

· 临床研究 ·

脑卒中后抑郁症对患者肢体感觉功能和日常生活活动能力的影响

尤志珺 周少华 席刚明

【摘要】目的 探讨脑卒中后抑郁症(PSD)对患者肢体感觉功能和日常生活活动(ADL)能力的影响。方法 将100例脑卒中患者根据综合医院焦虑/抑郁情绪测定量表(HAD)评分分为脑卒中后抑郁组和非抑郁组,2组均给予常规药物、康复治疗及感觉功能训练,抑郁组同时给予抗抑郁药物治疗,于治疗前和治疗3个月后分别采用Fugl-Meyer评分法和Barthel指数(BI)评定2组受累侧感觉功能和ADL能力。结果 2组患者的感觉功能及BI评分较治疗前均有明显改善(P<0.01)(排除未服抗抑郁药的5例抑郁组患者);抑郁组的感覺功能及BI评分结果较非抑郁组差(P<0.01);抑郁组中因故未服用抗抑郁药物的5例患者,其治疗前、后的感觉功能及BI评分结果差异无统计学意义(P>0.05)。结论 PSD可严重影响患者肢体感觉功能和ADL能力的康复;及时有效的抗抑郁治疗和康复训练可促进神经功能和ADL能力的提高。

【关键词】 脑卒中; 抑郁; 感觉功能; 日常生活活动能力

脑卒中后抑郁症(post-stroke depression, PSD)是一种常见的脑卒中后并发症,发生率高达31.2%~63.1%<sup>[1]</sup>。它不仅影响患者的生存质量,也妨碍患者的神经功能恢复<sup>[2]</sup>。目前,PSD对患者运动功能影响的研究较多,但对患者感觉功能的影响方面的研究鲜见报道,然而感觉是进行运动的前提,它对躯体的协调功能、平衡功能及运动功能的恢复有明显影响。本研究旨在通过对PSD患者进行感觉功能康复训练,对其感觉功能和日常生活活动(activities of daily living, ADL)能力进行评定,探讨PSD对患者感觉功能和ADL能力的影响。

资料与方法

一、一般资料

收集2006年9月至2007年9月在我院康复科或神经内科住院、首次发病并伴有偏瘫的脑卒中患者100例。纳入标准:①符合1995年第4届全国脑血管学术会议通过的诊断标准<sup>[3]</sup>;②经头颅CT或MRI检查证实;③感觉障碍为偏身型;④神志清楚,检查合作。排除标准:①有其他已知可能导致周围神经功能障碍的疾病(如糖尿病、周围神经病等);②有严重的心、肝、肾等脏器的疾患;③有恶性肿瘤及精神病史;④有认知障碍及痴呆者。

采用综合医院焦虑/抑郁情绪测定量表<sup>[4]</sup>(hospital anxiety/depression scale, HAD)对上述100例脑卒中患者进行评定,总评分≥8分者诊断为PSD,共30例为抑郁组,总评分<8分者共70例,其中随机抽取30例作为非抑郁组。2组患者的一般情况及病情比较见表1,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比

性。

三、治疗方法

2组患者均接受相似的常规药物治疗和以Bobath法、运动再学习为主的运动功能训练。在以上治疗基础上同时接受感觉功能再训练,具体方法如下。

1. 良肢位保持和体位转换训练:以偏瘫侧卧位为主,转换体位时提醒患者注意感觉障碍的肢体,使其逐渐察觉到身体部位的变化。

2. 浅感觉障碍的感觉再训练:用大头针适度刺激偏瘫侧肢体,训练对痛觉的认知;用棉签训练轻触觉;用冷热毛巾擦敷训练温度觉功能,并结合Rood技术给予偏瘫侧肢体轻拍、叩打、轻微触摸、逆毛发方向快速擦偏瘫肢皮肤、短时间冰敷刺激等。

3. 深感觉障碍的感觉再训练:①在关节活动训练中,于不同位置、方向短暂地施加阻力及适当负重,并适当做肢体定位及控制训练;②在偏瘫侧各关节处使用弹性绷带缠绕后,进行被动和主动运动;③将音叉放置于关节骨隆起处训练振动觉,用手轻捏手指、足趾远端两侧并做不同方向运动,让患者感觉并判断。

4. 复合觉障碍的感觉再训练:①对实体感觉障碍患者,当指尖感觉有所恢复时,在布袋中放入日常熟悉的物体,如手表、钥匙等,通过探拿训练实体感觉;②将木钉盘上的木钉用各种不同材料缠绕一层,对感觉障碍明显的患者指导其抓握最粗糙的木钉,随着感觉功能的改善逐渐减轻刺激,直至能闭眼通过手辨别不同的缠绕物,并说出其名称;患者能站立后,在其足底放置不同质地的垫子,让患者感受并判断。

