

# 精神分裂症全病程认知行为疗法对复发的影响

付晓阳<sup>1</sup> 罗志明<sup>2</sup>

(1 江西省高安市立医院 高安 330800; 2 江西省高安市中医院 高安 330800)

关键词: 精神分裂症; 全病程认知行为疗法; 复发

中图分类号: R 749.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0051-03

精神分裂症是最常见的一种精神障碍, 约占精神病人住院总数的 50%, 慢性精神病的 60%。随着抗精神病药物的开发, 疗效逐年提高, 但在急性症

状控制后的第一年, 如服用抗精神病药物, 复发率 20%~25%, 安慰剂组为 55%<sup>[1]</sup>。目前在急性期控制症状后, 主要采用维持用药来预防复发。但存在几个瘤、水母细胞瘤、恶性淋巴瘤细胞瘤、腹膜后肿瘤等等。不难看出在社会经济突飞猛进的同时, 也带来了环境的污染, 生活环境中的空气、水、室内装修等污染, 电脑等诸多家用电器带来的电子尘埃和电子微粒污染, 影响儿童的中枢神经和免疫功能, 均与肿瘤发生有关。我国有关专家呼吁: 要给孩子吃粗茶淡饭和新鲜蔬菜等天然绿色食品, 尤其不要轻易服高档的益智剂、滋补品和抗生素等化学合成制剂, 多用中草药, 加强心理素质教育, 增强自身免疫和抗病能力, 避免肿瘤的发生。

表 1 致残疾病分类及顺位情况 例 (%)

顺位	致残疾病	病例
1	智力低下	25(30.12)
2	脑瘫	9(10.84)
3	肿瘤类	8(9.64)
4	先天性心脏病	7(8.43)
5	先天性耳聋	5(6.02)
6	再生障碍性贫血	4(4.82)
7	白血病	3(3.61)
8	自闭症	3(3.61)
9	进行性肌营养不良	2(2.41)
10	难治性癫痫	2(2.41)
11	先天性白内障	1(1.20)
12	先天愚型	1(1.20)
13	其它类	13(15.66)
合计		83(100)

2.2 先天性疾病的病种比例 83 例病残儿中, 患先天性疾病的 22 例, 占总数的 26.51%, 以先天性心脏病为多, 其次是先天性耳聋。见表 2。

表 2 先天性疾病的病种及比例

先天性疾病的病种	病例
先天性心脏病	7(31.82)
先天性耳聋	5(22.73)
进行性肌营养不良	2(9.09)
先天性白内障	1(4.54)
先天性失明	1(4.54)
先天性右肾缺如	1(4.54)
先天性巨结肠	1(4.54)
先天愚型	1(4.54)
右侧肢体残疾	1(4.54)
右高肩胛症	1(4.54)
低血磷性抗 Vit AD 佝偻病	1(4.54)
合计	22(100)

### 3 讨论

各种致残疾病分类显示, 居首位的是智力低下, 其次是脑瘫、肿瘤类、先天性心脏病, 上述 4 种疾病是构成病残的主要原因。结果提示我们对病残儿的干预措施应从这几种疾病入手。

智力低下、脑瘫病例中绝大部分病例均有胎窘及重度窒息抢救史。产妇产前是是整个妊娠的最后阶段, 是最关键的时期, 然而因多种不当处理延误了产程及不适当产式引起的机械性损伤均可引起重度窒息, 甚至颅内出血, 产程延长导致胎儿宫内缺氧, 对胎儿智力发育产生极大的威胁, 而机械性损伤又使胎儿在缺氧的基础上发生损伤性脑室出血, 其大脑皮质的白质边缘发生梗死或出血, 这些病变常可导致大脑瘫痪、智力低下、癫痫和运动功能障碍<sup>[1]</sup>。因此提高产科质量, 加强产程观察, 减少胎儿宫内窘迫及新生儿窒息的发生, 是减少病残儿发生的主要措施。

