

· 综述 ·

脑卒中患者心理康复时机和方法的研究进展

章迎春 刘娜 张力三 耿昱 胡兴越 陈炜

脑卒中患者存在多种心理障碍,如脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)、焦虑、退化和依赖行为等,加重了患者的躯体疾病,并增加其医疗费用和家庭负担^[1],影响患者的日常生活活动能力和认知功能,甚至使致残率和病死率增加 3 倍以上^[2]。Murray 等^[3]荟萃了 23 个定性的研究,发现脑卒中患者所面临的 203 个问题中,社会和情感需求占 39%,列于首位,具体指情绪相关问题、社会角色改变、对康复的态度、自我评价的改变等,其中抑郁等情绪障碍又占一半左右,但很少有患者主动寻求帮助。王小菊等^[4]一项历时 3 年、涉及 3000 例患者的随访调查显示,85% 的脑卒中患者具有早期康复观念,而其中只有 33% 的患者知道要进行心理康复。如何对脑卒中患者进行心理康复干预,帮助患者早日回归家庭和社会,提高生活质量,显得尤为重要。

心理康复时机的选择

早期的心理康复可反射性地引起大脑皮质、丘脑和下丘脑的兴奋性升高,重新建立去甲肾上腺素和 5-羟色胺等神经递质的平衡,促进大脑的可塑性发展^[5],提高人的潜能和应激能力,促使人体更快地适应疾病状态。因此,国内外的不少研究者主张早期心理康复,越早干预,效果越好^[6-11]。Cavestri 等^[6]发现,在发病后 1 个月内进行心理干预的有效率几乎达到 50%。英国国家脑卒中临床指南^[7]也指出,在急性脑卒中 1 个月内必须对患者的抑郁和焦虑情绪作出评估,并进行监测。中国脑血管病防治指南^[8]提出,康复应尽早进行,只要患者神智清楚、生命体征平稳、病情不再发展,48 h 后即可开展康复治疗,多数患者可在病后 10~14 d 进行。张庆元等^[9]发现,脑卒中患者发病 2 周时的躯体化、抑郁、焦虑、恐怖和强迫因子分数均显著高于正常对照组,结合既往研究,推测脑卒中后心理障碍有多个高发期,发病 2 周内为第一个高峰期。李韵^[10]对发病 1 周内的脑卒中患者进行每天 40~45 min 的肢体功能训练和心理康复,持续治疗 1 个月后,患者的肢体功能有不同程度的提高,焦虑及抑郁评分较治疗前明显降低,且肢体康复训练和心理康复相互促进,形成良性循环。Saxena 等^[11]分别在患者入院、从康复中心出院以及脑卒中后 6 个月进行老年抑郁量表测查和简短的认知功能评估,发现抑郁症状和认知损害的发生率在急性期(入院时)达到顶峰,分别为 60% 和 54%,提示早期对脑卒中患者进行心理障碍筛查、监测

以及早期干预可以明显降低疾病的影响。

基于脑卒中后心理障碍的部分问题(如急性应激反应)具有自限性,有一些学者提出,发病后 6 个月内是心理康复治疗的关键时期^[12,13]。有研究指出,PSD 的高发期是脑卒中后 3~6 个月^[12],心理康复治疗使患者的日常生活活动能力以及认知功能较康复前明显提高,且病程 6 个月之内效果尤其显著。Ahmed 等^[13]的研究表明,在脑卒中后 6 个月时,患者的生活质量与健康对照人群存在明显的差异,提示发病后 6 个月内进行心理干预最为合适。原因可能在于脑卒中恢复期时,患者的生命体征及躯体情况趋于稳定,进行心理测量和评估的结果更加可靠,同时患者也更加关注自身的情感需求和社会适应能力,心理治疗的依从性提高。

心理康复的方法与应用

一、健康教育

健康教育的对象包括患者及其家属。Johnston 等^[14]在患者出院时向患者及其家属提供个性化的疾病宣教手册,详细说明脑卒中及康复的知识,以指导患者个体化的康复训练和日常生活活动,这项随机对照观察发现,5 周之后干预组的躯体以及心理康复程度较对照组显著提高,但 2 组的疾病负担和生活满意度没有明显区别。一项采用自我管理模式作为健康教育方法的纵向随机对照观察显示,干预组在家庭角色、日常生活活动能力、自我管理和工作效率方面没有出现明显的衰退,与常规治疗组形成显著的区别,1 年后的随访结果仍然如此^[15]。Franzén-Dahlin 等^[16]在患者发病后 6 个月内对患者和家属进行总共 6 次的支持性的健康教育授课,授课内容为脑卒中的发生与症状、治疗、危险因素、预后、个体差异以及社会支持的可行性和益处,这些课程由卒中单元的专业护士组织安排,授课时间为 20~30 min,授课结束后进行小组(每个小组 10 例)内讨论,半年后进行随访,结果显示,参加授课的患者和家属获得了更丰富的健康知识,患者抑郁情绪减少,应对能力和生活满意程度提高,并且参加次数越多,这种效果越明显。

