

高躯干稳定性;立位骨盆左右移动和左右倾斜训练可提高骨盆左右移动的稳定性 and 控制能力。该训练可强化骨盆周围肌肉的肌力,提高骨盆在各运动方式下的稳定性和控制能力,改善下肢平衡协调能力,增加感觉信息输入,有利于患者建立正常的运动模式,纠正错误的运动模式,最终促进运动能力的恢复。

另外,治疗组患者接受强化骨盆与躯干控制能力训练的介入时间在 3~12 周,结果发现有较好的临床疗效。说明脑卒中患者一旦生命体征稳定,应尽早进行正规康复训练,同时给予强化骨盆与躯干控制训练,以最大限度地促进其运动能力恢复,减轻肢体功能障碍。

综上所述,在对脑卒中患者进行常规康复训练治疗的同时强化骨盆与躯干控制的功能训练十分必要,可有效提高其步行时的稳定性和协调能力,从而改善

患者的运动功能。

参 考 文 献

- [1] 尚翠侠,李强,刘珊珊,等.急性脑卒中患者早期康复的临床研究.中华物理医学与康复杂志,2003,25:619-621.
- [2] 中华神经学会.各类脑血管疾病诊断要点.中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [3] 王宁华,黄真.临床康复医学.北京:北京大学医学出版社,2006:144.
- [4] 南登崑.康复医学.北京:人民卫生出版社,1993:164.
- [5] 燕铁斌,窦祖林.实用偏瘫康复.北京:人民卫生出版社,1999:398.
- [6] 南登崑,缪鸿石.康复医学.北京:人民卫生出版社,1993:138.
- [7] 欧阳颀,李雪,李华.早期康复干预对急性脑卒中患者下肢功能的影响.中华物理医学与康复杂志,2003,25:747-748.

(修回日期:2010-12-22)

(本文编辑:吴倩)

· 临床研究 ·

百忧解联合心理干预及电针治疗对脑卒中患者抑郁情绪及认知功能的影响

魏爱环 王雪梅 李六一

【摘 要】 目的 探讨百忧解联合心理干预及电针治疗对脑卒中患者抑郁情绪及认知功能的影响。**方法** 共选取 84 例脑卒中患者,采用随机数字表法将其分为治疗组及对照组。2 组患者均给予常规内科治疗,同时给予百忧解口服,治疗组患者在此基础上辅以心理干预及电针治疗。于治疗前、治疗 4 周后分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及事件相关电位(ERP)对 2 组患者抑郁情绪及认知功能进行评定。**结果** 入选时 2 组患者 HAMD 评分及 ERP 检测结果组间差异均无统计学意义($P>0.05$);经 4 周治疗后,发现 2 组患者 HAMD 评分均较治疗前明显降低,N2 及 P3 波潜伏期缩短,P3 波幅增加,并且上述指标均以治疗组的改善幅度较显著,与对照组间差异均具有统计学意义($P<0.01$)。**结论** 在抗抑郁药物治疗基础上辅以心理干预及电针治疗,能进一步改善脑卒中患者抑郁情绪及认知功能,促其全面康复,该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 心理干预; 事件相关电位; 脑卒中; 抑郁; 认知

脑卒中是目前公认严重危害人类生命健康的主要疾病之一,而卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)及认知功能障碍为脑卒中后常见并发症,在很大程度上影响了患者康复训练的主动性,阻碍了脑卒中患者功能康复,导致其生活质量显著降低^[1,2]。本研究在抗抑郁药物治疗基础上,联合采用心理干预及电针治疗脑卒中患者,发现经 4 周治疗后,患者抑郁情绪及认知功能均获得显著改善。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2007 年 6 月至 2010 年 6 月间在河南省人民医院中西医结合科住院治疗的脑卒中患者 84 例,均为首次发病,符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准^[3],并经颅脑 CT 或 MRI 检查证实;排除既往有神经、精神疾病史或检查不合作者。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,每组 42 例。治疗组男 23 例,女 19 例;年龄 46~67 岁,平均 (57.2 ± 10.8) 岁;病程 2~7 d,平均 (4.6 ± 2.5) d。对照组男 22 例,女 20 例;年龄 48~68 岁,平均 (56.1 ± 11.4) 岁;病程 2~8 d,平均 (5.1 ± 2.3) d。2 组患者一般情况及病情经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.04.013

