

质<sup>[1]</sup>,炎症介质前列环素(PGI<sub>2</sub>)是血管内皮细胞合成并分泌的血管活性物质,具有抗血小板聚集和扩张血管作用<sup>[2]</sup>。本临床观察到 80 例 CSA 患者,治疗前 ET 的含量较高,6-keto-PGF<sub>1a</sub> 的含量较少,说明患者血管内皮细胞已严重受损,两组患者治疗后 ET 均下降,6-keto-PGF<sub>1a</sub> 均上升,则可能使血管的舒、缩功能达到了新的平衡,从而改善椎动脉供血不足,且治疗组的变化较对照组的变化差异有显著意义,但远期疗效及大样本临床随机对照试验还有待进一步研究。

综上所述,电针督脉经穴可改善因脊内外失衡所致的“眩晕”诸症,病程越短,疗效越显著,其疗效可能通过整体调节,以神经-体液的途径,最终达到调节血管运动,改善了动脉供血而治疗本病。当然,针灸作为一种信号传导,如何调节神经-体液这一网络,如何调节细胞内的一些信息分子值得进一步研究,也是我们面临的新的课题。

#### 参考文献

[1] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].第 1 版.南京:南京大学出版社,1994. 186.  
[2] 方晓明.辨证分型治疗椎动脉型颈椎病 128 例[J].时珍国医国药,2001,12(10):933.

[3] 刘琴,郭书堂,李学武.论督脉在抗衰老中的作用[J].北京中医药大学学报,2001,24(2):14.  
[4] 林一峰,牛维.脊柱退行性疾病从督脉论治探讨[J].安徽中医学院学报,2002,21(5):4.  
[5] 许能贵,马勤耘.电针对局灶性脑缺血大鼠兴奋性氨基酸含量的影响[J].中国针灸,1999,19(7):431.  
[6] 王延红,应盛国.项丛刺治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].上海针灸杂志,2007,26(8):11.  
[7] 王忠华.电针治疗中风后抑郁症的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2008,23(11):1032.  
[8] 魏毅,梁伟雄,陈炳坤,等.椎动脉型颈椎病中医证候分布规律的临床流行病学调查[J].新中医,2007,39(7):47.  
[9] 冯世庆,杨敏杰.椎动脉型颈椎病血浆内皮素变化[J].中华骨科杂志,1997,17(6):387.  
[10] 裴仁和.钩椎关节病发病机理的探讨[J].中国中医骨伤科杂志,1999,7(4):13.  
[11] 尹瑞雪,卢昌均,陆兵勋,等.大鼠脑缺血再灌注损伤后血浆内皮素、一氧化氮含量变化及通心络对其影响[J].中国康复医学杂志,2007,22(7):586.  
[12] 肖建如.脂质炎性介质与脊髓损伤的研究进展[J].国外医学·创伤与外科基本问题分册,1996,17(2):92.

### ·短篇论著·

## 度洛西汀联合康复训练对卒中后抑郁患者神经功能的影响

黄文清<sup>1</sup> 张盘德<sup>1</sup> 范小艳<sup>1</sup> 陈惠琼<sup>1</sup>

脑卒中常造成患者在言语、吞咽、肢体等方面的神经功能障碍,使患者的生活自理能力受到影响。伴随这一突发事件,常可发生心理、情感和行为障碍,其中以卒中后抑郁最常见。这种以情绪低落、兴趣减退为主要表现的心境障碍或情感障碍,可严重影响患者卒中后的神经功能康复。本研究主要探讨度洛西汀联合康复训练对卒中后抑郁患者神经功能的影响。

### 1 资料与方法

#### 1.1 研究对象

选择 2008 年 1 月—2009 年 3 月在广东省佛山市第一人民医院康复科住院的卒中后抑郁患者 65 例,

男性 31 例,女性 34 例;年龄 29—75 岁,平均年龄(45.21±10.27)岁。入选标准:①首次发生脑卒中,脑卒中诊断标准符合 1995 年中华医学会全国第四届脑血管病会议制定的各类脑血管病诊断标准,并经头颅 CT 或 MR 证实。②采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale,HAMD)评分≥17 分,汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale,HAMA)评分≥14 分。欧洲卒中量表(European stroke scale,ESS)评估神经功能,Barthel 指数(Barthel index,BI)、日常生活活动力量表(activities of daily living,ADL)评估日常生活活动能力。

