

·心理康复·

早期心理干预对卒中后抑郁的影响

张智博¹ 彭旭¹ 唐璐¹ 刘毅君²

摘要 目的:探讨早期心理干预对卒中后抑郁患者康复的影响。**方法:**将 80 例脑卒中后抑郁患者随机分成 2 组,心理干预组 40 例,对照组 40 例,两组患者均进行常规脑卒中治疗和康复治疗,心理干预组同时进行心理干预,两组治疗前、后分别进行 HAMD、Barthel 指数评定。**结果:**心理干预组和对照组治疗前各项评分比较差异无显著性意义 ($P>0.05$); 经过 1 个月、6 个月干预后,心理干预组和对照组 HAMD 评分和 Barthel 指数评分差异有显著性意义 ($P<0.05$)。**结论:**心理干预在卒中后抑郁患者康复治疗中起重要作用。

关键词 脑卒中; 抑郁; 心理干预

中图分类号: R493, R743 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2007)-03-0262-02

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院神经内科 2004 年 1 月—2005 年 1 月脑卒中住院患者 80 例,治疗前均经过 CT 或者 MRI 确诊为脑梗死或者脑出血伴有肢体功能障碍,发病均在 72h 以内,且是首次发病患者。其中脑出血 25 例,脑梗死 55 例。将患者随机分成

2 组。心理干预组 40 例:男 26 例,女 14 例;年龄 36—78 (54.3±11.6) 岁。对照组 40 例:其中男 27 例,女 13 例;年龄 38—80 (56.0±12.3) 岁。两组在性别、年龄、病变性质、社会支持评分和生活事件评分等方面差异无显著性意义 ($P>0.05$),社会支持评分使用张明园的社会支持量表^[1],生活事件评分使用生活事件评分量表^[2],具体见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	性别(例)		年龄(岁)	病变性质(例)		社会支持评分	生活事件量表	
	男	女		脑梗死	脑出血		正性	负性
对照组	26	14	54.3±11.6	13	27	34.6±3.6	3.65±10.81	20.55±13.14
心理干预组	27	13	56.1±12.3	12	28	35.1±2.4	4.50±9.62	21.18±14.26

入选标准:卒中的诊断符合全国第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准^[3]。抑郁的诊断严格按照《中国精神障碍分类及诊断标准(第 3 版)》(Chinese classification and diagnostic criteria of mental disorders version-3, CCMD-3)诊断标准^[4]。排除标准:失语、失认、重度认知障碍和情感失禁等影响抑郁评价者;发病前有抑郁症病史者;发病前发生过引发抑郁生活事件者;发病后患者家人、朋友对患者的康复行为不支持或支持较差者;情感障碍中双向障碍者。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法:对照组与心理干预组均按照病情需要接受一项或多项神经科常规治疗:脑梗死者给予改善循环、溶栓、抗血小板聚集、神经保护等治疗;脑出血者给予脱水降颅压、神经保护、钻孔引流术等治疗;对照组与心理干预组均给予康复、对症支持治疗:康复由专门的康复医师执行。心理干预组除了一般治疗以外还接受认知行为疗法的心理干预,由专门的心理治疗师操作及评定,具体操作如下:住院期间给予安慰鼓励,让患者树立康复的信心,每天与患者沟通 1h,对于患者主动的康复行为予以充分肯定,强化其积极的治疗态度和行为,使之主动配合治疗;为患者创造好的环境^[5],在患者紧张时开展一些放松活动,避免抑郁情绪的产生或者转移患者已有的抑郁情绪;出院后由心理治疗师以社区为单位进行小组治疗、随访;动员患者家属、朋友等关心、体贴、支持患者,发挥患者在疾病康复中的能动性,协助患者实现最大限度回归社会的理想。而对照组只给予查房了解病情变化及基本的心理安慰。

1.2.2 评价指标:抑郁程度采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD) 14 项版本^[6]; <8 分为正常, 8—20 分轻度抑郁, 20—35 分中度抑郁, >35 分重度抑郁。ADL 评定采用 Barthel 指数(Barthel index, BI)^[7]。

1.2.3 疗效评定:两组患者由经过专门培训的评估人员分别在入院时、入院 1 个月和 6 个月时评定。HAMD 评分:治愈:抑郁基本消失, <8 分;显效:抑郁明显改善, 8—20 分;有效:抑郁较治疗前改善, HAMD 总分比原基础有所降低;无效:抑郁无改善, HAMD 总分 ≥ 20 分^[8]。常用的 ADL 评定的方法为 Barthel 指数分级法,有 10 项内容,分 3 级;总分 >60 分为良; 60—41 分为中,有功能障碍,稍依赖; <40 分为差,依赖较明显或完全依赖。

1.3 统计学分析

计量资料以均数±标准差表示,采用 t 检验;计数资料采用 χ^2 检验。所有统计分析均由统计软件 SPSS13.0 完成。

2 结果

2.1 HAMD 评分

见表 2。治疗 1 个月后,对照组比治疗前明显升高 ($P<0.05$),心理干预组与治疗前相比差异无显著性意义 ($P>0.05$)。

1 南华大学长沙市第一医院神经内科,湖南省长沙市开福区营盘路 311 号, 410005

2 中南大学湘雅附二医院精神卫生研究所

作者简介:张智博,男,主任医师

收稿日期:2006-06-12

表2 干预前后 HAMD 评分与 Barthel 指数的比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMD			Barthel 指数		
		干预前	干预1个月	干预6个月	干预前	干预1个月	干预6个月
对照组	40	27±4.15 ^①	31±5.15 ^{②④}	16±3.63 ^②	35±5.54 ^①	39±4.88 ^②	52±7.14 ^②
心理干预组	40	26±4.36 ^①	27±4.23 ^{②③}	12±2.78 ^②	36±5.32 ^①	47±6.21 ^②	57±9.36 ^②

