

· 临床研究 ·

脑卒中后抑郁状态程度对患者吞咽功能康复的影响

彭玉 李承晏 张其梅

【摘要】目的 观察脑卒中后吞咽障碍患者抑郁程度对其吞咽功能康复的影响。**方法** 根据汉密顿抑郁量表(HAMD)评分将脑卒中后吞咽障碍患者 60 例,分为无抑郁组(15 例)、轻度抑郁组(16 例)、中度抑郁组(16 例)和重度抑郁组(13 例)。4 组患者均接受神经内科脑卒中常规治疗,病情稳定后给予 1 个月的冰刺激法、针刺疗法、电刺激疗法、吞咽训练和摄食训练,并于治疗前和治疗 1 个月后(治疗后)采用藤岛一郎吞咽疗效评估标准进行吞咽功能评定。**结果** 治疗前,4 组患者的吞咽功能评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,无抑郁组、轻度抑郁组和中度抑郁组的吞咽功能评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);且无抑郁组和轻度抑郁组的吞咽功能评分分别为(9.24 ± 0.35)分和(7.21 ± 0.36)分,分别与中、重度抑郁组的(3.66 ± 0.40)分和(3.05 ± 0.35)分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 脑卒中患者的抑郁程度对吞咽功能障碍患者的功能康复有明显影响,应引起临床医生足够重视。

【关键词】 脑卒中; 抑郁; 吞咽障碍

延髓麻痹是脑梗死后常见并发症之一,临床主要表现为吞咽困难、饮水反呛等,研究发现,约 50% 的脑卒中患者入院时存在不同程度吞咽困难^[1]。吞咽困难患者易因误咽、呛咳导致其窒息、吸入性肺炎、营养不良、水电解质紊乱等,从而影响患者的整体康复。针对患者吞咽困难实施有效的康复方案对疾病的预后有重要的意义。本研究通过观察脑卒中患者抑郁程度对吞咽功能恢复的影响,为临床预后及制定康复方案提供依据。

资料与方法

一、一般资料

纳入标准:①符合第 4 届全国脑血管病学术会议通过的脑血管病诊断标准^[2];②年龄 45~75 岁,病程 3 d 至 3 个月,吞咽功能评分^[3]为 1~5 分;④具备小学以上文化程度;⑤排除严重肺部感染、心衰、尿毒症等严重病症;⑥无严重的感觉性或运动性失语及严重智能障碍,能配合医务人员进行心理测试;⑦签署知情同意书。

选取 2007 年 4 月至 2011 年 4 月在我院神经科住院治疗且符合上述标准的急性脑卒中后吞咽障碍患者 60 例,入选患者均采用中国精神病学与分类诊断标准第 3 版抑郁症诊断标准汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)进行抑郁程度评分,该量表总分 35 分,HAMD 评分 < 8 分为无抑郁,8~20 分为轻度抑郁,21~34 分为中度抑郁,35 分为重度抑郁。60 例患者根据

抑郁程度分为无抑郁组(15 例)、轻度抑郁组(16 例)、中度抑郁组(16 例)和重度抑郁组(13 例),4 组患者一般资料见表 1。

二、治疗方法

4 组患者均接受神经内科脑卒中常规治疗,并于病情稳定后给予综合吞咽功能康复训练。

1. 冰刺激法:将棉签浸湿后置于 -20°C 冰箱冰冻,3 h 后取出棉签依次在患者口唇、舌前部、双颊内侧、舌后部、软腭、腭弓、咽后壁及等各部位进行点刺激,然后嘱患者做吞咽动作,每次 5~10 min,每日上午、下午各 1 次,30 d 为 1 个疗程。

2. 针刺疗法:主穴取风池、翳明、治呛、供血、吞咽、廉泉等进行针刺治疗,轻捻转补法,针感以酸胀为度,每日 1 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程。

3. 电刺激疗法:采用低频神经肌肉电刺激治疗仪,采用美国 VitalStim 吞咽电刺激仪,将正极置于甲状软骨上,负极置于甲状软骨下,强度以轻度的灼热感为限,每日 2 次,每次 30 min,电刺激时配合吞咽动作。

