

临床诊断与治疗杂志

Journal of Clinical Diagnosis and Treatment

主编

廖丹颖博士、副教授、副主任

华中科技大学同济医学院附属协和医院



Asia Pacific Science Publications Co. Ltd.

亞太科學出版社

《临床诊断与治疗杂志》

Journal of Clinical Diagnosis and Treatment

2025 年第 2 期，双月刊

主办单位：亚太科学出版社（ASIA PACIFIC SCIENCE PUBLICATIONS COMPANY LIMITED）

编辑出版：亚太科学出版社（中国香港）、《临床诊断与治疗杂志》编辑部

国际发行：亚太科学出版社数字发行中心

国际统一刊号：ISSN（网络版）：3079-8361；ISSN（印刷版）：3079-8353

主 编：廖丹颖（华中科技大学同济医学院协和医院）

副 主 编：吴子健（广州医科大学） 李宏元（衡水市人民医院）

出版总监：张述之

学术编辑：杨 斌 卢成伟

责任编辑：刘欣洋 汪朝阳 卢志强 聂志成 阳 萧

校对编辑：严丽萍

排版编辑：闫 瑾

美术编辑：闫丽荣

市场编辑：

网 址：<http://www.apspublisher.com/>

邮 箱：editor.fcdt@apspublisher.com

地 址：中国香港屯门工业大厦 B3.07/F 20 号（07/F TUEN MUN IND CTR NO 2 SAN PING CIRCUIT TUEN MUN, HONG KONG, CHINA）

《临床诊断与治疗杂志》是一份国际性、同行评审、开放获取的杂志，致力于推动各专业的临床医学研究。旨在报道临床医学研究成果及实践经验，以及对临床、护理工作有指导作用的理论研究，以期为广大科研及医务工作者提供一个发表高质量原创研究、综述和临床研究的平台，以促进对医疗实践、治疗创新和医疗成果的理解。

常设栏目：本刊特稿、专家论坛、中国医学、中外医学交流、论著、综述讲座、诊疗新技术、药物与临床、经验体会、护理天地、病例报告等。

版权声明：本刊已许可中国学术期刊（光盘版）电子杂志社在中国知网及其系列数据库产品中以数字化方式复制、汇编、发行、信息网络传播本刊全文。本刊发表的所有文字、图片、商标和其他相关资料均符合知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议，允许以任何方式分享与复制，只需要注明原作者和文章来源，并禁止将其用于商业目的。所有条款、版权、商标和其他相关材料，也同时受中国香港法律和其他相关法律法规的管辖及保护。作者向本刊提交文章发表的行为即视为同意我刊上述声明。

《临床诊断与治疗杂志》

Journal of Clinical Diagnosis and Treatment

2025 年第 2 期，双月刊 2025 年 6 月 15 日出版

目 录

医药联合药学门诊模式中儿童炎症性肠病个体化用药管理实践

/ 唐诗慧 孙燕燕 谢栋 · 1 ·

个体化护理联合同伴教育对门诊耐多药肺结核患者的干预效果观察

/ 李红霞 董智敏 · 7 ·

健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通对发热门诊患者心理状态及满意度的影响研究

/ 宋守琴 · 13 ·

精神分裂症和双相情感障碍患者认知功能比较分析

/ 唐菲 · 18 ·

医药联合药学门诊模式中儿童炎症性肠病 个体化用药管理实践

唐诗慧 孙燕燕 谢栋

(1. 天津市儿童医院 / 天津大学儿童医院药剂科, 天津 300074; 2. 天津医科大学总医院药剂科, 天津 300052)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: **目的:** 探讨临床药师通过医药联合药学门诊模式进行药学实践对儿童炎症性肠病 (inflammatory bowel disease, IBD) 发挥的作用。**方法:** 临床药师参与 1 例激素治疗效果不佳的儿童 IBD 患者的全程管理, 建议采用英夫利西单抗 (Infliximab, IFX) 诱导缓解, 并通过药学门诊实施用药监护与随访。**结果:** 患者输注 IFX 后, 症状逐步好转, 药师依托药学门诊从用药教育、不良反应监测与管理、营养支持、随访等方面进行管理, 患儿治疗期间未发生严重的不良反应。**结论:** 医药联合药学门诊模式下, 临床药师的全程化管理可优化 IBD 患儿用药安全, 改善长期预后及生活质量。

关键词: 药学门诊; 炎症性肠病; 临床药师; 英夫利西单抗

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i2.366>

一、病例资料

患者, 男, 12 岁, 身高 145cm, 体重 27.6kg, 低于同年龄体重 5% 位, 营养不良。主诉“腹痛 3 月、腹泻、脓血便 1 月”。患儿既往体健。预防接种史: 卡介苗 (+)、麻疹 (+)、百白破 (+)、乙肝 (+)。父、母亲体健, 否认溃疡病家族史。入院查体右下腹轻压痛, 无反跳痛及肌紧张。B 超示肠壁增厚, 立位腹平片未见异常。血常规: Hgb 88g/L (贫血 中度), WBC $8.52 \times 10^9/L$, ALB 24.7 g/L, (低蛋白血症)。粪便钙卫蛋白: $724 \mu g/g$, CRP 17mg/L。小肠 MR 示右下腹部末端回肠及部分升结肠管壁明显增厚、管腔变窄伴周围渗出。便艰难梭菌阴性, T-SPOT 阴性, 便钙卫蛋白 $542.51 \mu g/g$ 。儿童克罗恩病活动指数 PCDAI (Crohn's Disease Activity Index) 评分 35 分, 肠镜检查及病理示炎症性肠病: 克罗恩病 (Crohn's disease, CD), 中度活动期。初始治疗方案为甲泼尼龙琥珀酸钠 30mg/d 联合美沙拉嗪 50mg/kg/d。治疗一

作者简介: 唐诗慧, 主管药师, 研究方向: 消化疾病临床药学研究; 谢栋, 副主任药师, 研究方向: 临床药学转化研究和消化疾病临床药理。

基金项目: 北京生命绿洲公益服务中心临床研究项目 (CPHCF TJYD-04280038)

周后,患儿体温正常,症状腹痛缓解,大便为黄色稀糊便,无粘液及脓血便,2-3次每日,复查血常规无异常,无其他伴随症状。患儿病情好转准予出院。嘱患儿口服醋酸泼尼松片 35mg/d 一周,以后每周减量 5mg,直至日剂量降至 20mg;然后再每周减量 2.5mg,直至停用,总疗程 2~3 个月。

二、临床药师在儿童炎症性肠病医药联合 / 药学门诊的药学服务实践

(一) 病情评估

患儿服用醋酸泼尼松片减量至 25mg/d 时,再次出现腹痛、腹泻(8-10 次每日)、脓血便,于医药联合门诊就诊。复查血常规:Hb 98g/L, WBC $15.25 \times 10^9/L$; CRP 29mg/L, ESR 45mm/h; 粪便钙卫蛋白: $675 \mu g/g$, 炎症指标升高,提示患儿对激素有依赖性,醋酸泼尼松减量过程中,患儿临床症状复发,激素治疗效果不佳。

(二) 治疗方案制定

考虑患儿年龄小,营养不良,药师建议转换为生物制剂治疗。英夫利西单抗(Infliximab, IFX)是我国目前唯一获准用于 6 岁及以上儿童 CD 治疗的抗肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 生物制剂^[1-2]。该药物为人鼠嵌合型单克隆抗体,可特异性高亲和力结合 TNF- α 的可溶性及跨膜形式,通过竞争性抑制 TNF- α 与其受体的结合,从而使 TNF 失去活性^[3]。研究表明 IFX 在 CD 的诱导缓解和维持缓解治疗中有效且安全性较高^[4],适用于中重度活动期或对糖皮质激素耐药的活性 CD 的诱导及维持治疗。拟使用 IFX, 医生采纳建议。IFX 的用药方案:按照 5mg/kg 的剂量,在第 0、2、6 周诱导治疗,之后每 8 周维持治疗。继续使用美沙拉嗪(50mg/kg/d),辅以益生菌调节肠道菌群。

(三) 用药教育

临床药师依托药学门诊需构建以 IBD 患儿为中心的结构化用药体系建设,主要围绕强化用药宣教、实施精准化管理策略,对提升患儿用药依从性、增强合理用药意识发挥着关键作用。以本患儿为例,在确定用药方案后,临床药师于门诊开展系统的用药教育,详细讲解其通过特异性结合肿瘤坏死因子- α (TNF- α) 阻断炎症反应的作用机制,明确诱导缓解与维持缓解的治疗目标。此外,针对输液反应(如寒战、发热、皮疹)及感染风险增加等潜在不良反应进行充分告知,并着重强调诱导期规律用药对维持有效血药浓度的重要性。5-氨基水杨酸(5-ASA)作为 IBD 药物治疗的基石,临床药师向家长及患儿明确阐述其需长期用药的特殊性,多数患儿疗程可达 3~5 年甚至需终身服用,因此提升用药依从性,减少随意停药和毫无根据地自行减药是非常必要的。

在依从性管理实践中,临床药师引入 Morisky 用药依从性量表(MMAS-8)进行量化评估。该量表包含 8 个条目,从是否漏服药物、是否自行停药、是否因症状改善而停药等维度进行评分,满分为 8 分,得分越高表明依从性越好。临床药师在患儿首次就诊、用药 3 个月及每 6 个月随访时,通过面对面访谈或电话随访完成量表测评,并建立动态评估档案。依据评分结果制定分层干预策略:对于评分 ≥ 6 分的患儿,临床药师对其进行正向强化教育;评分 < 6 分者,则开展一对一深度用药指导,分析依从性不佳原因并制定个体化改进计划,持续跟踪评估干预效果。该患儿整体用药依从性良好, Morisky 评分多处于 1~3 分范围内,仅在学业忙碌如期末考试和寒假旅行过程中出现忘记服用美沙拉秦缓释颗粒的情况。临床药师再次告知患儿及家长 IBD 治疗具有长期性,需坚持规律用药,切不可随意减少药量或停药以防疾病复发。药师建议可通过手机闹钟提醒用药、家属协助监督用药等方式减少漏服药情况。由于美沙拉秦缓释颗粒剂顿服与分次服用具有相似的疗效及安全性,顿服具有更好的依从性^[5]。因此,药师建议将美沙拉秦缓释颗粒用药方案由调整为 0.5 g/次, 3 次/d, 改为 1.5g/次, 1 次/d。患儿依从性提高,在随后 2 个月的时间内未再出现漏服药物的情况出现。

