

心理干预综合传统针刺治疗对情绪障碍 中风患者康复的影响

赵 辉¹ 高建英¹ 葛长青¹ 仲召玲² 谢亚彬¹ 刘海金³ 杨 阳⁴

(1 河北省保定市第二医院,保定,071051; 2 河北省唐山市玉田县中医医院,唐山,064100;

3 解放军第二五二医院,保定,071051; 4 河北医科大学中医学院,石家庄,050091)

摘要 目的:观察传统针刺配合心理干预治疗中风情绪障碍的临床效果。方法:根据抑郁自评量表(SDS)和焦虑自评量表(SAS),将符合条件的40例中风情绪障碍的患者按照就诊顺序随机分为2组,2组患者均先按内科常规治疗。根据Barthel指数评定表判断日常生活活动(ADL)能力,认定功能缺陷程度,治疗组采取传统针刺配合心理干预的治疗方法,对照组采取传统针刺的治疗方法。结果:治疗结束时,2组患者功能缺陷程度治疗效果比较有统计学意义($P < 0.05$),治疗组的临床效果明显优于对照组。结论:在中风情绪障碍患者的治疗中针刺配合心理干预可以提高治疗效果,降低致残率,促进患者尽早回归社会和家庭。

关键词 心理干预;针刺;情绪障碍;中风;影响

The Influence on Recovery of Stroke Patients with Emotional Disorder Treated by Psychotherapy and Acupuncture

Zhao Hui¹, Gao Jianying¹, Ge Changqing¹, Zhong Zhaoling², Xie Yabin¹, Liu Haijin³, Yang Yang⁴

(1 No. 2 Hospital of Baoding, Baoding 071051, China; 2 Traditional Chinese Medicine Hospital of Yutian County, Tangshan 064100, China; 3 No. 252 Hospital of CPLA, Baoding 071051, China; 4 Hebei Medical University, Shijiazhuang 050091, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effect of the therapy of mental intervention and acupuncture for the stroke patients with dysthymic disorder. **Methods:** After assessing SDS and SAS, 40 stroke patients with dysthymic disorder who met the criteria were selected and randomly divided to two groups, all were given conventional treatment first. On the basis of evaluation form of Barthel which aimed to judge the ability of ADL, the degrees of functional defects were affirmed. Patients in the treatment group were given mental intervention and acupuncture, and patients in the control group were treated by acupuncture. **Results:** After the treatment, there was significant difference of therapeutic effect between two groups on the degree of improving functional defects ($P < 0.05$), and the treatment group showed better results. **Conclusion:** Mental intervention and acupuncture treating stroke patients with dysthymic disorder could increase the treatment effect, reduce the disability ratio, and bring patients back to their family and the society.

Key Words Psychotherapy; Acupuncture; Paralytic's emotional disorder; Stroke; Influence

doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.10.034

中风病具有发病率高、死亡率高、致残率高、复发率高的特点,而且发病年龄呈现低龄化趋势。近年来对中风病患者的情绪障碍的关注度不断提高,降低致残率,减少复发率,恢复患者及其家属的治疗信心,激发患者的治疗欲望,促进患者的恢复,改善患者的生活质量,成为亟需解决的问题。我们在治疗的过程中采用传统针刺配合心理干预的方法,取得了较好的临床效果。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 男18例,女22例,年龄33~76岁,均为初次发病,生命体征平稳。根据Barthel指数评定表^[1]判断日常生活活动(ADL)能力,认定功能缺陷程度,0~20分为完全需要帮助,20~40分为需要极大帮助,40~60分为需要帮助,60分以上为可以自理。将

患者按照就诊顺序随机分为2组,治疗组21例,完全需要帮助者为4例,需要极大帮助者为8例,需要帮助者为8例,可以自理者为1例。对照组19例,完全需要帮助者为3例,需要极大帮助者为8例,需要帮助者为6例,可以自理者为2例。

