

位、骨折类型、手术方式及固定方式制定不同的运动处方,从而达到及早训练和及早预防的目的。

参 考 文 献

- 1 缪鸿石,主编. 康复医学理论与实践(上册). 上海:上海科学技术出版社,2000. 294-295,306.
- 2 倪国新. 制动对骨骼肌的影响. 中华物理医学与康复杂志,2000,22: 125-126.
- 3 Hather BM, Adams GR, Tesch PA, et al. Skeletal muscle responses to lower limb suspension in humans. J Appl Physiol, 1992, 72: 1493-1498.
- 4 McKoy BE, Hartsock LA. Physical impairment and functional outcome in patients having lower extremity fractures after age 65. J South Orthop Assoc, 2000, 9: 161-168.
- 5 Kuptniratsaikul V, Tosayanonda O, Nilganuwong S, et al. The efficacy of a muscle exercise program to improve functional performance of the knee in patients with osteoarthritis. J Med Assoc Thai, 2002, 85: 33-40.
- 6 Henriksson M, Rockborn P, Good L. Range of motion training in brace vs. plaster immobilization after anterior cruciate ligament reconstruction: a prospective randomized comparison with a 2-year follow-up. Scand J Med Sci Sports, 2002, 12: 73-80.
- 7 Milner SA, Davis TR, Muir KR, et al. Long-term outcome after tibial shaft fracture: is malunion important? J Bone Joint Surg Am, 2002, 84: 971-980.
- 8 Fransen M, McConnell S, Bell M. Therapeutic exercise for people with osteoarthritis of the hip or knee. A systematic review. J Rheumatol, 2002, 29: 1737-1745.

(修回日期:2004-02-05)

(本文编辑:吴 倩)

早期康复治疗脑卒中后抑郁的临床研究

赵先伟 唐新辉 高睿馨 赵萍 元伟 杜怡峰

我院自 1996 年~2002 年对 61 例脑卒中后抑郁(post stroke depression, PSD)患者进行对症治疗观察,以探讨 PSD 与脑卒中的关系以及早期康复对 PSD 疗效。报道如下。

资料与方法

一、一般资料

61 例 PSD 患者,男 43 例,女 18 例;年龄 48~70 岁,平均 60.8 岁;既往病史:高血压病 26 例,冠心病 11 例,糖尿病 25 例(其中合并冠心病、高血压各 5 例),无明显病史 9 例;本组患者中脑出血 29 例,脑梗死 32 例,均经过头颅 CT 确诊,符合第四届全国脑血管病会议制定的诊断标准^[1]。根据脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准^[2],其中轻型 38 例,中型 15 例,重型 8 例。本组患者发病前均无抑郁或精神障碍性疾病。

随机将 61 例 PSD 患者分为两组,对照组 30 例,治疗组 31 例,两组患者的性别、年龄及脑卒中类型等差异均无显著性意义($P>0.05$)(表 1)。

表 1 两组患者一般资料(例)

组别	例数	性别		年龄(岁)	脑出血	脑梗死
		男	女			
治疗组	31	21	10	60.1±4.3	15	16
对照组	30	22	8	61.0±3.5	14	16

二、治疗方法

(一)对照组

1. 神经保护剂采用生理盐水 250 ml 加胞二磷胆碱 0.75 g、三磷酸胞苷 100 mg、维生素 C 2.0 g、维生素 B₆ 0.2 g,静脉滴注,每日 1 次,15 次为 1 个疗程,连用 2 个疗程。

2. 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,可适当延长时间。

3. 根据脑卒中类型进行相应治疗,并做好各项对症处理,支持营养,同时配合心理治疗。根据 Hamilton 抑郁量表(Hamilton Rating Scale for Depression, HAMD)≥17 分,抑郁症状明显者加用百忧解 20 mg,静脉滴注,每日 1 次,持续使用 5~7 d。

(二)治疗组

所有患者在药物治疗的同时进行早期康复训练(药物治疗方法同对照组)。脑梗死患者发病 2~3 d 后,脑出血患者 3~5 d 且生命体征稳定后,进行康复训练,病情严重的患者如大面积脑梗死,脑出血量>50 ml 或脑干出血,一般在生命体征稳定后 2 周开始康复训练。康复训练包括肢体功能锻炼、针灸、推拿、按摩。