线上学习作为创新服务模式,临床药师为患儿家长精准推荐专业科普公众号等。如“医学界消化肝病频道”定期发布 IBD 治疗新进展、用药注意事项等科普文章;“肠常久久”“爱在延长炎症性肠病基金会”等公众号定期推送图文学习资料、患者心路历程等。临床药师还建立了 IBD 患儿用药管理微信群,定期推送患教资料,解答用药疑问,实现实时互动与个性化指导。此外,鼓励患者参加线下科普讲座、义诊等活动,通过线上线下相结合的模式,为患儿及家长构建全方位、多层次的交流学习,显著提升其疾病认知水平与用药依从性。

(四) 不良反应监测与管理

感染是使用 IFX 治疗 IBD 时最主要的安全性考虑因素。IFX 治疗前需完善机会性感染和活性感染的筛查,严格排除禁忌症,并在用药期间密切监测感染和肿瘤等的发生。

启动 IFX 治疗前,临床药师需全面评估感染风险,包括审查病史(详细询问结核病史和乙肝病史),检查胸部影像学、结核菌素试验,筛查血清乙型肝炎病毒(hepatitis B virus, HBV)标志物和肝功能,并对乙肝表面抗原(hepatitis B surface antigen, HBsAg)阳性、乙肝核心抗体阳性者定量检测 HBV DNA。还需考虑水痘-带状疱疹病毒和 EB(Epstein Barr virus, EBV)病毒检测;询问患儿疫苗接种情况;了解恶性肿瘤病史;询问免疫治疗史和免疫疾病史;检查血常规、肝肾功能和血脂等。

IFX 治疗期间,临床药师依托医药联合门诊/药学门诊对患儿进行密切监护,应确保患儿每年至少进行 1 次结核病风险评估,若发现活动性结核,需即刻停用 IFX,并开展规范的抗结核治疗。研究表明,IFX 存在引发 IBD 患者 HBV 再激活的风险^[6]。对于 HBsAg 阴性、乙肝核心抗体阳性的患儿,如 HBV DNA 阴性,需每 3 个月监测 HBV 血清学标志物和 HBV DNA,一旦 HBV DNA 或 HBsAg 转为阳性,需立即启动抗病毒治疗。

(五) 营养支持

营养不良在 IBD 患儿中普遍存在,活动性疾病多见,克罗恩病多于溃疡性结肠炎。IBD 患儿营养不良发生机制一般是多因素的,包括食欲下降、高代谢状态、肠道吸收不良、饮食限制、药物及手术的副反应等^[7]。IBD 患儿作为营养不良的高风险人群,在医药联合/药学门诊,临床药师对每一个 IBD 患儿积极进行营养风险筛查与营养状况评估。

使用儿科营养不良评估筛查工具(Screening Tool for the Assessment of Malnutrition in Pediatrics, STAMP)评估 IBD 患儿营养状况,主要包括患儿的详细病史、膳食调查、生长情况等。该患儿评分 8 分,营养高风险,对于存在营养风险的患者,及时的评估及给予营养支持治疗是改善其预后的关键。全肠内营养(exclusive enteral nutrition, EEN)是轻中度 CD 患儿的一线治疗方案^[8],用于诱导缓解并改善营养状况。ESPEN 建议一般 IBD 患者能量推荐为 30~35kcal/kg·d,其认为包括儿童、青少年在内的急性重症期 IBD 患者炎症活动造成的静息能量消耗(REE)增加与体力活动的减少相互抵消,因此 IBD 患者的能量需求与健康人群相似^[7]。

对于肠道病变并不严重的 IBD 患者,基于卫生经济学,可以选择性价比较高的整蛋白型或者短肽型肠内营养制剂进行肠内营养治疗^[9]。予患儿启动 ENN,该患儿每日需要约 1000kcal 热量,药师推荐每日服用 240g 短肽型营养素,分 4 次给予,每次将 60g 营养粉剂与适量温水混合,搅拌至完全溶解,最终配制成 200ml 溶液服用。监测患儿耐受情况,ENN 两周内患儿无恶心、呕吐、腹泻等情况,轻微腹胀,可耐受。ENN 持续 6 周,随后在 2~3 周逐渐引入低脂少渣饮食,患儿耐受后,每 3~4 d 逐步引入一种易消化食物,直至普通饮食^[10]。经营养支持治疗后,患儿目前体重已增长 4.8kg。

IBD 患儿中维生素和微量元素缺乏十分常见,尤其是铁、维生素 D、维生素 B12、叶酸、钙、锌等,

常受疾病分型、肠道受累位置、肠瘘及治疗药物等影响^[11]。患儿血清钙 1.9mmol/L, 25-羟维生素 D 含量 14 $\mu\text{g/L}$, 均低于正常水平。补充维生素 D 对 IBD 儿童患者的 25-羟维生素 D、钙和炎症指标 (包括 CRP 和 ESR) 水平具有有益的影响^[12]。药师建议该患儿补充钙剂 1200mg/d 和维生素 D 1000 U/d, 3 个月后评估治疗反应。

(六) 随访

长期监测客观指标和疗效评估有助于延缓疾病进程、预防疾病复发。生物制剂的疗效评估指标主要包括临床疾病活动度、内镜下病变范围、黏膜愈合情况以及血清或粪便炎症反应指标^[13]。每次输注 IFX 前, 应检查患儿血常规、C-反应蛋白、红细胞沉降率、便常规、大便培养、肝功能、肾功能等指标以评估患儿生命体征及疾病活动度。

药师建议所有的 IBD 患儿定期随访, 以便评估病情发展和及时调整治疗方案。活动期 IBD 患儿, 通常每 1~2 周随访一次, 内容包括临床症状缓解情况以及生长发育和营养状况评估。对于已处于缓解期进行维持治疗的 IBD 患儿, 每间隔 1~3 个月随诊^[14]。临床药师对所有使用生物制剂并在药学门诊随访的患儿建立表格管理, 良好的表格管理有利于全面了解患儿病情, 并能提升药学门诊沟通效率。

完整的随访对疾病优化管理至关重要, 近 1 年的时间对患儿进行多次随访, IFX 输注过程中患儿并未出现特殊不适。用药期间规律复查血常规、C-反应蛋白、红细胞沉降率、粪便钙卫蛋白、便常规、大便培养、肝功能、肾功能、电解质、凝血功能、肿瘤全项、游离甲功等无明显异常。2024 年 10 月, 复查肠镜示患儿处于克罗恩病缓解期, 病情稳定。目前患儿大便性状正常, 1 次/d, 无脓血、黏液。PCDAI 降至 10 以下, 达到临床缓解^[15]。

三、讨论

(一) 药学门诊和医药联合门诊

药学门诊, 又称药师门诊 (pharmacist-managed clinic, PMC)^[16]。2021 年国家卫生健康委发布的医疗机构药学门诊服务规范等 5 项规范 (国卫办医函〔2021〕520 号) 指出, 药学门诊是指医疗机构药师在门诊为患者提供的用药评估、用药咨询、用药教育、用药方案调整建议等一系列专业化药学服务^[17]。医药联合门诊 (Physician-Pharmacist Collaborative Clinic) 是指由医师与药师共同参与的多学科协作门诊模式, 通过整合医疗与药学专业优势, 为患者提供联合诊疗、用药方案制定、药物疗效与安全性监测、个体化用药指导等一体化服务, 旨在优化治疗效果、减少用药风险及医疗成本。美国卫生系统药师协会 (ASHP) 政策声明明确药师作为“医疗团队核心成员”的角色定位, 倡导建立医师-药师协作门诊 (Physician-Pharmacist Collaborative Practice), 尤其在慢病管理中实现治疗目标^{[18][19]}。儿科药学门诊 (Pediatric Pharmacist-Managed Clinic) 是药学门诊的专项分支, 主要是服务 18 周岁以下的患儿。

(二) 临床药师依托医药联合门诊 / 药学门诊为 IBD 患儿提供的药学服务

临床药师应注重知识的持续更新和专业技能的不断提高, 从门诊需求出发, 查阅相关文献、指南, 对其进行评价和综合分析, 寻求科学依据, 并转化为具有可行性和指导性的系统性意见及建议, 以达到最佳的药学门诊实践的目标。

儿童 IBD 患者 IFX 诱导及维持阶段有效谷浓度标准目前尚未制定, 一般参考成人, 国内指南推荐 IFX 有效谷浓度为 3~7 $\mu\text{g/ml}$ 。在有效谷浓度范围内, 药物浓度越高, 患儿临床结局越好^[20]。患儿第 4 次用药前进行主动治疗药物监测 (therapeutic drug monitoring, TDM), 谷浓度 5.64 $\mu\text{g/mL}$, 抗药抗体阴性, 按照既定药物治疗方案继续治疗。

关于 IBD 患儿何时进行 TDM, 不同国家和地区对 TDM 应用的指南或共识尚无统一论, 仍需更多研

究。从应用 IFX 治疗的费用、有效性及安全性考量,建议每年至少进行一次主动 TDM^[21]。维持期定期进行 TDM,可避免药物谷浓度下降,甚至产生抗药物抗体,有助于保护药物疗效。患儿 2025 年 2 月,再次出现腹泻次数增加(3-4 次)、脓血便,钙卫蛋白 97.6 $\mu\text{g/g}$, CRP 5.6 mg/L。再次进行血药浓度监测,结果:谷浓度 2.72 $\mu\text{g/mL}$,抗药抗体阴性,药师建议进行积极干预,缩短给药间隔为 6 周一次,以提高药物谷浓度。并在调整用药方案 4 周后复查谷浓度评估是否达标,同时监测疗效和安全性。用药 4 周后复查谷浓度结果为 4.86 $\mu\text{g/mL}$,患儿调整用药方案至今未发生严重感染,临床症状控制良好。

IFX 血药浓度监测是精准化治疗的核心环节,目标是通过调整剂量或方案,使谷浓度维持在有效治疗窗内,同时降低免疫原性和感染风险。临床药师根据监测结果调整治疗决策,在提高患儿的临床缓解率,减轻发生不良反应的风险等方面发挥重要作用。

