

析[J]. 中国卫生统计, 2017, 34(3): 443-444.

[7] 赵一莎, 周郁秋, 吕雨梅, 等. 脑卒中健康管理模式的研究进展[J]. 中国全科医学, 2016, 19(22): 2724-2728.

[8] 刘凤丽, 李焰, 焦丽艳, 等. 社区健康管理对脑卒中后疲劳的影响[J]. 中国慢性病预防与控制, 2017, 25(5): 396-398.

[9] 冯艳平, 王延新, 支会建. 基于时机理论的健康管理对首

发脑卒中患者自我管理能力及生活质量的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2018, 24(1): 120-122.

[10] 李敏, 王春霞, 夏冰, 等. 健康管理人群脑卒中风险预测模型[J]. 山东大学学报(医学版), 2017, 55(6): 93-97.

(收稿日期: 2019-01-25 修回日期: 2019-06-07)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.15.041

齐拉西酮联合积极心理学理论教育对精神分裂症的疗效研究

史文新, 韩树红, 曾俊, 甘宇涛, 付文英

重庆三峡中心医院平湖分院精神科, 重庆 404000

摘要:目的 探讨齐拉西酮联合积极心理学理论教育对精神分裂症的疗效研究。方法 纳入2015年6月至2017年6月于该院治疗的94例首发精神分裂症患者,按就诊顺序分为两组,对照组采用齐拉西酮治疗,观察组在此基础上进行积极心理学理论教育,治疗10周后评价临床疗效。治疗前后评价两组患者认知功能成套测试系统(MCCB)、精神分裂症精神症状(PANSS)量表评分,并评价综合临床疗效。结果 两组患者治疗后MCCB各项评分均显著低于治疗前,治疗后观察组患者数字序列、连线、空间广度、语言流畅、符号编码、持续操作及情绪管理评分均显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);两组患者治疗后PANSS阳性症状评分、阴性症状评分以及总分均显著降低,且治疗后观察组显著低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗总有效率为89.36%,显著高于对照组(78.72%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 齐拉西酮联合积极心理学理论教育能显著降低精神分裂症患者的相关精神症状,改善认知功能,提升临床疗效。

关键词:齐拉西酮; 积极心理学理论教育; 精神分裂症

中图分类号:R749.3

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2019)15-2236-04

精神分裂症是一组发病原因不明的严重精神疾病,多发生于青壮年,起病缓慢或呈亚急性发病,临床症状涉及思维、感知觉、行为、情感等多方面障碍。患者通常表现为意识与智力正常,但伴随着疾病进展,大部分患者出现认知功能损害的情况。精神分裂症病程迁延,容易加重或恶化,表现为反复发作,最终出现精神残疾,给患者家庭及社会带来沉重负担^[1]。抗精神病药物规范化治疗是治疗精神分裂症最重要的措施之一,其中齐拉西酮、奥氮平等抗精神病药物能够通过阻断5羟色胺-2A(5-HT_{2A})受体而抑制性释放多巴胺(DA),达到减轻精神症状、改善认知功能的目的^[2]。然而有学者研究结果显示,精神分裂症患者大多存在心理障碍,表现为自卑,甚至绝望,幸福感及生活质量偏低,严重影响抗精神病药物的疗效^[3]。目前,国内将积极心理学理论教育用于精神分裂症的心理治疗已初见成效,GARCIA-PORTILA等^[4]报道其能显著改善青年精神分裂症患者的生活质量及认知水平。本研究为进一步研究药物联合积极心理学理论教育对精神分裂症的临床疗效,进行前瞻性分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准:所有患者均符合ICD-10中精神分裂症诊断标准;年龄18~60岁;初中以上文化水平;无慢性疾病史;家属知情并签署同意书;获本