二、作业治疗

健康教育在脑卒中患者的心理康复中很重要,但患者及其家属主动参与性不够可降低其效果,而作业治疗则可弥补其不足。作业治疗通常由专业的作业治疗师指导,通过分散注意力、促发乐观情绪、重建生活模式等方式缓冲不良生活事件的影响,提高患者参与各项活动的主动性和积极性,增加对全面康复的信心。Kleiber 等^[17]将作业治疗的具体方式归纳为:看电视、阅读、玩纸牌以及益智游戏等休闲活动以及体育锻炼。Hartke 等^[18]也指出,写作训练对积极情绪的培养具有重要意义,可增强患者的应对能力。Schneider 等^[19]则用钢琴或电子琴演奏的形式向脑卒中患者提供了总共 15 次的音乐支持治疗,显示这是促进神经功能康复的有效方法之一。Legg

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2009.08.021

基金项目:浙江省科技计划重点项目(2006C23016);杭州市科技发展计划项目(200611331317)

作者单位:310016 杭州,浙江大学邵逸夫临床医学研究所、浙江大学医学院附属邵逸夫医院精神卫生科(章迎春、刘娜、陈炜),神经内科(张力三、耿昱、胡兴越)

通信作者:陈炜,Email:srrcw@zju.edu.cn

等^[20]的荟萃分析提示,作业治疗能改善患者的日常生活活动能力,减少致残风险,因此提倡所有的脑卒中患者都应该进行作业治疗。

三、心理治疗

运用上述方法尚不能有效改善患者的心理问题,或者情绪异常造成持久的困难或加剧了患者的残疾程度时,应该将患者引荐至有经验的临床心理学家或者精神科医师处就诊^[7]。心理治疗的方法包括精神分析法、认知疗法、行为疗法、支持疗法、合理情绪疗法、森田疗法、催眠疗法、疏导疗法、暗示疗法、传统的气功疗法以及团体心理治疗等^[21]。Western^[22]建议,医疗保健人员使用基于解决问题(problem-solving)和确立目标(goal-setting)的心理应对方式,鼓励患者自己作出决定,更全面地实现自我价值。Siekierka等^[23]在脑卒中急性期患者中分组予以功能性电刺激、机器人辅助康复治疗以及模拟现实场景的认知心理治疗,结果表明,心理治疗的疗效肯定,而且临床可行性强。William等^[24]针对 188 例 PSD 患者采取了激活-启动-监督(activate-initiate-monitor)的行为疗法,主张充分发挥患者的参与能力,即指导患者发现 PSD 的症状和可行的治疗方法,启动行为干预措施,同时监督患者自我评估和行为矫正,持续 12 周后发现,抑郁症状的缓解率为 39%,显著高于药物治疗组的 23%。Thomas等^[25]募集了脑卒中后 1~6 个月、残留轻中度肢体残疾的 PSD 患者 112 例,开展认知行为治疗(cognitive behaviour therapy, CBT),6 个月后,患者的贝克抑郁问卷得分较对照组明显下降,总体健康状况和日常生活活动能力改善。CBT 对患者心理康复的促进作用是鼓舞人心的,但是言语功能障碍和认知功能受损使患者失去正常的人际交往、工作以及生活能力,患者往往不能自己完成行为训练,CBT 的应用受到一定限制^[26]。对存在行为困难的患者,在专门的护理中心进行心理康复或许更加可行,因为专业机构能提供正性和负性的刺激,对患者的行为进行监测、评估并作出及时的反馈和支持,使患者受到鼓励并提高依从性。时美芳等^[27]在脑卒中患者康复期时开展连续 6 周、每周 2 次的合理情绪疗法,向患者指出情绪反应是由非理性信念所致,对非理性信念进行辩论并结合认知家庭作业,结果发现,治疗组 6 周后的抑郁自评量表分值下降 19 分,而对照组下降约 9 分,差异具有统计学意义。

团体心理治疗旨在针对患者的共性问题进行心理干预,促进与同病患者的沟通交流,采取包括正常人群(志愿者)的方式^[28]可促使患者有更多的机会模仿正常的行为,从模仿训练中得到鼓励与支持,增加其对生活的乐趣,分散对疾病的不良情绪和注意力,建立和保持良好的心理状态和人际关系。Vohora 等的研究^[29]显示,患者及其照料者从团体心理干预中获益最大的是相互之间能分享信息与经验。Kwok 等^[30]也认为,团体训练和团体内个体互助活动有利于康复。

