

1302-1306.

[4] 张爽. 右美托咪定静脉泵注联合七氟烷吸入诱导在腹腔镜手术麻醉中的临床观察[J]. 实用中西医结合临床, 2017, 17(5): 23-24.

[5] 周莹莹, 何荷番, 李伟. 右美托咪定对脊髓保护作用的研究进展[J]. 临床麻醉学杂志, 2019, 35(3): 304-306.

[6] 殷选明, 王朝阳. 右美托咪定对气管插管全身麻醉经腹子宫全切患者麻醉苏醒时间、血流动力学的影响[J]. 解放军预防医学杂志, 2019, 37(11): 86-87.

[7] 李向南, 蔚冬冬, 李建立. 腹横肌平面阻滞联合全身麻醉用于腹腔镜手术老年患者的改良效果[J]. 中华麻醉学杂志, 2018, 38(2): 177.

[8] 陈盈盈. 瑞芬太尼联合七氟烷麻醉对妇科腹腔镜手术患者术后躁动及应激反应的影响[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(84): 151-152.

[9] 沈敏勤. 探讨腹腔镜手术对卵巢囊肿患者卵巢功能和应激反应的影响评价[J/CD]. 实用妇科内分泌杂志: 电子版, 2019, 6(32): 91. DOI: 10. 16484/j. cnki. issn2095-8803. 2018. 28. 048.

[10] 胡胜红, 王胜斌, 居霞, 等. 静脉输注利多卡因与右美托咪定对腔镜甲状腺手术后拔管期呛咳反应的影响[J]. 实用医学杂志, 2019, 35(4): 631-633.

[11] 孔超, 王力基. 右美托咪定在临床应用进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(99): 62-63.

[12] UCHINAMI Y, TAKIKAWA S. Incidence of postoperative nausea and vomiting is not increased by combination of low concentration Sevoflurane and Propofol compared with Propofol alone in patients undergoing laparoscopic gynecological surgery[J]. J A Clin Rep, 2019, 5(1): 70.

(收稿日期: 2020-02-27)

· 临床研究 ·

# 卒中单元综合治疗对脑卒中后抑郁干预效果及对吞咽和认知功能的影响

林雪, 刘汝茜

(哈励逊国际和平医院神经内科, 衡水 053000)

**[摘要]** **目的** 探讨卒中单元综合治疗对脑卒中后抑郁(PSD)及对吞咽和认知功能等相关治疗的有效性。**方法** 选取 157 例 PSD 患者按随机数字表法分为对照组(普通病房治疗)和观察组(卒中单元治疗)。对照组给予神经内科常规治疗,在对照组基础上观察组给予个体化的心理治疗、认知行为干预、吞咽功能等神经康复等卒中单元综合治疗。患者于治疗前及治疗 1 周、2 周、4 周、8 周、12 周时进行汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分、改良 Barthel 指数(MBI)评分、简易智能状态检查(MMSE)、简式 Fugl-Meyer 运动功能(FMA)评分等评估疗效。**结果** 共纳入 157 例 PSD 患者,82 例对照组和 75 例观察组患者在治疗前及治疗 1 周时在 HAMD、MMSE、FMA 和 MBI 评分组间差异无统计学意义( $P$ 均 $>0.05$ ),观察组在治疗 2 周、4 周、8 周及 12 周时 HAMD 显著低于同期对照组,MBI 和 MMSE 评分显著高于同期对照组,而 FMA 评分方面观察组在治疗 4 周、8 周及 12 周时显著高于同期对照组( $P$ 均 $<0.05$ )。观察组在治疗 4 周及以后各时间点 HAMD 评分均较治疗前显著降低,而 MBI 和 MMSE 评分在治疗 2 周及以后各时间点即较治疗前显著升高,而 FMA 运动功能评分方面观察组在治疗 4 周及以后各时间点均显著高于治疗前( $P$ 均 $<0.05$ )。此外,观察组吞咽功能障碍治疗的总有效率在治疗 2 周(77.8%)和 4 周时(85.2%)均显著高于同期对照组(51.6%和 77.4%)( $P$ 均 $<0.05$ )。**结论** 卒中单元综合治疗不仅可使 PSD 患者的抑郁症状在早期得到改善,还能改善其吞咽障碍及认知能力,从而使 PSD 患者在躯体和心理上共同恢复并提高其生活质量。

