

t2-tse-tea-fs 序列, 为临床提供了优质的图像指导诊疗。但是扫描时间长, 部分患者无法坚持, 图像会有运动伪影干扰, 特别是小 FOV 高分辨血管壁成像序列。优化后的颈颅联合高分辨血管壁 MR 成像序列明显缩短了扫描时间, 患者耐受性大大提高, 同时调整扫描参数提高了空间分辨率, 颅脑微血管显示数量明显增加, 清晰度明显增强。颈部血管壁高分辨 MR 序列 T1WI-tse3d-cor 对血流抑制效果明显比 T1WI-space-sag 差, 但是用 T1WI-space-sag 会出现颈部起始段卷褶伪影, 无法评估起始段的血管壁情况, 所以收集病例必须经过彩色多普勒超声排除起始段病变。

总而言之, 颈颅联合高分辨血管壁 MR 扫描在颈动脉分叉以上的颈部和颅脑血管病变的显示有明显图像质量优势, 而且一次成像能明确责任血管, 有利于临床明确风险分级、治疗方案、预后评估^[6], 扫描时间明显缩短, 受检者更易耐受, 减少运动伪影。

〔参考文献〕

(1) Wang Y, Li Z, Zhao X, et al. Stroke care quality in China:

substantial improvement, and a huge challenge and opportunity (J). International Journal of Stroke, 2017, 12(3): 229-235.

(2) Wang Y, Zhao X, Liu L, et al. Prevalence and outcomes of symptomatic intracranial large artery stenoses and occlusions in China: the Chinese Intracranial Atherosclerosis (CICAS) study (J). Stroke, 2014, 45(3): 663-669.

(3) Zhang DF, Chen YC, Chen H, et al. A high-resolution MRI study of relationship between remodeling patterns and ischemic stroke in patients with atherosclerotic middle cerebral artery stenosis (J). Front Aging Neurosci, 2017, 9(5): 140.

(4) Sui B, Gao P, Lin Y, et al. Distribution and features of middle cerebral artery atherosclerotic plaques in symptomatic patients: a 3.0T high-resolution MRI study (J). Neurol Res, 2015, 37(5): 391-396.

(5) 张婧, 王显龙, 于昊, 等. 高分辨 MRI 评估颈动脉粥样硬化斑块的成分特征、负荷及其与脑组织缺血征象的关系 (J). 中华神经医学杂志 2014, 13(6): 621-626.

(6) 于寰, 段凯, 张月, 等. 基于高分辨力 MR 血管壁成像对症状性颅内血管狭窄的脑卒中病人预后的影响因素分析 (J). 国际医学放射学杂志 2017, 40(5): 520-523.

(文章编号) 1007-0893(2020)21-0007-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.21.003

豫北地区脑卒中后抑郁患者早期诊断与危险因素分析

史莉瑾 苏 洲 杜 佳 张雪莹 伊婷婷 陈志军 曹克鑫

(新乡医学院第一附属医院, 河南 新乡 453100)

〔摘要〕 目的: 探讨豫北地区脑卒中后抑郁患者的早期诊断情况与危险因素。方法: 选取 2018 年 1 月至 2019 年 12 月新乡医学院第一附属医院收治的豫北地区的脑卒中患者 160 例, 根据早期诊断后是否伴随卒中后抑郁分为对照组与观察组, 各 80 例, 比较两组的相关指标(病灶位置、家庭支持、医患关系、吞咽功能、合并疾病)与神经功能缺损总分及各维度评分(自理意识、认知功能、上肢肌力、下肢肌力), 采用非条件 Logistic 回归分析卒中后抑郁危险因素。结果: 观察组患者病灶位于双侧大脑半球、脑干者明显多于对照组, 且观察组家庭支持不足率、医患关系差率、吞咽功能差率、合并疾病率均显著高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组神经功能缺损总分及自理意识、认知功能、上肢肌力、下肢肌力均显著高于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$); 神经功能缺损总分、自理意识、认知功能、肌力、医患关系、家庭支持、吞咽功能、合并疾病均是卒中后抑郁危险因素。结论: 神经功能缺损总分、自理意识、认知功能、肌力、医患关系、家庭支持、吞咽功能、合并疾病等均是造成脑卒中后抑郁的因素, 对其进行早期诊断与危险因素分析, 可及时有效采取针对性措施, 提高卒中后抑郁防治率。

