

急性期康复对脑卒中患者抑郁影响的临床研究

张艳明¹ 姚 辉² 屈亚萍¹ 杜巨豹¹ 程亦男¹

摘要 目的:研究急性期肢体功能康复训练对脑卒中患者抑郁的影响。方法:将 78 例患有抑郁的患者分为康复组和常规组,康复组 40 例,常规组 38 例,两组患者均采用脑卒中后的常规药物治疗和心理疏导,康复组在此基础上进行肢体功能康复治疗及评定。两组患者在治疗前、治疗 2 周后,均进行 Fugl-Meyer 运动功能、改良的 Barthel 指数、Hamilton 抑郁量表评分。结果:治疗 2 周后康复组 Fugl-Meyer 运动功能评分(62.1 ± 17.2)明显高于常规组(48.7 ± 13.2) ($P < 0.01$);康复组治疗后改良的 Barthel 指数评分(53.4 ± 12.8)明显高于常规组(39.6 ± 11.9) ($P < 0.01$);康复组治疗后 Hamilton 抑郁量表评分(14.3 ± 0.6)明显低于常规组(18.3 ± 0.6) ($P < 0.01$)。结论:急性期肢体功能康复训练对脑卒中患者抑郁心理有一定的改善作用。

关键词 脑卒中;康复训练;卒中后抑郁

中图分类号:R395.5,R743.3,R493 文献标识码:B 文章编号:1001-1242(2007)-01-0069-02

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是脑卒中常见并发症之一。国内外文献报道,PSD 总发生率为 20%—75%^[1-6]。PSD 患者由于没有特异的生物学指标,PSD 极易被忽视,长期的抑郁状态对躯体产生直接的病理生理作用,导致再发脑卒中^[7]。本文运用肢体功能康复训练和心理疏导相结合的方法对脑卒中后抑郁患者进行康复治疗,观察脑卒中后抑郁患者肢体功能、日常生活活动能力和抑郁心理的变化。

1 资料与方法

1.1 研究对象

患者来源于 2005 年 3 月—2006 年 2 月在北京医科大学宣武医院住院治疗的急性脑卒中合并抑郁的患者 78 例,全部病例均经头颅 CT 或 MRI 确诊,符合 1995 年全国第四届脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[8],且汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)24 项评分在 16 分以上。为了排除患者主观因素的影响,我们选用 HAMD 24 项进行评定。参照 Davis JM 的划界分, HAMD 总分 > 35 分为重度抑郁, 20—35 分为中度抑郁, 8—20 分为轻度抑郁^[9]。

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;重度痴呆,以及由于失语、失用、感知功能有障碍而不能参与临床心理测试者;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族史。将 78 例患者随机分为康复组和常规组(由于人力不足,未能对全部患者实施急性期的康复治疗),康复组 40 例,常规组 38 例。

康复组:男 24 例,女 16 例;年龄 56.7 ± 12.1 岁;病程 4.39 ± 1.99 d;左侧偏瘫 23 例,右侧偏瘫 17 例;轻度抑郁 12 例,中度抑郁 26 例,重度抑郁 2 例。常规组:男 23 例,女 15 例;年龄 55.8 ± 9.7 岁;病程 4.65 ± 1.50 d;左侧偏瘫 21 例,右侧偏瘫 17 例;轻度抑郁 13 例,中度抑郁 24 例,重度抑郁 1 例。两组间性别、年龄、病程差异无显著性意义($P > 0.05$)。

康复组与常规组患者在治疗前 Fugl-Meyer 改良 Barthel 指数、HAMD 评分差异无显著性意义($P > 0.05$) (见表 1)。

1.2 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

物治疗和肢体功能康复训练、心理疏导等综合康复治疗,常规组患者采用常规的药物治疗和心理疏导治疗。

1.2.1 肢体功能康复训练:对于松弛性瘫痪期的患者早期采用床上良肢位的正确摆放和各关节各个方向的被动运动,诱发正常运动模式出现的训练,预防肌肉萎缩、关节粘连以及挛缩等失用综合征;对于痉挛期的患者采用抑制痉挛、抑制异常运动模式和促进分离运动模式出现的训练;对于恢复期患者采用加强正确步态、精细运动及协调运动的训练。在训练过程中采用脑的可塑性及功能重组原理,神经生理、神经发育技术,运动再学习方法,并辅以日常生活活动能力的训练。肢体功能康复训练每天进行 2 次,每次 40 min,为期 2 周。

