

利培酮结合心理疗法对躯体疾病合并精神障碍患者心理弹性及BPRS评分的影响

姚刚¹, 杨晨晨², 姚海莹³, 李大柱¹

(1. 洛阳市第五人民医院 精神科, 河南 洛阳 471002; 2. 郑州大学附属洛阳中心医院 儿科二区, 河南 洛阳 471099; 3. 洛阳市第五人民医院 康复科, 河南 洛阳 471002)

摘要: **目的** 探究利培酮结合心理疗法对躯体疾病合并精神障碍患者心理弹性及精神病评定量表(BPRS)评分的影响。**方法** 选取洛阳市第五人民医院2021年6月至2023年4月收治的120例躯体疾病合并精神障碍患者作为研究对象, 采用抽签法将其分为对照组($n=60$)和观察组($n=60$)。对照组予以利培酮, 观察组予以利培酮结合心理疗法。对比两组精神病性症状程度、心理弹性、生活质量、不良反应发生率。**结果** 治疗后, 观察组精神病性症状程度(焦虑忧郁、缺乏活力、思维障碍、激活性、敌对猜疑)评分均低于对照组($P<0.05$)。治疗后, 观察组心理弹性(坚韧、自强、乐观)评分均高于对照组($P<0.05$)。治疗后, 两组物质生活比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 观察组社会功能、心理健康、躯体健康均优于对照组($P<0.05$)。观察组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 但观察组(8.33%)低于对照组(16.67%)。**结论** 利培酮结合心理疗法予以躯体疾病合并精神障碍患者治疗, 有助于改善精神病性症状程度与生活质量水平, 增强救治信心, 促进患者恢复, 值得临床推广。

关键词: 利培酮; 心理疗法; 躯体疾病; 精神障碍; 心理弹性; 精神病评定量表

中图分类号: R473.74

躯体疾病合并精神障碍是由脑以外的躯体疾病, 如躯体感染、内分泌障碍、内脏器官疾病、营养代谢疾病等, 引起脑功能紊乱而产生的精神障碍^[1]。据统计^[2], 约1/3的青少年同时患一种精神障碍及一种躯体疾病, 并且两类疾病间存在某些特殊联系。躯体疾病所致精神障碍的临床表现主要包括意识障碍、精神病性症状、人格改变、情感症状、认知障碍、神经症样症状或以上症状的混合状态^[3]。在精神症状发作时, 患者常有日常生活能力、社会功能的受损, 出现危害自身的行为, 例如会导致自残、自杀等倾向, 严重危害患者生命健康安全^[4]。利培酮是现阶段常用于治疗精神分裂症等精神病性障碍的药物, 但单一使用该药物治疗, 疾病复发率较高, 临床疗效不显著^[5]。针对这现象, 临床上提出利培酮结合心理疗法用于治疗躯体疾病合并精神障碍, 但尚未有文献报道其临床应用效果。本文着重探究利培酮结合心理疗法对躯体疾病合并精神障碍患者心理弹性及精神病评定量表(BPRS)评分的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2021年6月至2023年4月洛阳市第五人民医院收治的120例躯体疾病合并精神障碍患者, 采用抽签法将其分为对照组($n=60$)和观察组($n=60$)。对照组男29例, 女31例, 年龄20~52岁, 平均(36.91 ± 3.10)岁, 病程1~5年, 平均(3.47 ± 0.80)年; 观察组27例, 女33例, 年龄21~51岁, 平均(36.87 ± 3.12)岁, 病程1~5年, 平均(3.45 ± 0.81)年。两组一般资料比较, 差异无统计意义($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 躯体疾病合并精神障碍患者; 均签署知情同意书; 符合《中国精神疾病分类与诊断标准》^[6]中精神障碍诊断标准。

排除标准: 对实验药物存在过敏者; 合并严重心脑血管疾病; 依从性较差者; 妊娠期妇女。

1.3 方法

对照组予以利培酮, 观察组予以利培酮结合心理疗法。两组患者均持续治疗两个月。

1.3.1 利培酮 口服使用利培酮（江苏恩华药业股份有限公司生产，国药准字 H20050160）起始剂量 2 次/天，1 mg/次，第 2 天增加到 2 次/天，2 mg/次；如能耐受，第 3 天可增加到 2 次/天，3 mg/次。此后，可维持此剂量不变，或根据个人情况进一步调整。

