

· 短篇论著 ·

早期康复训练联合心理干预治疗老年人脑卒中后抑郁的疗效观察

刘福迁 李贞兰 闫兆红 孔繁时 段好阳

脑卒中后抑郁 (post-stroke depression, PSD) 是脑卒中后常见的一种精神障碍性疾病, 我国发病率为 30%~50%^[1], 与国外发病率基本一致^[2]。王尊等^[3]认为, 年龄是脑卒中抑郁的主要因素之一, 老年人发病率为 60% 左右, 发生脑卒中后抑郁的风险高于其他年龄, 其症状主要表现为情绪低落、拒绝进食、不主动参与康复治疗、肢体疼痛、自理能力明显下降等, 少数严重者具有自杀倾向。目前, 药物疗法是治疗老年人脑卒中后抑郁的主要手段, 但长期使用会产生明显不良反应, 存在增加心血管疾病的风险和加重抑郁的可能性^[4]。本研究在常规药物治疗的基础上采用早期康复训练联合心理干预治疗老年人脑卒中后抑郁, 取得了较好的疗效, 现报道如下。

一、资料与方法

(一) 临床资料与分组

入选标准: ①符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[5], 并经头颅 CT 或/和 MRI 检查证实; ②年龄 ≥ 60 岁, 为首次发病; ③符合国际疾病分类法第 10 版 (ICD-10) 中抑郁症的诊断标准^[6]; ④病情稳定、意识清楚, 能理解并配合治疗者; ⑤愿意签署知情同意书者。

排除标准: ①脑卒中患病前曾诊断为抑郁症; ②病情加重或复发脑卒中; ③心、肺、肝、肾功能不全和恶性高血压等其它限制活动的合并症; ④存在严重认知及交流障碍无法配合者; ⑤存在脑肿瘤等其他脑器质性疾病及既往精神异常者; ⑥无明确的心理治疗合作意向或拒绝心理治疗者; ⑦语言交流受限制 (构音障碍、失语和可疑失语者); ⑧因其他原因不能继续住院治疗者。

选取 2012 年 4 月至 2014 年 12 月吉林大学第一医院康复中心收治且符合上述标准的老年人脑卒中后抑郁患者 96 例, 按随机数字表法分为常规药物组、康复训练组、心理干预组和联合干预组, 每组 24 例。4 组患者的性别、年龄、脑卒中类型及发病时间等一般临床资料经统计学分析比较, 组间差异均无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性, 详见表 1。

表 1 4 组患者的一般临床情况

组别	例数	性别 (例)		平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	脑卒中类型 (例)		发病时间 (d, $\bar{x}\pm s$)
		男	女		脑出血	脑梗死	
常规药物组	24	8	16	75.25±8.41	15	9	4.10±1.61
康复训练组	24	10	14	73.81±8.16	14	10	4.23±1.81
心理干预组	24	6	18	72.46±7.46	15	9	4.16±2.05
联合干预组	24	7	17	72.64±8.11	15	9	4.19±1.63

(二) 治疗方法

1. 常规药物治疗组: 患者进行常规药物治疗, 给予神经阻滞剂与三环类抗抑郁剂的复方制剂氟哌噻吨美利曲辛片 (商品名

黛力新, 丹麦灵北制药有限公司, 批号: 进 20130126) 早晨口服, 1 片/次 (每片含氟哌噻吨 0.5 mg 和美利曲辛 10.0 mg), 1 次/日, 连续治疗 4 周。

2. 早期康复训练组: 在常规药物治疗基础上, 给予早期康复训练, 在生命特征平稳、神经功能缺损不再发展 48 h 后即开始, 康复内容主要包括良肢位摆放、关节的被动或主动运动、肌力训练、针灸、按摩、平衡功能训练、协调性训练及物理因子等, 每次康复训练治疗 90 min, 2 次/日, 6 日/周, 共康复训练 4 周。

3. 心理干预治疗组: 在常规药物治疗基础上, 给予心理干预, 干预内容包括健康知识教育 (脑卒中及抑郁症相关知识的学习、预防策略及应对方式)、专业心理疏导和行为认知治疗。①指导家属关心、体贴、安慰患者, 提高患者独立生活能力; ②听音乐、看电视、下棋等文体疗法; ③每次治疗前进行心理评定, 及时发现抑郁行为诱发和改善因素; ④了解患者的潜在能力, 制订相应康复目标和方案; ⑤进行专业行为认知治疗, 减轻其情绪障碍和无效行为; ⑥适当降低患者的期望值, 使其认识身体恢复的切实可能性, 稳定情绪配合康复训练; ⑦对有自杀倾向的患者采取支持疗法、合理情绪疗法和认知疗法, 使其有效地适应和面对困难, 渡过危机。每次心理干预治疗 1 h, 隔日 1 次, 3 次/周, 共治疗 4 周。

