

·论著·

脊髓前动脉综合征1例报道并文献复习

康健捷^{1a,2}, 邓兵梅^{1a}, 杨红军^{1a}, 彭凯润^{1a}, 王伟民^{1b}

作者单位
1. 广州军区广州总医院 a. 神经内科; b. 神经外科
广州 510010
2. 海军军医大学研究生院
上海 200433
收稿日期
2018-04-19
通讯作者
王伟民
13889900978@163.com

摘要 目的:探讨脊髓前动脉综合征(ASAS)的临床特点、MRI特点、病因和预后,提高医师对脊髓梗死的认识。**方法:**回顾1例ASAS患者的临床特点、MRI特点及治疗和预后,并结合文献进行回顾性分析。**结果:**患者临床表现为急性起病,后背疼痛,双下肢瘫,痛温觉障碍,深感觉和触觉正常,尿潴留及排便障碍,MRI检查弥散序列显示T₇₋₈、T₁₁₋₁₂水平脊髓横断前部区域呈高信号影,稍长T2信号,综合治疗后预后良好。搜索既往报道的ASAS患者207例,临床表现特征是急性或亚急性起病,病变水平神经根痛,病变节段以下瘫痪和分离性感觉障碍及植物神经功能障碍,以胸段脊髓梗死多见,发病早期MRI弥散序列检查可显示脊髓梗死范围。207例患者中,病因不明者74例(35.8%)。颈部外伤是年龄<18岁患者脊髓梗死的首位病因;主动脉疾病是年龄18~45岁患者脊髓梗死的首位病因,动脉粥样硬化是年龄>45岁患者脊髓梗死的首位病因。**结论:**ASAS较罕见,临床表现和病因差异很大,脊髓MRI检查弥散序列有助早期诊断,早期诊断和综合治疗是改善预后的关键。

关键词 脊髓梗死;脊髓前动脉综合征;脊髓前动脉梗死;临床特征;磁共振成像

中图分类号 R741;R743 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.06.005

Analysis of Clinical Characteristics of Anterior Spinal Artery Syndrome: Case Report and Literature Review *KANG Jian-jie^{1a,2}, DENG Bing-mei^{1a}, YANG Hong-jun^{1a}, PENG Kai-run^{1a}, WANG Wei-min^{1b}. 1 a. Department of Neurology, b. Department of Neurosurgery, General Hospital of Guangzhou Military Command of PLA, Guangzhou 510010, China; 2. Graduate School, The Second Military Medical University, Shanghai 200433, China*

Abstract Objective: To explore the clinical features, MRI features, cause, and prognosis of anterior spinal artery syndrome (ASAS) and improve the understanding of spinal cord infarction. **Methods:** The clinical features, MRI characteristics, treatment, and prognosis of 1 case of ASAS were retrospectively analyzed, and the relevant literature was reviewed. **Results:** The patient displayed acute onset of illness, back pain, paraplegia, thermal and pain sensory disorder, normal deep sense and tactile sense, urine retention, and fecal elimination disorder. MRI with DWI sequence showed hyperintensities at the T₇₋₈ and T₁₁₋₁₂ levels within the anterior portion of the spinal cord transection and slightly elevated T2 signals. Comprehensive treatment was adopted, and the patient had a good prognosis. We collected the data of 207 cases of ASAS. Most patients presented with acute or subacute onset, nerve root pain, paraplegia, dissociative sensory disorder, and autonomic nerve function disorder. Thoracic spinal cord infarction is most common. In early disease stages, DWI is able to detect regions of spinal cord infarction. Of the 207 patients, 74 (35.8%) had unknown etiology. In patients under 18 years old, neck trauma was the primary cause of spinal cord infarction. In patients aged 18 to 45 years, aortic disease was the primary cause of spinal cord infarction. In patients over 45 years old, atherosclerosis was the primary cause of spinal cord infarction. **Conclusion:** ASAS is rare, and its clinical manifestations and etiologies vary greatly. The diffuse sequence of MRI is helpful for early diagnosis. Early diagnosis and comprehensive treatment is the key to improving prognosis.

