

# 对易肇事肇祸严重精神障碍患者实施村医全程督导服药管理的效果

李培英 齐秀芳 王建军 范晓倩 杨丽娜

**【摘要】** 目的 探讨易肇事肇祸严重精神障碍患者在村医全程督导服药管理下的效果。方法 在石家庄市随机选取2个县(区)作为试点,对登记在册的严重精神障碍患者进行筛查,采用社会功能缺陷量表(SDSS)、患者危险性评估表(参照《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012年版)》危险性评估)分别在入组时以及干预后3,6,9,12个月时,对患者的社会功能和危险性进行评定,并比较两组患者的再入院率。结果 干预9个月后干预组的SDSS评分明显优于对照组,干预6个月后干预组的危险性等级明显低于对照组,两组差异均有统计学意义( $P < 0.01$ );干预期间,干预组中12例次(12.12%)再次住院接受治疗,对照组有65例次(66.33%),两组差异有统计学意义( $\chi^2=60.777, P < 0.01$ )。结论 对易肇事肇祸严重精神障碍患者进行全程督导服药管理能够改善患者的社会功能,降低患者的危险性分级,减少对家庭社会的影响,降低患者的再住院率。

**【关键词】** 肇事肇祸; 严重精神障碍; 服药管理; 效果

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.03.014

**Effect of village doctor's medicine supervision management for easy-troublemaking patients with severe mental disorders** Li Pei-ying, Qi Xiu-fang, WANG Jian-jun, et al. The Eighth Hospital of Shijiazhuang, Shijiazhuang 050051, China

**【Key words】** Trouble-making; Severe mental disorders; Medicine management; Effect

中国疾病预防控制中心公布的数据显示,我国各类精神障碍患者达1亿以上,严重精神障碍超过1 600万,每13个人中就有1例是严重精神障碍。严重精神障碍患者由于自知力原因很难做到长期服药,加之家属精神卫生知识匮乏,监护能力弱以及经济条件差等因素导致患者服药依从性差,病情反复加重,甚至出现肇事肇祸行为。本研究拟对易肇事肇祸严重精神障碍患者实施村医全程督导服药管理,解决患者无钱购药、无人监管服药的问题,探索对易肇事肇祸患者的管理方法,为有效预防控制严重精神障碍患者肇事肇祸提供依据。

## 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 在石家庄市22个县(市、区)中随机抽取2个县(区)作为试点,对试点辖区内所有在管严重精神障碍患者,经两名精神科执业医师同时对患者危险性等级进行评定,将具有肇事肇祸倾向

的患者全部纳入研究对象,按是否同意由村医督导服药分为干预组和对照组。研究时间为2014年6月~2015年6月。

## 1.2 方法

**1.2.1 干预方法** 对干预组患者实施由村医全程督导服药管理,督导服药模式有两种,即村医到患者家中督导服药,或者将患者集中到村卫生室服药。模式由村医与患者或监护人自行选择,每次服药后,村医应如实对服药情况进行记录。药物由项目单位提供。每月由精神科医师对患者进行复查和服药指导,对患者的精神症状、社会功能和对家庭社会的影响等因素进行评定。每季度对患者进行一次健康体检,体检内容包括:一般体格检查、血压、体质量、血常规(含白细胞分类)、转氨酶、血糖和心电图。对照组除不进行督导服药管理外,其余同干预组。

**1.2.2 评定方法** 采用社会功能缺陷量表(SDSS)<sup>[1]</sup>和患者危险性评估表分别于干预前和干预后3,6,9,12个月时对患者的社会功能和危险性分级进行评估。SDSS共10个项目,每项评分为0~2分,0分为无异常或仅有不引起抱怨或问题的极轻微缺陷,1分为

基金项目:河北省医学科学研究课题计划项目(20130618)

作者单位:050051 石家庄市第八医院

通讯作者:齐秀芳 Email: qixiufang2004@163.com

确有功能缺陷, 2分为严重功能缺陷。患者危险性评估由基层精防医生依照《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012年版)》规定, 分为0~5级, 结合患者精神症状、自知力、社会功能等, 将患者分为病情稳定、病情基本稳定和不稳定, 其中基本稳定患者如果服药依从性差, 很可能加重病情, 导致危险性行为升高, 因此本课题将1~2级且服药依从性差以及3~5级患者全部纳入研究。对所用量表进行两次预实验, 经专业人员鉴定, 其准确度和精度较高, 符合量表信效度基本要求。为保证数据的真实性和准确性, 对实施项目的村医进行培训, 统一要求和标准。自制肇事肇祸严重精神障碍患者信息统计表, 由专人对所收集到的数据进行审核, 剔除无效量表, 经汇总后将信息及各量表评分录入Excel数据系统。

