

2.2 卒中后抑郁障碍特征分析

426 例患者中有 70.89% 的患者在卒中后 1 周内出现应激性情绪反应, 这种情绪反应有一定的自限性; 在卒中后 2 周后出现医院焦虑抑郁情绪, 占全部入组抑郁障碍患者的 67.84%, 高度提示这些患者中会有严重卒中后抑郁障碍, 但仍需要对患者进行密切的心理行为观察并进行情感量表评定后再决定是否给予抗抑郁药物治疗。在卒中后第 3 周仍有 85 例有明显精神运动性抑郁障碍, 占全部入组抑郁障碍患者的 23.24%, 这种抑郁障碍与前两种情绪障碍有明显质的区别, 需要给予抗抑郁药物治疗。

3 讨论

根据本研究的结果分析, 卒中后抑郁障碍特征可以简单地分为卒中后应激性情感障碍、卒中后医院焦虑抑郁障碍、卒中后精神运动性抑郁障碍三种类型。

卒中后应激性情感障碍具有应激性心理情绪反应的特点, 它可以因应激性事件而出现, 也会因应激性事件得到解决或心理上的适应和接受而消失, 卒中后应激性情感障碍经过临床心理治疗和心理疏导可以有明显的缓解, 它本身有一定的自限性特点, 同时有很强的可控性。卒中后医院焦虑抑郁障碍的发生发展与患者对住院环境、住院行为方式的适应障碍有关系, 例如脑出血患者的长期卧床行为很容易导致患者出现躁动焦虑情绪, 这些患者中有相当一部分通过心理认知治疗有明显改善, 但同时也提示具有这种情绪的患者存在严重的适应障碍, 很容易使情绪向严重精神运动性抑郁焦虑障碍转变; 卒中后精神运动性抑郁障碍与卒中所致缺血病灶有密切关系, 有少数患者可以运用小剂量抗焦虑、助睡眠药物得到较好的缓解, 也有相当多的患者需要抗抑郁焦虑药物治疗。那么, 对卒中抑郁障碍的药物治疗时机如何选择呢? 在这一点上目前尚无统一的意见。

关于卒中后抑郁障碍有研究表明脑卒中后破坏了 NE 神经元和 5-HT 神经元及其神经通路导致抑郁症状的发生^[1]; 脑缺血会导致脑内相关区域的乙酰胆碱递质水平下降而引起抑郁和认知功能减退^[2]。据此对卒中后抑郁障碍倾向于定性为卒中后精神运动性抑郁障碍, 应早期给予抗抑郁药物治疗,

及时改善和消除情绪障碍, 有利于神经功能康复^[3]。

国外学者 Selye 认为应激与疾病是有联系的, Selye 认为慢性无缓解的应激源耗竭了机体的适应储备, 适应储备这个词囊括了许多微妙而复杂的机制, 若应激源自然缓解或机体运用了足够的适应性应对行为, 这些情绪障碍损伤就不会发生^[4]。卒中是应激事件, 如果卒中后留有肢体残障是一种慢性无缓解的应激源, Selye 的研究更倾向于对患者进行心理行为干预, 从而减少或避免抗抑郁药物的使用。

笔者认为, 无论哪一种卒中后抑郁障碍, 抑郁情绪阻碍卒中患者躯体功能的恢复^[5], 阻断神经元树突生长并加重功能缺陷^[6], 因此, 为使卒中患者得到全面恢复, 早期正确识别卒中后抑郁障碍的特征及类型, 并进行合理有效的治疗性干预是必要的。

对卒中后抑郁障碍的治疗早期应在心理评定基础上以心理疏导、心理治疗为主要方式, 避免在心理应激期使用抗抑郁药物。而对“医院焦虑抑郁情绪”应给予高度重视, 它比较容易向难以自控的方向转变, 易出现情绪上质的变化。针对卒中后住院三周仍存在严重精神运动性抑郁障碍的患者, 建议立即给予抗抑郁焦虑药物治疗; 且要求必须是足量足疗程, 并加强安全护理, 以防患者自伤等意外发生; 同时加强心理治疗, 增加患者对现实生活的适应性, 必要时门诊随诊。