1.2.2 心理疏导:对两组患者入院后就开始进行心理疏导,解释并告之患者具体病情和可能的预后;了解患者的内心想法,并给予充分的支持和安慰;鼓励患者战胜疾病、克服困难、建立自信心、积极地配合治疗;向患者的家属解释患者的病情及心理变化,加强与患者进行沟通,使患者得到更多的关怀和亲情支持。心理疏导的时间每天 2 次,每次 15 min。

1.3 统计学分析

治疗前后和两组间比较采用 t 检验,两组间计数资料比较用 χ^2 分析,应用 SPSS12.0 统计软件进行统计学分析。

2 结果

经过 2 周的治疗,康复组治疗后 Fugl-Meyer 运动功能评分、改良 Barthel 指数评分明显高于常规组治疗后评分 ($P < 0.01$);康复组 HAMD 治疗后评分明显低于常规组治疗后评分 ($P < 0.01$)。见表 1。

3 讨论

PSD 患者常情绪低落、意志消沉,对环境失去兴趣,对治

1 首都医科大学宣武医院康复医学科,北京,100053

2 首都医科大学宣武医院神经内科

作者简介:张艳明,男,主治医师

收稿日期:2006-04-17

表1 两组患者在治疗前后 Fugl-Meyer 评分、改良的 Barthel 指数、HAMD 评分比较

(x±s)

组别	Fugl-Meyer 评分			改良的 Barthel 指数			HAMD 评分		
	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
康复组	30.3±14.8 ^①	62.1±17.2 ^②	32.1±9.1 ^③	26.9±11.0 ^①	53.4±12.8 ^②	26.3±9.2 ^③	27.6±0.8 ^①	14.3±0.6 ^②	13.1±0.6 ^③
常规组	32.5±12.6 ^①	48.7±13.2 ^②	16.2±5.6 ^③	25.9±10.1 ^①	39.6±11.9 ^②	13.7±5.3 ^③	26.4±0.7 ^①	18.3±0.6 ^②	8.1±0.4 ^③
t	8.861	5.472	9.203	9.955	5.390	7.356	13.994	8.699	6.783

①组间比较 $P>0.05$, ②与组内治疗前比 $P<0.01$, ③组间比较 $P<0.01$ 。

疗缺乏积极性,对康复训练无信心,不主动进行肢体功能训练,甚至对取得的进步也无动于衷,对康复治疗师所教的动作不能及时复习,对家属的督促产生反感,而且可以引起躯体疾病症状扩大化,加重躯体及社会功能的缺陷,从而对躯体产生直接的病理生理等系列的作用,严重影响康复效果^[9]。

急性期康复训练能够针对患者的可能发病因素,有计划、有目的且充满爱心耐心的对患者进行功能训练,根据患者不同病情阶段及患者的要求采取综合康复治疗方法,尽早让患者的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,并逐步增加功能训练,增加患者战胜疾病的信念,有利于肢体功能的恢复,也有利于脑卒中后抑郁的恢复。心理疏导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,有利于患者抑郁心理的恢复,同时患者的肢体功能恢复也会促进患者抑郁心理的恢复。

对 PSD 患者在急性期进行肢体功能康复训练和心理疏导相结合的方法治疗,康复组与常规组患者在治疗前 Fugl-Meyer、改良 Barthel 指数、HAMD 评分无显著性差异 ($P>0.05$),经过 2 周的治疗后,康复组患者肢体功能、日常生活活动能力和抑郁心理的改善明显优于对照组,这说明肢体功能康复训练和心理疏导相结合的康复治疗方法,可以有效地改善急性期脑卒中患者的躯体、心理功能状况。肢体功能训练不仅可以提高患者的肢体功能,还可以改善患者的抑郁心理,由于脑的可塑性和功能重组,可以促进神经再生和非损伤脑区功能代偿,降低 PSD 发生率。运动训练过程中治疗师和患者相互交流,也有利于患者重新建立人际关系,减少导致 PSD 的原因,缩短 PSD 病程^[10]。因此,对急性期脑卒中抑郁

