短篇论著

文章编号:1000-5404(2012)09-0902-02

帕罗西汀联合行为干预治疗脑卒中后抑郁的临床疗效分析

黄效东 (400020 重庆,重庆市江北区中医院神经外科)

[摘要] **目的** 探讨帕罗西汀联合行为干预治疗脑卒中后抑郁患者的有效性。**方法** 将2006年7月至2011年1月我院神经内、外科确诊为脑卒中的72例患者按随机数字表法分为对照组和干预组($n=36$),对照组予以口服帕罗西汀和常规治疗护理,干预组在对照组基础上同时进行针对性的行为干预,比较两组患者的康复效果及生活质量。两组治疗前后分别进行HAMD评分、Barthel指数(BI)评分法和生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)的评定。**结果** 治疗后,干预组总有效率(94.4%)显著高于对照组(75.0%)($\chi^2=5.528$, $P<0.05$)。两组间在治疗前HAMD评分、BI评分和GQOLI-74评分差异均无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组HAMD评分均下降,BI评分均上升,组内各项评分较治疗前均明显改善($P<0.05$),两组GQOLI-74评分除物质生活因子外,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 脑卒中后抑郁患者予以帕罗西汀联合行为干预治疗,能促进患者的康复,提高患者的生活质量。

[关键词] 脑卒中;抑郁;帕罗西汀;行为干预
[中图法分类号] R743.3; R749.402; R971.43 [文献标志码] A

脑卒中后抑郁(post-stroke depression, PSD)是临床上脑卒中后最常见的并发症之一。国内发病率为20%~79%[1],国外为20%~41%[2]。PSD给患者的康复带来极大的负面作用,严重影响了患者的生活质量。选择性5-羟色胺(5-HT)再摄取抑制剂(selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)类抗抑郁药临床应用广泛,近年来一些大样本的RCT试验都证实了SSRI治疗PSD具有疗效佳且不良反应发生率低等特点[3]。在药物治疗基础上早期对PSD患者辅以心理-康复临床干预治疗,有助于缓解症状,提高生活质量。本科采用帕罗西汀联合行为干预对脑卒中后抑郁患者进行治疗,临床效果显著,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象

选取2006年7月至2011年1月在我院神经内科、神经外科、针灸康复科确诊为脑卒中的住院患者72例,均经头颅CT或MRI确诊,符合脑卒中和抑郁症诊断标准[4-5]。其中缺血性脑卒中34例,出血性脑卒中38例,排除昏迷、失语、智力障碍及既往有脑器质性疾病及精神疾病患者,且有肝脏、甲状腺、肾上腺皮质、垂体等器官疾病。包括男性41例,女性31例,年龄39~75(56.9±6.8)岁。将72例患者按随机数字表法分为对照组和干预组($n=36$),两组患者在年龄,性别,卒中类型,初、复发病例和病程等方面差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

在脑卒中常规治疗和护理基础上,对所有PSD患者给予帕罗西汀片20 mg(浙江华海医药股份有限公司生产,规格20 mg/片),早晨1片口服治疗,干预组在药物治疗基础上,每天由专职护士进行1~2次行为干预护理,疗程3周。

1.3 行为干预方法

成立PSD治疗专职团队,由本科高年资主治或副高职称医师和专职护士组成,经过培训后根据卒中后不同时期:急性期、治疗阶段、残疾阶段和适应阶段,分别进行针对性行为干预。具体操作内容见文献[6]。

1.4 疗效评定

出院后对两组患者进行随访,第1个月每周随访1次,后每个月随访1次,持续6个月,比较两组患者恢复情况、心理状态、生活自理能力及生活质量。疗效评定[7]:两组于治疗前后分别进行汉密顿抑郁量表(HAMD)评分,HAMD减分率>75%为基本治愈,50%~75%为显效,25%~49%为有效,<25%为无效。日常生活能力评定(ADL)量表Barthel指数(BI)评分法进行神经功能缺损程度评定。于治疗前后进行生活质量综合评定问卷-74(GQOLI-74)的评定。

1.5 统计学分析

采用SPSS 13.0统计软件行t检验和χ^2检验。

2 结果

2.1 两组患者疗效比较

治疗后,干预组总有效率(94.4%)显著高于对照组(75.0%, $\chi^2=5.528$, $P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后HAMD评分比较

治疗前,两组HAMD评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组HAMD评分均下降,组内各项评分较治疗前均明显改善($P<0.05$);组间比较,干预组评分下降更明显($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后HAMD评分比较($n=36$, $\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗后1个月	治疗后3个月	治疗后6个月
对照组	26.4±5.2	23.5±4.1[a]	19.1±4.3[a]	16.5±3.6[a]
干预组	25.9±4.6	21.6±4.8[a]	15.3±3.6[ab]	10.7±3.4[ab]

a:$P<0.05$,与治疗前比较;b:$P<0.05$,与对照组比较

[通信作者] 黄效东,E-mail: hxd2011hxd@163.com

2.3 两组患者治疗前后 BI 评分比较

两组在治疗前 BI 评分差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组 BI 评分均上升,组内各项评分较治疗前均明显改善($P<0.05$),干预组评分升高更显著($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 BI 评分比较($n=36$, $\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前	治疗后 1 个月	治疗后 3 个月	治疗后 6 个月
对照组	66.3±14.2	73.5±4.1[a]	79.1±4.3[a]	82.5±3.6[a]
干预组	65.9±16.8	75.6±4.8[a]	85.3±3.6[ab]	90.7±3.4[ab]

a:$P<0.05$,与治疗前比较;b:$P<0.05$,与对照组比较

2.4 两组患者治疗前后 GQOLI-74 评分比较

两组患者治疗前 GQOLI-74 评分比较无统计学差异($P>0.05$),治疗后 2 组比较,除物质生活外,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 GQOLI-74 评分比较($n=36$, $\bar{x}\pm s$)