**[关键词]** 卒中;神经康复;抑郁;吞咽障碍;认知功能障碍

DOI:10. 3969/J. issn. 1672-6790. 2020. 04. 026

基金项目:河北医学科学研究重点课题计划(20181588)

作者简介:林雪,主管护师,Email:h13lni@163.com

## Effect of comprehensive intervention of stroke unit on post-stroke depression and its effect on dysphagia and cognitive function

Lin Xue, Liu Ruxi (Department of Neurology, Harrison International Peace Hospital, Hengshui 053000, China)

**[Abstract]** **Objective** To investigate the efficacy of comprehensive intervention of stroke unit in the treatment of post-stroke depression, dysphagia and cognitive function. **Methods** According to random number table method, 157 patients with PSD were randomly divided into control group and observation group. Based on the general treatment of the control group, the observation group was given individualized psychotherapy, cognitive behavioral intervention, neurological function rehabilitation, swallowing function professional rehabilitation training and other comprehensive treatment of stroke unit. Hamilton Depression scale (HAMD), modified Barthel index (MBI) score, Minimum Mental State Examination (MMSE) and simple Fugl-Meyer motor function (FMA) score and other assessments were used to evaluate the curative effect before treatment and 1 week, 2 weeks, 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks after hospitalization. **Results** A total of 157 patients with PSD were enrolled, of whom 75 patients were included in the observation group and 82 patients in the control group. There was no significant difference in HAMD score, MBI score, FMA score and MMSE score between the control group and the observation group before treatment and 1 week after treatment ( $P > 0.05$ ). At the 2nd, 4th, 8th and 12th week of treatment, the HAMD scores in the observation group were significantly lower than those in the control group, meanwhile, the scores of MBI and MMSE in the observation group were significantly higher than those in the control group. However, the FMA scores in the observation group were significantly higher than those in the control group at 4th, 8th and 12th week of treatment. The HAMD scores in the observation group at the 2nd, 4th, 8th, 12th week of treatment were significantly lower than those before treatment, and the MBI and MMSE scores in the observation group at the 2nd, 4th, 8th, 12th week of treatment were significantly higher than those before treatment. However, the FMA scores in the observation group at the 4th, 8th, 12th week of treatment were significantly higher than those before treatment (all  $P < 0.05$ ), meanwhile, the HAMD scores in control group at 4th, 8th, 12th week of treatment were significantly lower than those before treatment. In addition, the total effective rates of dysphagia in the observation group at 2th week (77.8%) and 4th week (85.2%) of treatment were higher than those in the control group (51.6% and 77.4%). **Conclusions** Comprehensive interventional therapy of stroke unit can not only improve the depressive symptoms of PSD patients in the early stage, but also improve their dysphagia and cognitive function in the early stage.

**[Keywords]** Stroke; Neurological rehabilitation; Depression; Deglutition disorders; Cognitive dysfunction

卒中单元是一种管理脑卒中的新模式,由神经专科医师及护理人员、心理医师、康复医师等组成多专业团队,对脑卒中患者进行综合治疗,研究发现卒中单元的早期康复和多学科综合治疗是卒中最佳的治疗方案,不仅可及时发现脑卒中后抑郁(PSD)等常见的并发症,还可显著降低卒中患者的死亡率<sup>[1]</sup>。此外,脑卒中后吞咽功能障碍的早期诊断和治疗对于降低肺炎的风险至关重要,卒中单元还可对脑卒中患者进行吞咽障碍的系统筛查和早期管理<sup>[2]</sup>。本研究评估卒中单元综合治疗对PSD及吞咽和认知功能等相关治疗的有效性。

