

综合性医院老年与非老年患者精神康复会诊的对照分析

卢爱兰¹ 孙杭生²

摘要 目的:探讨综合性医院老年与非老年患者精神康复会诊的临床特点。**方法:**将 505 例会诊病例分成老年组和非老年组,对会诊科室分布、共患躯体疾病和会诊诊断的资料进行统计学分析。**结果:**①康复科、呼吸内科与心血管内科的会诊,老年组多于非老年组($P<0.05$);神经外科、妇产科,非老年组明显多于老年组($P<0.001$)。②共患脑血管病、高血压及心脏病、慢性阻塞性肺疾病者,老年组多见($P<0.05$);脑外伤、妇科疾病和病毒性脑炎,非老年组多见($P<0.05$)。③诊断器质性精神障碍者,老年组明显多见($P<0.01$),脑外伤所致精神障碍、神经症、癔症和单相抑郁,非老年组多见($P<0.05$)。**结论:**通过对综合医院精神康复会诊临床特点的分析,有助于认识不同人群精神康复会诊集中于哪些疾病及其成因,为心理康复干预提供了客观依据。

关键词 老年人;非老年人;精神障碍;精神康复点

中图分类号: R493, R161.7 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2009)-09-0829-03

随着社会的进步和医学模式的改变,综合性医院患者的精神心理问题逐渐得到临床各科医生的重视,精神康复会诊也日趋频繁,精神心理问题的早期诊断和积极干预治疗对患者预后的意义也得到许多学者的认同^[7-10]。在国内,有关综合性医院精神康复会诊,对老年与非老年人的报导较少,现根据金华市中心医院、人民医院三年来 505 例患者精神康复会诊的资料,就老年与非老年人在会诊科室分布、共患躯体疾病与会诊诊断等方面进行比较。

1 资料与方法

1.1 临床资料

选择 2004 年 7 月—2007 年 7 月在金华市中心医院、人民医院各科住院,经精神康复会诊、且资料完整的 505 例患者,分成两组:年龄 ≥ 60 岁为老年组,计 239 例;年龄 < 60 岁为非老年组,计 266 例。老年组:男 135 例,女 104 例,年龄 60—91 岁,平均年龄 (72.96 ± 2.54) 岁;非老年组:男 111 例,女 155 例,年龄 12—59 岁,平均年龄 (42.12 ± 6.62) 岁。

1.2 方法

对老年和非老年两组会诊患者按中国精神障碍分类与诊断第 3 版(CCMD-3)进行再诊断,对两组患者会诊科室分布、共患躯体疾病以及会诊诊断资料进行统计学分析。

1.3 统计学分析

数据处理采用 SPSS10.0 软件包进行 χ^2 检验。

2 结果

2.1 老年组与非老年组会诊科室分布比较

2.1.1 会诊科室前五位的是:神经内科、心血管内科、骨科、神经外科、ICU。

2.1.2 康复科老年组多于非老年组,具有显著性差异($P<0.001$);呼吸内科、心血管内科老年组明显多于非老年组,有显著性差异($P<0.05$);而神经外科、妇产科非老年组多于老年组,具有显著性差异($P<0.01$);其他各科会诊比较无显著性差异($P>0.05$),见表 1。

