	8.495 ± 2.175	0.09	0.93	-2.48	0.01	-4.13	<0.001
干预组	206	9.015 ± 1.982	8.461 ± 2.076	8.232 ± 2.147	7.733 ± 2.118	7.602 ± 2.047						
t值		0.500	2.262	2.056	1.994	4.292						
P值		0.617	0.024	0.040	0.047	<0.001						

注:SDSS 社会功能缺陷筛选量表

表6 两组稳定期精神分裂症患者干预前后SSRS评分比较

组别	例数	干预前	干预后	干预后	干预后	干预后	干预措施固定效应		干预措施×时间交互效应		时间趋势检验	
			3个月	6个月	9个月	12个月	t值	P值	t值	P值	t值	P值
对照组	206	25.322 ± 4.502	25.988 ± 4.334	26.219 ± 4.672	26.863 ± 4.558	27.292 ± 4.597	-0.81	0.42	1.15	0.25	7.13	<0.001
干预组	206	25.119 ± 4.480	25.844 ± 4.478	26.146 ± 4.471	26.755 ± 4.801	27.621 ± 4.598						
t值		0.459	0.333	0.164	0.234	-0.727						
P值		0.647	0.739	0.870	0.815	0.468						

注:SSRS 社会支持评定量表

复训练,重新获得社会属性,提升其自信心、学习能力及社交能力^[15]。之前的一项类似的康复训练研究也得到了相似的结果^[16],该研究在社区中进行为期1年的健康教育、用药指导、技能训练、家庭治疗,干预的PANSS评分明显低于对照组,并且阳性及阴性症状均有明显改善。然而,本研究的局限性在于未能明确指出康复训练中哪些具体模块对症状改善最为有效。未来研究可以考虑将康复训练细分为不同模块(如社交技能训练、职业训练、认知修复等)进行独立评估,以优化康复训练方案。

除此以外,本研究结果显示,干预后3、6、9、12个月,干预组的FBS、SDSS评分均低于对照组,差异均有统计学意义。混合效应模型分析显示,干预措施固定效应有统计学意义,干预措施与时间的交互作用无统计学意义;时间趋势检验结果提示两组患者FBS、SDSS评分随时间推移存在显著变化趋势。这说明康复训练对提高家庭功能支持以及改善受试者的社会支持均有着显著作用。在多项康复训练的研究中,均可发现经过系统的康复治疗干预,精神分裂症受试者的SDSS得分降低^[17]。这表明医疗服务者应当更加注重对处于稳定期的精神分裂症患者提供除药物治疗以外的一系列康复训练治疗,以提高患者的服药依从性,并减轻患者的精神发作症状,提高家庭的支持度以及个人的社会功能健康,同样为精神分裂症的综合管理提供了新的视角和方法。

康复训练还显著改善了患者的生活质量,尤其是在经济负担、日常生活、娱乐活动以及家庭关系等方面。虽然本研究在提高患者的生活质量和减轻疾病家庭负担方面取得了积极成果,但在对家庭成员的身心健康方面并未显示出显著的组间差异。这可能是由于当地对精神病患者重点救助减轻了部分家庭压力。因此,未来的研究和干预应更加关注家庭成员的整体健康,以及如何通过康复方法提升其生活满意度和心理健康。

综上所述,针对慢性精神分裂症患者的综合康复训练,作为基于社区的康复模式,不仅可以显著增强患者的社会功能,还能够减轻患者及其家庭的负担。为了实现这一目标,建立统一而有效的社区康复治疗模式,充分利用有限的专业资源,将对改善慢性精神疾病患者的预后产生深远的影响。本研究仍存在一定局限性:首先,研究为开放标签设计,可能引入偏倚风险;其次,样本仅来源于单一地区,限制了结果的普适性;此外,康复训练各模块的独立效果未做具体评估,随访时间较短亦无法观察长期效果;最后,服药依从性评估方法较为单一,可能

