

- 尿病性黄斑水肿患者视力的影响[J]. 中国药业, 2021, 30(5):88-90.
- [3] 陈莉莉, 陈子林, 徐桂花, 等. 超声乳化联合人工晶体植入术治疗高度近视的年龄相关性白内障患者远期疗效观察[J]. 山东医药, 2021, 61(24):93-96.
- [4] 王江敏, 李东正, 王君辉. 雷珠单抗玻璃体腔注射联合眼底激光治疗糖尿病性黄斑水肿的效果观察[J]. 中国医学创新, 2019, 16(30):58-61.
- [5] 陈敏华, 张小花, 谢青, 等. 地塞米松玻璃体内植入剂对比雷珠单抗治疗糖尿病黄斑水肿的疗效及安全性的荟萃分析[J]. 临床与病理杂志, 2021, 41(3):615-622.
- [6] 王新军, 王转锁. 2015 年 ADA 糖尿病医学诊疗标准[J]. 糖尿病天地(临床), 2014, 8(12):536-548.
- [7] 刘振通, 秦虹, 田楠楠. 阿柏西普玻璃体内注射联合激光凝治疗糖尿病性黄斑水肿的临床疗效[J]. 医学临床研究, 2021, 38(9):1292-1295.
- [8] 陈雪红, 吴子东. 糖尿病合并年龄相关性白内障与年龄相关性白内障术后并发症的对比分析[J]. 中国全科医学, 2021, 24(5):592-596.
- [9] 程萍, 杨艳风, 王伟, 等. 超声乳化术治疗白内障合并高度近视疗效的影响因素[J]. 国际眼科杂志, 2020, 20(2):297-299.
- [10] 方蕾, 李倩, 汤坚岑, 等. 超声乳化白内障吸除联合人工晶状体植入术引起对侧眼免疫反应的研究[J]. 国际眼科杂志, 2020, 20(10):1667-1672.
- [11] 肇莉莉, 徐曼. 糖尿病性白内障患者超声乳化白内障吸除术后视力及黄斑变化观察[J]. 检验医学与临床, 2020, 17(1):110-112.
- [12] 隋文婕, 唐于荣, 万丽. 视网膜病变对糖尿病性白内障患者行白内障超声乳化术后黄斑水肿发生的影响及相关因素分析[J]. 中国医师杂志, 2022, 24(1):59-63.
- [13] 文燕, 张晓城. 合并糖尿病白内障患者术后黄斑水肿与其房水中 VEGF、白细胞介素因子的相关性分析[J]. 临床误诊误治, 2020, 33(7):89-93.
- [14] 张建, 关小东, 方天敏, 等. 房水细胞因子与糖尿病性黄斑水肿抗 VEGF 治疗疗效的相关性[J]. 中国医药导刊, 2019, 21(3):137-142.
- [15] 安琪, 高健, 廖荣丰. 抗 VEGF 治疗糖尿病性黄斑水肿短期内黄斑区视网膜厚度光感受器层连续性及血流密度变化[J]. 安徽医学, 2020, 41(5):515-518.
- [16] 孙大量. 阿司匹林联合雷珠单抗治疗对糖尿病视网膜病变患者临床效果及视力水平的影响[J]. 中国医学创新, 2021, 18(25):65-69.
- [17] 范丽英, 张昊. 玻璃体注射抗 VEGF 药物联合白内障超声乳化术治疗糖尿病性黄斑水肿疗效分析[J]. 临床和实验医学杂志, 2018, 17(6):624-626.
- [18] 张祺, 段清平, 马培茹, 等. 阿柏西普 T&E 方案与雷珠单抗 3+prn 方案治疗初发 DME 的回顾性对照研究[J]. 中国医院药学杂志, 2021, 41(21):2213-2216.
- [19] 沈华墨, 高志勇. 雷珠单抗与康柏西普玻璃体注射治疗糖尿病性黄斑水肿疗效比较[J]. 中国药业, 2021, 30(22):113-116.

