

· 临床研究 ·

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

杨述鸣 张晓平 王守峰 宋黎刚

【摘要】 目的 观察早期心理干预联合康复训练治疗脑卒中后抑郁症(PSD)的疗效。**方法** 共选取在我院治疗的 PSD 患者 60 例,采用随机数字表法将其分为治疗组及对照组。2 组患者入院后均给予常规内科治疗及康复训练,治疗组在上述基础上辅以早期心理干预,共治疗 8 周。于入选时及治疗 2,4,8 周时分别采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、改良 Barthel 指数(MBI)评分对 2 组患者抑郁病情及日常生活活动(ADL)能力进行评定。**结果** 从治疗第 4 周开始,2 组患者 HAMD 评分及 MBI 评分均较治疗前有一定程度改善,且上述指标均以治疗组的改善幅度较显著,与治疗前及对照组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 早期心理干预联合康复训练可明显改善 PSD 患者抑郁病情,促进 ADL 能力恢复,该联合疗法值得临床推广、应用。

【关键词】 心理治疗; 康复训练; 脑卒中; 抑郁; 日常生活活动能力

近年来脑血管疾病发病率逐年上升,已成为严重危害人类身心健康的疾患之一,它不仅导致许多躯体症状,患者通常还伴有各种情感功能障碍^[1],如脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)在很大程度上影响了患者康复训练的主动性,阻碍了患者功能恢复,导致其生活质量显著降低^[2-3]。本研究联合采用早期心理干预及康复训练治疗 PSD 患者,发现治疗后患者抑郁情绪明显缓解,日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力显著提高,临床疗效满意。现报道如下。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2008 年 5 月至 2010 年 5 月间在我院治疗的 PSD 患者 60 例,患者入选标准如下:①符合全国第 4 届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[4];②经颅脑 CT 或 MRI 确诊,且为初次发病;③入选时患者生命体征稳定,病情不再进展持续 48 h 以上;④汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Rating Scale, HAMD)评分 ≥ 17 分,经简易智力评分量表(mini-mental state examination, MMSE)评定后排除认知功能障碍。采用随机数字表法将上述患者分为治疗组及对照组,每组 30 例。治疗组男 13 例,女 17 例;年龄 35 ~ 70 岁,平均(55.4 ± 9.5)岁;受教育年限 0 ~ 14 年,平均(8.1 ± 3.7)年。对照组男 12 例,女 18 例;年龄 34 ~ 71 岁,平均(53.9 ± 7.7)岁;受教育年限 0 ~ 16 年,平均(7.8 ± 4.4)年。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($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患者均给予常规内科治疗,如根据其病情给予改善脑循环、降低颅内压(如甘露醇、尼莫地平)、营养脑神经、抗感染等常规干预;同时指导患者进行康复训练,急性期主要包括良肢位摆放、关节活动范围被动训练、早期坐位训练、健侧肌力增强训练、关节主动活动训练、翻身-坐起训练、进食训练等;恢复期则增加坐位平衡训练、站立训练、立位平衡训练、重心转移

训练、行走训练等;期间穿插进行偏瘫侧上肢功能训练、ADL 能力训练等^[5]。治疗组则在上述基础上辅以心理干预,由工作多年的心理治疗师负责实施,具体方法如下。

1. 支持性心理治疗:首先努力营造良好的医患氛围,不追求特殊的策略和技巧,主要有两种方式:一是个别谈话治疗,常用的治疗技巧包括患者主动倾诉、开放式询问、恰当的情感反应、澄清问题、简易扼要的解释指导、接纳患者、将矛盾对峙、尊重患者、鼓励患者、治疗师的自我暴露等;二是团体心理治疗,在治疗师主持下,团体成员由 PSD 患者组成,一般至少 7 ~ 8 人,通常于每周五下午举行,每次持续约 90 min;心理治疗过程分为 3 个阶段,包括患者间相互了解及接受阶段、患者间的心理互动阶段及活动结束阶段,注意各成员间的心理互动,治疗师仅把握会谈的主要方向。