Key words spinal cord infarction; anterior spinal artery syndrome; anterior spinal artery infarction; clinical features; magnetic resonance imaging

脊髓梗死发病率远低于脑梗死,约占所有缺血性卒中的1.2%^[1,2],且病因和临床表现差异较大,缺乏流行病学数据,临床上容易误诊误治。脊髓梗死主要发生在脊髓前动脉区域,表现为脊髓前动脉综合征(anterior spinal artery syndrome, ASAS),现报道1例我院收治的ASAS病例,并结合文献复习,回顾脊髓的血管解剖学,分析ASAS的临床表

现特点、影像学特征、病因学及预后。

1 资料与方法

1.1 病例资料

患者,男,49岁,因“双下肢麻木无力11 h”于2015年7月8日入院。患者于8日早晨5点醒后走到卫生间站位排小便,之后弯腰蹲下用力解大便,约数分钟后感到双下肢麻

木,想站起活动两腿,发现双下肢无力,不能站立,扶墙缓慢跌倒在地,之后被家人搀扶上床,自感双下肢难以抬高,并感到背部疼痛,约20 min后感到双腿已难以活动,腹部以下没有感觉,立即送至当地医院就诊。入院时,双下肢完全不能活动,小便潴留,留置导尿管。行颅脑CT检查未见明显异常,7点(发病2 h)行胸椎MRI检查提示脊髓未见明显受压,腰椎MRI示椎管狭窄,骶管囊肿,椎间盘未见明显突出,脊髓、神经根未见明显受压。未能明确诊断,给予补液治疗。下午转至我院,拟“双下肢无力待查”收入骨科。发病前无感冒发热,无疫苗接种。既往体健。否认“糖尿病、高血压病、冠心病”病史,无家族史。无手术史。无吸烟饮酒。

入科查体:神清,体温36.3℃,脉搏78次/min,呼吸18次/min,血压126/77 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa);回答切题,颅神经(-)。双上肢肌张力正常,肌力5级,腱反射正常,双下肢肌张力低下,肌力0级,腱反射消失,病理征阴性。双上肢深浅感觉检查正常。左侧T₈~T₁₁水平痛温觉减退,左侧T₁₁水平以下和右侧T₉水平以下痛温觉消失,震动觉、关节位置觉正常,触觉正常。腹壁反射消失,会阴部和肛周感觉减退,提睾反射、肛门反射消失。颈、胸、腰椎无压痛、叩击痛。17点(发病12 h)行颈、腰、胸椎MRI检查,提示颈、腰椎管狭窄,胸椎未见明显异常,未见明显脊髓、神经根受压。请神经内科会诊,考虑脊髓梗死可能性大,完善胸主动脉、腹主动脉、髂动脉血管螺旋CTA、增强加三维重建检查未见异常。血、尿、便常规、肝肾功能、凝血功能、D-二聚体、血脂7项、同型半胱氨酸、甲状腺功能5项、糖化血红蛋白、风湿系列、血沉、血管炎4项、抗可溶性抗原(ENA)抗体15项、梅毒、人类免疫缺陷病毒(human immunodeficiency virus type, HIV)、癌胚抗原(carcino-embryonic antigen, CEA)、甲胎蛋白(alpha-fetoprotein, AFP)等均正常。ECG、胸部CT、颈动脉椎动脉超声、经食道心脏彩超、双下肢动静脉超声均未见异常。腰椎穿刺术检查:无色透明脑脊液,压力130 mmH₂O,椎管通畅,清亮透明,红细胞0.00×10⁶/L,白细胞3.00×10⁶/L,氯115 mmol/L,潘台试验弱阳性,蛋白质0.50 g/L,糖3.6 mmol/L。诊断为ASAS,转入神经内科诊治,给予抗血小板聚集治疗,波立维300 mg负荷量口服,之后改为波立维75 mg/d口服,拜阿司匹林片100 mg/d口服,补液治疗、前列地尔改善循环、依达拉奉抗自由基、丁苯肽注射液、艾地苯醌保护神经、阿托伐他汀降脂治疗、康复治疗及高压氧治疗。发病第3天复查胸腰椎MRI结果:T₇₋₈、T₁₁-T₁₂水平脊髓内见条片状等T1

