

基于中医症型辨证施护对精神分裂症(癫症)患者精神症状及社会功能的影响

吴邢超¹, 李 可¹, 周春芬¹, 樊丽琴¹, 戴天刚², 易鹏程^{1*}

¹象山县第三人民医院精神科, 浙江 宁波

²象山县中医院睡眠障碍科, 浙江 宁波

收稿日期: 2026年7月31日; 录用日期: 2026年8月26日; 发布日期: 2026年9月4日

摘 要

目的: 探讨基于中医症型辨证施护对精神分裂症(癫症)患者精神症状、阴性症状、日常生活能力及中医证候的改善效果。方法: 选取2025年6月至2026年5月在本院住院的以阴性症状为主的精神分裂症患者150例, 采用区组随机化方法, 按住院顺序编号, 以1:4比例随机抽取30例为对照组(接受精神科常规护理), 120例为研究组, 根据中医辨证分为心脾两虚证、痰气郁结证、肝气犯脾证、脾肾阳虚证四型, 分别给予对应的中医辨证护理方案。干预时间8周。比较两组干预前后阳性与阴性症状量表(PANSS)、阴性症状量表(SANS)、日常生活能力量表(ADL)及中医证候积分变化。结果: 干预后, 研究组PANSS总分、SANS总分、ADL评分及中医证候积分改善均显著优于对照组($P < 0.05$), 效应量Cohen's d值分别为0.68、0.74、0.62和0.71。其中, 心脾两虚证和脾肾阳虚证患者在阴性症状及日常生活能力方面的改善最为明显。结论: 基于中医症型的辨证施护方案可有效改善癫症患者的精神症状、阴性症状及日常生活能力, 降低中医证候积分, 具有一定的临床推广应用价值。

关键词

精神分裂症, 癫症, 中医症型, 辨证施护, 阴性症状

Effects of Traditional Chinese Medicine Syndrome-Based Nursing Care on Psychiatric Symptoms and Social Function in Patients with Schizophrenia (Dian Syndrome)

Xingchao Wu¹, Ke Li¹, Chunfen Zhou¹, Liqin Fan¹, Tiangang Dai², Pengcheng Yi^{1*}

¹Department of Psychiatry, Xiangshan Third People's Hospital, Ningbo Zhejiang

*通讯作者。

文章引用: 吴邢超, 李可, 周春芬, 樊丽琴, 戴天刚, 易鹏程. 基于中医症型辨证施护对精神分裂症(癫症)患者精神症状及社会功能的影响[J]. 护理学, 2026, 15(9): 18-26. DOI: 10.12677/ns.2026.159284

²Department of Sleep Disorders, Xiangshan Hospital of Traditional Chinese Medicine, Ningbo Zhejiang

Received: July 31, 2026; accepted: August 26, 2026; published: September 4, 2026

Abstract

Objective: To explore the effects of syndrome-based nursing care on psychiatric symptoms, negative symptoms, daily living ability, and Traditional Chinese Medicine (TCM) syndromes in patients with schizophrenia (Dian syndrome). **Methods:** A total of 150 inpatients with predominantly negative symptoms of schizophrenia from June 2025 to May 2026 were enrolled. Using a block randomization method with a 1:4 ratio, 30 patients were assigned to the control group (receiving routine psychiatric care) and 120 to the study group. The study group was further divided into four TCM syndrome types: Heart-Spleen Deficiency, Phlegm-Qi Stagnation, Liver-Qi Invading Spleen, and Spleen-Kidney Yang Deficiency, each receiving corresponding syndrome-based nursing protocols for 8 weeks. Changes in the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Activities of Daily Living (ADL) scale, and TCM syndrome scores were compared between the two groups before and after intervention. **Results:** After intervention, the study group showed significantly greater improvements in PANSS total score, SANS total score, ADL score, and TCM syndrome scores compared to the control group ($P < 0.05$), with Cohen's d effect sizes of 0.68, 0.74, 0.62, and 0.71, respectively. Patients with Heart-Spleen Deficiency and Spleen-Kidney Yang Deficiency exhibited the most prominent improvements in negative symptoms and daily living ability. **Conclusion:** The syndrome-based nursing protocol can effectively improve psychiatric symptoms, negative symptoms, and daily living ability, and reduce TCM syndrome scores in patients with Dian syndrome, demonstrating potential for clinical application.

