

灶有 10% 出现钙化,腹部病灶的钙化率可达 30% ~ 50%,且仅见于透明血管型 CD,钙化原因由于增生毛细血管壁增厚,且伴有玻璃样变性、纤维化变性等退变,钙质沿着退变的小血管壁沉积形成分支状钙化,本例中肺部肿块钙化征象和文献报道基本一致。

MCD 迄今无特效的治疗方法,目前的治疗方法归纳为:(1)对于胸内局限型 CD,一般认为只要诊断明确就是手术适应证。除常规开胸手术方法外,也有文献<sup>[4,8]</sup>报道应用电视胸腔镜也可安全切除 CD 病灶。手术彻底切除后可获治愈,但如果首次手术切除不彻底,就有复发的可能,复发者可再次行手术切除。值得注意的是 HV 型的血供非常丰富,术中易大量出血,因此对 CT 或 MRI 增强后明显强化的病例,如条件允许可行血管造影检查,这样既可显示病灶血供情况,又可进行滋养血管栓塞以减少术中出血。(2)胸内多中心型 CD 目前缺乏满意的治疗方法,多采用手术、化疗、放疗及生物治疗等多种方法联合应用。(3)胸内病变淋巴结肿大显著且可手术切除者,多建议行手术治疗。放疗对胸内多中心型 CD 的疗效尚不肯定。化疗通常选用淋巴瘤的联合化疗方案,如 COP、CHOP,患者多数可以达到完全缓解,但停药后容易复发。其他试验性的治疗方法还有用  $\alpha$ -干扰素、抗 CD20 单克隆抗体、人重组抗 IL-6 受体、沙利度胺、维 A 酸、更昔洛韦、苯丁酸氮芥、造血干细胞移植、环磷酰胺、硫唑嘌呤、马法兰、长春新碱、秋水仙碱、小剂量 COP 等。

文献<sup>[10]</sup>报道显示,本病死率 50%,平均存活 27 个月。局限型预后良好,完整切除后可以根治。弥漫型临床转归有 3 种:进行性致死、慢性迁延和恢复。男性、纵隔淋巴结肿大、复发者预后差。尤其是

浆细胞型一般预后不良,常因合并严重感染,或有 20% ~ 30% 的患者转化为恶性淋巴瘤、浆细胞瘤及 Kaposi 肉瘤,于数月至数年内死亡。

#### [参 考 文 献]

- [1] Collins GL, Wallis-Crespo MC, Gilbert-Barness E. Pathology teach and tell: Castleman disease [J]. *Fetal Pediatr Pathol*, 2004, 23 (1): 65 - 69.
- [2] Mikala G, Xie J, Berencsi G, et al. Human herpesvirus 8 in hematologic diseases [J]. *Pathol Oncol Res*, 1999, 5 (1): 73 - 79.
- [3] Dupin N, Diss TL, Kellam P, et al. HHV-8 is associated with a plasmablastic variant of Castleman disease that is linked to HHV-8-positive plasmablastic lymphoma [J]. *Blood*, 2000, 95 (2): 1406 - 1412.
- [4] Nishimoto N, Sasai M, Shima Y, et al. Improvement in Castleman's disease by humanized anti-interleukin-6 receptor antibody therapy [J]. *Blood*, 2000, 95 (1): 56 - 61.
- [5] Veldhuis GJ, Van AH, Wolf JT. A case of localized Castleman's disease with systemic involvement: treatment and pathogenetic aspects [J]. *Ann Hematol*, 1996, 73 (1): 47 - 50.
- [6] Belec L, Mohamed AS, Authier FJ, et al. Human herpesvirus 8 infection in patients with POEMS syndrome-associated multicentric Castleman's disease [J]. *Blood*, 1999, 93 (6): 3643 - 3653.
- [7] Nishi J, Arimura K, Utsunomiya A, et al. Expression of vascular endothelial growth factor in sera and lymph nodes of plasma cell type of Castleman's disease [J]. *Br J Haematol*, 1999, 104 (3): 482 - 485.
- [8] Baserga M, Rosin M, Schoen M, et al. Multifocal Castleman disease in pediatrics: case report [J]. *J Pediatr Hematol Oncol*, 2005, 27 (12): 666 - 669.
- [9] 王仁贵, 那佳, 宾怀有, 等. 局限性 Castleman 病特征性钙化的 CT 表现和病理学对照 [J]. *中华放射学杂志*, 2002, 36 (4): 354.
- [10] Meador TL, McIarney JK. CT features of Castleman disease of the abdomen and pelvis [J]. *AJR*, 2000, 175 (7): 115 - 118.

