

激发患者积极情绪,发挥正常心理防御机制,从而改善、消除抑郁症状^[8]。心理干预能给患者宣泄的机会,使其充分认识到自己目前的身体状况并发挥最大程度的主动性,克服抑郁、自卑心理,积极配合治疗,以便尽快回归社会;反之若抑郁得不到及时纠正,则会导致患者主动运动减少,肢体功能恢复缓慢,从而加重抑郁程度,不利于康复治疗^[9]。治疗组患者在治疗 2,4 周时 HAMD 评分均明显低于对照组($P < 0.05$),表明积极的心理干预联合药物治疗能显著降低患者 HAMD 评分,且治疗时间越长疗效越佳。本研究还同时对 2 组患者服用抗抑郁药后的副反应发生情况进行比较,发现治疗组用药后副作用低于对照组,并且随治疗时间延长,治疗组患者药物副作用缓解较迅速,明显优于对照组,可能与心理干预提高了患者对药物的依从性有关,从而减轻了心理负担所带来的副作用。

综上所述,心理干预联合文拉法辛联合治疗 PSD 疗效显著,并且能减轻药物治疗副作用,对改善脑卒中患者生活质量具有重要意义。

参 考 文 献

[1] 黄宝芸,廖哲安,方明厚. 脑卒中后抑郁的临床研究概况. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:315-318.

- [2] Ross ED, Gordon WA, Hibbard M, et al. The dexamethasone suppression test, poststroke depression and the validity of DSM-III based diagnostic. Am J Psychiatry, 1986, 143:1200.
- [3] 唐荣华,薛峥,徐沙贝. 卒中后抑郁治疗的观察. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:738-739.
- [4] Tur Bs, Gursel YK, Yavner G, et al. Prevalence of post-stroke depression in an Irish sample and its relationship with disability and outcome following inpatient rehabilitation. Disabil Rehabil, 2004, 26:71-77.
- [5] Narushima K, Robinson RG. Stroke-related depression. Curr Atheroscler Rep, 2002, 4:296-303.
- [6] 冯蓓蕾,王翹楚,顾丽芳. 卒中后抑郁症研究. 国外医学脑血管疾病分册,1999,7:14-16.
- [7] 陆林,黄明生. 国产文拉法辛 1 期临床耐受性试验. 上海精神医学,1998,10:190-192.
- [8] 赵宏文,周次雄,苏晓林. 心理干预对脑卒中后抑郁及神经功能恢复的影响. 中国临床康复,2004,8:2408-2409.
- [9] 张鲁诚,宋世庆,王承莲,等. 脑卒中抑郁症的心理康复. 中华物理医学与康复杂志,2002,24:375-376.

(修回日期:2008-01-29)

(本文编辑:易 浩)

中低强度有氧运动辅助治疗高血压病患者的疗效观察

汪流 林秀瑶

【摘要】 目的 观察有氧运动对高血压病患者的治疗作用。**方法** 将 136 例高血压患者随机分为有氧训练组(训练组,70 例)和常规药物对照组(对照组,66 例)。2 组均给予抗高血压药物治疗,训练组患者同时进行中低强度有氧训练,连续跟踪随访 3 年。**结果** 2 组患者经 3 年干预后,发现训练组患者降压总有效率明显优于对照组($P < 0.05$),3 年内训练组并发症、致残率、死亡率均较对照组明显减少($P < 0.05$),训练组患者生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)物质生活得分、心理功能得分、社会功能得分以及生活质量总分均明显高于对照组($P < 0.05$)。**结论** 中低强度有氧运动联合药物治疗高血压具有协同作用,其疗效明显优于单纯药物治疗法。

【关键词】 高血压; 康复治疗; 有氧运动

高血压患者虽然可以通过用药使其血压得到控制,但由于药物副作用多、费用昂贵等因素,使药物治疗具有一定局限性;而采取运动疗法来预防及治疗高血压,其疗效已得到普遍公认^[1]。本研究对 70 例高血压病患者在药物治疗同时配合中低强度有氧训练,不仅能改善患者血压、生活质量,还可明显减少并发症、降低致残率及死亡率。现报道如下。

资料与方法

一、研究对象

共选取 2000 年 6 月至 2003 年 12 月间在我院内科门诊治疗的高血压患者 136 例,其纳入标准如下:①符合中国高血压防治指南中的高血压诊断标准^[2];②患者病情稳定,意识清醒;③能定期复查。剔除继发性高血压患者及 1 年内进行规律运动者。