1.3.2 心理疗法 ①晤谈法。咨询师与患者进行面对面语言交流，了解导致患者出现该疾病的心理原因，并加强与患者家属的沟通，对患者家庭背景、学校环境、生活环境、人际交往能力进行了解，予以患者心理开导，了解患者内心想法以及性格特点，耐心倾听患者讲述生活、精神创伤，予以真诚地安慰与鼓励，对患者存在的疑问进行了解并予以解答。②掌握患者病情。治疗师为患者讲解各类原发性疾病有关的知识，以实事求是的科学态度将患者疾病具体状况、演变告知患者及其家属。③心理支持。治疗师采用合适的称呼拉近关系，向患者表明自我身份与角色作用。耐心地向患者介绍医院构成、医护团队的年资水平、疾病的特殊性，站在患者的立场上去思考，运用非语言沟通来传递信息，如示意、握手、扶肩等方式表示理解，用点头来增强说话的感染力和增进感情的交流，并站在患者立场上，如“如果我处于这种环境中，我的情绪会出现 XXX 的问题”。④放松疗法。治疗师指导患者紧张自身肌肉，注意这种紧张的感觉；保持这种紧张感 10 s，然后放松 5~10 s，体验放松时肌肉的感觉。从手部开始，由上肢直到双脚，依次对各组肌群进行先紧后松的练习。深吸一口气（停 10 s），将气呼出（停 5 s），反复进行 2 次；伸出前臂，用力握紧拳头，放松双手，反复进行 2 次；弯曲双臂，用力绷紧双臂的肌肉（停 10 s），放松双臂（停 5 s），反复进行 2 次。⑤集体性心理治疗。将一些躯体疾病合并精神障碍患者安排成 1 个小组，定期在

治疗师的引导、启发与帮助下进行治疗性聚会，引导患者畅谈自己的心理感受及恢复经验，1 周进行两次。

1.4 观察指标

①精神病性症状程度。治疗前后使用 BPRS 对患者精神病性症状程度进行评价，该量表共包含 5 种因子，焦虑忧郁、缺乏活力、思维障碍、激活性、敌对猜疑，评分范围为 0~7 分。分数与精神病性症状程度呈正相关。②心理弹性。治疗前后使用心理弹性量表（CD-RISC）评分对患者心理弹性进行评分，该量表由 25 个项目构成，包括 3 个维度，坚韧总分 65 分、自强总分 40 分、乐观总分 20 分，分数与心理弹性呈正相关。③生活质量。治疗前后使用生活质量综合评定问卷（GQOLI-74）对患者生活质量进行评价，该量表共包含 4 个维度，社会功能、物质生活、心理健康、躯体健康，评分范围为 0~100 分，分数与生活质量呈正相关。④不良反应发生率。在治疗过程中对头晕、嗜睡、体重增加、腹部不适发生情况进行记录。

1.5 统计学方法

相关数据以 Excel 整理、归纳，以 SPSS 20.0 处理，计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，比较用 t 检验，计数资料以百分率 (%) 表示，比较用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后精神病性症状程度比较

治疗前，两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，观察组精神病性症状程度（焦虑忧郁、缺乏活力、思维障碍、激活性、敌对猜疑）评分均低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后精神病性症状程度比较 ($n=60, \bar{x} \pm s$, 分)

组别	焦虑忧郁		缺乏活力		思维障碍		激活性		敌对猜疑	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	5.52±0.45	3.17±0.37	5.77±0.49	3.24±0.36	5.61±0.47	3.41±0.39	5.51±0.47	3.23±0.34	5.96±0.52	3.15±0.31
观察组	5.50±0.43	1.83±0.26	5.75±0.50	1.81±0.28	5.60±0.46	1.62±0.22	5.53±0.49	1.52±0.22	5.97±0.51	1.34±0.18
t	0.249	22.953	0.221	24.287	0.118	30.965	0.228	32.708	0.106	39.111
P	0.804	<0.001	0.825	<0.001	0.906	<0.001	0.820	<0.001	0.915	<0.001