作者单位:450003 郑州,河南省人民医院中西医结合科(魏爱环、王雪梅),神经电生理室(李六一)

可比性。

二、治疗方法

2 组患者均给予常规内科治疗,具体方法包括:根据患者病情给予改善脑循环、降低颅内压(如甘露醇、尼莫地平)、稳定血压、营养脑神经、抗感染等常规干预,同时辅以抗抑郁药物治疗,口服药物为盐酸氟西汀(商品名为百忧解,美国礼来公司出品),每次 20 mg,于早餐后服用,每日 1 次,连续服用 3~4 周。

治疗组患者则在上述基础上辅以心理干预及电针治疗。心理干预采用行为-认知心理治疗及人本主义治疗手段,行为-认知心理治疗要求医师与患者建立良好医患关系,尽可能了解患者症状、情绪及相关环境因素,取得患者充分信任与配合;同时让患者充分认识到康复治疗的重要性,以强化其治疗态度和行为,使之主动配合康复训练。人本主义治疗要求与患者建立信任关系后,充分挖掘其渴望康复、渴望早日回归家庭及社会的心理需求;在积极指导、劝解、鼓励、疏导基础上,尽可能动员患者家属、朋友等关心、体贴、支持患者,充分发挥患者在日常康复训练中的能动性,协助其实现最大限度回归家庭及社会的愿望。上述心理干预每周治疗 3 次,每次持续 1 h^[4]。电针治疗采用 0.25 mm×25 mm 毫针对患者百会、风池、神庭、内关、神门等穴进行针刺,针刺深度为 0.5~0.8 寸,待针刺得气后接通上海产 G6808 型电针治疗仪,采用疏密波,电针刺激频率为 1 Hz,电流强度为 10~30 mA,以患者能耐受且针刺穴位局部可见肌肉轻微抽动为限,每天治疗 1 次,每次治疗 20 min,治疗 10 次为 1 个疗程^[5]。

三、疗效观察指标

于入选时及治疗 4 周后对 2 组患者抑郁情绪及认知功能进行评定,其中抑郁情绪评定采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression rating scale, HAMD)^[6],该量表共包括 4 项主要内容,分别是睡眠障碍、焦虑抑郁、情感淡漠及躯体症状,如总分<8 分表示无抑郁,8~16 分表示轻度抑郁,17~24 分表示中度抑郁,>24 分表示重度抑郁,所有患者抑郁评定均由同一位资深心理医师完成;认知功能评定采用事件相关电位(event-related potential, ERP)检测技术,选用日产光电 4 通道诱发电位仪,在安静屏蔽室内进行,嘱受试者取仰卧位,保持清醒状态且精神集中,全身肌肉放松,参照国际脑电 10/20 系统放置法,记录电极置于中央中线部位(CZ),参考电极置于耳垂部(A1 或 A2),接地电极置于前额处(FPZ),电极间阻抗小于 5 kΩ,分析时间为 600 ms,实验采用短音刺激,非靶刺激(频率为 1000 Hz)出现概率为 80%,规律出现,靶刺激(频率为 4000 Hz)出现概率为 20%,随机出现,穿插于非靶刺激中,要求受试者对靶刺激作出按键反应,仪器自动记录反应时间及命中率,分析指标包括 N1、

N2、P2、P3 波潜伏期及波幅,每例患者均检测 2 次,取平均值纳入分析^[7]。

四、统计学分析

本研究所得数据以($\bar{x} \pm s$)表示,选用 SPSS 12.0 版统计学软件包进行分析,计量资料比较采用 *t* 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

入选时 2 组患者 HAMD 评分组间差异无统计学意义($P > 0.05$);分别经 4 周治疗后,发现 2 组患者 HAMD 评分均较入选时明显降低($P < 0.05$),且以治疗组的降低幅度较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.01$),具体数据详见表 1。入选时 2 组患者 ERP 各波潜伏期及波幅组间差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$);经 4 周治疗后,发现 2 组患者 N1、N2、P2、P3 波潜伏期均较入选时明显缩短,P3 波幅均较入选时显著增加,且上述指标均以治疗组的改善幅度相对较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.01$),具体数据详见表 1。