[文章编号] 1000-2200(2010)11-1131-03

· 临床医学 ·

## 治疗脑卒中后抑郁对神经功能恢复的影响

王以翠, 庄建光, 常焕显

[摘要] 目的:观察脑卒中后抑郁早期给予抗抑郁药和心理干预对神经功能恢复的影响。方法:将选定的 31 例初发脑卒中后抑郁患者随机分为 2 组,对照组 15 例采用常规治疗,观察组 16 例在对照组基础上加抗抑郁药物及心理干预和日常生活能力训练。2 组疗程均为 4 周。结果:治疗后 2 组神经功能缺损评分和汉密尔顿抑郁量表评分均改善 ( $P < 0.05$  和  $P < 0.01$ ),但观察组的改善程度优于对照组 ( $P < 0.05$ )。结论:脑卒中后抑郁早期给予抗抑郁药和心理干预,能促进患者的神经功能恢复,提高疗效。

[关键词] 脑血管意外;抑郁;早期干预;神经功能恢复

[中国图书资料分类法分类号] R 743.3 [文献标识码] A

[收稿日期] 2010-03-09

[作者单位] 江苏省连云港市第一人民医院东方医院 神经内科, 222042

[作者简介] 王以翠(1972-),女,主治医师。

脑卒中后抑郁 (post-stroke depression, PSD) 是急性期常见的并发症,其发生率约 47%<sup>[1]</sup>,抑郁情绪严重影响治疗方案,延误最佳的康复时机,阻碍卒中患者神经功能和日常生活能力的恢复,故对

PSD及早诊断和实施有效的干预措施是很重要的。本文通过研究比较干预 PSD 前后神经功能缺损评分和汉密尔顿抑郁量表(HAMD)评分的变化,观察对神经功能康复的影响,现作报道。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 我院 2008 年 7 月至 2009 年 6 月经头颅 CT 及 MRI 检查确诊为急性脑卒中的住院患者 31 例,且 HAMD 评分均 >7 分,初次发病。男 17 例,女 14 例;年龄 50~79 岁。其中脑梗死 20 例,脑出血 11 例。入选标准:既往无抑郁病史、精神病史,无重大精神创伤史,排除感觉性失语、听力障碍、意识障碍、智能障碍等影响抑郁评定的因素,能完成各项观察评分。31 例均符合 1995 年成都第四次全国脑血管病会议制定的标准<sup>[2]</sup>。所选病例从发病到住院时间为 6~36 h,平均疗程为 4 周。

1.2 方法 分别在疗程第 1、2、3、4 周行 HAMD 评分,评定脑卒中后抑郁症状的严重程度,≤7 分为无抑郁;>7~17 分为轻度 20 例,>17~24 分为中度 6 例,>24 分为重度抑郁 5 例。神经功能缺损评分,轻型 0~15 分 4 例,中型 16~30 分 18 例,重型 31~45 分 9 例。31 例中,随机抽取轻型 2 例,中型 9 例,重型 5 例,共 16 例作为观察组,给予文拉法辛抗抑郁药及心理干预治疗 4 周,文拉法辛每日 1 次,每次 75 mg,口服;另选取轻型 2 例,中型 9 例,重型 4 例,共 15 例作为对照组,除不给抗抑郁药外,常规治疗原发病及康复训练与观察组相同,2 组具有可比性。

1.3 统计学方法 采用  $t$ (或  $t'$ ) 检验和方差分析与  $q$  检验。

## 2 结果

### 2.1 2 组治疗后神经功能缺损评分比较 观察组

神经功能缺损程度评分量表分逐渐降低( $P < 0.01$ ),治疗 4 周时 2 组差异有统计学意义( $P < 0.01$ )(见表 1)。

2.2 2 组 HAMD 评分比较 观察组治疗后抑郁程度明显减轻,HAMD 量表分逐渐降低,观察组治疗 3 周和 4 周时疗效均优于对照组( $P < 0.05$ 和  $P < 0.01$ )(见表 2)。