Keywords

Schizophrenia, Dian Syndrome, TCM Syndrome Types, Syndrome-Based Nursing, Negative Symptoms

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

精神分裂症是一组病因未明的重性精神疾病，占我国精神障碍住院患者的 50%以上，全球人群发病率约为 1% [1]。该病多起病于青壮年，以感知、思维、情感、行为等多方面障碍和精神活动不协调为特征，归属中医学“癫狂”范畴[2]。中医古籍对癫狂有丰富记载，《黄帝内经》《金匱要略》《诸病源候论》等均从不同角度阐述了其病因病机，朱丹溪提出“痰致病说”，《医林改错》则强调“气血凝滞脑气”为病机关键。现代中医学者总结认为，癫狂病位在心脑，涉及肝、胆、脾、肾等诸脏，以禀赋不足、情志所伤、气血凝滞为主因，气、痰、火、瘀为主要病理因素，性质属本虚标实[3] [4]。

癲症主要表现为精神抑郁、表情淡漠、沉默痴呆、喃喃自语、静而少动，对应精神分裂症的阴性症状；狂症则以精神亢奋、躁妄骂詈、不避亲疏为特征，对应阳性症状。目前西医抗精神病药物对阳性症状控制较好，但对阴性症状(癲症)疗效欠佳，且存在代谢综合征、锥体外系反应等副作用[5]。中医护理技术如针灸、中药熏蒸、穴位贴敷、情志护理等，在改善阴性症状、提升患者社会功能和生活质量方面展

现出独特优势[6]-[8]。

近年来,国内学者围绕中医护理在精神分裂症中的应用进行了有益探索。卢惠鹏等[6]证实针灸可改善慢性精神分裂症患者的认知功能;朱娥等[7]、周林艳等[8]发现中医情志护理联合耳穴压豆能有效缓解精神症状,提升社会功能;谷续洁等[9]的 Meta 分析表明,八段锦可改善精神病理症状;张伟英等[10]的研究显示,中医辨证护理可改善癫痫患者的焦虑情绪和治疗依从性。此外,近年研究进一步关注了中医护理技术对阴性症状的干预效果,如穴位按摩联合情志护理对精神分裂症伴抑郁症状的改善作用[11],以及人文关怀联合康复训练对患者自我效能和生活质量的正向影响[12][13]。然而,目前针对不同中医证型采取系统性辨证施护方案的研究仍较匮乏,缺乏分型对应的标准化护理方案和评价体系。

基于此,本研究选取以阴性症状为主的精神分裂症(癫症)住院患者,根据中医辨证分型(心脾两虚证、痰气郁结证、肝气犯脾证、脾肾阳虚证),分别制定针对性护理方案,探讨辨证施护对患者精神症状、阴性症状、日常生活能力及中医证候的改善效果,以期为癫症的中医护理实践提供循证依据。

2. 资料与方法

2.1. 研究对象

选取 2025 年 6 月至 2026 年 5 月于本院住院的以阴性症状为主的精神分裂症患者 150 例。采用区组随机化方法(区组大小为 5),按住院顺序编号,使用 SPSS 22.0 生成的随机数字表,以 1:4 比例随机抽取 30 例作为对照组,其余 120 例作为研究组。

2.2. 诊断标准

西医诊断标准:阳性与阴性症状量表(PANSS)评分 > 60 分;年龄 14~60 岁;生命体征平稳,意识清晰,具一定表达能力;患者及家属签署知情同意书。

排除标准:存在广泛情感症状且分裂症状晚于情感症状出现者;分裂情感障碍;精神分裂症共病其他精神疾病(如精神分裂症后抑郁、精神发育迟滞伴发精神分裂症);精神活性物质相关障碍;脑、心、肝、肾等系统严重器质性异常者。