无法全面反映患者行为。未来研究应扩大样本范围、延长随访时间,并进一步优化评估方法,以验证和扩展本研究的结论。

利益冲突 文章所有作者共同认可文章无相关利益冲突

作者贡献声明 文献收集、整理及文章撰写为宋翠霞、朱建雷,文章选题、修改及审校为宋翠霞、刘金同

参 考 文 献

- [1] Muser KT, Deavers F, Penn DL, et al. Psychosocial treatments for schizophrenia[J]. Annu Rev Clin Psychol, 2013, 9: 465-497. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185620.
- [2] Manhas RS, Manhas A, Akhter R, et al. Non-adherence to treatment among schizophrenic patients[J]. International Journal of Medical and Biomedical Studies, 2019, 3(10): 29-32. DOI: 10.32553/ijmbs.v3i10.595.
- [3] Zhou Y, Zhang Z, Wang X, et al. Role of family-community-hospital rehabilitation management on community schizophrenics[J]. Chinese Journal of Rehabilitation Theory and Practice, 2011: 682-684. DOI: 10.0471/002016113.
- [4] Dilling H, Freyberger HJ, Stieglitz RD. ICD-10 field trial of the diagnostic criteria for research in german-speaking countries. introduction[J]. Psychopathology, 1996, 29(5): 258-259. DOI: 10.1159/000285004.
- [5] 司天梅, 杨建中, 舒良, 等. 阳性和阴性症状量表(PANSS, 中文版)的信、效度研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 45-47. DOI: 10.3321/j.issn: 1000-6729.2004.01.016.
Si TM, Yang JZ, Shu L, et al. Reliability and validity study of the positive and negative syndrome scale (PANSS, Chinese version) [J]. Chinese Mental Health Journal, 2004, 18(1): 45-47.
- [6] Madianos M, Economou M, Dafni O, et al. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured[J]. Eur Psychiatry, 2004, 19(7): 408-414. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2004.06.028.
- [7] 张莹, 魏珉. 中文版家庭管理测量量表的信效度研究[J]. 中国实用护理杂志, 2009, 25(14): 19-22. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1672-7088.2009.05.050.
Zhang Y, Wei M. Reliability and validity study of the Chinese version of the family management measure [J]. Chin J Pract Nurs, 2009, 25(14): 19-22.
- [8] 许卫华, 王奇, 梁伟雄. 慢性病患者服药依从性测量量表的编制[J]. 中国慢性病预防与控制, 2008, 16(6): 558-560, 567. DOI: 10.3969/j.issn.1004-6194.2008.06.003.
Xu WH, Wang Q, Liang WX. Development of the medication adherence measurement scale for patients with chronic diseases [J]. Chin J Prev Contr Chron Non-commun Dis, 2008, 16(6): 558-560, 567.
- [9] 李洁, 向孟泽. 精神病患者家庭负担会谈量表的信度和效度测试报告[J]. 华西医学, 1997, 12(1): 11-13.
- [10] 李毅, 胡拾妮, 高欢, 等. 精神障碍患者社会功能缺损评定量表的信效度分析[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2011, 20(5): 468-470. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1674-6554.2011.05.031.
Li Y, Hu SN, Gao H. Reliability and validity analysis of the social function deficit scale in patients with mental disorders [J]. Chin J Behav Med Brain Sci, 2011, 20(5): 468-470.

老年期精神障碍患者临床特征分析和多学科诊疗模式的影响因素分析

高岭楠 李燕飞 宋海宁 魏辰 杨真真 赵高峰 王中刚

272067 济宁医学院精神卫生学院(高岭楠、宋海宁); 272051 济宁, 山东省戴庄医院精神科(高岭楠、李燕飞、宋海宁、魏辰、杨真真、赵高峰、王中刚)