2.2 两组患者治疗前后心理弹性比较

治疗前，两组比较差异无统计学意义 ($P>0.05$)；治疗后，观察组心理弹性（坚韧、自

强、乐观）评分均高于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后心理弹性比较 (n=60, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	坚韧		自强		乐观	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31.61±4.10	46.80±5.02	20.22±3.21	29.33±3.71	5.17±1.32	13.12±1.94
观察组	31.65±4.13	55.73±5.87	20.20±3.20	35.85±4.26	5.19±1.33	16.99±2.40
t	0.053	8.956	0.034	8.940	0.083	9.714
P	0.958	<0.001	0.973	<0.001	0.934	<0.001

2.3 两组患者治疗前后生活质量水平比较

治疗前，两组比较差异无统计学意义 (P>0.05)；治疗后，两组物质生活比较，差异无

统计学意义 (P>0.05)，观察组社会功能、心理健康、躯体健康均优于对照组，差异有统计学意义 (P<0.05)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后生活质量水平比较 (n=60, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	社会功能		物质生活		心理健康		躯体健康	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	36.45±3.58	49.69±5.96	24.74±3.04	26.85±3.45	33.70±4.12	52.14±5.26	34.51±4.08	40.64±4.74
观察组	36.52±3.62	56.78±6.01	24.75±3.06	27.92±3.41	33.74±4.14	60.74±6.35	34.58±4.10	50.36±5.10
t	0.106	6.488	0.018	1.709	0.053	8.079	0.094	10.814
P	0.915	<0.001	0.986	0.090	0.958	<0.001	0.925	<0.001

2.4 两组患者不良反应发生率比较

观察组不良反应发生率比较，观察组 (8.33%) 低于对照组 (16.67%)，差异无统计学意义 ($\chi^2=1.905$, P=0.168)，见表 4。

表 4 两组患者不良反应发生率比较 [n=60, n(%)]

组别	头晕	嗜睡	体质量增加	腹部不适	总发生
对照组	1(1.67)	2(3.33)	4(6.67)	3(5.00)	10(16.67)
观察组	1(1.67)	1(1.67)	2(3.33)	1(1.67)	5(8.33)

3 讨论

躯体疾病所致精神障碍的发病与多种因素有关，如代谢障碍、毒性物质沉积等，好发于既有精神障碍、情绪不稳定的人群。许多躯体疾病可造成中枢神经系统缺氧，如严重的呼吸系统疾病可引起氧的吸入不足^[7]。严重的心血管系统疾病可造成血流动力学改变，血液疾病可造成携带氧能力下降等均可引起中枢神经系统缺氧，进而导致功能障碍。由于躯体疾病而伴发精神障碍，则可能会使患者对躯体疾病的辨识产生影响。若患者的精神障碍较为紊乱，则可能不能全面关注于躯体疾病的变化过程，从而延误其躯体疾病的治疗^[8]。

利培酮是一种非典型抗精神病药物，主要用于治疗精神分裂症和其他精神疾病。利培酮通过选择性阻断多巴胺 D2 受体，减少多巴胺在中枢神

经系统的作用，从而减轻精神病症状，它还可以调节其他神经递质的水平，如 5-羟色胺和去甲肾上腺素等^[9]。利培酮可以减少焦虑、紧张和敌对情绪，增加积极的情绪体验，还具有镇静作用，可以减轻烦躁不安、易激惹等症状。利培酮通过调节多巴胺、5-羟色胺、去甲肾上腺素等神经递质的水平，以达到抑制异常行为和情绪的目的^[10]。但有研究发现，单独使用药物只能使病情得到缓解，无法改善患者心理应激状态，使患者失去治疗信心以及产生消极情绪，不利于患者恢复。

