

我国精神卫生的现状和挑战

黄悦勤*

北京大学精神卫生研究所 北京 100191

【摘要】目的:描述新世纪我国精神障碍流行病学研究的方法学和调查结果,以及精神卫生服务的现状,分析精神障碍患病率的影响因素,为降低疾病负担提供依据。方法:回顾新世纪以来国内大样本精神障碍流行病学研究,总结近 10 年精神障碍患病率的调查结果。结果:国内不同地区采用不同调查方法,获得各类精神障碍的患病率有较大差异。精神卫生服务需求增加,但服务的资源和模式不能满足需要。结论:我国精神卫生面临着方法学改进、服务模式更新的挑战,提高精神卫生健康有利于降低精神障碍的疾病负担。

【关键词】精神障碍;流行病学研究;患病率;卫生服务

中图分类号:R197 文献标识码:A doi: 10.3969/j.issn.1674-2982.2011.09.002

Status quo and challenge of mental health in China

HUANG Yue-qin

Institute of Mental Health, Peking University, Beijing 100191, China

【Abstract】 Objective: This article aims to describe methodology and prevalence of mental disorder under the current status of mental health service in the new century, and to explore impact factors of prevalence of mental disorder for decreasing disease burden of mental disorder. Method: Large scale epidemiological studies on mental disorders were reviewed and the results of prevalence studies were summarized in the past decades. Results: There were different prevalence rates of mental disorders using different methodology in different regions. Needs of mental health service had increased, but resources and models of mental health services had not met the needs. Conclusions: There are challenges of improving methodology and reforming model of service in China. In order to reduce disease burden of mental disorder, mental health promotion should be advanced.

【Key words】 Mental disorder; Epidemiological studies; Prevalence; Health service

1 我国精神障碍流行病学研究现状

随着经济和社会的不断发展,生活节奏加快,竞争压力日趋增加,精神疾病的种类、特点、患病率也发生着变化。近 10 年以来,国内对精神障碍的流行病学研究在方法学的改善和地方政府重视的前提下有了较大的进展。

1.1 精神障碍的患病率

目前,国内主要以国际通用的精神障碍的国际疾病分类标准(ICD-10)和美国精神障碍诊断和统计手册(DSM-IV)为诊断标准进行临床诊断和流行病

学研究,分类上采用精神病性障碍和非精神病性障碍的概念。精神病性障碍指各种严重的精神障碍,包括精神分裂症、心境障碍、偏执性精神病、反应性精神病、脑器质性精神障碍等。非精神病性障碍指严重性达不到上述精神障碍的程度、较轻的精神障碍,包括焦虑障碍、人格障碍、物质使用障碍、进食障碍、心身疾病,以及病情较轻的精神发育迟滞与不够精神病程度的反应状态或情绪反应等。2001 年 11 月—2002 年 2 月的世界精神卫生调查中,在中国的北京和上海调查了 5 201 人,结果显示精神障碍 12 个月患病率为 7% (不包括精神病性障碍)^[1] 新世

* 作者简介:黄悦勤,女(1960 年—),博士,教授,博士生导师,北京大学精神卫生研究所党委书记、副所长、副院长,中国疾病预防控制中心精神卫生中心主任,主要研究方向为社会精神病学、临床流行病学。E-mail: huangyq@bjmu.edu.cn

纪以来,全国部分省市陆续开展精神疾病患病状况调查,相继出现一系列的研究成果。2001年,浙江省15岁及以上人群精神疾病流行病学调查14 639人,结果显示调整后精神疾病总时点患病率为17.3%。^[2]2002年江西省精神疾病患病率调查15 939人,结果显示各类精神疾病(不含神经症、药物依赖和人格障碍)的时点患病率为2.980%,总患病率为3.608%。^[3]2003年西藏自治区精神障碍流行病学调查5 375人,结果显示心境障碍、精神分裂症、器质性精神障碍和急性短暂精神病性障碍的时点患病率分别为0.48%、0.34%、0.17%和0.037%;终生患病率分别为0.56%、0.37%、0.17%和0.037%。^[4]2004年10月—2005年3月,河北省精神障碍现况调查24 000人,结果显示精神障碍的时点患病率为16.243%。2005年昆明市精神障碍患病率调查5 033人,获得各类精神与行为障碍的12个月患病率为6.41%。^[5]2005年深圳市神经症流行病学调查7 108人,结果显示,神经症终生患病率为13.35%。^[6]广州市2006年调查获得各类精神障碍(包括心境障碍、精神分裂症及其他精神病性障碍、焦虑障碍、与物质有关的障碍等)调整时点患病率为4.331%;调整终生患病率为15.764%。^[7]2010年北京市抽样调查,对2 469名16岁以上的居民进行访谈调查,获得各类精神障碍的终生患病率为11.30%,其中女性(10.79%)高于男性(9.26%);各类精神障碍的12个月患病率为6.69%,其中女性(6.46%)高于男性(5.28%);各类精神障碍普遍存在共病情况。^[8]

