

- [12] 孟兆祥,尹正录,陈波,等. 可调式肘关节固定器在脑卒中上肢屈肌痉挛患者中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013,35(10):776—778.
- [13] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京:华夏出版社,2009:85—91.
- [14] 陈晓伟,程士欢,李贺,等. A型肉毒毒素局部注射对脑卒中患者下肢肌痉挛和步行能力的改善作用[J]. 吉林大学学报(医学版),2016,42(3):582—586.
- [15] 鲍勇,包兴华,丁旭,等. 气压弹道式体外冲击波对脑卒中腓肠肌痉挛的疗效观察[J]. 中国医学前沿杂志(电子版),2014,6(6):18—20.
- [16] 段好阳,李贞兰,徐国兴,等. 体外冲击波治疗脑卒中患者肱二头肌痉挛状态的疗效[J]. 吉林大学学报(医学版),2017,43(1):151—154.
- [17] 贡国俊,刘青,杨雪. 体外冲击波治疗脑瘫肌痉挛的疗效观察[J]. 中国康复,2015,30(3):198—200.
- [18] Kim JH, Kim JY, Choi CM. et al. The dose. related effects of extracorporeal shock wave therapy for knee osteoarthritis[J]. Ann Rehabil Med,2015,39(4):616—623.
- [19] 郭佳宝,朱毅,陈炳霖,等. 分散式体外冲击波治疗脑卒中后肢体痉挛的系统评价[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(2):207—212.
- [20] Lu Z, Lin G, Reed-Maldonado A, et al. Low-intensity extracorporeal shock wave treatment improves erectile function: A systematic review and meta-analysis[J]. Eur Urol, 2017, 71(2):223—233.
- [21] 吴运景,朱江,刘晓霞,等. 脑卒中偏瘫患者恢复期康复训练胫骨前肌和腓肠肌表面肌电信号的变化[J]. 心脑血管病防治,2015,15(3):202—206.

·临床研究·

音乐康复训练结合针刺对脑卒中后抑郁的疗效观察

黄丽君¹ 吴峰¹ 侯来永^{2,3}

摘要

目的:观察音乐康复训练结合针刺对脑卒中后抑郁患者功能恢复的影响。**方法:**将62例脑卒中后抑郁患者随机分为观察组与对照组,观察组予针刺+音乐康复训练,对照组予针刺治疗,在治疗前及治疗4周后采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、Fugl-Meyer量表(FMA)及改良 Barthel 指数(MBI)对患者的抑郁程度、运动功能及日常生活能力进行评定。**结果:**治疗前,两组患者 HAMD、FMA 及 MBI 评分比较差异均无显著性意义($P > 0.05$);治疗4周后,两组患者 HAMD、FMA 及 MBI 评分与治疗前比较,改善有显著性意义($P < 0.01$, $P < 0.05$),观察组治疗后 HAMD、FMA 及 MBI 评分与对照组比较差异显著($P < 0.01$)。**结论:**音乐康复训练结合针刺治疗有助于改善脑卒中后抑郁患者抑郁状态、运动功能及日常生活能力,是一种值得推广的治疗方案。**关键词** 脑卒中;抑郁症;音乐康复训练;针刺**中图分类号:**R741,R493 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2018)-12-1447-04

抑郁症分为原发性与继发性两种,卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)属于继发性抑郁,是脑卒中后常见并发症。李莹等^[1]通过 meta 分析中国大陆地区脑卒中患者 PSD 总患病率为 32.8%,相关研究表明^[2],卒中后 3—6 个月是 PSD 的高发期,表现为以情绪低落、悲观厌世、食欲减退、睡眠障碍等为主的情感障碍,严重者甚至会产生自杀倾向,并可延迟神经或认知功能的恢复,生活质量下降,增加脑卒中

的病死率及再发的风险。PSD 发病率较高,危害性大,目前治疗 PSD 主要采用抗抑郁药物治疗,但药物治疗存在不同程度的毒副作用、依赖性、撤药综合征,严重影响临床疗效和依从性。因此,寻找有效而副作用小的治疗方法,是康复医学所面临的重要问题。本研究旨在观察音乐康复训练结合针刺对 PSD 疗效,发现临床疗效显著,现报道如下。