2. 行为性心理治疗:①放松训练(即渐进性的肌肉松弛疗法),嘱患者采取舒适体位,逐渐对全身或某一部位肌肉收缩、松弛,同时深呼、吸气,体验紧张感觉,反复进行,有助于促进患者肢体主动运动及改善残障肢体运动功能。②系统脱敏疗法(亦称交互抑制法),通过诱导患者缓慢暴露导致其抑郁的心境,并通过心理放松手段来对抗这种抑郁情绪,从而达到消除焦虑或抑郁的目的;在治疗时应从能引起个体较低程度抑郁反应的刺激物开始,一旦某个刺激不再引起患者抑郁反应时,治疗师便可向处于放松状态的患者呈现另一个比当前刺激略强的刺激;如果某个刺激所引起的抑郁反应在患者能忍受范围内,经多次反复治疗后,患者便不会再对该刺激产生焦虑或抑郁情绪。③矛盾意向法,如对于脑卒中后伴失眠症的患者,让患者由原来总想尽快入睡改为有意识长时间保持觉醒,使之前由于过度担心失眠而产生的焦虑、抑郁情绪得以缓解,有助于促进患者入睡^[6]。上述心理治疗每次至少持续 30 min,每周治疗 3 次。

三、疗效评定标准

于入选时及治疗 2,4,8 周时对 2 组患者进行疗效评定,其中患者抑郁程度评定采用 HAMD 评分,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^[7];患者 ADL 能力评定采用改良 Barthel 指

数(Modified Barthel Index, MBI)评分,满分为 100 分,分数越高表示患者 ADL 能力恢复越理想。

四、统计学分析

本研究所得计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 SPSS 11.0 版统计学软件包进行数据分析,计数资料比较采用 χ^2 检验,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

2 组患者在入选时及治疗 2 周后,发现其 HAMD 评分、MBI 评分组间差异均无统计学意义($P > 0.05$);从治疗第 4 周开始,发现 2 组患者 HAMD 评分、MBI 评分均较治疗前有一定程度改善,进一步分析发现,治疗组患者上述指标的改善幅度相对较显著,与治疗前及对照组间差异均具有统计学意义($P < 0.05$);对照组仅发现 MBI 评分较治疗前有明显改善($P < 0.05$),而 HAMD 评分较治疗前无明显变化($P > 0.05$),提示治疗组疗效明显优于对照组,具体数据详见表 1。

表 1 治疗前、后 2 组患者 HAMD 评分及 MBI 评分比较
(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	HAMD 评分	MBI 评分
治疗组			
入选时	30	20.17 $\pm$ 6.87	34.60 $\pm$ 1.97
治疗 2 周时	30	17.27 $\pm$ 5.67	44.60 $\pm$ 1.67
治疗 4 周时	30	10.28 $\pm$ 6.78 ^{ab}	51.73 $\pm$ 1.63 ^{ab}
治疗 8 周时	30	5.62 $\pm$ 5.47 ^{ab}	83.91 $\pm$ 1.49 ^{ab}
对照组			
入选时	30	19.83 $\pm$ 7.08	31.63 $\pm$ 2.61
治疗 2 周时	30	17.57 $\pm$ 6.17	39.60 $\pm$ 2.97
治疗 4 周时	30	16.62 $\pm$ 7.03	44.56 $\pm$ 3.23 ^b
治疗 8 周时	30	16.45 $\pm$ 6.74	62.03 $\pm$ 2.96 ^b

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$;与组内入选时比较,^b $P < 0.05$

讨 论

随着我国逐渐步入老龄化社会,脑卒中已成为常见、多发病之一,其中 PSD 是卒中后常见并发症,对患者康复治疗及生活质量均造成严重影响,正越来越受到临床重视。PSD 其临床表现与原发性抑郁相似,但其发病机制目前尚未明确。心理学理论认为 PSD 是疾病所诱发的心理调节障碍所致^[8];Eslinger 等^[9]也认为脑卒中部位及病因与抑郁无关,可能是由于病灶破坏了机体去甲肾上腺素能神经元和 5-羟色胺能神经元及其通路,导致这两种神经递质水平低下而引发抑郁;Aben 等^[10]通过研究大量脑卒中患者后提出两种可能机制:①广泛的血管损害影响心理调节过程,即 Krishnan 等^[11]提出的所谓血管假说;②脑卒中可被认为是一种强烈刺激源,对人体身心健康及社会机能均产生严重影响,从而导致患者抑郁等病态心理。总之 PSD 的发病机制目前还有待进一步探讨。