因子	治疗前		治疗后	
	对照组	干预组	对照组	干预组
物质生活	49.1±6.5	48.8±7.3	51.9±6.1	50.4±7.3
躯体健康	53.7±8.2	52.8±6.5	41.6±6.5	47.4±7.1[a]
心理健康	39.1±5.2	38.6±5.4	53.4±8.2	41.7±6.4[a]
社会功能	42.0±4.6	41.8±5.9	49.4±7.8	42.3±6.5[a]

a:$P<0.05$,与治疗后对照组比较

3 讨论

抑郁是老年脑卒中患者最常见的并发症,对治疗和康复有极大的负面影响,临床中须重视卒中后抑郁障碍的治疗。SSRI 作为 20 世纪 90 年代以来全球广泛应用的新型抗抑郁药物,具有抗抑郁和抗焦虑双重作用。帕罗西汀是一种新型的 SSRI 类药物,起效快,安全性好,不良反应小,目前已成为一线抗抑郁药物。宋名扬[8]通过临床随机对照研究发现,帕罗西汀组治疗后 1 周末 HAMD 和 SDS 评分下降较马普替林组更明显($P<0.05$),帕罗西汀治疗脑卒中后抑郁起效快、安全性高、不良反应轻微,适合于老年患者使用,可作为治疗脑 PSD 的首选药物之一。顾三明等[9]在脑卒中常规治疗及心理治疗基础上分别给予帕罗西汀和阿米替林治疗 8 周,结果研究组与对照组同期 HAMD 及 MESSS 量表评分比较差异有统计学意义($P<0.05$),且不良反应少而轻,结论认为帕罗西汀起效快,疗效显著,安全性高,是治疗脑卒中后抑郁的理想药物。本研究结果表明帕罗西汀治疗 PSD 患者后,HAMD 评分显著下降,Barthel 指数和生活质量情况明显改善,与上述研究报道相符。

现代医学认为,一旦诊断 PSD 就应积极进行治疗。Mast 等[10]研究发现在急性卒中后早期,损伤的脑组织还具有潜在的功能。脑卒中发生后 3~6 个月是康复最佳时期,而 PSD 也发生于此期。Yi 等[11]Meta 分析表明脑卒中急性期 PSD 经抗抑郁药物治疗后更有助于患者神经功能的恢复和日常生活能力的提高。韩俊英等[12]对康复组脑卒中后抑郁患者在常规治疗基础上辅以运动疗法及心理治疗等综合康复治疗措施,治疗 3 个月后,康复组与对照组在 SSS 评分、Barthel 指数和 HAMD 评分等方面差异均有统计学意义($P<0.01$),提示康复治疗可有效地改善 PSD 患者的躯体、心理功能状况。本组结果表明帕罗西汀联合行为干预和康复训练,可更有效地降低 HAMD 评分,升高 BI 评分,对改善抑郁障碍有利,可大大减轻抑郁程度。同时,干预组 GQOLI-74 评分的改善提示干预组的生活质量提高较对照组明显,联合治疗可尽早地使患者的功能和日常生活活动自理能力恢复。

随着生理-心理-社会整体化医学模式的转变,脑卒中后抑郁的康复是一个漫长的过程。对脑卒中后抑郁患者早期在应用帕罗西汀的基础上联合行为干预等措施,不但提高了治疗效果,而且改善了患者生活质量,且无明显的不良反应,值得临床推广应用。

参考文献:

[1] 付享征. 脑梗死并发抑郁障碍 60 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(11): 56-57.
[2] Aben I, Verhey F, Strik J, *et al*. A comparative study into the one year cumulative incidence of depression after stroke and myocardial infarction [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2003, 74(5): 581-585.
[3] Huang Y, Chen W, Li Y, *et al*. Effects of antidepressant treatment on N-acetyl aspartate and choline levels in the hippocampus and thalami of post-stroke depression patients: a study using (1) H magnetic resonance spectroscopy[J]. Psychiatry Res, 2010, 182(1): 48-52.
[4] 中华医学会全国第四届脑血管病学术年会. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经内科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
[5] 中华医学会精神科分会. CCMD-3 中国精神障碍分类与诊断标准[M]. 第 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
[6] 陈常云, 李守春, 郭公慧, 等. 行为干预对脑卒中后抑郁的康复效果及生活质量的影响[J]. 精神医学杂志, 2010, 23(6): 433-435.
[7] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1993.
[8] 宋名扬. 帕罗西汀和马普替林治疗脑卒中后抑郁临床对照研究[J]. 中国健康心理学杂志, 2009, 17(1): 91-92.
[9] 顾三明, 崔岩. 帕罗西汀治疗脑卒中后抑郁 46 例临床观察[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2010, 12(25): 18-19.
[10] Mast B T, Vedrody S. Poststroke depression: a biopsychosocial approach[J]. Curr Psychiatry Rep, 2006, 8(1): 25-33.
[11] Yi Z M, Liu F, Zhai S D. Fluoxetine for the prophylaxis of poststroke depression in patients with stroke: a meta-analysis[J]. Int J Clin Pract, 2010, 64(9): 1310-1317.
[12] 韩俊英, 夏颖华, 齐颖. 脑卒中后抑郁患者早期康复治疗的研究[J]. 临床荟萃, 2008, 23(2): 106-107.

(**收稿**:2011-11-08;**修回**:2012-01-18)
(编辑 王小寒)