

- 国康复医学杂志, 2008, 23: 483-486.
- [2] 励建安. 汶川地震为康复医学发展带来的机遇和挑战. 中国康复医学杂志, 2008, 23: 583-584.
- [3] American Psychiatric Association. Diagnosis and statistic manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994:422-429.
- [4] World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. Geneva: WHO Publishing, 2001:3-5.
- [5] Imrie R. Demystifying disability: a review of the International Classification of Functioning, Disability and Health. Soc Health Illness, 2004, 26: 287-305.
- [6] Helander E. Prejudice and Dignity: an introduction to community-based rehabilitation. 2nd ed. UNDP, 1999:8.
- [7] 张霞, 卞荣, 励建安, 等. 四川江油地震伤员康复状况分析. 中国康复医学杂志, 2009, 24: 5-8.
- [8] 倪国新. 制动对骨骼肌的影响. 中华物理医学与康复杂志, 2000, 22: 125-126.
- [9] Hather BM, Adams GR, Tesch PA, et al. Skeletal muscle responses to lower limb suspension in humans. J Appl Physiol, 1992, 72: 1493-1498.
- [10] Watson PA, Blair W. Entrapment of the index flexor digitorum profundus tendon after fracture of both forearm bones in a child. Iowa Orthop J, 1999, 19: 127-128.
- [11] 王莲屏. 残疾人职业咨询的运用方法. 中国康复, 2005, 20:255.
- [12] 李璐寰. PTSD 的诊断标准的比较和评估量表回顾. World Health Digest, 2007, 12:8-11.
- [13] Jordan NN, Hoge CW, Tobler SK, et al. Mental health impact of 9/11 pentagon attack: Validation of a rapid assessment tool. Am J Prev Med, 2004, 26:284-293.

(修回日期:2010-06-29)

(本文编辑:松 明)

· 临床研究 ·

早期康复训练配合帕罗西汀治疗老年人卒中后抑郁的临床研究

徐沙丽 李中明 李哈妮

【摘要】目的 观察早期康复训练配合帕罗西汀治疗老年人卒中后抑郁的疗效。**方法** 将 90 例老年卒中后抑郁患者分为康复组、药物组及联合组 3 组, 每组 30 例。每组均予神经内科常规治疗, 康复组同时行早期康复训练, 药物组同时服用抗抑郁药物帕罗西汀, 联合组予早期康复训练及口服帕罗西汀治疗。分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、欧洲脑卒中量表(ESS)及 Barthel 指数评定患者抑郁程度、神经功能缺损程度与日常生活活动能力。**结果** 联合组患者治疗 12 周后 HAMD 评分显著低于康复组和药物组, ESS 评分与 Barthel 指数评分显著高于康复组和药物组。**结论** 早期康复训练配合帕罗西汀治疗能显著改善老年人卒中后抑郁患者的抑郁程度, 促进其神经功能恢复, 提高日常生活活动能力。

【关键词】 康复训练; 帕罗西汀; 卒中后抑郁

随着我国人口的老齡化, 脑卒中的发病率逐年上升。近年来, 由于医学治疗水平的提高, 脑卒中的死亡率有了明显下降, 但大多数患者遗留不同程度的神经功能障碍。卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)为脑卒中常见并发症之一, 由于患者情绪低落、兴趣下降、缺乏自信等, 直接影响其神经功能的康复。我们采用早期康复训练配合抗抑郁药物治疗老年 PSD 患者, 疗效较好, 对降低脑卒中患者致残率有重要的临床意义。

资料与方法

一、病例选择

收集我院 2004 年 5 月至 2009 年 6 月收住入院确诊为 PSD 的病例 90 例, 其中男 51 例, 女 39 例; 年龄 60~91 岁; 缺血性脑卒中 60 例, 出血性脑卒中 30 例, 入院时均为急性期, 病程 1~3 d, 脑卒中后出现抑郁时间为 2~8 d, 平均 3 d。将 90 例患者

分为康复组、药物组和联合组, 每组 30 例。3 组患者的性别、年龄、脑卒中类型、病程以及出现抑郁的时间比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$), 见表 1。

表 1 3 组一般临床资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)	脑卒中类型(例)		病程 (d)	出现抑郁的 时间(d)
		男	女		缺血性	出血性		
联合组	30	17	13	72.1±8.6	20	10	2~3	2~7
康复组	30	16	14	73.9±8.9	21	9	1~2	2~8
药物组	30	18	12	74.0±9.1	19	11	2~3	2~8

