

脑卒中后抑郁症的社区心理康复研究

韩冰¹ 冉春风¹ 何扬子²

脑卒中患者除偏瘫外, 出现不同程度的认知和言语功能障碍, 并产生一系列情感行为的变化, 其中抑郁障碍是脑卒中后最常见的心理障碍, 称之为脑卒中后抑郁 (post-stroke depression, PSD), 发生率高达 27%—70%^[1], 不仅影响患者的生存质量, 在一定程度上还会影响脑卒中患者的肢体功能和社会生活能力的恢复。一般认为 PSD 对躯体疾病的影响为: ①导致躯体疾病症状严重; ②导致患者对慢性疾病心理调节能力减弱; ③对躯体疾病产生直接的病理、生化作用。一旦出现 PSD, 其致残率和病死率也高达 70%—90%。

1 资料和方法

1.1 一般资料

深圳市第九人民医院各社康中心自 2003 年—2007 年所承担的脑梗死恢复期康复治疗患者 127 例, 其中男性患者 74 例, 女性患者 53 例, 平均年龄 (61.6±4.2) 岁。127 例 PSD 患者按随机数字表法分为治疗组 65 例, 对照组 62 例。治疗组男性患者 42 例, 女性患者 23 例, 平均年龄 (62.1±4.4) 岁, 其中重度抑郁患者 17 例; 对照组男性患者 32 例, 女性患者 30 例, 平均年龄 (61.2±4.3) 岁, 其中重度抑郁患者 13 例。

1.2 诊断和排除标准

1.2.1 诊断标准: ①所有病例均符合第四届全国脑血管病会议制订的脑梗死诊断标准^[2]; ②符合中国精神障碍分类与诊断标准中抑郁发作的诊断标准^[3]; ③所有患者均经我院或其他医院治疗, 经头颅 CT 或 MRI 检查证实; ④经汉密尔顿抑郁量表 (Hamilton rating scale for depression, HAMD)^[4] (24 项) 进行量化评定, 均 >20 分 (轻或中度抑郁) 或 >35 分 (重度抑郁); ⑤要有 3 项或 3 项以上抑郁情绪, 对社会和日常生活兴趣或愉快反应减小、社会脱离和退缩、食欲丧失、失眠、精神运动减少、倦怠、自我价值否定、无助、过分自责、自杀倾向等, 患者的抑郁症状持续 2 周以上^[5]。

1.2.2 排除标准: ①既往有智力和精神障碍者; ②意识障碍和失语不能配合心理治疗者; ③病情加重者, 出现新的梗死或出血者; ④治疗未及 6 周者。

1.3 治疗方法

治疗组: ①给予社区心理康复治疗, 社区心理康复医师根据脑卒中患者的个体具体心理问题, 进行具体分析, 并与患者一起制订治疗方案, 签署心理治疗的协议, 使患者明确心理治疗目的、方法、意义所在, 具体包括分析性心理治疗、支持性心理治疗、认知性心理治疗和人际性心理治疗等; ② ADL 训练; ③口服 5-羟色胺再吸收抑制剂 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI) 帕罗西汀, 采用小剂量、缓慢增量的方法。

对照组: ① ADL 训练; ②口服 SSRI 帕罗西汀, 采用小剂量、缓慢增量的方法。

两组患者在治疗前、治疗 6 周后给予 HAMD 评分^[6]的减

分率计算, 减分率 (%)=(治疗前总分-治疗后总分)/治疗前总分×100%, 临床治愈: 精神症状消失, 减分率 ≥75%; 显效: 精神症状基本消失, 减分率 74%—50%; 有效: 精神症状减轻, 减分率 49%—20%; 无效: 病情无变化或加重, 减分率 <25%。治疗时采用单盲法。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 11.0 统计软件进行分析, 两组患者在治疗前评分比较作 *t* 检验; 两组患者分别于治疗前后比较作配对 *t* 检验; 两组患者评分差值组间比较作 *t* 检验。两组患者疗效比较, 采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 治疗前、治疗 6 周后两组患者 HAMD 评分比较

两组患者在治疗前经统计分析, 抑郁程度大致相同, 经 6 周治疗后, HAMD 评分均有减少, 抑郁情况都明显好转, 但治疗组疗效明显好于对照组 (表 1)。

表 1 两组患者在治疗前后 HAMD 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	分数差值
治疗组	65	27.48±5.58	9.35±3.58 ^①	18.13±4.68
对照组	62	26.98±5.72 ^③	12.55±4.23 ^①	14.43±5.15 ^②

①两组患者分别于治疗前后比较 $P < 0.01$; ②两组患者评分差值组间比较 $P < 0.05$; ③两组患者在治疗前评分比较 $P > 0.05$

2.2 两组患者疗效比较

两组患者疗效比较, 治疗组显愈率 (75.38%) 明显高于对照组 (48.39%), 差异有显著性 ($P < 0.05$)。两组患者的有效率比较, 差异无显著性 ($P > 0.05$) (表 2)。

表 2 两组患者疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	显愈率 (%)	有效率 (%)
治疗组	65	21	28	11	5	75.38 ^①	92.30 ^②
对照组	62	9	21	22	10	48.39	83.87

①两组患者的痊愈和显效患者比较 $P < 0.05$; ②两组患者的有效率比较 $P > 0.05$

3 讨论

脑卒中的发病率居高不下, PSD 越来越多地成为脑卒中后患者严重的并发症之一, 其不同程度的抑郁状态会延缓神经功能的康复时间并使劳动力丧失, 严重影响卒中患者的生存质量和功能康复, 甚至增加脑血管病的复发率、致残率、病死率。以往研究表明, 早期抗抑郁治疗能显著促进患者神经功能缺损的恢复^[7], PSD 发病机制较为复杂, 并非单一机制所能解释, 勾丽洁和梁翠萍等^[8-9]研究认为社会支持程度低者易患 PSD, 高红等^[10]认为 5-羟色胺与去甲肾上腺素能神经递质