(收稿日期:2022-08-16 修回日期:2022-12-16)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.05.024

认知行为干预联合阿立哌唑对抽动障碍患儿的临床疗效观察*

罗 叶, 胡春华, 张萍萍, 刘雪琴, 谢 莹, 熊琼萍, 邱甜甜
江西省赣州市第三人民医院儿科, 江西赣州 341000

摘要:目的 观察认知行为干预联合阿立哌唑在抽动障碍患儿中的应用效果。方法 选取 2020 年 10 月至 2021 年 10 月该院收治的 80 例抽动障碍患儿作为研究对象, 采用随机数字表法将其分为研究组和对照组, 各 40 例。所有患儿均进行心理治疗、综合治疗, 对照组在此基础上服用阿立哌唑, 研究组在对照组基础上联合认知行为干预, 两组均治疗 10 周。比较两组治疗前及治疗 10 周后的耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)评分及抽动症状评分, 比较两组临床疗效及干预期间的不良反应[不良反应量表(TESS)评分及不良反应表现]。结果 治疗 10 周后, 两组 YGTSS 评分及抽动症状评分均较治疗前降低, 且研究组低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。研究组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组不良反应总发生率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 研究组 TESS 评分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 认知行为干预联合阿立哌唑治疗抽动障碍患儿可提高临床疗效, 减轻药物不良反应。

关键词:抽动障碍; 认知行为干预; 阿立哌唑; 耶鲁综合抽动严重程度量表

中图分类号: R749.94

文献标志码: A

文章编号: 1672-9455(2023)05-0679-04

抽动障碍主要发生于儿童及青少年群体, 患儿总体预后相对良好, 病情可随年龄增长或脑部发育完善而减轻, 但仍有部分患儿症状可持续至成年, 甚至伴随终生, 影响其生存质量^[1]。阿立哌唑为非典型抗精

神病药物, 对精神疾病患者阳性、阴性症状均有显著疗效, 在治疗多种精神疾病方面已得到临床认可^[2]。但由于患儿缺乏疾病防护意识, 部分家属也对抽动障碍缺乏一定认知, 从而导致较多患儿治疗依从性较

* 基金项目:江西省卫生健康委员会科技计划项目(202212292)。

差,影响药物治疗效果。因此,治疗期间需采取一定的干预措施提高患儿及其家属对疾病的认知程度,以提高治疗依从性。认知行为干预是一组通过改变认知而消除不良情绪和行为的干预方法,有利于提高患儿疾病认知程度,促进其健康行为,从而提高治疗依从性^[3]。鉴于此,本研究探讨认知行为干预联合阿立哌唑在抽动障碍患儿中的应用效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2020 年 10 月至 2021 年 10 月收治的 80 例抽动障碍患儿作为研究对象。采用随机数字表法将 80 例患儿分为研究组和对照组,各 40 例。研究组中男 28 例,女 12 例;年龄 6~11 岁,平均(8.62±0.32)岁;病程 1~4 年,平均(2.55±0.24)年。对照组中男 30 例,女 10 例;年龄 6~12 岁,平均(8.74±0.35)岁;病程 1~4 年,平均(2.62±0.25)年。两组性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准,患儿家属均签署知情同意书。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:抽动障碍符合相关诊断标准^[4];在本院儿科接受相关治疗;患儿智力正常、交流能力正常;耶鲁综合抽动严重程度量表(YGTSS)评分 <50 分^[5];头颅 CT、MRI 检查脑组织发育正常。(2)排除标准:合并脑部恶性肿瘤、颅脑损伤;合并先天性神经发育迟缓;合并其他精神、心理疾病;合并癫痫;合并肢体功能障碍。

1.3 方法

1.3.1 对照组干预方法 所有患儿均进行心理治疗、综合治疗,对照组在此基础上服用阿立哌唑(浙江华海药业股份有限公司,国药准字 H20203074,规格:每片 5 mg)治疗,用法用量:初始计量为每次 1.5~2.5 mg,1 次/天,若治疗 2 周患儿症状未缓解可增加剂量至 5~20 mg/d,治疗期间视锥体外系反应(EPS)可适量服用盐酸苯海索片(天津力生制药股份有限公司,国药准字 H12020224,规格:每片 2 mg),共治疗 10 周。

1.3.2 研究组干预方法 在对照组治疗基础上,研究组在治疗期间采用认知行为干预。(1)成立干预小组:由儿科主治医师、心理咨询师及若干名责任护士组成干预小组,小组成员定期接受相关培训,提高自身专业能力。(2)干预措施实施:认知行为干预包括与患儿建立信任关系、帮助患儿识别负性自动思维与行为,通过指导及练习使患儿建立新的认知模式,以促进其行为改变。①第 1 周与患儿建立交流,引导患儿自我介绍,了解其家庭基本情况,向患儿家属讲解认知行为干预的理念、目的及意义,与家属和患儿建立信任关系。②第 2 周全面掌握患儿和家属对抽动障碍的认知情况及抽动障碍对患儿生活的影响,评估分析目前存在的问题,通过发放健康教育资料,提高患儿及家属对抽动障碍的认知程度。③第 3 周引导