### 1 对象与方法

**1.1 研究对象** 选取2017年1月至2019年1月我院神经内科收治的157例PSD患者,其中男性76例,女性81例;年龄范围60~82岁,年龄(77.87±7.04)岁。按随机数字表法分为进入普通病房治疗的对照组和进入卒中单元治疗的观察组。

**1.2 纳入与排除标准** 纳入标准:①所纳入的首次脑梗死或脑出血者均符合1995年第四届全国脑血管病学术会议颁布的脑血管病的诊断标准<sup>[3]</sup>;②抑郁的诊断符合《中国精神障碍分类与诊断标准》中的相关标准,采用17项汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评估脑卒中患者抑郁症状,HAMD总分≥8分诊断为卒中后抑郁;③能正确完成各项评分,无失语、精神行为异常患者。排除标准:①既往脑卒中或抑郁病史;②有严重意识障碍、失认等其他疾病不能配合完成量表评估及治疗者;③既往认知功能障碍病史;④既往吞咽功能障碍病史;⑤卒中病程大于3个月,随访中失访者;⑥有严重心、肝、肾、肺等疾病者。

**1.3 方法** 对照组患者入神经内科普通病房,给予改善循环、抗凝、调脂、抗血小板、脑保护等神经内科常规治疗,对抑郁症状给予氟西汀20 mg,1次/d,连续口服8周,改善抑郁症状。观察组在对照组治疗方案基础上,给予卒中单元综合治疗:①路径式

表 1 两组患者基本临床指标比较

组别	例数	年龄 ( $\bar{x} \pm s$ , 岁)	男性 [例(%)]	入院前抗抑郁药应用史 [例(%)]	缺血性卒中出血性卒中		既往史[例(%)]				吸烟史 [例(%)]	体质指数 ( $\bar{x} \pm s$ , kg/m <sup>2</sup> )	美国国家卒中量表评分 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)	简易智能状态检查 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)
					[例(%)]	[例(%)]	高血压	糖尿病	冠心病	高脂血症				
卒中单元组	75	78.2 ± 6.7	37(49.3)	5(6.7)	59(78.7)	8(10.7)	54(72.0)	41(54.7)	8(10.7)	30(40.0)	24(32.0)	27.2 ± 5.9	16.57 ± 5.62	23.01 ± 2.50
普通病房组	82	77.5 ± 7.4	39(47.6)	7(8.5)	62(75.6)	12(14.6)	57(69.5)	48(58.5)	5(5.88)	28(34.1)	19(23.2)	27.7 ± 4.7	16.26 ± 5.81	22.58 ± 2.31
<i>t</i> ( $\chi^2$ ) 值		0.603	(1.718)	(0.194)	(0.207)	(0.421)	(0.574)	(0.040)	(1.247)	(0.576)	(2.363)	(0.646)	(0.339)	(1.120)
<i>P</i> 值		0.548	0.190	0.660	0.649	0.516	0.449	0.842	0.254	0.448	0.124	0.519	0.735	0.264

健康教育;②个体化的心理治疗(每周3次,每次1h)、定期进行健康宣教及家庭支持;③认知行为干预;④神经功能康复,如吞咽功能障碍患者接受相关训练,包括舌肌、颊肌等肌肉训练、吞咽及进食训练、呼吸咳嗽训练等;⑤出院回归社会期,在卒中单元治疗组指导下,由社区医院辅助完成院外康复治疗。于住院后治疗前,治疗1周、2周、4周、8周、12周时分别进行HAMD和简式Fugl-Meyer运动功能(FMA)评分、改良Barthel指数(MBI)及简易智能状态检查(MMSE)评分评估疗效。分别在入院时及治疗2周、4周时采用洼田饮水试验<sup>[4]</sup>评估吞咽功能:让患者端坐,饮温水30 mL,观察分饮及呛咳等发生情况进行评定:①饮水可1次进行,无呛咳、停顿为I级;②饮水分2次,无呛咳、停顿可饮完为II级;③饮水可1次进行,但有呛咳为III级;④饮水分2次及以上,虽有呛咳但可饮完为IV级;⑤饮水时出现呛咳多次,未能全部饮完为V级。吞咽功能诊断:不存在吞咽障碍者洼田饮水试验为I级;存在吞咽障碍者洼田饮水试验为II—V级。疗效评估:①痊愈:吞咽功能完全恢复,饮水试验为I级;②显效:能正常进食,吞咽功能基本恢复,饮水试验为II级;③好转:吞咽功能改善,可顺利进流质饮食;④无效:吞咽功能未见好转或仍需鼻饲。

