文章编号:1000-5404(2009)15-1491-04

论著

赴北川抗震救灾某部官兵急性心理应激障碍及影响因素调查

胡光涛[1],李学成[2],王国威[2],贺 英[1],杨 兰[1],谭孝琼[1] (解放军第324医院:[1]精神病专科中心,[2]医务处,重庆 400041)

摘 要:目的 探讨赴北川抗震救灾部队官兵急性应激障碍(acute stress disorder, ASD)发生情况、临床特征及相关危险因素。**方法** 采用自编一般情况问卷、创伤后应激反应症状自评量表(post-traumatic stress symptoms self-rating scale, PCL-C)、领悟社会支持量表(perceived social support scale, PSSS)、应对方式问卷(coping style questionnaires, SCSQ)对126名赴北川抗震救灾部队某部官兵进行评定,结合半结构式访谈,确定ASD组和对照组,进行对照分析及相关因素分析。**结果** 救灾官兵ASD患病率为13.49%,主要症状表现为:反复闯入性痛苦性回忆,噩梦,创伤事件场景的重现,强烈的心理痛苦烦恼,兴趣下降,睡眠障碍和情绪不稳定。ASD主要症状之间相互影响,积极的应对方式和良好的社会支持可减少ASD的发生。**结论** 在急性应激阶段(1个月)部分抗震救灾官兵已存在ASD症状,应加强必要的心理评估和综合性的心理干预,减缓灾难所致的心理创伤,预防和减少ASD转化为创伤后应激障碍(post-traumatic Stress disorder, PTSD)。

关键词: 地震;急性应激障碍;应对;社会支持;军人
中图法分类号: R395.6; R821.2; R824 **文献标识码:** A

Acute stress disorder and related factors in a troop after participating in disaster relief in Beichuan county after Wenchuan earthquake

HU Guang-tao[1], LI Xue-cheng[2], WANG Guo-wei[2], HE Ying[1], YANG Lan[1], TAN Xiao-qiong[1] ([1]Department of Mental Health, [2]Administration of Medical Services, No. 324 Hospital of PLA, Chongqing 400041, China)

Abstract: Objective To investigate the occurrence circumstance of acute stress disorder (ASD), clinical features and related risk factors, in the officers and soldiers who had gone to Beichuan county to provide disaster relief. **Methods** We used the self-general questionnaire, post-traumatic stress symptoms self-rating scale (PCL-C), perceived social support scale (PSSS), and coping style questionnaires (SCSQ) to assess the 126 subjects, combining with semi-structured interviews to determine and compare the ASD group and control group, and then analyzed the related factors. **Results** The prevalence rate of ASD officers and soldiers was 13.49%, with main symptoms of repeatedly breaking into painful memories, nightmares, reproducing the scenes of traumatic events, strong trouble of psychological pain, decreased interest, sleep disorders and emotional instability. These main symptoms of ASD interacts each other, and were reduced with positive response and good social support. **Conclusion** In the phase of acute stress (one month), the officers and soldiers taking part in earthquake relief have symptoms of ASD, so we should strengthen the necessary psychological assessment and comprehensive psychological intervention means, in order to slow down psychological trauma after disaster, prevent and reduce the possibility that ASD turns into post-traumatic stress disorder (PTSD).

Key words: earthquake; acute stress disorder; cope; social support; military

重大地震灾难在给人们生命与躯体造成巨大伤害的同时,也给人们的心理、精神造成严重损伤[1]。研究表明,地震灾害造成的心理伤害不仅发生在地震灾民身上,还可出现在救援人员身上[2],经历灾害的人们或多或少都有应激反应[3]。2008年5月12日汶川发生8.0级地震,一场史无前例的大灾难,不仅对当地百姓造成巨大伤害,残酷的灾难场面,也对抗震救灾一线部队官兵造成极严重的躯体和心理创伤。我们随队保障赴北川抗震救灾官兵,发现部分官兵出现不同程度的急性应激障碍(acute stress disorder, ASD)症状。本研究旨在了解救灾部队官兵ASD发生率、症状特点及主要危险因素。