患儿观察并评估自身的负性自动思维,指导其对生活重新进行评价,纠正患儿认知偏差,帮其建立新的认知模式。④第 4 周练习使用思维表记录并分析负性自动思维,由心理咨询师通过重归因法引导患儿纠正负性思维。⑤第 5 周评估患儿和家属的重要生活事件、社交网络及应对方式,与其探讨认知与行为的关系,识别出目前不良行为,并纠正不良行为,为患儿建立积极应对方式,并与患儿和家属共同制订干预计划。⑥第 6 周评估患儿治疗依从性、治疗获益情况,对于依从性较差的患儿应积极探究可能因素并制订改进措施,以提高患儿治疗依从性。⑦第 7、8 周向患儿和家属讲解抽动障碍病情复发的防治,并巩固前期干预效果,以提高患儿和家属的疾病认知水平。⑧第 9、10 周通过电话随访形式了解患儿康复进程,以电话或视频形式监督患儿行为,对于居住距离较近的家庭,可进行一次家庭随访,以评估患儿病情康复情况,制订后续的治疗方案。

1.4 观察指标 (1)YGTSS 评分:包括运动性抽动、发声性抽动和综合性损伤评分之和。运动性抽动、发声性抽动包括抽动次数、抽动强度、抽动频度、复杂程度、干扰程度 5 个维度,采用 Likert 6 级计分法(0~5 分),得分越高表明症状越严重;综合性损伤评分为 0~50 分,每 10 分为 1 个等级,0 分表示无损伤,得分越高表明损伤越严重。(2)抽动症状评分:采用医院自制量表(该量表 Cronbach's α 为 0.815,分半信度为 0.821)对患儿抽动症状进行评分,总分 0~18 分,0 分为无抽动症状,18 分为重度抽动症状,分值越高提示抽动症状越严重。(3)疗效判断标准:治疗 10 周时,根据 YGTSS 评分减分率[减分率=(治疗前 YGTSS 评分-治疗后 YGTSS 评分)/治疗前 YGTSS 评分 \times 100%]评估两组治疗有效率,治愈为患儿症状完全消失,减分率 $\geq 95\%$;显效为患儿症状显著改善,减分率 67%~ $<95\%$;有效为患儿症状好转,减分率 33%~ $<67\%$;无效为患儿症状未改善或加重,减分率 $<33\%$ 。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。(4)不良反应:治疗期间,采用不良反应量表(TESS)评估两组不良反应^[6]:量表共 36 项症状条目,其中 34~36 项为不良反应条目,各条目采用 Likert 5 级计分法(0~4 分),得分越高表明不良反应越严重。主要观察的不良反应表现包括 EPS、体质量增加、神经系统症状(如头痛、嗜睡等)。

1.5 统计学处理 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析。计数资料以例数或率表示,组间比较采用 χ^2 检验,等级资料比较采用秩和检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后 YGTSS 评分及抽动症状评分比较 治疗 10 周后,两组 YGTSS 评分及抽动症状评分

均较治疗前降低,且研究组低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组治疗前后 YGTSS 评分及抽动症状评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	YGTSS 评分		抽动症状评分	
		治疗前	治疗 10 周后	治疗前	治疗 10 周后
研究组	40	30.22±2.44	12.45±1.28 ^a	16.26±1.45	6.18±0.68 ^a
对照组	40	30.86±2.52	15.62±1.56 ^a	16.35±1.58	7.54±0.74 ^a
t		1.154	9.935	1.445	8.559
P		0.252	<0.001	0.152	<0.001

注:与同组治疗前比较,^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组临床疗效比较 研究组治疗总有效率高于

对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
研究组	40	12(30.00)	18(45.00)	7(17.50)	3(7.50)	37(92.50)
对照组	40	8(20.00)	12(30.00)	10(25.00)	10(25.00)	30(75.00)
Z/ χ^2			2.210			4.501
P			0.027			0.034

2.3 两组不良反应比较 两组不良反应总发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);研究组 TESS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组不良反应比较

组别	n	EPS[n(%)]	体质量增加[n(%)]	神经系统症状[n(%)]	总发生[n(%)]	TESS 评分($\bar{x} \pm s$, 分)
研究组	40	0(0.00)	0(0.00)	2(5.00)	2(5.00)	2.35±0.22
对照组	40	1(2.50)	2(5.00)	1(2.50)	4(10.00)	2.74±0.26
χ^2/t					0.642	7.242
P					0.423	<0.001

