

· 临床研究 ·

早期运动功能康复路径管理治疗脑卒中后抑郁的疗效观察

邢军 王艳君 王亚辉 常丽静 张德亮 王惠君

【摘要】目的 观察早期运动功能康复路径管理治疗脑卒中后抑郁(PSD)的疗效。**方法** 选取脑卒中患者 80 例,按照随机数字表法将其分为治疗组和对照组,每组 40 例。2 组患者均给予 Bobath 等神经促通康复技术为主的传统康复治疗,治疗组在此基础上辅以早期运动功能康复路径管理训练。治疗前及治疗 4 周后,采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表(FMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及 Barthel 指数(BI)对患者的肢体运动功能、抑郁状态及日常生活活动(ADL)能力进行评定。**结果** 治疗前,2 组患者 FMA、HAMD、BI 评分之间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。与组内治疗前比较,2 组患者治疗 4 周后 FMA、BI 评分均显著升高,差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组治疗 4 周后 FMA[(65.37±5.28)分]、BI[(69.22±7.05)分]优于对照组 FMA[(47.16±4.92)分]、BI[(55.67±6.21)分]($P<0.05$)。治疗 4 周后,治疗组患者 HAMD 评分下降($P<0.05$),对照组患者 HAMD 评分升高($P<0.05$)。与对照组治疗 4 周后[(15.72±9.86)分]比较,治疗组 HAMD[(9.25±3.76)分]评分显著较低($P<0.05$)。**结论** 在传统康复治疗基础上辅以早期运动功能康复路径管理训练,可显著提高脑卒中患者的运动功能,有效缓解其抑郁情绪,改善 ADL 能力,有利于患者的功能恢复,值得临床应用、推广。

【关键词】 早期; 运动功能; 康复路径; 脑卒中后抑郁

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是脑卒中患者发病后常见的继发性障碍之一,严重影响患者的神经功能及日常生活活动(activity of daily living, ADL)能力,给其身心健康带来了巨大负担。目前,如何有效防治脑卒中后继发性抑郁是康复医学所面临的重要问题之一,本研究在传统康复治疗基础上辅以早期运动功能康复路径训练,观察其对脑卒中患者抑郁的疗效,报道如下。

对象与方法

一、研究对象

选取 2011 年 11 月至 2013 年 11 月在河北医科大学第一医院神经内科住院的脑卒中患者 80 例。纳入标准:①符合 1995 年全国第 4 次脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[1],且经头颅 CT 或 MRI 证实;②神志清楚,生命体征稳定者;③无智力障碍,能够配合治疗者;④教育水平为初中以上学历;⑤汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分 >8 分^[2];⑥患者均签署治疗知情同意书。排除标准:①脑卒中后病情严重或伴有意识障碍者;②合并有心、肝、肺、肾等重要脏器疾患,或肿瘤、帕金森、糖尿病等;③存在失语、失用、认知功能障碍;④发病前有精神障碍个人史或家族史;⑤器质性精神障碍;⑥重度抑郁患者,HAMD 评分 >24 分;⑦患有影响运动功能康复治疗的疾病者。按照随机数字表法将患者分为治疗组和对照组,每组 40 例。2 组患者性别、年龄、病程、病变部位等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

见表 1。

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	40	21	19	65.7±6.6	3.3±3.9
对照组	40	23	17	66.5±6.3	3.6±3.7

组别	例数	病变部位(例)					
		顶枕叶	额颞叶	丘脑	基底核区	小脑	脑干
治疗组	40	4	3	4	25	2	2
对照组	40	3	3	5	23	4	2

二、治疗方法

2 组患者均给予脱水降颅压、保护神经、改善脑供血、控制血压、防止感染等治疗。待病情稳定后,给予 2 组患者以 Bobath 等神经促通康复技术为主的传统康复治疗,治疗组在此基础上,增加早期运动功能康复路径管理训练,该训练遵循患者主动参与性、医患沟通有效性、康复运动连续性原则,每日进行 1 次,每次 45 min,共 4 周,具体方法如下。

康复路径管理训练第一阶段(卧床软瘫期):此期内,患者表现为肌张力低下,主要给予其床上良肢位摆放、肌肉关节挤压、桥式运动、健侧带动患侧的联合运动翻身等康复训练。

康复路径管理训练第二阶段(床旁运动期):此期以出现腱反射为标志,主要给予患者卧位-坐位练习、坐位-站位训练,抑制痉挛及异常运动模式,促进分离运动出现,适当增加 ADL 能力训练,包括肩梯、磨砂板、木钉板及穿脱衣服等。

康复路径管理训练第三阶段(离床恢复期):患者需完成独立站立,给予其重心转移训练、平衡功能训练、步态及台阶训练等,如仍有异常运动姿势,可在此阶段内给予辅具支持。

三、评定方法

治疗前、治疗 4 周后,由对本研究不知情的康复医师对患者进行评定。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.06.008

基金项目:河北省科技厅重点课题(编号 14277706D)

作者单位:050031 石家庄,河北医科大学第一医院康复医学科(邢军、王亚辉、常丽静、张德亮、王惠君);河北省中医院(王艳君)

通信作者:邢军,Email:byyxj@sina.com

1. 运动功能评定:采用 Fugl-Meyer 运动功能评定量表^[3] (Fugl-Meyer assessment, FMA) 对患者的运动功能进行评定,其中满分为 100 分,上肢部分为 66 分,下肢部分为 34 分,得分越高提示患者的运动功能越好。

2. 情绪障碍评定:采用上海产惠诚心理测验综合软件系统中 HAMD 对患者的抑郁程度进行评定,HAMD ≥ 8 分提示患者存在抑郁情绪,得分越高表示患者的抑郁程度越严重。

