



卒中后抑郁
(Post-Stroke Depression ,
简称PSD)

神经五科

孙兆印

卒中后抑郁

- 概念
- 发病机制
 - 单胺类神经递质
 - 神经解剖学机制
- 诊断
 - 试验室检查
 - 临床体现和量表
- 治疗
 - 药物治疗（SSRIs）
 - 非药物治疗
- 小结

概念

卒中后抑郁（**PSD**）是脑血管疾病常见的并发症，严重影响患者及家眷的生活质量，阻碍神经功能的恢复，重要体现为情绪低落、爱好丧失、睡眠障碍、食欲减退、消极厌世、妄想、甚至产生自杀倾向等。

- 卒中后抑郁的发生率（25~76%，大部分为轻度抑郁）很高，不仅影响卒中后神经功能缺损的恢复，增长患者的病死率和致残率，并且给患者家庭及社会带来沉重的承担。
- 分型：
 - 1.重型抑郁: 悲伤,焦急,早醒,食欲减退,厌世或自杀；自然病程:1年；脑损害部位:左半球额叶皮质或基底节。
 - 2.轻型抑郁: 能力减退,社会性退缩,爱好丧失,睡眠障碍,流泪；自然病程:1-2年；脑损害部位:不恒定。

卒中后抑郁的发病机制

1.单胺类神经递质

5-羟色胺（5-HT）假说 中缝核（**raphe nuclei**）位于脑干中缝附近的狭窄区域内，可提成数个核团，总称为中缝核：包括5-羟色胺能神经元。其重要功能是产生神经元的递质**5-羟色胺**。该递质与暴力、冒险、袭击行为有关。认为**5-HT**直接或间接参与调整人的心境。**5-HT**功能活动减少与抑郁症有关，而**5-HT**功能增高与躁狂症有关。利血平可耗竭**5-HT**，导致抑郁；三环抗抑郁药(**TCAs**)、选择性5-羟色胺重摄入克制剂(**SSRIs**)可阻滞**5-HT**的回收起抗抑郁作用；单胺氧化酶克制剂(**MAOIs**)克制**5-HT**的降解，具有抗抑郁作用。

卒中后抑郁的发病机制

- 去甲肾上腺素（**NE**）假说 研究发现双相抑郁症患者尿中**NE**代谢产物**3-甲氧基-4-羟基-苯乙二醇(MHPG)**较对照组明显减少,转为躁狂症时**MHPG**含量升高；三环类抗抑郁药克制**NE**的回收，可以治疗抑郁症；利血平可以耗竭突触间隙的**NE**，而导致抑郁。

卒中后抑郁的发病机制

- 多巴胺（DA）假说 研究发现某些抑郁症患者脑内DA功能减少，躁狂发作时DA功能增高。其重要根据多巴胺前体左旋多巴(L-DOPA)可以改善部分单相抑郁症患者的抑郁症状，可以使双相抑郁转为躁狂；多巴胺激动剂，如泰舒达和溴隐亭等有抗抑郁作用，可使部分双相患者转为躁狂；小剂量三氟噻吨重要作用在于突触前膜多巴胺自身调整受体（D2受体），增进多巴胺的合成和释放，使突触间隙中多巴胺的含量增长，而发挥抗焦急和抗抑郁作用

卒中后抑郁的发病机制

- 乙酰胆碱（ACh）假说 乙酰胆碱能与肾上腺素能神经元之间张力平衡也许与心境障碍有关, 脑内乙酰胆碱能神经元过度活动, 也许导致抑郁; 而肾上腺素能神经元过度活动, 也许导致躁狂。

卒中后抑郁的发病机制

- γ 氨基丁酸（**GABA**）假说 临床研究发现抗癫痫药如卡马西平、丙戊酸钠具有抗躁狂和抗抑郁作用，其药理作用与脑内**GABA**含量的调控有关。有研究发现双相障碍患者血浆和脑脊液中**GABA**水平下降。