相关研究表明,脑卒中发病早期患者的心理应激性最差^[12]。Kauhanen 等^[12]通过研究 106 例首发脑卒中患者后发现,在发病最初 3 个月内,其抑郁患病率高达 53%,可见针对急性期脑卒中患者进行康复干预,对降低其 PSD 发病率具有重

要意义。PSD 的治疗方法主要包括药物治疗及心理干预。由于抗 PSD 药物的副作用较多,使得一些患者产生顾虑、甚至不能耐受而限制其使用,导致药物治疗效果欠佳。心理干预是 PSD 治疗过程中不可或缺的重要内容之一,临床医师在与患者接触时应注意两个层面,分别是临床治疗层面及康复治疗层面,然而在实际治疗过程中,康复治疗层面中的心理干预往往被忽视,对患者康复治疗及预后均产生诸多不利影响^[13]。本研究治疗组 30 例 PSD 患者在接受常规治疗同时,还采用支持性干预、行为-认知疗法等手段对患者进行心理干预,发现与治疗前及对照组比较,其 ADL 能力显著提高,HAMD 评分明显降低,提示在康复训练基础上辅以早期心理干预,能进一步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,给患者提供充分宣泄的机会,能帮助其克服抑郁、自卑及焦躁等不良情绪,通过心理干预建立良好医患关系,使患者敢于面对现实,促其主动配合治疗,采取积极主动的生活态度,尽量扩大与外界的交往,丰富了内心世界,也增强了社会支持及自身适应能力,从而帮助患者更好地回归家庭及社会^[13]。

综上所述,本研究结果表明,在常规康复训练基础上辅以心理干预,能进一步改善脑卒中患者抑郁情绪及 ADL 能力,对促进 PSD 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] 贾建平. 神经病学. 北京:人民卫生出版社,2008:171.
- [2] 刘永珍,龙洁. 卒中后抑郁的流行病学研究现状. 国外医学脑血管疾病分册杂志,2000,8:340-342.
- [3] 王艳云,王拥军. 心理治疗在脑卒中康复中的应用. 中国康复医学杂志,2005,20:294-296.
- [4] 全国第 4 届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点. 中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [5] 李晓英. Brunnstrom 康复训练程序在脑卒中患者中的应用. 井冈山医学学报,2005,12:90.
- [6] 杨艳杰. 心理治疗与心理咨询//陈力. 医学心理学. 北京:北京大学医学出版社,2003:179-200.
- [7] 许贤豪. 神经心理量表检测指南. 北京:中国协和医科大学出版社,2007:85.
- [8] Gainotti G. Psychological model of post-stroke major depression. Br J Psychiatry,2000,176:294-296.
- [9] Eslinger A, Paul J, Parkinson N, et al. Empathy and social emotional factors in recovery from stroke. Curr Opin Neurol,2002,15:91-97.
- [10] Aben I, Verhey F, Strik J, et al. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction. J Neurol Neurosurg Psychiatry,2003,74:581-585.
- [11] Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. Am J Psychiatry,1997,154:497-501.
- [12] Kauhanen ML, Korpelainen JT, Hiltunen P, et al. Post-stroke depression correlates with cognitive impairment and neurological deficits. Stroke,1999,30:1875-1880.
- [13] Bent I, Hild F, Gun E, et al. Benefit of an extended stroke unit service with early supported discharge: a randomized controlled trial. Stroke,2000,31:2988-2994.

(修回日期:2010-11-10)

(本文编辑:易 浩)