二、纳入标准

脑卒中诊断标准: 符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议修订的诊断标准^[1], 并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊的初次发病者。

抑郁状态诊断标准: 诊断参照中国精神疾病分类与诊断标准第 2 版修订本、国际疾病分类(International Classification Diseases)第 10 版和美国精神障碍诊断与统计手册第 4 版(Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders-IV)的诊断标准^[2], 抑郁程度采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression

Rating Scale, HAMD) 评定, <8 分为无抑郁, 8~16 分为轻度抑郁, 17~23 分为中度抑郁, ≥24 分为重度抑郁^[3]。

排除标准: 除外意识障碍、失语、癫痫、既往有精神疾病者以及对帕罗西汀过敏者。

三、治疗方法

3 组患者急性期均接受神经内科常规治疗(包括调控血压、降低颅内压、神经保护治疗及防治并发症, 其中缺血性脑卒中患者给予抗血小板聚集治疗)。康复组在生命体征稳定后(病程 7~14 d, 平均 12 d) 进行系统康复训练, 其主要内容包括①床上功能位摆放; ②体位变换; ③关节被动运动; ④早期坐位平衡训练和立位平衡训练; ⑤日常生活活动能力训练; ⑥步行训练。治疗由康复医生执行, 同时指导患者家属配合完成, 每天训练 1 次, 每次 30 min, 每周 5 次, 共 12 周。药物组给予口服帕罗西汀, 第 1 天 10 mg, 次日起每次 20 mg, 每天 1 次, 共 12 周。联合组在早期康复训练的同时服用帕罗西汀, 方法同上。

四、评定方法

治疗前及治疗 12 周后进行功能评定。神经功能缺损程度评定采用欧洲脑卒中量表(European Stroke Scale, ESS), 包括 14 项, 评分越低, 提示神经功能缺损越重^[4]。日常生活活动能力评定采用 Barthel 指数(Barthel Index), 满分为 100 分^[5]。抑郁程度评定采用 HAMD, 评分 <7 分为治愈, 减少 5 分以上为明显好转。患者均在生命体征稳定后进行第 1 次评定, 12 周后进行第 2 次评定。

五、统计学分析

数据资料采用($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

结 果

3 组治疗前、后的 HAMD、ESS 及 Barthel 指数评分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后, 联合组 HAMD 评分明显低于康复组和药物组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$); 联合组 Barthel 指数评分和 ESS 评分明显高于康复组和药物组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 各组治疗前、后的 HAMD、ESS 及 Barthel 指数评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	HAMD 评分	ESS 评分	Barthel 指数评分
联合组	30			
治疗前		22.3 ± 4.1	44.4 ± 16.1	28.6 ± 11.9
治疗 12 周后		10.4 ± 3.2 ^{abc}	79.5 ± 16.9 ^{abc}	50.3 ± 21.4 ^{abc}
康复组	30			
治疗前		22.8 ± 4.1	45.1 ± 17.1	27.8 ± 11.7
治疗 12 周后		15.6 ± 3.3 ^c	69.4 ± 15.3 ^c	38.8 ± 20.6 ^c
药物组	30			
治疗前		22.3 ± 4.1	46.6 ± 18.0	28.2 ± 10.7
治疗 12 周后		14.9 ± 3.1 ^c	70.1 ± 16.5 ^c	36.9 ± 19.6 ^c

注: 与康复组比较, ^a $P < 0.05$; 与药物组比较, ^b $P < 0.05$; 与组内治疗前比较, ^c $P < 0.05$

讨 论

脑卒中为人类三大主要死亡病因之一, 具有发病率高、致

残率高、死亡率高的特点。近年来, 随着社会的发展, 脑卒中的预防工作虽已取得一定成果, 但每年仍有大量新增患者, 脑卒中的残疾率仍为各种疾病之首, 因此降低脑卒中所致的功能障碍始终是人们关注的焦点。研究证实, 早期康复的介入可以改善患者的运动功能, 其结果优于对照组和延迟康复组^[6]。脑卒中康复主要基于神经系统的可塑性和功能重组的原理, 但是自然发生的大脑皮质功能重组是有限的, 要促进神经功能的恢复并使患者能够适应环境独立生活, 功能训练极其重要。早期康复训练可以加速侧枝循环或神经轴突突触联系的建立, 更好地发挥脑的可塑性, 通过功能重组补偿运动功能缺陷^[7]。本研究结果亦显示, 康复组治疗前、后比较 ESS 评分差异有统计学意义, 表明神经功能有明显改善。

