

调节免疫应答的功能。HLA-B27 分子可以和一些自身肽片结合形成复合体,在自身细胞膜上表达后,能被相应的 CD8<sup>+</sup> T 细胞识别,从而导致 T 细胞对自身靶细胞的杀伤,造成组织变性,器官受损。经检查患者 HLA-B27 阳性,则诊断 AS 的概率提高到 95%左右。因此,HLA-B27 检测对 AS 的诊断有重要意义。ESR 增快反映患者有炎性反应或组织损伤的存在,且一般其升高程度与组织损伤程度相关,是检测疾病活动性的参考指标,虽诊断特异性差,但具有筛查功能。ANA 是一组具有多种细胞核成分的自身抗体,同时 AS 也是一种以炎性损害为主的疾病,且由肠道细菌感染诱发或肠道亚临床炎性反应的比例可达 60%<sup>[6]</sup>。当细菌入侵并经抗原递呈细胞通过分子模拟 HLA-B27 被作为自身抗原或靶细胞来对待,出现强烈而持续的免疫反应。CRP 属于急性时相反应蛋白,组织损伤后 24~48 h 在血液中即可迅速升高并不受皮质激素等的影响,并且与炎性反应及组织损伤成正比。

AS 是以骶髂关节和脊柱慢性炎性反应为主的全身性疾病,以往的文献多从患者临床症状改善为主要研究方向。本文通过治疗前后患者实验室检查结果的变化证实,联合 MTX 和 SASP 治疗 AS 可以改善患者 HLA-B27、ESR、ANA、RF、ASO、CRP 等指标,而这些指标往往对疾病的转归有指导作用,从而证实联合 MTX 及 SASP 治疗 AS 有较好的疗效。

## 参考文献

- [1] 程春葵,高根德,张留栓.强直性脊柱炎的实验室研究进展[J].中医正骨,2002,14(5):56-57.
- [2] 古洁若,赵伟.反应停治疗强直性脊柱炎的临床与实验研究[J].药物与临床,2002,17(3):60-65.
- [3] 张德凯.柳氮磺吡啶联合小剂量甲氨蝶呤治疗强直性脊柱炎 54 例疗效观察[J].现代医药卫生,2005,21(18):2435-2436.
- [4] Cronstein BN,Naime D,Ostad E. The anti-inflammatory mechanism of methotrexate: increased adenosine release at inflamed sites diminishes leucocyte accumulation in an in vivo model of inflammation[J]. J Clin Invest, 1993, 92: 2675-2677.
- [5] 向阳,苏林冲,周传恩.甲氨蝶呤在小儿风湿病中的应用[J].中华风湿病学杂志,2000,4(4):251-253.
- [6] 黄烽.强直性脊柱炎基础研究进展与临床治疗变革[J].解放军医学杂志,2004,29(6):468-471.

(收稿日期:2010-06-17)

临床研究

# 63 例脑卒中后早期综合性抑郁干预对神经功能恢复的影响分析

刘 静(重庆市綦江县人民医院内五科 401420)

**【摘要】目的** 探讨卒中后早期综合性抑郁干预对神经功能恢复的影响。**方法** 将 126 例脑卒中患者分为综合性抑郁干预治疗组(63 例)和对照组(63 例),在进行卒中常规治疗的同时,治疗组另配合综合性抑郁干预措施。采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分及汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分评价疗效。**结果** 治疗 8 周后治疗组 HAMD 及 NIHSS 评分的降低与对照组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。**结论** 早期综合性抑郁干预有助于卒中后神经功能的恢复。