2.2 老年组与非老年组共患躯体疾病比较

2.2.1 共患躯体疾病前五位是:脑血管病、胃肠道疾病、外伤

表 1 老年组与非老年组会诊科室分布比较

会诊科室	总例数		老年组		非老年组		χ^2	P 值
	例	%	例	%	例	%		
ICU	34	6.73	18	7.53	16	6.02	0.461	0.497
呼吸内科	21	4.16	16	6.69	5	1.88	7.323	0.007
康复科	30	5.94	30	12.55	0	0	35.498	<0.0001
骨科	36	7.13	12	5.02	24	9.02	3.045	0.081
内分泌科	30	5.94	13	5.44	17	6.39	0.204	0.651
神经内科	127	25.14	57	23.85	70	26.32	0.407	0.524
心血管内科	40	7.92	29	12.13	11	4.14	11.043	0.001
肾内科	16	3.17	10	4.19	6	2.26	1.526	0.217
消化内科	29	5.74	10	4.19	19	7.14	2.036	0.154
肿瘤科	26	5.15	12	5.02	14	5.26	0.015	0.902
血液科	15	2.97	6	2.51	9	3.38	0.333	0.564
肝胆外科	26	4.73	14	5.86	12	4.51	0.467	0.494
泌尿外科	15	2.97	4	1.67	11	4.14	2.647	0.104
神经外科	34	6.73	4	1.67	30	11.28	18.494	<0.0001
风湿科	7	1.39	3	1.26	4	1.50	0.000	1.000
妇产科	17	3.37	0	0	17	6.39	15.807	<0.0001
其他	2	0.40	1	0.42	1	0.37		1.000

骨折、代谢性疾病、恶性肿瘤。

2.2.2 共患脑血管病者,老年组明显多于非老年组,具显著差异($P<0.0001$);高血压及心脏病、慢性阻塞性肺疾病,老年组多于非老年组,有显著差异($P<0.05$);脑外伤与妇科疾病,非老年组明显多于老年组,具显著差异($P<0.0001$);病毒性脑炎非老年组多于老年组,具显著差异($P=0.032$)。非躯体疾病非老年组多于老年组,比较有显著差异($P=0.002$),见表 2。

2.3 老年与非老年组会诊诊断比较

2.3.1 会诊诊断前五位的是器质性精神障碍和焦虑/抑郁状态、神经症、情感性精神障碍、睡眠障碍、躯体疾病所致精神障碍。

2.3.2 诊断器质性精神障碍者,老年与非老年组有显著性差异($P=0.001$)。器质性精神障碍中的老年性痴呆、脑外伤所致精神障碍,具显著性差异($P<0.0001$),前者老年组明显多于非老年组,后者非老年组明显多于老年组。脑动脉硬化、躯体疾病

1 浙江省金华市中心医院康复科,金华,321000

2 金华市人民医院精神科

作者简介:卢爱兰,女,副主任医师

收稿日期:2008-12-03

所致精神障碍,老年组多于非老年组,比较有显著性差异($P=0.001, P=0.007$)。神经症、癔症、情感性精神障碍中的单相抑郁,非老年组明显多于老年组,差异有显著性($P<0.05$)。精神分裂症、应激性精神障碍、睡眠障碍等差异无显著性($P>0.05$),见表3。

表2 老年组与非老年组共患躯体疾病比较

躯体疾病	总例数		老年组		非老年组		χ^2	P 值
	例	%	例	%	例	%		
脑血管病	79	15.64	65	27.19	14	5.26	45.893	<0.0001
脑外伤	24	4.75	0	0	24	9.03	22.640	<0.0001
冠心病	22	4.36	17	7.11	5	1.88	8.275	0.004
高血压病及心脏病	18	3.56	13	5.44	5	1.88	4.641	0.031
病毒性脑炎	7	1.39	0	0	7	2.63	4.598	0.032
慢性支气管炎(急性发作)	22	4.36	13	5.44	9	3.38	1.277	0.258
慢性阻塞性肺疾病	7	1.39	7	2.93	0	0	5.903	0.015
风湿性心脏病	4	0.79	2	0.84	2	0.75	0.000	1.000
恶性肿瘤	26	5.15	15	6.27	11	4.14	1.181	0.271
良性肿瘤	4	0.79	0	0	4	1.50	1.962	0.161
胃肠道疾病	34	6.73	15	6.27	19	7.14	0.151	0.698
肝硬化	5	0.99	3	1.26	2	0.75	0.014	0.904
外伤骨折	33	6.53	14	5.86	19	7.14	0.340	0.560
慢性肾功能不全	9	1.78	6	2.51	3	1.13	0.698	0.403
泌尿系统疾病及其他感染	21	4.16	8	3.35	13	1.13	0.749	0.387
代谢性疾病	28	5.54	9	3.77	19	7.14	2.742	0.098
药物中毒	12	2.38	4	1.67	8	3.01	0.966	0.326
神经内科其他疾病	16	3.17	7	2.93	9	3.38	0.085	0.771
胆囊结石伴急性胆囊炎	9	1.78	4	1.67	5	1.88	0.031	0.861
心源性等休克	6	1.19	3	1.26	3	1.13	0.000	1.000
三系减少	5	0.99	2	0.84	3	1.13	0.000	1.000
妇产科疾病	20	3.96	0	0	20	7.52	18.711	<0.0001
其他	10	1.98	5	2.09	5	1.88	0.000	1.000
非躯体疾病	84	16.6	27	11.30	57	21.43	9.319	0.002

