

心理康复对脑卒中后抑郁患者功能恢复的影响

左若群 周文胜 曹文新

[关键词] 脑卒中;抑郁;心理康复

中图分类号:R749.1 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2005)11-0933-01

[本文著录格式] 左若群,周文胜,曹文新.心理康复对脑卒中后抑郁患者功能恢复的影响[J].中国康复理论与实践,2005,11(11):933.

1 对象与方法

1.1 对象 随机选择我院神经内科 60 例生命体征平稳的脑卒中急性期患者,符合 1995 年中华全国脑血管病会议制订的脑卒中诊断标准^[1],均经 CT 或 MRI 检查确诊。其中男 45 例,女 15 例,年龄 28 ~ 75 岁;脑梗死 52 例,脑出血 8 例。均无理解和认知障碍,能配合训练。除外采用过溶栓治疗、脑出血术后、痴呆、失语,既往有精神病史、精神病阳性家族史和严重抑郁症患者。随机分为对照组 30 例,心理康复组 30 例。除运动治疗外,同时进行心理康复。

1.2 治疗方法 2 组均采用 Bobath 疗法进行运动功能康复,30 min/d。心理康复组另加心理康复:采用一对一的方式,10 ~ 20 min/d。首先与患者建立良好的医患关系,帮助患者增加信心,缓解和消除其负性情绪,并对患者实行无条件尊重,注意保密,对敏感问题采取灵活的方法。为患者讲解脑卒中的发病机制、注意事项、治疗前景,鼓励家属和朋友多关心问候。共治疗约 60 d。

1.3 评定方法 由经过训练的评定人员评定。两组患者均在治疗前后采用汉密顿抑郁量表(HAMD)和汉密顿焦虑量表(HAMA)进行心理评测,采用 Fugl-Meyer 运动功能评分法(FMA)评定患者的运动功能,临床神经功能缺损评分(CSS)评定患者神经功能的缺损程度,Barthel 指数评分法评定患者的日常生活活动能力(ADL)。

2 结果

两组患者治疗前 HAMD、HAMA、CSS、FMA 评分均无明显差异($P>0.05$);治疗后,心理康复组各项评分较治疗前均有非常显著性差异($P<0.01$)。见表 1。Barthel 指数评分见表 2。

作者单位:410011 湖南长沙市,湖南省马王堆医院脑血管康复治疗中心。作者简介:左若群(1973-),女,湖南宁乡县人,主管技师,主要研究方向:临床康复。

表 1 2 组患者治疗前后 HAMD、HAMA、CSS、FMA 评分比较

组别	时间	HAMD	HAMA	CSS	FMA
心理康复组	治疗前	24.8 ± 2.4	21.9 ± 1.9	22.8 ± 2.5	22.5 ± 13.3
	治疗后	16.3 ± 1.9	14.8 ± 1.6	7.6 ± 1.6	70.6 ± 22.8
对照组	治疗前	24.1 ± 2.6	20.8 ± 1.5	30.1 ± 2.9	23.9 ± 7.2
	治疗后	23.9 ± 2.7	20.1 ± 1.6	11.9 ± 1.8	48.6 ± 19.5
治疗后		4.23	3.79	4.76	4.24
P		< 0.01	< 0.01	< 0.01	< 0.01

表 2 2 组患者治疗前后 Barthel 指数变化

组别	时间	< 40	40 ~ 60	> 60
心理康复组	治疗前	23	7	0
	治疗后	8	11	11
对照组	治疗前	24	6	0
	治疗后	19	10	1

经等级检验, $P<0.01$

3 讨论

脑卒中患者抑郁的发病率为 20% ~ 50%。抑郁的发生既可使患者情绪恶化,也是造成患者肢体功能恢复缓慢及生活质量下降的重要因素^[2]。本研究发现,对脑卒中患者增加心理康复比只作运动治疗更有利于患者实用性功能的恢复。

心理康复原则为接受、支持和保证,即耐心倾听患者的陈述,对患者的心情给予支持,最后向患者保证如进行积极合理的治疗其肢体功能恢复必有好转。通过医护人员良好的语言态度和行为等去影响患者的感受、认知,消除和缓解患者的紧张、抑郁情绪,调动其主观能动性,帮助其树立战胜疾病的信心,积极地、主动地配合治疗。

[参考文献]

[1] 王新德. 急性脑血管病诊断标准. 第四届全国脑血管病修订方案[J]. 中华神经科杂志, 1995, 23(11): 670.
[2] Fruhwalds S, Löffler S, Baumhackl U, et al. Depression after cerebrovascular injury: review and differentiation from other psychiatric complications[J]. Fortschr Neurol Psychiatr, 1999, 67(4): 155.

(收稿日期:2005-06-11)