表1 2组患者一般情况比较

组别	例数	性别 (男/女,例)	年龄 (岁)	病程 (d)	病变部位(例)			病变性质(例)	
					左半球	右半球	脑干小脑	出血	梗死
抑郁组	30	18/12	69.3±5.8	86.3±4.9	25	4	1	8	22
非抑郁组	30	17/13	68.5±7.1	85.8±5.7	24	5	1	7	23

DOI:10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2009. 02. 013

作者单位:442000 十堰,湖北十堰市郧阳医学院附属人民医院神经内科

5. 结合日常生活活动进行综合训练;如指导患者穿脱衣服、用餐、修饰、转移等,同时指导患者在偏瘫侧肢体未恢复感觉前应用视觉与健侧肢体对其进行保护,如用健手测试水温、用眼睛观察偏瘫侧周围的事物等。

以上训练每日 1 次,每次 45 min,连续治疗 3 个月后评定疗效。抑郁组患者同时给予 5-HT 再摄取抑制剂帕罗西汀,每次 20 mg,每日 1 次,连用 3 个月。

#### 四、评定方法

2 组患者均于治疗前、治疗 3 个月后采用 Fugl-Meyer 量表进行偏瘫侧感觉及运动功能评定<sup>[5]</sup>。正常为运动积分上肢 66 分,下肢 34 分,总积分 100 分;感觉总积分 24 分。ADL 能力采用 Barthel 指数(Barthel Index, BI)<sup>[5]</sup>进行评定,评定内容包括进食、更衣等项目,满分 100 分,分数越高,能力越强。

#### 五、统计学分析

所有数据均以( $\bar{x} \pm s$ )表示,统计学检验采用 *t* 检验,以  $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

### 结 果

治疗前,2 组患者感觉功能及 BI 评分比较差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。见表 2。

治疗 3 个月后,2 组患者感觉功能及 BI 评分较治疗前均有明显改善,组内比较差异具有统计学意义( $P < 0.01$ );抑郁组治疗后的感觉功能改善情况及 BI 评分结果较非抑郁组差,差异具有统计学意义( $P < 0.01$ ),见表 2。

另外,在 30 例 PSD 患者中有 5 例因拒服、服用后不能耐受药物的副作用等原因未服或服用 1~2 d 后停用 5-HT 再摄取抑制剂帕罗西汀,其治疗前感觉功能和 BI 的评分分别为(10.60 ± 4.48)分和(28.52 ± 10.20)分,治疗后感觉功能和 BI 的评分分别为(12.80 ± 4.50)分和(35.60 ± 10.50)分,其治疗前、后感觉功能和 BI 评分结果差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

表 2 2 组患者感觉功能及 BI 评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

组 别	例数	感觉功能	BI
非抑郁组	30		
治疗前		10.85 ± 4.15	28.10 ± 3.20
治疗后		17.00 ± 3.20 <sup>ab</sup>	65.40 ± 2.10 <sup>ab</sup>
抑郁组	25		
治疗前		10.45 ± 4.50	27.20 ± 3.50
治疗后		14.30 ± 3.15 <sup>a</sup>	45.75 ± 3.60 <sup>a</sup>

注:与组内治疗前比较,<sup>a</sup> $P < 0.01$ ;与抑郁组治疗后比较,<sup>b</sup> $P < 0.01$

### 讨 论

PSD 是一种脑卒中后情绪障碍,是临床上常见的脑卒中并发症之一。虽然近 20 年来国内外学者对其做了不少研究,但是 PSD 的产生机制仍未明了。目前国内外主要公认两种学说:一是“原发性内源性学说”,即生物解剖机制,认为 PSD 的发生与大脑损害后的神经生物学改变有关,由于脑卒中病变损害了脑干蓝斑等结构向左侧丘脑和左侧额叶投射的去甲肾上腺素(norepinephrine, NE)能和 5-羟色胺(5-hydroxytryptamine, 5-HT)能神经元及其传导通路,致使 NE 和 5-HT 含量下降而导致抑郁<sup>[6]</sup>;二是“反应性机制学说”,亦称社会心理机制,认为脑卒中

