

- [15] Braverman J. Maintaining healthy lungs: The role of airway clearance therapy. *Advanced Respiratory*, 1996;10-15. (收稿日期:2008-10-20)
- [16] Hess D. The evidence for secretion clearance techniques. *Respi Care*, 2001,46:1276-1293. (本文编辑:松 明)
- [17] Melzak R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 1965,150:971-979.

· 临床研究 ·

康复训练联合万拉法新治疗严重脑卒中后抑郁症的疗效观察

郑华 孙宝民 吕燕华 秦丽晨

【摘要】目的 观察康复训练联合应用小剂量抗抑郁剂万拉法新对脑卒中后抑郁症患者的疗效。**方法** 将 180 例脑卒中后抑郁症患者随机分为康复训练组和对照组,康复训练组给予抗抑郁药物及康复训练联合治疗,对照组仅给予抗抑郁药物治疗。分别于治疗前及治疗 2,4 周时采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及 Barthel 指数(BI)进行疗效评定。**结果** 2 组患者经治疗后,其 HAMD、BI 评分均较治疗前明显改善($P < 0.05$),并且以康复训练组的改善幅度较显著,与对照组比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 康复训练联合抗抑郁药物对治疗脑卒中后抑郁症患者具有显著疗效,能进一步改善患者神经功能,提高日常生活活动能力。

【关键词】 脑卒中后抑郁; 康复训练; 万拉法新

脑卒中后抑郁症(post-stroke depression, PSD)是一种常见并发症,患者主要临床表现包括情绪悲观、兴趣减退、缺乏主动性等,对其功能恢复具有消极作用,严重影响患者生活质量及预后^[1,2]。本研究对 90 例 PSD 患者给予早期功能康复训练,并在此基础上服用万拉法新进行抗抑郁治疗,发现临床疗效满意。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

共选取 2005 年 10 月至 2007 年 10 月间在我院住院治疗的脑卒中合并抑郁症患者 180 例,所有患者均符合全国第四届脑血管病学术会议制定的脑血管疾病诊断标准^[3],并经头部 CT 和(或)MRI 检查证实,且汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分均在 17 分以上,既往无精神病史,无意识、智能障碍或严重全身脏器病变。将上述入选患者按随机分配原则分为康复训练组及对照组。康复训练组有患者 90 例,其中男 51 例,女 39 例;平均年龄(58.1 ± 10.4)岁;病程(20.86 ± 6.85)d;基底节梗死 62 例,脑干梗死 11 例,脑叶梗死 17 例;首次发病 65 例,复发 25 例。对照组有患者 90 例,其中男 49 例,女 41 例;平均年龄(57.6 ± 9.8)岁;病程(20.12 ± 7.84)d;基底节梗死 65 例,脑干梗死 9 例,脑叶梗死 16 例;首次发病 53 例,复发 27 例。2 组患者年龄、性别、病程、性质、病变部位等经统计学比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

对照组患者给予脱水、抗凝、营养脑神经等常规治疗,同时口服万拉法新进行抗抑郁治疗,万拉法新每天服用剂量为

50 mg,每日 1 次,共治疗 4 周。

康复训练组患者在上述治疗基础上,于生命体征稳定 48 h 后即给予康复训练。早期阶段以 Brunnstrom、Rood 技术为主,以充分调动和利用机体各种反射功能,促进软弱、无力肌群收缩;后期阶段患者多出现肌痉挛,此时治疗方法以 Bobath 技术和运动再学习疗法为主,以最大程度抑制痉挛模式、调整肌张力、改善患者运动功能,具体治疗措施包括:①早期进行床上抗痉挛体位训练,嘱患者将上肢保持伸展位,下肢保持屈曲位,可用软枕协助肢体摆放,以预防以后可能出现的上肢屈肌痉挛和下肢伸肌痉挛;②按摩及被动活动,按摩方向由肢体近端至远端,于按摩结束后进行机体各关节被动活动,鼓励患者用健肢帮助患肢进行被动运动,直至患肢出现自主运动;③坐起、坐位及站位平衡训练,早期阶段在床上练习翻身动作,后期训练逐渐由半卧位转为完全坐位和站位训练,以增强躯干控制能力和平衡能力;④步行与上下阶梯训练,待患者具备步行条件后,首先进行步行准备阶段训练,即先练习步行分解动作,以步态训练为重点,然后再逐渐过渡到步行训练及上、下阶梯训练;⑤日常生活活动能力训练,如指导患者练习用患手拿勺或筷子吃饭、穿脱衣服、用厕、入浴、梳头、刷牙、拧毛巾等;⑥心理疏导,在训练过程中向患者耐心解释病情及治疗机制,并积极鼓励、安慰患者。上述康复治疗每日 1 次,每次 45 min,共治疗 4 周。