1.4 统计学处理 使用SPSS 22.0软件进行统计学处理。观测资料主要是计量资料,均通过正态性检验,两组比较为*t*检验。多时点重复观测资料,则行两因素重复测量方差分析+两两组间比较LSD-*t*检验+两两时间比较差值*t*检验;计数资料以例数及率描述。两组间比较为 $\chi^2$ 检验,检验水准 $\alpha = 0.05$ ,多次检验的水准 $\alpha'$ 按Bonferroni法进行校正。本文资料 $\alpha' = 0.01$ 。

2 结果

2.1 患者基本临床特征 共纳入157例PSD患者,其中观察组75例,对照组82例。两组间年龄、

性别、入院前抗抑郁药应用史、卒中类型、既往史、吸烟史、体质指数(BMI)、NIHSS评分、MMSE评分之间均差异无统计学意义(*P*值均>0.05),两组间具有可比性。见表1。

2.2 治疗前后两组HAMD评分的比较 整体比较(两因素重复测量方差分析)知:组间差异、时间差异及交互作用均差异有统计学意义(*P*<0.05)。两两精细比较:治疗前及治疗1周时两组的HAMD评分差异无统计学意义。观察组在治疗2周、4周、8周及12周时HAMD评分均显著低于同期对照组(*P*<0.05)。观察组治疗1周、2周时与治疗前差异无统计学意义,此后均较治疗前显著降低(*P*值均<0.05)。见表2。

表 2 观察组与治疗组患者治疗前后汉密尔顿抑郁量表评分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

时间	对照组( <i>n</i> = 82)	观察组( <i>n</i> = 75)
治疗前	23.34 ± 3.59	24.09 ± 3.82
治疗1周	22.95 ± 3.24	23.08 ± 3.57
治疗2周	22.42 ± 3.00 <sup>a</sup>	19.44 ± 3.15 <sup>ab</sup>
治疗4周	15.58 ± 2.38 <sup>a</sup>	13.83 ± 2.66 <sup>ab</sup>
治疗8周	13.91 ± 2.18 <sup>a</sup>	9.07 ± 2.38 <sup>ab</sup>
治疗12周	11.91 ± 2.00 <sup>a</sup>	7.07 ± 2.00 <sup>ab</sup>
整体分析	(HF系数:0.8489)	
组间 <i>F</i> 值, <i>P</i> 值	164.600, <0.001	
时间 <i>F</i> 值, <i>P</i> 值	680.713, <0.001	
交互 <i>F</i> 值, <i>P</i> 值	26.015, <0.001	

注:整体分析为两因素重复测量方差分析,资料球形性校正采用HF系数法;组间精细比较为LSD-*t*检验,两组同时点比较,<sup>a</sup>*P*<0.05;时间精细比较为差值*t*检验,和组内第1时间点比较,<sup>b</sup>*P*< $\alpha'$ , $\alpha'$ 为Bonferroni校正后的检验水准= $0.05/5 = 0.01$ ,5为时间维度上精细比较的次数

2.3 治疗前后两组MBI评分的比较 整体比较(两因素重复测量方差分析)知:组间差异、时间差异及交互作用均差异有统计学意义(*P*<0.05)。两两精细比较:治疗前及治疗1周时两组的MBI评分