表3 老年与非老年组会诊诊断比较

会诊诊断	总例数		老年组		非老年组		χ^2	P 值
	例	%	例	%	例	%		
1.器质性精神障碍	125	24.75	75	31.8	50	18.80	10.703	0.001
a)老年性痴呆	43	8.51	42	17.58	1	0.38	50.985	<0.0001
b)脑梗死所致	14	2.77	10	4.18	4	1.50	3.355	0.067
c)脑出血所致	19	2.98	5	2.09	14	5.26	3.496	0.062
d)脑外伤所致	24	4.75	3	1.26	21	7.90	12.260	<0.0001
e)脑动脉硬化所致	10	1.98	10	4.18	0	0	9.301	0.001
f)病毒性脑炎所致	6	1.19	0	0	6	2.26	3.704	0.054
g)其他	9	1.78	5	2.09	4	1.50	0.026	0.871
2.慢性酒精中毒	7	1.30	5	2.09	2	0.75	0.819	0.365
3.焦虑/抑郁状态	125	24.75	59	24.69	66	24.81	0.001	0.974
4.躯体疾病所致精神障碍	31	6.14	22	9.20	9	3.38	7.405	0.007
5.精神分裂症	22	4.36	10	4.18	12	4.57	0.032	0.857
6.情感性精神障碍	44	8.71	12	5.02	32	12.03	7.776	0.005
a)双相发作	7	1.39	3	1.26	4	1.50	0.000	1.000
b)单相抑郁	37	7.33	9	3.77	28	10.53	8.474	0.004
7.神经症	72	14.26	23	9.62	49	18.42	7.970	0.005
a)焦虑症	17	3.37	5	2.09	12	4.51	2.265	0.132
b)强迫症	5	0.99	2	0.84	3	1.13	0.000	1.000
c)躯体形式障碍	20	3.96	6	2.51	14	5.26	2.508	0.113
d)未分型	30	5.94	10	4.18	20	7.52	2.505	0.113
8.癔症	15	2.97	2	0.84	13	4.89	7.166	0.007
9.应激性精神障碍	20	3.96	8	3.35	12	4.51	0.448	0.503
10.睡眠障碍	41	8.12	21	8.79	20	7.52	0.271	0.602
11.其他	3	0.59	2	0.84	1	0.38	0.009	0.926

3 讨论

综合性医院精神康复会诊,即“会诊联络精神病学”(consultation-liaison psychiatry, CLP)。它不同于传统的精神病学和心身医学,具有两方面显著特征:地域方面,工作范围为综合性医院;临床实践方面,需要更全面的临床知识和技能,包括精神病学、心理学及临床医学^[1]。

会诊科室最多的是神经内科、心血管内科等(表1),提示神经系统疾病、心脑血管疾病,尤其是大脑的病变是精神障碍的物质基础,这与许多国内外研究结果一致^[2-3]。在会诊科室分布两组比较情况来看:由于人口的老齡化,住康复科、呼吸内科与心血管内科的患者大多以老年慢性疾病为主,而疾病又大多影响大脑的功能,因此老年组会诊明显多于非老年组($P<0.05$)。这在表2(共患躯体疾病比较)中也得到证明:共患脑血管病、高血压及心脏病、慢性阻塞性肺疾病者,老年组明显多于非老年组($P<0.05$)。神经外科以脑外伤居多,由于年轻人工作、户外活动多,遭遇车祸等脑外伤的机会就多;妇产科过半是年轻妇女,因此神经外科、妇产科非老年组会诊明显多于老年组($P<0.001$)。表2同样也证明共患脑外伤与妇科疾病/病毒性脑炎者多见于非老年组($P<0.05$)。