4. 联合治疗组: 在常规药物治疗的基础上进行早期康复训练同时给予心理干预治疗, 治疗方案同上。

(三) 评定标准

分别于治疗前和治疗 4 周后 (治疗后), 采用汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton depression rating scale, HAMD) 评定各组患者的抑郁程度^[7], 分值越高表示抑郁程度越严重; 采用改良 Barthel 指数 (modified Barthel index, MBI) 评定各组患者的日常生活活动能力 (activities of daily living, ADL)^[8], 满分为 100 分, 分值越高表示患者 ADL 能力越好。

(四) 统计学方法

使用 SPSS 19.0 版统计软件对数据进行统计学分析处理, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料以 ($\bar{x}\pm s$) 表示, 多组间的均数比较采用析因设计的方差分析, 两组间比较采用 LSD 法, 组内治疗前后比较采用配对 t 检验, $P<0.05$ 认为差异有统计学意义。

二、结果

(一) 各组患者治疗前后 HAMD 评分比较

治疗前, 各组患者的 HAMD 评分组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 各组患者的 HAMD 评分较组内治疗前明显减低, 且差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后, 联合干预组的 HAMD 评分最低, 与其余各组治疗后比较, 差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。详见表 2。

(二) 各组患者治疗前后 MBI 评分比较

治疗前, 各组患者的 MBI 评分组间差异无统计学意义 ($P>0.05$); 治疗后, 各组患者的 MBI 评分较组内治疗前显著增高, 且差异有统计学意义 ($P<0.05$); 治疗后, 联合干预组的 MBI 评

分最高,与其余各组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

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

组别	例数	治疗前	治疗后
常规药物组	24	18.29±4.48	10.41±3.21 ^{ab}
康复训练组	24	17.63±3.09	9.72±3.01 ^{ab}
心理干预组	24	18.83±4.56	9.71±2.90 ^{ab}
联合干预组	24	18.43±4.84	9.03±2.72 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合干预组治疗后比较,^b $P < 0.05$

表 3 各组患者治疗前、后 MBI 指数比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
常规药物组	24	44.27±11.91	59.34±13.69 ^{ab}
康复训练组	24	41.53±13.26	61.25±11.38 ^{ab}
心理干预组	24	43.91±12.89	63.41±10.14 ^{ab}
联合干预组	24	41.62±10.72	67.56±9.08 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与联合干预组治疗后比较,^b $P < 0.05$

三、讨论

抑郁症是老年人脑卒中后常见的并发症之一,多发生在脑卒中后 1 年以内^[9],严重影响着患者的康复进程和生质量^[10]。其主要原因是由于老年患者对疾病缺乏正确的认识,认为自己会永久丧失自理能力,担心成为家庭及儿女的负担;另一原因是由于缺少家庭及社会支持缺乏安全感,从一个熟悉的环境进入到一个陌生的环境而情绪低落^[11]。本研究发现,老年女性的发病率显著高于男性,与 Broomfield 等^[12]的统计结果一致,这可能与女性情感丰富,情绪多变有关,也与其传统的家庭角色、较少参加社交活动相关。

有研究表明^[13],早期康复训练根据患者的具体病情制定个体化治疗方案,充分调动患者治疗的积极性,达到每次训练的最佳效果,逐步实现康复目标(阶段目标与最终目标)。定期向患者提供心理干预,使患者及其家属了解脑卒中及脑卒中后抑郁等方面的相关知识,鼓励家属多给予患者安慰、关怀,减轻患者心理负担及生活顾虑;根据患者的兴趣爱好提供相应的娱乐活动,舒缓患者的心理压力,将有助于治疗脑卒中后抑郁,提高患者的康复效果和生存质量^[14]。