院伦理委员会批准。排除标准:脑组织外伤或脑血管疾病致精神症状;智力障碍者;有精神类药物滥用史;入组前有相关治疗史。剔除标准:未按要求用药者;中途退出者。纳入2015年6月至2017年6月于本院治疗的94例首发精神分裂症患者,按就诊顺序分为两组,每组47例,对照组采用齐拉西酮治疗,观察组在此基础上进行积极心理学理论教育。观察组男22例、女25例,年龄22~56岁、平均(35.45±5.34)岁;对照组男21例、女26例,年龄20~55岁、平均(35.87±5.45)岁。两组年龄、性别差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 方法 对照组患者均给予齐拉西酮口服治疗,盐酸齐拉西酮胶囊(进口药品注册证号H20110461,规格40 mg/粒)初始剂量每次20 mg,每日2次,早晚餐时口服;视病情情况逐渐加量至每次60~80 mg,每日2次。为保证最低有效药物剂量,每次调整剂量前观察患者反应,每次调整前剂量一般使用超过2 d,连续服用10周。观察组在对照组的基础上联合进行积极心理学理论教育,共包括5个步骤,每个步骤2周。(1)了解自我:通过角色扮演与演讲的形式,进行团队认识的相关知识教育,疏导自我心理障碍,全面认识自己,形成积极的自我观念。(2)感恩的心:开展感恩相关学习讲座,阅读感恩类相关文章,学唱歌曲《感恩的心》,引发感恩情怀,懂得感谢,体会感恩。(3)感悟

生命;通过开展学习讲座进行团队心理干预,阅读并写作人生责任、生命价值的相关文章,使患者珍惜生命,认识自我价值。(4)重温亲情:开展讨论活动,给亲人打电话,回书信,观看家庭伦理短剧,引导与亲人互动。(5)重建希望:写作“心愿瓶”“理想中的家庭”等关于爱与希望的文章,观看励志、人生视频,树立生活的希望与信心。每项步骤每周开展两次,要求组织好现场秩序,合理调动患者情绪。

1.3 观察指标 认知功能成套测试系统(MCCB)^[5]:包括连线、语言流畅、空间广度、数字序列、视觉记忆、持续操作、迷宫、情绪管理、符号编码、语言记忆共 10 个维度,得分越低表示认知功能越良好。精神分裂症精神症状(PANSS)量表^[6]:阳性症状包括妄想、幻觉行为、概念紊乱等 7 个维度,阴性症状包括情感退缩、情感迟钝、交流障碍等 7 个维度,每个维度由轻至重评价 1~7 分。临床疗效^[7]:PANSS 总分降幅>80%或 MCCB 评分>50%为基本痊愈,50%<PANSS 总

降幅≤80%或 40%<MCCB 评分≤50%为显著进步,20%<PANSS 总分降幅≤50%或 30%<MCCB 评分≤40%为进步,PANSS 总分降幅≤20%或 MCCB 评分≤30%为无效,以基本痊愈、显著进步、进步评价为治疗有效。

1.4 统计学处理 采用 SPSS21.00 统计软件,计数资料以百分率表示,采用 χ^2 检验进行比较;等级资料采用秩和检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验进行比较;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 两组 MCCB 评分比较 两组治疗后 MCCB 各项评分均显著低于治疗前,观察组治疗后各项评分均显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

2.2 两组 PANSS 量表比较 两组治疗后 PANSS 阳性症状、阴性症状评分以及总分均显著降低,且观察组治疗后显著低于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

表 1 两组患者 MCCB 评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 项目 | 观察组(n=47) | | 对照组(n=47) | |
|------|--------------|----------------------------|--------------|----------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| 语言记忆 | 19.03±3.23 | 11.32±2.33 [#] | 18.98±3.72 | 11.53±3.03 [#] |
| 视觉记忆 | 15.34±3.06 | 8.78±1.34 [#] | 15.33±3.21 | 9.01±2.00 [#] |
| 迷宫 | 1.87±0.22 | 1.02±0.16 [#] | 1.85±0.19 | 1.04±0.12 [#] |
| 情绪管理 | 8.43±1.08 | 3.67±0.78 ^{*#} | 8.47±1.12 | 4.51±0.87 [#] |
| 空间广度 | 13.32±3.12 | 6.34±1.12 ^{*#} | 13.45±2.89 | 7.14±1.05 [#] |
| 持续操作 | 174.34±14.54 | 105.45±12.34 ^{*#} | 175.54±13.34 | 119.56±10.342 [#] |
| 数字序列 | 16.43±3.11 | 6.64±1.34 ^{*#} | 16.37±3.43 | 8.04±1.34 [#] |
| 符号编码 | 31.56±4.34 | 20.45±3.04 ^{*#} | 31.56±4.03 | 26.34±3.34 [#] |
| 连线 | 0.34±0.07 | 0.16±0.06 ^{*#} | 0.35±0.08 | 0.20±0.06 [#] |
| 语言流畅 | 17.35±2.45 | 10.44±2.21 ^{*#} | 17.56±2.45 | 13.08±2.54 [#] |