讨 论

PSD 是脑卒中患者常见后遗症之一,患者通常表现为情绪低落、焦虑、睡眠障碍、反应迟滞及绝望等,严重影响患者言语功能及家庭、社会能力恢复,可导致躯体疾病症状扩大,引发各种躯体、社会功能缺陷;同时患者由于失去信心,丧失主动康复的动力,其配合治疗的主动性较差,表现为精神运动性抑制,肢体活动减少,导致康复疗效不理想,进一步加重患者的生理及心理负担;同时还有学者发现,抑郁情绪不仅能减弱体内免疫球蛋白分泌,降低免疫功能^[8];还能引起自主神经功能紊乱,诱发一系列病理改变,如儿茶酚胺分泌过量、脂质代谢紊乱、各种促凝物质释放、心律加快、血压升高等,增加了患者发生各种心脑血管疾病的危险性^[9]。近年来不少研究报道,PSD 患者多同时伴有认知功能障碍,并且与抑郁情绪相互影响,严重阻碍患者康复治疗的积极性和主动性,患者治疗时依从性较差,可见对脑卒中患者抑郁情绪及认知功能进行干预具有重要的临床意义^[10]。

目前临床认为,导致脑卒中后抑郁及认知功能受损的主要原因包括:脑卒中后脑内去甲肾上腺素(noradrenalin, NE)及 5-羟色胺(5-HT)等神经递质含量均较正常水平明显降低;另外脑卒中病程漫长、恢复缓慢,发病后经济受损以及患者社交功能受限,工作、学习、生活等均受到不同程度影响,上述诸多内源及外源性因素均可作为应激源导致脑卒中患者抑郁及认知

表 1 治疗前、后 2 组患者 HAMD 评分及 ERP 检测结果比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	HAMD 评分(分)	ERP 检测结果				
			N1 潜伏期(ms)	P2 潜伏期(ms)	N2 潜伏期(ms)	P3 潜伏期(ms)	P3 波幅(μV)
治疗组							
入选时	42	25.23 ± 6.11	95.6 ± 13.1	177.4 ± 16.2	278.6 ± 25.2	392.1 ± 25.7	3.9 ± 2.2
治疗后	42	12.34 ± 5.81 ^a	93.7 ± 12.9 ^a	175.7 ± 16.1 ^a	255.2 ± 24.8 ^a	349.4 ± 26.7 ^a	6.8 ± 2.7 ^a
对照组							
入选时	42	24.95 ± 6.22	97.4 ± 12.2	179.2 ± 15.9	273.8 ± 26.6	387.4 ± 29.5	4.1 ± 2.5
治疗后	42	16.22 ± 6.07 ^{ab}	94.8 ± 13.2 ^{ab}	176.2 ± 15.9 ^{ab}	260.1 ± 25.2 ^{ab}	368.5 ± 25.9 ^{ab}	4.9 ± 2.5 ^{ab}

注:与入选时比较,^a $P < 0.05$;与治疗组治疗后比较,^b $P < 0.05$

功能障碍^[11]。

ERP 又称认知电位,是一种能客观反映大脑认知功能的脑电生理检测技术,其中 N1、P2 反映神经传入的整合过程,而晚成分 N2、P3 则与认知过程密切相关,如 N2 反映选择的心理过程,P3 反映感知、记忆、理解、判断、推理和情感等多层次的心理活动^[12];P300 波潜伏期代表大脑对外部刺激进行分类、编码、识别的速度,波幅则反映大脑在信息加工时有效动员资源的能力^[12],故通过检测 ERP 能客观反映受试者的认知功能。