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2018.12.014

1 莆田学院附属医院康复医学科,福建省莆田市,351100; 2 北京中日友好医院康复医学科; 3 通讯作者

作者简介:黄丽君,女,副主任医师; 收稿日期:2018-04-03

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2014年1月—2017年12月在我院神经内外科住院的脑卒中患者,对可疑者采用HAMD量表进行评定,查出存在抑郁并且符合入选条件的患者68例,按随机数字表法分为

观察组与对照组各34例,在研究过程中两组各有3例患者发生脱落(因个人不愿坚持、家庭不能支持、经济困难和病情加重),最后一共有62例患者纳入本研究。两组患者在性别、年龄、病程、病变部位比较差异无显著性意义($P>0.05$)。见表1。

诊断标准:①符合1995年中华医学会第4次全国脑血管

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(d)	病变部位(例)				
		男	女			基底核区	丘脑	额颞叶	顶枕叶	脑干
观察组	31	10	21	44.7±7.1	30.6±12.3	13	7	5	4	2
对照组	31	11	20	45.9±7.6	28.7±10.7	14	6	6	3	2

病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》中脑卒中诊断标准^[3],且全部病例经CT或MRI确诊为脑梗死或脑出血患者。②符合《中国精神障碍分类与诊断标准》第3版抑郁症诊断标准^[4]。③HAMD评分 >7 分^[4]。纳入标准:①符合上述诊断标准。②年龄30—70岁,性别不限,病程 ≤ 6 个月。③首次发病,意识清楚,无智力障碍、精神障碍,能够配合者。④无针刺禁忌证。⑤无听力障碍、喜爱或能够接受音乐治疗者。⑥同意参加本研究并签署知情同意书。排除标准:①脑卒中后遗症期(6个月以上)。②病情恶化,出现新的脑梗死灶或出血灶。③脑卒中后病情严重,合并严重心、肝、肾疾病者。④痴呆以及由于失语、失用等不能交流或配合者。⑤原发性抑郁症者,既往有脑卒中病史或肢体功能障碍史等。⑥近一个月内应用抗抑郁药物治疗者。⑦不配合治疗,依从性较差者。

1.2 治疗方法

基础治疗:两者患者均给予神经内科常规治疗,如改善循环,营养神经,控制血压、血糖、血脂,抗血小板聚集及对症等治疗;均未应用抗抑郁剂。

针刺治疗:主穴取水沟、百会、内关、神门、太冲,伴有胸肋作胀,善太息,舌苔薄白,脉弦者,加膻中、期门;心烦易怒,头痛目赤,舌红苔黄,脉弦数者,加侠溪、行间;咽中如有物梗塞,舌苔白腻,脉弦滑者,加照海、天突;头晕,失眠健忘,舌淡苔白,脉细弱者,加隐白、章门;失眠多梦,腰膝酸软,舌红少苔,脉细数者,加三阴交、太溪。患者取仰卧位,用75%乙醇常规消毒穴位皮肤后,以0.35mm×40mm毫针进针。水沟用雀啄泻法,神门用平补平泻法;百会、内关、太冲用泻法。配穴按虚补实泻法操作。所有穴位施以补泻手法得气后,留针30min,1次/d,每周6次,连续4周。

康复训练包括运动疗法及作业治疗。运动疗法主要包括神经促通技术(Bobath、Brunnstrom、PNF技术等)及运动再学习技术,如良肢位的摆放、关节活动度维持及改善、牵伸训练、患肢主被动活动、肢体控制能力训练、床上翻身及坐起训练、坐位平衡训练、坐到站训练、站立平衡训练、步行及步态矫正训练、协调控制训练、日常生活能力训练。每次45min。作业治疗根据患者各阶段恢复情况设计有针对性、

趣味性、治疗性的作业活动,每次30min。上述治疗每日1次,每周5次,连续治疗4周。治疗过程中适时给患者心理疏导,鼓励其倾吐内心痛苦与烦恼,并对患者表现出来的好的行为和积极情绪及时给予表扬和鼓励,调动患者参与治疗的积极性。

音乐选择原则以患者喜爱的音乐为主。没特殊要求的,由我科统一购买CD光盘,歌曲选择标准为适合喜欢安静舒心的人群,并且旋律欢快轻盈能放松心情,主要以草原民歌等经典歌曲为主,有《天籁之音草原民歌流行歌曲》、《降央卓玛草原精选歌曲》、《草原民族流行歌曲乌兰图雅托娅》、《草原3大天后歌曲》、《钢琴奏鸣曲集》、《邓丽君+韩宝仪+李玲玉+高胜美+杨钰莹甜歌光盘》、《中国四大乐器名曲大全》、《二胡名曲精选》等共有两百多首歌曲。