参考文献

- [1] Hayee MA, Akhtar N, Haque A, et al. Depression after stroke—analysis of 297 strokes patients [J]. Bangladesh Med Res Counc Bull, 2001, 27(3):96—102.
- [2] Morris PI, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality [J]. Am J Psychiatry, 1993, 150(1):124—129.
- [3] Amenta F, Ditullio MA, Tomassion D. The cholinergic approach for the treatment of Vascular dementia: evidence from pre-clinical and clinical studies [J]. Clin Exp Hypertens, 2002, 24 (7-8):697—713.
- [4] Phillip L. Rice 著, 胡佩诚等译. 健康心理学 [M]. 北京: 轻工业出版社, 2000. 58—59.
- [5] Robinson RG, Bolla-Wilson K, Kaplan E, et al. Depression influences intellectual impairment in stroke patients [J]. Br J Psychiatry, 1986, 148(5):541—547.
- [6] Stromer RP, Kent TA, Hulsebosch CE. Neocortical neural sprouting, synaptogenesis, and behavioral recovery after neocortical infarction in rats [J]. Stroke, 1995, 26:2135.

·短篇论著·

前列地尔注射液配合康复训练缓解脑卒中后肩痛的效果观察

杨远滨¹ 陈 真¹ 李广庆¹ 王茂斌¹

肩痛是脑卒中患者常见并发症, 也是阻碍功能恢复和康复训练的因素之一, 目前其机理还不完全清楚, 治疗方法众多, 我们在临床实践中, 发现前列地尔注射液有缓解疼痛的作用。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例为 2003—2005 年收住宣武医院康复科的脑卒中患者。病例入选标准: 病程 4 周—1 年, 有肩痛史, 经单纯康复训练及手法治疗效果不佳者, 排除丘脑痛、严重肩关节半脱位 (触诊超过 1 横指以上)、风湿性关节炎、臂丛神经损伤、肩袖

¹ 首都医科大学宣武医院康复科, 100053

作者简介: 杨远滨, 女, 主治医师

收稿日期: 2006-03-20

撕裂、失用、认知功能障碍、及严重疼痛(VAS 评分在 9 级以上)。共 40 例。其中,脑出血 14 例,脑梗死 36 例;男性 30 例,女性 10 例。年龄 40—66 岁。其中包括肩痛伴肩关节粘连(a 组)、痉挛(b 组)、肩关节半脱位(不超过 1 横指)(c 组)、肩—手综合征(d 组)、糖尿病(e 组)各 8 例。

1.2 治疗方法

前列地尔注射液(PGE₁)10μg,加入 100ml 生理盐水中静脉点滴,每日 1 次;康复训练:患者常规进行康复训练,每日 2 次,均由指定的康复治疗师按规定的训练方法进行。治疗共维持 10 天,与治疗前比较观察变化情况。治疗同时不合并应用缓解疼痛或其他扩血管药物。

1.3 观察指标

疼痛评判标准:根据视觉模拟评分法(visual analogue scales,VAS)对治疗前后肩痛进行评分和评级。0 级:无痛;1—2 级:偶有轻微疼痛;3—4 级:经常有轻微疼痛;5—6 级:偶有明显疼痛但可耐受;7—8 级:经常有明显疼痛但仍可忍受;9—10 级:疼痛难忍。

疼痛缓解的标准:在 VAS 线上减少 1 个级为缓解,同时,观察统计在不同合并情况下疼痛缓解的例数。

1.4 统计学分析

应用配对 *t* 检验和 χ^2 检验(Fisher 精确概率法)进行统计学处理, $P<0.05$ 为差异有显著性。

2 结果

见表 1。a 组、c 组、e 组分别与 b 组比较, P 值分别为:0.0035、0.0128、0.0007, $P<0.05$ 有显著差别,d 组与 b 组比较 $P=0.1$, $P>0.05$ 无显著差异。疼痛 VAS 评分:治疗前为 5.705 ± 1.4435 ,治疗后为 3.795 ± 1.9372 。VAS 评分经统计学处理 t 值 $5.7549>t'(1.684875)$, $P<0.05$,差异有显著性。

表 1 各组治疗前后疼痛缓解情况

疼痛病因	组别	疼痛例数		疼痛缓解率(%)
		治疗前	治疗后	
肩关节粘连	a	8	2	75.0
痉挛	b	8	8	0.0
肩关节半脱位	c	8	3	62.5
肩—手综合征	d	8	5	37.5
糖尿病	e	8	1	87.5
合计		40	19	