差异无统计学意义。观察组在治疗2周、4周、8周及12周时MBI评分与同期对照组差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。观察组治疗1周、2周时与治疗前差异无统计学意义,在此以后均较治疗前显著升高( $P$ 值均 $< 0.05$ )。见表3。

表3 观察组与对照组患者治疗前后MBI评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

时间	对照组( $n=82$ )	观察组( $n=75$ )
治疗前	46.25 ± 11.12	45.61 ± 11.68
治疗1周	48.67 ± 12.68	48.24 ± 12.36
治疗2周	50.11 ± 13.25 <sup>a</sup>	58.12 ± 14.17 <sup>ab</sup>
治疗4周	55.21 ± 13.39 <sup>a</sup>	63.27 ± 15.21 <sup>ab</sup>
治疗8周	63.25 ± 14.65 <sup>a</sup>	70.51 ± 13.68 <sup>ab</sup>
治疗12周	69.24 ± 15.37 <sup>a</sup>	79.21 ± 17.21 <sup>ab</sup>
整体分析	(HF系数:0.907)	
组间 $F$ 值, $P$ 值	16.327, $< 0.001$	
时间 $F$ 值, $P$ 值	32.183, $< 0.001$	
交互 $F$ 值, $P$ 值	7.236, $< 0.001$	

注:整体分析为两因素重复测量方差分析,资料球形性校正采用HF系数法;组间精细比较为LSD- $t$ 检验,两组同时点比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;时间精细比较为差值 $t$ 检验,和组内第1时间点比较,<sup>b</sup> $P < \alpha'$ , $\alpha'$ 为Bonferroni校正后的检验水准= $0.05/5=0.01$ ,5为时间维度上精细比较的次数

2.4 治疗前后两组间FMA运动功能评分比较 整体比较(两因素重复测量方差分析)知:组间差异、时间差异及交互作用均差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两两精细比较:治疗前及治疗1周及2周时两组的FMA运动功能评分差异无统计学意义。观察组在治疗4周、8周及12周时FMA运动功能评分均显著高于同期对照组( $P < 0.05$ )。观察组治疗1周、2周时与治疗前差异无统计学意义,此后均较治疗前显著升高( $P$ 值均 $< 0.05$ )。见表4。

2.5 两组间认知功能评估比较 两组MMSE评分数据列于下表。整体比较(两因素重复测量方差分析)知:组间差异、时间差异及交互作用均差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。两两精细比较:治疗前及治疗1周时两组的MMSE评分差异无统计学意义,观察组在治疗2周、4周、8周及12周时MMSE评分均显著高于同期对照组( $P$ 值 $< 0.05$ )。观察组治疗1周时与治疗前差异无统计学意义,此后均较治疗前显著升高( $P$ 值均 $< 0.05$ )。见表5。

表4 观察组与对照组患者治疗前后FMA评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

时间	对照组( $n=82$ )	观察组( $n=75$ )
治疗前	43.15 ± 19.12	44.21 ± 18.27
治疗1周	45.17 ± 19.37	46.35 ± 19.61
治疗2周	49.22 ± 21.25 <sup>a</sup>	50.26 ± 22.41 <sup>ab</sup>
治疗4周	54.06 ± 23.67 <sup>a</sup>	61.58 ± 23.67 <sup>ab</sup>
治疗8周	61.57 ± 25.81 <sup>a</sup>	72.19 ± 26.31 <sup>ab</sup>
治疗12周	70.35 ± 32.61 <sup>a</sup>	82.12 ± 34.17 <sup>ab</sup>
整体分析	(HF系数:0.912)	
组间 $F$ 值, $P$ 值	21.512, $< 0.001$	
时间 $F$ 值, $P$ 值	52.126, $< 0.001$	
交互 $F$ 值, $P$ 值	12.237, $< 0.001$	