本研究对老年人脑卒中后抑郁患者采用早期康复训练与心理干预治疗相结合的方法治疗是一种有益尝试,利用 HAMD 和 MBI 评分指标评估治疗效果。结果显示,4 组患者在入院时 HAMD 和 MBI 评分差异无统计学意义,而治疗 4 周后,联合治疗组的 HAMD 和 MBI 评分显著优于其余三组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。说明早期康复训练有利于改善患者的抑郁状态。其作用机制可能与加强肢体等功能训练,可增强患者战胜疾病的信心和提高患者 ADL 能力相关;心理干预可以帮助患者积极寻求一切可能的家庭和社会支持,使其获得积极乐观的心态和安全感,学会控制情绪和改善脑功能^[15];而联合治疗是把机体训练康复治疗与心理治疗相结合,既能通过早期康复训练,促进躯体功能的康复,间接改善患者脑卒中后的抑郁状态,又能通过心理干预治疗直接改善患者脑卒中后的抑郁情绪,提高康复训练的积极性,从而形成良性循环,提高 ADL 能力,最终

回归社会^[16-17]。

综上所述,在常规药物治疗的基础上,采用早期康复训练联合心理干预治疗老年人脑卒中后抑郁的疗效显著,有利于提高患者的康复效果和生活质量。该方法简单易行,比较容易被临床医生和治疗师掌握,适宜在康复治疗中推广应用。

参 考 文 献

- [1] 徐平,肖波,郭桂香.早期康复治疗对脑卒中后抑郁的疗效观察[J].卒中与神经疾病,2013,20(2):109-111. DOI:10.3969/j.issn.1007-0478.2013.02.013.
- [2] Schmid AA, Kroenke K, Hendrie HC, et al. Poststroke depression and treatment effects on functional outcomes[J]. Neurology, 2011, 76(11):1000-1005. DOI:10.1212/WNL.0b013e318210435e.
- [3] 王尊,陆晓,王彤.脑卒中后胰岛素抵抗与有氧训练研究进展[J].中国康复医学杂志,2009,24(5):467-469.
- [4] Carod-Artal, Javier F. Poststroke depression; can prediction help prevention[J]. Future Neurol, 2010, 5:569-580. DOI:10.2217/fnl.10.27.
- [5] 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[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [6] 范肖冬. ICD-10 精神与行为障碍分类[M].北京:人民卫生出版社,1993:70-79.
- [7] 姚传芳.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科学技术出版社,1998:557-558.
- [8] 南登崑.康复医学[M].北京:人民卫生出版社,2003:42-43.
- [9] Ellis C, Zhao Y, Egede LE. Depression and increased risk of death in adults with stroke[J]. J Psychosom Res, 2010, 68(6):545-551. DOI:10.1016/j.jpsychores.2009.11.006.
- [10] Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CD, et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis[J]. Br J Psychiatry, 2013, 202(1):14-21. DOI:10.1192/bjp.bp.111.107664.
- [11] Lewin A, Jöbges M, Werheid K. The influence of self-efficacy, pre-stroke depression and perceived social support on self-reported depressive symptoms during stroke rehabilitation[J]. Neuropsychol Rehabil, 2013, 23(4):546-562. DOI:10.1080/09602011.2013.794742.
- [12] Broomfield NM, Quinn TJ, Abdul-Rahim AH, et al. Depression and anxiety symptoms post-stroke/TIA: Prevalence and associations in cross-sectional data from a regional stroke registry[J]. BMC Neurol, 2014, 14:198. DOI:10.1186/s12883-014-0198-8.
- [13] 朱玉莲,吴毅,郭丽萍,等.健康教育结合康复训练对原发性帕金森病患者运动功能和平衡功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(8):609-611. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2010.08.013.
- [14] Teoh V, Smis J, Milgrom J. Psychosocial predictors of quality of life in a sample of community-dwelling stroke survivors: a longitudinal study[J]. Top Stroke Rehabil, 2009, 16(2):157-166. DOI:10.1310/tsr1602-157.
- [15] Campbell P, Wynne-Jones G, Dunn KM. The influence of informal social support on risk and prognosis in spinal pain: a systematic review[J]. Eur J Pain, 2011, 15(5):444. DOI:10.1016/j.ejpain.2010.09.011.
- [16] 夏颖华,苏薇薇,齐颖.心理康复对老年脑卒中后抑郁患者免疫功能的影响[J].中华老年医学杂志,2010,33(10):1056-1059. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-9026.2014.10.005.
- [17] 李新辉,周立春,许兰萍,等.卒中后抑郁诊断及治疗的进展[J].中华老年多器官疾病,2010,9(5):395-401. DOI:10.3969/j.issn.1671-5403.2010.05.003.

(修回日期:2016-06-18)

(本文编辑:汪 玲)