

- [6] 涂秋云,唐湘祁,资晓宏,等. 肩手综合征定量感觉测定的临床研究. 中国康复医学杂志,2004,19:185-187.
- [7] 张建宏,范建中,彭楠,等. 综合康复治疗脑卒中后肩手综合征的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志,2005,27:537-540.
- [8] 周敬华,梁华忠. 脑卒中早期康复对运动功能及肩手综合征的影响. 中国康复医学杂志,2005,20:750-752.
- [9] 桑清文,陈璐,白树东,等. 星状神经节阻滞治疗自主神经功能紊乱综合征前后的血液动力学变化. 中国疼痛医学杂志,2002,8:206-208.
- [10] 李仲廉. 临床疼痛治疗学(修订版). 天津:天津科学技术出版社,1999:240-241.
- [11] 辛广科,蔡世杰等. 星状神经节阻滞治疗急性面神经麻痹的疗效观察. 中国疼痛医学杂志,2009,15:186.
- [12] 李雪,赵敏. 半导体激光照射星状神经节治疗经性眩晕的疗效观察. 中国康复医学杂志,2009,24:268.
- (修回日期:2011-04-25)
(本文编辑:松 明)

早期康复干预对脑卒中后抑郁及其患者日常生活活动能力的影响

赵先伟 杨士芝 栾卫红 杜怡峰 宋振海

【摘要】目的 探讨早期康复干预脑卒中后抑郁(PSD)、神经功能缺损程度及日常生活活动(ADL)能力的影响。**方法** 将脑卒中患者 132 例按随机数字表法随机分为对照组($n=66$)和治疗组($n=66$),对照组采用常规西药治疗;治疗组在常规西药治疗的基础上增加以功能锻炼,ADL 训练以及针刺为主的早期康复治疗。2 组患者均于治疗前及治疗 1 个月后(治疗后)分别采用汉密顿抑郁量表(HAMD)、神经功能缺损程度量表(NDS)和 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评定患者的抑郁状态、神经功能缺损程度和 ADL 能力。**结果** 治疗后,治疗组 HAMD、NFD 和 Barthel 指数(BI)评分分别为(6.05 ± 3.78), (6.43 ± 3.42), (73.63 ± 20.33), 与对照组(9.45 ± 5.05), (8.61 ± 3.79), (48.23 ± 16.22)比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗组 PSD 的发生率为 12.1%, 对照组为 33.3%, 2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 早期康复干预脑卒中可减少 PSD 发生,促进患者神经功能的康复,提高日常生活活动能力。

【关键词】 脑卒中; 早期康复; 神经功能缺损; 卒中后抑郁; 日常生活活动能力

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是脑卒中患者临床上常见的一种精神障碍,发生率为 23% ~ 65%,严重影响患者的康复和生活质量^[1]。2005 年至 2009 年我们采用早期康复治疗脑卒中住院患者,探讨早期康复干预对 PSD 发生、神经功能缺损程度及日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力的影响。现报道如下。

资料和方法

一、一般资料

纳入标准:①符合全国第四届脑血管会议制订的诊断标准^[2];②入院时神经功能缺损程度量表(neurological deficit score, NDS)评分 > 8 分;③意识清楚,无智力障碍,能正常交流并完成汉密顿抑郁量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD)^[3]及 Barthel 指数(Barthel Index, BI)评定;④年龄 < 80 岁;⑤脑卒中前无精神病史、失语、精神障碍、智能障碍或其他器质性病变;⑥愿意签署知情同意书。

符合上述标准的脑卒中患者 132 例,其中男 64 例,女 68 例;年龄 42 ~ 77 岁,平均 61.8 岁;既往病史有高血压病史 58 例,有冠心病史 20 例,有糖尿病史 64 例(合并冠心病,高血压

病 16 例)。

采用随机数字表法将脑卒中患者 132 例随机分成 2 组,对照组 66 例,治疗组 66 例;2 组患者的性别、年龄、病程及脑卒中类型等方面经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		脑卒中类型(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女	脑出血	脑梗死		
治疗组	66	34	32	35	31	60.6 ± 4.7	3.2 ± 1.8
对照组	66	30	36	32	34	61.2 ± 3.9	3.1 ± 2.0