观察组采用基础治疗+针刺+音乐康复训练,共4周。音乐康复训练方法是在康复训练前先让患者听音乐10min左右,具体时间根据患者个人情况,能达到调动情绪即可,选择患者喜欢的音乐,训练前的音乐时间主要由家属陪伴,家属陪伴挑选情绪开朗乐观向上的、比较容易调动别人情绪的,并嘱其陪患者跟随音乐节奏动起来,让患者心情愉悦放松,再进行康复训练,且训练同时也播放音乐。治疗在相对安静的独立房间进行,采取一对一的训练方式。采用电脑CD光盘播放乐曲,音乐的音量由小逐渐增强,觉得适合即可。

对照组采用以上基础治疗+针刺,共4周。

1.3 观察指标

以下量表评定人员由1名不知干预情况的康复医师进行。

汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale-HAMD)^[5]:该量表分7类因子结构和24项症状表现,7类因子结构内容分别为躯体变化、体重变化、认知障碍、昼夜变化、迟缓、睡眠、绝望感,总分74分。HAMD评分 ≥ 8 分表示患有PSD, 8—17分为轻度抑郁;18—24分为中度抑郁; > 24 为重度抑郁。

Fugl-Meyer量表(Fugl-Meyer motor assessment-FMA)运动功能评分法^[6]:总分为100分,其中上肢为66分,下肢为34分。功能完好为100分;患肢轻度运动障碍为96—99分;患肢中等运动障碍为85—95分;患肢明显运动障碍50—84

分;患肢严重运动障碍<50分。

日常生活活动能力(activities of daily living-ADL):采用改良 Barthel 指数(modified Barthel index-MBI)评定^[7],满分为100分,≥95分:ADL自理;94—75分:轻度功能缺损;74—50分:中度功能缺损;50—25分:严重功能缺损;24—0分:极严重功能缺损。

1.4 统计学分析

采用 SPSS18.0 统计软件进行数据处理,检验水准 $\alpha=0.05$,双侧检验。计量资料以均数±标准差表示,计数资料比较采用 χ^2 检验,计量资料满足正态性和方差齐性要求的,两样本均数组内治疗前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有显著性意义。

2 结果

两组患者治疗前 HAMD、FMA、MBI 评分比较差异无显著性意义($P>0.05$);治疗4周后,两组患者 HAMD、FMA、MBI 评分与治疗前比较,改善有显著性意义($P<0.01$, $P<0.05$);观察组治疗后 HAMD、FMA、MBI 评分与对照组比较差异显著($P<0.01$)。见表2。

表2 两组治疗前后 HAMD、FMA、MBI 评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别/时间	例数	HAMD评分	FMA评分	MBI评分
观察组				
治疗前	31	24.10±5.33 ^①	36.74±17.36 ^①	34.60±17.88 ^①
治疗后	31	10.62±6.51 ^{②④}	63.25±16.93 ^{②④}	64.86±16.96 ^{②④}
对照组				
治疗前	31	23.50±4.91	37.96±16.98	35.96±18.53
治疗后	31	17.38±5.73 ^③	48.82±18.10 ^③	47.34±17.45 ^③

注:与对照组治疗前比较^① $P>0.05$;组内治疗前后比较^② $P<0.01$ ^③ $P<0.05$;与对照组治疗后比较^④ $P<0.01$

3 讨论

关于 PSD 的发病原因及机制目前尚无统一观点,大多数学者认为可能与神经生理学与心理学因素有关^[8-9]:①生理学因素-原发性内源性抑郁机制。PSD 的发生与脑卒中后额叶或左侧基底节损害有关,认为去甲肾上腺素(Nor-adrenaline-NE)和5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)神经元的胞体位于脑干,其轴突通过丘脑及基底神经节广泛分布于额叶皮质,上述部位的脑组织损害,可使这些区域 NE 和 5-HT 的神经通路受到损伤,导致 NE 及 5-HT 含量下降而诱发抑郁。②心理学因素-反应性抑郁机制,指患者由于躯体残疾而产生心理障碍,同时还包括社会支持、家庭关系等外源性因素的影响而诱发抑郁。