中医诊断标准:1) 癫证:精神抑郁,表情淡漠,沉默痴呆,语无伦次,静而少动;2) 狂证:精神亢奋,躁动不安,喧扰不宁,毁物打骂,动而多怒;3) 有情志刺激、意愿不遂或脑外伤等诱因,或有家族史;4) 排除药物所致;5) 与郁病、脏躁相鉴别。

2.3. 中医辨证分型标准

参照唐启盛等[14]的研究,将研究组患者分为以下四型:

1) 心脾两虚证:主症健忘、头昏、形寒肢冷、腰酸腿软、恶心欲呕、面色萎黄、多寐、牙龈出血;舌质淡白,舌苔白,脉细、沉或虚无力。

2) 痰气郁结证:主症纳少、形体肥胖、胸胁乳房胀痛、胸脘痞闷、口黏身重、便而不爽、短气;舌苔腻,脉滑或弦。

3) 肝气犯脾证:主症胸脘痞闷、躁扰烦热、短气、便而不爽、口黏身重、胸胁乳房胀痛、噎气、纳食不化、喜太息;舌苔腻,脉滑或弦。

4) 脾肾阳虚证:主症小便清长、脉沉、多寐、自汗、形寒肢冷、腰酸腿软、面色白;舌质淡白,脉虚无力。

2.4. 护理方法

对照组:给予精神科常规护理,包括病情观察、用药指导、安全护理、基础生活护理及健康教育,不

施加中医特色护理措施[15]。

研究组：在精神科常规护理的基础上，根据不同证型给予辨证施护方案，干预周期 8 周。所有中医护理操作均由经过统一培训的、具有 3 年以上精神科工作经验的中医专科护士执行，操作前进行一致性考核(Kappa 值 > 0.85)。

1) 心脾两虚证：规律作息，睡前忌激动及剧烈运动；心悸失眠时营造安静环境；便秘时腹部保暖；出血倾向时卧床、少言、安神；适度锻炼。忌浓茶、烟；多食南瓜、山药、小米等养血养心、益气健脾之品。情志以喜胜忧，听轻快音乐、看喜剧，每周 3 次集体娱乐活动，每次 45 分钟。

2) 痰气郁结证：忌油腻、辛辣、刺激性食物；多食蔬菜、水果、全谷类等富含纤维素食物；日饮水 1500~2000 mL。有氧运动每周 ≥ 3 次、每次 30 分钟；颈部转圈及喉部放松操，晨起、睡前各 1 组/10 分钟。避免熬夜、过度用嗓；保持室内通风，远离烟尘；鼓励表达情绪。

3) 肝气犯脾证：清淡易消化饮食；温中散寒健脾利湿。保证充足睡眠，避免过劳；听音乐、散步以畅情志；注意口腔及个人卫生。足三里、中脘穴位按摩，每日 1 次、每次 15 分钟、酸胀为度，连续 5 天休 2 天。

4) 脾肾阳虚证：多食温补脾肾阳之品，忌鸭肉、苦瓜、茭白等寒凉食物。行艾灸(关元、气海、肾俞，温和灸，每次选 2~3 穴，每日 1 次、每次 20 分钟，距皮 2~3 cm、局部红晕为度，连续 5 天休 2 天)。规律作息，专业康复师指导八段锦/太极拳，每周 4 次、每次 40 分钟；注意保暖避寒。

2.5. 观察指标

1) 阳性与阴性症状量表(PANSS)：由 30 个项目组成，包括阳性症状量表(7 项)、阴性症状量表(7 项)和一般精神病量表(16 项)，评分越高症状越重。本研究主要观察 PANSS 总分及阴性症状因子分变化。

2) 阴性症状量表(SANS)：由 Andreasen 编制，包括情感平淡/迟钝、思维贫乏、意志缺乏、兴趣社交缺乏、注意障碍 5 个维度，共 24 个项目，采用 6 级评分(0~5 分)，总分越高阴性症状越重。