〔关键词〕 脑卒中; 抑郁; 早期诊断; 豫北地区

〔中图分类号〕 R 743.3; R 749.1 〔文献标识码〕 B

〔收稿日期〕 2020-09-01

〔基金项目〕 河南省高等学校重点科研项目资助课题 (19A320031)

〔作者简介〕 史莉瑾, 女, 主治医师, 主要研究方向是脑血管疾病方面诊断与治疗。

脑卒中是由脑部血管突然破裂或堵塞导致大脑供血不足引起脑组织损伤的一种急性脑血管疾病，临床表现常为口眼歪斜、猝然昏扑、神志迷茫等，可反复发作，甚至1 d内发作十数次，严重影响患者正常生活与身体健康^[1-2]。因此脑卒中后患者常因疾病的影响与生活质量的下降出现不同程度的抑郁症状，表现出闷闷不乐、自卑、甚至悲观厌世等情绪，严重的病例产生自杀企图，故需及时进行早期诊断治疗有效控制卒中后抑郁^[3-4]。但脑卒中后抑郁发生发展隐弊，危险因素复杂，且地方性差异明显，现对其早期诊断与危险因素探讨仍具有不少争议^[5-6]。豫北地区指河南省内黄河以北六市，是我国具有代表性的地区，笔者探讨了豫北地区脑卒中后抑郁患者早期诊断情况与危险因素，旨在为我国卒中后抑郁的防治提供科学依据，现将结果整理如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2018年1月至2019年12月本院收治的豫北地区的脑卒中患者160例，根据早期诊断是否伴随卒中后抑郁症状分为对照组与观察组，各80例，观察组患者均符合抑郁诊断标准与脑卒中诊断标准^[7]，对照组患者仅符合脑卒中诊断标准。观察组患者男49例，女31例；年龄46~70岁，平均年龄(54.89±5.78)岁；病程1~4年，平均病程(2.21±0.89)年。对照组患者男45例，女35例；年龄47~71岁，平均年龄(53.78±5.72)岁；病程1~4年，平均病程(2.31±0.78)年。两组患者性别、年龄、病程等一般资料比较，差异均无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

纳入标准：(1)患者符合诊断标准^[8]，并通过影像学检查确诊为脑卒中；(2)患者与家属知情并同意本研究。排除标准：(1)由其他原因造成的抑郁；(2)精神病家族史、精神病史者。

1.2 方法

(1)早期诊断：脑卒中后第1周开始进行诊断，每1周诊断1次，评定范围既为过去1周，评估时间不少于30 min，诊断标准根据中国精神障碍诊断和分类标准第3版

(Chinese classification of mental disorders-3, CCMD-3)的抑郁诊断标准^[8]，采用17项汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)，由心理学的专业人士进行调查评估。抑郁越严重HAMD评分越高，8~16为轻度抑郁，17~24为中度抑郁，>24分为重度抑郁。(2)①脑卒中入院后对患者进行病史，家庭背景，合并疾病进行详细的调查，包括高血压、冠心病等疾病，经过1周观察后进行相关指标的评定。吞咽障碍由专业的吞咽功能评定医师进行评定分为4级，等级越高吞咽功能越强；家庭关系使用家庭支持自评量表调查，总分15分，<10分则表示家庭支持不足；医患关系采用医患关系调查表，总分20分，<12分则表示医患关系差。②对所有患者进行神经功能缺损评价，使用《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》^[9]，主要包括自理意识、认知功能、上肢肌力、下肢肌力、凝视能力、语言、步行能力、手肌力8项，每项1~5分，分数越高损伤越严重。

1.3 观察指标

(1)记录两组家庭的支持情况，包括家庭支持不足、医患关系差、吞咽功能差、合并其他疾病患者与两组神经功能缺损总分及各维度评分并进行比较。(2)采用非条件Logistic回归分析卒中后抑郁的相关危险因素，包括(病灶位置、家庭支持、医患关系、吞咽功能、合并疾病、神经功能缺损)。