注:整体分析为两因素重复测量方差分析,资料球形性校正采用HF系数法;组间精细比较为LSD- $t$ 检验,两组同时点比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;时间精细比较为差值 $t$ 检验,和组内第1时间点比较,<sup>b</sup> $P < \alpha'$ , $\alpha'$ 为Bonferroni校正后的检验水准= $0.05/5=0.01$ ,5为时间维度上精细比较的次数

表5 观察组与对照组患者治疗前后MMSE评分比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

时间	对照组( $n=82$ )	观察组( $n=75$ )
治疗前	22.68 ± 2.31	23.01 ± 2.50
治疗1周	23.11 ± 2.32	23.72 ± 2.53
治疗2周	23.39 ± 2.57 <sup>a</sup>	24.81 ± 2.46 <sup>ab</sup>
治疗4周	24.31 ± 2.68 <sup>a</sup>	25.69 ± 2.51 <sup>ab</sup>
治疗8周	24.87 ± 2.71 <sup>a</sup>	26.51 ± 2.72 <sup>ab</sup>
治疗12周	25.31 ± 2.78 <sup>a</sup>	27.21 ± 2.87 <sup>ab</sup>
整体分析	(HF系数:0.857)	
组间 $F$ 值, $P$ 值	326.617, $< 0.001$	
时间 $F$ 值, $P$ 值	671.221, $< 0.001$	
交互 $F$ 值, $P$ 值	32.157, $< 0.001$	

注:整体分析为两因素重复测量方差分析,资料球形性校正采用HF系数法;组间精细比较为LSD- $t$ 检验,两组同时点比较,<sup>a</sup> $P < 0.05$ ;时间精细比较为差值 $t$ 检验,和组内第1时间点比较,<sup>b</sup> $P < \alpha'$ , $\alpha'$ 为Bonferroni校正后的检验水准= $0.05/5=0.01$ ,5为时间维度上精细比较的次数

2.6 两组间吞咽功能发生率及吞咽功能疗效评估比较 发生吞咽功能障碍的患者对照组有31例,观察组27例,在吞咽功能障碍发生率上两组间差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。27例观察组患者接受吞咽功能专项康复训练,显示在治疗2周后观察组总有效率为77.8%,高于同期对照组的51.6%( $P < 0.05$ );而在治疗4周后观察组总有效率升高至85.2%,且高于同期常规治疗的对照组的77.4%( $P < 0.05$ )。见表6。

表5 观察组与对照组患者吞咽功能疗效比较

组别	时间	例数	治愈 [例(%)]	显效 [例(%)]	好转 [例(%)]	无效 [例(%)]	总有效率 (%)
对照组	治疗2周	31	1(3.2)	2(6.5)	13(41.9)	15(48.4)	51.6
	治疗4周	31	3(9.7)	4(12.9)	17(54.8)	7(22.6)	77.4
观察组	治疗2周	27	2(7.4)	4(14.8)	15(55.6)	6(22.2)	77.8 <sup>a</sup>
	治疗4周	27	3(11.1)	5(18.5)	15(55.6)	4(14.8)	85.2 <sup>a</sup>

注:与对照组同期比较,<sup>a</sup>*P* < 0.05

### 3 讨论

PSD 被认为是脑卒中常见且严重的后遗症, PSD 对脑卒中患者的神经功能结局、康复效果及生活质量均产生不良影响,而 PSD 常被忽视,普通神经内科病房住院患者的 PSD 诊断率显著低于卒中单元的住院患者,且卒中单元内对 PSD 的早期筛查、早期诊断、评估及治疗可改善患者预后<sup>[5]</sup>。PSD 发病风险的增加可能与脑卒中后出现吞咽功能障碍、肢体运动障碍等情况有关,反过来 PSD 的发生又不利于其吞咽功能或运动功能障碍的恢复<sup>[6]</sup>。