1.2 纳入标准 1)本项研究所收纳的40例病例均为由门诊收住院患者,均经CT/MRI确诊为中风病的患者。2)根据抑郁自评量表(SDS)^[1]和焦虑自评量表(SAS)^[1]得分,均有不同程度的情绪障碍。3)入选患者没有意识障碍、认知障碍、以及严重的听力障碍和表达障碍。4)发病前没有精神病史、心理疾病治疗史^[2]。

1.3 治疗方法 2组患者入院后均予内科脑血管病常规治疗。1)对照组给予传统针刺治疗。主穴:百会、患侧肢体肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷、血海、

梁丘、足三里、丰隆、三阴交、太冲。头针为健侧运动区、足运感区、病灶区。配穴:言语不利的加廉泉;口角流涎加地仓、承浆。治疗手法及时间:体针用 1.5 寸毫针垂直进针,平补平泻法。头针用 1.5 寸毫针沿皮刺,快速捻转,得气后均留针 30 min。每日 1 次,1 个月为 1 个疗程,疗程间休息 1 周,共治疗 3 个疗程。2) 治疗组给予传统针刺治疗配合心理干预。a. 给予治疗组同对照组的针刺治疗方法及治疗时间。b. 给予心理干预。中风患者在患病的早期及恢复期和后遗症期的情绪障碍表现是不同的。根据不同时期的不同表现给予不同的心理干预方法。中风早期:患者多表现为震惊、不理解、否认和侥幸心理,经常拒绝治疗。针对这种情绪障碍,用患者能接受、能理解的语言表达方式,与患者及家属多沟通交流,了解患者性格及日常生活习惯,帮助解释分析病情,让患者逐渐认识和接受所发生的疾病,使其能够面对现实和未来发展。中风恢复期:此时患者大多有抑郁、焦虑、自卑、失望、恐惧、绝望、孤独、无助等情绪障碍,自杀想法和自杀行为往往出现在此阶段。根据对患者的性格的了解,针对其不同的情绪状态进行相应的疏导,团结家属进行劝慰和鼓励,消除患者顾虑,发挥患者的兴趣专长,使患者的不良情绪得到有效控制,建立信心,树立坚强的意志,鼓起生活的勇气,客观对待身体的变化并且积极接受治疗。中风后遗症期:此时患者有的有依赖心理,有的消极放弃,有的暴躁易怒。此时要对患者给予积极的肯定和鼓励,指导患者做力所能及的工作或训练,多组织患者之间的集体活动,使其互相交流心得,互相鼓励,最终能够以一种较好的心态回归社会^[3]。以上各期多数时候无法截然分开,也可能出现交叉,因此,治疗时要根据具体的情况具体分析,建立个体化的心理干预措施,以达到最佳效果。c. 心理干预治疗时间为每次 30 min,适当可延长至 60 min,每周 1~2 次,5 次为 1 个疗程。治疗期间以患者不劳累为度,争取家属的理解和配合^[4]。

1.4 统计学方法 使用 SPSS 11.5 统计软件,采用 *t* 检验和 wilcoxon 秩和检验方法进行统计分析。

2 治疗结果

2.1 疗效标准 根据 Barthel 指数评定表判断 ADL 能力,2 组患者治疗结束时的疗效分级为:控制、显效、有效、无效。控制:治疗结束时积分减少 50% 以上为控制;显效:治疗结束时积分减少 40%~50% 为显效;有效:治疗结束时积分减少 20%~30% 为有效;治疗结束时积分减少 20% 以下为无效。

2.2 结果 治疗结束时,2 组患者的治疗效果差异有

统计学意义($P < 0.05$),治疗组效果较好,结果见表 1。

表 1 治疗后 2 组患者治疗效果的比较(例)

疗效分级	治疗组	对照组
完全需要帮助	0(0%)	0(0%)
需要极大帮助	2(9.52%)	5(26.32%)
需要帮助	5(23.8%)	5(26.32%)
可以自理	14(66.7%)	9(47.34%)
合计	21(100%)	19(100%)