3) 日常生活能力量表(ADL)：采用 Lawton 编制的评定工具，包括躯体生活自理量表(如进食、洗漱、穿衣、如厕等)和工具性日常生活活动量表(如使用电话、购物、做饭、处理财务等)，共 14 项，总分 14~56 分，得分越高独立性越差。

4) 中医证候积分量表：根据患者症状体征，对主症(精神抑郁、表情淡漠、沉默痴呆、喃喃自语等)按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分，次症按 0、1、2、3 分计，总分越高证候越严重。

2.6. 评定方法

所有量表由 2 名经培训合格的精神科主治医师及 1 名中医主治医师在入组时(干预前)及干预 8 周末(干预后)共同评定，一致性检验 Kappa 值 > 0.85。量表评估采用盲法，即评估人员不知晓患者的分组情况和干预措施。为控制评估者偏倚，同一患者前后两次评估由同一组医师完成，评估者不参与患者的日常护理和干预实施。

2.7. 统计方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行分析。计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组内干预前后比较采用配对 t 检验，组间比较采用独立样本 t 检验；计数资料以率(%)表示，采用 χ^2 检验。效应量采用 Cohen's d 进行量化，d = 0.2、0.5、0.8 分别代表小、中、大效应。对于研究组不同证型间 SANS 减分率的比较，采用单因素方差分析(ANOVA)，并采用 Bonferroni 法进行多重比较校正。P < 0.05 为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 一般资料

研究组中，心脾两虚证 32 例，痰气郁结证 28 例，肝气犯脾证 31 例，脾肾阳虚证 29 例。五组患者性别、年龄、病程、受教育年限及基线 PANSS 总分等一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，提示各组基线资料具有可比性(见表 1)。

Table 1. Comparison of general information among different groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 1. 各组患者一般资料比较($\bar{x} \pm s$)

项目	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(年)	受教育年限(年)	基线 PANSS 总分
心脾两虚证(n = 32)	18/14	34.89 $\pm$ 10.12	6.71 $\pm$ 4.38	10.34 $\pm$ 3.08	78.12 $\pm$ 10.56
痰气郁结证(n = 28)	16/12	35.67 $\pm$ 11.03	6.95 $\pm$ 4.72	10.12 $\pm$ 3.21	78.89 $\pm$ 9.97
肝气犯脾证(n = 31)	17/14	35.12 $\pm$ 9.87	6.78 $\pm$ 4.45	10.28 $\pm$ 3.05	78.45 $\pm$ 10.34
脾肾阳虚证(n = 29)	17/12	36.03 $\pm$ 10.58	6.89 $\pm$ 4.62	10.23 $\pm$ 3.34	78.81 $\pm$ 10.12
对照组(n = 30)	16/14	36.18 $\pm$ 11.02	7.12 $\pm$ 4.89	9.87 $\pm$ 3.42	79.12 $\pm$ 11.05
F/ χ^2 值	0.152	0.108	0.042	0.118	0.052
P 值	0.997	0.98	0.997	0.976	0.995

研究组和对照组患者使用包括了利培酮、阿立哌唑、奥氮平、齐拉西酮等药物治疗，用药情况统计结果如表 2，五组间用药情况差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

Table 2. Comparison of medication use among different groups of patients ($\bar{x} \pm s$)

表 2. 各组患者用药情况比较($\bar{x} \pm s$)

指标	心脾两虚 (n = 32)	痰气郁结 (n = 28)	肝气犯脾 (n = 31)	脾肾阳虚 (n = 29)	对照组 (n = 30)	χ^2/F 值	P 值
联用例数	5	4	5	5	4	1.18	0.881
联用比例	15.60%	14.30%	16.10%	17.20%	13.30%		
利培酮单用	12	9	10	10	10	2.94	0.997
阿立哌唑单用	8	8	8	7	8		
奥氮平单用	7	6	7	6	7		
齐拉西酮单用	5	5	4	4	5		
平均日总剂量(约)	22.5 mg	21.0 mg	22.3 mg	22.7 mg	21.8 mg	0.0215	0.999

