

[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中后的严重并发症, 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, 沈晓琪, 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, 对照组仅给与常规护理。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^[2]。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

分可有运动性失语)。既往有精神障碍及家族史者不入选。对 137 例患者发病 2 周后经神经内科专科医师采用 Hamilton 抑郁量表评定, 分值 ≤ 24 分的 79 例, ≥ 24 分的 58 例, 以积分值 ≥ 24 分的人选。入选 58 例患者随机分为两组, 实验组 32 例和对照组 26 例。实验组实施系统化心理护理, 对照组给与常规护理。两组患者一般资料比较差异无显著性意义(表 1), 具有可比性, 两组患者基础药物治疗相同。治疗 4 周后, 对入选患者进行第 2 次 Hamilton 抑郁量表测评(患者均住院)。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	平均年龄(岁)	性别(例)		基础疾病(例)	
			男	女	脑出血	脑梗死
实验组	32	69.25 $\pm$ 5.13	19	13	12	20
对照组	26	70.19 $\pm$ 6.12 ^①	17	9 ^①	9	17 ^①

①对照组与实验组相比 $P>0.05$

1.3 系统化心理护理康复措施

1.3.1 加强心理护理, 增强患者信心:护理人员要以诚恳的态度, 极大的关心, 主动采取各种方法, 使患者认识到只要坚持治疗、坚持功能训练, 疾病才会向好的方面发展。用听音乐、讲故事来改变患者不良的心理因素, 增强战胜疾病的信心与毅力, 以利于抑郁状态缓解。

1.3.2 加强健康教育:护士在护理患者时, 对患者实施有计划、有组织的系统教育, 促使患者自觉地建立有利于健康的行为模式, 采用单独及集中教育, 单独形式为护士每周对每个患者单独进行 2 次交流谈心, 每次 30min, 集中形式为 1 个月在整个病区进行 1 次大讲座, 时间 1h。教育内容: 与患者所患疾病的有关知识、危险因素、不良情绪的干预方法、心理疏

导方式、指导用药、指导康复训练等。目的使患者、家属掌握有关疾病的知识、正确的护理方法, 消除各种不良情绪, 增强机体免疫力, 全身心投入到治疗中。

1.3.3 加强机体功能训练:制订切实可行的训练计划, 在治疗抑郁的同时, 每天给患者按摩、理疗、做抬腿、行走训练。每天训练时间不少于 1h, 上下午各 1 次, 每次 40min, 使患者由开始的被动训练到后来的主动训练。

1.3.4 调动家属及社会的支持力量:护士多与患者家属沟通、交流, 使家属多关心、多鼓励患者, 经常到医院来陪伴患者。鼓励患者积极参加功能康复训练, 配合医院的治疗、护理、康复, 多与患者单位联系, 单位领导多关心患者, 尽可能解决患者的医疗费用, 解除患者后顾之忧。

1.3.5 加强用药的指导:脑卒中后抑郁的老年患者, 口服多虑平、百忧解等药物。告诉患者这些药物的作用、用法、剂量、疗程、注意事项、不良反应等。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 8.0 软件, 进行 χ^2 检验及 t 检验。

2 结果

见表 2。实验组治疗前经 Hamilton 抑郁量表评定 32 例患者的积分值 28.94 ± 4.32 , 治疗后积分值为 18.78 ± 3.64 , 经 t 检验, $P<0.01$ 。对照组治疗前经量表评定 26 例患者的积分值 27.46 ± 4.74 , 治疗后积分值为 22.27 ± 4.75 , $P<0.01$ 。实验组治疗前积分值与对照组相比, 差异无显著性意义 $P>0.05$ 。实验组治疗后积分值显著低于对照组, $P<0.01$ 。

表 2 两组老年脑卒中后抑郁患者治疗前后临床症状比较

临床症状	实验组(n=32)					对照组(n=26)				
	治疗前(例)	发生率(%)	治疗后(例)	发生率(%)	有效率(%)	治疗前(例)	发生率(%)	治疗后(例)	发生率(%)	有效率(%)
忧郁情绪	31	96.88	12	37.5 ^②	61.29	24	92.31	17	65.38 ^①	29.17 ^③
睡眠障碍	26	81.25	10	31.25 ^②	61.54	22	84.62	15	57.69 ^①	31.82 ^③
焦虑紧张	27	84.38	16	50.00 ^②	40.74	23	88.46	20	76.92	13.04 ^③
自杀绝望感	9	28.13	4	12.50	55.56	4	15.38	1	3.846	75.00
疑病	21	65.63	10	31.25 ^②	52.38	12	46.15	10	38.46	16.67 ^③
淡漠	17	53.13	14	43.75	17.65	14	53.85	8	30.77	42.86
负罪感	19	59.38	12	37.50	36.84	12	46.15	4	15.38 ^①	66.67
全身症状	26	81.25	8	25.00 ^②	69.23	19	73.08	12	46.15 ^①	36.84 ^③

组内比较① $P<0.05$, ② $P<0.01$; 两组治疗前症状发生率经 χ^2 检验差异无显著性意义。③组间比较 $P<0.05$

3 讨论

脑卒中后的抑郁属于脑器质性疾病引起的情感性精神障碍, 临床上并不少见, 据资料报导, 其发生率为 43.6%^[1]。本组老年脑卒中后抑郁症的发生率 42.3%, 与文献报道相似。

抑郁影响运动及认知功能的恢复, 影响康复效果^[2]。抑郁患者的体力康复与心理因素存在密切关系, 抑郁患者对未来失望, 缺乏动力, 心理激发活动低下, 不愿意为其康复和恢复做出努力, 从而导致神经功能恢复缓慢, 日常生活能力恢复差^[3]。关于 PSD 的发病机制目前主要有两种学说, 其一是: 多数学者倾向“生物学机制学说”, 即脑血管病直接破坏了去甲肾上腺素能神经元和 5-羟色胺能神经元及其通路, 使这两种神经递质水平低下, 而导致抑郁。其二为“反应性机制”学说, 即家庭、社会、生理等多种影响导致病后生理心理平衡失调, 从而产生反应性抑郁^[4]。无论哪一种因素, 临床上患者因卒中而入院, 又会因卒中发生抑郁焦虑情绪障碍。卒中给患者带来新的社会心理问题或加重原有心理作用, 患者会因即将面

临种种困难和不适应加重心理负担等^[5]。

住院抑郁焦虑情绪障碍是由于患者因卒中发生后住院行为方式、住院环境等因素所导致的情绪障碍。与患者心理适应不良有密切关系, 而非器质性因素所致。对它采取心理护理、健康教育、功能训练及家属社会支持等护理措施的干预, 是抗抑郁药物不能起到的效果。通过以上两组患者治疗前后的效果分析可以说明这一点。

参考文献

- [1] 刘力. 老年脑卒中后抑郁及相关因素 [J]. 中华老年医学杂志, 2004, 4(19): 130.
- [2] 周维金, 王玉琴, 崔利华. 脑卒中康复研究新进展 [J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(2): 124.
- [3] 王刚, 崔利华, 郭怡, 等. 脑卒中后抑郁的发生率及相关因素 [J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(5): 216.
- [4] 梁翠萍, 刘宏丽, 徐金秀, 等. 脑卒中后抑郁及相关因素的研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4): 292.
- [5] 王艳云, 马锐华, 王拥军. 卒中后抑郁障碍心理治疗的临床研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4): 276.