IBD 患儿由于病程迁延、需长期反复接受门诊或住院治疗,导致患儿对疾病预后产生强烈的不确定感,进而降低治疗依从性,甚至诱发无助或绝望等负面心理状态,尤其是即将步入青春期的患儿。临床药师应具备同理心,能够换位思考和分析问题,认真倾听、表达尊重,理解病人的感受^[22]。鼓励患儿在和生活和学习中学会自我减压,在充分了解自身疾病的基础上,以正确的心态面对和接纳患病的事实。

(三) 药学门诊建设中的困难和挑战

药学门诊的信息化建设相对滞后,完善的信息系统可促进药学门诊服务的工作流程规范化,保障药学服务的效率和质量。应完备药学门诊信息化建设,开发适宜药师在门诊工作的信息系统和记录模块。

国家卫健委近年来发布的文件鼓励医疗机构开设药学门诊,但基层健康消费者对药学门诊的认知度仍然不高。各医疗机构和相关部门应加大药学门诊宣传力度,多角度、全方位宣传药学门诊的重要性和收费政策。未来应重点建设各专病药学服务门诊规范等。

通过药学门诊的干预,临床药师协助制定了从激素转换为生物制剂的个体化治疗方案,并提供了详细的用药教育和不良反应监测计划。儿童炎症性肠病医药联合 / 药学门诊实践为儿童 IBD 的治疗开辟了新的路径,在未来的研究和实践中,还需不断优化和完善这一模式,加强多学科协作,进一步改善儿童 IBD 患儿的生活质量和长期预后。

利益冲突

作者声明,在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 吴捷,孙梅. 儿童炎症性肠病的临床管理及治疗[J]. 中华实用儿科临床杂志, 2013, 28(7): 487-490. DOI:10.3760/cma.j.issn.2095-428X.2013.07.003.
- [2] 注射用英夫利西单抗说明书(核准日期:2007 年 02 月 15 日;修改日期:2024 年 03 月 01 日)[Z]. 西安杨森制药有限公司
- [3] 中国炎症性肠病诊疗质控评估中心,中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 生物制剂治疗炎症性肠病专家建议意见[J]. 中华消化杂志, 2021, 41(6): 366-378. DOI:10.3969/j.issn.1008-7125.2022.10.005.
- [4] Penagini F, Cococcioni L, Pozzi E, et al. Biological therapy in pediatric age[J]. Pharmacological Research, 2020, 161: 105120. DOI: 10.1016/j.phrs.2020.105120.
- [5] 门路,朱良如,付好,等. 美沙拉秦缓释颗粒剂顿服与分次服用治疗轻中度溃疡性结肠炎的临床随机对照研究[J]. 中华消化杂志, 2015, 35(8): 549-553. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1432.2015.08.010.
- [6] 舒慧君,李骥,杨红,钱家鸣. 免疫抑制治疗对 HBsAg 阳性炎症性肠病患者 HBV 再活动的影响[J].

- 胃肠病学和肝病学杂志,2016,25(10):1127-1131. DOI:10.3969/j.issn.1006-5709.2016.10.013.
- [7] Bischoff S C, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease[J]. Clinical Nutrition, 2023, 42(3): 352-379. DOI: 10.1016/j.clnu.2022.12.004.
- [8] Ruemmele F M, Veres G, Kolho K L, et al. Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn's disease[J]. Journal of Crohn's and Colitis, 2014, 8(10): 1179-1207. DOI: 10.1016/j.crohns.2014.04.005.
- [9] 中华医学会肠内肠外营养学分会, 中国医药教育协会炎症性肠病专业委员会. 中国炎症性肠病营养诊疗共识 [J]. 中华消化病与影像杂志 (电子版), 2021, 11(1): 8-15. DOI: 10.3877/cma.j.issn.2095-2015.2021.01.002.
- [10] 中华医学会儿科学分会消化组, 中华医学会儿科学分会临床营养学组. 儿童炎症性肠病诊断和治疗专家共识 [J]. 中华儿科杂志, 2019, 57(7): 501-507. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2019.07.002.
- [11] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组, 中华医学会肠外肠内营养学分会胃肠病与营养协作组, 中华医学会消化病学分会营养支持与治疗协作组. 炎症性肠病营养治疗专家共识 (第三版) [J]. 中华炎症性肠病杂志 (中英文), 2025, 09(1): 2-20. DOI: 10.3760/cma.j.cn101480-20241230-00148.
- [12] Sohoul M H, Farahmand F, Alimadadi H, et al. Vitamin D therapy in pediatric patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis[J]. World Journal of Pediatrics, 2023, 19(1): 48-57. DOI: 10.1007/s12519-022-00605-6.
- [13] 中国炎症性肠病诊疗质控评估中心, 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 生物制剂治疗炎症性肠病专家建议意见 [J]. 胃肠病学, 2022, 27(10): 601-614. DOI: 10.3969/j.issn.1008-7125.2022.10.005.
- [14] 中华医学会儿科学分会消化组, 中华医学会儿科学分会临床营养学组. 儿童炎症性肠病诊断和治疗专家共识 [J]. 中华儿科杂志, 2019, 57(7): 501-507. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2019.07.002.
- [15] Turner D, Griffiths A M, Walters T D, et al. Appraisal of the pediatric Crohn's disease activity index on four prospectively collected datasets: recommended cutoff values and clinimetric properties[J]. Official journal of the American College of Gastroenterology ACG, 2010, 105(9): 2085-2092. DOI: 10.1038/ajg.2010.143.
- [16] 张雪艳, 万和平, 何江江, 等. 药学门诊的现状及其国际经验 [J]. 卫生经济研究, 2021, 38(11): 26-29.
- [17] 国家卫生健康办公厅. 关于印发医疗机构药学门诊服务规范等5项规范的通知 [EB/OL]. (2021-10-13) [2022-05-14]. <http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/202110/f76fc77acd87458f950e86d7bc468f22.shtml>.
- [18] Jun J K. The role of pharmacy through collaborative practice in an ambulatory care clinic[J]. American journal of lifestyle medicine, 2019, 13(3): 275-281. DOI: 10.1177/1559827617691721.
- [19] Afanasjeva J, Burk M, Cunningham F, et al. ASHP guidelines on medication-use evaluation[J]. American Journal of Health-System Pharmacy, 2021, 78(2): 168-175. DOI: 10.1093/ajhp/zxaa393.
- [20] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病学组. 中国炎症性肠病治疗药物监测专家共识意见 [J]. 中华消化杂志, 2018, 38(11): 721-727. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1432. 2018.11.001.
- [21] Mitrev N, Leong R W. Therapeutic drug monitoring of anti-tumour necrosis factor- α agents in inflammatory bowel disease[J]. Expert Opinion on Drug Safety, 2017, 16(3): 303-317. DOI: 10.1080/14740338.2017.1269169.
- [22] 中国医学科学院北京协和医院, 美国中华医学基金会, 中国医院协会药事专业委员会. 中国临床药师核心胜任力框架专家共识 (2023) [J]. 协和医学杂志, 2023, 14(2): 257-265. DOI: 10.12290/xhyxzz.2023-0092.

个体化护理联合同伴教育对 门诊耐多药肺结核患者的干预效果观察

李红霞 董智敏

(安徽医科大学第四附属医院, 安徽巢湖, 238000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: **目的:** 探讨个性化护理策略与同伴教育相结合对门诊耐多药肺结核患者治疗效果的促进作用。**方法:** 以 2023 年 4 月至 2024 年 5 月期间于我院门诊就诊的 80 例耐多药肺结核患者作为研究样本, 采用随机分配的方式, 将这些患者划分为两组。干预组患者接受个性化护理与同伴教育相结合的综合干预措施, 而对照组患者则仅接受常规的护理服务。本研究旨在对比分析不同护理模式在临床实践中的应用成效。**结果:** 相较于对照组, 干预组在 SAS 和 SDS 的评分方面均显著较低 ($P < 0.05$); 干预组生活质量的各项评分均高于对照组 ($P < 0.05$); 与对照组相比, 干预组的疾病认知评分以及病灶吸收的总有效率均呈现出显著的提升 ($P < 0.05$)。**结论:** 个性化护理与同伴教育相结合的干预模式能显著促进门诊耐多药肺结核患者的病情好转, 为临床治疗提供了有益借鉴。

关键词: 个性化护理; 同伴教育; 门诊; 耐多药肺结核

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i2.440>

耐多药肺结核在临床实践中较为常见, 此类病症的治疗具有显著挑战性, 具体表现为治疗周期长、难度系数高以及经济负担沉重, 这些因素共同对患者生理与心理健康造成了深远且复杂的影响^[1]。为优化耐多药肺结核患者的治疗成效并加速其康复进程, 在精准制定药物治疗策略的同时亦需对护理实践提出更为精细化的要求。耐多药肺结核患者构成了一个具有特殊医疗需求的群体, 传统的护理模式已难以满足其特定需求^[2]。所以临床护理人员应当基于患者的独特心理状态与疾病特性, 制定并实施精准化的护理干预策略。此举旨在切实减轻患者的心理负担, 给予科学合理的饮食建议并监督患者按时、按量服用药物以全面促进患者的康复进程。同伴教育作为一种互动性角色扮演的护理模式, 在实施过程中借助角色模拟构建出轻松愉悦的交流环境, 激励患者主动投身于护理活动之中来显著提升患者对护理计划的遵循度^[3-4]。而个体化护理则侧重于通过对患者的具体情况来采用个性化的方法来唤起患者内在对抗疾病的勇气与信念进而辅助患者有效应对疾病挑战。本研究聚焦于评估个性化护理与同伴教育相结合的综合干预措施在耐多药肺结核患者群体中的应用成效, 现将具体研究结果阐述如下。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选取 2023 年 4 月至 2024 年 5 月期间，于我院门诊就诊的耐多药肺结核患者共计 80 例作为研究样本，并采用随机化方法将其划分为干预组与对照组。两组患者在基线资料方面未呈现出统计学差异 ($P>0.05$)，见表 1。

表 1 一般资料 ($\bar{x} \pm s$)

组名	例数	男 / 女 (例)	年龄 (岁)	BMI	病程 (月)
对照组	40	25/15	54.68 ± 4.52	24.23 ± 3.12	6.35 ± 1.25
干预组	40	26/14	54.14 ± 4.34	24.45 ± 2.98	6.74 ± 1.03
χ^2/t		0.254	0.352	0.154	0.271
P		0.652	0.254	0.501	0.316