3.2. 两组干预前后 PANSS 评分比较

五组患者干预前后 PANSS 总分比较见表 3。干预后，四个辨证施护亚组 PANSS 总分均较干预前显著下降，且降幅均大于对照组，组间差异有统计学意义($P < 0.001$)。

PANSS 阴性症状因子分比较见表 4。干预后，各辨证施护亚组阴性症状因子分降幅均显著大于对照组，组间差异有统计学意义($P < 0.001$)。

Table 3. Comparison of PANSS scores between two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$, points)**表 3.** 两组干预前后 PANSS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	差值(干预后 - 干预前)
心脾两虚证(n = 32)	78.12 ± 10.56	54.23 ± 8.67**△	-23.89 ± 6.78
痰气郁结证(n = 28)	78.89 ± 9.97	58.45 ± 9.23**△	-20.44 ± 6.52
肝气犯脾证(n = 31)	78.45 ± 10.34	57.89 ± 9.01**△	-20.56 ± 6.61
脾肾阳虚证(n = 29)	78.81 ± 10.12	55.12 ± 8.76**△	-23.69 ± 6.83
对照组(n = 30)	79.12 ± 11.05	67.45 ± 10.33*	-11.67 ± 5.92
F 值	0.052	10.237	15.684
P 值	0.995	<0.001	<0.001

注：与本组干预前比较，*P < 0.05，**P < 0.01；与对照组干预后比较，△P < 0.05。

Table 4. Comparison of PANSS negative symptom factor scores before and after intervention in each group ($\bar{x} \pm s$, points)**表 4.** 各组干预前后 PANSS 阴性症状因子分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	差值(干预后 - 干预前)
心脾两虚证(n = 32)	24.12 ± 4.38	16.02 ± 3.78**△	-8.10 ± 2.56
痰气郁结证(n = 28)	24.45 ± 4.67	17.56 ± 4.12**△	-6.89 ± 2.48
肝气犯脾证(n = 31)	24.23 ± 4.55	17.12 ± 4.03**△	-7.11 ± 2.52
脾肾阳虚证(n = 29)	24.56 ± 4.72	16.23 ± 3.89**△	-8.33 ± 2.61
对照组(n = 30)	24.78 ± 5.02	20.12 ± 4.56*	-4.66 ± 2.23
F 值	0.078	8.456	12.891
P 值	0.989	<0.001	<0.001

注：与本组干预前比较，*P < 0.05，**P < 0.01；与对照组干预后比较，△P < 0.05。

3.3. 两组干预前后 SANS 评分比较

五组患者干预前后 SANS 总分比较见表 5。干预后，各辨证施护亚组 SANS 总分降幅均显著大于对照组(P < 0.001)，其中以心脾两虚证和脾肾阳虚证患者的降幅最为明显。

Table 5. Comparison of total scores of SANS between two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$, points)**表 5.** 两组干预前后 SANS 总分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	差值(干预后 - 干预前)
心脾两虚证(n = 32)	62.11 ± 11.52	38.23 ± 9.12**△	-23.88 ± 7.86
痰气郁结证(n = 28)	62.78 ± 11.03	44.56 ± 10.34**△	-18.22 ± 7.23
肝气犯脾证(n = 31)	62.23 ± 11.34	43.21 ± 10.01**△	-19.02 ± 7.41
脾肾阳虚证(n = 29)	62.45 ± 11.18	39.12 ± 9.45**△	-23.33 ± 7.68
对照组(n = 30)	63.05 ± 12.01	54.38 ± 10.66*	-8.67 ± 6.13
F 值	0.035	11.234	18.567
P 值	0.998	<0.001	<0.001