PSD 是脑卒中的重要并发症之一, 国外资料显示 PSD 发生率为 36%, 国内报道 PSD 发生率为 34.2%, 其中老年脑卒中患者 PSD 发生率为 40.2%, 与 <60 岁组比较差异有统计学意义, 提示老年脑卒中患者伴发抑郁的可能性更大^[8]。PSD 可能导致患者参与康复治疗的依从性差, 言语能力及认知功能下降, 从而提高致残率及死亡率等。因此, 早期诊断及治疗 PSD, 尤其对老年患者十分必要。PSD 的发生是社会心理学因素与神经生物学因素共同作用的结果, 其中神经生物学因素起着重要的作用。有研究表明: PSD 患者的去甲肾上腺素和 5-羟色胺递质水平低下^[9]。帕罗西汀为 5-羟色胺再摄取抑制剂, 能增加体内 5-羟色胺含量, 改善抑郁症状, 从而提高患者对治疗的信心及参与功能锻炼的主动性。已有研究证实, 帕罗西汀治疗 PSD 效果肯定、耐受性好且安全性高, 并能促进脑卒中患者神经功能的康复, 为首选治疗药物之一^[10]。本研究结果也显示, 口服帕罗西汀(药物组)治疗前 HAMD 评分为(22.3 ± 4.1), 治疗后为(14.9 ± 3.1), 差异有统计学意义, 提示 PSD 患者抑郁状态有明显改善。

有研究证实, 通过指导患者主动参与康复治疗, 可显著提高其去甲肾上腺素与 5-羟色胺水平, 使 PSD 发生率明显降低, 随着患者躯体功能的逐渐改善, 患者可自觉接受治疗, 而且患者之间还能相互交流和鼓励, 有利于其抑郁状态的改善^[11]。正基于此, 我们对 30 例老年 PSD 患者进行早期康复训练以减轻其神经功能缺损程度和抑郁症状, 同时予抗抑郁药物——帕罗西汀口服以改善患者的抑郁程度和认知功能, 使其更积极地参与康复治疗。观察结果显示: 治疗 12 周后, 联合组与康复组、药物组比较, ESS 评分、HAMD 评分与 Barthel 指数评分差异均有统计学意义($P < 0.05$), 提示早期康复训练配合口服帕罗西汀治疗, 可进一步改善患者肢体功能, 提高其日常生活活动能力, 比单独应用更加有效。

总之, 本研究结果表明早期康复训练配合抗抑郁药物治疗能改善 PSD 患者的抑郁状态, 促进中枢神经系统的功能恢复, 帮助患者适应环境, 提高其日常生活活动能力。

参 考 文 献

- [1] 中华神经学会, 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: 379-380.
- [2] 江开达. 精神病学. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 392.
- [3] 李献云, 费云鹏, 张培琰, 等. 首发精神分裂症病人的抑郁症状. 中国神经精神病杂志, 2001, 27: 95-98.

- [4] 朱镛连. 神经康复学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 173-175.
- [5] 南登崑. 康复医学. 北京: 人民卫生出版社, 2003: 42-43.
- [6] 温得树, 马莉琴, 吴志武. 卒中单元模式下早期康复治疗对急性脑梗塞疗效的影响. 中国康复医学杂志, 2007, 22: 77-78.
- [7] 魏琰, 崔永健, 付长印, 等. 早期康复对急性脑梗死患者功能的影响及运动诱发电位对其评定的价值. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 605-606.
- [8] 龙洁, 刘永珍, 蔡焯基, 等. 卒中后抑郁状态的发生率及相关因素研究. 中华神经科杂志, 2001, 34: 145-148.
- [9] 杨明秀, 张乐. 心理干预与文拉法辛联合治疗对脑卒中后抑郁患者的康复疗效分析. 广西医学, 2006, 28: 1183-1185.
- [10] 陆峰. 抑郁障碍和焦虑障碍共病专家研讨会会议纪要. 中华精神科杂志, 2003, 36: 246.
- [11] 江红, 温新义, 史庭慧. 电针刺激治疗腔隙性脑梗死后抑郁状态的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28: 807-809.
- (修回日期: 2010-09-15)
(本文编辑: 吴倩)

