

· 临床研究 ·

脑卒中后抑郁的康复疗效分析

冯淑芝 张明义 戴志华

【摘要】 目的 探讨综合康复治疗对脑卒中后抑郁患者日常生活活动能力和抑郁心理的影响。方法 60 例脑卒中后抑郁患者随机分成康复组和对照组,每组 30 例,康复组采取常规药物治疗和综合康复治疗(运动疗法+心理治疗),对照组仅采用常规药物治疗。在患者入选时、病程 3~6 个月时分别进行 Barthel 指数和 HAMD 评定。结果 与对照组比较,康复组患者 Barthel 指数得分在疗程 3 月($P<0.001$)和 6 个月($P<0.01$)时显著提高,HAMD 得分在疗程 3 个月和 6 个月时则明显降低($P<0.05$)。结论 综合康复治疗能够有效改善脑卒中后抑郁患者的日常生活活动能力,减轻抑郁心理。

【关键词】 脑卒中; 抑郁症; 康复治疗

Effectiveness evaluation of rehabilitation for patients with post-stroke depression FENG Shu-zhi, ZHANG Ming-yi, DAI Zhi-hua. Ward of Cadre, General Hospital of Tianjin Medical University, Tianjin 300052, China

【Abstract】 Objective To analyze the therapeutic effect of rehabilitation intervention for patients with post-stroke depression. Methods Sixty patients with post-stroke depression were divided randomly into a rehabilitation group($n=30$) and a control group($n=30$). Those in the former group were intervened with comprehensive rehabilitation programs (mainly the exercise and psychotherapy), while those in the later group only the ordinary medical drugs. 3~6 months later, therapeutic effect was assessed according to the recorded Barthel index and the HAMD scores, and a comparison was carried out between the two groups. Results In comparison with the control group, the therapeutic effect was significantly better in the rehabilitation group, as shown by significant increase of Barthel index scores at 3 months ($P<0.001$) and 6 months ($P<0.01$), and a significant decrease of HAMD scores ($P<0.05$). Conclusion Patients with post-stroke depression can obviously benefited from comprehensive rehabilitation, as shown by the improved ADL abilities and lowered level of depression.

【Key words】 Post-stroke depression; Rehabilitation; Therapeutic effect

近年来,国内外学者逐渐认识到脑卒中患者可合并各种心理障碍,其中抑郁是脑卒中后最常见的情绪变化,其发病率可达 20%~50%^[1]。脑卒中后抑郁心理的防治对其预后极为重要。本文运用对脑卒中后抑郁患者心理康复和运动康复相结合的方法,探讨脑卒中后抑郁患者近、远期日常生活活动能力和抑郁心理的康复疗效。

对象与方法

一、对象

入组标准:符合第四届全国脑血管病学术会议所制定的诊断要点^[2],并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊的脑卒中患者;经用美国流行病学调查中心抑郁量表(Center of Epidemiological Survey Depression Scale, CES-D)检测^[3],得分 ≥ 16 分,诊断为脑卒中后抑郁。排除标准:脑卒中后病情严重或伴有意识障碍不能配合检查者;伴有明显失语、认知功能障碍患者;病程 2 个月以上的脑卒中患者;既往有脑卒中病史、精神障碍个人史

或家庭史者。

选取符合上述条件的脑卒中患者 60 例,随机分成康复组和对照组,每组 30 例,两组一般资料见表 1,经统计学检验无显著性差异。

二、治疗方法

康复组患者采用降压、改善脑循环及对症治疗等常规药物治疗和运动疗法、心理治疗等综合康复治疗,对照组患者仅采取常规药物治疗。

1. 运动疗法:包括早期在病床进行肢体功能位的正确摆放和各关节的被动运动。生命体征稳定后即协助患者进行桥式运动、主动翻身训练并逐渐进行起坐、坐位平衡及重心转移,由坐到站及站立位平衡训练、步态训练等。在训练过程中采用神经发育技术和运动再学习方法,并辅以针灸和日常生活活动训练。