1.3 统计学方法 采用SPSS 19.0软件进行数据分析, 计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 两组间不同时间点评分比较采用重复测量方差分析, 计数资料行 $\chi^2$ 检验,  $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 基本情况 见表1。本次共入组200例, 期间死亡3例, 有效研究对象197例, 男113例, 女84例, 年龄19~57岁, 平均(34.43±10.26)岁, 病程1~32年。表1结果显示, 两组患者的婚姻状况和家族史差异有统计学意义, 性别和文化程度差异无统计学意义。

表1 两组患者的一般人口学资料比较(例)

项目	干预组(n=99)	对照组(n=98)	$\chi^2$ 值	P值
性别				
男	55	58	0.137	0.712
女	44	40		
婚姻状况				
已婚	56	40	7.998	0.046
未婚	37	45		
离异	5	13		
丧偶	1	0		
文化程度				
小学及以下	21	29	2.412	0.491
初中	47	43		
高中	23	17		
大专及以上	8	9		
家族史				
阳性	23	9	7.144	0.008
阴性	76	89		

2.2 SDSS评分比较 见表2。结果显示, 入组时直至干预后6个月, 干预组和对照组的SDSS得分之间差异无统计学意义, 在干预9个月及12个月时比较, 干预组SDSS评分明显低于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

2.3 患者危险性评估结果 见表3。结果显示, 干预前, 两组患者的危险性评估差异无统计学意义, 经过6个月的干预, 干预组比对照组的危险性等级减轻更明显, 两组差异有统计学意义, 干预12个月后效果更明显。

2.4 患者再住院情况 经过为期12个月的干预, 干预组中12例次(12.12%)再次住院接受治疗, 对照组有65例次(66.33%)接受住院治疗, 两组差异有统计学意义( $\chi^2=60.777, P < 0.01$ )。

## 3 讨论

严重精神障碍以精神分裂症为代表<sup>[1]</sup>, 主要包括精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相情感障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞伴发精神障碍6种疾病<sup>[2]</sup>。严重精神障碍患者发病使患者自知力受损或丧失, 常常出现伤人伤己甚至肇事肇祸等情况<sup>[3]</sup>, 给患者本人及其家属以及社会带来了不安定因素, 严重威胁着民众的生命、财产安全, 不利于社会的和谐稳定<sup>[4-7]</sup>。近年来, 国家越来越重视精神卫生工作<sup>[8]</sup>, 不断加强对严重精神障碍患者的管理和治疗。

本研究干预组婚姻状况明显优于对照组, 显示已婚及年轻患者家庭支撑更有利, 家属对患者的照料更加有信心。同样提供免费药品, 干预组家属更愿意相信村医督导服药有利于患者病情的恢复。而对照组家属多为弱监护家庭, 家属无意识患者需长期服药, 对待患者服药问题多无主见。因此, 家庭和婚姻状况也可能对患者社会功能缺陷及其肇事肇祸风险产生影响<sup>[9]</sup>, 研究结果与朱建南等<sup>[10]</sup>关于肇事肇祸精神患者的研究结果一致; 已婚状态更有利于患者得到及时照顾, 促进社会功能康复, 减轻其危险性等级。

两组患者社会功能的差异产生时间较晚, 项目实施9个月后, 干预组患者的社会功能好于对照组。患者的社会功能改善需要在病情稳定的前提下, 通过一定的手段逐渐恢复, 且恢复时间较长, 9个月后才刚刚显现。因此, 若要保持患者社会功能持续改善, 患者的连续规范服药治疗是必不可少的因素之一。

患者的危险性等级经过6个月的干预后开始降低, 村医督导服药管理的患者危险性等级低于对照组。患者危险性等级的降低早于社会功能的恢复, 危险性等级更能够直观反映患者疾病状态。本研究结果显示, 观察12个月后, 两组的危险性等级均较干预前有所减轻, 对照组的危险性等级较干预之前亦有明显减轻, 考虑产生这一结果的原因可能与对照组患者的再入院率高有关, 再入院率高达66.33%,

表2 两组患者不同干预时期SDSS评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	入组时	3个月	6个月	9个月	12个月	F值	P值
干预组	99	11.85 ± 4.18	11.38 ± 3.67	10.90 ± 3.48	9.48 ± 3.64	9.65 ± 3.18	52.102	< 0.001
对照组	98	12.78 ± 4.12	11.89 ± 3.62	11.65 ± 4.14	12.81 ± 4.41	12.91 ± 4.24		
t值		-1.559	-0.969	-1.385	-5.768	-6.117		
P值		0.119	0.334	0.205	<0.001	<0.001		

表3 两组患者不同干预时期危险性等级比较(例)