**【关键词】** 脑卒中; 抑郁症; 神经功能; 干预性研究

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.038

中图分类号:R743

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)21-2369-02

脑卒中是神经系统常见病和多发病,有缺血性及出血性两大类,死亡率约占所有疾病的 15%,绝大多数的存活者遗留瘫痪、失语、抑郁等后遗症。卒中后抑郁是急性脑血管病后的常见并发症之一,有文献报道,急性脑卒中后抑郁症发生率约为 35%,其中以轻、中度抑郁为主。因抑郁情绪而引发的悲观失望、消极对抗、失眠多梦、甚至自杀等情绪变化,严重影响神经功能的恢复。近年来,脑卒中后抑郁症引起越来越多的神经内科医生的关注。但是由于缺乏精神科医生的专科治疗及抗抑郁药物效果起效缓慢,因此大部分卒中后抑郁症的治疗往往不及时或者被忽视。故早期对其进行综合性抑郁干预有利于患者神经功能的恢复。为此,本文对 2008 年 1 月至 2009 年 8 月本院收治的 126 例脑卒中患者分组进行早期综合性抑郁干预治疗,观察其对脑卒中后抑郁及神经功能恢复的影响,现分析报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 纳入本研究的 126 例患者均为本院 2008 年

1 月至 2009 年 8 月收治的脑卒中住院患者。均符合全国第四届脑血管病学术会议制定标准<sup>[1]</sup>,但发病前有明确抑郁病史者及完全失语、痴呆、昏迷不能配合检测者未纳入本研究。起病 0.5~5.5 d,均经头颅 CT 或 MRI 证实。随机将患者分为两组,对照组 63 例,男 28 例,女 35 例;卒中组 63 例,其中缺血性卒中 45 例,出血性卒中 18 例;年龄 41~76 岁,平均 65.5 岁。美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分平均 11 分(7~13 分),汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分平均 19 分(17~23 分)。抑郁干预治疗组 63 例,男 36 例,女 27 例;缺血性卒中 41 例,出血性卒中 22 例;年龄 40~78 岁,平均 67 岁。NIHSS 评分平均 12 分(7~14 分),HAMD 评分平均 20 分。两组一般资料比较差异无显著性。

**1.2 方法** 两组均行脑卒中常规治疗,包括控制血压、血糖,脑保护剂、神经营养剂的应用,自由基的清除及降低颅内压等治疗,对缺血性卒中者给予步长脑心通 4 粒,3 次/天,以及其他静脉用活血化淤药物。出血患者给予氨甲环酸 0.5 g/d 静

脉滴注 1 周。每天均由有经验的康复医生做正规的康复治疗。

综合性抑郁干预治疗组除了进行常规治疗外,另口服氢溴酸西酞普兰,常用量 40 mg/d,并且每天由主治医师及责任护士进行心理干预半小时,包括建立良好的医患关系,取得患者的信任,鼓励患者正确接受自己所患的疾病,用鼓励和启发式的语言使患者建立自信,鼓励患者表达自己的内心感受,转移孤独忧虑的不良心境,调动患者内在的积极性。给予部分患者听一些轻音乐或生物反馈来放松,以消除抑郁等不良情绪。对于部分患者,采用中医辨证施治,服用中药汤剂以疏肝理气,调节患者情志。

**1.3 评定指标** 治疗前及治疗 2、4、6、8 周后由同一名专业主治医师分别进行 NIHSS、HAMD 评分。

**1.4 统计学方法** 所有评分数据均采用 SPSS11.0 处理,各

组评分用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用独立样本  $t$  检验。检验水准  $\alpha = 0.05, P < 0.05$  为差异有统计学意义。

**2 结 果**

当治疗进行到第 2 周时,两组患者 NIHSS 评分和 HAMD 评分开始较治疗前降低,但是差异不明显。随着治疗的进展,在治疗到第 4、6、8 周时,两组 NIHSS 评分和 HAMD 评分均显著低于治疗前。治疗组 NIHSS 评分和 HAMD 评分均较对照组降低明显,有显著性差异(表 1、2)。治疗中服用氢溴酸西酞普兰的部分患者初期出现口干、纳差、失眠、轻度腹胀等不适,约 1 周后适应,相应肝肾功能检查未见异常。对个别失眠患者短期对症服用阿普唑仑后好转,部分服用中药后腹泻的患者停用中药。