2. 心理治疗:患者入选后立即开始进行心理疏导,具体措施包括①解释—告知患者具体病情和可能的预后;②支持和安慰—了解患者思想,找出心理冲突的问题点;③鼓励—列举其它患者的成功例子,帮助患者建立自信心,鼓励患者积极进行康复治疗;④集体治疗—组织躯体不适、年老体弱、身边无人照顾的患者互

相交流康复训练的体会,安排能使患者快乐或建立自信的活动;⑤建立良好的康复氛围,加强患者与家属的沟通,启发家属多些耐心和理解。

在患者住院期间,运动疗法每日 1 次,心理治疗每周 2~3 次,出院后安排患者定期门诊复诊或上门随访指导治疗。所有治疗措施均持续到病程满 6 个月时完成研究。

三、评定方法

所有患者在入选时、病程 3 个月和 6 个月时进行评定,每次评定患者的日常生活活动能力和抑郁心理。

日常生活活动能力采用 Barthel 指数进行评定;抑郁心理采用汉密尔顿抑郁量表(hamilton depression scale, HAMD)评定^[4]。所有评定均由同一医师完成。

四、统计学分析

应用 SPSS 10.0 统计软件包进行统计学分析,计量资料采用 t 检验,文中数据均以 $(\bar{x} \pm s)$ 表达。

结 果

两组患者在入选时、病程 3~6 个月时 Barthel 指数和 HAMD 得分情况见表 2。

表 1 康复组和对照组的一般资料

组 别	例数		年龄(岁)	病程(月)	脑卒中性质		偏瘫侧		婚姻状况	
	男	女			脑梗死	脑出血	左	右	已婚	未婚
康复组	18	12	67.21 ± 10.12	0.91 ± 0.16	20	10	16	14	30	0
对照组	16	14	66.38 ± 9.07	0.87 ± 0.12	22	8	17	13	30	0

表 2 两组患者在不同时间的 Barthel 指数和 HAMD 评定结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	Barthel 指数			HAMD 评定		
	入选时	病程 3 个月	病程 6 个月	入选时	病程 3 个月	病程 6 个月
康复组	59 ± 6.7	68 ± 2.9	70 ± 3.5	12.1 ± 3.4	8.9 ± 4.9	8.7 ± 5.1
对照组	58 ± 6.6	62 ± 3.3	65 ± 3.8	13.7 ± 3.8	15.2 ± 5.6	14.9 ± 8.1
t	0.87	7.22 ***	3.56 **	0.63	2.46 *	2.39 *

注: * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$; *** $P < 0.001$

讨 论

随着医学模式的改变,人们已认识到评估疾病的影响与治疗效果,不但应注意器官功能,还要注意患者心理、社会功能状况,这样才能得到较为全面的健康结论。脑卒中除了给患者带来躯体残疾外,也给患者心理、社会功能等带来不良影响。脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是脑卒中后的一种常见并发症,其诊断标准与普通抑郁症相同,到目前为止尚无特异性的检测量表,可通过 HAMD、Zung 抑郁量表或 CES-D 等量表进行检测^[5]。

PSD 的病因与发病机制尚不十分清楚,多数学者支持 PSD 是多种因素共同作用所致^[6,7]。一般认为,脑卒中使脑内某些特定部位遭破坏,引起去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(5-HT)等递质功能低下,使患者产生抑郁倾向或抑郁症;而躯体功能的丧失、社会或家庭地位的改变等因素则可能起着催化剂的作用,在原有的病理基础上,加速抑郁症的发生或使其程度加重^[6,7]。

有研究表明,PSD 严重程度与脑卒中预后密切相关,出现抑郁的脑卒中的患者要比没有抑郁的卒中患者死亡率高 3~4 倍^[8,9]。临床工作者在脑卒中患者的治疗中,通常多注重于肢体运动功能的恢复,而对抑郁等情绪障碍缺乏应有的重视和诊断处理技能。这就