①干预前组间 $P>0.05$, ②干预后组间 $P<0.05$, ③干预1月时心理干预组与干预前 $P>0.05$, ④干预1月时对照组与干预前 $P<0.05$

0.05), 心理干预组比对照组明显降低 ($P<0.05$)。治疗6个月后两组相比心理干预组 HAMD 评分比对照组明显降低, 差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

2.2 Barthel 指数

治疗1个月和6个月后对照组与心理干预组均比治疗前明显提高 ($P<0.05$)。治疗1个月和6个月后两组相比心理干预组 BI 比对照组明显提高, 差异有显著性意义 ($P<0.05$)。

3 讨论

对卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)的发病率临床报道不一, 国外文献报道 PSD 的发生率从18%—79%不等, 一般多在40%—50%左右^[9-11]; 国内报道 PSD 的发生率为31.34%—61.74%^[12]。Verdelho A 等^[13]报告 PSD 患者的病死率为无抑郁者的315倍, 病死率的增高在卒中后2—3年内尤为显著。本研究入选的患者入院前都没有引发抑郁的诱因, 入院时抑郁发生率为36.6%, 抑郁发生率较低, 1个月后抑郁发生率反而上升, 对照组达48.3%, 心理干预组达38.2%, 可能与患者入院时没有意识到后遗症带来的不便, 这与 Berg 等^[14]发现46%的 PSD 是在卒中后2个月内发生的结果相似。

治疗1个月时由于早期的心理干预组抑郁发病率、生活活动能力、抑郁程度较入院时下降; 而对照组由于其没有进行心理干预, 随着后遗症的出现, 患者的心理压力, 抑郁发生率反而升高, 生活活动能力下降明显。治疗6个月时心理干预组的生活活动能力明显提高, 能独立完成一些基本的日常生活活动, 躯体功能改善, 生活乐观, 抑郁发生率明显下降, 明显低于 PSD 发病率的报道; 而对照组的生活活动能力、抑郁发生率与未进行心理干预的文献报道相似。

本观察显示, 早期的心理干预能显著降低抑郁的发生率, 提高卒中患者的生活活动能力。其内在的机制可能与社会家庭的支持、关心、安慰、鼓励能够给患者提供安全感, 恢复他们回归社会的勇气, 增强战胜疾病的信心, 能够主动加强肢体等功能的训练, 促进神经功能的康复, 提高生活活动能力, 同时依从性好, 一般治疗更加有效有关。这也符合生物-心理-社会模式机制^[15-16]。

PSD 的患者常表现为情绪低落, 言语减少, 焦虑不安, 睡眠紊乱, 食欲不振, 思维迟钝, 精力减退, 严重者有厌世、轻生念头。特别是一些年轻的男性患者^[13], 无法面对突如其来的变故, 觉得生活灰暗, 对治疗不支持、不理解、不合作, 依从性差, 从而严重影响肢体的康复。因此医生就应该对患者进行强化治疗; 首先强化患者角色的转换, 使他们认识到情绪与疾病康复的关系; 其次强化他们对医生的安全感与信任感, 从而达到依从性好的目的, 更加有利于治疗方案的实施; 最

后强化患者的自信心, 在治疗过程中让患者获得技能, 建立信心, 面对现实, 重塑自我。而在医生对其进行心理治疗同时, 心理护理^[17]与家庭的支持也是不可缺少的。

参考文献

- [1] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993.155—159.
- [2] 张明园, 樊彬, 蔡国钧, 等. 生活事件量表: 常模结果[J]. 中国神经精神科杂志, 1987, 13(2):70—73.
- [3] 全国脑血管病会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379—383.
- [4] 中国精神科学会. 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, 2001.35—48.
- [5] 唐益民. 卒中后抑郁病人的心理干预探讨[J]. 南华大学学报医学版, 2005, 33(1):136—137.
- [6] 汪向东. 心理卫生评定量表手册[M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1993.186—190.
- [7] 南登昆. 康复医学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.43—44.
- [8] 黎雪芳, 卢奕南, 潘朝勇. 卒中后抑郁评价和早期心理干预[J]. 国外医学. 脑血管病分册, 2005, 13(4):286—288.
- [9] Pohjasaara T, Leppavuori A, Siira I, et al. Frequency and clinical determinants of post-stroke depression [J]. Stroke, 1998, 29(11):2311—2317.
- [10] Kotila M, Numminen H, Waltimo O, et al. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study [J]. Stroke, 1998, 29(2):368—372.
- [11] Kim JS, Choi-Kwon S. Poststroke depression and emotional incontinence: correlation with lesion location [J]. Neurology, 2000, 55(11):1760—1761.
- [12] 刘丽英. 脑卒中后抑郁的研究现状[J]. 疑难病杂志, 2004, 3(4):376—377.
- [13] Verdelho A, Henon H, Lebert F, et al. Depressive symptoms after stroke and relationship with dementia: A three year follow up study[J]. Neurology, 2004, 62(6):905—911.
- [14] Berg A, Palomaki H, Lehtihalmes M. Poststroke depression: an 18-month follow-up[J]. Stroke, 2003, 34(1):138—143.
- [15] Aben I, Lodder J, Honig A, et al. Focal or generalized vascular brain damage and vulnerability to depression after stroke: a 1-year prospective follow-up study [J]. Int Psychogeriatr, 2006, 18(1):19—35.
- [16] 李曦, 王萍, 何新红, 等. 脑卒中后抑郁及相关因素研究[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(2):175—176.
- [17] 高京华, 张亚侠, 赵素萍. 心理护理对老年人脑卒中后抑郁影响的临床研究[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(2):176—177.