1 深圳市第九人民医院康复医学科, 深圳, 518116

2 暨南大学附属第一医院针灸科

作者简介: 韩冰, 男, 主治医师

收稿日期: 2008-06-14

系统相互作用,调节情绪、睡眠、性冲动、运动、认知过程等神经活动,卒中后产生病灶部位效应、破坏5-羟色胺神经元或去甲肾上腺素能神经元及其通道,使神经元递质合成低下,而导致抑郁。此外还有“反应性机制”学说,即脑卒中的严重程度及由此带来的工作及生活能力的丧失、社会、心理因素等导致病后生理、心理平衡失调。脑卒中后抑郁发生率最高时并非在脑卒中的急性期,亦支持此观点。

脑梗死后偏瘫患者,往往对突如其来的生理功能障碍引起的日常生活活动能力的丧失难以接受,加上对预后的害怕和担心,极易产生恐惧、消极、悲观的心理反应,而这种心理反过来又抑制了患者对康复治疗的积极性,这在年轻患者间表现尤为明显。心理障碍严重,不仅影响到其他方面的康复实施,而且会引起许多疾病而导致整体康复失败。这种心理障碍是每一个偏瘫患者无法回避的问题,也是每一个康复治疗人员首先应该解决的问题,因为健康的心理是一切治疗措施达到预期目的的基础。抑郁症是一种易于复发的心理疾病,社会心理因素诸如婚姻、家庭问题、就业、人际关系等,慢性躯体疾病、酒精、毒品等物质依赖是抑郁症的重要诱发因素,躯体疾病还可因抑郁症而加重病情或影响预后。由上述可见,PSD患者的社区心理康复具有非常重要的地位。以往研究认为用帕罗西汀对PSD患者进行治疗,患者HAMD评分较治疗前下降^[1],但疗效有限,张艳明等^[12]认为对PSD患者进行肢体康复和心理疏导相结合的方法治疗,可以有效改善脑卒中患者的躯体和心理功能状态。社区康复的主要任务是普及抑郁症的基本知识及相关的心理卫生常识,及时发现并对PSD患者进行针对性的社区心理治疗,并调动和发挥各种社会资源,通过各种有效的途径和方法促使患者康复。廖华薇认为在脑卒中患者康复治疗中给予正确心理康复治疗,可减轻患者情绪障碍,使患者积极配合治疗,提高了疗效^[13]。还有大量临床研究表明心理治疗可以促进脑卒中患者康复进程,减少脑卒中后抑郁、焦虑、睡眠障碍的发生,明显缓解脑卒中患者的敏感、疑虑心理,改善患者的不良心理防御方式,预防和减少并发症^[14]。

本研究发现,对于PSD患者,无论是治疗组还是对照组,都有一定的疗效,两组治疗前后比较,都有显著疗效($P<0.01$),且二者有效率比较并没有显著性差异($P>0.05$),但是两组患者对于HAMD量表评分治疗前后进步差值比较,治疗组疗效明显好于对照组($P<0.05$),治疗组显愈率达75.38%,对照组显愈率仅有48.39%,有显著性差异($P<0.05$),说明

PSD患者除服用相关药物外,如果有良好的社区心理康复治疗,则会使PSD患者保持良好的心理活动,从而能够提高其神经系统的调节能力,克服消极的情绪,使大脑皮质处于良好的兴奋状态,进而运动神经元能充分募集肌纤维,使得神经调节功能和肌力发挥达到最佳水平,促进运动功能的恢复,大大提高患者的生存质量,有效改善PSD患者的抑郁态,防止梗死复发,减少脑梗死病残者对社会和家庭的压力,同时体现出社区医疗的社会效益和经济效益。

参考文献

- [1] 徐彬,周末莹.马录胶囊治疗卒中后抑郁的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2007,27(7):640.
- [2] 中华神经病学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经外科杂志,1997,13(1):3.
- [3] 中华医学会精神科分会编.中国精神障碍分类方案与诊断标准[M].第3版.济南:山东科学技术出版社,2001.87.
- [4] 朱镛连.神经康复学[M].第1版.北京:人民军医出版社,2001.146.
- [5] Lee BH, Lyketyos Ge. Depression in Alzheimer's disease: heterogeneity and related issues [J].Biol Psychiatry,2003,8(54):353—62.
- [6] 张明圆.精神评定量表手册[M].第1版.长沙:湖南科学技术出版社,2001.60.
- [7] 韩俊英,夏颖华,齐颖.脑卒中后抑郁患者早期康复治疗的研究[J].临床荟萃,2008,23(2):106.
- [8] 勾丽洁,许士奇.脑卒中后抑郁的发病相关因素研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(5):437.
- [9] 梁翠萍,王欣淼,徐金秀,等.脑卒中后抑郁与心理社会因素的关系分析[J].中国临床心理学杂志,2005,13(4):470.
- [10] 高红,陈静.脑卒中后发生抑郁的相关因素[J].黑龙江医学,2002,26(12):930.
- [11] 吴建新.百优解治疗脑卒中后抑郁及神经功能缺损疗效观察[J].临床神经病学杂志,2002,15(2):124.
- [12] 张艳明,姚辉,屈亚萍,等.急性期康复对脑卒中患者抑郁影响的临床研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(1):69.
- [13] 廖华薇.心理治疗对卒中后抑郁患者肢体康复的影响[J].中国康复医学杂志,2006,21(4):352.
- [14] Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke:a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway.part1:Diagnosis,frequency and impact [J].Clin Rehabil,2002,16(3):231—47.