

脑卒中后抑郁及相关因素研究*

李 曦¹ 王 萍¹ 何新红¹ 杨晋生²

摘要 目的:研究脑卒中后抑郁(PSD)的发生率和相关因素。**方法:**对175例脑卒中患者采用汉密尔顿抑郁量表、日常生活能力评定量表、中国卒中量表和社会支持量表进行调查。**结果:**脑卒中后抑郁的发生率为38.9%,左侧半球病变患者PSD发生率明显高于右侧病变患者;PSD组各量表评分与非PSD组比较差异具有显著性意义。**结论:**脑卒中后抑郁的发生是多因素作用的结果,符合生物-心理-社会模式。

关键词 卒中后抑郁;发生率;相关因素

中图分类号:R743.3,R493,R749.4 文献标识码:B 文章编号:1001-1242(2005)-02-0175-02

脑卒中作为临床最常见的心身疾病之一,卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是其常见并发症之一,它不仅在很大程度上阻碍了脑卒中患者神经功能和认知功能的康复,并且增加了脑卒中患者的死亡率^[1-2]。因此早期诊断和积极干预治疗不仅能提高脑卒中患者的生存质量,而且对于降低死亡率和致残率有重要意义。本文对68例脑卒中后抑郁障碍患者进行了分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2001年5月—2003年5月在本院神经内科住院和门诊就诊、经临床和CT确诊脑卒中患者175例,男101例,女74例;年龄45—76岁,平均59.8±11.39岁;病程>2周,无意识障碍和失语,检查合作,无阳性精神障碍个人史和家族史,均为右利手。其中68例有明显抑郁症状,符合CCMD-3脑器质性抑郁障碍诊断标准^[3]。PSD患者中,CT显示出血灶26个(左侧15个,右侧11个),梗死灶47个(左侧20个,右侧27个)。

1.2 研究方法

抑郁症的评定采用Hamilton抑郁量表(HAMD)17项版进行评定,总分<7分为正常,7—17分为轻度,18—24为中度,>24分为重度。采用中国卒中量表(Chinese stroke scale, CSS)评定神经功能缺损程度,用Barthel指数评定日常生活能力,并采用社会支持量表评价患者在社会中所获得的支持。

1.3 统计学分析

运用SPSS 11.5统计软件对数据进行 χ^2 检验及t检验。

2 结果

2.1 脑卒中后抑郁的发病率

175例脑卒中患者有68例HAMD≥7分,发生率为38.9%(68/175),其中轻度36.8%(25/68),中度52.9%(36/68),重度抑郁10.3%(7/68)。脑出血PSD发生率为41.3%(26/63),脑梗死为37.5%(42/112),二者之间差异无显著性意义($P>0.05$)。

2.2 抑郁与病灶部位的关系

77例左侧半球病变的患者中有抑郁症状者37例,98例右侧半球病变患者有抑郁症状者31例,PSD发生率分别为48.1%、31.6%。左侧半球病变患者PSD发生率明显高于右侧病变患者($P<0.05$)。

2.3 抑郁与日常生活能力、神经功能缺损的关系

PSD组与非PSD组相比,日常生活能力及神经功能缺损量表分值比较差异有非常显著性意义($P<0.01$),见表1。

2.4 PSD与非PSD组社会支持量表评分比较

PSD组在客观支持、主观支持和对支持的利得方面均低于非PSD组,差异具有显著性意义($P<0.01$),见表2。

表1 PSD与日常生活能力及神经功能缺损的关系

功能测定	PSD患者 (n=68)	非PSD患者 (n=107)	t	P
ADL评分	58.64±6.4	80.41±11.8	4.37	<0.01
神经功能缺损评分	20.98±3.9	12.57±4.0	6.22	<0.01