排除标准:昏迷、失语、严重认知功能障碍、既往有精神病史或抑郁焦虑病史、特大面积脑梗死、出血量超过 30ml 的脑出血、糖尿病、心肌梗死、肝肾功能不全、癌症。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.020

1 广东省佛山市第一人民医院康复医学科,佛山,528000

作者简介:黄文清,女,主任医师;收稿日期:2009-05-20

65例入选病例随机分为3组,分别为治疗组(度洛西汀+康复训练+常规药物治疗)22例、对照组1(康复训练+常规药物治疗)23例和对照组2(常规药物治疗)20例。3组病例在发病年龄、性别、脑卒中类型、病程及病情严重程度、神经功能缺损程度等方面差异无显著性意义。见表1。

表1 各组患者一般资料比较

	治疗组	对照组1	对照组2
例数	22	23	20
性别(男/女)	10/12	11/12	10/10
年龄(岁)	45.2±10.2	44.9±11.9	45.5±12.1
脑卒中(出血/梗死)	9/13	9/14	10/10
病程	1—6月	1—6月	1—6月
HAMD评分	20.66±2.86	21.85±2.35	20.23±2.19
HAMA评分	18.33±2.19	18.29±2.01	17.93±2.38
ESS评分	13.26±5.17	13.31±4.89	13.56±2.11
BI	59.12±23.16	58.98±23.66	59.25±22.88

1.2 研究方法

常规药物治疗按照脑血管病治疗指南给予抗血小板聚集、改善脑循环、营养脑细胞、降压、降脂治疗。康复训练为偏瘫肢体综合训练、电针、神经肌肉电刺激(neuromuscular electrical stimulation, NES)。每天训练1次,持续4周。治疗组在康复训练+常规药物治疗的基础上加用度洛西汀(Duloxetine), 60mg, 每天1次,口服,治疗4周。3组患者分别在治疗前和治疗后采用HAMD评价抗抑郁疗效,采用HAMA评价抗焦虑疗效,ESS评估神经功能,Barthel指数(BI)评估日常生活活动(ADL)能力。

1.3 统计学分析

疗效的组内比较应用单因素方差分析,组间比较采用t检验,所有数据统计应用SPSS10.0软件包。 $P<0.05$ 为差异具有显著性意义。

2 结果

见表2。3组病例治疗前组间比较HAMD、HAMA、ESS、BI评分无显著性差异( $P>0.05$ );治疗4周后,3组病例组间比较HAMD、HAMA、ESS、BI评分差异有显著性意义( $P<0.05$ )。治疗组的各项评分改善最为明显,说明经过度洛西汀的治疗,患者的抑郁和焦虑情绪明显改善,神经功能得到明显改善,ADL能力明显提高。度洛西汀通过改善患者的抑郁焦虑情绪,可以影响患者的神经功能和ADL能力的康复。

3 讨论

脑卒中是一种高致死率、高致残率的疾病,严重危害人类健康,它所造成的神经功能损害严重影响了患者的生存质量。这一突发事件常常造成患者不同程度的心理情绪障碍,即卒中后抑郁。卒中后抑郁是脑卒中后常见的并发症之一,文献报道卒中后抑郁的发病率高达63%<sup>[1]</sup>。这种表现为情绪