## 3 讨论

脑卒中患者除偏瘫外,产生一系列情感行为变化,其中抑郁是脑卒中后最常见心理障碍,称为 PSD,是在有明显临床症状脑卒中发作后出现的以情绪低落、睡眠障碍、兴趣下降为特征,表现为闷闷不乐或悲痛欲绝且至少持续 2 周。PSD 患病率达 47%,因缺乏客观检测指标和判断标准以及医生更多关注于肢体及其他神经功能缺损的治疗,致使临床漏诊率高达 75%,严重影响患者神经功能康复,影响患者生活质量、认知功能及治疗方案<sup>[3]</sup>,再发脑卒中率和病死率也明显升高,病死率是非 PSD 的 3.4 倍。

PSD 发生与性别、年龄及病灶的解剖部位等因素有关,其发生机制尚无统一的观点。多从 3 个方面考虑:生物学机制、反应机制和病前性格。目前在神经生物学上的研究认为,PSD 的发生可能与大脑损害所致的去甲肾上腺素和 5-羟色胺之间的平衡失调有关,其原因在于去甲肾上腺素和 5-羟色胺能神经元受体位于脑干,其轴突通过丘脑及基底核到达额中皮质,病灶累及上述部位就有可能使区域内的去甲肾上腺素和 5-羟色胺含量下降,从而导致抑郁。近年研究<sup>[4]</sup>更倾向应激性因素在 PSD 发病中占主导地位,主要与发病急、变化快,突然变为活动不便甚至生活不能自理,精神和心理带来巨大冲击

表 1 2 组治疗后神经功能缺损评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗时间(周)      |              |                   |                   | F     | P     | MS <sub>组内</sub> |
|-----|----|--------------|--------------|-------------------|-------------------|-------|-------|------------------|
|     |    | 1            | 2            | 3                 | 4                 |       |       |                  |
| 观察组 | 16 | 27.58 ± 9.78 | 21.12 ± 7.67 | 15.13 ± 6.72      | 8.91 ± 4.42       | 12.41 | <0.01 | 54.163           |
| 对照组 | 15 | 27.23 ± 8.54 | 23.45 ± 8.43 | 19.72 ± 7.17      | 17.31 ± 5.43      | 3.61  | <0.05 | 71.306           |
| t   | —  | 0.11         | 0.81         | 1.84 <sup>△</sup> | 4.71 <sup>△</sup> | —     | —     | —                |
| P   | —  | >0.05        | >0.05        | >0.05             | <0.01             | —     | —     | —                |

△示  $t'$  值

表 2 2 组 HAMD 评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

| 分组  | n  | 治疗时间(周)      |              |              |              | F     | P     | MS <sub>组内</sub> |
|-----|----|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|-------|------------------|
|     |    | 1            | 2            | 3            | 4            |       |       |                  |
| 观察组 | 16 | 23.67 ± 5.73 | 17.34 ± 4.85 | 15.67 ± 4.73 | 12.56 ± 3.58 | 14.35 | <0.01 | 22.886           |
| 对照组 | 15 | 23.76 ± 7.54 | 20.47 ± 5.48 | 19.28 ± 4.67 | 17.33 ± 2.78 | 3.75  | <0.05 | 29.105           |
| t   | —  | 0.04         | 1.69         | 2.14         | 4.12         | —     | —     | —                |
| P   | —  | >0.05        | >0.05        | <0.05        | <0.01        | —     | —     | —                |

有关。另外与以下因素有关:病变部位(左半球较右半球和脑干病变更易发生抑郁)、认知功能损害(语言障碍或失语症患者 PSD 发病率明显高于无语言障碍)、神经功能缺损程度、躯体残疾的严重程度、脑卒中病程(多易发于脑卒中早期及疾病恢复期)、家庭关系及社会支持(独居、丧偶、离婚、社会家庭支持差)、年龄(>70 岁)、性别(女性较男性发病率高)等<sup>[5]</sup>。

本研究表明,PSD 对神经功能缺损及康复有直接的影响。本文 31 例中神经功能缺损的严重程度与抑郁的严重程度直接相关。值得注意的是抑郁对神经康复也有直接作用。经抗抑郁治疗后,抑郁程度减轻,神经功能缺损明显改善。PSD 的发生在发病 3~6 个月为高峰,而病后 6 个月内是神经功能康复最佳时机,3 个月内肢体康复疗效最显著,若不及时治疗,则丧失抗抑郁治疗的最佳时间,将影响神经功能的康复<sup>[6]</sup>。我们通过对比观察得出观察组抑郁减轻及神经功能恢复程度较对照组出现显著性效果是在干预抑郁障碍治疗 3 周结束后,这与治疗消除抑郁障碍需要一定的作用时间有关,提示必须保