表2 PSD患者与非PSD患者社会支持量表评分比较

项目	PSD患者 (n=68)	非PSD患者 (n=107)	t	P
客观支持分	6.05±2.37	9.64±3.42	3.15	<0.01
主观支持分	13.16±4.25	18.69±5.98	2.99	<0.01
对支持的利用度	5.53±1.95	7.80±2.06	3.40	<0.01

3 讨论

卒中后抑郁是脑血管疾病常见的并发症之一,有研究结果表明:卒中后患者普遍存在神经心理学症状,其中高达61%的患者可出现抑郁症状^[4]。但其发病机制目前尚不清楚,主要有两种学说:一为原发性内源机制学说,即PSD的发生与大脑损害后引起去甲肾上腺素和5-羟色胺能神经元之间的平衡失调有关。病损部位累及去甲肾上腺素和5-羟色胺能神经元及其传导通路,致使去甲肾上腺素和5-羟色胺神经递质下降而致抑郁。有学者利用正电子发射断层成像(positron emission computer tomography,PET)对脑卒中的脑代谢进行研究,结果显示脑卒中后抑郁患者脑内去甲肾上腺素和5-羟色胺神经递质下降^[5],支持本学说。二是反应性机制学说,即家庭、社会、生理等多种影响因素导致脑卒中后的生理及心理平衡失调而致反应性抑郁状态。现在较多的研究认为:PSD的发生是生物、心理、社会等多因素作用的结果。急性期可能生物学机制起较大的作用,而慢性期可能以反应性抑郁为主。

* 基金项目:河南省教育厅资助项目(2001162)

1 新乡医学院第二附属医院,新乡,453002

2 华中科技大学附属同济医院神经外科

作者简介:李曦,女,主治医师

收稿日期:2005-06-21

^[5]。本文结果显示 PSD 发生率为 38.9%, 介于文献报道之间。其中多为轻、中度(89.7%)。且左侧半球病变患者 PSD 发生率明显高于右侧半球患者($P<0.01$), 可能与损伤优势半球有关。就病变性质而言, 出血性卒中与缺血性卒中 PSD 发生率差异无显著性意义, 其原因可能为: 无论出血性还是缺血性卒中, 其结果都造成了一定脑组织的损伤, 均给患者造成躯体残疾、个人能力障碍及社会参与能力下降, 对患者的心理影响也是一致的。

本研究发现日常生活能力差、神经功能缺损程度高的患者, 其 PSD 发生率明显升高。日常生活能力的减弱和丧失是脑卒后的严重并发症, 也是影响患者在家庭中的地位和社会交往的重要因素。脑卒中后患者意识到可能长期丧失工作能力, 生活不能自理而对前途丧失信心。有人认为, 脑卒中后躯体功能障碍, 在原有的病理基础上起催化剂作用, 加速了 PSD 的发生或使其程度加重, 而抑郁又将阻碍躯体功能的恢复^[6]。沈抒等^[7]的研究亦表明躯体功能障碍是产生抑郁的最主要的因素, 同时发现与下肢能力的相关性更高, 这可能是因为患者下肢能力与其生活自理能力的关系更为密切的缘故。另外, PSD 患者客观支持、主观支持和对支持的利用度均下降, 社会支持系统全面受损, 说明 PSD 患者不仅总的社会支持缺乏, 并且他们能动地利用已有的社会支持的水平较低, 提示今后在给 PSD 患者提供更多社会支持的同时, 还更应注重他们充分利用社会支持的技能训练。此外, 家庭是主要社会支持系统, 家庭可提供许多支持和帮助, 承担着照顾者的责

任, 因此对抑郁症患者和家属的教育及干预是非常必要的。

抑郁症的出现不仅可以影响患者的神经功能缺损和认知功能损伤的恢复, 而且还增加脑血管疾病的死亡率^[7]。因此在临床诊治中应引起重视, 以便早期诊断、治疗, 及时改善和消除情感障碍, 更有利于神经功能康复, 提高生存质量^[8]。

