

· 临床研究 ·

心理康复对脊髓损伤患者抑郁症状、睡眠质量及日常生活能力的影响

何予工 何宗颖

【摘要】目的 观察心理康复对脊髓损伤患者抑郁症状、睡眠质量以及日常生活能力的影响。**方法** 将 60 例脊髓损伤患者按随机数字表法分为治疗组和对照组, 每组患者 30 例。2 组患者均采用相同的综合康复训练进行治疗, 治疗组在综合疗法的基础上增加心理康复治疗。2 组患者均于治疗前和治疗 3 个月后(治疗后)采用汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)和改良 Barthel 指数(MBI)对其抑郁状态、睡眠质量和日常生活活动能力进行评定。**结果** 治疗前, 2 组患者的 HAMD 评分、MBI 指数以及 PSQI 评分, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2 组患者各项评分与组内治疗前比较, 均显著降低($P < 0.05$)。治疗组治疗后的 HAMD 评分、MBI 指数以及 PSQI 评分分别为(13.27 ± 1.95)分、(54.27 ± 2.94)分和(5.07 ± 3.07)分, 分别与对照组治疗后的(17.70 ± 1.99)分、(42.57 ± 3.22)分和(8.57 ± 3.26)分比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。且 2 组患者治疗前、后 3 项评分的差值比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 对脊髓损伤患者进行肢体功能康复联合心理康复能明显改善患者的抑郁症状和睡眠质量, 提高患者的日常生活能力。

【关键词】 心理康复; 脊髓损伤; 抑郁症状; 睡眠质量; 日常生活能力

Effects of psychological rehabilitation on depression, sleep quality and ability in the activities of daily living after spinal cord injury HE Yu-gong, HE Zong-ying. Department of Rehabilitation Medicine, First Affiliated Hospital of Zhengzhou University, Zhengzhou 450008, China

【Abstract】 Objective To observe the effects of psychological rehabilitation on depression, quality of sleep and ability in the activities of daily living (ADL) of patients with spinal cord injury (SCI). **Methods** Sixty patients with SCI were randomly divided into a treatment group ($n = 30$) and a control group ($n = 30$). The control group was treated for the rehabilitation of limb function; the treatment group was treated with psychological rehabilitation in combination with conventional rehabilitation. The Hamilton depression scale (HAMD), the Pittsburgh sleep quality index (PSQI) and the modified Barthel index (MBI) were used to assess depression, quality of sleep and ADL ability. **Results** Depression, ADL ability and quality of sleep in both groups all improved significantly after treatment, but the effect in the treatment group was significantly superior to that of the control group. **Conclusion** Patients with SCI treated for rehabilitation of limb function in combination with psychological rehabilitation can significantly improve depression, quality of sleep and ADL ability.

【Key words】 Psychological rehabilitation; Spinal cord injury; Depression; Sleep quality; Activities of daily living

脊髓损伤多为突发性疾病, 可使患者出现严重的心理障碍, 其中抑郁是脊髓损伤患者最常见的心理问题之一^[1], 患者表现为情绪低落、悲观失望、忧伤、睡眠障碍、乏力、表情单一, 对任何事情都提不起兴趣, 感到孤独无助、不与人交往、自卑、自暴自弃、放弃治疗, 严重者甚至有自杀倾向或行为。临床工作中, 康复医师往往只对患者的肢体功能进行康复治疗, 很少对患者抑郁症状、睡眠障碍等心理问题进行专业的心理治疗。本研究旨在观察肢体功能康复联合心理康复对脊髓损伤患者抑郁症状、睡眠质量以及日常生活活动能力的影响。