稍长T2信号影,边界欠清,增强后局部见轻度强化,病变位于脊髓前部,弥散成像呈高信号,考虑为ASAS,见图1。颅脑MRI、MRA检查未见异常。动态心电图、动态血压未见异常。发病第5天双下肢肌力恢复为2级,发病39 d出院时左下肢肌力5级,右下肢肌力4级,可借助助行器行走,大便可自行排出。发病3个月后,双下肢肌力5级,可独自行走,腹部以下麻木有所减轻,拔除导尿管,可自行排大小便,偶有小便难以控制。发病1年和2年复诊:行走自如,步态和速度正常。发病3个月和1年复查胸椎MRI:T₇₋₈、T₁₁₋₁₂水平脊髓前部病变较前明显缩小,见图2、表1。发病3个月、6个月、1年3次入院复查脊髓梗死相关化验和检查均未见异常。长期口服氢氯吡格雷75 mg/d、阿托伐他汀20 mg/d预防性治疗。随访2年半,未出现血管事件。

1.2 方法

收集资料并分析。通过Pubmed数据库,输入关键词“anterior spinal artery syndrome”和“anterior spinal artery infarction”,检索时间截止2018年2月28日,收集所有相关文献,得到关于ASAS的相关病例报道(不包含综述)。采用描述性统计对符合条件的所有病例从临床表现、影像学表现及病因进行分析。

2 结果

共检索文献108篇(不包含综述),共搜索到ASAS患者207例。年龄<18岁患者16例,年龄18~45岁100例,年龄>45岁91例。

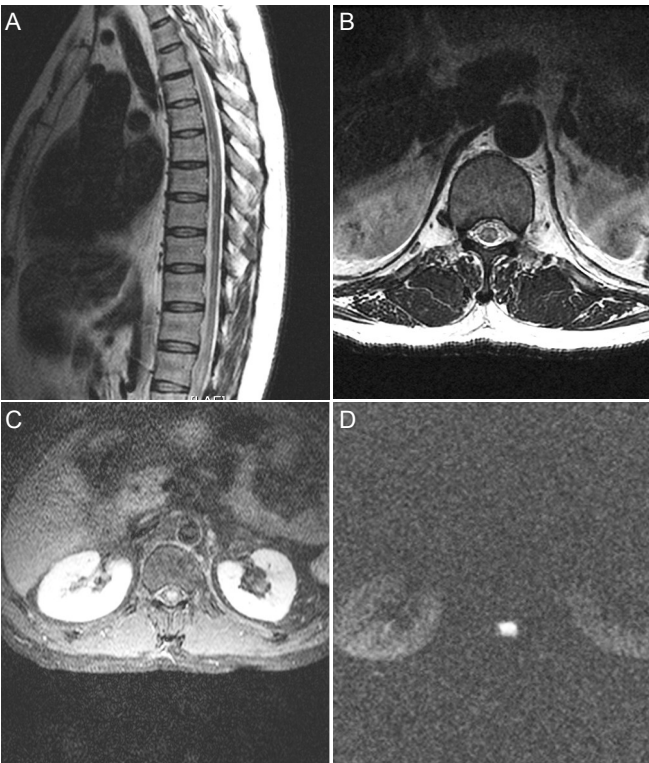
2.1 脊髓前动脉综合征梗死的部位

各年龄段ASAS均以胸段脊髓梗死最常见,颈段梗死其次,腰段梗死和波及胸腰2个节段脊髓梗死最少,见表2。

2.2 病因分析

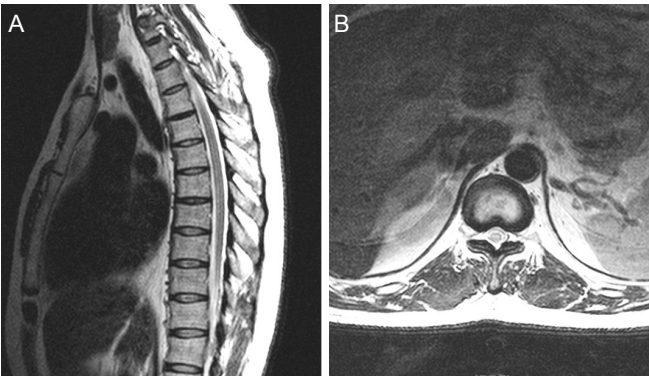
207例ASAS患者中,病因为主动脉疾病(主动脉瘤和手术后)42例(20.3%)、动脉粥样硬化31例(15.0%)、医源性损害13(6.3%)、脊椎退行性疾病9例(4.4%)、血液高凝状态8例(3.9%),其它少见病因(低血压、可卡因滥用、心源性栓塞、血管炎、脊髓动静脉畸形、外伤、败血症等)29例(14.0%),不明原因的占74例(35.8%)。颈部外伤是年龄<18岁患者脊髓梗死的首位病因;主动脉疾病是年龄18~45岁患者脊髓梗死的首位病因,动脉粥样硬化是年龄>45岁患者脊髓梗死的首位病因。