患者病后遗留言语、肢体功能障碍等残疾及由此带来的社会或家庭角色的改变,使其产生无用感、绝望感和包袱感等,这对抑郁症的发生或程度加重起了促进作用。因此目前认为,是多因素介导的生物学机制和社会心理机制共同参与 PSD 发病。其主要临床表现为情绪低落、意志消沉,兴趣减少,对治疗缺乏积极性,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一系列作用,严重影响康复效果<sup>[7]</sup>。本研究显示,在发病后 3 个月,2 组患者感觉功能和 ADL 能力评分较治疗前均有明显改善( $P < 0.01$ ),说明康复治疗有助于改善脑卒中后肢体感觉功能及 ADL 能力;此外本研究还表明,脑卒中后抑郁组的感覺功能改善情况及 BI 评分结果较非抑郁组差( $P < 0.01$ ),说明 PSD 影响脑卒中后受累肢体感觉功能和 ADL 能力的康复。因此脑卒中与抑郁的发生及神经功能康复之间的关系非常密切,即脑卒中可并发抑郁状态,而抑郁状态影响神经功能的康复,甚至会加重神经功能的损害,使其生存质量降低<sup>[8]</sup>。

有研究表明,通过服用选择性 5-HT 再摄取抑制剂,能改善 5-HT 递质的功能,促进突触的形成,促进脊髓感觉运动神经元的功能,调制目的性反射,从而促进神经功能康复<sup>[9]</sup>。Narushima 等<sup>[10]</sup>研究发现,在发病早期及时给予抗抑郁药治疗 PSD 患者与脑卒中 1 个月后才接受抗抑郁药治疗的患者相比,前者脑功能损害显著减轻,肢体功能的改善也明显增强。本研究中 30 例 PSD 中 5 例未服抗抑郁药物,其治疗后的感觉功能及 BI 的评分明显差于使用抗抑郁治疗的 PSD 患者,其本身治疗前、后感觉功能及 BI 的评分差异无统计学意义,而给予抗抑郁治疗的 PSD 患者治疗前、后评分结果差异有统计学意义,说明未经抗抑郁治疗的 PSD 患者感觉功能康复疗效差,抑郁状态严重影响 PSD 患者感觉功能康复,因此对 PSD 患者不仅要通过加强功能锻炼促进感觉功能康复,而且医师要给予高度重视,早期发现 PSD、及时有效的抗抑郁治疗,可促进其神经功能和 ADL 能力的提高。

### 参 考 文 献

- [1] 丁关庆. 脑卒中患者伴发抑郁症 112 例研究. 中国实用内科杂志, 1997, 17:663-664.
- [2] Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year post stroke mortality. Am J Psychiatry, 1993, 150:124-129.
- [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, 1996, 29:379-380.
- [4] 汤毓华. 医院焦虑抑郁量表. 中国心理卫生杂志, 1999, 增刊: 223-226.
- [5] 燕铁斌, 窦祖林, 主编. 实用瘫痪康复. 北京: 人民卫生出版社, 1999:410-411.
- [6] Wiart L, Petit H, Joseph PA, et al. Fluoxetine in early post stroke depression: A double-blind placebo-controlled study. Stroke, 2000, 31:1829-1832.
- [7] Katon W, Sullivan MD. Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatry, 1990, 51(suppl):3-11.
- [8] Dieguez S, Staub F, Bruggemann L, et al. Is poststroke depression a

vascular depression? J Neurol Sci, 2004, 226: 53-58.

- [9] Glanzman DL. Postsynaptic regulation of the development and long-term plasticity of aplysia sensorimotor synapses in cell culture. J Neurobiol, 1994, 25: 666-693.
- [10] Narushima K, Robinson RG. The effect of early versus late antidepressant treatment on physical impairment associated with poststroke

depression; is there a time-related therapeutic window? J Nerv Ment Dis, 2003, 191: 645-647.

(修回日期: 2008-05-26)

(本文编辑: 松 明)

## 电针曲池穴治疗原发性高血压病的临床研究

马朝阳 万文俊 熊修安 王鹂 丁琳 张逸仙 姚启明

**【摘要】目的** 观察电针曲池穴对原发性高血压病(EH)患者血压及血浆儿茶酚胺(CA)浓度的影响,探讨电针曲池穴的降压机制。**方法** 将80例EH患者随机分为电针曲池穴组(观察组)和药物对照组(对照组),每组40例,分别采用电针曲池穴和药物治疗,观察患者治疗前、后血压的变化情况以及血浆CA的浓度变化。**结果** 2组在疗程结束后收缩压(SBP)、舒张压(DBP)与治疗前比较,均明显降低( $P < 0.01$ );治疗后,2组患者血浆肾上腺素(AD)、去甲肾上腺素(NAD)浓度较治疗前,均明显下降( $P < 0.01$ ),而血浆多巴胺(DA)降低不明显( $P > 0.05$ );③疗程结束后,2组患者间降压疗效差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论** 电针曲池穴和药物治疗均能通过调节血浆CA浓度达到对血压的良性调节作用。