1.2 精神障碍调查方法学的进步

纵观国内新世纪以来精神障碍流行病学研究发展,可以从多角度进行评价。从研究者角度看,20世纪的研究基本上以临床精神医学专家为主体,当今则提倡多学科合作,有更多的流行病学、统计学等预防医学和社会学、卫生经济学等多领域的专家参与调查;从疾病的诊断标准角度看,上世纪精神障碍诊断以ICD-9为准,当今则以ICD-10和DSM-IV为准,疾病的诊断分类系统有许多重大变化;从研究工具角度看,上世纪的调查多采用精神科医生使用的非定式问卷,当今则广泛采用精神科医生和非精神卫生专业人员使用的定式和半定式问卷的多种形式的工具;从研究方法角度看,上世纪的研究设计以线索调查、非随机抽样为主,当今则以严格的流行病学现

况调查原理和方法、以随机抽样进行调查;从调查质量控制的角度看,上世纪的调查缺乏严格的现场调查质量控制,当今则多采用严格的人群调查质量控制的方法,如工具培训、样本抽样、现场核查等专门技术实施调查;从调查资料分析的角度看,20世纪的调查报告多为简单的患病率和单因素分析方法,当今则采用更先进的流行病学和统计学的单因素和多因素分析技术对资料进行全面的分析。

1.3 精神障碍患病率的影响因素

从20世纪80年代初至今,精神障碍流行病学研究经历了方法学的飞跃。调查结果可见,不同时期、不同地区调查的患病率差异较大。为了有利于精神障碍的疾病预防和控制,应该从两个方面评价和分析调查结果存在差异的原因。其一是系统误差对患病率调查结果的影响,由于研究者的知识结构、精神障碍的诊断标准、调查工具的信度和效度、抽样方法、质量控制手段、资料分析的水平等诸多因素的差异,带来了不同地区、不同调查工具调查结果的差异。其二,排除了系统误差所造成的差异,应该全面分析精神障碍在不同地区、时间、人群中的分布,探讨诊断标准和调查工具的文化适用性,以及生物遗传学的易感性对精神障碍患病率的影响,从而对于精神障碍进行科学性的评估,有利于研究生物遗传和环境因素对精神障碍的作用,探讨发病机理,掌握精神障碍的发生和发展特点、临床表现和预后,从而制定防治对策,降低精神障碍的疾病负担。

2 我国精神卫生服务和需求现状

2.1 精神卫生资源现状

总体来说,一方面,我国卫生总投入虽然呈上升趋势,但卫生部门对精神病医院的拨款仅占2.3%,基层精神病院则更少。2008年统计,我国平均每10万人口有13.2张精神病病床;2009年统计,精神科专业医师16 756人,每10万人口约有1.26名^[9];与国际平均10万人拥有精神科床位43.6张、精神科医生3.96人的水平相比,我国的精神卫生资源严重不足,甚至低于部分发展中国家^[12]。另一方面,部分精神卫生机构分布不够合理,以及部分地区存在乱办医、乱行医的现象,造成正规医院精神科床位利用率

不高。因此,我国精神卫生资源不足与浪费现象并存。

2.2 精神卫生服务模式现状

目前,我国精神卫生机构服务模式落后,基本上还是“医院精神病学”的格局,即精神卫生人力和财力资源仍以精神病医院为主,而医院服务的对象仍然是“重性”或“严重”精神病患者。这种现状不符合现代医学模式的需要,也不能适应现代社会的需求。我国的社区精神卫生服务已经尝试多年,目前我国 780 多万精神分裂症患者中有 90% 生活在社区,这些人是社区康复服务的主要对象。由于缺乏统一规划和经费投入,社区精神卫生发展缓慢,一些试点经验难于推广。各地区医疗服务水平参差不齐,某些地区精神疾病的基本服务仍是空白。