将上述 136 例高血压患者随机分为有氧训练组(简称训练组,70 例)和常规治疗对照组(简称对照组,66 例)。训练组男 45 例,女 25 例;年龄 42~71 岁,平均(56.78±5.80)岁;病程 5 个月~15 年,平均 6.1 年;血压分级 I 级 29 例,II 级 28 例,III 级 13 例;危险分层低危 29 例,中危 30 例,高危 11 例;49 例伴有并发症,包括冠心病 10 例,高脂血症 27 例,糖尿病 11 例,脑梗死 1 例。对照组男 43 例,女 23 例;年龄 44~70 岁,平均(57.01±4.90)岁;病程 3 个月~16 年,平均 6.3 年;血压分级 I 级 28 例,II 级 28 例,III 级 10 例;危险分层低危 29 例,中危 29 例,高危 8 例;43 例伴有并发症,包括冠心病 8 例,高脂血症 25 例,糖尿病 9 例,脑梗死 1 例。2 组患者年龄、性别、病程、血压分类和危险分层、合并症等方面差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均建立完整病历档案,内容包括患者一般资料及患者每次就诊时的血压、体质量、血脂、用药情况及联系方式

等。2 组患者均给予药物治疗并指导其改正不良生活方式。常规药物疗法根据患者实际血压及病情合理选用 β 受体阻滞剂、钙离子阻滞剂、血管紧张素转换抑制剂及利尿剂等,配合患者具体情况制定个体化阶梯治疗方案。

训练组患者在上述治疗基础上,同时进行系统有氧训练。康复医师对训练组患者全面评估后,根据其实际病情制定个体运动处方。运动处方内容包括运动方式、运动强度、运动时间和运动频率等。运动方式主要是有氧训练,包括慢走、慢跑、走跑交替、骑脚踏车等;运动强度参照最大心率储备百分比(percentage of heart rate reserve, %HRR)运动强度分级标准,中低强度为 60%~75% HRR,最初 2 周有氧训练均在我院康复中心内进行(以确定患者最佳运动量),2 周后患者可在家中自行运动,运动量与院内训练一致;患者运动前准备活动时间一般为 10~15 min,运动后整理活动时间为 5~10 min,每次总运动时间宜控制在 60 min 以内,并在患者逐渐适应的基础上循序渐进;运动频率一般为隔天 1 次,每周运动 3 次。训练过程中注意事项包括:50 岁以上患者活动时心率不得超过 120 次/min,一旦出现头痛、头晕、胸闷不适等症状,须立即停止运动,原地休息,并密切观察其病情变化。

三、疗效观察指标

患者高血压危险因素评定标准为肥胖指数(Body Mass Index, BMI) ≥ 24 ^[3];血脂功能评定参照 1993 年卫生部《新药临床研究指导原则》中规定的高脂血症诊断及疗效判定标准;临床疗效评定标准参照卫生部颁布的《中药新药治疗高血压病临床研究指导原则》^[4]中的降压疗效标准及症状疗效标准;采用生活质量综合评定问卷-74(Generic Quality of Life Inventory-74, GQOLI-74)^[5]对患者进行生活质量评定,GQOLI-74 为自评式问卷,其结果包括躯体功能、心理功能、社会功能、物质功能 4 个项目得分及总分,得分越高表示受试者生活质量越好。每位患者于干预前及干预 3 年后进行常规标准血压测定,并对其高血压危险因素及生活质量进行评定。

四、统计学分析

计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组内治疗前、后比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组设计的 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

2 组患者分别经 3 年干预后,其高血压危险因素组内及组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),具体结果见表 1,表中数据显示训练组患者危险因素发生情况明显少于对照组。2 组患者治疗前、后血压变化情况详见表 2,训练组显效 34 例,有

效 26 例,无效 10 例,总有效率为 85.7%;对照组显效 23 例,有效 23 例,无效 20 例,总有效率为 68.2%,2 组患者总有效率间差异具有统计学意义($P < 0.001$)。训练组患者心血管事件总发生率、死亡率明显低于对照组,具体情况见表 3。2 组患者 GQOLI-74 问卷调查结果详见表 4,表中数据显示,2 组患者入选前生活质量各项评分间差异均无统计学意义($P > 0.05$),经治疗后发现训练组物质生活得分、心理功能得分、社会功能得分及生活质量总分均较治疗前显著提高($P < 0.05$),对照组则无显著改善($P > 0.05$),组间差异具有统计学意义($P < 0.05$);2 组患者躯体功能得分治疗前、后组内差异均无统计学意义($P > 0.05$)。经 3 年治疗后,训练组服药减量者共有 21 例(30%),停药者有 2 例;对照组服药减量者有 8 例(12.12%),无停药者,2 组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组患者治疗前、后高血压危险因素比较(例,%)