三、疗效评定方法

分别于治疗前及治疗 2,4 周后对 2 组患者进行 HAMD 及 Barthel 指数量表(Barthel index, BI)评分^[4,5]。

四、统计学分析

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,选用 SPSS 10.0 版统计软件包进行数据分析,采用 t 检验进行组间疗效比较, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

作者单位:271000 泰安,山东省泰安市中心医院康复医学科(郑华、孙宝民),神经内科(秦丽晨);泰安市第二人民医院(吕燕华)

结 果

2 组患者治疗前、后 HAMD 评分及 BI 评分结果详见表 1, 表中数据显示, 2 组患者治疗后 HAMD 评分及 BI 评分均较治疗前显著改善, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 0.01); 进一步分析后发现, 康复训练组患者从治疗第 2 周开始, 其 HAMD 评分及 BI 评分均明显优于对照组, 组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者治疗前、后 HAMD 和 BI 评分结果比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	HAMD 评分	BI 评分
康复训练组	90		
治疗前		24.12 $\pm$ 5.04	20.87 $\pm$ 12.87
治疗 2 周后		14.98 $\pm$ 4.24 ^{ac}	38.46 $\pm$ 13.15 ^{ac}
治疗 4 周后		11.12 $\pm$ 2.76 ^{bc}	60.47 $\pm$ 15.74 ^{bc}
对照组	90		
治疗前		23.52 $\pm$ 4.90	20.46 $\pm$ 12.04
治疗 2 周后		16.22 $\pm$ 4.58 ^a	28.28 $\pm$ 10.22 ^a
治疗 4 周后		14.84 $\pm$ 2.50 ^a	38.82 $\pm$ 14.23 ^a

注: 与治疗前比较, ^a $P < 0.05$, ^b $P < 0.01$; 与对照组相同时间点比较, ^c $P < 0.05$

讨 论

PSD 是脑卒中患者常见并发症之一, 据相关文献报道, 国外 PSD 总体发病率为 40% ~ 50%^[6], 国内 PSD 发病率为 35% ~ 50% 左右^[7]。PSD 的发病机制目前尚未完全清楚, 多数学者倾向于以下两种学说, 分别是: ①内源性机制学说, 即脑卒中造成机体神经功能损伤, 破坏了去甲肾上腺素能神经元和 5-羟色胺能神经元及其传导通路, 导致中枢神经系统内这两种神经递质含量下降; ②反应性机制学说, 即由于家庭、社会、疾病等多种因素, 特别是瘫痪患者丧失独立性或活动功能以后, 不能正常生活, 产生寂寞心理, 害怕增加家庭及社会负担, 对治疗失去信心, 从而诱发悲观、失望等抑郁情绪^[8]。有研究显示, 神经功能损伤较重以及日常生活活动能力下降明显的脑卒中患者, 其抑郁症发生率相对较高, 且病情程度越严重, 重度抑郁症的发生率就越高^[9]。