1 对象与方法

1.1 研究对象

随机抽取赴北川县城抗震救灾部队某部一线救灾官兵共

作者简介:胡光涛,男,湖北省随州市人,硕士,副主任医师,主要从事精神心理疾病及心理健康方面的研究,发表论文20余篇。电话:(023)68762858,E-mail:hu-guangtao@163.com

收稿日期:2008-10-08;修回日期:2008-12-09

126名作为被试,均为男性,年龄18~38(21.2±5.9)岁。于5月13日进入北川县城,均亲历地震惨状,参加抢险救人、清理遇难者尸体及灾后重建任务。其中义务兵63名,士官48名,干部15名。文化程度:初中及以下6名,高中或中专64名,大专及以上56名。

1.2 评定工具

所用调查量表及诊断工具:①自编《一般情况调查表》,内容包括一般资料(如性别、年龄、兵种、职级、军龄、创伤经历时间、对最有影响的创伤性事件的描述及对自己的影响程度等)、执行任务种类及时间。②创伤后应激反应症状自评量表(PCL-C)[4],该问卷是根据美国精神障碍诊断统计手册第4版(DSM-IV)分类和诊断标准中关于PTSD诊断标准制定的,共包括17个条目,分别评定创伤再体验(1~5条)、麻木和回避(6~13条)、警觉性增高(14~17条)3个症状群(即3类核心症状群)。问卷采用"1分:没有发生;2分:轻度;3分:中度;4分:重度;5分:极重度"5级评分,得分越高,症状越严重,每个条目在3分及以上,才确定存在此症状。原问卷的内部一致性系数为0.94,重测信度为0.83,与DSM-IV的诊断符合率在90%以上。③社会支持量表(SSRS)[5],该量表共10个条目,包括客观支持、主观支持、对支持的利用度3个维度,总分为10个条目累计分之和,总分越高,说明社会支持越好。④应对方式问卷[5],该问卷共有62个条目,包括解决问题、合理化、求助、自责、幻想、退避6个量表,问卷属自陈式量表。⑤半结构式访谈采用美国精神障碍诊断统计手册第4版(DSM-IV)分类和诊断标准中ASD诊断标准,访谈内容主要包括创伤事件的经历情况,创伤后的情绪反应和认知感受等。

1.3 调查方法

调查时间:2008年6月12-19日,调查人员均为324医院精神科主治医师职称以上医务人员,首先对创伤后应激障碍临床定式访谈问卷和DSM-Ⅳ分类与诊断标准中的ASD的诊断标准进行复习,对量表和问卷的逐条症状的意义和评价尺度进行沟通,对发生歧义的地方共同讨论并取得一致性意见。

调查人员深入各连队,以班为单位,采用随机整群抽样法,共抽取10个班126名官兵进行调查。首先向受试者讲解测评目的和具体方法,取得受试者的配合,指导其完成心理测量量表和问卷调查,保证每份问卷的有效性。统一自评问卷测评后,对每一位被试进行PTSD的临床心理诊断性访谈,针对PCL-C总分大于50分的[4],予以针对性的心理疏导与治疗。

1.4 统计学处理

数据以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用SPSS 13.0统计软件进行单因素方差分析、描述性分析和相关分析。

2 结果

2.1 ASD阳性检出率

根据PCL-C的评定结果(即符合1项以上创伤再体验症状,3项以上回避症状及2项以上警觉症状),各症状自评分均≥3分(中度以上)或PCL-C总分大于50分者确定为ASD可疑者,由专业人员按照ASD的诊断标准者进行半结构式访谈,确诊ASD患者共17名,检出率为13.49%。其中存1项以上创伤再体验症状≥3分者37名(29.37%),存3项以上回避和情绪木纳症状≥3分者29名(23.02%),存2项以上警觉性增高症状≥3分者48名(38.10%)。确定ASD组($n=17$)和对照组($n=109$)。