2.2.1 年龄<18岁患者脊髓梗死的病因 共16例,其中不明原因6例,颈部外伤4例、血液高凝状态3例(遗



注：(A)T2矢状位显示T₇₋₈、T₁₁₋₁₂水平脊髓前部见条片状稍长T2信号影,边界欠清;(B)T2轴位显示T₇₋₈脊髓内前部见条片状稍长T2信号影;(C)增强扫描显示脊髓横断面前部区域见轻度强化;(D)DWI轴位显示脊髓横断前部区域呈高信号影

图1 患者发病3 d时胸椎MRI



注:矢状位(A)轴位(B),显示T₇₋₈、T₁₁₋₁₂水平脊髓前部病变较前明显缩小

图2 患者发病3个月时胸椎MRI的T2加权像

传性蛋白酶缺乏)、医源性损害2例(脊柱矫正后)、椎动脉夹层动脉瘤破裂1例。

2.2.2 年龄18~45岁患者脊髓梗死的病因 共100例,其中不明原因41例,主动脉疾病27例(主动脉瘤11例,主动脉手术后16例)、动脉粥样硬化5例、脊椎退行性疾病5例(椎间盘突出)、医源性损害4例(颈神经根阻滞术1例,经皮穿刺椎体成型术中水泥栓塞1例,长骨和骨盆骨折矫形术中髓内钉使用后脂肪栓塞1例,脊柱矫正术后1例)、高凝状态3例(围产期2例,原发性抗磷脂综合征1例)、心源性栓塞2例、椎动脉破裂2

表1 本例脊髓前动脉综合征患者的MRI信号特点

发病时间	信号特点	增强表现	DWI
2 h	T1WI未见异常, T2WI未见异常,	无强化	未做
12 h	T1WI未见异常, T2WI未见异常,	无强化	未做
3 d	T1WI不均匀低信号, T2WI不均匀高信号	不均匀强化	高信号
3 月	T1WI低信号,T2WI高信号	无强化	低信号
1 年	T1WI低信号,T2WI高信号	无强化	低信号

表2 不同年龄段患者脊髓梗死部位对比(例)

年龄段	例数	颈段	胸段	腰段	胸腰段
<18 岁	16	5	10	1	0
18~45 岁	100	27	66	4	3
>45 岁	91	19	60	9	3

例、外伤后纤维软骨栓塞2例(经病理或尸检证实)、可卡因滥用3例、血管炎1例(白塞氏病)、腰动脉压迫综合征1例、脊髓血管瘤破裂致脊髓前动脉血管痉挛1例、冲浪运动损伤1例,潜水后脊髓减压病1例、枪伤损害脊髓前动脉1例。

2.2.3 年龄>45岁患者脊髓梗死的病因 共91例,其中不明原因27例,主动脉疾病15例(主动脉瘤5例,主动脉手术后10例)、动脉粥样硬化27例(其中2例患者在脊髓梗死前数天有脊髓TIA发作)、脊椎退行性疾病4例(椎间盘突出)、医源性损害7例(腹腔神经节阻滞术2例,喉部及颈部组织切除术1例,颈神经根阻滞术2例,下肢血管造影术1例,颈椎矫正手术后1例表现为脊髓TIA发作)、低血压5例、高凝状态2例(服用避孕药1例,原发性抗磷脂综合征1例)、脊髓血管畸形2例(脊髓前动脉到硬膜静脉漏血管破裂)、下肢静脉炎伴脾梗死1例、败血症1例。91例患者中有5例死亡。

2.3 临床表现和影像学表现

ASAS患者均表现为急性或亚急性起病的单相病程,病变水平神经根痛、病变节段以下瘫痪和分离性感觉障碍及植物神经功能障碍。颈段不完全性脊髓前动脉梗死可表现为双上肢乏力疼痛或呼吸功能障碍,而双下肢瘫痪较轻。在脊髓梗死早期,即数小时或数天时T1WI和T2WI仍有可能未见异常,而弥散成像序列(DWI)可显示脊髓梗死部位。数天后梗死部位可见长T2异常信号,可被增强。