本研究发现,卒中单元内的 PSD 患者在治疗的第 2 周其 HAMD 评分较治疗前降低,说明其抑郁症状在一定程度上得到改善,且其 MBI 评分及 MMSE 评分也在治疗第 2 周时较治疗前提高。卒中单元内的康复及专业护理等团队可在脑卒中发病早期对其进行心理评估及筛查,对出现 PSD 的患者可在早期就接受心理疏导等心理干预,故卒中单元内的 PSD 诊断率更高,接受心理治疗的 PSD 患者在抑郁发病早期即可得到一定程度的控制,而通过认知行为干预、相关康复训练,以及患者和家庭成员同时接受健康知识宣讲,均可提高患者对脑卒中及其神经功能并发症的认识,提高战胜疾病的信心,都可促进疾病的恢复<sup>[6-7]</sup>。

观察组患者在治疗 4 周、8 周和 12 周时 HAMD 评分较治疗前降低,随之 MBI、FMA 及 MMSE 评分逐渐升高。PSD 患者在卒中单元内经过心理医师等人员的早期、长期干预,可改善心境、增加其治疗的主动性、提高康复锻炼的积极性,有助于患者生活能力及认知能力的恢复,而普通神经内科病房并未有相关心理医师等团队早期进行心理学评估及治疗, PSD 的诊断率及治疗率可能较低,故卒中单元患者上述抑郁症状及神经功能的恢复均早于普通神经内科病房住院的 PSD 患者<sup>[7-8]</sup>。

卒中后吞咽困难的发生可导致脑卒中患者出现抑郁症状,而 PSD 的发生导致患者康复意愿降低,

不利于吞咽功能的恢复而产生一个恶性循环<sup>[9]</sup>。本研究发现,卒中单元的多学科、多专业团队的综合介入治疗,通过对 PSD 合并吞咽困难的患者早期进行心理干预,再配合康复治疗,便可在治疗 2 周时有效提高吞咽障碍的疗效。随着吞咽功能的恢复, PSD 患者自卑感、无用感、消极或抵触康复治疗的情况可在一定程度上得到改善,继而患者的抑郁症状也可进一步得到缓解<sup>[10]</sup>。

综上所述,卒中单元的综合治疗通过纳入心理、康复等多学科、多专业团队,强调早期对 PSD 患者进行躯体及心理上同步治疗,可显著改善 PSD 患者的抑郁症状,还可在早期发现并改善脑卒中患者的吞咽或认知功能障碍等,发挥卒中单元对脑卒中综合管理的优势,最大程度提高脑卒中患者的生活质量。

### 参考文献

- [1] OESTREICHER C, PISATURO M, HAUSSER J, et al. Creating a stroke unit in a community hospital improves the management of stroke patients[J]. Rev Med Suisse, 2017,13(573):1518-1521.
- [2] SMITHARD D G. Dysphagia management and stroke units [J]. Curr Phys Med Rehabil Rep, 2016,4(4):287-294.
- [3] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 武文娟,毕霞,宋磊,等. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J]. 上海交通大学学报(医学版),2016,36(7):1049-1053.
- [5] HERRMANN N, SEITZ D, FISCHER H, et al. Detection and treatment of post stroke depression; results from the registry of the Canadian stroke network [J]. Int J Geriatr Psychiatry, 2011,26(11):1195-200.
- [6] GURR B. Stroke mood screening on an inpatient stroke unit [J]. Br J Nurs, 2011,20(2):94-99.
- [7] 姜玘. 早期心理干预对脑卒中后抑郁患者神经功能康复的影响分析 [J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(S3):495.
- [8] 胡振国,孙丽琴,杨文,等. 老年脑卒中住院患者普通模式和脑卒中单元模式治疗结果对比 [J]. 中国老年学杂志,2018,38(22):5409-5411
- [9] HELLDEN J, BERGSTROM L. Experiences of living with persisting post-stroke dysphagia and of dysphagia management-a qualitative stud [J]. 2018, 13 (supl): 1522194.
- [10] 李江同. 早期心理干预对卒中后抑郁患者吞咽功能康复的影响 [J]. 河北中医, 2013, 35(2):290-291.

(收稿日期:2019-06-10)