要求临床工作者在今后的工作中应花费一定时间与患者进行详细的交谈和心理检查,以尽早发现患者的心理障碍并给予及时治疗。

由于处于抑郁状态的患者对康复治疗缺乏足够的主动性和积极性,影响康复疗效,故应在肢体康复治疗的同时对患者进行心理治疗。本研究即是对 PSD 患者进行运动疗法和心理治疗相结合的一个有益的尝试。结果显示,康复组与对照组患者在入院时 Barthel 指数和 HAMD 得分无显著性差异,而在病程 3 个月和 6 个月时,康复组日常生活能力和抑郁心理的改善均明显优于对照组。这表明,运动疗法和心理治疗相结合的康复治疗,可有效地改善具有抑郁的脑卒中患者的躯体、心理功能状况,而且运动疗法不仅有利于患者躯体功能恢复,还可提高 NE 和 5-HT 水平,改善患者抑郁程度,促进神经再生和非损伤脑区的功能代偿,降低 PSD 发生率。运动训练过程中患者的互相交流,也有利于患者重新建立人与人之间的联系,减少和改善导致 PSD 的原因,缩短 PSD 的病程^[10]。另外,据文献报道,24%~26% 的 PSD 发生于脑卒中急性期,而且疗效与病程有关,病程越长,疗效越差^[5]。因此,应尽早对 PSD 患者进行治疗。本研究中,康复组所有患者的治疗介入时间均在病程 2 个月内,疗效较好,这与文献报道一致^[11]。

脑卒中患者在发病初期,因立即痊愈的希望破灭,常表现为少言淡漠,缺乏主动性,在生活上过分依赖他

人,对治疗和训练持怀疑态度。因此在心理治疗时应注意以下几点:①从患者实际情况出发,采取一般性和特殊性相结合的方法,找准患者心理障碍的症结,对症治疗;②在治疗过程中,要为患者提出合理的自我调治方法;③医务人员必须注意自身形象和行为,避免在患者面前出现有害于患者心理健康的言行。

总之,对伴有抑郁的脑卒中患者应尽早给予积极综合康复治疗,而且应强调运动训练和心理治疗相结合,这将有利于缓解抑郁和促进神经功能缺损的恢复,并最终提高患者的生活质量。

参 考 文 献

- 1 Fruhwald S, Löffler H, Baumhackl U, et al. Depression after cerebrovascular injury: review and differentiation from other psychiatric complications. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 1999, 67: 155-162.
- 2 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. *中华神经科学杂志*, 1996, 29: 379-380.
- 3 张明园. 正常人群中的抑郁症状的调查和 CES-D 的应用. *中华神经精神科杂志*, 1987, 20: 67.
- 4 汪向东. 心理卫生评定量表手册, 增订刊. 北京: 中国心理卫生出版社, 1999: 127.
- 5 Wiart L. Post-cerebrovascular stroke depression (review). *Encephale*, 1997, 3: 51-54.
- 6 张通, 孟家眉, 项曼君. 脑卒中后抑郁症的前瞻性研究. *中华精神科杂志*, 1996, 26: 73-75.
- 7 张庆臣, 吴彩云, 徐培锡, 等. 脑血管意外后抑郁症状群与 CT 定位及躯体心理社会变量的相关研究. *中华精神科杂志*, 1992, 25: 203-205.
- 8 Loong CK, Kenneth NK, Paulin ST. Post-stroke depression; outcome following rehabilitation. *Aust N J Psychiatry*, 1995, 29: 609-614.
- 9 Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry*, 1993, 150: 124-129.
- 10 张智博, 谭红. 神经康复介入对脑卒中后抑郁发生率的影响. *现代康复*, 2001, 5: 34-35.
- 11 何小英. 脑卒中后抑郁治疗方法的探讨. *现代康复*, 2001, 5: 34-35.

