

·短篇论著·

高压氧联合头针治疗脑卒中患者的疗效观察

薛松¹ 朱成全¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

116例来自我院2003—2005年的住院患者, 均按1995年全国第四次脑血管疾病学术会议修订的标准^[1]和颅脑CT检查确诊。Glasgow昏迷量表评分>8分, 生命体征稳定。采用简单随机法, 将入选病例随机分为治疗组67例和对照组54例, 最后脱落5例, 实际治疗组65例, 对照组51例。两组患者性别、年龄、病程、既往史、并发症等方面比较差异均无显著性意义($P>0.05$), 具有可比性(见表1)。

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)	病变性质(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
治疗组	65	38	27	61.2±10.1	7.52±4.78	48	17
对照组	51	31	20	59.2±11.2	7.35±4.69	38	13

1.2 治疗方法

对照组进行扩容、抗血小板聚集、改善脑供血与代谢、抗自由基、防止钙离子内流及超载等治疗方法。

实验组在对照组治疗的基础上进行高压氧(hyperbaric oxygen, HBO)及头针治疗。HBO治疗: 患者病情稳定后开始, 以压缩空气加压至0.2MPa, 吸纯氧60min, 每日1次, 10次为1个疗程, 平均2—3个疗程。头针治疗: 头穴顶颞前斜线定位在头顶部侧面, 前顶穴止于悬厘穴, 顶中线定位在头顶部正中线上, 额中线定位在额部正中, 前发际上下各0.5寸, 即自神庭穴向下1寸。取病灶侧头部顶颞前斜线, 常规消毒后, 用32号1.5寸毫针10根, 首先取1根针与头皮呈30°角透刺额中线, 使其镇静安神; 再取1根针同手法刺顶中线使督脉通; 然后取4根针依次沿顶颞前斜线首尾相接透刺入帽状腱膜下, 最后取4根针距上4个针刺点旁开0.5cm处, 分别与原针体呈垂直方向再刺入一针, 置于原针体下, 呈“十”字交叉状, 既形成4对

垂直的“十”字组合。每根针快速提插捻转1min, 休息10min再重复行针1次, 每次行针时让患者活动上、下肢, 或众人扶持使其被动行走。1次/天, 5次为1个疗程, 疗程间休息2d, 平均4—5个疗程。

1.3 疗效观察

两组分别于治疗前和治疗后4周采用简易精神状态评定量表进行神经功能缺损评分。基本痊愈: 功能缺损评分减少91%—100%, 病残程度为0级; 显著进步: 功能缺损评分减少46%—90%, 病残程度为1—3级; 进步: 功能缺损评分减少18%—45%; 无变化: 功能缺损评分减少17%左右; 恶化: 功能缺损评分减少或增多18%以上; 死亡。

采用Barthel指数(Barthel index, BI)评价两组患者治疗后ADL的改善情况。

1.4 统计学分析

数据录入及统计学分析均在SPSS11.0统计软件上进行, 分别采用 t 检验、 χ^2 检验和Ridit分析。

2 结果

见表2。神经功能缺损程度评分, 两组治疗前差异无显著性意义($P>0.05$); 治疗后两组的神经功能缺损程度评分与治疗前比较均下降($P<0.01$), 两组治疗前后差值比较差异有显著性意义($P<0.05$), 提示治疗组的神经功能缺损程度恢复优于对照组。治疗组基本痊愈14例(21.5%), 显著进步28例(43.1%), 进步21例(32.3%), 无进步2例(3.1%)。对照组基本痊愈5例(9.8%), 显著进步16例(31.4%), 进步25例(49.0%), 无进步5例(9.8%)。提示总体治疗效果治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

BI评分, 治疗前两组比较差异无显著性意义($P>0.05$); 治疗后两组BI评分均明显提高($P<0.01$), 且治疗组BI评分的提高高于对照组($P<0.01$), 提示治疗组在提高ADL方面优于对照组。