1.4 统计学方法

采用SPSS 19.0软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，多因素分析采用非条件Logistic回归分析， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的各项指标比较

观察组患者病灶位于双侧大脑半球、脑干者明显多于对照组，且观察组家庭支持不足率、医患关系差率、吞咽功能差率、合并疾病率均显著高于对照组，差异均具有统计学意义($P < 0.05$)，见表1。

表1 两组患者的各项指标比较

($n = 80, n(\%)$)

组别	病灶位置					家庭支持不足	医患关系差	吞咽功能差	合并疾病
	双侧大脑半球	左半球	右半球	小脑	脑干				
对照组	5(6.25)	28(35.00)	14(17.50)	23(28.75)	10(12.50)	23(28.75)	17(21.25)	32(40.00)	14(17.50)
观察组	13(16.25) ^a	32(40.00)	12(30.00)	16(20.00)	17(21.25) ^a	11(13.75) ^a	7(8.75) ^a	16(20.00) ^a	6(15.00) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者神经功能缺损总分及各维度评分比较

观察组患者神经功能缺损总分及自理意识、认知功能、上肢肌力、下肢肌力均显著高于对照组($P < 0.05$)，见表2。

2.3 Logistic回归分析卒中后抑郁危险因素

将上述两组间具有显著差异的变量进行危险因素分析，神经功能缺损总分、自理意识、认知功能、肌力、医患关系、家庭支持、吞咽功能、合并疾病均是卒中后抑郁危险因素，见表3。

表 2 两组神经功能缺损总分及各维度评分比较 (n = 80, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	自理意识	认知功能	上肢肌力	下肢肌力	神经功能缺损总分
对照组	1.02±0.56	0.76±0.21	1.22±0.67	1.12±0.55	6.34±3.23
观察组	1.87±0.98 ^b	1.56±0.78 ^b	1.89±0.99 ^b	1.91±1.01 ^b	14.78±6.78 ^b

与对照组比较, ^bP < 0.05

表 3 Logistic 回归分析卒中后抑郁危险因素

变量	B	S.E.	Wald	P	OR	95% CI
神经功能缺损总分	2.56	0.52	30.11	0.00	2.56	(1.32,3.98)
自理意识	2.11	0.46	17.73	0.00	3.21	(1.16,4.67)
认知功能	1.87	0.34	14.78	0.00	2.56	(1.23,3.67)
肌力	1.98	0.39	16.67	0.00	2.43	(1.11,3.54)
医患关系	2.21	0.49	17.88	0.00	2.21	(1.09,4.21)
家庭支持	1.45	0.28	13.89	0.01	2.43	(2.67,3.98)
吞咽功能	1.89	0.36	15.01	0.00	3.22	(1.98,4.89)
合并疾病	0.78	0.21	6.45	0.03	3.21	(2.11,4.64)

3 讨论

卒中后抑郁是脑卒中常见并发症之一, 研究表明, 至少有 40% ~ 50% 脑卒中患者在卒中后有抑郁体验, 其多发于卒中后 1 个月 ~ 1 年之间, 但抑郁症发生较为隐蔽, 甚至连患者自身都不易察觉, 使早期抑郁症难以检出, 往往到病情发展较为严重, 甚至导致意外事件时才发觉^[10]。卒中后抑郁发病机制较为复杂, 若对卒中后抑郁的威胁因素早有所认识, 多注意患者的精神状态与情绪, 并及时进行早期诊断, 以便采取心理辅导等针对性治疗措施, 从而有效改善甚至避免卒中后抑郁及其造成的不良影响。