资料与方法

一、一般资料

选择 2011 年 7 月至 2012 年 7 月在郑州大学第一附属医院康复医学科住院的脊髓损伤患者 60 例作为研究对象。纳入标准: 经 MRI 或 CT 证实为脊髓损伤, 临床表现以截瘫和四肢瘫为主, 不伴有颅脑损伤和认知障碍, 所有患者均签署知情同意书。按照随机数字表法将 60 例患者随机分为治疗组和对照组, 每组患者 30 例。2 组患者的性别、年龄、病程、损伤程度、美国脊髓损伤协会(American Spinal Injury Association, ASIA) 残损分级等方面比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。2 组患者一般资料见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	临床表现		ASIA 残损分级			
		男	女			截瘫	四肢瘫	A	B	C	D
治疗组	30	19	11	39.63 \pm 8.03	41.77 \pm 13.88	26	4	2	10	9	9
对照组	30	18	12	40.07 \pm 9.78	42.97 \pm 14.28	25	5	1	11	10	8

二、治疗方法

2 组患者均采用相同的综合康复训练进行治疗,治疗组在综合疗法的基础上增加心理康复治疗。

(一) 综合康复训练

1. 脊髓损伤早期(伤后 1 周至 8 周):患者在康复治疗师的指导和协助下行体位摆放、被动关节活动、呼吸排痰训练、早期坐起训练、大小便的处理等康复训练;同时行电刺激、气压治疗、针灸治疗、蜡疗等理疗。上述疗法每日 1~2 次,每次各 15 min,每周治疗 6 d。

2. 脊髓损伤恢复期(伤后 8 周至 3 个月):患者在康复治疗师的指导和协助下,根据不同的损伤平面和损伤程度针对性地选择肌力训练、牵伸训练、坐位训练、转移训练、轮椅训练、步行训练、日常生活活动能力训练以及物理因子治疗。上述疗法每日 1~2 次,每次各 15 min,每周治疗 6 d。

(二) 心理康复治疗

选择安静的环境,由经过专业培训,取得中级心理治疗师证,且在精神心理科执业的心理医师进行心理治疗,每周 2 次,每次 1 h。脊髓损伤早期:患者表现为紧张、焦虑、恐惧、脾气暴躁、失眠、不配合康复治疗等,选择认知疗法、支持疗法、情绪疏泄疗法和行为疗法。脊髓损伤恢复期:患者表现为情绪低落、悲观失望、表情单一,对任何事情都提不起兴趣,睡眠障碍,康复治疗不积极,严重者有自杀倾向或行为,选择认知疗法、支持疗法、行为疗法、集体疗法。具体方法如下。

1. 认知疗法:使患者对自己的病情有正确的认识,改变患者对残疾和生活的各种错误的态度,矫正患者自暴自弃的消极行为,学习正确的观念以及接受积极的应对方式,使患者的认知更接近实际。

2. 支持疗法:与患者建立良好的医患关系、取得患者的信任,对患者的不幸和目前的心理状况给予充分的同情和理解,态度要严肃认真。

3. 情绪疏泄疗法:合理解释患者出现的心理问题(如焦虑、急躁、恐惧等),对患者的处境、痛苦、抱怨、诉苦不宜进行劝阻或仅给予一般性鼓励,耐心倾听患者诉说,并鼓励他们表达压抑的心理问题,缓解心理压力。

4. 行为疗法:利用行为矫正技术,有意识、有计划地帮助患者消除不良行为,并促其建立良好行为。

5. 集体疗法:向患者家属解释说明患者目前存在的问题和可能遇到的困难及预后情况,取得家属的配合,鼓励家属去帮助患者适应面前的困难,给予患者心

理、身体方面的关怀与照料。并让患者和恢复较好的患者进行交流,帮助其树立战胜疾病的信心。

三、评定方法

2 组患者均于治疗前和治疗 3 个月后(治疗后)进行抑郁程度、日常生活活动能力和睡眠质量评分,并计算治疗前、后各项评分之间的差值。

抑郁程度采用汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)进行评定^[2]。HAMD 量表可分为 7 个因子 24 项。包括:①焦虑/躯体化——由精神性焦虑、躯体性焦虑、胃肠道症状、疑病和自知力、全身症状 6 项组成;②体重——即体重减轻 1 项;③认知障碍——包括自罪感、自杀、激越、人格、现实解体、偏执症状和强迫症状 6 项;④日夜变化——仅日夜变化 1 项;⑤迟缓——由抑郁情绪、工作和兴趣、迟缓和性症状 4 项组成;⑥睡眠障碍——由入睡困难、睡眠不深和早醒 3 项组成;⑦绝望感——由能力减退感、绝望感和自卑感 3 项组成。HAMD 量表评分 >35 分为严重抑郁;20~35 分为轻或中度的抑郁;<8 分,为无抑郁症状。