2.3 精神卫生服务需求的变化

我国正处于一个迅速变革的历史时期,社会变革导致对新型精神卫生服务的需求增加。我们在享受快速发展的物质文明的同时,也面临着一系列前所未有的问题。老龄化社会导致的老年痴呆、老年抑郁、空巢等问题,亲子教育缺失形成的儿童情绪和行为问题,白领阶层的焦虑、抑郁问题,社会突发事件导致的应激和恐慌情绪等,这些事件都对精神卫生工作提出了新的挑战。新型的精神卫生服务模式将是人性化为引导、群体化为目标、多专业协作为主导的特色医疗活动,这种模式将有利于将精神卫生的服务对象最大化,并能有效改变精神卫生工作日益边缘化的不利局面。

同时,我们面临着发展不平衡、精神卫生康复覆盖范围相对较小的问题。由于受重视程度、技术条件、经济状况等各种因素的影响,造成地区之间社区精神卫生康复工作发展的不平衡。许多地方在网络建设、服务内容与质量上都处于较低的水平,甚至处于停滞状态。“社会化、综合性、开放式”精神病防治康复工作模式,是世界社区精神卫生史上规模最大、范围最广的一次社会实践,但仅覆盖我国不到 2/5 地区^[13],贫困地区的精神病患者更是不能得到基本的治疗与康复服务。

2.4 社会偏见和歧视现象

对于普通人群而言,精神卫生知识匮乏,社会偏

见严重,精神疾病未治率高是一大挑战。由于精神卫生知识尚未普及,宣传力度不够,我国普通居民对精神卫生知识的知晓率和正确选择就医方式的比例明显偏低。大多数人对精神疾病没有基本的认识和了解,对患者缺乏理解和同情,偏见与歧视现象比较严重,因此使精神疾病患者及其家属普遍具有强烈的“病耻感”,不愿意或不敢接受治疗和心理干预,延误治疗,使病情加重。据世界卫生组织对我国精神疾病治疗率所做的调查,精神分裂症患者就诊率仅为 30%,住院治疗者不足 1%;抑郁症及双向情感障碍、惊恐障碍治疗比例仅为 10%;强迫症、酒精依赖、自杀/自伤的治疗干预率更低。^[14]

2.5 精神卫生立法

精神卫生立法具备维护精神病患者和精神卫生机构合法权益、维护社会稳定、完善精神卫生防治体系等重要意义。2001 年接受 WHO 调查的 160 个成员国中,已有 3/4 的国家和地区有了精神卫生法^[12],但我国精神卫生立法明显滞后,由于各种原因,全面、专业的精神卫生法迟迟未能出台。目前我国是西太平洋地区惟一没有精神卫生法的大国,精神卫生工作尚缺乏法律保障。当然,上海、北京等地的地方精神卫生条例的颁布,对于推进国家精神卫生立法的整体进程起到了很大的推动作用。

3 精神卫生学发展面临的挑战及展望

当前我国社会经济正处于深入变革时期,精神病学界面临着各种心理卫生和行为习惯的挑战,出现了很多日益突出的新问题,如我国人民预期寿命的延长,与老龄相关的神经精神疾病亦随之增多;儿童精神卫生问题、酒药依赖、情绪问题等也有增加的趋势。因此,我们应当继续加强国际协作,及时引进先进的流行病学调查工具和方法,同时结合我国的社会文化特点,进行相关研究。

3.1 与国际一流研究水平接轨

目前国际公认的多数精神障碍分类和诊断体系都是在西方文化背景下发展而来的,简单照搬会面临因文化差异、种族生物学差异产生的问题。为保证诊断的真实性和可靠性,需要应用精神医学和流行病学的理论和方法使国际公认的精神障碍诊断和

一流水平的研究方法学本土化,以利于我国精神障碍的临床和社区研究。同时,应减少低水平的重复调查,不断提高我国精神疾病流行病学的科学研究水平,并与临床医学和基础医学相结合,为推动我国精神病学的发展作出贡献。^[10-11]