(收稿日期: 2002-11-23)
(本文编辑: 文 焰)

· 短篇论著 ·

旋磁、等幅中频电及超短波治疗注射后硬结疗效分析

千怀兴 陈雄英 郑战伟

我们采用旋磁、等幅中频电、超短波等方法治疗注射后硬结 270 例, 现将疗效分析如下。

一、对象与方法

270 例(男 138 例, 女 132 例)患者的年龄分布为 6 个月 ~ 76 岁(平均 14.7 岁), 均为双臀肌注区疼痛、局部硬结来我科就诊。病程最短为 7 d, 最长为 31 d, 平均(11.3 ± 3.4)d。上述患者随机均分为旋磁治疗组、等幅中频电治疗组和超短波治疗组, 分别给予相应的治疗。旋磁治疗采用 ECF-Z 型磁疗机(石家庄产), 磁头直径 110 mm, 转速 2 800 r/min, 磁场强度 80 mT。治疗时, 磁头包裹 2 层纱布后紧贴硬结部位, 每天 1 次, 每次 20 min; 等幅中频电治疗仪为 YL-3 型治疗机(上海电子二厂), 输出频率 2 000 Hz, 电极分别并置于硬结处, 电流强度为耐受量, 每天 1 次, 每次 20 min; 超短波治疗采用 80 型超短波电疗机(上海医疗仪器厂), 频率 40.68 MHz, 输出功率 250 W, 电容电极, 间隙 15 mm, 微热量, 每天 1 次, 每次 15 min。

疗效评定标准: 痊愈—疼痛、硬结基本消失; 显效—疼痛消失、硬结软化并明显缩小; 好转—疼痛减轻、硬结软化; 无效—疼痛未减轻, 硬结无变化。

二、结果

治疗结果表明, 旋磁组痊愈及显效率与等幅中频电组相比差异无显著性($\chi^2 = 0.03, P > 0.05$); 超短波组治愈显效率与旋磁组、等幅中频电组相比有非常显著意义(χ^2 值分别为 8.68、8.44, P 值均 < 0.01 ; 表 1)。

将各组显效以上病例的平均治疗次数进行统计学分析, 差异无显著性($P > 0.05$)。

表 1 3 种治疗方法结果比较

治疗方法	例数	治疗结果			
		痊愈(%)	显效(%)	好转(%)	无效(%)
旋磁	90	30(33.33)	33(36.67)	21(23.33)	6(6.67)
等幅中频电	90	11(12.22)	51(56.67)	25(27.78)	3(3.33)
超短波	90	18(20.00)	21(23.33)	39(43.33)	12(13.33)

三、讨论

注射后硬结在臀部肌肉注射意外中占第 2 位^[1], 多由于药物吸收不好和肌纤维损伤后纤维化等原因所致^[2]。物理治疗的原则是镇痛、消炎、促进局部血液循环、促进药物吸收。本文所采用的 3 种理疗方法均具有镇痛、消炎及增加血液循环, 促进硬结软化吸收作用^[3,4], 治疗结果以旋磁、等幅中频电治愈率和显效率明显高于超短波组。而旋磁与等幅中频电治疗组之间治愈率及显效率基本相同, 说明旋磁、等幅中频电治疗臀部硬结是较超短波更为有效的治疗方法。旋磁在操作上较等幅中频电治疗简便, 更易于接受, 更适合年龄较小的患者的使用。

参 考 文 献

- 1 刘迎利, 孟庆友. 臀肌注射深度与硬结形成的临床分析. *实用护理杂志*, 1986, 2: 15.
- 2 杨绍蓉. 微粒与肌注后硬结. *中华护理杂志*, 1989, 24: 734.
- 3 毛容秋. 国内应用几种物理因子镇痛的概况. *中华理疗杂志*, 1994, 17: 103.
- 4 赵彼得, 主编. 临床电疗与光疗. 北京: 人民军医出版社, 1992, 76-77.

(收稿日期: 2002-11-10)

(本文编辑: 文焰 郭铁成)