星状神经节毫米波疗法治疗脊髓损伤后出汗增多的疗效观察

杨初燕 冯珍 易清萍 廖志英

【摘要】目的 观察星状神经节毫米波疗法治疗脊髓损伤后出汗增多的疗效。**方法** 将 60 例脊髓损伤后出汗增多患者分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用星状神经节毫米波疗法治疗及康复训练, 对照组仅采用康复训练, 治疗 10 d 后评价出汗及睡眠情况。**结果** 治疗组出汗缓解总有效率为 93.33%, 平均睡眠时间为 (6.28 ± 1.18) h, 对照组出汗缓解总有效率为 6.67%, 平均睡眠时间为 (5.08 ± 1.02) h, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** 星状神经节毫米波疗法治疗脊髓损伤后出汗增多的临床疗效显著, 能明显改善睡眠, 提高生活质量。

【关键词】 毫米波; 星状神经节; 脊髓损伤; 出汗增多

脊髓损伤主要造成患者运动、感觉、自主神经功能障碍。由于起自脑干的副交感神经走行在脊柱之外, 多能免于损伤, 而位于脑干和下丘脑的自主神经中枢的支配作用在损伤处受到阻断, 引起交感与副交感神经功能紊乱, 使患者出现睡眠、心理、出汗异常, 进而引起脱水、电解质紊乱甚至休克, 给患者带来躯体和精神痛苦。

近几年来, 毫米波作为一种新的物理因子治疗方法在我国已得到广泛应用。研究发现, 毫米波对生物体具有较广泛的生物学效应和安全性^[1-3]。但是, 鲜见毫米波治疗脊髓损伤后出汗增多的相关研究报道。本研究旨在通过星状神经节毫米波疗法治疗脊髓损伤后出汗增多患者, 探讨毫米波治疗出汗过多的机制。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选取 2008 年 1 月至 2009 年 12 月间在本科住院的脊髓损伤后出汗增多患者 60 例。入选标准: ① L₄ 平面以上脊髓损伤; ② 出汗增多; ③ 年龄 20 ~ 50 岁。排除标准: ① 风湿病、结核病、布鲁菌病、糖尿病、甲状腺功能亢进、佝偻病、脑炎后遗症等引起出汗增多的疾病; ② 发热。将 60 例患者分为治疗组与对照组, 每组 30 例。2 组患者的性别、年龄、病程、脊髓损伤平面、

ASIA 分级、出汗及睡眠状况比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

二、治疗方法

治疗组采用星状神经节毫米波疗法及康复训练, 对照组仅采用康复训练。

星状神经节定位方法: 在胸锁乳突肌后缘与颈外静脉交叉处附近相当于环状软骨或 C₆ 横突水平。

毫米波治疗: 采用 HZ-I 型毫米波治疗仪 (上海产), 频率 28 ~ 38 GHz, 输出功率 60 ~ 140 mW, 波长 7.9 mm, 功率密度 $< 10 \text{ mW/cm}^2$ 。患者仰卧位, 头稍后伸, 双侧星状神经节毫米波辐射 1 次/d, 20 min/次。疗程为 10 d。

康复训练: 关节活动度训练、肌力训练、坐位平衡训练、日常生活活动能力训练, 必要时配戴矫形器训练。

三、观察指标与疗效标准

1. 出汗状况: 将出汗增多患者分为 3 级: 1 级为大量出汗, 汗湿睡衣、床单、被褥; 2 级为中等出汗, 汗湿睡衣; 3 级为少量出汗, 未汗湿睡衣。

2. 睡眠状况: 分为入睡困难 (30 min 不能入睡者)、易醒、失眠, 并记录睡眠时间。

3. 疗效标准^[4]: 痊愈——出汗停止, 与正常人一样不受环境因素、紧张情绪的影响; 显效——出汗明显减少, 受环境因素、紧张情绪的影响不明显; 有效——出汗有所减少, 但稍热的环境、紧张的情绪及轻微的运动均可使汗出量明显增加; 无效——出汗无明显变化。

四、统计学分析

采用 SPSS 10.0 版软件进行统计处理, 统计方法采用 χ^2 检验。