4. 吞咽训练:屏气-发声——运动患者坐在椅子上,双手支撑椅面做推压动作,屏气,然后突然松手,呼气发声;门德尔松手法——患者取坐位,颈向前屈,躯干向后,全身放松,指导患者做吞咽动作,当患者咽喉上提时治疗师用手指握住其甲状软骨部,并保持 5 s~10 s。上述训练每日 1 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程。

表 1 4 组患者情况及病情比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	HAMD 评分 (分, $\bar{x} \pm s$)	病变性质(例)		病变部位(例)			
		男	女				脑出血	脑梗死	大脑半球	基底核	脑干	脑叶
无抑郁组	15	7	8	60.4 ± 4.3	21.1 ± 20.3	6.2 ± 2.3	3	10	2	3	5	5
轻度抑郁组	16	9	7	60.3 ± 4.6	20.1 ± 20.6	16.2 ± 2.2	4	11	3	3	5	5
中度抑郁组	16	7	9	60.8 ± 5.2	22.1 ± 20.5	29.8 ± 2.1	4	12	5	2	3	6
重度抑郁组	13	5	8	60.5 ± 4.3	21.5 ± 20.2	38.5 ± 2.3	4	12	4	1	2	6

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.02.011

作者单位:430060 武汉,武汉大学人民医院神经内科(彭玉、李承晏);
三峡大学第一临床医学院,宜昌市中心人民医院神经内科(张其梅)

通信作者:李承晏,Email:lcy@medmail.com.cn

5. 摄食训练:患者取躯干 30° 仰卧位,头部前屈。选择易于口腔内吞咽、不易误咽的食物,如米糊酸奶、鸡蛋羹等,先从小量(3~4 ml)开始,然后酌情增加至 20 ml,训练时注意掌握进食的速度。摄食训练每日 2 次,每次 20 min,30 d 为 1 个疗程。

三、疗效评定

4 组患者均于治疗前和治疗 1 个月后(治疗后)采用藤岛一郎吞咽疗效评估标准^[5]对患者进行吞咽功能评定:①不适合任何吞咽训练,且不能经口进食为 1 分;②仅能进行基础吞咽训练,但仍不能经口进食为 2 分;③可有摄食动作,但仍不能经口进食为 3 分;④在安慰中可少量进食,仍需静脉营养为 4 分;⑤可经口进食 1~2 种食物,需部分静脉营养为 5 分;⑥可经口进食 3 种食物,需部分静脉营养为 6 分;⑦3 种食物经口进食,不需要静脉营养为 7 分;⑧除特别难吞咽的食物外,均可经口进食为 8 分;⑨可经口进食,但需要临床观察指导为 9 分;⑩正常摄食吞咽能力为 10 分。

四、统计学分析

采用 SPSS 11.5 版统计软件包进行数据分析,所得数据用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

治疗前,4 组患者的吞咽功能评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,无抑郁组和轻度抑郁组的吞咽功能评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);且无抑郁组和轻度抑郁组的吞咽功能评分分别为(9.24 ± 0.35)分和(7.21 ± 0.36)分,均高于中、重度抑郁组的(3.66 ± 0.40)分和(3.05 ± 0.35)分,组间差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。

表 2 4 组患者吞咽功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
无抑郁组	15	2.88 ± 0.63	9.24 ± 0.35^{abc}
轻度抑郁组	16	2.87 ± 0.65	7.21 ± 0.36^{abc}
中度抑郁组	16	2.78 ± 0.58	3.66 ± 0.40
重度抑郁组	13	2.75 ± 0.63	3.05 ± 0.35

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与中度抑郁组同时时间点比较,^b $P < 0.05$;与重度抑郁组同时时间点比较,^c $P < 0.05$