3 讨论

本例患者为中年男性,急性起病,伴有后背疼痛,双下肢瘫、分离性感觉障碍(痛温觉障碍、深感觉和触

觉正常)、尿潴留及排便障碍,MIR检查弥散序列显示病变呈高信号,集中在T₇₋₈、T₁₁₋₁₂水平脊髓横断面的前2/3区域,轴位脊髓呈“猫头鹰眼”征,从临床表现和解剖特点上符合脊髓前动脉供血区,确诊为ASAS。研究表明,在脊髓梗死急性期(24 h内),MRI检查结果通常正常,增强扫描或T2加权成像在发病1~2 d后才能显示梗死部位异常信号,而弥散成像(DWI)在脊髓梗死数小时即可以清晰地显示脊髓梗死部位,是最为敏感的序列^[1-8]。因此,对于怀疑脊髓梗死的患者应该尽早行MRI检查,尤其是DWI序列矢状位。

既往研究^[1,2,4,9]显示脊髓梗死的病因最终都是通过引起脊髓血栓形成(血管狭窄、低血容量或高凝状态等)或栓塞(心源性的或血管源性的)。包括缺血、低氧血症、血液高凝状态、心源性栓塞、夹层动脉瘤、主动脉瘤手术、脉管炎、动脉粥样硬化、动静脉畸形等,其他少见原因还有:低血压、潜水病、脊髓血管炎(梅毒性、巨细胞性动脉炎、多发性动脉炎)、血液病、纤维软骨栓塞等。作为脑梗死的高危因素,高龄、糖尿病、高血脂、高血压等同时也是脊髓梗死的危险因素。但脊髓梗死发病率很低,临床上误诊率很高,同时脊髓梗死的病因学诊断较难,不明原因的病例占35.8%,所以常常因为不能及时明确诊断和探明病因而延误治疗。复习文献报道,在207例ASAS患者中,主动脉疾病和动脉粥样硬化为主要病因,其中前者是青壮年患者患病的首位病因,后者是中老年患者患病的首位病因。同时,医源性损害也不容忽视,占比6.3%,主要由颈神经根和腹腔神经节穿刺术以及脊柱矫形术导致。对于儿童和幼儿,脊髓梗死更罕见,共收集病例16例,颈部外伤直接损害脊髓前动脉和遗传性蛋白酶缺乏为前2位病因。纤维软骨性栓塞是一种很少被确诊的病因,但却是脊髓梗塞的重要原因之一。典型的脊髓纤维软骨栓塞通常伴有诱因,如Valsalva动作、用力、轻微外伤史、弯腰、举重等,之后出现典型的根痛,神经功能缺损症状,并且进展迅速,没有症状的间隔和渐进式的“进化”过程,通常在数小时内达顶峰^[10,11]。可能的机制是,来自纤维软骨盘的髓核破碎物或髓核结节进入了脊髓骨髓和脊髓静脉系统,在胸内压和腹内压增加的情况下,栓塞物质进入脊髓动脉,导致栓塞形成^[10,11]。本例患者脊髓梗死的病因可能是纤维软骨栓塞,患者在发病前有弯腰蹲下和用力排便的动作,之后数分钟感到双腿麻木,伴有背痛、双下肢无力、尿潴留,症状出现后进展迅速,数小时达顶峰,且排除了脊髓梗死其他常见的可能病因。

脊髓梗死报告病例的数量很少,这可归因于脊髓

特有的网状血液供应系统,不易发生缺血。颈髓通常由脊髓前动脉供血(颈膨大动脉),其起源于一侧或两侧椎动脉。椎动脉的损伤、闭塞或夹层都可能导致颈髓梗死。在胸腰段,脊髓前动脉通常是由起源于左侧T₉₋₁₂根肋间动脉的Admkiewicz动脉供应,接受来自肋间动脉、腰动脉、髂腰动脉及骶外动脉的分支。T₄₋₈水平血管相对稀少,吻合少,灌注较差,是脊髓供应的薄弱区域,为梗死的好发部位^[12]。