日常生活活动能力采用改良的 Barthel 指数(modified Barthel index, MBI)进行评定^[3]。0 分~20 分为功能严重障碍,日常生活完全依赖;21~40 分为生活需要大部分依赖;41~60 分为生活需要中度依赖;>60 分为生活需要小部分依赖但尚能独立;100 分为基本生活独立自理,不需他人照顾。

睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数量表(Pittsburgh sleep quality index, PSQI)进行评定^[4]。PSQI 量表由 7 个成分因子组成,分别为入睡时间、睡眠时间、睡眠效率、睡眠障碍、催眠药物应用、日间功能影响及主观睡眠质量。每个成分因子评定结果分为 4 个等级(0~3 分),将各项得分累积即为 PSQI 总分。按照国内睡眠质量研究的常模,7 分为我国成人睡眠质量问题的参考临界值,总分 >7 分是睡眠障碍,总分 \leq 3 分为睡眠质量好,介于两者之间的睡眠治疗为一般,得分越高,表示睡眠质量越差。

四、统计学分析

应用 SPSS 17.0 版统计软件,实验数据用($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,治疗前、后比较采用配对 t 检验,均经过正态性检验和方差齐性检验。

结 果

治疗前,两组患者的 HAMD 评分、MBI 指数以及

PSQI 评分,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2 组患者各项评分与组内治疗前比较,均显著降低($P < 0.05$)。治疗组治疗后的 HAMD 评分、MBI 指数以及 PSQI 评分分别为(13.27 ± 1.95)分、(54.27 ± 2.94)分和(5.07 ± 3.07)分,分别与对照组治疗后的(17.70 ± 1.99)分、(42.57 ± 3.22)分和(8.57 ± 3.26)分比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),详见表 2。且 2 组患者治疗前、后 3 项评分的差值比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 3。

表 2 2 组患者治疗前、后 HAMD 评分、MBI 指数及 PSQI 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMD 评分	MBI 指数	PSQI 评分
治疗组				
治疗前	30	21.63 ± 2.75	29.57 ± 5.99	13.03 ± 3.07
治疗后	30	13.27 ± 1.95 ^{ab}	54.27 ± 2.94 ^{ab}	5.07 ± 3.07 ^{ab}
对照组				
治疗前	30	21.40 ± 2.69	30.40 ± 5.61	13.80 ± 2.98
治疗后	30	17.70 ± 1.99 ^a	42.57 ± 3.22 ^a	8.57 ± 3.26 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

表 3 2 组患者治疗前、后 HAMD 评分、MBI 指数及 PSQI 评分的差值比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	HAMD 评分	MBI 指数	PSQI 评分
治疗组	30	8.37 ± 1.79 ^a	24.70 ± 4.94 ^a	7.97 ± 2.44 ^a
对照组	30	3.70 ± 1.29	12.17 ± 5.18	5.23 ± 1.31

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$

讨 论

脊髓损伤是由于各种原因引起的脊髓结构、功能的损害,造成损伤水平以下运动、感觉和自主神经功能障碍,其损伤原因为创伤和疾病,几乎所有的脊髓损伤患者在伤后均出现忧郁、焦虑、恐惧甚至出现精神症状等临床表现^[5-6]。Shin 等对 36 例脊髓损伤患者进行调查时发现,大约 63.9% 的患者出现抑郁症^[7]。抑郁症一般表现为情绪低落、兴趣减低、悲观消极、缺乏主动性、睡眠障碍等,重度抑郁症患者甚至会出现自杀念头而危及生命^[8]。何成奇等^[9]对 496 例脊髓损伤、脑血管意外等患者,发现其中 7.3% 的患者在住院期间曾有自杀念头,而有 11.3% 的患者在康复阶段曾出现自杀想法,其最主要的原因就是社会功能的损害和抑郁。