3. ADL 能力评定:采用 Barthel 指数^[4] (Barthel index, BI) 对患者的 ADL 能力进行评定,内容包括修饰、洗澡、进食、穿衣、控制大小便、用厕、上下楼梯、床椅转移、平地行走等,满分 100 分,分值越高表示患者的独立能力越好。

四、统计学分析

采用 SPSS 16.0 版统计学软件包进行数据处理,所得数据以($\bar{x} \pm s$)形式表示,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

结 果

治疗前,2 组患者 FMA、HAMD、BI 评分之间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。与组内治疗前比较,2 组患者治疗 4 周后 FMA、BI 评分均显著升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组治疗 4 周后 FMA、BI 评分优于对照组($P < 0.05$)。治疗 4 周后,治疗组患者 HAMD 评分下降($P < 0.05$),对照组患者 HAMD 评分升高($P < 0.05$)。与对照组治疗 4 周后比较,治疗组 HAMD 评分显著低于对照组($P < 0.05$)。详见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后 FMA、HAMD、BI 评分比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FMA 评分	HAMD 评分	BI 评分
治疗组				
治疗前	40	33.69 $\pm$ 3.55	12.07 $\pm$ 9.57	37.10 $\pm$ 6.32
治疗 4 周后	40	65.37 $\pm$ 5.28 ^{ab}	9.25 $\pm$ 3.76 ^{ab}	69.22 $\pm$ 7.05 ^{ab}
对照组				
治疗前	40	33.15 $\pm$ 3.44	11.67 $\pm$ 9.33	36.85 $\pm$ 5.97
治疗 4 周后	40	47.16 $\pm$ 4.92 ^a	15.72 $\pm$ 9.86 ^a	55.67 $\pm$ 6.21 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗 4 周后比较,^b $P < 0.05$

讨 论

脑卒中不仅可导致患者出现肢体功能障碍,同时还能在一定程度上给患者造成精神压力,从而导致心理障碍。脑卒中后心理障碍可阻碍患者康复,影响其药物治疗及康复训练的依从性及自信心^[5,6]。PSD 较为多见,其发病原因尚未完全阐明,一方面可能与机体内 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)和去甲肾上腺素(norepinephrine, NE)等神经递质含量下降及其通路被破坏有关,另一方面可能与身体残疾或严重疾患引起的心理障碍,即反应性抑郁机制有关^[7]。大量研究报道,脑卒中后心理障碍与神经功能损害呈正相关^[8]。在脑卒中早期,患者处于震惊期或否认期,抑郁状态并不明显^[9]。随着功能残障的出现,患者的抑郁情绪也逐渐出现,甚至加重。及时、有效的早期康

复治疗,可使患者更正确地认识功能残障,并在康复治疗过程中逐步改善与纠正,增强康复信心,减少并控制抑郁情绪。

运动功能康复训练的理论基础是脑组织的可塑性及功能重组原理,临床中运用较多的是神经生理、神经发育及运动再学习等技术。有研究报道,早期运用康复功能训练可明显降低脑卒中继发性障碍的发生率,并减轻其程度,对患者的心理疾病康复有积极作用^[10]。本研究采用早期运动功能康复路径管理对脑卒中患者进行治疗,4 周后,患者的 FMA、HAMD、BI 评分均较组内治疗前有所改善($P < 0.05$),且治疗组治疗 4 周后各项评分优于对照组($P < 0.05$),提示患者的抑郁情绪有所改善,神经功能明显好转。有研究报道,康复路径管理可在一定程度上缩短康复时间,在此基础上还可与传统康复技术和现代科技支具、辅助器具相结合,保障康复路径能得到有效实施,加速神经功能及运动功能康复^[11]。

在传统康复治疗基础上,康复路径管理可有效促进脑卒中患者的神经及运动功能恢复,提高其生活质量,改善抑郁情绪,在一定程度上避免了抗抑郁药物的过度使用,值得临床应用、推广。

参 考 文 献

- [1] 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[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [2] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京: 北京中国友谊出版公司, 2005: 102-103.
- [3] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京: 北京中国友谊出版公司, 2005: 265-267.
- [4] 郑彩娥, 林伟, 叶洪青. 康复护理日常生活活动评定量表的研究[J]. 中国预防医学杂志, 2006, 28(4): 330-333.
- [5] Löfmark U1, Hammarström A. Older stroke patients' negotiations within the hierarchic medical context[J]. Qual Health Res, 2005, 15(6): 778-790.
- [6] Ahmed S, Mayo NE, Corbiere M, et al. Change in quality of life of people with stroke over time: true change or response shift[J]. Qual Life Res, 2005, 14(4): 611-627.
- [7] 郭效德, 王美莲, 赵先伟, 等. 康复训练联合针刺干预对脑卒中后抑郁及日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(9): 711-712.
- [8] 胡昔权, 窦祖林, 万桂芳, 等. 脑卒中患者认知功能障碍的发生率及其影响因素的探讨[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(4): 219-222.
- [9] 杨述鸣, 张晓平, 王守峰, 等. 早期心理干预联合康复训练治疗脑卒中后抑郁症的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(4): 307-308.
- [10] 王亚辉, 郝淑芹, 常丽静, 等. 肌电生物反馈联合康复训练治疗脑卒中中的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(6): 471-473.
- [11] 唐朝正, 贾杰. 脑卒中后手功能障碍康复辅助器具的应用研究[J]. 中国康复, 2013, 28(4): 252-254.

(修回日期: 2015-03-23)

(本文编辑: 凌 琛)