2.2 抗震救灾官兵急性应激反应症状特点分析

对PCL-C总分及三大核心症状量表分进行统计,总分(35.54±8.13)分,创伤再体验症状因子(2.38±1.12)分,麻木与回避症状因子(1.67±0.95)分,警觉症状因子(2.13±1.04)分。说明创伤后应激症状在救灾官兵中普遍存在,其中创伤再体验症状和警觉症状表现尤为突出。

对PCL-C各症状因子分阳性项目数(分值≥2者)出现频率进行排序,依次为反复闯入性痛苦性回忆:71(56.3%),强烈的心理痛苦烦恼:69(54.8%),经常做有关此事的噩梦:67(53.2%),似乎创伤性事件再次发生:64(50.8%),兴趣下降:57(45.2%),睡眠障碍:48(38.1%),烦躁不安和暴怒:41(32.5%),情感麻木:31(24.6%),注意力集中困难:29(23.0%),强烈的生理反应:28(22.2%),无安全感25(19.8%),回避引起创伤的场景:22(17.5%),过分的惊吓反应:20(15.9%),对创伤事件选择性遗忘:19(15.1%),有脱离他人的感受:18(14.3%),回避创伤的有关的思想或谈话:18(14.3%)。其中对救灾官兵心理应激影响较大的症状(>40%)为反复闯入性痛苦性回忆、强烈的心理痛苦烦恼、噩梦、创伤事件场景的重现、兴趣下降、睡眠障碍和情绪不稳定。

2.3 PCL-C三大核心症状与总分的相关性比较

三大核心症状之间以及与总分之间都有着显著的相关性,ASD每个症状彼此之间相互影响、相互关联。见表1。

表1 ASD三大核心症状及总分的Pearson相关分析(r)

项目	PCL-C总分	创伤再体验	麻木与回避	警觉性增高
PCL-C总分	1	0.826^{ab}	0.679^{ab}	0.786^{ab}
创伤再体验	0.826^{ab}	1	0.585^{ab}	0.642^{ab}
麻木与回避	0.679^{ab}	0.585^{ab}	1	0.603^{ab}
警觉性增高	0.786^{ab}	0.642^{ab}	0.603^{ab}	1

a:$P<0.01$,b:$P<0.05$

2.4 2组应对方式及社会支持比较

解决问题,求助和主、客观社会支持,对社会支持利用度等因子上,ASD组得分低于对照组,差异具有显著性($P<0.01$),而在幻想、退避、自责、合理化4个因子上,患病组的得分显著高于对照组($P<0.01$)。见表2。

2.5 应激反应与应对方式、社会支持的相关分析

PCL-C总分与解决问题、社会支持总分和主客观支持分呈负相关,与自责、幻想呈正相关;创伤再体验因子与求助、社会支持总分和主观支持分呈负相关,与幻想呈正相关;麻木与回避因子与解决问题、社会支持总分和主观支持分呈负相关;警觉性增高因子与解决问题、求助、社会支持总分和主客观支持分呈负相关,与自责、幻想、退避呈正相关。见表3。

表 2　2 组受试官兵在应对方式及社会支持上的比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	应付方式问卷						社会支持量表		
		解决问题	自责	求助	幻想	退避	合理化	社会支持总分	客观支持	主观支持
ASD 组	17	7.05 ±0.77	6.21 ±0.45	5.97 ±0.39	5.96 ±0.76	5.06 ±0.58	6.17 ±0.68	29.82 ±3.12	3.32 ±0.95	7.61 ±1.25
对照组	109	8.66 ±0.82	4.41 ±0.33	7.32 ±0.48	5.09 ±0.68	4.18 ±0.51	6.77 ±0.66	35.46 ±3.66	4.23 ±1.18	9.68 ±1.45
t		−7.53[a]	15.40[a]	−10.95[a]	4.79[a]	6.43[a]	3.44[a]	−5.97[a]	−3.01[a]	−5.53[a]

a :$P<0.01$

表 3　应对方式、社会支持与 PCL-C 总分和分量表分的 Spearman 相关分析($n=126$,r 值)