致残疾病占据第三位的是肿瘤类, 如肾母细胞

先天性心脏病 7 例, 占病残儿总数的 8.43%。引起先心的有关因素很多, 可分为内因和外因。近年研究已证明: 内在因素主要与遗传有关, 可为染色体异常或多基因突变引起; 外在因素中较重要的为宫内感染, 特别是母孕早期病毒感染, 如风疹、流感、流行性腮腺炎和柯萨奇病毒感染等。故目前认为, 先天性心脏病的发生可能是胎儿周围环境因素与遗传因素相互作用的结果<sup>[2]</sup>。因此, 加强孕妇的保健特别是妊娠期适量补充叶酸, 积极预防风疹、流感等病毒性疾病, 孕中期做彩超和三维 B 超检查, 可以有效地降低先天性心脏病的发病率。

本资料统计显示先天性疾病 22 例, 占残疾儿总数的 22.51%, 其中先天性心脏病、先天性耳聋所占比例较高。遗传因素和环境因素相互作用是出生缺陷的主要原因, 因此应开展婚前咨询, 发现有遗传性疾病或其他影响后代健康的疾病不宜结婚或暂不宜结婚。孕前、孕早期病毒感染是引起多种疾病的主要原因, 特别是风疹、弓形体、疱疹病毒感染是引起胎儿致畸的重要因素, 因此要做好 TORCH 检测工作。另外要采取一切措施, 加强环境的保护, 让人生活在有利身体健康的环境中, 这样才能降低先天性疾病的发生。

#### 参考文献

[1] 许建娟. 智力低下儿 115 例产科因素分析[J]. 中国优生与遗传杂志, 1996, 4(2): 59  
 [2] 杨锡强, 易著文. 儿科学[M]. 第 6 版. 北京: 人民卫生出版社, 2004. 325

(收稿日期: 2009-01-16)

问题: (1) 有些患者对自己的病认识不足, 加上社会的偏见, 甚至根本排斥自己患的是精神分裂症, 出院后很难坚持规律、长期服药; (2) 药物的副作用, 如肥胖、镇静等, 降低患者的服药积极性; (3) 家庭的情感、气氛等方面, 如过分的批评、敌视态度可能导致压力增加和精神分裂症复发, 同时认为, 许多症状是患者试图理解和处理他们感知和注意方面的基本问题<sup>[2]</sup>。心理干预可以帮助他们提高社交技巧和活跃水平, 降低社会隔绝程度, 也可以帮助患者及其家人学会减少生活中的压力和冲突, 进而降低复发的危险<sup>[2]</sup>。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 我们于 2005 年元月开始, 将我科收入的确诊精神分裂症患者编号, 共有 91 例编入, 尾数单数为治疗组, 双数为对照组。治疗组 46 例, 男 24 例, 女 22 例; 15~30 岁 19 例, 31~45 岁 17 例, 45 岁以上 10 例; 病程 0~5 年 21 例, 6~10 年 16 例, 10 年以上 9 例。对照组 45 例, 男 22 例, 女 23 例; 15~30 岁 19 例, 31~45 岁 18 例, 45 岁以上 8 例; 病程 0~5 年 20 例, 6~10 年 17 例, 10 年以上 8 例。两组病人一般资料无显著差异。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 治疗组 (1) 药物治疗: 常规抗精神病药物治疗。(2) 认知行为治疗: 住院前半程, 每 3 天进行 1 次, 每次 0.5~1h。目的是增进患者的信任, 建立治疗同盟, 让患者配合治疗。主要方法是在讨论患者的症状时, 质疑其真实性。患者在入院时往往不承认自己有问题, 这时可以质疑其家属送患者入院是否有问题, 用这种提问方式可大大缩短其自知力在治疗中的自然恢复过程, 且恢复程度也更彻底。住院后半程, 每 4~5 天进行 1 次, 每次 0.5~1h, 目标是加快自知力的恢复, 加深对自己所患疾病的认识, 为出院后的继续治疗和适应社会做准备。主要方法是讨论其症状的真实性, 与正常人做比较, 让患者逐渐接受自己患精神病的事实, 尽量消除其患病耻感, 反复强调维持治疗的重要性, 提高其服药依从性; 由护士带领做一些团体训练和娱乐活动, 以增进患者的社会交往信心和生活劳动技能。出院后维持治疗期, 主要通过门诊定期复查和电话回访形式。此期要解决的主要问题有: 患者的自卑、患病耻感、社会退缩及对家人的责备和敌视、因药物副作用而停药或认为病情稳定而停药、家人认为的患者捣乱、过分的批评与指责。