纳入标准：确诊为耐多药肺结核的患者；患者具备一定的阅读理解和沟通能力，能够配合完成研究相关的问卷调查和评估；患者未曾参加过其他相关的肺结核干预研究。

排除标准：孕妇或哺乳期妇女；患者对研究中的药物或治疗方法有过敏史；患者在研究期间因各种原因退出治疗或失访；患者同时参与其他可能影响本研究结果的研究项目。

(二) 方法

对照组：对照组实施的是常规性护理措施。护理人员会向患者及其家庭成员分发与疾病相关的科普资料，细致入微地回应他们的各种疑问并持续监测患者的病情变化。

干预组：干预组患者采用个体化护理联合同伴教育，具体方法如下：(1) 同伴教育：①与病情得到有效控制的患者取得联系，在征得其明确同意后邀请其以“健康教育者”的身份参与并协助本次研究工作；②组织开展系列教育活动，由专业健康教育人员向患者全面阐述疾病的相关知识、拟定的治疗方案及其预后状况。同时结合自身治疗经历，分享在治疗过程中所遇到的实际问题、具体过程及应对方法并着重指出积极配合医疗措施与开展自我护理的重要性；③在健康教育者完成宣讲后，安排小组成员分享个人在治疗及护理过程中的见解并坦诚指出自身存在的错误行为。基于这些错误及存在的疑惑，小组成员共同提出改进目标以及明确自身应如何更好地配合治疗；④由活动组织者对每次教育活动进行全面评价，针对可能遗漏的重点内容进行补充讲解以助力患者形成对疾病的全面认知。本系列活动计划开展 4 至 6 次，在活动间隔期间，健康教育者通过电话与患者保持密切沟通来督促其积极接受治疗。(2) 个体化护理：①心理干预措施：护理人员应深入了解此类患者特有的心理状态，积极主动与患者展开沟通交流，向其详细阐释疾病特性、治疗流程以及可能达成的治疗预期等关键信息，从而助力患者以积极、乐观的精神面貌投身于治疗过程之中。②用药指导要点：护理人员需预先向患者说明治疗过程中可能出现的不良反应并着重强调患者不可擅自停止用药，若需调整药物剂量，务必及时与主管医生取得联系并进行沟通协商，切实避免患者自行停药的情况发生。③饮食指导建议：叮嘱患者多摄入富含高蛋白、高热量的食物，以此增强自身免疫力。并且患者应遵循定时、定量的饮食原则，对于伴有胃肠道反应的患者则建议采用少量多餐的进食方式并在饭后按时服药，之后注意适当休息。

(三) 观察指标

(1) 负面情绪状态：在护理介入初期及护理后分别重点关注焦虑与抑郁情绪。焦虑情绪采用焦虑状态量表 (SAS) 进行评估，而抑郁情绪则运用抑郁自评量表 (SDS) 进行衡量。依据这两个量表，焦虑情绪

的临界分数设定为 50 分，抑郁情绪的临界分数为 53 分，任何超过相应临界值的评分均被视为存在显著的负面情绪表现。

（2）疾病认知水平：采用本院自行设计的评估量表，对两组研究对象关于疾病的认知水平展开量化评估。该量表涵盖五个维度，每个维度均设定满分为 20 分。所得分数越高，表明研究对象对疾病的认知水平越高。

（3）生活质量：在护理介入前及护理后分别进行了一次调研，运用了世界卫生组织的生活质量评估量表（WHOQOL-BREF）作为测量工具，该量表涵盖 26 个评估项目，得分越高则直接反映受试者的生活质量状态越佳。

（4）病灶吸收状况：显著吸收被定义为病灶的吸收面积达到或超过其原始面积的五成；若病灶的吸收面积小于原始面积的五成，则称之为吸收；当病灶面积未呈现明显变化时，表述为不变；而病灶面积出现扩增的情形，则定义为恶化。

（四）统计学方法

采用 SPSS 26.0 进行统计学分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示；以 t 检验，计数资料以 % 表示，行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

二、结果

（一）对比分析两组患者的心理状况

干预组的 SAS 评分和 SDS 评分均显著低于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 2。

表 2 比较两组患者的心理状态 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	SAS 评分		SDS 评分	
	护理前	护理后	护理前	护理后
干预组 (n=40)	55.23 ± 2.75	39.23 ± 1.84	57.12 ± 3.03	41.36 ± 1.54
对照组 (n=40)	55.39 ± 2.56	45.29 ± 2.95	57.41 ± 2.91	47.35 ± 2.69
t	0.248	10.163	0.402	11.268
P	0.805	<0.05	0.688	<0.05

（二）对比分析两组患者的生活质量

干预组的生活质量各项评分均高于对照组，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 3。

（三）对两组患者的疾病认知水平进行对比

与对照组相比，干预组的疾病认知水平评分显著升高，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 4。

（四）对比分析两组患者的病灶吸收状况

与对照组相比，干预组的病灶吸收总有效率显著升高，差异具有统计学意义（ $P<0.05$ ），见表 5。

表 3 比较两组患者的生活质量 $(\bar{x} \pm s, \text{分})$

组别	生理功能		心理健康状况		精力水平		情感角色		社交功能	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
干预组 (n=40)	18.70 ± 3.15	42.69 ± 5.04	39.99 ± 3.67	55.35 ± 4.04	66.36 ± 4.95	82.33 ± 5.14	28.60 ± 4.12	46.35 ± 4.16	48.96 ± 3.55	63.55 ± 4.22
对照组 (n=40)	18.34 ± 3.60	34.80 ± 4.11	39.64 ± 3.56	49.63 ± 3.66	66.59 ± 5.14	74.34 ± 4.93	28.65 ± 3.65	39.62 ± 4.23	48.94 ± 3.14	56.39 ± 4.25
t	0.624	3.521	0.425	4.054	0.342	3.445	0.542	6.450	0.425	5.319
P	0.652	<0.05	0.732	<0.05	0.525	<0.05	0.242	<0.05	0.527	<0.05

表 4 比较两组患者的疾病认知水平 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	病因及危害		遵医治疗重要性		治疗方案		注意事项		病情观察随访	
	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
干预组 (n=40)	8.71 ± 1.33	14.31 ± 1.69	9.52 ± 1.17	15.11 ± 1.25	10.31 ± 1.08	15.17 ± 1.34	8.17 ± 1.09	15.30 ± 1.54	10.06 ± 1.18	15.66 ± 1.24
对照组 (n=40)	8.69 ± 1.41	12.16 ± 1.82	9.68 ± 1.20	13.06 ± 1.31	10.14 ± 1.06	13.52 ± 1.20	8.20 ± 1.14	11.69 ± 2.05	10.03 ± 1.24	13.59 ± 1.25
t	0.065	5.474	0.600	7.173	0.706	5.761	0.120	8.864	0.110	7.389
P	0.948	< 0.05	0.550	< 0.05	0.482	< 0.05	0.905	< 0.05	0.913	< 0.05

表 5 比较两组患者的病灶吸收状况 (n, %)

组别	显著吸收	吸收	不变	恶化	有效率
干预组 (n=40)	29 (72.50)	7 (17.50)	3 (7.50)	1 (2.50)	36 (90.00)
对照组 (n=40)	20 (50.00)	8 (20.00)	7 (17.50)	5 (12.50)	28 (70.00)
χ^2					6.362
P					<0.05

三、讨论

肺结核在我国的发生率相对较高且该疾病具有显著的传染性，其传统的主要传播途径为飞沫传播^[5]。患者通常需要长期接受抗结核药物及抗生素等治疗，而长期服用药物容易导致耐药性的产生从而进一步加大了临床治疗的复杂性和挑战性。据了解，耐多药肺结核已成为全球结核病防控工作的一大挑战，其治疗不仅难度高、周期长，而且治愈率相对较低^[6]。所以当前迫切需要采取切实有效的干预手段，以实现耐多药肺结核的有效治疗来遏制结核分枝杆菌的持续传播。传统常规护理模式往往仅聚焦于耐多药肺结核患者的疾病恢复状况，却未能充分考量患者心理、情感等因素对疾病预后可能产生的负面效应^[7]。随着护理理念的逐步革新以及科学研究的不断深入，众多学者日益认识到，耐多药结核病具有其独特的临床特征，而且由于肺结核具有较强的传染性，患者在工作与生活场景中常遭受他人的误解、歧视与排斥，这不仅对患者的生理机能构成损害，更对其心理状态造成沉重打击并致使患者陷入严重的负面情绪之中。在同伴教育干预过程中，主要通过邀请已治愈的患者分享自身经历来协助患者正确认知疾病本质^[8]。由于病友间具有相似的患病体验，这种共鸣能够显著拉近彼此的心理距离。借助教育者的详尽阐释，患者能够更为顺畅地接纳教育内容并主动配合护理工作的实施^[9]。个性化护理模式是基于患者的具体病情状况、个人特质以及生活环境等多维度因素，量身定制护理计划进而为患者的疾病缓解与康复进程筑牢根基。

研究结果表明，相较于对照组，干预组在病灶吸收方面的有效率呈现出显著优势（P<0.05）。在护理干预后，干预组的 SAS 及 SDS 评分均显著低于对照组（P<0.05）。这一数据说明个体化护理结合同伴教育的综合干预模式能够有效缓解患者的负面情绪，引导患者以更加积极、乐观的态度面对疾病并主动配合护理工作的实施。深入分析其背后的原因，同伴教育通过拉近与患者的心理距离来赢得了患者的信任。使患者更容易接受同伴分享的治愈经验，并因此受到激励来自觉督促自己积极参与护理过程。而个体化护理作为现代心理护理学的创新成果，教育者采用恰当的方式与患者沟通，协助患者回顾自身经历来激发其内在的不屈精神。这两种护理手段相结合产生了协同增效的作用，共同促进了患者的康复进程^[10-11]。研究结果显示，与对照组相比，干预组的疾病认知水平评分显著升高（P<0.05），这一结果表明个体化护

理联合同伴教育在提升门诊耐多药肺结核患者疾病认知水平方面发挥着重要作用。个性化护理可依据每位患者的独特情形,诸如文化环境、受教育水平、心理状况等来拟定具有针对性的健康教育规划,以此保障患者能够全面领会疾病的相关知识、治疗策略以及自我护理的关键要点^[12]。而同伴教育则通过组织有相同疾病经历的患者进行经验分享与交流,利用患者间的共鸣与信任,增强其对疾病治疗的信心与依从性并以更通俗易懂的方式传递疾病知识进而促进了治疗效果的提升与康复进程的加快。