项目	PCL-C 总分	创伤再体验	麻木与回避	警觉性增高
解决问题	−0.375[a]	−0.109	−0.140[b]	−0.194[a]
自责	0.180[b]	−0.011	0.049	0.188[b]
求助	−0.104	−0.183[a]	−0.094	−0.244[a]
幻想	0.239[a]	0.200[a]	0.104	0.250[a]
退避	0.043	0.108	0.078	0.184[a]
合理化	0.108	0.047	−0.101	−0.079
社会支持总分	−0.357[a]	−0.146[b]	−0.171[b]	−0.249[a]
客观支持	−0.207[a]	−0.040	−0.115	−0.146[b]
主观支持	−0.218[a]	−0.137[b]	−0.145[b]	−0.165[b]

a :$P<0.01$,b: $P<0.05$

3　讨论

急性应激障碍是比较常见的心理问题,发生率为 20% ~50%[6]。军事应激对军人心理健康产生明显的影响[7],在遭受重大精神创伤后 7.8% ~80% 的个体可能发生长期的、广泛的、弥漫性的心理痛苦[8]。本研究选择抗震救灾一线部队官兵作为研究对象,在灾难性事件发生后 30 d 进行调查。结果发现抗震救灾一线部队官兵中出现了 17 名 ASD 患者,检出率为 13.49%,说明巨大的自然灾害对参加抗震救灾的部队官兵也造成明显的躯体和心理创伤,其心理健康状况应引起高度重视,同样需要心理干预。

不同灾害事件后有不同的反应模式,自然灾害与人为灾害可能导致不同的症状表现[9]。通过对 ASD 各症状因子分进行分析显示,影响救灾官兵心理应激的主要症状为反复闯入性痛苦性回忆、噩梦、创伤事件场景的重现、强烈的心理痛苦烦恼、兴趣下降、睡眠障碍和情绪不稳定。本次调查相关分析结果提示对救灾心理创伤最直接的影响是创伤性分离症状和警觉性增高症状。分离和警觉性增高是人类最基本的 2 大防御功能。但防御功能是一把双刃剑,在遭受严重创伤性应激的情景下,分离和警觉性增高被过度使用的时候,此时防御功能的效率是低下的,受害者会表现出精神病理现象。也有研究认为急性创伤性分离症状不能作为严重急性应激反应的核心症状,是创伤发生后 ASD 发生的一个显著的危险因素[10]。Shalev 等[11]对 1 组外伤患者的应激反应进行前瞻性研究,符合创伤后应激障碍(PTSD)诊断的 6 个月的患者,在最初 1 周时回避量表的总分为 5.5 分,6 个月时为 19.4 分,表明回避症状出现的时间较晚。对救灾官兵 PCL-C 三大核心症状与总分的相关性进行分析,发现三大核心症状与总分之间相互关联影响,提示,在象救灾这样的重大军事应激环境中,早期干预的重点是增加军人的安全感和适度的情绪释放,通过倾听、理解、释惑、支持,缓解他们的精神紧张和压力,达到释放情绪,恢复心理平衡。在临床干预和对症治疗时,注意采用综合干预模式,不要只重视阳性症状而忽视对其他潜在症状的干预和处理。

心理社会因素对人类的健康和疾病有重要作用,然而并不是所有暴露于心理应激的个体都会产生心理问题,负性刺激对个体的影响取决于个体对这些处境的应付。应对是个体对现实环境变化有意识、有目的和灵活的调节行为。应对的主要功能是调节应激事件作用,包括改变对应激事件的评估,调节与事件有关的躯体或情感反应。良好的应对方式能改变个体的主观认识,提高个体处理问题的能力[12]。本研究验证以上观点,说明消极应对方式是救灾官兵产生 ASD 的症状的危险因素,积极应付方式可减少 ASD 的发生,可见,在心理干预过程中,引导官兵用积极健康的应对方式面对不利应激事件是激发精神动力,摆脱 ASD 的一剂良药。