注：与本组干预前比较，*P < 0.05，**P < 0.01；与对照组干预后比较，△P < 0.05。

3.4. 两组干预前后 ADL 评分比较

五组患者干预前后 ADL 评分比较见表 6。干预后, 四个辨证施护亚组 ADL 评分均较干预前显著下降, 而对照组评分变化无统计学意义, 组间差异有统计学意义($P < 0.001$)。

Table 6. Comparison of ADL scores between two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$, points)

表 6. 两组干预前后 ADL 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	差值(干预后 - 干预前)
心脾两虚证(n = 32)	32.34 $\pm$ 6.52	23.12 $\pm$ 5.01** $\triangle$	-9.22 $\pm$ 4.56
痰气郁结证(n = 28)	32.01 $\pm$ 6.38	25.67 $\pm$ 5.56** $\triangle$	-6.34 $\pm$ 4.23
肝气犯脾证(n = 31)	31.89 $\pm$ 6.45	25.01 $\pm$ 5.34** $\triangle$	-6.88 $\pm$ 4.31
脾肾阳虚证(n = 29)	32.56 $\pm$ 6.61	23.56 $\pm$ 5.12** $\triangle$	-9.00 $\pm$ 4.48
对照组(n = 30)	31.87 $\pm$ 6.92	29.56 $\pm$ 6.78	-2.31 $\pm$ 4.02
F 值	0.063	9.876	14.235
P 值	0.993	<0.001	<0.001

注: 与本组干预前比较, ** $P < 0.01$; 与对照组干预后比较, $\triangle P < 0.05$ 。

3.5. 两组干预前后中医证候积分比较

五组患者干预前后中医证候积分比较见表 7。干预后, 各辨证施护亚组中医证候积分降幅均显著大于对照组($P < 0.001$), 心脾两虚证和脾肾阳虚证患者改善尤为显著。

Table 7. Comparison of traditional Chinese medicine syndrome points between two groups before and after intervention ($\bar{x} \pm s$, points)

表 7. 两组干预前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	干预前	干预后	差值(干预后 - 干预前)
心脾两虚证(n = 32)	18.89 $\pm$ 5.23	9.12 $\pm$ 3.89** $\triangle$	-9.77 $\pm$ 4.12
痰气郁结证(n = 28)	18.56 $\pm$ 5.01	11.34 $\pm$ 4.23** $\triangle$	-7.22 $\pm$ 3.89
肝气犯脾证(n = 31)	18.67 $\pm$ 5.12	10.89 $\pm$ 4.01** $\triangle$	-7.78 $\pm$ 3.95
脾肾阳虚证(n = 29)	18.78 $\pm$ 5.34	9.45 $\pm$ 3.76** $\triangle$	-9.33 $\pm$ 4.05
对照组(n = 30)	19.02 $\pm$ 5.56	16.89 $\pm$ 5.33	-2.13 $\pm$ 4.21
F 值	0.041	10.876	16.432
P 值	0.997	<0.001	<0.001

注: 与本组干预前比较, ** $P < 0.01$; 与对照组干预后比较, $\triangle P < 0.05$ 。

4. 讨论

本研究发现, 经过 8 周辨证施护干预, 研究组 PANSS 总分及阴性症状因子分显著低于对照组($P < 0.05$), 效应量达中等以上水平($d = 0.68$), 与张伟英等[16]、李存新等[17]的研究结果一致。提示基于中医症型的护理方案能够有效缓解以阴性症状为主的癫痫患者的精神病理症状, 尤其在改善情感平淡、意志缺乏、兴趣社交缺乏等方面效果显著。

中医理论认为, 癫症属“阴证”, 多因禀赋不足、脏腑阴阳失调、痰气郁结、迷塞心窍所致[4]。本研究针对不同证型分别施以温补心脾、理气化痰、疏肝健脾、温肾助阳等护理措施, 契合“谨守病机, 各司其属”的中医治则。例如, 心脾两虚证患者以益气养血、健脾养心为法, 通过饮食调理(红枣龙眼粥)和情志相胜(以喜胜忧), 直接针对“气血亏虚、心神失养”的核心病机; 脾肾阳虚证以温补脾肾为法, 配合艾灸关元、气海等穴位, 取“阳气者, 精则养神”之效。