1.2.2 对照组 (1) 药物治疗: 常规的抗精神病药物治疗。(2) 常规医嘱及一般注意事项。

1.3 结果 治疗组平均住院天数为 32d, 对照组为 30d, 两组比较无显著性差异。治疗组住院期间进行认知行为治疗 7~12 次, 平均 9.3 次, 出院后进行认知行为治疗 2~10 次, 平均 5.3 次。截止 2008 年 11 月, 两组复发次数: 对照组: 未复发 10 例, 复发 1 次 8 例, 复发 2 次 8 例, 复发 3 次 6 例, 复发 4 次 7 例, 复发 5 次 5 例, 复发 6 次 1 例, 平均复发 2.24 次。治疗组: 未复发 19 例, 复发 1 次 7 例, 复发 2 次 7 例, 复发 3 次 8 例, 复发 4 次 4 例, 复发 5 次 1 例, 平均复发 1.43 次。两组平均复发次数比较,  $\chi^2=9.85$ ,  $P<0.01$ 。

## 2 讨论

精神分裂症的认知行为治疗 (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) 于 20 世纪 80 年代在英、美等西方国家开展, 迄今为止已有大量的随机对照研究显示 CBT 对精神分裂症的阳性症状、阴性症状和情感症状等具有明显的疗效。可以缩短病人的住院天数, 改善病人的服药依从性, 增进患者的社会功能。目前在英、美等国 CBT 已成为临床上精神分裂症的常规心理治疗手段。目前我国治疗精神分裂症的主要方法是使用抗精神病药物, 近年来抗精神病药物的开发力度增大, 疗效肯定、副作用小的抗精神病药物相继出现, 这种趋势更加明显, 加之我国心理咨询与心理治疗的普及程度较低, 对精神分裂症的心理治疗理论研究和临床实践均较少。有学者尖锐地指出“生物-心理-社会”医学模式, 是由精神病学家提出来的, 但现在精神病学有向生物医学模式还原的趋势。因此, 在现在精神分裂症的病因还未明确之际, 探索多种对精神分裂症有效的治疗方法很有必要。

在对精神分裂症进行心理治疗时, 我们有点体会: (1) 要坚信心理治疗对精神分裂症的疗效, 不要认为现在抗精神病药物的疗效已较原来有很大的提高, 就觉得没有必要再做这种吃力不讨好的事。心理治疗可以减少复发次数, 缩短住院时间, 延长复发间隔, 其社会效益非常显著。(2) 要有一颗助人的心。因精神分裂症的特殊性及社会的偏见, 一人患病, 全家人及亲友都要蒙受巨大的精神压力。心理治疗的效果不是立竿见影, 并且确实有些患者合作性差。但只要有颗助人的心, 有些患者的依从性是会提高的, 最起码她(他)能感受到有人在关心他, 这也能影响患者的社会交往。(3) 要不断地提高自己咨询治疗技巧, 对精神分裂症的心理治疗不同于神经症等的心理治疗, 其主动性很差, 甚至反感, 要根据不同患者制定相应的治疗方法。

# 急性乙醇中毒 23 例临床分析

朱贤呈

(浙江省台州市路桥区峰江街道卫生院 台州 318054)

**摘要:**目的:观察综合性治疗急性乙醇中毒的临床疗效。方法:将 23 例急性乙醇中毒病例进行平均清醒时间、治愈率、死亡率的分析。结果:平均清醒时间为 1.05h,无 1 例死亡,全部治愈。结论:综合治疗急性乙醇中毒具有见效快、疗效佳的特点,值得临床尤其是基层卫生院推广。

**关键词:**乙醇中毒;综合治疗;急性

中图分类号:R 595.6

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2009)03-0053-02

急性乙醇中毒是常见病、多发病,在节假日尤其在春节多见,是内科急症之一,此病发病急,变化快,病因一般较明确,诊断不难,故重在治疗。我院应用综合性方法治疗急性乙醇中毒取得良好疗效。现就我院诊治的急性乙醇中毒 23 例临床分析报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组病例 23 例,男 19 例(占 82.6%),女 4 例(占 17.4%);年龄 21~56 岁,平均 29.7 岁;饮酒量 250~1 000mL,平均为 380mL;饮酒到就诊的时间 1.4~6h,平均 2.7h。