耐多药肺结核患者若其伴随症状持续加剧,将会致使肺部器官功能遭受损害并且长期采用药物治疗容易引发耐药情况。在此情形下,患者极易出现严重的负面情绪进而以消极的态度面对生活。这不仅会降低治疗成效还会对患者的生活质量造成不良影响,因此针对此类患者实施相应的护理措施显得尤为必要^[13]。研究结果显示,干预组患者在各项生活质量评估指标上的得分均优于对照组($P<0.05$),这一结果表明将个性化护理与同伴教育相融合的综合干预模式可显著提升耐多药肺结核患者的生活品质。进一步剖析其内在机理可知常规护理通常聚焦于疾病本身的治疗环节,然而却在某种程度上忽略了对患者心理状况的关怀。而个体化护理作为一种现代化的心理干预手段,医护人员通过在患者的诊疗期间充当积极且具建设性的角色,分别从患者的心理层面入手来实施有效的心理疏导从而有效帮助患者逐步建立战胜疾病的坚定信念,以及更为主动地配合治疗来推动病情的康复进程^[14-15]。同伴教育则通过分享自身战胜疾病的历程,能够赢得患者的信任与认同进而激发患者积极参与护理过程来提升护理的整体效果,所以在个体化护理与同伴教育的协同作用下患者生活质量的改善更为显著。

将个体化护理与同伴教育相结合并应用于耐多药肺结核患者的护理实践中能够显著改善患者的心理状况,加速病灶的吸收进程进而提升患者的生活质量和疾病认知水平。因此该综合护理模式具备在临床环境中广泛推广与应用的价值。

利益冲突

作者声明,在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 陈二龙, 阿衣古丽·买买提, 萨拉麦提罕·胡加, 等. 不同年龄段耐多药肺结核患者 NLR、PLR、MLR 水平及对临床转归的影响 [J]. 热带医学杂志, 2025, 25(03): 379-383.
- [2] 焦欢, 李奎, 马倩, 等. 2015—2023 年陕西省安康市老年肺结核患者流行特征及就诊延迟分析 [J]. 预防医学情报杂志, 2025, 41(03): 305-311+319.
- [3] 何芳, 王书, 夏文娟, 等. 青年耐多药肺结核感染风险 Nomogram 模型的建立和验证 [J]. 中华全科医学, 2025, 23(02): 211-214.
- [4] 周贵忠, 黄远江, 翁敏华, 等. miRNA-99b、LL-37、IP-10 在耐多药肺结核患者中表达及早期疗效预测价值 [J]. 临床肺科杂志, 2025, 30(01): 92-97.
- [5] 张琳, 阮凌玉, 陈静, 等. 胸腺五肽联合贝达喹啉治疗耐多药肺结核作用及其对免疫-炎症、复发率改善的研究 [J]. 临床内科杂志, 2024, 41(12): 855-858.
- [6] 蔡瑗瑾, 陈勇军, 陈木春, 等. 肺结核合并 2 型糖尿病患者的耐多药结核分枝杆菌情况及危险因素分析 [J]. 中外医学研究, 2024, 22(33): 1-4.
- [7] 伏庆峰. 24 例德拉马尼治疗耐多药肺结核患者药物不良反应观察及护理 [C]// 中国防痨协会, 重庆智飞生物制品股份有限公司, 厦门致善生物科技股份有限公司. 中国防痨协会 2023 年第 34 届全国学术大会暨结核病防治新技术推广应用论坛论文汇编. 山西医科大学附属肺科医院 (太原市第四

- 人民医院);,2023:314-315.
- [8] 程小会,唐铮,李欣芹,等.耐多药肺结核患者外周血 Toll 样受体 2 mRNA 表达与 Th1/Th2/Th17 细胞因子变化及预后关系[J].转化医学杂志,2024,13(10):1651-1655.
- [9] 陈莹莹,张盼盼,何玉霞,等.益气润肺汤联合穴位手法注射卷曲霉素治疗耐多药肺结核临床疗效及对细胞免疫状态的影响[J].四川中医,2024,42(11):114-117.
- [10] 吕菊芬,温静,叶巧玲,等.耐多药或利福平耐药肺结核与利福平敏感肺结核患者炎症因子表达对比分析[J].宁夏医学杂志,2024,46(11):969-971.
- [11] 郭达成,曾香萍,谢高玉.贝达喹啉联合 2HPZE/4HP 抗结核方案对老年 HBsAg 阳性耐多药肺结核的临床疗效分析[J].药品评价,2024,21(10):1237-1240.
- [12] 王桂芹,国美峰,倪磊磊,等.参苓白术散加减联合抗结核药物对气阴两虚型耐多药肺结核患者的临床疗效及炎症因子的影响[J].转化医学杂志,2024,13(09):1513-1516+1523.
- [13] 李萌,潘修成,彭乐,等.耐多药肺结核患者血清 OPN、HMGB1 与 T 细胞亚群和化学治疗疗效的关系分析[J].现代生物医学进展,2024,24(19):3758-3760.
- [14] 武永丽,盛莉.耐多药肺结核患者自我护理状况及营养健康需求研究进展[C]//中国防痨协会,重庆智飞生物制品股份有限公司.第 35 届中国防痨协会全国学术大会暨第四届中国防痨科技颁奖大会论文汇编(护理篇).解放军总医院第八医学中心;2024:435-437.
- [15] 叶松伟,周青莹.利奈唑胺联合治疗耐多药肺结核患者的效果及其对炎性细胞因子、PON1 以及 sTREM-1 水平的影响[J].中国医学工程,2024,32(11):118-121.

健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通对发热门诊患者心理状态及满意度的影响研究

宋守琴

(安徽医科大学附属巢湖医院门诊部, 安徽巢湖, 238000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: **目的:** 探讨健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通对发热门诊患者心理状态及满意度的影响。**方法:** 选取某院 2022 年 5 月至 2023 年 5 月期间发热门诊就诊患者 90 例, 按随机分组原则分为观察组和对照组, 各 45 例。对照组给予常规干预, 观察组在此基础上实施健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通。比较两组患者的心理状态 (SAS、SDS 评分)、满意度和就诊体验评分。**结果:** 实验前, 两组患者心理状态对比无统计学差异 ($P > 0.05$)。干预后, 观察组患者的 SAS 评分 (32.23 ± 3.14) 和 SDS 评分 (34.13 ± 2.68) 显著低于对照组 (SAS: 45.38 ± 3.56 ; SDS: 42.19 ± 2.29), 差异具有统计学意义 ($P < 0.006$)。观察组患者总满意度为 97.78%, 显著高于对照组的 82.22% ($P = 0.036$)。就诊体验评分中, 观察组在“就医环境与便利”、“医患沟通”、“医疗信息”及“医疗服务评价”等项评分均显著高于对照组 ($P < 0.05$), 在“医疗费用”与“短期诊疗效果”方面, 两组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。**结论:** 健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通能显著改善发热门诊患者的心理状态, 提高患者满意度和就诊体验。该干预模式在优化护患关系、提升医疗服务质量方面具有重要临床价值, 值得推广应用。

关键词: 健康教育干预; 人文关怀; 护患沟通; 心理状态; 患者满意度

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i2.441>

引言

发热门诊是应对传染性疾病快速传播的重要防线, 其为患者提供高效、科学的疾病筛查和诊断。然而, 发热门诊的特殊诊疗环境及患者对疾病传播的担忧, 常常使其处于较高的负面情绪状态, 如焦虑、抑郁等心理困扰。此外, 由于发热门诊诊疗过程中患者与医护人员之间接触时间短、信息沟通相对有限, 患者满意度和就诊体验往往不尽如人意。这既影响了患者的治疗依从性与预后, 也对护患关系和医疗服务质量提出了新的挑战。近年来, 健康教育干预和人文关怀的护患沟通作为医学护理领域的重要策略, 逐渐受到广泛关注^[1]。健康教育干预通过向患者传递科学、准确的健康信息, 增强其对疾病的认识, 有助于降低其心理负担, 改善焦虑和抑郁状况; 人文关怀理念则注重尊重患者的个体差异, 关爱患者心理感受,

建立和谐的护患关系,进一步促进患者满意度与服务体验的提升。然而,当前关于单独应用健康教育或人文关怀干预的研究较多,而将二者联合应用于发热门诊患者的临床效果尚缺乏系统探讨。基于此,本研究以发热门诊就诊患者为研究对象,旨在探讨健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通对患者心理状态及满意度的影响,为优化发热门诊管理模式、提升医疗服务质量及改善患者就诊体验提供科学依据。

一、资料与方法

(一) 一般资料

选取2022年6月至2022年12月期间我院发热门诊收治的90例患者为研究对象,将其随机分为观察组和对照组,每组各45例。观察组中男性患者24例,占比53.33%,女性患者21例,占比46.67%;年龄范围为20~68岁,平均年龄为 (44.0 ± 8.0) 岁;平均身高为 (173.52 ± 5.85) cm,平均体重为 (74.21 ± 7.94) kg。

对照组中男性患者23例,占比51.11%,女性患者22例,占比48.89%;年龄范围为21~67岁,平均年龄为 (44.0 ± 7.6) 岁;平均身高为 (172.32 ± 6.50) cm,平均体重为 (72.52 ± 8.23) kg。

两组患者在性别比例、年龄范围、平均年龄、身高、体重等一般资料上进行比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),两组具有可比性。

(二) 方法

对照组采用常规护理干预措施,包括提供基本医疗服务、开展简单健康教育,以及初步解答患者问题,护理人员按照发热门诊常规流程对患者进行接诊、记录主诉、体格检查和临床检验,并指导其完成相关治疗方案,保持患者与医护人员之间的基本沟通。护理过程中,对患者的心理问题仅进行实时关注,但未纳入具体干预措施。

观察组在常规护理干预的基础上结合健康教育干预与基于人文关怀的护患沟通。具体方法为:发热门诊的护理团队对患者情况进行全方位评估,制定个性化健康教育计划,全面解答患者关于就诊流程、疾病相关知识及诊疗方案的疑问;使用通俗易懂的语言消除患者对就诊过程及治疗效果的疑惑^[2]。在健康教育的基础上融入人文关怀理念,要求护理人员加强与患者之间的沟通,通过倾听患者诉求、情绪安抚及心理支持的方式,使患者情绪稳定,缓解其在发热门诊就诊期间的焦虑、紧张心理。