国内已有大量研究证实, 康复干预对改善脑卒中后抑郁症具有显著作用^[10]。早期康复干预不仅能减轻神经功能缺损程度, 改善患者肢体功能, 提高日常生活活动能力^[11], 还可显著抑制脑卒中后精神障碍发生率及减轻抑郁程度^[12,13]; 同时康复训练能增加神经突触兴奋性, 促进脑局部血液循环, 从而增加机体合成及利用神经递质的效率, 降低抑郁症发生率^[14]。在康复训练过程中需注意给予患者积极鼓励与疏导, 以改善其焦虑、恐惧心理, 减轻思想负担, 树立战胜疾病信心, 也有利于疾病的康复治疗。

抗抑郁药 (如万拉法新) 不仅能有效治疗抑郁症, 而且还能抑制脑细胞死亡及促进与记忆相关脑区神经组织再生, 通过选择性的 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取机制, 提高了神经突

触间隙内 5-羟色胺和去甲肾上腺素含量, 从而发挥抗抑郁作用^[15]; 而且万拉法新还能通过神经易化机制促进神经元增殖与存活, 发挥其特有的神经保护作用^[16,17], 从而改善患者抑郁症状及提高日常生活活动能力。

综上所述, 本研究结果表明 2 组患者经相应治疗后, 康复训练组患者 HAMD 评分及 BI 评分均显著优于对照组, 提示早期康复干预联合抗抑郁药万拉法新治疗 PSD 具有显著疗效, 能进一步改善患者抑郁症状、提高生活质量, 值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] Williams LS, Ghose SS, Swindle RW. Depression and other mental health diagnoses increase mortality risk after ischemic stroke. *Am J Psychiatry*, 2004, 161:1090-1095.
- [2] Gainotti G, Antonucci G, Marra C, et al. Relation between depression after stroke, antidepressant therapy, and functional recovery. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2001, 71:258-261.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. *中华神经科杂志*, 1996, 29:381.
- [4] 张明园. 精神科量表评定手册. 第二版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998:121.
- [5] 朱镛连. 神经康复学. 北京: 人民军医出版社, 2001:328-329.
- [6] Whyte EM, Mulsant BH. Poststroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Bio Psychiatry*, 2002, 52:253-264.
- [7] 刘艳, 余华峰. 脑梗塞后抑郁与梗塞部位的关系及治疗. *脑与神经疾病杂志*, 2004, 12:25.
- [8] 李蹊, 倪朝民. 脑卒中后抑郁. *中国康复理论与实践*, 2005, 11:26.
- [9] 程丰, 邵国富, 包仕尧. 脑卒中后抑郁及其对神经功能康复的影响. *中国心理卫生杂志*, 2004, 18:533-536.
- [10] 赵先伟, 唐新辉, 高睿, 等. 早期康复治疗脑卒中后抑郁的临床研究. *中华物理医学与康复杂志*, 2004, 26:306.
- [11] 沈曙晶, 张帮械, 陈发全. 脑梗死患者早期康复治疗观察. *中华物理医学与康复杂志*, 2002, 24:528.
- [12] 刘麦仙, 卢红, 刘喜梅, 等. 体外反搏结合早期康复治疗脑梗死偏瘫的疗效观察. *中华物理医学与康复杂志*, 2003, 25:160-161.
- [13] 刘永珍, 龙洁. 卒中后抑郁的流行病学研究现状. *国外医学脑血管病分册*, 2000, 12:340-342.
- [14] 杨金升. 卒中后的淡漠与局部脑血流. *国外医学脑血管病分册*, 1998, 6:243.
- [15] 李昌英, 崔国新. 文拉法辛辅助治疗癫痫性抑郁的疗效分析. *中国神经精神疾病杂志*, 2004, 30:331.
- [16] Santarelli L, Saxe M, Gross C, et al. Requirement of hippocampal neurogenesis for the behavioral effects of antidepressants. *Science*, 2003, 301:805-809.
- [17] Joca SR, Padovan CM, Guimaraes FS. Stress, depression and the hippocampus. *Rev Bras Psychiatry*, 2003, 25:46-51.

(收稿日期:2008-11-09)

(本文编辑:易 浩)