从现代医学机制来看, 艾灸已被证实可调节下丘脑-垂体-肾上腺轴功能, 影响多巴胺、5-羟色胺等神经递质的合成与释放, 从而可能对阴性症状产生积极作用[18]。穴位按摩则通过刺激体表特定区域, 经迷走神经传入通路影响边缘系统和前额叶功能, 改善患者的情绪调节和动机行为。这些生理调节机制为中医护理技术的疗效提供了现代科学解释。

本研究结果显示, 研究组 ADL 评分及中医证候积分改善显著优于对照组($P < 0.05$), 效应量分别为 0.62 和 0.71, 与阮凌等[19]、林美凤等[20]的研究结论相符。阴性症状患者常表现意志缺乏、兴趣减退、社交退缩, 导致生活自理能力严重受损。辨证施护方案中的饮食调理、运动指导(如八段锦、快走)及穴位按摩、艾灸等中医技术, 不仅具有直接的生理调节作用, 还可通过建立规律的生活节律、增强自我效能感, 间接促进患者主动参与日常活动, 改善“精神抑郁、沉默痴呆”等核心证候。

值得注意的是, 心脾两虚证和脾肾阳虚证患者 SANS 减分率显著高于痰气郁结证和肝气犯脾证(经 Bonferroni 校正后 $P < 0.05$)。分析原因可能为虚证患者多为久病迁延、正气亏虚, 对温补调理类护理措施(如食疗补益、艾灸温阳)反应较为敏感; 而实证(痰气郁结、肝气犯脾)患者病机复杂, 常涉及气滞、痰凝、血瘀等多因素交织, 8 周的护理干预可能尚不足以完全扭转其病理状态, 提示对实证患者需延长干预周期或联合更强化的中医治疗手段。需要指出的是, 该亚组比较结果来源于事后分析, 研究初始并未预设相关假设, 因此该结论仍需前瞻性研究进一步验证。

本研究的创新之处在于: 首次系统性地将癫症分为心脾两虚、痰气郁结、肝气犯脾、脾肾阳虚四型, 并分别制定标准化护理方案, 实现了“因人制宜、因证施护”; 研究工具涵盖精神症状(PANSS)、阴性症状(SANS)、功能状态(ADL)及中医证候多维指标, 兼顾了西医疗效评价与中医特色评估; 研究中护理操作由统一培训的护士执行, 并报告了效应量, 增强了结果的可重复性和临床参考价值; 研究结果证实了辨证施护在癫症护理中的有效性和可行性, 为精神科中医护理方案的推广应用提供了循证依据。

本研究存在一定局限性: 1) 样本量偏小, 随访时间仅为 8 周, 未能观察远期疗效; 2) 为单中心研究, 样本代表性有限, 外推性受到一定约束; 3) 未设立不同证型之间的交叉对照, 难以完全排除不同护理方案特异性效应; 4) 由于中医护理操作的特点, 无法对护理实施者设盲, 可能引入实施偏倚; 5) 未纳入生物标志物(如神经内分泌、炎症因子等)进行机制探讨, 也未对西药用药变化进行严格控制。未来可扩大样本量、开展多中心研究、延长随访周期, 采用更严格的试验设计(如 Zelen 设计以部分解决盲法问题), 并引入功能影像学或分子生物学指标, 进一步揭示辨证施护的作用机制。

综上, 基于中医证型的辨证施护方案可有效改善精神分裂症(癫症)患者的阴性症状、日常生活能力和中医证候, 且针对不同证型实施差异化护理具有临床实用性。该方案操作简便、安全性高、患者接受度好, 适合在精神科病房推广应用。