观察组护理人员需通过亲切的态度,礼貌的语言和表情动作向患者传递关爱和支持,实现情感交流向心灵慰藉的延伸,以帮助患者建立信任感^[3]。在整个干预过程中,护理人员以“患者为中心”原则,时刻关注患者的需求变化,通过语言激励和行为支持提升患者的治疗配合度以及就诊满意度。观察组患者护理过程中增加对其心理状态的监控和干预,如通过短促引导帮助患者放松情绪,结合患者个人特点实施应对策略,强化健康教育内容以增强患者对诊疗过程的认知。

(三) 评价指标及判定标准

比较两组患者的心理状态评分。分别采用焦虑自评量表(SAS)和抑郁自评量表(SDS)对患者的心理状态进行评估,每名患者分别在护理前后完成上述量表评分。SAS和SDS评分均包含20个条目,每个条目按14的范围评分,总分越高,表示患者的焦虑、抑郁情绪越严重。基于评分结果分析观察组与对照组患者在护理后的心理改善情况。

比较两组患者的满意度情况。满意度根据“非常满意”“基本满意”和“不满意”进行划分,统计并计算两组患者的总满意度值。

比较两组患者的就诊体验评分。根据患者对就诊过程的主观感受,从“就医环境与便利”“医患沟通”“医疗费用”“医疗信息”“短期诊疗效果”和“医疗服务评价”六个维度,采用10分制评分法进行

评价，其中分数越高表示患者体验越满意。统计各维度下的平均分数，并对比两组患者就诊体验评分的差异。

（四）统计学方法

使用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析。计量资料以“ $\bar{x} \pm s$ ”表示，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以百分率（%）表示，两组间比较采用卡方检验（ χ^2 ）。对所有统计学检验，均以双侧检验 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义的判定标准。

二、结果

（一）一般资料

观察组与对照组患者在性别、年龄、身高、体重等基本资料方面比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。两组患者的基线资料具有可比性，可为后续健康教育干预联合人文关怀护患沟通干预效果的评估提供可靠依据。

表 1 一般资料

项目	对照组（n=45）	观察组（n=45）	t/X ² 值	P 值
男性 [n(%)]	23(51.11)	24(53.33)	0.045	0.833
女性 [n(%)]	22(48.89)	21(46.67)		
年龄（岁）	21 ~ 67	20 ~ 68	—	—
平均年龄（岁）	44.0 ± 7.6	44.0 ± 8.0	0.000	1.000
平均身高（cm）	172.32 ± 6.50	173.52 ± 5.85	0.877	0.383
平均体重（kg）	72.52 ± 8.23	74.21 ± 7.94	0.951	0.344

（二）满意度比较

观察组患者的总体满意度显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。这表明健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通能够有效提升发热门诊患者的满意度。

表 2 比较满意度 [n(%)]

组别	例数	非常满意	基本满意	不满意	总满意度
对照组	45	15(33.33)	22(48.89)	8(17.78)	37(82.22)
观察组	45	18(40.00)	26(57.78)	1(2.22)	44(97.78)
X ² 值	—	—	—	—	4.446
P 值	—	—	—	—	0.036

（三）就诊体验评分比较

观察组患者在就医环境与便利、医患沟通、医疗信息及医疗服务评价的评分均显著高于对照组，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ），而在医疗费用和短期诊疗效果评分方面，两组差异无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。这表明健康教育干预联合人文关怀的护患沟通显著改善了患者的就诊体验。

表 3 比较就诊体验评分（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

项目	观察组（n=45）	对照组（n=45）	t 值	P 值
就医环境与便利	9.18 ± 0.44	8.33 ± 0.51	8.679	< 0.001
医患沟通	9.49 ± 0.24	8.84 ± 0.27	12.397	< 0.001
医疗费用	9.28 ± 0.17	9.28 ± 0.15	0.859	0.393
医疗信息	9.11 ± 0.22	8.47 ± 0.21	14.431	< 0.001
短期诊疗效果	8.88 ± 0.15	8.99 ± 0.33	1.463	0.147
医疗服务评价	9.68 ± 0.11	9.17 ± 0.27	12.260	< 0.001

（四）心理状态比较

观察组患者干预后的 SAS 和 SDS 评分显著优于对照组，焦虑及抑郁情绪明显改善，差异具有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。提示健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通能够显著改善发热门诊患者的心理状态，效果显著。

表 4 比较心理状态（ $\bar{x} \pm s$ ，分）

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分	
		护理前	护理后	护理前	护理后
观察组	45	57.31 ± 5.10	32.23 ± 3.14	59.03 ± 3.25	34.13 ± 2.68
对照组	45	57.49 ± 5.7	45.38 ± 3.56	59.17 ± 3.38	42.19 ± 2.29
t 值	—	0.166	18.586	0.206	15.336
P 值	—	0.866	< 0.006	0.846	< 0.006

三、讨论

护理干预是提升患者满意度的重要手段，通过科学合理的干预措施，可以有效改善患者的医疗体验。中，观察组患者接受了健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通，对照组则接受常规护理干预。结果显示，观察组患者的满意度显著高于对照组，这表明健康教育和基于人文关怀的护患沟通具有积极的作用。

观察组满意度的提升可能与多个因素相关。健康教育干预为患者提供了充分的健康知识，使其能够更好地理解自身病情和治疗方案，从而减少不确定感和恐惧感，提升就诊信心。人文关怀的沟通方式优化了护患关系，医护人员通过温暖的语言和个性化的支持关怀患者心理状态，能够更好地缓解患者的焦虑和压力。这种全方位的支持有助于建立良好的医患关系，提升患者的归属感和信任感。

研究还表明，观察组的不满意率显著低于对照组，提示基于人文关怀的护理干预在减少患者负面情绪方面具有独特效果。相比之下，常规护理干预的模式在情感支持和医患沟通方面存在局限，容易导致患者在就诊过程中体验不佳，从而降低整体满意度。

证实健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通能够显著提升发热门诊患者的满意度。这种干预方式能有效满足患者在生理治疗和心理支持方面的双重需求，为优化发热门诊护理质量和改进患者医疗服务体验提供了理论支持和实践指导，值得在临床中拓展应用^[4]。

健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通对提升发热门诊患者的就诊体验效果显著。研究结果显

示, 观察组患者在就医环境与便利、医患沟通、医疗信息传达及医疗服务评价等评分上均显著高于对照组 ($P < 0.05$), 其中医患沟通得分差异最为突出, 提示干预措施能够有效改善患者对医患关系的认可度。这可能是由于基于人文关怀的沟通方式更贴近患者心理需求, 使其对医疗服务产生积极认同感, 从而降低负面情绪。而在短期诊疗效果及医疗费用方面, 两组评分无显著差异 ($P > 0.05$), 表明干预措施在这些方面影响有限, 可能与干预重点未直接覆盖相关领域有关。

就医环境与便利得分的提升可能归因于健康教育干预在患者指导中起到的重要作用。通过健康教育, 患者在发热门诊的就医流线、候诊流程及相关服务细节上获得更全面的认知, 从而提升其对就医环境的感知与评价^[5-6]。医疗服务评价的高分进一步说明, 在注重人文关怀的整体护理理念引导下, 诊疗环节的协调性和服务体系的人性化程度得到了患者的广泛肯定。

值得注意的是, 医疗信息评分的显著提高体现了干预措施在医疗信息可及性及透明度上的优化作用。通过强化医护人员与患者的沟通, 患者能够更及时有效地获取诊疗相关资讯, 使其参与医疗过程的主动性和信任感显著增强^[7]。这不仅能提高诊疗配合度, 还能进一步减轻患者对医疗程序的认知性焦虑。

健康教育干预联合基于人文关怀的护患沟通在优化发热门诊患者就诊体验方面具有积极意义, 可显著改善就医环境认知、提升医患互动质量并增强医疗服务满意度。建议未来在更多医疗场景中推广该干预模式, 进一步提升医患关系质量和服务评价体系水平。

利益冲突

作者声明, 在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

- [1] 张殿红, 肖红, 庞淑敏. 人文关怀护理在门诊护患沟通中的应用效果 [J]. 中国城乡企业卫生, 2024, 39(09): 109-111.
- [2] 王华, 王蓓娜, 蒋思思, 等. 护患沟通技巧对门诊输液患者护理满意度的影响 [J]. 智慧健康, 2020, (08): 129-130.
- [3] 冯文琴, 戴丽珍, 朱文娟. 护患沟通对门诊护理质量及患者护理满意度的影响 [J]. 现代诊断与治疗, 2020, 31(16): 2660-2662.
- [4] 江南. 人文关怀护患沟通模式对门诊患者护理干预的临床效果分析 [J]. 中国社区医师, 2022, 38(22): 115-117.
- [5] 彭定珊, 张晓林, 杨永珍. 改良护患沟通技巧提高门诊患者满意度的价值分析 [J]. 智慧健康, 2022, 8(34): 231-235.
- [6] 黄小玲. 护患沟通对门诊护理工作质量及患者满意度的影响研究 [J]. 益寿宝典, 2022, (23): 0131-0133.
- [7] 黄宛如. 基于人文关怀的护患沟通技巧联合健康教育干预对发热门诊患者的护理效果 [J]. 中国医药指南, 2024, 22(22): 126-128.