3 讨 论

调查显示,抽动障碍不仅影响患儿躯体发育,还可诱发焦虑、自卑、恐惧等消极情绪,从而影响患儿社交和生活,不利于患儿身心健康。多巴胺(DA)过度激活被认为是抽动障碍的主要发病机制,可导致中枢神经 DA 功能紊乱,从而诱发抽动症状^[7]。因此,改善 DA 水平是治疗抽动障碍的关键。

阿立哌唑是一种选择性多巴胺 D2 受体激动剂,可通过与 DA 受体相结合并维持中枢神经系统 DA 功能稳定,从而改善 DA 功能,减轻 DA 过度激活所致的抽动症状^[8]。此外,阿立哌唑还可增强 5-羟色胺 1A 受体活性,拮抗 5-羟色胺 2A 受体活性,从而维持神经系统平衡,改善神经功能紊乱,减轻抽动障碍相关症状。但由于较多患儿缺乏疾病认知且在治疗期间依从性较差,在接受长期药物治疗时常出现治疗中断现象而影响治疗效果。因此,治疗同时仍需给予一定的护理干预,提高患儿治疗依从性。

认知行为干预是一种心理干预方法,通过心理干预、认知重建等方式减轻患儿心理负担,纠正错误认知,从而促进患儿健康行为,提高治疗依从性^[9]。本研究结果显示,研究组治疗 10 周后 YGTSS 评分及抽动症状评分均低于对照组($P < 0.05$),治疗总有效率高于对照组($P < 0.05$),分析原因在于:认知行为干预通过评估患儿及家属对疾病的认知程度,以制订认知干预措施,利于纠正其错误观点和不良行为,从而提高患儿及家属对疾病的认知程度,了解治疗的重要性;此外,还通过纠正患儿负性思维,帮助其建立正确的认知观,促进其健康行为改变,积极配合治疗工作,

利于维持长期治疗,从而提高治疗效果。本研究还发现,实施认知行为干预可减轻阿立哌唑药物不良反应。究其原因可能为:认知行为干预可改善药物治疗效果,利于减少药物使用剂量,从而减轻药物不良反应。但本研究样本量较少,研究结果有待后续进行大样本量的多中心研究进行验证。

综上所述,认知行为干预联合阿立哌唑治疗抽动障碍患儿可提高临床疗效,减轻药物不良反应。

参考文献

- [1] 刘海玲,刘小红,杨永华. 儿童抽动障碍近 5 年国内外研究论文的可视化研究[J]. 中国儿童保健杂志, 2020, 28(12):1363-1358.
- [2] 刘洁,王婷婷,刘小翠,等. 阿立哌唑联合文拉法辛对精神分裂症阴性症状的治疗研究[J]. 精神医学杂志, 2017, 30(6):446-448.
- [3] 张岩,曹江,徐伟杰,等. 团体认知行为干预对儿童青少年情绪障碍的效果观察[J]. 中华行为医学与脑科学杂志, 2018, 27(5):450-454.
- [4] 中华医学会儿科学分会神经学组. 儿童抽动障碍诊断与治疗专家共识(2017 实用版)[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2017, 32(15):1137-1140.
- [5] 刘秀芳,黄勇生,高翠琴. 耶鲁氏整体严重度评分在不同诱因抽动障碍中的诊治作用研究[J]. 临床医学工程, 2016, 23(6):725-726.
- [6] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙:湖南科学技术出版社, 2003:81-201.
- [7] 赵靖平,孙梦夕. 多巴胺与精神活动[J]. 中华精神科杂志, 2019, 52(4):287-289.
- [8] 景兰,任瑞. 阿立哌唑与硫必利对抽动障碍患儿的有效性

比较[J]. 中国医师杂志, 2020, 22(9): 1401-1403.

生物医学进展, 2021, 21(10): 1934-1937.