目前临床针对 PSD 患者主要给予抗抑郁药物治疗,如 5-羟色胺再摄取抑制剂(如百忧解等)能提高突触间隙内 5-羟色胺含量,不仅能有效治疗抑郁,而且还能阻止脑细胞死亡并促进与记忆相关脑区的神经细胞再生,从而改善抑郁及认知功能^[13]。本研究对照组患者经百忧解治疗后,发现其 HAMD 抑郁评分及 ERP 各参数均较入选时明显改善,表明抗抑郁药物对脑卒中患者抑郁情绪及认知功能均有明确改善作用。另外本研究为进一步提高疗效,治疗组患者在给予百忧解口服同时,还辅以心理干预及电针治疗,发现该组患者经综合治疗后,其 HAMD 评分显著降低,N2、P3 波潜伏期明显缩短,P3 波幅明显增加,且上述指标改善幅度均显著优于对照组($P < 0.05$),提示药物、心理干预及电针联合治疗能显著改善脑卒中患者抑郁情绪及认知功能,相关机制主要包括:①心理干预能提高患者对疾病的认识,促其适应发病后的新环境,提高战胜疾病的信心,帮助其克服抑郁、自卑及焦躁等不良情绪;通过心理干预建立良好医患关系,使患者面对现实,促其主动配合治疗,采取积极生活态度,尽量扩大与外界交往,丰富了内心世界,也增强了社会支持及自身适应能力,从而帮助患者改善抑郁、促进认知功能提高^[14]。②电针治疗具有双向调节功能,可通过神经及免疫系统调节大脑皮质中枢兴奋及抑制过程,使脑内神经突触间各种神经递质水平趋于动态平衡^[15];电针还能改善脑循环及脑代谢功能,如有研究发现,对脑部进行电针刺激可扩张血管、增加脑血流量、改善脑灌注等;同时电针刺激还能提高抑郁症患者脑内葡萄糖代谢水平,促进脑内 5-HT 能神经元和 NE 能神经元功能恢复;另外有研究还发现电针能抑制脑卒中后应激及炎

性反应所致的脑神经损伤,并有抗氧化、减轻脑水肿等功效^[5]。

综上所述,本研究结果表明,在抗抑郁药物治疗基础上辅以心理干预及电针治疗,能进一步缓解脑卒中患者抑郁情绪,改善认知功能,对促进脑卒中患者功能恢复、早日回归家庭及社会具有重要意义。

参 考 文 献

- [1] Toso V, Gandolfo C, Palucci S, et al. Post-stroke depression research methodology of a large multicentre observational study. *Neurol Sci*, 2004, 25:138-144.
- [2] Gainotti G. Psychological model of post-stroke major depression. *Br J Psychiatry*, 2000, 176:295-296.
- [3] 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. *中华神经科杂志*, 1996, 9:379-380.
- [4] 黄臻, 邱树卫. 心理干预对脑卒中后抑郁患者生存质量的影响. *中国康复医学杂志*, 2009, 24:362-364.
- [5] 江红, 温新义, 史庭慧, 等. 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.
- [6] 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙:湖南科学技术出版社, 1998: 121-124.
- [7] 刘新通, 汪萍, 郑芷萍, 等. 无症状脑梗死患者认知功能. *中华物理医学与康复杂志*, 2000, 22:40-43.
- [8] 吕路线, 宋景贵, 卢红, 等. 卒中后抑郁患者的血浆、脑脊液单胺类神经递质测定. *中华精神科杂志*, 2000, 33:29-31.
- [9] 刘晶, 韩杰, 赵红玲, 等. 首发急性单一病灶脑卒中患者抑郁程度与认知功能的关系. *中国临床康复*, 2004, 8:1204-1205.
- [10] Murata Y, Kimura M, Robinson RG, et al. Does cognitive impairment cause post stroke depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2000, 8:310-317.
- [11] 龙洁, 刘永珍, 蔡悼基. 脑卒中后抑郁状态的发生率及其相关因素研究. *中华神经科杂志*, 2001, 34:145-148.
- [12] Hirata K, Tanaka H, Zeng XH, et al. The role of the basal ganglia and cerebellum in cognitive impairment: a study using event-related potentials. *Clin Neurophysiol*, 2006, 59:49-55.
- [13] 宋永斌, 郝玉洁, 徐江涛, 等. 氟西汀对脑卒中后抑郁患者情感及认知功能的影响. *中华物理医学与康复杂志*, 2003, 25:120-121.
- [14] 全丰芝, 于善良. 心理干预对老年脑卒中后抑郁患者康复的影响. *中华物理医学与康复杂志*, 2005, 27:493-495.
- [15] 喻澜, 黄晓琳, 王伟, 等. 电针治疗对急性脑梗死患者血清神经元特异性烯醇化酶及神经功能缺损的影响. *中华物理医学与康复杂志*, 2005, 27:103-105.

(修回日期:2010-11-12)

(本文编辑:易 浩)