注:与组内治疗前比较,[#] $P < 0.05$;与对照组同期比较,^{*} $P < 0.05$

表 2 两组患者 PANSS 量表比较($\bar{x} \pm s$,分)

| 项目 | 观察组(n=47) | | 对照组(n=47) | |
|------------|------------|--------------------------|------------|-------------------------|
| | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前 | 治疗后 |
| PANSS 阳性症状 | 24.45±3.34 | 10.34±2.18 ^{*#} | 24.38±3.34 | 13.34±3.03 [#] |
| PANSS 阴性症状 | 26.17±3.04 | 9.78±1.89 ^{*#} | 25.98±3.22 | 10.54±2.00 [#] |
| PANSS 总分 | 50.62±6.56 | 20.12±4.22 [#] | 50.38±6.19 | 23.88±3.12 [#] |

注:与对照组同期比较,^{*} $P < 0.05$;与组内治疗前比较,[#] $P < 0.05$

表 3 两组患者疗效比较[n(%)]

| 项目 | n | 基本痊愈 | 显著进步 | 进步 | 无效 | 总有效率 |
|----------|----|-----------|-----------|----------|-----------|-----------|
| 观察组 | 47 | 22(46.81) | 12(25.53) | 8(19.05) | 5(10.64) | 42(89.36) |
| 对照组 | 47 | 19(40.43) | 10(21.28) | 8(19.05) | 10(21.28) | 37(78.72) |
| χ^2 | | | -0.243 | | | 4.220 |
| P | | | 0.043 | | | 0.040 |

2.3 两组疗效比较 观察组治疗总有效率为 89.36%，显著高于对照组的 78.72%，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 3。

3 讨 论

精神分裂症属于一组以认知功能、思维及情感障碍为主的临床综合征，尽管发病原因尚未明确，但多数学者认为影响其发病因素众多，主要由外部社会环境与心理易感素质组成。临床上精神分裂症以抗精神病药物治疗为主，近年来配合社会心理治疗得到了一定的发展，并获得医师及患者的一致好评^[8]。精神分裂症最终治疗目的是精神与心理康复，而良好的精神或心理状态是影响其预后或复发的重要内在因素。心态积极是预测主观幸福感最可靠的因素之一，ÓREILLY 等^[9]报道积极的情感体验对提升心理健康，增强幸福感具有重要的意义。积极心理学是引导人类自我幸福的实现，促进人与社会和谐、健康发展的心理学科，其目的在于使个体获得持续的积极、主观体验，发展积极品质，培养良好的生理适应能力^[10]。

本研究对两组患者均给予高效抗精神病药物齐拉西酮治疗。有研究显示齐拉西酮能结合 $\alpha 1$ 肾上腺素受体，并且能保持与 H1 组胺受体微弱亲和作用，进入机体后不结合毒蕈碱受体(M1)^[11]。上文提到，齐拉西酮不仅作用于中枢边缘系统，对前额叶的作用主要产生对 5-HT_{2A} 受体的阻断作用，调节前额叶 NE、DA 释放量，达到改善认知功能与阴性症状的目的^[12]。本研究对照组治疗后 MCCB 情绪管理、数字序列等认知功能及 PANSS 阳性、阴性症状评分均显著改善($P < 0.05$)，与朱虹等^[13]对 60 例精神分裂症患者使用齐拉西酮治疗结果相一致。同时对观察组患者给予积极心理学理论教育后其认知功能与精神症状改善均优于仅给予药物治疗的对照组($P < 0.05$)，表明积极心理学理论教育对精神分裂症的药物治疗具有辅助作用。