3.2 精神卫生专业队伍建设

中国精神卫生的发展首先要发展精神卫生工作队伍。精神科医师是精神卫生队伍中的骨干,目前不但数量不足,更重要的是需要质量方面的提高。同时还需要精神卫生与多学科的团队协作服务。除了精神科医师以外,还应该包括临床心理工作者、临床社会工作者、康复治疗师和社区精神科护士等。

目前我国的精神科服务仍然由精神病医院承担主要职责,因此应该在普通医院中发展精神卫生服务,如在综合医院中设立精神科以及将精神卫生服务纳入基层保健机构的工作范畴。另外,需要在医学院校中的精神科教学,在继续教育中,也要增加精神科的比重。总之,应该要将精神科和普通医学整合在一起。

3.3 改善精神卫生服务

迄今为止,我国对非精神病性精神障碍患者的服务仍然非常不足。鉴于我国仍属于发展中国家,精神卫生服务受到经济和资源方面的制约,因而需要发展适合于我国的、符合投入—效益的服务方式,扩展精神卫生服务范畴。

非常重要的挑战是消除社会对精神疾病的偏见和歧视。精神卫生十分重要,精神卫生问题又非常普遍,多数精神疾病病因依然未明,精神科的治疗也不尽理想,进一步提高精神卫生服务的水平,是世界面临的共同难题。WHO 提出,精神卫生应该以社区为单位^[12],在社区的基础上为需要的人提供服务。因此,大力发展我国社区精神卫生服务是当前紧急而又重要的任务。

3.4 加速精神卫生立法进程

最后要重点提出的是,要大力推动精神卫生立法的制定、颁布和实施。我国《精神卫生法》的立法调研和起草工作从1985年起历时20余年,已做了大

量基础性工作。目前,国务院法制办公室终于将《精神卫生法(草案)》全文公布,征求社会各界意见。可以预期,精神卫生法的颁布,将有力地推动我国的精神卫生服务,使我国的精神卫生事业向前迈进一大步。

3.5 精神卫生发展策略的建议

首先,应该优先开展精神障碍的流行病学调查,了解疾病负担。包括抑郁障碍、焦虑障碍、精神分裂症、物质依赖、创伤后应激障碍、注意缺陷多动障碍、孤独症等严重的精神疾病,掌握中国各类精神障碍的发病率、患病率的基础数据,探讨环境和发育风险因素的相互作用,而大量研究已经证实几乎所有精神疾病的发生均与遗传有关,应开展设计合理的遗传流行病学研究,以明确遗传、环境因素的作用及其相互作用,以了解中国精神障碍所造成的经济负担,从而制定精神障碍防治相关的策略和措施。

其次,应该重点探索以健康教育模式为主的社区干预方案。采用流行病学和卫生经济学的评价方法,估计生物学和社会心理学危险因素的相对危险度,评价干预措施的经济效益与社会效益,通过社会动员,实现三级预防。优化以健康教育模式为主的社区干预方案,建立早期综合干预模式,并应加强精神疾病患者社区康复模式的研究。

第三,从疾病诊断的角度,应该优先探讨中国人精神疾病的早期诊断指标。利于早期识别,降低误诊率。探讨生物学标记,如特异性易感基因、脑功能影像、脑电生理特征等,提高早期诊断与治疗率;探讨精神障碍患者人格特质的特异性指标,以提供早期识别的客观指标。其后,应该加强精神疾病的临床研究建设和探索新的治疗途径。建立精神障碍疾病全国合作临床研究网络,开展多中心研究,强化临床研究队伍建设,探索精神障碍疾病新的治疗途径,主要包括药物综合治疗、物理学治疗、心理治疗、康复治疗、中医的针灸治疗、中西医结合治疗、微创手术治疗等,探讨以生物学标记,人格特征为基础的新型生物心理治疗模式,社会综合干预模式治疗,并评价其效果。