二、治疗方法

对照组采用生理盐水 250 ml 加入胞二磷胆碱 0.75 g,三磷酸胞苷 100 mg, VitC 2.0 g, 静脉滴注,每日 1 次,15 次为 1 个疗程,连用 2 个疗程。20%甘露醇 125 ml,静脉滴注,每日 2 次,连用 5 ~ 7 d,脑水肿明显者可改用每日 3 ~ 4 次,可适当延长。脑梗死患者每日口服阿司匹林 1 次,每次 100 mg,也可用活血化瘀的中药治疗;脑出血患者以调控血压和颅内压,预防感染,防止应激性溃疡并出血,维持水电解质平衡。2 周急性期后,病情稳定者,可自行采用推拿、增加肌力康复训练、自我锻炼等治疗方法。

治疗组所有患者在对照组治疗方案的基础上增加早期康复训练(脑梗死患者发病 2 ~ 3 d 后,脑出血患者 3 ~ 5 d,且生命体征均稳定)。具体方法如下。

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2011.08.014

作者单位:271111 莱芜,山东省莱芜市矫形康复医院内科(赵先伟、栾卫红);山东省莱芜钢铁集团有限公司医院老年病科(杨士芝);山东省立医院神经内科(杜怡峰、宋振海)

1. 功能锻炼:主要采用 Bobath 技术训练方法进行功能锻炼,每日上、下午各 1 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程。主要方法包括:①床上训练——保持仰卧位、健侧卧位、患侧卧位抗痉挛体位,并定时更换体位;训练其肩关节及下肢控制能力,足保持功能位,训练患者的伸髋能力及加强膝关节的稳定性。②坐位平衡训练——抬高患侧肩胛带,使肱孟关节外展、外旋,当患者的躯干具有一定的控制能力后,可从各个方向推拉处于坐位的患者,以强化其平衡反应。③坐位到站位平衡训练——让患者采用 Bobath 式握手,双上肢前伸,头和躯干前倾,重心前移,抬高臀部,伸展髋、膝关节,逐步站立,站立平衡达到一定程度后,开始步行训练。④步行训练——随着患者下肢负重能力的提高,即可开始迈步训练,上下阶梯训练,训练中应注意对患侧肢体持重能力及膝关节屈肌、踝背肌的训练。

2. ADL 训练:包括更衣、进餐、如厕、入浴、刷牙、拧毛巾等。每日 2 次,每次 30 min,1 次接受正规训练,另 1 次由家属协助训练,共治疗 1 个月。

3. 针刺:主穴位有风池、内关、水沟、三阴交、极泉、尺泽、委中。上肢不遂者,加曲池、外关、肩髃、手三里、合谷;下肢不遂者,加太冲、足三里、环跳、阳陵泉、阴陵泉、风市;足内翻者,加丘墟、照海;言语蹇涩者加百会、哑门、廉泉、通里。每日 1 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程。

三、疗效评定

2 组患者均于治疗前 24 h 及治疗后 1 个月分别采用 HAMD 量表、NDS 和 BI 评定患者的抑郁状态、神经功能缺损程度和 ADL 能力。

四、统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件包进行统计分析,计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

结 果

治疗后,治疗组患者中有 8 例发生抑郁,轻度抑郁症 6 例,中度抑郁症 2 例,占 12.1%;对照组患者中有 22 例发生抑郁,轻度抑郁症 12 例,中度抑郁症 8 例,重度抑郁症 2 例,占 33.3%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。2 组脑卒中患者治疗前、后 HAMD、NDS 和 BI 评分情况见表 2。

表 2 2 组患者治疗前、后 HAMD、NDS 和 BI 评分情况比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	HAMD 评分	NDS 评分	BI 评分
治疗组	66			
治疗前		3.50 $\pm$ 2.30	18.04 $\pm$ 8.72	33.32 $\pm$ 12.06
治疗后		6.05 $\pm$ 3.78 ^{ab}	6.43 $\pm$ 3.42 ^{ab}	73.63 $\pm$ 20.33 ^{ab}
对照组	66			
治疗前		3.30 $\pm$ 2.00	18.26 $\pm$ 9.02	33.42 $\pm$ 11.31
治疗后		9.45 $\pm$ 5.05 ^a	8.61 $\pm$ 3.79 ^a	48.23 $\pm$ 16.22 ^a