社会支持作为影响应激反应结果的重要因素,具有减轻应激反应的作用,并与应激引起的身心反应呈负相关[13]。良好的社会支持系统为个体提供较多的情感安慰、倾诉方式,在个体遭遇应激事件时,对调节心理状态起到“缓冲垫”的作用,降低应激,减少应激障碍的发生,被普遍认为是心理健康的促进因素[14]。社会支持系统能减少 PTSD 的发生,社会支持越多,灾后应激反应越轻,但也只有“被感受到的支持”才具有积极意义[15]。本次调查中,ASD 组社会支持系统显著低于对照组,说明社会支持系统较差是 ASD 发生的一个危险因素。社会支持与个体的个性、价值观、人生观和生活环境密切相关,作为参加抗震救灾等重大应激性事件的官兵,集体大家庭的文化氛围,领导的关怀和战友之间的相互支持与理解,使他们得到物质和生活方面的支持的同时,也得到精神层面需求的满足,对预防 ASD 的发生,保持部队持续的战斗力具有积极意义。

本研究以抗震救灾官兵为研究对象,提醒我们在

今后对重大灾难性应激事件的心理危机干预工作中应特别注意:不能只将灾后工作的注意力集中在受灾者这个生理和心理双重危机群体,还应注意对救灾人员的心理危机状态进行筛查,将心理危机干预工作覆盖面扩大到可能发生心理危机的相关人群,必要时给予相关的心理咨询及治疗,以提高广大救灾官兵的心理应激能力和心理健康水平,避免因精神、心理疾病致部队减员,影响部队战斗力的发挥。

参考文献:

[1] 王志阳,汤月芬,施慎逊. 创伤后应激障碍国内研究现状[J]. 上海精神医院,2006,18(6):372-374.

[2] 尹 智,王东明,卢 杰. 震后灾难心一及其救援对策研究[J]. 防灾科技学院报, 2007, 9(3): 13-16.

[3] Kilic C, Ulusoy M. Psychologicai effects of the November 1999 earthquake in Turkeyan epidemiological study[J]. Acta psychiatr scand, 2003, 108(3): 2322-2328.

[4] 陈树林, 高雪屏, 李凌江, 等. PTSD症状自评量表的信效度初步评价[J]. 中国心理卫生杂志, 2005, 19(6): 373-376.

[5] 汪向东, 王希林, 马 弘. 心理卫生评定量表手册(增订版)[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 127-131, 109-115.

[6] 汪向东, 赵丞智, 新福尚隆, 等. 地震后创伤性应激障碍的发生率及影响因素[J]. 中国心理卫生杂志, 1999, 13(1): 28-30.

[7] 杨国愉, 冯正直, 任 辉, 等. 军事应激条件下军人心理健康特点及其相关因素[J]. 解放军预防医学杂志, 2004, 22(1): 25-29.

[8] 徐 唯, 宋 瑛, 梁爱民, 等. 特大爆炸事故幸存者创伤后应激障碍的初步研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2003, 17(9): 603-606.

[9] 汪向东, 高 岚, 新福尚隆. 灾害后的精神及行为障碍[J]. 中华精神科杂志, 1999, 32(3): 186-188.

[10] Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, *et al*. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature[J]. Encephale, 2001, 27(2): 159-168.

[11] Shalev A Y, Peri T, Canetti L, *et al*. Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study[J]. Am J Psychiatry, 1996, 153(2): 219-225.

[12] 任 辉, 宫海燕, 杨国愉, 等. 军事应激条件下军队医院护士心理健康状况与其应对方式社会支持的相关性研究[J]. 第三军医大学学报, 2005, 27(9): 813-816.