表2 3组病例治疗前、治疗四周后各项功能状态比较

组别及时间	HAMD	HAMA	ESS	BI
治疗组				
治疗前	20.66±2.86	18.33±2.19	13.26±5.17	59.12±23.16
治疗后	10.48±1.23 <sup>①②</sup>	6.39±1.76 <sup>①②</sup>	6.23±1.28 <sup>①②</sup>	85.06±6.98 <sup>①②</sup>
对照组1				
治疗前	21.85±2.35	18.29±2.01	13.31±4.89	58.98±23.66
治疗后	13.01±2.33 <sup>①②</sup>	9.45±2.36 <sup>①②</sup>	8.99±2.09 <sup>①②</sup>	6.28±7.12 <sup>①②</sup>
对照组2				
治疗前	20.23±2.19	17.93±2.38	13.56±2.11	59.25±22.88
治疗后	15.55±2.61 <sup>②③</sup>	13.17±1.33 <sup>②③</sup>	10.58±1.69 <sup>②③</sup>	69.19±6.13 <sup>②③</sup>

①治疗前后组内比较 $P<0.05$ ;②治疗后3组比较 $P<0.05$ ;③治疗组与对照组1、2比较, $P<0.01$

低落、兴趣减退的负性情绪反应,是阻碍卒中患者神经功能和日常生活能力康复的重要因素之一<sup>[2]</sup>。及时有效的治疗干预卒中后抑郁,是使脑卒中患者更好康复神经功能和生活活动能力的重要措施之一。

卒中后抑郁的发病机制尚不完全清楚,目前主要有两种学说,即原发性内源性学说和反应性机制学说<sup>[3]</sup>,研究认为脑卒中后脑缺血、缺氧、脑水肿导致脑实质及脑结构的损害,脑组织代谢紊乱,脑细胞功能失调,损害了5-羟色胺能和去甲肾上腺素能的神经元及神经通路,其神经元的递质合成效应降低<sup>[4]</sup>,使相应的神经递质含量及传导出现障碍,导致抑郁<sup>[5]</sup>。近年来有学者利用正电子发射断层摄影(positron emission tomography, PET)对缺血性卒中患者的脑组织代谢进行了研究,结果显示,卒中后抑郁的患者脑内去甲肾上腺素和5-羟色胺水平下降。

脑卒中患者面对突如其来的神经功能障碍和因此所造成的ADL能力的下降或丧失往往难以接受,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。这种心理反应不同程度地抑制了患者对康复治疗的积极性和信心,影响康复的实施<sup>[6]</sup>。有研究通过单因素分析表明:卒中后抑郁的发生与性别、年龄、文化程度、卒中性质无关,而与行为类型、神经功能损伤程度、社会支持度有关<sup>[7]</sup>。作者在本研究中发现,对于卒中后抑郁的患者,三组患者在治疗后HAMD及HAMA评分较治疗前均有不同程度的下降,同时也有不同程度的神经功能和生活能力的改善。但其中以度洛西汀治疗组改善最为明显,常规药物治疗的对照组改善最弱,两组对比差异有显著性意义( $P<0.01$ )。对照组1(康复训练组)位于两者之间。本研究发现,在常规治疗的基础上康复训练,加快了神经功能的恢复和ADL能力的提高,减轻了患者神经功能损伤程度。减轻了患者的无用感和绝望感,从而减轻了患者的抑郁焦虑情绪。但由于卒中后抑郁存在着脑细胞损伤或死亡、脑组织代谢紊乱和脑细胞功能失调或丧失这样一系列的病理生理的变化,从而造成神经递质5-羟色胺和去甲肾上腺素的水平下降,影响心境情绪的物质基础受到损害,所以

进一步改善卒中后抑郁患者的抑郁焦虑情绪和心境,获得更好的神经功能和生活能力的康复,必须要在神经递质这一物质水平进行干预。度洛西汀是 5-羟色胺和去甲肾上腺素再摄取的双重抑制剂,它通过抑制其再摄取而提高这两种神经递质的脑内浓度,改善抑郁症状。本研究发现,度洛西汀治疗组的患者经过治疗,情绪低落、兴趣减退、被动消极的情绪和心境逐渐改善,患者逐渐积极主动的配合及参与治疗和康复训练,神经功能缺损评估明显降低,Barthel 指数明显提高,神经功能恢复及 ADL 能力均有显著改善,与另外两组对比有明显的差异。