心理疗法是一种用心理学方法通过语言或非语言因素对患者进行训练、教育和治疗等，以减轻或消除患者身体症状，改善其心理精神状态^[11]。本研究结果显示，治疗后，观察组精神病性症状程度评分均低于对照组，观察组心理弹性（坚韧、自强、乐观）评分均高于对照组 (P<0.05)。说明利培酮结合心理疗法有助于改善患者精神病性症状程度，提高患者面对挫折的能力。心理疗法中，通过对患者进行晤谈法、心理支持，拉近医患之间的关系，有助于帮助患者更好的了解疾病相关知识，提高患者综合素质；通过予以患者集体性心理治疗，有助于提高患者对疾病相关知识的了解与重视程度，分散患者注意力，增强救治信心；通过对患者进行换位思考，更有助于医务人员与患者心理层面保持共鸣，能有效改善和拉近医患之间的距离，提高对患者内心想法的理解，从而

有助于减少患者的孤立感,提高其战胜疾病的信心。通过进行放松疗法,引导患者对全身主要肌肉进行收缩——放松的反复练习,使患者机体体验从紧张——放松的不同感受,从而有助于患者更好地感知紧张与放松的不同状态,达到身心放松的目的。因此通过利培酮结合心理疗法更有助于改善因躯体疾病所导致的精神障碍,从而有助于减少治疗所需周期,促进患者恢复。因此本研究结果显示,治疗后,观察组社会功能、心理健康、躯体健康均优于对照组 ($P<0.05$)。

综上所述,利培酮结合心理疗法予以躯体疾病合并精神障碍患者治疗,有助于改善精神病性症状程度与生活质量水平,增强救治信心,促进患者恢复,值得临床推广。

参 考 文 献

- [1] 潘攀,傅潇雅,胡少华,等. 常见慢性躯体疾病共病抑郁障碍的规范化阶梯治疗选择指导建议[J]. 临床精神医学杂志, 2022, 32(6): 497-501.
- [2] 聂佳慧,沈妙莉,王菲,等. 基于微信平台的延续性护理对精神分裂症患者预后的即时性与延时性影响分析[J]. 上海护理, 2022, 22(6): 11-15.
- [3] RICETTO J, MEYER U. Epigenetic modifications in schizophrenia and related disorders: molecular scars of

environmental exposures and source of phenotypic variability[J]. Biol Psychiatry, 2021, 89(3): 215-226.

- [4] 张培,梁旻璐,王纯,等. 心境障碍科青年人群住院患者非自杀性自伤行为的回顾性分析[J]. 临床精神医学杂志, 2021, 31(2): 101-104.
- [5] 曲萌雨,杨琳琳,王佳宁,等. 认知情绪调节策略和惩罚敏感性在父母心理控制与青少年非自杀性自伤行为间的作用[J]. 中国临床心理学杂志, 2022, 30(5): 1192-1197.
- [6] 顾明志,李健芬. 中国精神疾病分类与诊断标准的 10 年应用[J]. 临床精神医学杂志, 2003, 13(1): 35.
- [7] 孙思伟,白婧,云青萍,等. 2014—2017 年中国严重精神障碍的管理与治疗服务及公平性分析[J]. 中国心理卫生杂志, 2022, 36(3): 185-190.
- [8] 刘世昌,张黎明,高晓玲,等. 非典型抗精神病药物引起精神分裂症患者糖脂代谢异常及其机制的研究进展[J]. 现代药物与临床, 2022, 37(12): 2911-2916.
- [9] 林明栓,苏小慧,符俊骐,等. 利培酮联合叶酸治疗对癫痫性精神障碍患者血清 BDNF、NSE 水平及糖脂代谢指标的影响[J]. 中国医师杂志, 2021, 23(11): 1715-1717.
- [10] 王飞,王婷,刘文丞,等. 丙戊酸钠联合利培酮治疗感染性脑炎所致精神障碍伴攻击行为患者的疗效评价[J]. 医学临床研究, 2021, 38(12): 1877-1879.
- [11] 李少华,汪晓泊,孙晗瑜,等. 文拉法辛联合团体人际心理疗法对社交恐惧症患者心理状态、自我效能感和社会功能的影响[J]. 现代生物医学进展, 2021, 21(16): 3147-3150, 3200.

(方丽蓉 编辑)