睡眠障碍是抑郁症反复发作的重要危险因素,且在抑郁症状中非常常见,可以作为抑郁症的重要诊断标准之一^[10]。有研究证实,抑郁与睡眠障碍的关系密不可分,且二者互为影响因素^[11]。李红玲等^[12]对 157 例工伤康复患者进行调查时发现,其抑郁症发病率高达 71.34%,在抑郁症患者中睡眠障碍发生率为 40.18%。患者常因抑郁出现消极悲观,烦躁不安,睡

眠障碍等心理问题,导致其对肢体功能的康复治疗积极性低,主动性差,进而影响康复的效果。Kennedy 等^[13]认为,心理问题是影响患者运动功能的重要因素之一,在早期康复时应应对心理问题进行评估。本研究中,2 组患者经过 3 个月的治疗,其抑郁程度、日常生活活动能力、睡眠质量较治疗前均有改善,这表明肢体功能的康复可显著改善患者肢体功能,提高患者的日常生活活动能力^[14],降低对家属的依赖,增强患者回归社会的信心,同时还可改善其抑郁症状和睡眠障碍。而治疗组治疗后的抑郁程度、睡眠质量、日常生活活动能力较对照组治疗后改善更为显著,表明肢体功能的康复治疗联合心理治疗可进一步地改善患者的抑郁症状和睡眠质量,提高其日常生活活动能力。

综上所述,对脊髓损伤患者进行肢体功能康复的同时对其进行心理康复,两者相互促进,可显著改善患者的抑郁程度和睡眠质量,提高其日常生活活动能力。

参 考 文 献

- [1] Elliott TR, Frank RG. Depression following spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil, 1996, 77: 816-823.
- [2] 汪向东. 心理卫生评定量表手册. 北京: 中国心理卫生出版社, 1999: 127.
- [3] 闵瑜, 吴媛媛, 燕铁斌. 改良 Barthel 指数(简体中文版)量表评定卒中患者日常生活活动能力的效度和信度研究. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30: 185-188.
- [4] 张作记. 行为学量表手册. 北京: 中国医学电子音像出版社, 2005: 255-256.
- [5] 于长隆. 骨科康复学. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 483.
- [6] 毛方敏. 脊髓损伤患者的心理特征调查. 现代中西医结合杂志, 2004, 13: 2288.
- [7] Shin JC, Goo HR, Yu SJ, et al. Depression and quality of life in patients within the first 6 months after the spinal cord injury. Ann Rehabil Med, 2012, 36: 119-125.
- [8] 徐芝灵, 徐家亮. 心理干预联合电针及高压氧治疗脑外伤后抑郁症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33: 39-42.
- [9] 何成奇, 韩梅. 脊髓损伤的康复治疗. 国外医学物理医学与康复学分册, 2003, 23: 105-108.
- [10] Ford DE, Cooper-Patrick L. Sleep disturbances and mood disorders: an epidemiologic perspective. Depress Anxiety, 2001, 14: 3-6.
- [11] 王丝丝, 潘集阳. 抑郁症患者睡眠质量的主观差异及相关因素. 实用医学杂志, 2012, 28: 2348-2351.
- [12] 李红玲, 周顺林, 吴丽君, 等. 工伤抑郁患者的睡眠质量及相关影响因素分析. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34: 501-504.
- [13] Kennedy P, Lude P, Elfström ML, et al. Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil, 2011, 92: 597-602.
- [14] 刘新通, 汪洋, 郑芷萍, 等. 无症状脑梗死患者认知功能. 中华物理医学与康复杂志, 2000, 22: 40-43.
- [15] Bombardier CH, Fann JR, Tate DG, et al. An exploration of modifiable risk factors for depression after spinal cord injury: which factors should we target? Arch Phys Med Rehabil, 2012, 93: 775-781.

(修回日期: 2013-01-21)

(本文编辑: 阮仕衡)