注:治疗后疼痛的例数是指疼痛未缓解的例数

3 讨论

肩痛是卒中后的常见问题,脑血管意外后其发生率为 16%—72%不等。多数学者认为卒中肩痛的病因可能是多因素的。不恰当的处理及体位均可导致肩痛,卒中肩痛的主要原因认为有:盂肱关节半脱位,肩部肌肉痉挛,肩部周围的肌力减弱,撞击综合征,软组织损伤,旋肌袖撕裂,肩—手综合征或反射性交感神经营养障碍,肱二头肌腱炎,臂丛神经损伤^[1-2]。高强度 TENS、功能性电刺激报道均能缓解疼痛和改进偏瘫肩的关节活动度和前臂功能。其他治疗有 Bobath、Brunnstrom、PNF、理疗如:热疗、冰疗等,药物治疗有麻醉剂、关节内激素注射、抗痉挛治疗,手术治疗等。我们是在治疗患者脑血管病的同

时,发现前列地尔注射液有缓解疼痛的作用,从而,进一步观察它的效果。从以上结果看,治疗前后疼痛 VAS 评分有显著差异,说明应用前列地尔注射液联合治疗后是有效,能缓解疼痛。从病因看,痉挛及肩手综合征的效果似乎不明显,而其他肩关节粘连、肩关节半脱位及糖尿病效果更明显一些。

PGE₁ 是花生四烯酸代谢产物,目前用于治疗脑梗死、糖尿病周围神经病变、高脂血症、心绞痛,也有人用于腰椎间盘突出症及股骨头坏死治疗。其主要作用机制如下:①激活脂蛋白酶,促进甘油三酯水解,阻止粥样斑块形成^[3];②抑制血小板的聚集,防止血栓形成;③增加红细胞变形能力,从而降低血黏度,改善微循环^[4];④抑制白细胞渗出和黏附,防止白细胞损伤血管,抑制氧自由基生成;⑤可通过升高血管平滑肌细胞内的 cAMP,抑制肾上腺素能神经末梢释放去甲肾上腺素,使血管平滑肌舒张,扩张血管,增加供血供氧。

肩关节粘连时,关节活动减少,血液循环障碍,加上脑损伤后关节感觉、运动障碍,更易产生疼痛。另外不适当的活动致软组织损伤,从而产生炎症反应。肩关节半脱位时,受重力作用,肩关节的软组织如:关节囊、韧带甚至臂丛神经受到牵拉、血管也受到牵拉而变窄,影响血供,还可能使肢体肿胀,血液循环差导致供氧不足,产生的废物无法移除,代谢物的沉积也会导致肩部疼痛。而前列地尔有强烈的扩血管作用,靶向作用于病变血管(包括脑血管),扩张肩关节的血管,改善血液循环,促进炎性物质排除,缓解肩痛,并能消除水肿。

糖尿病可影响患者全身的血管,也可影响到肩的血管血液循环并可造成其附近的神经损伤,产生疼痛,所以应用前列地尔注射液治疗,能有效地改善局部循环,减轻炎症反应,缓解疼痛,针对性强。痉挛是中枢神经系统损伤后肌张力的障碍,目前认为肩手综合征是反射性交感神经营养障碍,前列地尔注射液作用机理主要是靶向扩张血管,改善循环,所以不对其病因,只有缓解痉挛或改善交感神经障碍,才能缓解症状,因此,其效果不明显,我们对痉挛患者服药或肉毒素治疗疼痛缓解。

治疗中我们仍然坚持康复训练,因为患者有肢体功能障碍,主、被动的康复训练可以维持和改善肩关节活动度,防止进一步的粘连,刺激肩关节周围稳定肌的张力和活动,使半脱位逐渐复位,恢复锁定机制,增加感觉刺激,抑制痉挛,促进和改善功能。功能改善反过来减轻疼痛程度,这样与前列地尔注射液相互配合,达到较好的效果。

参考文献

- [1] Aras MD, Gokkaya NKO, Comert D, et al. Shoulder pain in hemiplegia—results from a national rehabilitation hospital in turkey[J]. Am J Phys Med Rehabil, 2004,83:713—719.
- [2] Yogini Ratnasabapathy, Joanna Broad, Jonathan Baskett, et al. Shoulder pain in people with a stroke: a population-based study[J]. Clinical Rehabilitation, 2003,17:304—311.
- [3] Sharma B, Wyeth RP, Cimencz HJ, et al. Intracranial infarction in acute myocardial infarction[J]. AMJ Carciol, 1986,58:1161.
- [4] 黄珍萍, 林碧, 黄忠, 等. 前列地尔对非胰岛素依赖型糖尿病患者胰岛素及血小板聚集的影响 [J]. 中国新药与临床杂志, 1998, 17: 211.