积极心理学理论认为，即使是最严重的心理或精神疾病患者，其临床治疗不仅仅在于纠正缺陷，更需要减轻烦恼与痛苦，他们对愉悦、幸福与快乐的需求量较常人更大，因此在各类精神疾病的治疗中心理学、社会学的介入具有十分重要的意义^[14]。KUMAR 等^[15]认为提升抑郁症、精神分裂症等精神疾病患者积极的情感体验，满足深层次的心理需求，对改善其疾病预后具有积极意义。本研究施行的积极心理学理论教育着眼于情绪调节、情感控制，培养患者积极的人生观念以及良好的自我感觉，确保经治疗后其拥有良好的交友能力、积极的自我感觉以及应对技能。FRANCK 等^[16]认为幸福感是积极心理学的主题之一，较多的证据表明积极的心理治疗打破了药物治疗仅关注生理上减轻痛苦的局限，具有提升幸福感以及抗病痛的有益作用，成为治疗与预防心理疾病有效的补充方法。本研究观察组患者治疗总有效率为

89.36%，显著高于对照组的 78.72% ($P < 0.05$)。

本研究优势之处在于通过团队教育，开展涉及感恩之心、理性认知、生存规划、温暖情怀等主题讲座及活动，通过医生的辅助及团体患者互动以获得更多的积极体验以及情感支持，逐渐重建理性认知并发展适应行为，对自身与外界产生更理性的认识。本研究不足之处在于未进行更长期的随访，关于积极心理学理论教育对精神分裂症复发的影响未做观察，待后期准备充分再做深入研究。综上所述，在常规药物治疗的基础上联合积极心理学理论教育能显著降低精神分裂症患者的相关精神症状，改善认知功能，提升临床治疗效果。

参考文献

- [1] 陈琼妮,刘莉,张丹,等. 社会支持对精神分裂症患者生活质量和康复的影响[J]. 中国临床心理学杂志, 2016, 24(1):185-187.
- [2] 苏中华,张明,张怀晨,等. 伴激越精神分裂症患者的住院干预措施和治疗结局[J]. 中国心理卫生杂志, 2016, 30(7):506-512.
- [3] SEOW L S E, ONG C, MAHESH M V, et al. A systematic review on comorbid post-traumatic stress disorder in schizophrenia[J]. Schizophr Res, 2016, 176(2/3): 441-451.
- [4] GARCIA-PORTILA M P, GARCIA-ALVAREZ L, SARRAMEA F, et al. It is feasible and effective to help patients with severe mental disorders to quit smoking: An ecological pragmatic clinical trial with transdermal nicotine patches and varenicline[J]. Schizophr Res, 2016, 176(2/3):272-280.
- [5] KUMAR S, MULSANT B H, TSOUTSOULAS C, et al. An optimal combination of MCCB and CANTAB to assess functional capacity in older individuals with schizophrenia[J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2016, 31(10):1116-1123.
- [6] CORRELL C, GOLDMAN R, CUCCHIARO J, et al. Lurasidone for the treatment of adolescent patients with schizophrenia; effect on PANSS subscales[J]. Schizophr Bull, 2017, 43(suppl 1):S154-S154.
- [7] ASWIN S, BIALAS A R, HEATHER D R, et al. Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4[J]. Nature, 2016, 530(7589):177-183.
- [8] 岳君思,朱道民,吴伟明,等. 精神分裂症患者元认知能力在心理理论与社会功能间的中介作用[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2016, 25(10):900-904.
- [9] ÓREILLY K, O'CONNELL P, DONOHOE G, et al. Anticholinergic burden in schizophrenia and ability to benefit from psychosocial treatment programmes: a 3-year prospective cohort study[J]. Psychol Med, 2016, 46(15): 3199-3211.
- [10] DEGNAN A, BAKER S, EDGE D, et al. The nature and efficacy of culturally-adapted psychosocial interventions

for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis [J]. Psychol Med, 2018, 48(5): 714-727.

[11] 朱文静, 陈致宇, 梁燕. 两类抗精神病药物对精神分裂症患者的疗效及社会功能的影响[J]. 实用医学杂志, 2016, 32(22): 3772-3775.

[12] 赵晶媛, 黄光彪, 顾小静, 等. 4 种第二代抗精神病物治疗精神分裂症急性期的临床观察[J]. 中国药房, 2016, 27(20): 2790-2794.

[13] 朱虹, 职利花, 贾竑晓. 齐拉西酮治疗对精神分裂症患者认知功能和生活质量的治疗效果研究[J]. 首都医科大学学报, 2018, 39(2): 199-203.