讨 论

吞咽是受大脑意识支配及情感活动影响的复杂神经反射过程。所谓情感是人的不同的内心体验,如喜悦、悲伤、惊恐、愤怒、失望等。情感过程参与其他心理行为和种神经反射活动。脑卒中后抑郁症是发生在卒中后的一种包括多种精神症状和躯体症状的复杂的情感障碍性疾病。主要表现为持久的情绪低落、思维迟缓和思维内容障碍及意志活动减少^[6]。有研究显示,脑卒中后抑郁症对脑卒中患者的全面康复有明显的负面影响,使躯体疾病治疗复杂化、影响肢体及语言的康复等,是影响患者功能恢复的独立危险因素^[7-8]。

脑血管疾病所致的吞咽障碍是由大脑的神经传导束功能障碍(包括舌咽、迷走和舌下神经的核性或核下性损害而导致的真性延髓麻痹,以及双侧大脑皮质上运动神经元或皮质延髓

束受损而导致的假性延髓麻痹)所致。目前,对于吞咽功能障碍患者进行系统的康复训练,可取得一定的疗效,但临床上也有许多患者即使经过系统的康复治疗仍难以达到理想的效果。本研 究结果显示,合并有中或重度抑郁状态的脑卒中吞咽功能障碍患者经康复干预治疗后,其吞咽功能评分与治疗前比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),而无抑郁或轻度抑郁状态的患者治疗后,其吞咽功能评分与组内治疗前以及中、重度抑郁患者治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),提示脑卒中后的抑郁状态的程度对吞咽功能障碍的康复治疗疗效有重要影响作用。

吞咽障碍的康复治疗过程中,需要患者主动配合学习、理解并完成治疗师的相关指令性动作。脑血管病变可能损害去甲肾上腺素能神经元和 5-羟色胺能神经元及其通路,使这两种神经递质水平低下,导致抑郁^[9],另外,脑卒中患者因存在多种并发症,包括言语不清、肢体活动功能受限、沟通困难、吞咽困难等,也极易产生抑郁、焦虑情绪。吞咽障碍患者常因上述因素对进食产生恐惧感,甚至拒绝进食,拒绝配合康复训练,因此在吞咽康复训练中会出现主动性差,食物到达嘴边不愿张口,或食物进入口腔也不愿咽下等情况。此外,抑郁状态还会引起注意力不集中,持久性差、记忆的保存和再现障碍以及思维的迟钝等,导致患者对康复治疗师的指令性动作无法理解或接受能力差,造成吞咽功能训练失败。

综上所述,对于伴有吞咽障碍的脑卒中患者在进行吞咽功能评分后,还需正确评估其抑郁的程度,以及尽早发现影响吞咽功能康复疗效的影响因素,并及早进行针对性的干预治疗。对于伴有中、重度抑郁状态的吞咽功能障碍的患者,主张在早期给予鼻饲流质饮食,必要时胃肠外营养支持治疗,以保障患者的营养需求。对不同程度抑郁状态的吞咽障碍患者在进行吞咽功能康复训练的同时辅以个体化的心理疏导或药物干预对提高疗效是否有促进作用还有待于进一步的探讨。

参 考 文 献

- [1] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36(12): 2756-2763.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [3] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2004: 43-44.
- [4] 藤岛一郎, 大熊るり. 假性球麻痹による咽下障害とリハビリテーション[J]. 神经内科, 1997, 47(1): 32.
- [5] Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: a review[J]. Can J Psychiatry, 2010, 55(6): 341-349.
- [6] Göthe F, Enache D, Wahlund LO, et al. Cerebrovascular diseases and depression: epidemiology, mechanisms and treatment[J]. Panminerva Med, 2012, 54(3): 161-170.
- [7] 王东升, 谢瑞满, 吴亦影, 等. 脑卒中康复治疗远期预后相关多因素分析[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28(3): 181-183.
- [8] Kohen R, Cain KC, Buzaitis A, et al. Response to psychosocial treatment in poststroke depression is associated with serotonin transporter polymorphisms[J]. Stroke, 2011, 42(7): 2068-2070.

(修回日期: 2013-10-17)

(本文编辑: 阮仕衡)