患者进行肢体功能康复训练和心理疏导可以有效地提高患者的肢体功能、日常生活活动能力,改善患者的心理状态,提高患者的生存质量。

参考文献

- [1] Pohjavaara T, Leppavuori A, Siira I, et al. Frequency and clinic, determinants of post-stroke depression [J]. Stroke, 1998, 29: 2311—2317.
- [2] Astron MM, Adolfsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients 3-year longitudinal study [J]. Stroke, 1993, 24: 976—982.
- [3] Deisch P, Soukup SM, Adams P, et al. Guided imagery: replication study using coronary artery bypass graft patients [J]. Nurs Clin North Am, 2000, 35(2): 417—425.
- [4] Turner-Stroke L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis frequency and impact [J]. Clin Rehabil, 2002, 16(3): 231—247.
- [5] 张捧玉, 白炜炜, 王贵玲, 等. 脑卒中后抑郁的早期干预对近期康复预后的影响 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(1): 32—33.
- [6] 贝政平. 内科疾病诊断标准 [M]. 北京: 科学技术出版社, 2001. 236.
- [7] 刘自珍, 龙洁. 卒中后抑郁的流行病学研究现状 [J]. 国外医学·脑血管病分册, 2000, 8(6): 340—341.
- [8] 朱昌明. 抑郁严重程度的评定 [J]. 中华神经精神科杂志, 1985, 18(5): 295.
- [9] Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness [J]. J Clin Psychiatry, 1990, 51(suppl 6): 3.
- [10] 何小英. 脑卒中后抑郁治疗方法的探讨 [J]. 现代康复, 2001, 5: 34—35.

(上转 50 页)

的疗效 [J]. 中国临床康复, 2002, 6(6): 868—869.

- [4] 杜青, 陈珽, 沈品泉, 等. 先天性肌性斜颈早期康复治疗的疗效探讨 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(6): 370—372.
- [5] Cheng JC, Wang MW, Tang SP, et al. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants: A prospective study of eight hundred and twenty-one cases [J]. Journal of Bone and Joint Surgery, 2001, 83(5): 679—687.
- [6] 唐盛平, 刘正全, 全学模, 等. 胸锁乳突肌巨微解剖与先天性肌性斜颈病因的关系 [J]. 中华小儿外科杂志, 2001, 22(1): 19—20.
- [7] 高宏, 王海强. 肌性斜颈病因及病理的历史与现状 [J]. 中国矫形外科杂志, 2000, 7(7): 690—692.
- [8] 刘润玘. 先天性肌性斜颈的病因探讨 [J]. 中华小儿外科杂志, 1997, 16: 244—245.
- [9] 金百祥. 先天性肌性斜颈的诊治观点 [J]. 中华小儿外科杂志, 1997, 18: 234.
- [10] 卓阳, 胡志奇, 高建华, 等. 先天性肌性斜颈的两种手术方法比较 [J]. 中华医学美容美容杂志, 2004, 10(2): 95—97.
- [11] 江沁, 黄东峰, 刘鹏, 等. 标准化手法牵伸干预婴儿先天性肌性斜颈颈部活动受限的效果 [J]. 中国临床康复, 2005, 9(7): 130—131.
- [12] Tang SP, Liu ZQ, Quan XM, et al. Sternocleidomastoid pseudotumor of infants and congenital muscular torticollis: fine structure research [J]. J Pediatr Orthop, 1998, 18: 214—218.
- [13] 王莉, 张晓雪, 谢小燕. 喜疗妥软膏治疗 II 级化疗性静脉炎疗效观察 [J]. 四川肿瘤防治, 2005, 1(18): 49—50.
- [14] 唐伏秋, 马姗. 喜疗妥霜剂预防斑蝥素所致静脉炎的疗效观察 [J]. 解放军护理杂志, 2005, 22(1): 24.