四、家庭和社区内康复

无论在脑卒中急性期、康复期还是慢性缓解期,以家庭为中心的心理康复治疗^[31]对患者重建日常生活都非常重要。方法可以是多种多样的,如睡眠——觉醒周期的管理、营养的改善、焦虑管理策略、基于解决问题的技术、角色变化(家庭关系、亲密感、自我形象)的重建、日常生活的规划、家庭支持系统的改进以及疲劳的处理等等^[26,32]。医疗保健人员可通过交

互的电话联络系统^[33]向患者及家属提供信息,形式包括录像、实时电话会议、E-mail 等。张艳^[34]采取定期电话回访的方式对患者进行干预,发现其症状自评量表中躯体化、强迫、人际关系、抑郁、焦虑和偏执等因子评分低于未回访组。家庭和社区内康复可以提供患者社区内的共同资源和社会化的环境,使患者过渡到正常生活状态,目前正受到越来越多的关注,但存在以下不足^[35]:①缺乏与卫生保健小组的合作;②高强度的照料工作常常使护理者产生消极情绪,继而影响患者的康复;③缺乏社会的支持。因此 Wottrich 等^[36]指出,在家庭和社区内康复应提倡多学科协同治疗,呼吁物理治疗师、作业治疗师、言语治疗师、心理治疗师和社会工作者组成康复团队共同参与,采取与个体生活经历相结合的心理治疗和持续性的支持治疗被证明是最有效的干预措施。一项评价患者康复程度和治疗团队合作方向的研究表明,当康复团队的成员共同制定康复计划、解决相互之间的分歧并且及时反馈,形成统一、标准化的干预方式时,患者的康复程度最令人满意^[37]。

展 望

脑卒中后心理康复面临的问题是多方面的、复杂的和时刻变化的,应用单一、固定的心理干预措施往往是不够的^[38]。心理干预的具体实施时间和方法与疾病的严重程度、患者依从性以及患者对康复的需求与期望有关。在中国,由于医学模式的转变,心理因素在疾病转归中的作用逐步被人们重视和接受,脑卒中中的心理康复受到越来越多的关注。随着卒中单元的逐渐规范化、普及化,心理康复治疗不再仅仅停留在健康教育阶段,更多的心理干预措施开始纳入到疾病的整体治疗方案中。近年来越来越多的临床实践表明,早期介入、综合应用各种方式的心理干预措施,开展个体化的康复治疗计划,有利于患者建立信心,积极、主动地配合治疗,早日回归社会。但心理康复应持续多久、在疾病的不同阶段选用哪一种治疗方法最为有效,仍缺乏大样本随机对照实验来验证,值得深入研究。

参 考 文 献

- [1] Tamam B, Taşdemir N, Tamam Y. The prevalence of dementia three months after stroke and its risk factors. *Türk Psikiyatri Derg*, 2008, 19:46-56.
- [2] Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. *Stroke*, 2000, 31:1223-1229.
- [3] Murray J, Young J, Forster A, et al. Developing a primary care-based stroke model: the prevalence of longer-term problems experienced by patients and carers. *Br J Gen Pract*, 2003, 53:803-807.
- [4] 王小菊. 脑中风患者心理康复宜早不宜迟. *中国现代医学临床实践杂志*, 2005, 18:1586.
- [5] Dietrichs E. Brain plasticity after stroke—implications for post-stroke rehabilitation. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2007, 127: 1228-1231.
- [6] Cavestri R, Buontempi L, Arreghini M, et al. Access to rehabilitation facilities in an unselected hospital population affected by acute stroke. *Ital J Neurol Sci*, 1997, 18: 9-16.
- [7] Bowen A, Knapp P, Hoffman A, et al. Psychological services for people with stroke: compliance with the U. K. National Clinical Guide-