[13] 胡淑芳, 何江萍, 王惠利, 等. 社会支持和应对方式与军人心理健康相关性研究[J]. 人民军医, 2003, 46(4): 188-190.

[14] Beutler L E, Moos R H, Lane G. Coping, treatmen planning, and treatment outcome: discussion[J]. J Clin Psychol, 2003, 59(10): 1151-1167.

[15] 高 岚, 罗 颖, 汪向东, 等. 对受洪灾群体创伤后应激反应的调查[J]. 中华精神科杂志, 2000, 33(2): 107-110.

(编辑 王 红)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2009)15-1494-01

类风湿关节炎合并强直性脊柱炎1例

肖 敬,尹智功,蒋耀平,关建国 (广西中医学院第三附属医院风湿免疫科,广西 柳州 545001)

患者,男性,16岁,因"反复四肢关节疼痛8年,腰背疼痛5年,加重1周"于2008年8月16日入院。患者于2000年12月无明显诱因出现右踝及右足背肿胀和疼痛,发病后1个月病变波及左踝及左足背,之后逐渐出现双膝、双肩、双腕及双手掌指关节(MCPJ)、近端指间关节肿胀(PIPJ)、疼痛,以及双手指关节畸形。病发后于外院就诊,诊断为类风湿关节炎(RA),后经治疗后症状缓解,近5年来出现背腰部疼痛不适,期间逐渐出现颈项部后仰时疼痛,被迫前屈位。查体:生命体征正常,患者神志清楚,精神可,慢性病容,轻度贫血貌,皮肤、淋巴结、头、颈、心、肺、腹部无阳性体征;腰椎前屈、侧屈、后伸受限,指地距8 cm,枕墙距6 cm,双腕,双手食指、中指和小指PIPJ、MCPJ肿胀,轻压痛,双手食指、无名指、小指屈曲畸形,以右侧为明显,双腕关节背伸中度受限,双足第2、3、4跖趾内收畸形,双"4"字征阳性,胸廓度3 cm,Schober试验阳性。血常规:血红蛋白108.0 g/L;风湿3项:血沉48 mm/h,抗链球菌溶血素O<200 U,类风湿因子阴性;免疫6项:补体C_3 2.19 g/L,补体C_4 0.43 g/L,C反应蛋白29.86 mg/L,人类白细胞抗原-B27(HLA-B27)阴性,抗可提取性核抗原(-);尿常规、大便常规、电解质、肝肾功能均正常,心电图、胸片、腰椎正侧位片未见异常。双手正斜位片:双手普遍性骨质稀疏,并相应诸关节不同程度变窄,屈曲畸形。双侧骶髂关节中下段关节面骨质毛糙,双侧骶髂关节间隙狭窄,关节周围软组织无明显肿胀。诊断:RA合并强直性脊柱炎(AS)。治疗上给予双氯芬酸钾片25 mg,2次/d,柳氮磺吡啶片0.25 g,3次/d,口服。2周后症状好转,柳氮磺吡啶片加至0.5 g,2次/d,口服,同时加用羟氯喹片0.1 g,2次/d,同时加强关节功能锻炼,患者经治疗后病情好转出院。

讨论

本例患者有对称性多关节炎,尤其有对称性PIPJ和(或)MCPJ和(或)腕关节受累,以及PIPJ、MCPJ、腕关节异常X线征象,符合美国风湿病学会(ARA)1987年RA分类标准。且有CT证实的骶髂关节炎,下腰痛持续5年及腰椎前屈、侧屈、后伸受限,并排除其它血清阴性脊柱关节病如银屑病关节病,炎

(下转1497页)

作者简介:肖 敬,男,广西省桂林市人,硕士,医师,主要从事中西医结合治疗风湿病方面的研究,发表论文13篇。电话:(0772)2309641,E-mail:doctorxj@sohu.com

收稿日期:2008-10-26;修回日期:2009-02-04