1. 功能锻炼:主要采用 Bobath 技术训练方法,每日上、下午各 1 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程,锻炼 1 个疗程。主要方法如下:①卧位——保持仰卧位,健侧卧位,患侧卧位的抗痉挛体位,并定时更换体位;被动活动各关节;主动翻身移动;搭桥运动训练;躯干活动训练;独立完成由卧位至坐位转换。②坐位——爬行位或跪位训练;坐位平衡 3 级训练;独立完成坐位至站位的转换。③站位——站位平衡训练;患侧下肢负重训练;反复练习伸髋下的屈膝,踝背屈。④步行训练——站位相对训练在患腿的负重下,健腿作向前向后的小幅度迈步,摆动相对在并提髋对屈膝迈步,踝背屈,足跟着地。

2. 针灸:穴位有风池、治瘫、曲池、外关、合关、风市、足三里、太冲、百会等,每日 1 次,每次 30 min,15 次为 1 个疗程,连用 2 个疗程。

3. 按摩:下肢取穴——天宗、肝俞、胆俞、肾俞、阳陵泉、风市、伏兔等;上肢——尺泽、曲池、手三里、合谷等,每日 2 次,每次 30 min,30 d 为 1 个疗程,治疗 1 个疗程。

4. 心理治疗:根据病情及疾病不同阶段进行相应的心理治

作者单位:271111 莱芜,山东省莱芜市矫形康复医院内科(赵先伟、赵萍、元伟);德州市中医院(唐新辉);山东省立医院(高睿馨、杜怡峰)

疗,视病情而定,制定 1 个有计划、有步骤的合理方案。

三、疗效评定

所有患者均于治疗前和疗程结束后进行神经功能缺损评分和 Hamilton 评分。

疗效评定标准^[3]:基本治愈——Hamilton 评分为 <5 分;功能缺损评分减少 90% ~ 100%,病残程度 0 级;显著进步——Hamilton 评分为 <10 分,功能缺损评分减少 46% ~ 89%,病残程度 1 ~ 3 级;进步——Hamilton 评分为 <15 分,功能缺损评分减少 18% ~ 45%;无效——Hamilton 评分为 ≥20 分,功能缺损评分减少 18% 以下。

四、统计学分析

计量资料采用 *t* 检验,计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异具有显著性意义。

结 果

两组 PSD 患者治疗前、后神经功能缺损评分和 Hamilton 评分情况见表 2。

表 3 可见,治疗组的治愈率和总有效率均优于对照组,且差异有显著性意义。

表 2 两组患者治疗前、后神经功能缺损评分与 Hamilton 评分的比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组 别	神经功能缺损评分	Hamilton 评分
治疗组($n=31$)		
治疗前	$29.3 \pm 2.8^{\Delta}$	$30.1 \pm 8.6^{\Delta}$
治疗后	$15.3 \pm 3.1^{*}$	$8.8 \pm 5.2^{**}$
对照组($n=30$)		
治疗前	28.2 ± 3.2	29.8 ± 8.4
治疗后	20.1 ± 3.3	26.3 ± 4.5

注:与对照组相应数据比较, $\Delta P > 0.05$;与对照组相应数据比较, $^{*} P < 0.05$, $^{**} P < 0.01$

表 3 两组患者疗效比较(例)

组 别	<i>n</i>	基本治愈	显著治愈	进步	无效	总有效率(%)
治疗组	31	21 [*]	5	3	2	93.5 ^{**}
对照组	30	11	7	4	8	73.3

注:与对照组比较, $\chi^2 = 6.00$, $^{*} P < 0.05$;与对照组比较, $\chi^2 = 4.802$, $^{**} P < 0.05$