- lines. *Clin Rehabil*, 2005, 19: 323-330.
 - [8] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要(六). 中风与神经疾病杂志,2006,23:388-389.
 - [9] 张庆元,王耀光,黄建平,等. 103 例脑卒中患者急性期心理障碍的研究. 中国神经精神疾病杂志,2006,32:79-80.
 - [10] 李韵. 早期功能训练对脑卒中后心理康复的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2004,26:241-242.
 - [11] Saxena SK, Ng TP, Yong D, et al. Subthreshold depression and cognitive impairment but not demented in stroke patients during their rehabilitation. *Acta Neurol Scand*, 2008, 117:133-140.
 - [12] Carod-Artal J, Egido JA, González JL, et al. Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke: experience of a stroke unit. *Stroke*, 2000, 31:2995-3000.
 - [13] Ahmed S, Mayo NE, Corbiere M, et al. Change in quality of life of people with stroke over time: True change or response shift? *Qual Life Res*, 2005, 14:611-627.
 - [14] Johnston M, Bonetti D, Joice S, et al. Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: results of a randomized controlled trial. *Disabil Rehabil*, 2007, 29:1117-1127.
 - [15] Kendall E, Catalano T, Kuipers P, et al. Recovery following stroke: the role of self-management education. *Soc Sci Med*, 2007, 64:735-746.
 - [16] Franzén-Dahlin A, Larson J, Murray V, et al. A randomized controlled trial evaluating the effect of a support and education programme for spouses of people affected by stroke. *Clin Rehabil*, 2008, 22:722-730.
 - [17] Kleiber DA, Reel HA, Hutchinson SL. When distress gives way to possibility: the relevance of leisure in adjustment to disability. *NeuroRehabilitation*, 2008, 23:321-328.
 - [18] Hartke RJ, King RB, Denby F. The use of writing groups to facilitate adaptation after stroke. *Top Stroke Rehabil*, 2007, 14:26-37.
 - [19] Schneider S, Schönle PW, Altenmüller E, et al. Using musical instruments to improve motor skill recovery following a stroke. *J Neurol*, 2007, 254:1339-1346.
 - [20] Legg L, Drummond A, Leonardi-Bee J, et al. Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials. *BMJ*, 2007, 335: 922.
 - [21] 张鲁诚,宋世庆,王承莲,等. 脑卒中后抑郁症的心理康复. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:439-440.
 - [22] Western H. Altered living: coping, hope and quality of life after stroke. *Br J Nurs*, 2007, 16:1266-1270.
 - [23] Siekierka EM, Eng K, Bassetti C, et al. New technologies and concepts for rehabilitation in the acute phase of stroke: a collaborative matrix. *Neuroregener Dis*, 2007, 4:57-69.
 - [24] Williams LS, Kroenke K, Bakas T, et al. Care management of post-stroke depression: a randomized controlled trial. *Stroke*, 2007, 38: 998-1003.
 - [25] Thomas SA, Lincoln NB. Factors relating to depression after stroke. *Br J Clin Psychol*, 2006, 45:49-61.
 - [26] Khan F. Poststroke depression. *Aust fam Physician*, 2004, 33:831-834.
 - [27] 时美芳,朱美红,顾旭东,等. 康复训练结合合理情绪疗法治疗脑卒中后抑郁的疗效观察. 中国康复理论与实践,2007,13:1157-1158.
 - [28] 周艺仪. 脑卒中病人的心理康复. 中华临床医学研究杂志,2005, 11:3091-3092.
 - [29] Vohora R, Ogi L. Addressing the emotional needs of stroke survivors. *Nurs Times*, 2008, 104:32-35.
 - [30] Kwok T, Lo RS, Wong E, et al. Quality of life of stroke survivors: a 1-year follow-up study. *Arch Phys Med Rehabil*, 2006, 87:1177-1182.
 - [31] Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, et al. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disabil Rehabil*, 2006, 28:1557-1561.
 - [32] Hare R, Rogers H, Lester H, et al. What do stroke patients and their carers want from community services? *Fam Pract*, 2006, 23: 131-136.
 - [33] Zhang S, Hu H, Zhou H. An interactive internet-based system for tracking upper limb motion in home-based rehabilitation. *Med Biol Eng Comput*, 2008, 46:241-249.
 - [34] 张艳. 电话回访对中风患者心理的影响. 中国现代医学杂志, 2006,16:718-720.
 - [35] White CL, Korner-Bitensky N, Rodrigue N, et al. Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family's experience. *Can J Neurosci Nurs*, 2007, 29:5-12.
 - [36] Wottrich AW, von Koch L, Tham K. The meaning of rehabilitation in the home environment after acute stroke from the perspective of a multiprofessional team. *Phys Ther*, 2007, 87:778-791.
 - [37] Strasser DC, Falconer JA, Herrin JS, et al. Team functioning and patient outcomes in stroke rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005, 86:403-409.
 - [38] Knapp P, Young J, House A, et al. Non-drug strategies to resolve psycho-social difficulties after stroke. *Age Ageing*, 2000,29:23-30.
- (修回日期:2009-05-07)
(本文编辑:松 明)

(修回日期:2009-05-07)
(本文编辑:松 明)

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.