会诊诊断中躯体疾病心理反应和器质性精神障碍各占24.75%,二者之和几近会诊的一半(表3)。躯体疾病心理反应也即心身疾病,是由于心理因素作用造成长期精神紧张引起自主神经和内脏功能的紊乱,这种原本可逆的、生理性的变化发生在易患个体身上时,持续发展,形成病理性改变,最后导致疾病发生^[4]。这是会诊时与各临床医生经常探讨和诊断的疾病。一般认为,共患疾病的种类与严重程度、个体因素及社会环境因素等均与心理反应有关。最常出现的障碍是焦虑、抑郁和适应障碍。通常患者对急性病的反应是焦虑和抑郁,约有25%的患者达到了焦虑症和抑郁症的诊断标准,慢性患者的焦虑和抑郁发生率是普通人群的两倍^[6-7,9]。表3中脑外伤所致精神障碍/神经症、单相抑郁、癔症,非老年组多见($P<0.05$)。这可能与非老年人患病后在角色的转变,社会家庭责任承担的能力以及其他各个方面的变化较老年人明显有关。

器质性精神障碍以老年性痴呆、脑梗死、脑动脉硬化所致精神障碍最为多见,见表3。诊断器质性精神障碍者老年与非老年组有显著性差异($P=0.001$),其中老年性痴呆/脑动脉硬化与躯体疾病所致精神障碍老年组明显多于非老年组($P<0.05$)。虽然对老年性痴呆的病因研究尚未十分明确,但已知与脑组织细胞变性有关,临床上常见的有阿尔茨海默性痴呆以及脑血管性痴呆,维生素B₁、B₁₂、烟酸、叶酸等缺乏、甲状腺功能减退、糖尿病、高脂血症、脏器病变引起的脑病等也有一定关系。加之老年人因为长期情绪抑郁、丧偶、独居、缺乏体力和脑力锻炼以及不良情绪刺激也可加快脑衰老的进程,诱发老年痴呆。目前,轻度认知功能损伤(mild cognitive impairment, MCI)为老年痴呆的高危人群,已在学术界达成共识, MCI的临床及基础研究有望为老年痴呆的早期诊断及治疗提供有益的信息^[5],本文虽没有对此进一步分析,但在今后的会诊中应引起足够的重视。

综上所述,探讨综合性医院患者精神康复会诊的临床特

点,为今后心理康复干预提供了科学依据。

参考文献

- [1] 国效峰,薛志敏. 综合性医院精神障碍问题[J]. 国外医学·精神病学分册,2002,29(4):227—230.
- [2] Hugse FJ, Herzog T, Lobo A, et al. European consultation—Liaison services and their user populations:the European consultation—liaison workgroup collaborative study [J]. Psychosomatics,2000, 41(4):330—8.
- [3] 白克镇,杨虎泉,龚科,等.综合医院精神科联合会诊 320 例临床分析 [J].泸州医学院学报,2004,(1):50—51.
- [4] 王鲁宁.老年人轻度认知功能障碍的研究进展[J].中华老年医学杂志,2005,24(1):6—9.
- [5] 吴文源,季建林. 综合性医院精神卫生[M]. 第 1 版.上海:上海科技出版社, 2001.118—119.
- [6] Gelder M. Psychiatry [M].2nd ed. London :Oxford University Press,1999.188—2081.
- [7] 许红璐,成守珍,黄东锋. 老年骨折患者抑郁程度与康复效果的相关研究[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(11):1024—1025.
- [8] 邓立力,吕慧芳,杨宁. 心理干预治疗对癌症患者化疗后心理状态的影响[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(2):168—169.
- [9] 徐俊锡,郑秀先,方向京. 药物与心理干预对烧伤患者精神障碍的作用[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(8):725—726.
- [10] 廖华薇. 心理治疗对卒中后抑郁患者肢体康复的影响[J]. 中国康复医学杂志,2006,21(4):352—353.