表2 两组患者治疗前后MMSE及BI评分比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	MMSE 评分			BI 评分	
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后
治疗组	65	13.62±8.46	5.86±4.35 ^{①②}	7.76±4.23 ^③	53.52±29.10	85.16±20.42 ^{①②}
对照组	51	15.49±8.68	9.57±7.14 ^①	5.92±3.41	46.69±28.26	71.66±29.65 ^①

与治疗前比较^① $P<0.01$; 与对照组比较^② $P<0.01$, ^③ $P<0.05$

3 讨论

20多年来, WHO一直强调康复评价应在3个不同的水平上进行, 即残损—残疾—残障, 并在国际脑卒中康复研究中逐步形成统一的认识。基于以上认识, 我们采用国际公认的具有较好信度和效度的疗效评估方法即神经功能缺损评分、BI评分综合评价高压氧配合针灸法治疗脑梗死偏瘫的治疗效果, 结果发现不同水平评定结果显示出高度一致性; 同时也表明采用不同水平的疗效标准能更全面地评价脑卒中患者的治疗效果。另一方面, HBO配合针灸比传统西医治疗方法

能更好地降低脑梗死偏瘫患者的神经功能缺损评分, 提高ADL。

HBO促进脑卒中患者神经功能改善的机制: ①HBO可促进血管内皮细胞的修复, 减少损伤的内皮细胞释放血栓调节蛋白, 使其与凝血酶复合物形成减少, 血浆蛋白C(PC)、蛋白s(Ps)消耗减少, 因而其水平可较快升高^[2]; ②HBO在促进血管

1 解放军421医院, 广州, 510318

作者简介: 薛松, 男, 主治医师

收稿日期: 2006-07-24

内皮细胞修复的同时,还促进大量的微血管新生,使内皮细胞生成PC、Ps增多,因而PC、Ps水平较快恢复正常^[3];③另外,HBO治疗还可促进脑细胞复活,改善记忆力和智力^[4-5]。而针灸治疗的各种刺激方法有利于残存神经细胞兴奋性的提高,促使受损区产生可塑性变化,形成新的信息有效处理、加工、分析的认知神经环路^[6-7]。因此,针灸治疗可促进认知功能恢复。本研究治疗组患者治疗后认知功能评分高于对照组 ($P<0.05$),而对对照组经常规治疗后认知功能评分比治疗前亦有提高($P<0.05$)。本研究结果提示,对脑卒中患者进行早期针灸结合高压氧治疗,则改善ADL和认知功能的效果将更加明显。

参考文献

[1] 1995年全国第四届脑血管病学术会议修订.“各类脑血管疾病诊

- 断要点”中“动脉粥样硬化性血栓性脑梗塞”诊断标准[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):312.
- [2] 邵贵强,高春锦,葛环,等.高压氧对脑缺血大鼠凝血因素的影响[J].中国临床医学,2001,8:248—250.
- [3] 杨鹰,李长春,石永亮,等.高压氧与脑缺血血管内皮细胞粘附分子表达的相关研究近况[J].中华航海医学与高气压医学杂志,2003,10:59—62.
- [4] 侯燕芝,陈瑞,于培兰,等.高压氧对急性损伤期全脑缺血再灌注大鼠脑内兴奋性氨基酸水平的影响[J].中国康复医学杂志,2006,21(1):38—41.
- [5] 袁芳,张国华,袁红,等.急性脑梗死患者高压氧治疗后ET-1及CGRP含量的动态变化[J].脑与神经疾病杂志,2006,14(1):45—47.
- [6] 孙忠人.揭示针刺治疗中风偏瘫机理,头针直接兴奋中枢运动神经系统[J].中国中医药报,1999,8:18.
- [7] 张红星,周利,张唐法.头针治疗脑卒中中对相关血生化指标的影响[J].中国临床康复,2006,10(19):9—11.