卒中后抑郁的发病机制

2.神经解剖学机制

脑内病变部位与卒中后抑郁与否存在联络，仍然是目前争议较多的一种问题。曾有人提出，执行功能障碍也许是导致老年性或血管性抑郁的关键缺陷，并且这种抑郁-执行功能障碍综合征（**depression dysexecutive syndrome, DES**）或许与额叶皮质下功能障碍有关。多数卒中后抑郁患者存在影响额叶前部皮质下通路的大面积脑梗死，尤其是尾状核、苍白球、内囊膝部以及左侧优势半球。**Bhogal**等对卒中损伤定位与卒中后抑郁有关性研究进行系统评价后指出，由于多方面的措施学影响，如卒中后抑郁的综合评价、卒中后评价的最佳时机以及具有代表性的参照人群的选择等，因此，目前对损伤定位与卒中后抑郁之间的联络尚不能确定，在对有关影响原因做深入限制后，才有也许得到更为可靠的成果。

诊断

- **试验室检查**
- **地塞米松克制试验 (DST)：**晚11点口服地塞米松1mg，次晨8点、下午4点及晚11点各取血一次，测定皮质醇含量，假如等于或者高于5ug/dl为阳性；
- **促甲状腺素释放激素克制试验 (TRHST)：**被认为是抑郁症的生物学指标。先取血测定基础促甲状腺激素 (TSH)，然后静脉注射500mg促甲状腺素释放激素 (TRH)，再在15min、30min、60min及90min分别取血测TSH，正常人再注射TRH后血清中的TRH含量能提高10~29mIU/ml，而抑郁症患者对TRH的反应较迟钝（上升低于7mIU/ml），其异常率可达25%~70%，女性患者异常率更高。

诊断

- 临床体现
- 抑郁症“三低”：情感低落 思维缓慢 语言动作减少与缓慢
- 1.情绪和性格的变化：情绪低落、情绪不稳、常常感到委屈想哭，语言减少、不爱与人交往、多疑。
- 2.睡眠不好：常常失眠、梦多、入睡困难，或睡眠不深、夜间易醒或早醒。
- 3.无爱好：对此前喜欢做的事情不感爱好，不乐意参与社交活动，常常闭门不出。
- 4.身体不适：常常伴有胃部不适、食欲下降和体重减轻，有时感心慌、胸闷、气短、头晕头疼、周身疼痛等

诊断

- 量表

- 可采用临床上使用广泛、可靠性较高的评估量表，对卒中后患者的抑郁症状进行评估，同步结合患者病史、临床会谈、从患者家眷或照顾人员中采集的信息、以及他评的观测性原则筛查等等方式，对卒中后抑郁作出全面的判断。曾有研究对贝克抑郁自评量表（**BDI**）、汉密尔顿抑郁量表（**HAMD**）、临床疗效总评量表（**CGI**）以及精神疾病诊断与记录手册

贝克抑郁自评量表（BDI）

抑郁自评问卷（BDI），又名Beck抑郁自评量表（Beck depression rating scale），由美国著名心理学家Beck AT编制于20世纪60年代，后被广泛运用于临床流行病学调查。BDI早年的版本为21项，其项目内容源自临床。后来发现，有些抑郁症患者，尤其是严重抑郁者，不能很好地完毕21项评估。Beck于1974年推出了13项版本，品质良好。但愿通过如下量表的测量，能协助你发现生活中存在的问题，并获得协助！

阐明：这份问卷有21组陈说。仔细阅读每一组陈说，然后根据您近一周（包括今天）的感觉，从每一组选一条最适合您状况的项目，将旁边的数字圈起来。先把每组陈说所有看完，再选择圈哪个项目。