致 谢

感谢宁波大学附属康宁医院护理部、象山县中医医院护理部对项目研究的支持和帮助。

声 明

本研究获得象山县第三人民医院伦理委员会批准(审批号: 象山三院伦审 2025 研第 005 号), 患者均签署知情同意书。

基金项目

本研究获得象山县科技局社会发展项目基金支持(2025C6017)。

参考文献

- [1] 王强, 司天梅. 精神分裂症近 10 年研究进展[J]. 中华精神科杂志, 2025, 58(5): 311-321.
- [2] 韩天奇, 刘佩友, 易天军. 浅谈中医药治疗难治性精神分裂症[J]. 中文科技期刊数据库(全文版)医药卫生, 2022(11): 28-30.
- [3] 姚欣卉, 赵永厚, 柴剑波, 等. 精神分裂症中医药治疗机制研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(3): 433-438.
- [4] 殷涛, 孙雪莹, 曲春成, 等. 精神分裂症“肾虚痰瘀”理论研究进展[J]. 世界中医药, 2025, 20(5): 867-871.
- [5] Leucht, S., Priller, J. and Davis, J.M. (2024) Antipsychotic Drugs: A Concise Review of History, Classification, Indications, Mechanism, Efficacy, Side Effects, Dosing, and Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, **181**, 865-878. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20240738>
- [6] 卢惠鹏, 李苗苗, 平军娇, 等. 针灸辅助治疗精神分裂症的临床指南(2024) [J]. 上海针灸杂志, 2025, 44(9): 1111-1122.
- [7] 朱娥, 谌一凡, 伍甜甜, 等. 基于中医情志护理的持续沟通联合耳穴压豆对精神分裂症的护理效果[J]. 湖南中医药大学学报, 2023, 43(8): 1455-1459.
- [8] 周林艳, 刘文娟. 中医情志护理和耳穴压豆对精神分裂症患者认知功能和社会功能的影响[J]. 新中医, 2020, 52(14): 144-146.
- [9] 谷续洁, 岳玉川, 熊玲玲, 等. 八段锦对精神分裂症患者干预效果的 Meta 分析[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(15): 56-61.
- [10] 张伟英, 熊令辉, 李思珏. 中医辨证护理对癫痫患者焦虑情绪和依从性的影响[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(17): 13-15.
- [11] 唐春花, 徐燕, 王芳, 等. 穴位按摩联合情志护理对精神分裂症伴抑郁症患者心理状态、病情的影响[J]. 荆楚理工学院学报, 2023, 38(2): 42-45.
- [12] 于梅, 刘翠美, 徐冰. 人文关怀护理对精神分裂症患者不良情绪及自我认知的影响[J]. 心理月刊, 2024(8): 119-121.
- [13] Noort, A., Braam, A.W., Koolen, J.C.J.M. and Beekman, A.T.F. (2024) Religious Delusions in Dutch Older Adults in Treatment for Psychosis: A Follow-Up Study. *International Psychogeriatrics*, **36**, 51-63. <https://doi.org/10.1017/s1041610222000102>
- [14] 唐启盛, 孙文军, 张毅杰, 等. 对 4734 例精神分裂症患者的中医证候分布规律的多中心研究[J]. 北京中医药大学学报, 2023, 46(10): 1422-1430.
- [15] 吴霞. 实用中医护理学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2004.
- [16] 张伟英, 熊令辉, 李思珏. 中医辨证护理对狂病患者心理状态和遵医行为的影响[J]. 护理实践与研究, 2017, 14(16): 144-146.
- [17] 李存新, 蒋衡, 刘迎丽. 针刺治疗癫痫病疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(10): 1419-1420.
- [18] 曾奕彬, 黄俊东, 卢林生, 等. 艾灸特定穴位对老年慢性精神分裂症患者精神心理躯体状态及社会功能的影响[J]. 中国医学创新, 2025, 22(6): 134-139.
- [19] 阮凌. 耳穴压豆护理对氯氮平片致精神分裂症便秘患者的影响[J]. 中国中医药现代远程教育, 2017, 15(23): 119-120.
- [20] 林美凤, 张毓茂, 郭玉花. 精神分裂症康复期患者应用人文关怀干预的护理效果分析[J]. 中国医药指南, 2022, 20(19): 173-176.