[9] 韩焱, 李敬娴, 杨欣伟, 等. 阿立哌唑结合心理行为疗法治疗儿童抽动障碍的疗效及对血流动力学的影响[J]. 现代

(收稿日期: 2022-09-11 修回日期: 2022-12-28)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2023. 05. 025

健康信念及家庭功能对慢性阻塞性肺疾病患者病情控制的影响*

施建英

抚州健强第五医院心内科, 江西抚州 344000

摘要:目的 探讨健康信念及家庭功能对慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者病情控制的影响。方法 采用方便抽样法, 抽取 2019 年 5 月至 2021 年 12 月该院呼吸内科收治的 COPD 患者 128 例为研究对象。采用 COPD 评估测试(CAT)问卷评估患者病情控制情况, 根据 CAT 评分将患者分为完全控制组(CAT 评分 0~10 分)、部分控制组(CAT 评分 >10~20 分)、未控制组(CAT 评分 >20~40 分)。采用 Champion 健康信念模型量表(CHBMS)评估患者的健康信念。采用家庭功能量表(FAD)评估患者的家庭功能。采用 Pearson 相关分析 COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 评分及 FAD 评分的相关性。结果 根据 CAT 评分, 将 COPD 患者分为完全控制组 38 例, 部分控制组 42 例, 未控制组 48 例, 患者病情总体控制率为 62.50%。不同 COPD 控制情况患者 CHBMS 各项评分及总评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。不同 COPD 控制情况患者 FAD 各项评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。Pearson 相关分析结果显示, 除严重性及易感性评分外, COPD 患者 CAT 评分与 CHBMS 中的障碍认知、自我效能、健康动力、益处评分及总评分均呈负相关($P < 0.05$), 而 CAT 评分与 FAD 各项评分均呈正相关($P < 0.05$)。结论 COPD 患者健康信念及家庭功能与患者病情控制情况关系密切, 临床在对 COPD 患者进行疾病管理的同时应指导患者提升健康信念, 帮助患者改善家庭功能。

关键词:慢性阻塞性肺疾病; 健康信念; 家庭功能; 病情控制

中图分类号:R473.5

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)05-0682-04

慢性阻塞性肺疾病(COPD)是由多种炎症细胞因子介导的气道慢性炎症反应性疾病, 患者表现为急性发作期呼吸困难、气道高反应性及运动耐受能力下降, 严重影响患者生活质量^[1]。积极控制 COPD 患者病情对改善患者预后, 提高患者生活质量具有积极意义^[2]。然而, COPD 病情控制情况除了与治疗方案有关外, 还与患者心理因素、家庭功能及家庭环境有密切联系^[3]。研究指出, 良好的家庭功能及环境可给予患者足够的情感支持, 有利于患者病情控制, 促进患者身心健康^[4]。由于 COPD 为伴随患者终生的慢性疾病, 患者需要长期服药治疗, 而治疗期间家庭成员给予患者足够的情感支持及参与疾病管理将有助于改善患者遵医行为, 有利于患者病情控制^[5]。因此, 本研究通过对 COPD 患者健康信念及家庭功能与病情控制的关系进行探讨, 了解其相互关系, 以期对 COPD 患者病情控制提供指导, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用方便抽样法, 抽取 2019 年 5 月至 2021 年 12 月本院呼吸内科收治的 COPD 患者 128 例为研究对象。纳入标准: 符合 COPD 诊断标准^[6]; 经治疗后病情稳定; 无沟通障碍、认知功能障碍、读写障碍或精神类疾病; 愿意积极配合本研究。排除标

准: 合并其他呼吸系统疾病, 如哮喘、肺部感染或呼吸道狭窄等; 合并心、肝、肾等脏器功能不全; 中途退出研究。纳入患者对本研究内容知情同意。

1.2 方法

1.2.1 基本资料调查 采用自拟的《COPD 患者基本资料调查问卷》进行调查, 内容包括患者性别、年龄、病程、学历、家庭经济收入、医疗支付方式、婚姻状况等。

1.2.2 病情控制情况 采用 COPD 评估测试(CAT)问卷^[7]进行评价, 该问卷包括 8 个条目, 每个条目 1~5 分, 总评分 0~40 分, 分值越高提示患者病情控制越差。根据 CAT 评分将患者分为完全控制组(CAT 评分 0~10 分)、部分控制组(CAT 评分 >10~20 分)、未控制组(CAT 评分 >20~40 分)。患者病情总体控制率 = (完全控制例数 + 部分控制例数) / 总例数 × 100%。

1.2.3 健康信念 采用 Champion 健康信念模型量表(CHBMS)^[8]进行评价, 量表包括益处、严重性、障碍认知、自我效能及健康动力 6 个维度, 合计 36 个条目, 每个条目采用 Likert 1~5 级评分法, 总评分 36~180 分, 评分越高说明患者健康信念水平越高, 该量表 Cronbach's α 系数为 0.812~0.892, 信度系数为 0.795~0.903, 提示量表信效度理想。

* 基金项目: 江西省抚州市科技计划项目[抚科计字(2021)21 号序列号 89]。