组 别	例数	肥胖		高脂血症	
		治疗前	治疗 3 年后	治疗前	治疗 3 年后
训练组	70	28(40)	14(20) ^{ab}	27(39)	10(14) ^{ab}
对照组	66	26(39)	22(33) ^a	25(38)	19(29) ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

表 2 2 组患者治疗前后平均收缩压、舒张压比较

(mmHg, $\bar{x} \pm s$)					
组 别	例数	收缩压		舒张压	
		治疗前	治疗 3 年后	治疗前	治疗 3 年后
训练组	70	161 $\pm$ 19	140 $\pm$ 9 ^{ab}	101 $\pm$ 15	85 $\pm$ 6 ^{ab}
对照组	66	163 $\pm$ 20	147 $\pm$ 10 ^a	100 $\pm$ 15	93 $\pm$ 7 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$;
1 mmHg = 0.133 kPa

表 3 2 组患者治疗 3 年后并发症及死亡情况比较(例,%)

组 别	例数	脑并发症	心脏并发症	肾功能不全	致残	死亡	总事件
训练组	70	4(6)	4(6)	1(1)	1(1)	0	10(19)
对照组	66	7(11)	7(11)	2(3)	3(5)	4(6) ^a	23(35) ^a

注:与训练组比较,^a $P < 0.05$

讨 论

随着现代医学发展,医学模式逐渐由单纯生物医学模式向生物-心理-社会医学模式转变,人们对健康的理解不再单纯是消除身体疾病状态,而是同时要求提高生活质量,使机体心理状态、社会功能等保持完好^[6],因此针对高血压病的治疗应采取综合措施,包括药物、生活方式调整以及危险因素控制等;治疗目标除单纯降低血压外,还包括改善靶器官功能,降低心脑血管事件总发生率等。

表 4 2 组患者治疗前、后 GQOLI-74 问卷生活质量各维度及总分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	物质生活维度	躯体功能维度	心理功能维度	社会功能维度	生活质量总分
训练组	70					
治疗前		61.21 $\pm$ 7.32	72.01 $\pm$ 8.34	69.21 $\pm$ 7.03	64.31 $\pm$ 6.38	65.79 $\pm$ 7.34
治疗后		65.21 $\pm$ 8.46 ^{ab}	73.06 $\pm$ 9.79	75.04 $\pm$ 11.03 ^{ab}	68.01 $\pm$ 7.16 ^{ab}	71.53 $\pm$ 8.01 ^{ab}
对照组	66					
治疗前		61.45 $\pm$ 8.33	71.11 $\pm$ 7.46	68.42 $\pm$ 8.24	65.21 $\pm$ 8.46	66.03 $\pm$ 7.46
治疗后		61.94 $\pm$ 9.87	71.01 $\pm$ 12.08	71.59 $\pm$ 9.13	65.33 $\pm$ 9.28	67.46 $\pm$ 6.18

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

运动训练对原发性高血压患者具有降血压作用已有诸多报道^[7]。目前高血压康复运动的方式趋向于多元化,其中经典的运动治疗以有氧训练为主,常用的运动方式包括步行、踏车、上下楼梯、游泳、健身操、慢节奏交谊舞等。有氧运动可使患者收缩压降低 2% (4 ~ 13 mmHg),使安静时舒张压降低 1% (3 ~ 18 mmHg)^[8];有氧训练在降压的同时,还能调整血脂功能(如下调低密度脂蛋白、血清总胆固醇及甘油三酯水平,增加高密度脂蛋白含量等)^[9],促进机体代谢,有助于减轻和控制体重,从而使高血压患者危险因素减少;另外高血压患者经有氧训练后,其运动能力提高,日常生活活动和工作能力改善,能减少或避免日常生活状态下过高的心血管应激反应^[10],提示有氧训练对高血压患者的治疗作用不仅体现在降低血压方面,还能同时提高患者运动能力,使其体能状况改善,这对降低心脑血管疾病发病率和总死亡率、提高患者生活质量具有重要意义。本研究结果亦证实,药物干预联合适量有氧运动在降低患者高血压危险因素、减少用药、提高生活质量、降低并发症、致残率及死亡率等方面均明显优于单纯药物治疗。