组别	例数	入组时			6个月			12个月		
		0级	1~2级	3~5级	0级	1~2级	3~5级	0级	1~2级	3~5级
干预组	99	0	72	27	24	68	7	30	69	0
对照组	98	0	68	30	10	54	14	11	61	26
χ <sup>2</sup> 值			0.267			16.103			25.293	
P值			0.360			<0.001			<0.001	

患者的再入院率使其精神症状得以有效控制,减轻了其危险等级,使其肇事肇祸风险得以控制,但患者的社会功能并未见明显改善,可见患者再入院率是影响其危险等级及肇事肇祸行为的一个重要的影响因素,但住院治疗不能明显改善患者的社会功能。与此同时,高再住院率也给家庭和社会带来了沉重的负担。

本研究结果发现对易肇事肇祸严重精神障碍患者实施村医全程督导服药管理能够改善患者的社会功能,降低患者的危险性分级,减少对家庭社会的影响,降低患者的再住院率,不仅能减轻患者及其家属的经济负担,也能促进社会的和谐与安定。本研究结果充分证明了村医对严重精神障碍患者进行全程督导服药管理好于患者自主服药。鉴于严重精神障碍易肇事肇祸风险,应加强对此类患者的管理。尤其是对于家庭监护能力弱或无监护能力的家庭,实施村医督导服药不失为一种好的管理模式。村医对患者及其家庭状况较为了解,由其对患者服药给予指导与监督,能够充分发挥基层精防医生专业技术优势,又能帮助患者家属承担部分监管职能,便于及早发现患者的异常,提高患者管理的依从性,进而提高服药率,减少肇事肇祸率。

在今后严重精神障碍的管理与治疗工作中,我们应进一步提高社区综合干预效果,同蔡梅英等<sup>[11]</sup>关于重性精神并肇事肇祸患者的社区干预模式研究一致;并更加重视转岗医师培训,对基层机构进行业务培训,提高其业务知识与临床应对能力,尤其是在我国精神卫生资源捉襟见肘之时,充分发挥基层精防医生对严重精神障碍患者的全程督导与管理。但村医监管的另一个问题是村医的督导服药,必将占用村医的时间和精力,尤其对于自知力较差、服药依从性低的患者,需村医投入更多的精力,甚至需冒着

被患者伤害的风险。因此,此项目的推广需重视村医的酬劳问题,对参与项目的村医给予适当的经费补助,有助于提高村医的积极性,保证项目实施效果。另外,对社会公众尤其是患者家属进行精神卫生知识宣教,提高社会对精神卫生知识的知晓率,营造良好的社会氛围,消除社会歧视<sup>[12]</sup>,对帮助缓解患者社会功能缺陷、减轻其危险性及其肇事肇祸风险,促进社会和谐稳定有着积极推动作用。

参 考 文 献

- [1] 黄永梅,梁润娣,柯咏坚,等.社会工作介入重性精神病个案管理的效果研究[J].中国全科医学,2016,19(16):1876-1878.
- [2] 重性精神疾病管理治疗工作规范(2012年版)[Z].卫疾控发[2012]20号.
- [3] 谢焱,杨丽,刘敏东,等.对社区肇事肇祸精神病人综合干预监管的效果分析[J].内科,2010,5(3):235-237.
- [4] 云山城.易肇事肇祸精神病人救治管控研究[J].中国人民公安大学学报(社会科学版),2011,27(5):93-97.
- [5] 魏勋华.对肇事肇祸精神病人管控的调查与思考——以南京市为例[J].江苏警官学院学报,2014,29(2):69-73.
- [6] 傅坚,葛利利.沭阳县172例肇事肇祸精神病患者救治管控效果分析[J].慢性病学杂志,2015,16(3):339-341.
- [7] 龚诚华,蔡梅英,胡号应,等.越秀区重性精神病人肇事肇祸危险性评估[J].中国公共卫生管理,2011,27(6):599-601.
- [8] 徐广明.“没有精神健康就没有健康”:精神卫生服务的挑战[J].神经疾病与精神卫生,2015,15(3):305-308.
- [9] 罗丽新,黄世伟,张海香,等.肇事肇祸精神病人特征分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2016,37(13):1655-1657.
- [10] 朱建南,李坚,耿德勤.180例易肇事肇祸男性精神病患者调查分析[J].中国卫生标准管理,2016,6(32):12-13.
- [11] 蔡梅英,龚诚华,胡号应,等.广州市越秀区重性精神病肇事肇祸倾向者社区干预模式研究[J].预防医学论坛,2013,19(4):249-254.
- [12] 邱吉玲,廖彩虹,朱琳,等.肇事肇祸精神病患者人格特征与应对方式的相关性研究[J].精神卫生,2014,29(13):62-65.

(收稿日期:2016-12-16)