综上所述,作者认为,度洛西汀联合康复训练及常规药物治疗,比康复训练和单纯的常规药物治疗更加显著地改善卒中后抑郁患者的情绪心境、显著促进神经功能和 ADL 能力的改善,能够使患者更快地回归家庭及社会。

#### 参考文献

- [1] Johnson JL, Minarik PA, Nystrom KV, et al. Poststroke depression incidence and risk factors: an integrative literature review [J]. J Neurosci Nurs, 2006, 38(4 Suppl): 316—327.
- [2] Bhogal SK, Teasell R, Foley N, et al. Lesion location and poststroke depression: systematic review of the methodological limitations in the literature [J]. Stroke, 2004, 35: 794—802.
- [3] 勾丽洁, 许士奇. 脑卒中后抑郁的临床研究进展 [J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(9): 857—860.
- [4] Robinson RG, Kubos KL, Starr LB, et al. Mood disorder in stroke patients: importance of location of lesion [J]. Brain, 1984, 107(1): 81.
- [5] 炎彬, 邢东明, 孙虹, 等. 脑缺血再灌注小鼠脑内不同神经核团单胺递质及其代谢产物的变化 [J]. 中国药理学通报, 2003, 19(11): 1264—1269.
- [6] 韩冰, 冉春风, 何扬子. 脑卒中后抑郁症的社区心理康复研究 [J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(2): 177—178.
- [7] 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—439.

### · 短篇论著 ·

## 单侧腰椎间盘突出症致对侧下肢痛康复治疗临床研究

詹文吉<sup>1</sup>

腰椎间盘突出症是最常见的腰腿痛疾病之一,发病时对患者的工作和生活都造成很大影响,且有易复发的特点。绝大多数患者经过积极恰当的保守治疗均可获得较满意的恢复<sup>[1-3]</sup>。常用的治疗方法主要包括牵引、推拿、针灸、理疗、Maitland 的脊柱关节松动术、McKenzie 脊柱力学治疗法等<sup>[4]</sup>。特殊类型的腰椎间盘突出症,如高位腰椎间盘突出症、极外侧型腰椎间盘突出症、妊娠期腰椎间盘突出症等已有文献报道,但对单侧腰椎间盘突出症导致对侧下肢痛的病例报道较少。本文观察了 2006 年 4 月—2009 年 3 月在我科治疗的单侧腰椎间盘突出症致对侧下肢痛患者 30 例,经康复治疗后取得较满意的疗效,并与单侧腰椎间盘突出症致同侧下肢痛者进行对比,分析康复治疗的有效性。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

78 例符合腰椎间盘突出症诊断标准<sup>[5]</sup>并确诊为单侧腰椎间盘突出症患者(来源于我科门诊和病房),按腰椎间盘突出方向与下肢痛的关系分为治疗组 30 例,对照组 48 例,两组患者所用治疗方法相同,均知情同意并愿意完成全部治疗。

治疗组患者纳入标准:①腰痛伴单侧臀腿放射痛;②腹压增加时下肢放射痛加重;③脊柱侧弯,腰椎生理前凸减小或消失,病变椎间盘患侧椎旁压痛、叩击痛、放射痛,直腿抬高试验阳性;④腰椎正侧、左右斜、动力位 X 线片显示无骨质破坏者;⑤腰椎螺旋 CT 或 MRI 扫描显示椎间盘向椎管一侧突出,且突出方向和下肢痛相反者。

排除标准:①患有腰椎结核、椎管肿瘤、腰椎滑脱、腰椎不稳及螺旋 CT 或 MRI 示髓核脱出、游离或严重压迫马尾神经致大小便功能障碍者;②合并有严重的内脏病变、其他严重代谢异常疾病、精神疾病及体质虚弱不能耐受治疗者。

对照组患者纳入标准:①腰椎螺旋 CT 或 MRI 扫描显示

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2010.05.021

1 福建省漳州市中医院康复科,363000

作者简介:詹文吉,男,副主任医师;收稿日期:2009-05-10