[14] 范瑜, 鲜玉霞, 李娜, 等. 积极心理学理论指导下的护理干

预用于精神分裂症患者的价值[J]. 海南医学, 2016, 27(2): 342-344.

[15] KUMAR C N, THIRTALLI J, SURESHA K K, et al. Antipsychotic treatment, psychoeducation & regular follow up as a public health strategy for schizophrenia: Results from a prospective study[J]. Indian J Med Res, 2017, 146(1): 34-41.

[16] FRANCK N. How to involve patients with schizophrenia in their treatment using psychoeducation[J]. Presse Med, 2016, 45(9): 742-748.

(收稿日期: 2018-11-13 修回日期: 2019-04-02)

• 临床探讨 • DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2019.15.042

影响全髋关节置换术患者并发髋关节脱位的因素分析

乔小路, 戴强强[△]

陕西省延安市富平县第二人民医院骨科, 陕西延安 711700

摘要:目的 分析影响全髋关节置换术(THA)患者并发髋关节脱位的危险因素。方法 回顾性分析该院行 THA 且术后并发髋关节脱位的 38 例患者(脱位组)和同时间段内接受 THA 但未并发髋关节脱位的 216 例患者(非脱位组)临床资料。通过 Logistic 回归分析影响术后并发髋关节脱位的独立危险因素。结果 单因素分析结果显示, 年龄、体质量指数、患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、应用抗生素、术后体位控制不严格、不恰当搬运均是影响 THA 术后并发髋关节脱位的单因素 ($P < 0.05$); 多因素 Logistic 回归分析方程中发现, 患有精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严格、不恰当搬运是影响 THA 术后并发髋关节脱位的独立危险因素 ($P < 0.05$)。结论 THA 术后并发髋关节脱位可能与精神疾病、有髋关节手术史、后外侧入路、非安全区安放假体、假体直径 < 30 mm、术后体位控制不严、术后不恰当搬运等因素相关, 医护人员可以此为参考, 采取主动、有针对性的预防措施。

关键词:全髋关节置换术; 髋关节脱位; Logistic 回归分析; 危险因素

中图分类号: R684.7

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2019)15-2239-03

全髋关节置换术(THA)利用人工假体替换病变的关节, 可矫正关节畸形, 恢复或改善关节功能, 目前已成为较成熟的治疗手段^[1]。然而, THA 术后患者髋关节功能恢复的重要前提是术后不发生髋关节脱位。THA 术后髋关节脱位后需要及时复位, 且需限制活动, 因而严重影响患者的康复进程^[2], 而反复脱位后需要行再翻修手术, 甚至导致患者的关节功能可能难以恢复至正常水平^[3]。因此, 探讨 THA 术后并发髋关节脱位的相关危险因素, 并实施有效的预防措施, 对患者手术预后具有重要意义。对此, 本研究对本院 254 例行 THA 手术患者的病例资料进行回顾性分析, 通过 Logistic 回归分析术后并发脱位的独立危险因素, 为医生手术决策或围术期护理提供依据, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 回顾性分析 2016 年 8 月至 2018 年 8 月于本院行 THA 且术后并发髋关节脱位的 38 例

患者(脱位组)和同时间段内接受 THA 但未并发髋关节脱位的 216 例患者(非脱位组)的临床资料。髋关节脱位诊断标准^[4]: 患者术后自觉髋部疼痛, 髋关节出现内收、弯曲、内旋, 患肢短缩, 股骨大粗隆向上移位, 臀部可触及脱位的股骨头。以上症状结合 CT、X 线检查确诊。纳入标准: (1) 在本院接受 THA 手术者; (2) 病历资料完整者。排除标准: (1) 不遵医嘱者; (2) 未定期复诊等非手术因素导致髋关节脱位者。

1.2 方法 收集患者病历资料, 记录两组患者一般资料, 包括性别、年龄、体质量指数; 全身疾病及手术史, 包括慢性疾病史、原发疾病、精神疾病史、髋关节手术史; 治疗与护理相关情况, 包括入路选择、安放假体位置、假体直径、手术时长、住院天数、是否应用抗生素、术后体位控制情况、搬运情况; 其他资料, 如是否长期应用激素。

1.3 统计学处理 数据分析采用 SPSS19.0 软件。计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检

[△] 通信作者, E-mail: 2630564054@qq.com.