• 1.仔细阅读每项，结合您近来一周内的情绪（包括今天）作出符合自己状况的选择，再接着做下一题。

注：0 - 4分为无抑郁，5 - 7分为轻度。8 -

15分为中度。16分以上为重度

- 2.选择4种状况中的一种（0、1、2、3）
- 3.建议时间约2-10分钟
- 0. 我没有感到悲伤。 1. 我有时感到悲伤。
- 2. 我总是感到悲伤，并且不能挣脱它。 3. 我感到极度悲伤或不快乐，不堪忍受。（二）
- 0. 我对未来有足够的信心。 1, 我对未来信心局限性。
- 2, 我感到对未来没有什么可期望。 3, 我感到未来毫无但愿，状况也不会改善。（三）
- 0. 我没有失败的感觉。
- 1. 我感到我比一般人失败的多些。 2. 当我回忆过去时，我看到的都是失败。 3. 我感到自己总是失败，毫无出息。（四）
- 0. 我对做过的事，没有什么不满意的。 1. 我对做过的事，不太满意。 2. 我对任何事情都感到不满意。 3. 我对一切都感到厌倦。（五）
- 0. 我不感到有什么罪恶感。 1. 有时，我感到自己有罪。
- 0, 我并不感到比往常更轻易疲惫。 1, 我比过去轻易疲惫。 2, 我做什么事情都轻易疲惫。 3, 我疲乏得不乐意做什么事了。（十八）
- 0, 我的食欲和此前同样好。 1, 我的食欲不如此前好。 2, 我的食欲很差。 3, 我没有一点食欲。（十九）
- 0, 近来我的体重没有减轻多少。 1, 我的体重减轻了2公斤多。 2, 我的体重减轻了5公斤多。 3, 我的体重减轻了7公斤多。（二十）
- 0. 我对自己的健康并不比往常更紧张。 1. 我紧张自己的健康，如胃不舒适，便秘。 2. 我很紧张自己的健康，很难去顾及及其他。 3. 我非常紧张自己的健康，主线不能想别的事情。（二十一）
- 0. 近来我的性爱好跟过去同样没有变化。 1. 我不象往常那样对性感爱好。 2. 我目前对性没有多大爱好。 3. 我对性完全失去了爱好。

汉密尔顿抑郁量表（HAMD）

- 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton Depression Scale , HAMD)是由Hamilton编制，是临床上评估抑郁状态时应用得最为普遍的量表。量表是24项版本，措施简朴，原则明确，便于掌握。合用于有抑郁症状的成人。总分可以很好的反应疾病严重程度，也能很好的衡量治疗效果，是经典和被公认的抑郁评估量表。

量表内容：

- 1、抑郁情绪 选择如下1~4分。
 - (1)只在问届时才诉述;
 - (2)在访谈中自发地体现;
 - (3)不用言语也可从表情、姿势、声音或欲哭中流露出这种情绪;
 - (4)患者的自发言语和非语言体现(表情、动作)几乎完全体现为这种情绪。
- 2、有罪感
 - (1)责怪自己,感到自己已拖累他人;
 - (2)认为自己犯了罪,或反复思索以往的过错和错误;
 - (3)认为目前的疾病,是对自己错误的惩罚,或有罪恶妄想;
 - (4)罪恶妄想伴有指责或威胁性幻觉。
- 3、自杀
 - (1)觉得活着没故意义;
 - (2)但愿自己已经死去,或常想到与死有关的事;
 - (3)消极观念(自杀念头);
 - (4)有自杀行为。
- 4、入睡困难 初段失眠。
 - (1)主诉有入睡困难,上床半小时后仍不能入睡。(要注意患者平时入睡的时间);
 - (2)主诉每晚均有入睡困难。
- 5、睡眠不深 中段失眠。
 - (1)睡眠浅,多恶梦;
 - (2)午夜(晚12点钟此前)曾醒来(不包括上厕所)。
- 6、早醒 末段睡眠。
 - (1)有早醒,比平时早醒1h,但能重新入睡(应排除平时的习惯);
 - (2)早醒后无法重新入睡。
- 7、工作和爱好
 - (1)提问时才诉述;
 - (2)自发地直接或间接体现对活动、工作或学习失去爱好,如感到没精打彩,踌躇不决,不能坚持或强迫自己去工作或活动;
 - (3)活动时间减少或成效下降,住院患者每天参与病房劳动或娱乐不满3h;
 - (4)因目前的疾病而停止工作,住院者不参与任何活动或没有他人协助便不能完毕病室平常事物(注意不能凡住院就打4分)。

- 8、阻滞 指思想和言语缓慢，注意力难以集中，积极性减退。

- (1)精神检查中发现轻度阻滞;
- (2)精神检查发现明显阻滞;
- (3)精神检查进行困难;
- (4)完全不能回答问题(木僵)。

- 9、激越

- (1)检查时有些心神不宁;
- (2)明显心神不宁或小动作多;
- (3)不能静坐检查中曾起立;
- (4)搓手、咬手指、扯头发、咬嘴唇。

- 10、精神性焦急

- (1)问时诉述;
- (2)自发地体现;
- (3)表情和言语流露出明显忧虑;
- (4)明显惊恐。

- 11、躯体性焦急 指焦急的生理症状，包括：口干、

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/377131200035006144>