讨 论

PSD 是脑血管病常见并发症之一,其发病机制尚不明确,可能与下列因素有关:①PSD 的发生与颞叶或左侧基底节损害相关联系——认为去甲肾上腺素(NE)和 5-羟色胺(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内 NE 和 5-HT 的神经通路,使 NE、5-HT 等神经递质合成减少所致。②心理因素——患者因患病后对疾病认识不足以及对偏瘫后果恐惧导致精神压力过大,而产生抑郁。还可能由于患者在治疗过程中,当花费大量人力、物力,病情无明显改善时,患者可能心灰意冷,产生悲观情绪导致抑郁。③社会环境因素——患者患病后社会及家庭地位改变,家人照顾不周或与人交流减少,使患者产生孤

独、自卑情绪,久之也可导致抑郁。此外,Zeitlin 认为卒中后抑郁障碍也可以因为大脑半球联络缺陷或伴胼胝体非大脑优势半球损害所致,还可由于躯体受到残废的挫折或疾病的严重程度而产生的一种障碍^[4]。

早期康复不仅可明显改善患者肢体功能,降低致残率,提高日常生活能力^[5],同时还明显减少卒中后精神障碍的发生及减轻其程度^[6]。本研究结果发现,早期康复治疗组 Hamilton 评分为 (8.75 ± 5.16) 分,较对照组的 (26.32 ± 4.5) 分差异有显著性意义($P < 0.01$);而治疗组神经功能评分为 (15.3 ± 3.1) 分,较对照组的 (20.1 ± 3.3) 分明显降低($P < 0.05$)。这主要是因为早期康复训练能针对患者的可能发病因素,有计划、有目的且充满爱心的对待患者进行功能锻炼,根据患者不同病情阶段及患者的要求采取针灸、推拿、按摩等方法,尽早让肢体被动活动和主动运动,充分调动患者的主动性和家庭、社会的积极性,并逐步增加功能锻炼,增加战胜疾病的信念,有利于肢体功能的恢复。由于患者肢体功能的康复,患者心情舒畅,心理障碍消除,也有利于 PSD 的恢复。心理治疗可以提高患者对疾病的认识,适应病后的环境,提高战胜疾病的信心,由于心理负担的解除,有利于 PSD 治疗,也有利于肢体功能的康复。PSD 继发于脑卒中,它可随原发病的好转而好转,脑卒中患者肢体功能的康复又增加对疾病康复的信心,从而也促进了 PSD 的恢复。

PSD 目前治疗侧重选用抗抑郁药^[7]。在既往文献中,孟庆卫等^[8]用米安舍林治疗卒中后抑郁有效率 84.37%,苏占清等^[9]采用中西医结合根据辨证采用中药治疗有效率 78.85%,丁关庆^[10]应用百忧解治疗有效率 88.9%。我们采用早期康复训练治疗 31 例 PSD 患者治愈率和有效率为 67.7% 和 93.5%,与对照组有显著差异($P < 0.05$)。早期康复对 PSD 疗效显著,同时促进脑卒中患者肢体功能的康复。

参 考 文 献

- 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管病的诊断要点. 中华神经外科杂志, 1996, 29: 379.
- 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准. 中华神经科杂志, 1996, 29: 381.
- 杨期东, 主编. 神经病学. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 108-109.
- 刘定华, 王东升, 郭沈昌, 等. 脑卒中后述情障碍分析. 中国实用内科杂志, 1994, 14: 283.
- 沈曙晶, 张帮械, 陈发全. 脑梗死患者早期康复治疗观察. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24: 528.
- 刘麦仙, 卢红, 刘喜梅, 等. 体外反搏结合早期康复治疗脑梗死偏瘫的疗效观察. 中华物理医学与康复, 2003, 25: 160-161.
- 刘永珍. 卒中后抑郁状态对个体的影响. 中国实用内科杂志, 2001, 21: 701-703.
- 孟庆卫, 孙延强, 陈秀芳, 等. 米安舍林与阿米替林对照治疗脑卒中后抑郁. 中国神经精神疾病杂志, 1996, 22: 37-38.
- 苏占清, 朱运斋, 康冰, 等. 中西医结合治疗脑卒中后抑郁障碍 52 例临床分析. 中国康复理论与实践, 2002, 8: 432-433.
- 丁关庆. 脑卒中患者伴发抑郁症 112 例研究. 中国实用内科杂志, 1997, 17: 663-664.

(收稿日期: 2003-11-10)

(本文编辑: 阮仕衡)