随着对高血压运动疗法研究的逐步深入,目前已开始对运动疗法中的各种参数及影响因素(包括运动方式、强度、频率、持续时间等)进行探讨,力求寻找最佳运动参数。反映运动强度的指标包括运动时心率、运动时代谢当量及最大吸氧量等,一般采用心率进行观察,以方便患者在运动训练时自我监测,中低强度运动以患者训练时心率达 HRR 的 60% ~ 75% 为宜。有研究发现,中低强度有氧运动具有明确降压作用,高强度运动的降压效果不及中低强度运动^[11]。本研究对训练组患者采取中低强度运动,训练过程中仅需较少医疗监护且训练形式灵活多样,不会给患者带来明显经济负担,还能避免大强度运动对患者骨、关节及心血管等系统带来的危险,使高血压患者保持较好的锻炼依从性。

综上所述,药物疗法联合中低强度有氧训练治疗高血压安

全、有效,其疗效明显优于单纯药物治疗,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] Ishikawa TK, Ohta T, Tanaka H. How much exercise is required to reduce blood pressure in essential hypertensives; a dose-response study. *Am J Hypertens*, 2003, 16: 629-633.
- [2] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南. 高血压杂志, 2000, 8: 94-99.
- [3] 王文娟, 王克安. 体重指数、腰围和腰臀比预测高血压、高血糖的实用价值及其探讨. *中华流行病学杂志*, 2002, 23: 16.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则. 北京: 人民卫生出版社, 1993: 28-30.
- [5] 钱云, 沈洪兵. 原发性高血压病患者生命质量研究进展. *中国公共卫生*, 2006, 22: 624-626.
- [6] Samson RH. Hypertension and the vascular patient. *Vasc Endovascular Surg*, 2004, 38: 103-119.
- [7] Bruce A, Robert B. Exercise for hypertension. *Lancet*, 1993, 15: 1248-1249.
- [8] Kelley GA. Aerobic exercise and resting blood pressure among women: a meta-analysis. *Prev Med*, 1999, 28: 264-275.
- [9] Zanettini R, Bettega D, Agostoni O, et al. Exercise training in mild hypertension, effects on blood pressure, left ventricular mass and coagulation factor VII and fibrinogen. *Cardiology*, 1997, 85: 468-473.
- [10] Bond V, Stephens O, Adams RG, et al. Aerobic exercise attenuates an exaggerated exercise blood pressure response in normotensive young adult African-American men. *Blood Press*, 2002, 11: 229-234.
- [11] Felmeden DC, Spencer CG, Blann AD, et al. Physical activity in relation to indices of endothelial function and angiogenesis factors in hypertension; a substudy of the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial (ASCOT). *J Int Med*, 2003, 253: 81-91.

(收稿日期: 2007-03-12)

(本文编辑: 易 浩)

认知疗法联合生物反馈治疗脑卒中后抑郁

秦洪云 陆雪松 王蓓蓓 夏扬

抑郁是脑梗死后常见的心理障碍,常使患者丧失参与康复的最佳时机,导致其生活质量明显下降^[1]。我们对 35 例脑梗死后抑郁患者应用认知疗法联合生物反馈治疗并进行对照研究,发现认知疗法联合生物反馈不仅能改善患者的负性情绪,对患者生活质量的提高亦有明显作用。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

选取脑卒中后住院患者 70 例,临床诊断符合 1995 年全国第 4 次脑血管疾病会议通过的诊断标准^[2],并经 CT 或 MRI 检查证实,患者均系首次发病,病程 2 周以上,平均病程为 (33 ±

7)d。所有患者均符合中国精神疾病分类方案与诊断标准第 2 版修订版 (Chinese Classification and Diagnostic Criteria of Mental Disorders-Second Edition-Revised, CCMD-2-R) 的脑血管病所致精神障碍诊断标准^[3],汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton Depression Scale, HAMD)^[4]总分 ≥ 8 分,除外再次卒中、入院前不能独立行走、言语障碍及智力障碍者。

将入选患者随机分为研究组和对照组。研究组 35 例,其中男 22 例,女 13 例;平均年龄 (55.6 ± 8.8) 岁;平均病程 (32 ± 9)d;左侧偏瘫 20 例,右侧偏瘫 15 例。对照组 35 例,其中男 21 例,女 14 例;平均年龄 (54.9 ± 8.4) 岁,平均病程 (34 ± 8)d;左侧偏瘫 22 例,右侧偏瘫 13 例。2 组患者在性别、年龄、病程、偏瘫侧别等方面均具有可比性,差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

二、治疗方法