**【关键词】** 原发性高血压病; 电针; 曲池穴; 儿茶酚胺

原发性高血压病(essential hypertension, EH)是以体循环动脉压增高为主要表现的临床综合征,它是动脉硬化、脑血管病、冠心病的易发因素,在脑血管疾病中,高血压是最重要的和独立的危险因素<sup>[1]</sup>。研究发现,人体血压的调控存在昼夜节律性,而体液因素是血压调控的重要环节之一<sup>[2,3]</sup>,其中血浆儿茶酚胺(Catecholamine, CA)[包括肾上腺素(adrenalin, AD)、去甲肾上腺素(noradrenalin, NAD)、多巴胺(dopamine, DA)等]的含量变化与血压的昼夜节律有非常密切的关系。因此,调控血压和血浆CA的含量对预防脑血管病、冠心病有着积极的临床意义。我们应用电针曲池穴治疗40例EH患者,并与用西药治疗的40例EH患者进行对照观察。现报道如下。

### 资料和方法

#### 一、临床资料与分组

研究对象均为在本科门诊及住院接受治疗的EH患者。入选标准:①参照2004年《中国高血压防治指南》<sup>[4]</sup>诊断标准中血压水平的定义和分类,符合高血压病1、2级;②无严重心、肝、脑、肾并发症;③未服用其它降压药物;④年龄40~70岁;⑤依从性好;⑥治疗前均征得患者本人或家属的同意。排除标准:①各种继发性高血压;②心、肝、脑、肾等重要脏器严重功能不全;③确诊的冠心病;④严重心脏瓣膜疾病;⑤持续性异位心律失常;⑥外周血管疾病;⑦慢性消耗性疾病;⑧精神病患者。

符合上述标准的患者80例,按入选顺序随机分为电针曲池穴组(观察组)和药物对照组(对照组),每组40例。观察组40例中,男25例,女15例;年龄45~68岁,平均63.72岁;收缩压( $159.88 \pm 8.72$ )mmHg,舒张压( $98.95 \pm 6.12$ )mmHg。

对照组40例中,男23例,女17例;年龄47~69岁,平均65.24岁;收缩压( $159.25 \pm 11.41$ )mmHg,舒张压( $104.13 \pm 7.55$ )mmHg。2组患者的性别、年龄及血压等一般情况比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。

#### 二、治疗方法

1. 对照组:采用常规药物治疗。口服尼卡地平片,20mg/次,每日3次,连续治疗15d为1个疗程,共治疗1个疗程。

2. 观察组:采用电针治疗。患者取仰卧位,根据《针灸学》<sup>[5]</sup>体针取穴方法取曲池穴,即在肘横纹外侧端,屈肘时尺泽穴与肱骨外上髁连线的中点。选用30号1.5寸一次性无菌毫针进行针刺。双侧曲池穴局部常规消毒后,针尖与局部皮肤呈90°刺入1.0~1.2寸深,得气后连接上海产G9805-C低频电子脉冲治疗仪的一端输出上,在曲池穴与阳溪穴连线下5寸处(非穴位)置一电极,并连接该治疗仪的另一端输出,输出等幅连续波,刺激强度12mA,频率20Hz,留针10min,每日1次,连续治疗15d为1个疗程,共治疗1个疗程。

#### 三、评定方法

1. 2组患者分别于治疗前及疗程结束后测定收缩压(systolic blood pressure, SBP)、舒张压(diastolic blood pressure, DBP),并分别于治疗前1d和治疗后16d测血压时抽取静脉血,采用放免法进行CA(AD、NAD、DA)测定。

2. 疗效评定标准参照1993年卫生部制订的《新药(中药)治疗高血压病临床研究指导原则》所规定的高血压疗效标准<sup>[6]</sup>。显效——DBP下降 $\geq 10$ mmHg并降至正常,或未降至正常但下降 $\geq 20$ mmHg;有效——DBP下降 $< 10$ mmHg并降至正常,或未降至正常但下降10~19mmHg,或SBP下降 $\geq 30$ mmHg。

#### 四、统计学分析

应用SPSS 10.0版统计学软件对数据进行分析,数据以