表 1 两组治疗前后 HAMD 评分情况( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后			
			第 2 周	第 4 周	第 6 周	第 8 周
对照组	63	19.4 ± 1.7	19.3 ± 1.5	18.3 ± 1.1	17.2 ± 1.1	15.7 ± 1.1
治疗组	63	19.9 ± 1.6	19.7 ± 1.5	16.6 ± 1.4*	14.6 ± 1.2*	12.1 ± 1.6*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

表 2 两组治疗前后 NIHSS 评分情况( $\bar{x} \pm s$ )

组别	n	治疗前	治疗后			
			第 2 周	第 4 周	第 6 周	第 8 周
对照组	63	11.1 ± 1.3	10.9 ± 1.3	9.6 ± 1.6	8.6 ± 1.3	7.0 ± 1.4
治疗组	63	11.6 ± 1.4	11.2 ± 1.2	8.4 ± 1.4*	6.7 ± 1.5*	5.2 ± 1.4*

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$ 。

**3 讨 论**

抑郁症是脑卒中后最常见的并发症之一,主要表现为抑郁情绪、焦虑、兴趣减退及对治疗失去信心等症候群。随着对脑卒中后抑郁研究的逐步深入,脑卒中后抑郁越来越受到临床工作者的重视。研究表明,抑郁状态是影响中风患者康复的障碍之一<sup>[2]</sup>。脑卒中后并发抑郁既可导致患者躯体症状加重,又使患者精神痛苦,生存质量降低,甚至产生畏罪感、自杀及幻觉妄想等。普遍认为,脑卒中后抑郁症可按其发生时间分为两类,一类于脑卒中发生后的急性阶段出现,由于脑卒中时脑组织损害破坏了去甲肾上腺能神经元和 5-羟色胺神经元及其通路,语言障碍等神经功能缺失,担心自己成为社会和家庭的累赘,从而产生抑郁<sup>[3]</sup>;另一类出现在病后半年左右,是抑郁发病的第 2 高危阶段。其原因可能与脑卒中后出现的运动功能障碍、社会角色的改变以及其他社会及心理因素等有关,属于继发反应性抑郁。近年来的研究表明,高选择性 5-羟色胺再吸收抑制剂常常是改善抑郁症状的首选剂,可明显提高脑卒中患者的总体康复水平。5-羟色胺是部分兴奋性中间神经元的主要递质,诱导新突触联系,促进感觉运动突触生长,增强脊髓运动的兴奋性,调节和改善有目的性运动反应,对促进脑损伤神经功能的代偿及结构修复起着重要作用<sup>[4]</sup>。氢溴酸西酞普兰是神经元摄取 5-羟色胺的选择性抑制剂,通过阻滞 5-羟色胺再摄

入和增强控制 5-羟色胺释放,增强其传递而发挥抗抑郁作用;同时刺激运动神经功能,促进脑组织康复,有利于瘫痪肢体的功能恢复。研究表明,综合性抑郁干预治疗组的观察指标与对照组有明显差异,说明早期给予抗抑郁药物配合心理治疗的综合干预治疗有利于脑卒中患者抑郁症状的改善,进而提高其战胜疾病的信心,增加配合治疗的主动性与积极性,有利于缺失神经功能的早日恢复。

**参考文献**

[1] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.  
 [2] Parikh RM, Robinson RG, Lipsey JR, et al. The impact of post-stroke depression on recovery in activities of daily living over a 2-year follow up[J]. Arch Neurol, 1990, 47(7): 785-789.  
 [3] 王桂红, 王拥军. 卒中后抑郁障碍研究进展[J]. 中华内科杂志, 2008, 47(3): 256.  
 [4] 裴丽萍. 百忧解治疗脑卒中后抑郁及神经功能缺损的临床观察[J]. 黑龙江医学, 2008, 32(6): 480.

(收稿日期: 2010-06-27)