由于 PSD 病因复杂且尚未明确,故 PSD 的治疗方法不尽相同,其中药物治疗与心理干预是临床较为常用的两种治疗方法,其他非药物治疗方法有康复训练、高压氧、重复经颅磁刺激、针灸及音乐疗法^[10]。虽然药物治疗抑郁症有一定的

疗效,但笔者在临床中观察药物治疗也有一定副作用及依赖性,影响患者治疗的依从性,故本研究主要目的是探讨非药物治疗音乐康复训练及针刺对 PSD 的疗效。研究中对照组治疗后, HAMD、FMA 及 MBI 评分较治疗前有改善($P<0.05$),观察组治疗后 HAMD、FMA 及 MBI 评分与对照组比较差异显著($P<0.01$),说明音乐康复训练及针刺均能改善 PSD 患者抑郁程度、肢体运动功能及 ADL 能力,音乐康复训练结合针刺对 PSD 疗效有叠加作用。

PSD 属于祖国医学中“郁证”范畴,中医学认为,郁证的发生,是由于郁怒、思虑、悲哀、忧愁七情所伤,导致肝失疏泄,心神失常,大脑气机紊乱,脏腑阴阳、气血失调而成,病变主要部位是肝、心、脑。故主穴取水沟、百会、内关、神门、太冲以疏气调肝,养心护脑。研究中对照组治疗4周后 HAMD 评分较治疗前改善($P<0.05$),可见上述针刺取穴治疗 PSD 有效。张林、焦黛妍等^[11-12]的临床研究也表明,针灸治疗 PSD 疗效肯定。聂容荣等^[13]研究针刺可明显提高 PSD 患者血清中的 NE、5-HT 和脑源性神经营养因子的表达水平。上述研究结果提示针刺可能主要通过干预内源性因素治疗抑郁。

有研究报道,脑卒中后抑郁与神经功能损害呈正相关^[14]。脑卒中病人常有不同程度的神经功能缺损,如肢体、言语等功能障碍,而且大多数病例发病急,患者很难适应社会及家庭角色的突然转换,产生无用和绝望等情绪,而这些情绪在一定程度上促进自卑、焦虑等临床表现。因此早期康复训练可控制抑郁情绪,因其能显著改善脑卒中患者肢体功能及 ADL 能力,降低致残率,有利于其消除不良情绪,从而抑制反应性抑郁发生^[15]。本研究中观察组治疗后 HAMD、FMA 及 MBI 评分较对照组差异显著($P<0.01$),也进一步证实了康复训练可明显改善 PSD 患者抑郁程度、运动功能及 ADL 能力,其改善抑郁的机制可能是通过提高肢体功能及 ADL 能力(干预反应性抑郁机制)而起作用。

因 PSD 患者情绪消极低落,往往很难主动参与功能锻炼,而提高 ADL 能力是 PSD 患者面临的一个重要问题,如何使 PSD 患者主动参与康复训练?笔者发现音乐疗法放松心情的同时增加了训练的趣味性,使患者主动参与锻炼,提高了康复训练效果。观察组治疗4周后 FMA 及 MBI 评分较对照组差异显著($P<0.01$),说明音乐确能提高 PSD 患者康复训练效果。有研究表明,音乐康复训练能减轻运动的疲劳感,提高患者参与治疗的依从性;能提高动作完成的质量,增强康复训练效果;而且还能改善脑卒中后焦虑和抑郁情绪^[16]。研究中观察组治疗4周后 HAMD、FMA 及 MBI 评分较对照组差异显著($P<0.01$),可能是音乐疗法在改善抑郁的同时增强了康复训练效果的双重效应而抗抑郁。音乐与康复训练结合对脑卒中后抑郁是个良性循环正性反馈的过程,且该疗法实施方便,音乐康复训练过程中又带有点娱乐性,易于被

抑郁患者接受。

音乐康复训练是一种在运动治疗的同时通过聆听音乐使患者的行为、感情及生理活动产生一定变化的治疗技术,它结合了音乐疗法与康复训练两种治疗手段,具有良好的心理及生理调节作用^[16]。近年来,在欧美等发达国家,音乐康复训练已经得到了广泛的应用,如用于慢性阻塞性肺疾病、偏瘫、帕金森综合征、痴呆、冠心病、脑动脉硬化、抑郁症等多种疾病的康复。在国内精神科、心理科开展得比较普遍,国内也有许多学者研究音乐疗法用于PSD的治疗,林法财^[17]等通过临床研究发现五行音乐联合针刺可有效改善脑卒中后抑郁。胡晶^[18]等研究证实五行音乐之角调疗法能缓解脑卒中后抑郁。马将等^[19]通过临床研究证实 α 波音乐可明显改善脑卒中后认知损害患者的焦虑、抑郁情绪以及认知功能。上述研究结果证实音乐疗法对PSD疗效确切,关于其作用机制,有研究表明^[20],音乐能提高抑郁症小鼠脑内5-HT和NE的含量,提示音乐可能通过提高中枢神经递质5-HT及NE的释放而抗抑郁。