· 康复管理 ·

“十一五”智力残疾儿童康复养护试点机构培育工作初见成效

陈夏尧¹

从 1991 年起^[1-4],国家将智力残疾康复工作纳入了国家经济和社会发展规划进行实施,通过国家计划任务和财政投入来推动工作。在政府的领导下,卫生、民政、教育、计划生育、妇联、残联等相关部门通力合作,以残疾预防和康复训练为重点,采取对特需人群补碘、宣传普及康复知识、培训智力残疾儿童家长、开展社区康复服务、创建社区康复示范区等措施,积极探索智力残疾康复工作经验,并取得了成效。第二次全国残疾人抽样调查结果显示,智力残疾人数大幅度下降。截止 2007 年底^[5],全国开展智力残疾康复服务的机构有 2229 个,约 28 万智力残疾儿童接受康复训练与服务,康复训练有效率达 80%;“阳光之家”^[6]“温馨家园”“展能中心”等残疾人事业品牌项目惠及更多的智力残疾人。

第二次全国残疾人抽样调查数据同时表明^[7],在全国 8000 多万残疾人中,27.69%有康复训练与服务需求,而接受过康复训练与服务的只有 8.45%。特别是 0—6 岁残疾儿童方面,全国有 167.8 万人,66.8%有康复训练与服务需求,而接受过康复训练与服务的只有 10.2%,其中,智力残疾儿童人数最多,有 118.8 万。

实践证明^[8],康复工作开展得越早,康复的效果越好,越有可能最大限度减少残疾的发生,减轻残疾的影响。近几年来,国家也提出康复要抓早、抓小,强调儿童康复的抢救性意义。因为在儿童生长发育的早期即儿童生命的最初几年,是人类大脑、智力和社会适应发展最迅速的时期,同时也是学东西最容易、最快的时期,儿童在这个时期的可塑性最强。因此,及早地从医学、康复、心理、社会等角度对智力残疾儿童进行干预,可以促进儿童运动能力、感知能力、认知能力、语言交往、社会适应能力、生活自理能力的发展,为他们进一步参加学习、劳动和融入社会生活创造条件。

“十一五”期间^[9],国家加大了对智力残疾康复工作力度,不仅提出了 10 万名智力残疾儿童康复训练和 5 万名智力残

疾儿童家长培训任务,承担社区康复工作的县(市、区)普遍开展成年智力残疾康复训练服务,还要在全国重点培育 25 个智力残疾儿童康复养护试点机构,推动智力残疾儿童早期康复工作的规范开展,发挥示范指导作用,带动社会各界力量广泛参与智力残疾康复服务。经过三年多的努力,在各级政府的重视和支持下,已有 15 个省、市残联康复中心建立了智力残疾儿童康复机构,开展了智力残疾儿童早期康复训练,在智力残疾儿童康复服务方面发挥着积极作用。其中,浙江、江苏、河南、辽宁、甘肃五省试点机构培育工作取得了好成绩,他们在积极争取政府支持,加大投入,改善基本设施,增加专业人员,加强专业培训,提高服务能力、发挥技术示范和辐射作用等方面工作开展得扎扎实实,富有成效。

1 政府重视

浙江省政府对智力残疾儿童康复工作给予了大力支持。陈加元副省长亲笔批示,要求“省残联继续加强和教育、卫生等部门的合作,进一步做好智力残疾儿童康复工作,始终走在全国的前列”^[10]。省残联领导高度重视智力残疾儿童康复养护试点机构培育工作,提出“省中心要建设一个专业化的智力残疾儿童康复机构,引领全省智障、孤独症儿童康复事业的发展”。2005 年浙江省政府下发了《浙江省政府办公厅关于进一步加强扶助贫困残疾人工作的通知》,提出“对于需要言语和康复训练的聋儿、脑瘫儿童和智残儿,凡家庭生活困难的,可予减半或免收教育康复训练费用,相关经费由当地政府给予补助。”从 2006 年起,省财政每年拨付 50 余万元,用于救助在浙江省残疾人康复指导中心智障(孤独症)儿童康复训练中心进行康复训练的贫困智残儿童,省残联投入了

1 中国残联社会服务指导中心,北京,100068

作者简介:陈夏尧,女,硕士,助理研究员

收稿日期:2009-01-07