1.2 临床表现 23 例都有面色潮红或苍白、呕吐的表现,其中意识欠清伴头痛、呕吐 3 例(占 13.0%),嗜睡 13 例(占 56.5%),躁动不安、语无伦次 4 例(占 17.4%),昏迷、小便失禁 3 例(占 13.0%)。

1.3 诊断和分度 急性乙醇中毒诊断标准<sup>[1]</sup>:(1)发病前有过量饮酒史;(2)呼吸、呕吐物中有乙醇的气味;(3)中枢神经系统兴奋,共济失调或昏睡,重度者呈昏迷状态;(4)排除药物、化学性气体及其他原因所致的昏睡、昏迷。本组 23 例均符合急性乙醇中毒的诊断标准。根据患者的中毒程度分为:(1)轻度、中度中毒,饮酒量 200~400mL,有兴奋或共济失调表现,占 87.0%;(2)重度中毒,饮酒量 450mL 以上,患者昏睡或昏迷,有呼吸抑制、紫绀、血压下降、大小便失禁,占 13.0%。

1.4 综合治疗 轻度急性乙醇中毒者常有头痛和剧烈的呕吐,通常以对症治疗为主,可用胃复安或枢丹止吐,同时加用西咪替丁、VitC、VitB<sub>6</sub>、ATP 等保护胃黏膜,减轻脑水肿及支持治疗。中度中毒者,在上述对症支持治疗的同时,还应用醒脑静或麝香注射液及纳洛酮、回苏灵等催醒。重度中毒者可给予洗胃、流置导尿和 20%甘露醇降颅压,维持水、电解质平衡等治疗。

1.5 结果 通过上述综合治疗,23 例患者都治愈,无 1 例死亡。病人清醒时间为 20min~4.5h,平均清醒时间为 1.05h。优于周涛等报道的 1.2h<sup>[2]</sup>,缩短了病人的清醒时间,见效快,疗效确切。

## 2 讨论

急性乙醇中毒是内科常见急、重症,常规治疗疗效欠佳,综合性治疗见效快、疗效佳、可缩短疗程。通常口服乙醇 80%以上由上消化道迅速吸收,空腹饮酒则吸收更快,90%以上于饮酒后 1.5h 内吸收入血液循环,绝大部分在肝脏经过一系列酶的作用被氧化成乙酰辅酶 A、二氧化碳、水,同时产生热量,仅小部分由肺和肾脏排出<sup>[3]</sup>。过量饮酒主要表现为中枢神经系统方面受抑制,乙醇是脂溶性的物质,可迅速地透过大脑中枢神经细胞膜,作用于细胞膜上的酶,使皮质功能受抑制,表现为先兴奋后抑制,最后抑制延脑血管运动和呼吸中枢,呼吸中枢麻痹是重症致死的主要原因。急性酒精中毒时机体处于应激状态,可促使内源性阿片肽的释放,同时乙醇的代谢产物乙醛在体内与多巴胺缩合成阿片肽,直接或间接作用于脑内阿片受体而引起急性中毒症状,表现为中枢神经兴奋或抑制状态,严重者可导致呼吸、循环及肝功能障碍,甚至因中枢神经麻痹而死亡。乙醇中毒可使脑组织缺血甚至引起脑水肿,其发生机制可能是:(1)血小板功能亢进和血液高凝状态。乙醇中毒可使血小板反跳性成倍增高,也可使纤维蛋白溶解性降低,纤维蛋白自发溶解时间明显延长。大量饮酒可诱发血小板聚集和血栓素 A<sub>2</sub> 增加,该物质是强烈的血小板聚集和脑血管收缩剂。因此,乙醇中毒可通过多种因素使患者的血液处于一种高凝状态,同时脑血管收缩,脑血流量下降,使脑组织缺血、缺氧,甚至引起脑水肿。(2)大量饮酒中毒后常深睡或昏迷,身体处于多种异常姿势和体位,引起颅外血管的压迫,导致脑循环供

参考文献

2007.345,381

[1]沈鱼邨.精神病学[M].北京:人民卫生出版社,2007.412

(收稿日期:2008-12-25)

[2]苏珊-诺伦.变态心理学与心理治疗[M].北京:世界图书出版公司,