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

讨 论

PSD 是脑血管病常见并发症之一,其发病原因及其机制尚不明确,可能与下列因素有关。①内源性因素:PSD 的发生与

额叶或左侧基底节损害相联系——认为去甲肾上腺素(Noradrenaline,NE)和 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine,5-HT)神经元的胞体位于脑干,其轴突通过丘脑及基底神经节广泛分布于额叶皮质,上述部位的脑组织损害,可影响这些区域 NE 和 5-HT 的神经通路,使 NE 和 5-HT 等神经递质合成减少,导致 PSD 发生。②外源性因素:患者会因疾病情绪低落,并因病情、社会、家庭等多方面因素的影响而产生一种心理障碍^[3]。

早期康复不仅可以显著改善患者的肢体功能,降低致残率,提高 ADL 能力^[4],同时还可减轻脑卒中后的抑郁程度或降低精神障碍的发生几率^[1]。功能锻炼中的 Bobath 技术主要基于神经系统可塑性及功能重组原理,而脑卒中所致的肢体运动障碍,是中枢神经系统所引起的损伤,中枢神经系统损伤后运动功能恢复是一种再学习或再训练的过程。功能锻炼重点强调患者的主观参与和认识的重要性,按照科学运动的学习方法,对患者进行教育和训练以恢复其运动功能^[5]。ADL 训练的同时应注重心理康复,对训练的要求及设定的目标应向患者解释清楚,使其明白只有通过反复认真地练习正常动作模式,才能逐渐完成日常生活中复杂的活动技能,这也符合神经系统可塑性及功能重组的原理。因此,ADL 能力的提高,肢体功能的恢复可减轻的患者思想负担,增强患者战胜疾病的信心,使患者在康复训练中更加积极主动,有利于心理障碍消除,缓解 PSD。另外,针刺可通过增加脑血流,改善微循环,增加肌肉收缩功能,使神经突触兴奋性以及局部脑血流量增加,从而增加神经递质的合成及利用^[6],阻断内源性因素,降低 PSD 发生的几率。

本研究结果显示,2 组患者的 HAMD、NDS 及 BI 评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,治疗组的 HAMD、NDS、BI 评分与对照组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$);同时治疗组 PSD 的发生率为 12.1%,对照组为 33.3%,2 组比较差异亦有统计学意义($P < 0.05$)。提示,治疗组通过对 PSD 发生的内源性因素及外源性因素进行早期康复干预,疗效更显著。

综上所述,早期康复干预脑卒中可减少 PSD 的发生,促进患者神经功能得恢复,提高 ADL 能力。

参 考 文 献

- [1] 赵先伟,唐新辉,高睿,等.早期康复治疗脑卒中后抑郁的临床研究.中华物理医学与康复杂志,2004,26:306-307.
- [2] 中华医学会全国第四届脑血管会议.各类脑血管病的诊断要点.中华神经科杂志,1996,29:379-380.
- [3] 王素祥,杨艳琴.早期心理干预对脑卒中后抑郁症的预防作用.中华物理医学与康复杂志,2008,30:265-266.
- [4] 王晓青,厉建田,朱其秀,等.早期康复治疗对脑卒中偏瘫患者上肢功能恢复的影响.中华物理医学与康复杂志,2009,31:339-341.
- [5] 于健君,胡永善,吴毅,等.社区康复干预对脑卒中患者日常生活能力的影响.中华物理医学与康复杂志,2008,30:260-264.
- [6] 林子玲,燕铁斌,郑正涛.神经肌肉电刺激对脑卒中患者上肢功能影响的随机研究.中华物理医学与康复杂志,2009,31:663-666.

(修回日期:2011-06-21)

(本文编辑:阮仕衡)