精神分裂症和双相情感障碍患者认知功能比较分析

唐菲

(安徽医科大学第四附属医院, 安徽巢湖, 238000)

版权说明: 本文是根据知识共享署名 - 非商业性使用 4.0 国际许可协议进行发布的开放获取文章。允许以任何方式分享与复制, 只需要注明原作者和文章来源, 并禁止将其用于商业目的。

摘要: **目的:** 探索精神分裂症与双相情感障碍患者在多种认知域上的差异, 并分析这些差异对临床诊治的意义。**方法:** 在 2022 年 2 月至 2023 年 1 月间, 共招募了 S 医院精神科的 110 名患者 (每种疾病各 55 例), 运用一系列标准化认知评估工具, 包括数字符号测试、数字广度测验、视觉再生及连线测试, 以及威斯康星卡片分类测验等进行深入分析。数据分析借助 SPSS 26.0 软件, 运用独立样本 t 检验来考察两组受试者在各认知任务成绩上的异同。**结果:** 在数字符号测试上, 精神分裂症患者的均分为 31.14 ± 11.27 , 相较于双相情感障碍患者的 36.94 ± 12.26 , 差异具有统计学意义 ($t=6.34, P<0.05$), 反映认知加工速度的不同。尽管数字广度记忆两者接近 (精神分裂症: 7.13 ± 1.52 ; 双相情感障碍: 7.19 ± 1.42), 但未达显著水平 ($t=0.22, P>0.05$)。视觉再生测试显示, 双相情感障碍组表现略优于精神分裂症组 (分别 7.55 ± 2.67 与 7.13 ± 2.27), 差异显著 ($t=2.68, P<0.05$)。而在连线测试中, 两组平均分分别为 63.40 ± 29.76 与 79.14 ± 42.86 , 未发现显著区别 ($t=0.48, P>0.05$)。值得注意的是, 威斯康星卡片分类测试揭示出, 双相情感障碍患者在分类能力 (4.21 ± 1.03 对比 2.97 ± 1.13) 和连续错误减少 (9.21 ± 6.34 对比 12.13 ± 6.53) 上均优于精神分裂症患者, 差异显著 (分类: $t=5.16, P<0.05$; 错误数: $t=6.52, P<0.05$)。**结论:** 精神分裂症与双相情感障碍在执行功能、抽象思维及注意力等核心认知领域存在明显差异, 这些发现深化了对两种疾病特性的认识, 有望为临床提供更精确的鉴别诊断依据和更为个性化的治疗方案。

关键词: 精神分裂症; 双相情感障碍; 认知功能

DOI: <https://doi.org/10.62177/fcdt.v1i2.442>

精神分裂症作为一种复杂精神疾病, 其特征就在于对现实世界的感知扭曲、情感反应失常和行为异常, 常在青春期末至成年初期发病。该病病因复杂, 涉及遗传、脑结构变异、围产期问题和环境因素等多元影响。相比之下, 双相情感障碍以极端的情绪摆动为特点, 涵盖狂躁和抑郁两个极态, 可影响所有年龄段人群, 且男性与女性发病率相近, 但发作模式存有性别差异。认知功能障碍, 作为这两种疾病共同关注的问题, 能显著干扰记忆、语言处理、逻辑推理及计算能力, 甚至在轻度阶段就预示着痴呆风险^[1]。

精神分裂症和双相情感障碍对认知能力的负面影响各异。精神分裂症中, 认知缺陷与疾病核心症状紧密相关, 如幻觉、妄想, 尤其在疾病急性期更加明显。而在双相情感障碍中, 认知波动伴随情绪状态

变化,药物治疗虽有效控制病情却也可能带来认知副作用,尤其在抑郁阶段。这些认知挑战不仅妨碍患者的社会互动、教育和职业表现,还严重影响他们的生活质量和功能维持^[2]。

针对这两种疾病的治疗策略综合药物疗法、心理干预和社会支持于一体。抗精神病药、心境稳定剂和抗抑郁药是基础医疗手段,旨在减轻症状并预防复发;心理治疗着重于提升患者自我管理和人际交往能力;而广泛的社会支持网络为患者营造稳定的康复环境。深入理解这些精神障碍的发病机理和治疗路径,对于促进患者福祉和社会复原至关重要。

鉴于此,本研究聚焦于2022年2月至2023年1月期间在S医院精神科接受治疗的精神分裂症和双相情感障碍患者,旨在通过详细的认知功能评估,明确两者在认知表现上的差异。利用这段时间内的样本数据,采用严谨的统计分析方法,本研究期望能为这两种精神疾病的临床诊断与个性化治疗提供科学依据,进一步推动精神健康领域的研究与实践进展。

一、研究设计

(一) 研究对象

本研究涵盖了2022年2月至2023年1年间S医院精神科接纳的110位患者,平分为精神分裂症和双相情感障碍两组,每组55人。精神分裂症组的年龄构成显示男性平均26岁,女性29岁,群体的疾病持续时间约为25.72个月,普遍接受了12.46年的教育。过往医疗记录揭示,此组中有24名男性和31名女性有过住院记录,且家族中精神病史在6名男性和49名女性中被报告,凸显了精神分裂症在年龄分布、病程长度、教育背景及遗传倾向方面的多样性和潜在家族影响。

双相情感障碍组的参与者平均年龄接近,男性为27岁,女性为28岁,病程长度与精神分裂症组相似,约为25.83个月,平均受教育年限为11.65年。该组的住院经历涉及19名男性和36名女性,家族精神病史则在2名男性和53名女性中被记载,进一步揭示了此类疾病在患者特征上的异同,特别是家族遗传因素的作用。

经过统计检验,两组患者的基本资料无统计学意义的差异(P 值大于0.05),具有可比性。

(二) 纳入及排除标准

纳入标准:①病患须根据《中国精神障碍分类与诊断标准第三版》(CCMD-3)被诊断为精神分裂症或双相情感障碍,其中精神分裂症患者需满足简明精神病评定量表(BPRS)评分低于20分;双相情感障碍患者需符合汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分不超过7分。②入选研究时,需提供确切的病程信息,并确保患者一个月内未接受任何精神科药物干预。③参与者及其监护人均需充分理解研究详情,并自主同意签署知情同意书^[3]。

排除标准:①排除长期大量使用药物、酒精依赖者,或其他物质滥用情况的患者。②鉴于健康安全考虑,孕期或哺乳期女性不得参与本研究。③存在严重身体健康问题、重大的心理社会困扰,或研究团队判断其可能影响研究有效性的其他情形,将不予纳入研究^[4]。

本研究方案事先已通过S医院伦理审查委员会的审核并获得批准。

(三) 研究方法

(1) 数字符号测验:评估个体在90秒内快速匹配数字符号的能力,以测试其新学习能力、视觉与动作协调性、耐力和反应速度。正确配对每个符号可获得1分,满分为90分^[5]。

(2) 数字广度测验:通过顺背与倒背数字序列,检验个体的即时记忆与集中注意能力。测试总分为22分,高分代表更强的相关认知功能。

(3) 视觉再现测验:利用一套含A、B、C三种模式的卡片,考察受试者的短时视觉记忆。根据完成

各任务的表现评分，满分为 14 分，高分象征较好的视觉记忆能力。

（4）连线测验：利用 A、B 两类型题目，评估参与者的空间感知、手眼协作和思维灵活性，完成时间越短说明这些能力越佳。

（5）威斯康辛卡片分类试验（WCST）：测量个体的抽象思维和执行功能，通过卡片分类任务的成绩和错误次数，体现前额叶执行功能的状态。

（四）指标

①数符号测试：评估总分，较高分表明较好表现。②数字广度测试：累计总分，越高分代表更优能力。③视觉再生测试：总计得分，分值增高反映更强记忆能力。④连线测验：记录完成时间，耗时越少证明能力越佳。⑤威斯康星卡片分类测试 (WCST)：分析正确分类数量与错误情况，以评估认知功能 [6]。

以上测试项目均在同一天实施，并由具备认知康复训练资质的治疗师进行专业评判。

（五）统计学

本研究将依托 SPSS 26.0 统计软件开展数据解析。具体统计手段概述如下：

通过计算平均值 ± 标准偏差的方式，对各组的连续性变量（包括年龄、病程、受教育年数等）进行描述性统计描述，以直观展现样本的基本属性。针对精神分裂症患者组与双相情感障碍患者组的认知测评成绩进行对比分析。应用独立样本 t 检验手段，详细比较两组在数符号测试、数字广度测试、视觉再生测试、连线测试和威斯康星卡片分类测试（WCST）中的表现差异 [7]。

在判断差异显著性时，设定显著性水平为 P 值小于 0.05，意味着若 $P<0.05$ ，则视作两组间存在统计学意义的差别。

二、结果

（一）护理满意度

数符号测试结果显示，精神分裂症患者的平均分为 31.14（标准偏差 11.27），双相情感障碍患者的平均分为 36.94（标准偏差 12.26）。独立样本 t 检验揭示,两组在该项测试中得分有显著性差异 ($t(108)=6.34$, $P<0.05$)，暗示双相情感障碍患者表现更优。数字广度测试，顺背部分精神分裂症和双相情感障碍组的平均得分分别为 7.13（标准偏差 1.52）与 7.19（标准偏差 1.42），统计分析显示此部分两者差异不显著 ($t(108)=0.22$, $P>0.05$)。然而，在倒背测试中，精神分裂症组的平均得分为 3.32（标准偏差 1.12），而双相情感障碍组则为 4.36（标准偏差 1.27），t 检验结果 ($t(108)=3.62$, $P<0.05$) 表明双相情感障碍组成绩显著高于精神分裂症组。

总结来看，双相情感障碍患者在数符号测试和数字广度倒背测试上展现出更好的认知功能水平，但在数字广度顺背部分与精神分裂症患者的表现差异不大。

表 1 数符号和数字广度测试对比 [($\bar{x}\pm s$)，分]

组别	数符号	数字广度	
		顺背	倒背
精神分裂症组 (n=55)	31.14 ± 11.27	7.13 ± 1.52	3.32 ± 1.12
双相情感障碍 (n=55)	36.94 ± 12.26	7.19 ± 1.42	4.36 ± 1.27
t 值	6.34	0.22	3.62
P 值	< 0.05	>0.05	< 0.05

（二）视觉再生和连线测试对比

视觉再生测试结果显示，精神分裂症组的均分为 7.13 分（标准偏差为 2.27 分），双相情感障碍组则为 7.55 分（标准偏差 2.67 分）。独立样本 t 检验指出，两组在此测试的得分差异显著（ $t(108)=2.68$ ， $P<0.05$ ），证明双相情感障碍组的视觉再生能力优于精神分裂症组。连线测试，A 型中精神分裂症组平均得分为 63.40 分（标准偏差 29.76 分），双相情感障碍组为 79.14 分（标准偏差 42.86 分），统计分析未发现显著差异（ $t(108)=0.48$ ， $P>0.05$ ）。在 B 型连线测试上，精神分裂症组平均得分为 105.98 分（标准偏差 72.41 分），而双相情感障碍组平均得分为 128.64 分（标准偏差 86.95 分），同样，t 检验结果显示两组成绩差异不显著（ $t(108)=0.53$ ， $P>0.05$ ）。

总体来看，尽管双相情感障碍患者在视觉再生测试中表现明显好于精神分裂症患者，但双方在连线测试 A、B 两型中的成绩并无显著区别。

表 2 视觉再生和连线测试对比 [($\bar{x}\pm s$)，分]