障足够的时间进行系统临床干预,才能获得肯定的结果。早期识别及有效的治疗 PSD,使患者情绪低落、兴趣减退、焦虑、精神运动迟缓、食欲下降、失眠等症状明显改善。从被动接受转变为积极参与者,树立康复信心,提高治疗的依从性,从而加快神经功能的恢复,提高生活质量,降低复发率、致残率和病死率。故重视 PSD 的预防和治疗,及早改善和消除情感障碍更有利于神经功能的康复。

#### [参 考 文 献]

- [1] 高政,刘启贵,姜潮. 脑卒中后急性抑郁障碍相关因素分析[J]. 中国临床康复,2002,6(13):1890-1893.
- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点及脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-383.
- [3] King RB. Quality of life after stroke[J]. Stroke,1996,27(9):1467-1472.
- [4] 俞子彬,李淑芬,王芳芳. 卒中后抑郁的研究发展[J]. 河北医科大学学报,2006,27(5):453.
- [5] 蒋柳结. 91 例脑卒中后抑郁症的临床分析[J]. 中风与神经疾病杂志,2004,21(1):63-64.
- [6] 陈敬. 脑卒中后抑郁临床分析(附 97 例报告)[J]. 中国现代医学杂志,2008,18(14):2049-2051.

[文章编号] 1000-2200(2010)11-1133-02

· 临床医学 ·

## 血清白介素-6 和肿瘤坏死因子- $\alpha$ 与脑出血早期再出血的关系

周汝娟,何龙锦,杨 峰

**[摘要]**目的:观察血清白介素-6(IL-6)和肿瘤坏死因子- $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )在早期脑出血患者血清中的含量变化,探讨其与脑出血早期再出血的关系。方法:170 例(其中发生再出血 51 例)均于入院次日早晨采用 ELISA 法及放射免疫法测定血清中 IL-6 及 TNF- $\alpha$  水平,根据患者初次出血量的大小分为出血量 < 30 ml 组 100 例(未再出血 64 例,再出血 36 例),出血量  $\geq$  30 ml 组 70 例(未再出血 55 例,再出血 15 例),观察 IL-6 及 TNF- $\alpha$  不同含量水平与脑出血早期再出血的关系。结果:2 组患者中发生再出血患者的血清 IL-6、TNF- $\alpha$  水平均高于未再出血患者( $P < 0.01$ )。结论:脑出血患者早期血清中 IL-6 及 TNF- $\alpha$  含量明显升高,且含量越高,越易发生再出血。

**[关键词]** 脑出血;再出血;白介素-6;肿瘤坏死因子- $\alpha$

[中国图书资料分类法分类号] R 743.34 [文献标识码] A

脑出血急性期血清白介素-6(interleukin, IL-6)及肿瘤坏死因子- $\alpha$ (tumor necrosis factor, TNF- $\alpha$ )可显著升高,并参与脑组织损伤<sup>[1]</sup>。但脑出血早期血清中 IL-6 及 TNF- $\alpha$  含量的高低是否与再出血有关尚待临床观察证实。本文对 170 例脑出血者早期血清中 IL-6 及 TNF- $\alpha$  含量进行了临床观察,现作报道。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料 选择 2007 年 8 月至 2009 年 8 月

[收稿日期] 2010-03-12

[作者单位] 江苏省泰兴市人民医院 神经内科,225400

[作者简介] 周汝娟(1977-),女,主治医师。

住院治疗,按第四届全国脑血管病会议修订的脑出血诊断标准<sup>[2]</sup>确诊的患者 170 例,男 104 例,女 66 例;年龄 40~66 岁。出血部位:基底核区 73 例,顶叶 44 例,枕叶 26 例,颞叶 16 例,额叶 11 例。出血量根据多田氏公式计算<sup>[3]</sup>,平均(34.49  $\pm$  15.80) ml,其中出血量 < 30 ml 组[平均(21.64  $\pm$  7.55) ml]100 例, $\geq$  30 ml 组[平均(39.92  $\pm$  7.91) ml]70 例。患者均为首次发病,发病后 12 h 内未经任何治疗入院,经 CT 证实并排除梗死性出血,心、肝、肾功能基本正常,无免疫功能缺陷,亦未服用免疫抑制药物或抗炎药物等,既往无脑卒中或脑外伤史且院内存活者。