通信作者: 王中刚, Email: wzg969@163.com

DOI: 10.3969/j.issn.1009-6574.2025.05.009

【摘要】目的 探讨老年期精神障碍患者的临床特征以及选择多学科诊疗模式的影响因素分析。**方法** 选取2017年1月—2021年12月于山东省戴庄医院住院的6 272例老年期精神障碍患者为研究对象, 采用自编调查问卷收集患者的一般资料及疾病信息等, 采用 χ^2 检验及Mann-Whitney U 检验分析老年期精神障碍患者的临床特征及选择多学科诊疗模式的影响因素; 采用二项Logistic回归分析多学科诊疗模式的影响因素。**结果** 老年期精神障碍患者各年龄段分布情况为: 65~70岁(3 508例, 55.9%)、71~75岁(1 613例, 25.7%)、76~80岁(786例, 12.5%)、81~85岁(294例, 4.7%)、 ≥ 86 岁(71例, 1.1%); 老年期精神障碍疾病构成比分布如下: 前3位分别为抑郁障碍(2 796例, 44.58%)、脑器质性精神障碍(894例, 14.25%)、双相障碍(681例, 10.86%), 抑郁障碍是最常见的老年期精神障碍。老年期精神障碍患者躯体疾病共病率较高, 达93.8%(5 883例)。共病躯体疾病($\chi^2=484.344, P<0.05$)、年龄较大($Z=-19.188, P<0.05$)、女性($\chi^2=4.172, P<0.05$)、居住在城镇($\chi^2=11.510, P<0.05$)的老年期精神障碍患者会更倾向于选择多学科诊疗模式, 选择多学科诊疗模式的老年期精神障碍患者住院天数($Z=-13.203, P<0.05$)更短、所花费的住院费用($Z=-11.000, P<0.05$)较低, 年龄越大、共病躯体疾病、女性、居住在城镇的老年期精神障碍患者是选择多学科诊疗的影响因素($OR>1$, 均 $P<0.05$)。**结论** 抑郁障碍为最常见的老年期精神障碍; 老年期精神障碍患者躯体疾病共病率较高, 故较多的老年期精神障碍患者选择多学科诊疗模式, 年龄、性别、共病躯体疾病及居住地是老年期精神障碍患者是否选择多学科诊疗模式的影响因素。

【关键词】 老年人; 精神障碍; 临床特征; 躯体共病; 诊疗模式

基金项目: 济宁市重点研发计划项目(2021YXNS063)

- [11] 刘继文, 李富业, 连玉龙. 社会支持评定量表的信度效度研究[J]. 新疆医科大学学报, 2008(1): 1-3. DOI: 10.3969/j.issn.1009-5551.2008.01.001.
Liu JW, Li FY, Lian YL. Reliability and validity study of the social support rating scale[J]. Journal of Xinjiang Medical University, 2008, (1): 1-3.
- [12] Asher L, Hanlon C, Bihane R, et al. Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in ethiopia (RISE): a 12 month mixed methods pilot study[J]. BMC Psychiatry, 2018, 18(1): 250-253. DOI: 10.1186/s12888-018-1818-4.
- [13] Rubio JM, Kane JM. The pharmacological treatment of schizophrenia: how far have we come[J]. PCN Rep, 2022, 1(2): e13. DOI: 10.1002/pcn5.13.
- [14] Haslam C, Brown S, Atkinson S, et al. Patients' experiences of medication for anxiety and depression: effects on working life[J]. Fam Pract, 2004, 21(2): 204-212. DOI: 10.1093/fampra/cmh218.
- [15] 樊献丽, 武克文, 吴建杰, 等. 个体化康复治疗对精神分裂症患者生活质量及疗效的影响[J]. 中国基层医药, 2019, 26(10): 1185-1189. DOI: 10.3760/cma.j.issn.1008-6706.2019.10.009.
Fan XL, Wu KW, Wu JJ, et al. Impact of personal rehabilitation treatment on life quality and curative effect of schizophrenia patients[J]. Chin J Prim Med Pharm, 2019; 1185-1189.
- [16] Annette, Willian J, Yu X, et al. Psychosocial rehabilitation training in the treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training-and monomedication-controlled study[J]. Pak J Med Sci, 2013, 29(2): 597-600. DOI: 10.1235/2013/9836847.
- [17] Research International B. Retracted: the effect of social cognitive interaction training on schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of comparison with conventional treatment[J]. Biomed Res Int, 2023, 2023: 9837847. DOI: 10.1155/2023/9837847.

(收稿日期: 2024-07-12)

(本文编辑: 王影)