参 考 文 献

[1] Shen Y C, Zhang M Y, Huang Y Q, et al. Twelve Month

- Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in Metropolitan China [J]. *Psychological Medicine*, 2006, 36(2): 257-268.
- [2] 石其昌, 章健民, 徐方忠. 浙江省 15 岁及以上人群精神疾病流行病学调查 [J]. *中华预防医学杂志*, 2005, 39(4): 229-236.
- [3] 卢小勇, 陈贺龙, 胡斌. 江西省精神分裂症患病率流行病学调查 [J]. *上海精神医学*, 2004, 16(4): 234-236.
- [4] 魏赓, 刘善明, 张伟, 等. 西藏自治区精神障碍流行病学调查 I: 重型精神障碍 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2008, 34(10): 601-604.
- [5] 栗克清, 崔泽, 崔利军, 等. 河北省精神障碍的现况调查 [J]. *中华精神科杂志*, 2007, 40(1): 36-40.
- [6] 张毅宏, 胡纪泽, 胡赤怡, 等. 深圳市神经症流行病学调查 [J]. *中国公共卫生*, 2006, 22(7): 866-867.
- [7] 赵振环, 黄悦勤, 李洁, 等. 广州地区常住人口精神障碍的患病率调查 [J]. *中国神经精神疾病杂志*, 2009, 35(9): 530-534.
- [8] 陈曦. 北京市常见精神障碍流行病学现况调查 [D]. 北京: 北京大学博士学位论文, 2011.
- [9] 卫生部统计信息中心. 中国卫生年鉴 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009.
- [10] 黄悦勤. 社会精神医学的流行病学基础 [M]// 吴文源, 张明园. 社会精神医学. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [11] 黄悦勤. 中国精神障碍的流行病学研究 [M]// 吴文源, 张明园. 社会精神医学. 北京: 人民卫生出版社, 2011.
- [12] 世界卫生组织. 2010 年世界卫生报告 [R]. 2010.
- [13] 中华人民共和国卫生部. 全国精神卫生工作体系发展指导纲要 (2008 年—2015 年) [Z]. 北京, 2008.
- [14] 黄悦勤, 罗晓敏, 刘肇瑞. 精神卫生学研究 [M]// 中国科学技术协会. 2009—2010 公共卫生与预防医学学科发展报告. 北京: 中国科学技术出版社, 2010.

[收稿日期: 2011-08-15 修回日期: 2011-08-24]

(编辑 刘博)

· 信息动态 ·

欧洲财务危机导致卫生服务提供减少

1 爱尔兰卫生预算锐减

爱尔兰发生财务危机后, 2012 年公共服务预算至少要缩减 35 亿欧元, 其中卫生服务预算要缩减多达 10 亿欧元。公共部门被迫缩减医院床位并停止一线岗位的招聘。暂停招聘后, 1000 多个岗位出现空缺。卫生服务提供减少导致病人等待时间延长, 急诊人数增加, 急诊病人比去年同期增加了 20%。

2 意大利病人面临额外的治疗支出

意大利期望通过减少卫生预算等公共支出, 到 2013 年底解决赤字问题。卫生经济学家预测意大利要减少 100 亿欧元的卫生服务支出, 这相当于每个家庭每年 500 欧元。缩减支出将导致个人卫生保健支出增加, 其中穷人受影响最大。

3 西班牙缩减财政支出, 供方遭受损失

西班牙卫生服务预算缩减, 对供方的支付时间越来越长。2010 年地方卫生预算平均减少了 1.13%, 2011 年则减少了 4.11%, 预计将在下一届大

选之后会有更大范围的紧缩。预算缩减预示着卫生服务债务增加, 西班牙卫生系统欠药品、材料、卫生技术供应商大约 83 亿英镑, 支付这些供应商的平均时间也增加到约 400 天。缩减财政支出也对医生收入产生了影响, 2010 年 6 月起, 医生收入下降了 5% ~ 7%。

4 希腊公共卫生部门医疗岗位被削减, 医院面临重组

在财政紧缩措施下, 希腊公共卫生部门许多医务人员将被解雇, 很多卫生保健项目将被取消。财政部估计, 2011 年第一季度尽管病人数量增加了, 但卫生部门支出同比要减少 30%, 133 个医院中有 10 个医院已经重组, 而且将会有更多的医院重组。另外政府在退休金、疾病和药品方面的福利支出也减少了 9.6% 或者 34 亿欧元。

(来源: 英国医学杂志; 编译: 张小娟, 朱坤)