参考文献

- [1] 刘永珍, 龙洁. 卒中后抑郁的流行病学研究现状[J]. 国外医学·脑血管疾病分册, 2000, 8:340—341.
- [2] Barba R, Martinez-Espinosa S, Rodriguez-Garcia E, et al. Post stroke dementia: clinical features and risk factors [J]. Stroke, 2000, 31:1491—1501.
- [3] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类及诊断标准[M]. 第 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001. 87—88.
- [4] Angelelli P, Paolucci S, Bivona U, et al. Development of neuropsychiatric symptoms in poststroke patients: a cross-sectional study[J]. Acta Psychiatr Scand, 2004, 110(1):55—63.
- [5] Mayberg HS, Robinson RG, Wong DF, et al. PET imaging of cortical S2 serotonin receptors after stroke: lateralized changes and relationship to depression [J]. Am J Psychiatry, 1988, 145(8): 937—943.
- [6] Robinson RG, Bolla-Wilson K, Kaplan E, et al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients[J]. Br J Psychiatry, 1986, 148(5):541—547.
- [7] 沈抒, 谢欲晓, 孙启良. 脑卒中恢复期抑郁症状及影响因素的研究[J]. 中国康复医学杂志, 1996, 11(6):248—250.
- [8] Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality [J]. Am J Psychiatry, 1993, 150(1):124—129.
- [9] 杨杰华, 冼晓琪, 张盘德, 等. 焦虑-抑郁症对脑卒中患者功能康复的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2003, 18(8):489—491.

· 心理康复 ·

心理护理对老年人脑卒中后抑郁影响的临床研究

高京华¹ 张亚侠¹ 赵素萍¹

摘要 目的:探讨老年人脑卒中后抑郁症的护理措施, 为实施护理措施提供依据。**方法:**对入选的 58 例老年脑卒中后抑郁症患者随机分为两组, 实验组($n=32$)和对照组($n=26$)。实验组实施系统化心理护理, 在药物治疗的同时, 通过心理护理、健康教育、功能训练、调动家庭、社会系统的支持力量以及常规的用药指导, 对照组仅给予常规护理。用抑郁量表测评, 4 周前后症状进行比较。**结果:**实验组患者忧郁情绪、睡眠障碍、焦虑紧张等主要症状发生率治疗前后有明显差异($P<0.01$), 治疗后实验组汉密尔顿评分 18.78 ± 3.64 , 对照组为 22.27 ± 4.75 , 两组比较 $P<0.01$ 。**结论:**对老年人脑卒中后抑郁患者开展系统化的心理护理等护理措施, 是促进患者神经功能缺损恢复及提高患者生存质量的保证。

关键词 老年人; 抑郁; 心理护理; 脑卒中

中图分类号:R493, R473.3, R749.4 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2005)-02-0176-02

老年人脑卒中后常伴有情感障碍, 以抑郁的发生率较高, 给老年人脑卒中后肢体运动功能的恢复造成一定的难度。本文通过对老年脑卒中后抑郁(post-stroke-depression, PSD)患者实施心理护理、康复后, 收到一定的疗效。

1 资料与方法

1.1 对象

我院 2002 年 3 月—2004 年 12 月首次急性发病的脑梗死或脑出血患者 137 例, 年龄 69.40 ± 6.31 (60—84)岁; 男 92

例, 女 45 例。其中脑梗死 89 例, 脑出血 48 例, 均经头颅 CT 或 MRI 确诊。

1.2 入选标准及评价

对脑卒中后出现抑郁症状, 其表现符合中国精神疾病分类方案与诊断标准第 2 版修订(CCMD-II-R)抑郁症的有关诊断标准^[9]。患者意识清醒、检查合作、无明显理解障碍(部

1 陕西省人民医院老年病研究中心, 西安市友谊西路, 710068

作者简介: 高京华, 女, 主管护师

收稿日期: 2005-05-24