·短篇论著·

卒中后抑郁障碍特征分析

王艳云¹ 赵性泉¹ 王拥军¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择2004年9月—2005年7月在我院卒中单元住院的脑卒中患者,全部入组患者均为第一次发病,病灶单一,入院时神志清醒,无其他严重器质性疾病,无明显精神行为异常,接受过小学以上的教育并且能合作。对426例首次发生卒中,并且有明显卒中后抑郁障碍的患者进行评定,其中男性264例,女性162例,平均年龄为 63.26 ± 4.47 岁。按照卒中类型分,脑梗死291例,脑出血135例。排除59例存在抑郁伴发明显认知缺损的患者,对剩余的367例患者应用情感量表进行评定并分析结果。

1.2 方法

1.2.1 影像学检查:入组患者在入院前均进行CT检查,入院后1周进行MRI检查,排除进展性卒中和多病灶卒中患者。

1.2.2 神经心理检查:评定量表有汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA);牛津残障量表(OHS);医院焦虑抑郁量表(HAD)。排除标准所用量表有临床记忆量表(中科院心理所编制);简易智能精神状态量表(MMSE);韦氏成人智力量表(WAIS-RC)。卒中后抑郁障碍检查:在患者入院后48h内由卒中单元专业心理治疗师完成所有抑郁焦虑量表和牛津残障量表评定并进行分类;1周后再进行同样量表评定;患者出院前再进行评定(约第3周)。对每位患者进行量表评定时,均是2人以上的心理治疗师同时进行,以保证评定的标准性、一致性和客观性等。

1.2.3 卒中后抑郁障碍界定:HAMD分数 >7 分、HAMA >7 分;HAD >7 分;除时间诊断标准外,符合CCMD-3中抑郁障碍的诊断标准。

2 结果

2.1 神经心理检查

经心理量表评定,426例患者中排除59例存在严重抑郁伴发明显认知缺损的患者,对剩余的367例患者应用情感量表进行评定并分析结果。367例患者中,在住院1周内,有302例患者表现为心理应激性焦虑抑郁情绪,占全部入组抑郁障碍患者的70.89%;其余65例患者表现为精神运动性抑郁障碍,仅占全部入组抑郁障碍患者的29.11%。入院2周后有249例患者表现为明显的医院焦虑抑郁情绪,占全部入组抑郁障碍患者的67.84%,这些患者的情绪多以躯体性心理语言表达,并且表现为抑郁障碍与残障程度无明显相关;有83例患者表现为精神运动性抑郁焦虑情绪,与以往比较无明显改善,占全部入组抑郁障碍患者的22.61%;其余35例患者情绪有明显好转,占全部入组抑郁障碍患者的9.53%。追踪发现在入组研究的367例卒中后抑郁障碍患者中,存在卒中后严重精神运动性抑郁障碍患者的百分比在逐渐下降,在卒中后第3周仍然存有明显精神运动性抑郁障碍患者85例,占全部入组抑郁障碍患者的23.24%,患者往往有部分的自知力,却难以自控。经过对367例患者进行心理量表的评定后,发现共有109人次的患者出现明显精神运动性焦虑抑郁情绪障碍,呈现动态波动表现,其中有43例患者经运用简单的抗抑郁焦虑药物得到了明显好转,18例患者是在卒中2周后才出现精神运动性抑郁障碍,其中有58例患者的情绪始终属于精神运动性抑郁焦虑障碍,是抗抑郁药物治疗的适应人群。通过对曾经发生卒中后严重精神运动性抑郁障碍的109例患者出院后3个月的跟踪随访,发现这些患者的抑郁焦虑障碍多呈波动性病程或慢性迁延性持续存在,所以这些患者需要在住院早期给予抗抑郁焦虑药物治疗。

1 首都医科大学附属北京天坛医院卒中单元心理室,100050

作者简介:王艳云,女,心理治疗师

收稿日期:2006-02-29