组别	视觉再生	连线测试	
		A 式	B 式
精神分裂症组 (n=55)	7.13 ± 2.27	63.40 ± 29.76	105.98 ± 72.41
双相情感障碍组 (n=55)	7.55 ± 2.67	79.14 ± 42.86	128.64 ± 86.95
t 值	2.68	0.48	0.53
P 值	< 0.05	>0.05	>0.05

（三）威斯康星卡片分类测试对比

在威斯康星卡片分类测试（WCST）中，精神分裂症组的平均分类数量为 2.97（标准偏差 1.13），而双相情感障碍组平均分类数量达到 4.21（标准偏差 1.03）。独立样本 t 检验结果显示，两组在分类数量上差异显著（ $t(108)=5.16$ ， $P<0.05$ ），证明双相情感障碍组在卡片分类任务上展现更优能力。

关于错误次数，精神分裂症组平均犯错 22.14 次（标准偏差 11.59），而双相情感障碍组则为 15.97 次（标准偏差 10.37）。统计分析同样揭示了两组在错误次数上的显著差异（ $t(108)=6.27$ ， $P<0.05$ ），意味着双相情感障碍组执行任务时错误较少。此外，在连续错误次数上，精神分裂症组平均为 12.13 次（标准偏差 6.53），双相情感障碍组则为 9.21 次（标准偏差 6.34）。该指标的统计分析也显示出显著差异（ $t(108)=6.52$ ， $P<0.05$ ），进一步证实双相情感障碍组在连续执行分类任务时错误更少，表现更佳。

整体分析，威斯康星卡片分类测试的各项指标——分类数量、错误次数和连续错误次数——均显示出双相情感障碍组比精神分裂症组具有显著更优的认知执行功能。

表 3 威斯康星卡片分类测试对比 [($\bar{x}\pm s$)，个]

组别	分类个数	错误数	连续错误数
精神分裂症组 (n=55)	2.97 ± 1.13	22.14 ± 11.59	12.13 ± 6.53
双相情感障碍组 (n=55)	4.21 ± 1.03	15.97 ± 10.37	9.21 ± 6.34
t 值	5.16	6.27	6.52
P 值	< 0.05	< 0.05	< 0.05

三、讨论

通过对认知功能的多维度测评,包括数符号与数字广度测试、视觉再生与连线测试,以及威斯康星卡片分类测试,我们观察到两组受试者在认知域上存在显著性区别。精神分裂症患者在涉及新联想形成、视觉-运动精确控制及反应速度的数符号测试中,显现出了更为明显的认知缺陷,平均成绩偏低。相反,双相情感障碍患者在这些测试上表现较佳,这与他们较好的短时注意力和记忆功能相吻合^[8]。此结果强化了既往研究的认识,即精神分裂症患者在执行此类认知任务时遭遇特殊挑战,而这可能与他们的病理生理特性和大脑结构功能的特有损伤紧密相关。

在视觉再生测试中,两组患者差异不显著,但连线测试揭示了双相情感障碍患者较快的完成速率,暗示了在空间感知、眼手协调及认知转换方面可能具备相对优势。这些优势与双相情感障碍患者较好的执行功能和情绪管理能力相呼应。威斯康星卡片分类测试进一步揭示了两组患者在抽象思维和执行功能上的差距,双相情感障碍患者展现出了更高的分类效率和更低的错误率,体现了在处理复杂信息及任务适应性上的相对强项^[9]。反之,精神分裂症患者则呈现了执行功能下降及认知灵活性减退的迹象,表现为较低的分类效能和较高的错误频率。

概括来说,本次研究凸显了精神分裂症与双相情感障碍在认知损伤特征上的差异:前者展现出广泛的认知功能障碍,而后者在短时注意力、记忆和执行功能方面相对得以保持。这些发现不仅增进了对不同精神健康状况下认知特性的理解,也为临床诊断区分及个性化治疗策略提供了重要依据。未来研究可继续深挖认知损伤背后的病理生理机制,探索这些损伤随病情演变的过程,并通过长期追踪研究,分析治疗干预后认知功能的变化趋势,为促进精神疾病患者康复和提高生活质量提供更加深刻的见解。

利益冲突

作者声明,在发表本文方面不存在任何利益冲突。

参考文献

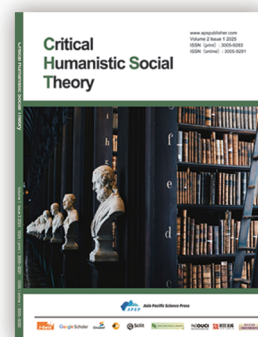
- [1] 符展鹏,张婧,曾德文,等.慢性精神分裂症患者合并抑郁程度与其认知功能的关系[J].国际精神病学杂志,2023,50(06):1289-1291+1295.
- [2] 赵艺,刘飞艳,林艳.引导式护理在青少年精神分裂症患者中的应用效果[J].心理月刊,2023,18(23):126-128.
- [3] 顾钰卿,刘旭,王继军.精神分裂症认知功能与注视稳定性的研究进展[J].神经疾病与精神卫生,2023,23(11):802-806.
- [4] 丛小兵,陈宽玉,赵雅琴,等.CRP在精神分裂症患者性别与认知功能间的中介效应[J].临床心身疾病杂志,2023,29(06):28-32+50.
- [5] 马杏梅,练小兰.精神分裂症患者认知功能及代谢综合征间的关系[J].现代医学与健康研究电子杂志,2023,7(20):94-96.
- [6] 何琛琛,高媛,张明霞,等.双相障碍抑郁发作患者临床特征差异对认知功能的影响研究[J].医学理论与实践,2023,36(20):3464-3466.
- [7] 武锐.精神分裂症患者认知功能与精神症状相关性研究[J].山西医药杂志,2023,52(20):1578-1581.
- [8] 王雪梅,程刚明.双相情感障碍I型认知功能损伤特点及相关因素研究[J].精神医学杂志,2023,36(04):371-376.
- [9] 刘云斐,刘淙淙.运动对双相情感障碍情绪、睡眠、神经认知症状影响的研究进展[J].中国当代医药,2023,30(20):37-40.

期刊简介

Asia Pacific Economic and Management Review（亚太经济与管理评论）是一本国际化的、同行评审的开放获取期刊，双月刊（英文）。专注于企业行为和金融行为的理论与应用研究。该期刊旨在推动商业经济学和管理领域的研究，主要涵盖但不限于以下领域：会计与财务管理、经济学、人力资源管理与组织行为、信息管理、国际商务、战略与创新、管理科学与运营管理、市场营销与零售、绿色金融。



Critical Humanistic Social Theory（人文社会理论批判）是一本发表使用定量或定性研究方法进行社会科学研究的论文的期刊，季刊（英文）。期刊鼓励学者从批判性视角探索社会科学理论，并专注于跨学科研究，解决传统学科之间的交叉问题。主要涵盖但不限于以下领域：哲学与伦理学、社会科学、文化与艺术、政治经济学、传播学。



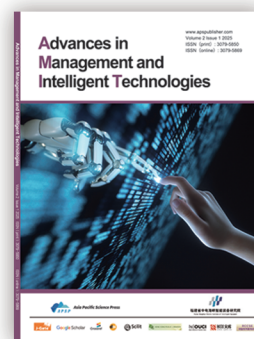
Journal of Educational Theory and Practice（教育理论与实践杂志）是一本国际性、同行评审、开放获取的期刊，季刊（英文），旨在促进对当代教育的评价性、综合性、理论性和方法论研究。主要涵盖但不限于以下领域：教育基本理论、学前教育、中等教育、高等教育、道德教育、教育管理、课程与教学论、教育技术与创新、特殊教育等。



Journal of Advances in Engineering and Technology（工程技术进展）是一本国际化的、同行评审的、开放获取的期刊，季刊（英文），发表电子研究与应用领域的原创文章、综述、简讯、案例研究和来信。主要涵盖但不限于以下领域：土木工程、机械工程、电气工程、化学工程、航空航天工程、计算机科学和工程、材料科学与工程、生物医学工程、机器人和自动化。



Advances in Management and Intelligent Technologies（管理与智能技术进展）是一本国际性、同行评审、开放获取的学术期刊，双月刊（英文），由福建中电海峡智能装备研究院主办，亚太科学出版社出版与发行。专注于管理和智能技术领域的最新研究，旨在推进管理、技术创新和智能发展的理论和应用研究。主要涵盖但不限于以下领域：商业管理和创新、管理决策与智能技术、计算机科学和技术、数据科学与信息工程、智能环境技术、可持续发展与生态工程、智能系统和自动化、智能感知与控制。



Asia Pacific Journal of Clinical Medical Research（亚太临床医学研究杂志）是一本国际化的、同行评审的开放获取期刊，双月刊（英文），致力于推动多学科领域的临床医学研究。主要涵盖但不限于以下领域：临床实践与患者护理、医学研究与证据、医学伦理与决策、临床试验与干预、医疗保健管理、公共卫生与预防、医学教育与技术、特殊领域与罕见病等。



《**亚太教育研究**》是一本面向教育理论与实践领域的国际化、同行评审、开放获取学术期刊，双月刊（中文），致力于刊载教育改革、教学方法、教育公平与教育政策等方面的高水平研究成果。期刊关注亚太地区教育发展的现实需求与制度变革，倡导理论探索与实践经验并重，鼓励多元文化、比较教育与跨学科视角下的原创研究，旨在为推动区域教育创新与政策优化提供学术支撑。主要涵盖但不限于以下领域：教育理论与教育哲学、教学设计与教学方法研究、教师教育与专业发展、教育评估与课程改革、教育技术与数字学习、教育政策与制度研究、比较教育与国际教育合作、终身教育与成人教育、亚太地区教育改革实践。



《**亚太经济与社会发展研究**》是一本面向国内外学术界公开发行的国际化、同行评审、开放获取期刊，双月刊（中文），致力于刊载经济与社会发展领域具有理论深度与实践价值的原创研究成果。期刊聚焦亚太地区的经济行为、社会结构变迁、政策创新与区域协调发展等议题，鼓励采用交叉学科视角，推动经济学、社会学、管理学及相关学科的融合研究旨在为区域协调发展与社会进步提供理论支撑与实践参考。主要涵盖但不限于以下领域：宏观经济政策、企业行为、社会治理、公共服务、城乡发展与社会公平等领域等。