卒中后抑郁的影响因素主要包括疾病带来的生理影响, 如病灶位置、吞咽功能、合并疾病等; 与外界因素影响, 包括家庭的支持与医患关系等。本研究结果显示观察组患者病灶位置于双侧大脑半球、脑干者明显高于对照组, 且观察组家庭支持不足率、医患关系差率、吞咽功能差率、合并疾病率均显著高于对照组, 表明卒中后抑郁患者与非抑郁患者的病灶位置、吞咽功能、合并疾病、家庭的支持、医患关系具有较大差异, 可能是造成抑郁的危险因素。主要是因为双侧大脑半球损伤使患者思维能力和语言功能异常造成情绪上的变化; 脑卒中造成的吞咽障碍, 使患者因为害怕而拒绝在公共场所进食, 从而丧失餐饮这一重要社会交际, 使生活质量下降导致抑郁发生; 同时梁晨等人^[11]对脑卒中后抑郁与血管事件的相关性分析结果显示脑卒中抑郁是一种血管性抑郁, 脑血管合并疾病的发生, 可增加抑郁发生率; 家庭的支持缺失、医患关系差使患者得不到良好的照料与心理上的支持, 对治疗期望值下降, 进而导致心理上的失落与抑郁。张国平等^[12]研究认为脑神经功能缺损与卒中后抑郁密切相关, 本研究显示观察组神经功能缺损总分及自理意识、认知功能、

上肢肌力、下肢肌力均显著高于对照组, 表明脑神经功能缺损程度越大, 卒中后抑郁发生率越高, 与上述研究一致。进行 Logistic 回归分析, 神经功能缺损总分、自理意识、认知功能、肌力、医患关系、家庭支持、吞咽功能、合并疾病均是卒中后抑郁危险因素, 可直观表明不同因素对卒中后抑郁影响的程度。通过对危险因素研究, 根据患者的情况, 进行早期诊断, 并及时给予药物治疗, 同时采取加大家庭、社会支持, 建立良好医患关系, 做好康复训练、促进各功能恢复, 加强健康教育、提高认知能力等措施减少卒中后抑郁危险因素, 也具有较好的防治作用。

综上所述, 神经功能缺损总分、自理意识、认知功能、肌力等多因素均可影响脑卒中后抑郁, 对其进行早期诊断与危险因素分析, 可及时有效采取针对性措施, 提高卒中后抑郁防治率。

[参考文献]

- (1) 常静, 沈仲夏, 蔡敏. 卒中后抑郁患者抗抑郁治疗血清 S100B 蛋白的变化分析 (J). 医学研究生学报, 2016, 29(7): 67-71.
- (2) 曹志永, 刘至阳, 汪莉, 等. 缺血性卒中患者血管周围间隙扩大与卒中后抑郁的相关性 (J). 国际脑血管病杂志, 2015, 11(3): 180-183.
- (3) 陈钊, 侯乐, 李丹, 等. 血清脂联素预测缺血性卒中患者的卒中后抑郁 (J). 国际脑血管病杂志, 2018, 26(8): 577-582.
- (4) 郑水红, 胡娅娜, 徐雪, 等. 首发脑梗死 rt-PA 静脉溶栓患者卒中后抑郁临床分析 (J). 中华全科医学 2015, 23(6): 60-62.
- (5) 李芸, 樊新颖. 脑微出血与缺血性脑卒中后抑郁的关联性研究 (J). 医学研究生学报, 2016, 29(11): 1136-1139.
- (6) 范文涛, 闫咏梅, 别玉龙, 等. 脑卒中后抑郁症患者肠道菌群的多样性分析 (J). 南方医科大学学报, 2016, 36(10): 1305-1311.
- (7) 刘斌, 陈桂华, 刘昊. 脑卒中后抑郁症的诊断和治疗 (J). 国际中华神经精神医学杂志, 2003, 4(1): 32-33.
- (8) 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). 济南: 山东科学技术出版社, 2001.
- (9) 苏静. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分的信度与效度 (J). 中国医药指南, 2013, 42(17): 626-627.
- (10) 秦捷. 黛力新联合氟西汀治疗 68 例老年脑卒中后抑郁患者临床分析 (J). 检验医学与临床, 2015, 11(23): 3505-3506.
- (11) 梁晨, 陈文权, 高社荣. 老年脑卒中后抑郁与血管事件的相关性分析 (J). 中国全科医学, 2015, 12(5): 513-516.
- (12) 张国平, 王莉莉, 王海燕, 等. 脑卒中后抑郁与神经功能缺损关系研究 (J). 中国现代神经疾病杂志, 2016, 16(5): 271-274.