综上所述,音乐康复训练及针刺治疗均能改善PSD患者抑郁程度、肢体运动功能及ADL能力,两者结合疗效更佳,可从内源性神经递质机制及外源性反应性机制两方面干预而发挥抗抑郁作用。该联合疗效显著,少有不良反应,安全性高,且音乐康复训练可以同时达到心身同治,值得临床推广。

参考文献

- [1] 李莹,李光校.中国脑卒中患者抑郁患病率meta分析[J].中国公共卫生,2015,31(7):968—972.
- [2] Wang LR, Tao Y, Chen Y, et al. Association of post stroke depression with social factors, insomnia, and neurological status in Chinese elderly population[J]. Neurol Sci, 2016, 37(8): 1305—1310.
- [3] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点. 中华神经科杂志[J], 1996, 29(1): 379—381.
- [4] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准[S]. 3版(CCMD-3). 济南:山东科学技术出版社, 2001: 87—88.
- [5] Zimmerman M, Martinez JH, Young D, et al. Severity classification on the Hamilton Depression Rating Scale[J]. J Affect Disord, 2013, 150(2): 384—388.
- [6] Fugl-Meyer AR, Jääskö L, Leyman I, et al. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance[J]. Scand J Rehabil Med, 1975, 7(1): 13—31.
- [7] Loewen SC, Anderson BA. Predictors of stroke outcome using objective measurement scales[J]. Stroke, 1990, 21(1): 78—81.
- [8] Schulte-Altedomeburg M, Berezcki D. Post-stroke depression[J]. Orvosi Hetilap, 2014, 155(34): 1335—1343.
- [9] Kim JS. Post-stroke mood and emotional disturbances: pharmacological therapy based on mechanisms[J]. J Stroke, 2016, 18(3): 244—255.
- [10] 邓钰,赵萍,王强. 脑卒中后抑郁发病机制及非药物治疗研究进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(11): 874—877.
- [11] 张林,钟艳,全淑林,等. 针刺联合耳穴贴压治疗脑卒中后抑郁:随机对照研究[J]. 中国针灸, 2017, 37(6): 581—585.
- [12] 焦黛妍,邓海鹏,顾和燕,等. 针刺早期干预脑卒中预防脑卒中后抑郁的研究[J]. 中国中医基础医学杂志, 2017, 23(11): 1605—1606.
- [13] 聂荣荣,莫碧文,曾伟星,等. 针灸对脑卒中后抑郁症患者血清5-HT、NE和BDNF水平的影响[J]. 西部医学, 2017, 29(6): 808—812.
- [14] 田亮,叶祥明,李厥宝,等. 脑卒中患者的情绪调节方式和抑郁相关因素分析[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(8): 923—927.
- [15] 赵先伟,杨士芝,栾卫红,等. 早期康复干预对脑卒中后抑郁及其患者日常生活活动能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33: 612—613.
- [16] 赵秋云,林强,程凯,等. 音乐运动疗法对脑卒中患者的运动功能、步行能力及心理的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(3): 293—296.
- [17] 林法财,黄德弘,秦宇航,等. 五行音乐治疗脑卒中后抑郁的有效性 & 安全性研究[J]. 中国康复医学杂志, 2017, 32(12): 1390—1393.
- [18] 胡晶,蔡蔚. 五行音乐之角调对脑卒中后抑郁状态作用的研究[J]. 护理研究, 2014, (16): 1990—1991.
- [19] 马将,黄洁,韩振萍,等. α 波音乐对脑卒中后认知损害患者焦虑抑郁情绪及认知功能障碍的影响[J]. 河北医科大学学报, 2016, 37(3): 285—288.
- [20] 程虹毓,熊浩仲,朱继孝,等. 中医五行音乐对抑郁模型小鼠行为及脑内5-羟色胺和去甲肾上腺素影响的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2015, (7): 712—714.