3 讨论

综合国内外研究,脑卒中后抑郁等情绪障碍的发病机制主要有 3 种学说。最主要的是以脑损害学说为基础的生物学机制;其次是反应性学说,认为卒中造成患者的神经功能缺损,生活难以自理从而引发心理反应,出现抑郁等情绪障碍;第 3 种学说即血管性抑郁机制。综合各种因素,其发生机制是生物-心理-社会多因素综合作用的结果^[5]。脑卒中后抑郁、焦虑是脑卒中患者常见的情绪障碍并发症,发病率为 20%~60%。情绪-情感障碍加重患者已存在的生理康复,严重影响康复效果^[6]。研究表明,心理防御机制直接影响康复成效,当患者处于兴奋状态及良好情绪时神经肌肉调节达到最佳状态^[7]。因此,心理和精神障碍的康复是对脑卒中患者的身体、活动和参与问题进行心理干预,提高其心理健康,改善卒中后患者机体功能状态。人的情绪过程包括情绪和情感两部分,情绪有比较大的冲动性和情境性,且外部表现明显;情感是作为情绪最本质的内容存在的,与人的个性心理特征和认知过程密切相关。广泛的研究发现:卒中后的抑郁很常见,它引起患者认知障碍,严重影响患者的功能恢复,是影响卒中患者生活质量的主要因素之一,恰当的治疗常有较好的效果。Feibel 和 Spinger 研究并探讨了抑郁与社会活动和 ADL 能力的关系。他们发现抑郁和不能重新参加社会活动有明显关系,但抑郁和躯体残疾无关。Robinson 对卒中早期患者的研究发现,ADL 能力与抑郁正相关^[8]。

脑卒中后情绪障碍属于中医的“郁证”等范畴。其病在脑卒中的基础上,由于风痰火郁,致使心神被扰,脑内气血逆乱。中医认为主要责之于脑。而针灸治疗强调辨病与辨证相结合,更注重辨病,尤其关注病位。因此,选取手足阳明经及三阴交、太冲等穴位,既可健脾胃、补肾益气,又可调畅肝气之疏泄,恢复脏腑阴阳气血之平衡,调整气机运行之紊乱,从而健脑调神,安定神志^[9]。针刺治疗中亦提到了“凡刺之真,必先治神……后乃存针”(《素问·宝命全形论篇》)。

(下接第 1232 页)

值;减少醋酸刺激所致的小鼠扭体反应次数;显著降低二甲苯致小鼠耳肿胀程度;对大鼠甲醛性关节炎所致足跖肿胀有抑制作用;独活寄生汤具有镇痛和抗炎作用^[13]。牛膝具有镇痛及较强的抗炎消肿作用;党参、当归、熟地黄能增强免疫功能,提高机体抗应激能力^[13]。临床结果表明,治疗组与对照组总有效率分别为 86.7% 和 63.3% ($P < 0.05$);2 组 LKSS 比较,治疗结束 LKSS 均高于治疗前,差异有统计学意义 ($P < 0.05$);治疗 10d(次)后治疗组 LKSS 低于对照组 ($P > 0.05$);治疗结束时治疗组 LKSS 高于对照组,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。不良反应治疗组明显低于对照组 ($P < 0.05$)。独活寄生汤配合针刺治疗膝骨性关节炎能改善局部血液循环,减轻肌肉的痉挛,缓解疼痛^[14]。配合针刺刺激病灶能迅速消除或改善局部组织的缺血、挛缩、粘连、水肿等病理变化^[15],从而加快循环,促进代谢,使病变组织修复,促进慢性炎性物质的吸收,减轻疼痛,恢复膝骨性关节炎功能,体现中医药治疗膝骨性关节炎的独特优势。

参考文献

- [1] 李建纲,张静. 中医药治疗骨关节炎的现状[J]. 河南中医学院学报, 2009,24(2):105-107.
- [2] 邱贵兴. 骨关节炎诊治指南[J]. 中华骨科杂志,2007,27(10):793-796.
- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:349-353.

- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000:294-296.
- [5] 周光辉. 电针疗法缓解膝关节骨关节炎疼痛的疗效[J]. 中国临床康复,2004,8(20):4082.
- [6] 钟宾谟,林国华. 温针治疗膝关节炎的临床疗效观察[J]. 按摩与导引,2004,20(4):16-18.
- [7] 何勇,徐阳平,霍雄涛. 艾灸治疗膝关节炎的临床研究[J]. 中国中医骨伤杂志,2009,17(3):38-39.
- [8] 钟远鸣,韦贵康,米琨,等. 中药熏洗治疗膝关节炎病疗效观察[J]. 中医正骨,2004,16(1):3.
- [9] 周文雄,郑忠东,黄健,等. 膝关节炎治疗方案评价研究[J]. 新中医,2011,43(7):47-49.
- [10] 张鹏. 中西医结合治疗膝关节炎临床疗效研究[J]. 时珍国医国药,2010,21(7):1837-1838.
- [11] 王新军,沈明球,刘俊昌,等. 膝关节炎的病因研究现状[J]. 新疆中医药,2011,29(3):77-80.
- [12] 曲安龙. 电针配合中药熏蒸治疗腰椎间盘突出症 96 例[J]. 光明中医,2010,1668-1669.
- [13] 梅全喜. 简明实用中药药理手册 2009[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:280,348,379,408-409.
- [14] 王庆甫,祁印泽,陈兆军,等. 超声电导透射通络止痛中药外治膝骨性关节炎的临床观察[J]. 北京中医药大学学报,2010,33(4):283-285.
- [15] 王祖安,卜明,韩晓强,等. 联合疗法治疗膝关节炎 123 例[J]. 中医正骨,2010,22(3):58-59.

(2013-01-21 收稿)

(上接第 1229 页)

《素问·汤液醪醴论篇》中也提到“针石,道也,精神不进,志意不活,故病不可愈”。《灵枢·本神》亦有“凡刺之法,先必本于神”的启示。以上均强调了“治神”的重要性。因此,中风患者罹患疾病后,除了肢体出现功能障碍,同时也会伴有严重的情绪障碍,往往不能很好地配合治疗,严重影响了患者的恢复,尤其是那些年轻患者。所以我们在治疗时配合心理干预,使患者能够更加积极地配合治疗,促使其早日康复,更好地回归家庭和社会^[10]。

参考文献

- [1] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:327-330,368-371.
- [2] 杨金锁,李永强,于翔,等. 脑卒中后抑郁症的康复治疗[J]. 临床医学,2006,26(9):25-26.
- [3] 金英,孙艳军,高燕军,等. 家属参与早期心理干预治疗脑卒中偏瘫患者的疗效[J]. 中国老年学杂志,2012,1(32):156-157.

- [4] 张琰. 脑卒中后抑郁症 76 临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2012,15(21):46-47.
- [5] 万国强,马红梅,周国香. 热敏灸治疗脑卒中后抑郁症的临床研究[J]. 针灸临床杂志,2011,27(7):9-11.
- [6] 胡永善,吴毅,朱玉莲,等. 规范三级康复治疗促进脑卒中偏瘫患者综合功能的临床研究[J]. 中华物理医学与康复,2005,27(2):105-107.
- [7] 佟剑平,韦晴霖,周丽芳,等. 综合康复治疗提高急性脑卒中偏瘫能力患者日常生活[J]. 中国临床康复,2003,7(31):4284.
- [8] 王茂斌. 脑卒中的康复医疗[M]. 北京:中国科学技术出版社,2006:312,313-314.
- [9] 刘保延,刘志顺. 电针焦虑方治疗中风后焦虑障碍的临床疗效评价[D]. 中国中医科学院临床医学专业博士学位论文:网络版,2013,1:59-60.
- [10] 徐廷玉,叶雨菊,王峰. 早期心理干预对脑卒中患者康复的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2009,18(26):3188-3189.

(2013-02-14 收稿)