本病需要与以下疾病相鉴别:急性脊髓炎、脊髓肿瘤、脊髓出血、脊髓压迫征、多发性硬化、外伤等。根据起病特点、疾病发作速度、分离性感觉障碍等体征和特征性影像学表现可进行鉴别诊断。文献报道,ASAS患者的预后与起病时神经功能缺损的严重程度密切相关,不同病因预后也不同^[2,13]。本例患者未找到脊髓梗死的明确病因,经过抗血小板聚集和补液治疗,同时降脂、改善循环、抗自由基、康复治疗及高压氧治疗,患者神经功能缺损基本恢复,长期口服氢氯吡格雷和阿托伐他汀,随访2年半,未出现心脑血管、脊髓血管和周围血管事件。分析其预后良好可能与早期确诊、早期治疗(发病12 h开始治疗)和综合治疗有关。所以,尽早确诊脊髓梗死和尽早治疗与预后密切相关,其治疗原则同脑梗死。脊髓纤维软骨栓塞目前缺乏有效的治疗方法^[10,11,14]。胸腹主动脉瘤手术或血管内修复后出现脊髓缺血的患者可进行腰椎穿刺脑脊液引流,降低脑脊液压力,进而增加脊髓灌注,个案报道有效^[15]。动脉粥样硬化所致脊髓梗死的患者,有个案报道在发病4.5 h以内rt-PA溶栓治疗取得了较好的疗效^[16,17]。椎动脉夹层患者应使用抗血小板药物或抗凝治疗。脊髓减压病可在急性期使用高压氧治疗。血管炎患者可使用皮质类固醇激素和免疫调节药物治疗。同时,康复训练对运动功能和植物系统功能恢复有积极作用^[16],另外需要加强护理,防止并发症。

综上所述,ASAS在临床上罕见,当患者卒中样起病,出现脊髓损害并伴有剧烈的神经根痛症状时,应考虑到脊髓梗死的可能,推荐行脊髓MRI检查,尤其是弥散序列有助于诊断。全面检查寻找脊髓梗死病因,尽早诊断和综合治疗,是改善预后的关键。

参考文献

- [1] Masson C, Pruvo JP, Meder JF, et al. Spinal cord infarction: clinical and magnetic resonance imaging findings and short term outcome[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2004,75:1431-1435.
- [2] Salvador de la, Barrera S, Barca-Buyo A, et al. Spinal cord infarction: prognosis and recovery in a series of 36 patients[J]. Spinal Cord, 2001, 39:

520-525.
[3] 田芳, 丁永生, 周自明, 等, 脊髓梗死的磁共振诊断[J]. 放射学实践, 2007, 22: 24-26.
[4] Stefan Weidauer, Michael Nichtweiss, Heinrich Lanfermann, et al. Spinal cord infarction: MR imaging and clinical features in 16 cases[J]. Neuroradiology, 2002, 44: 851-857.
[5] Thurnher MM, Bammer R. Diffusion-weighted MR imaging (DWI) in spinal cord ischemia[J]. Neuroradiology, 2006, 48: 795-801.
[6] Marcel C, Kremer S, Jeantroux J, et al. Diffusion-weighted imaging in noncompressive myelopathies: a 33-patient prospective study[J]. J Neurol, 2010, 257: 1438-1445.
[7] Alblas CL, Bouvy WH, Lycklama ÀNijeholt GJ, et al. Acute spinal-cord ischemia: evolution of MRI findings[J]. J Clin Neurol, 2012, 8: 218-223.
[8] Weidauer S, Nichtweiss M, Lanfermann H, et al. Spinal cord infarction:MR imaging and clinical features in 16 cases [J]. Neuroradiology, 2002, 44: 851-857.
[9] Millichap JJ, Sy BT, Leacock RO. Spinal cord infarction with multiple etiologic factors[J]. J Gen Intern Med, 2007, 22: 151-154.
[10] Raghavan A, Onikul E, Ryan MM, et al. Anterior spinal cord infarction owing to possible fibrocartilaginous embolism[J]. Pediatr Radiol, 2004, 34: 503-506.

[11] Yue-Shan Piao, De-Hong Lu, Ying-Ying Su, et al. Anterior spinal cord infarction caused by fibrocartilaginous embolism[J]. Neuropathology, 2009, 29: 172-175.
[12] Sliwa JA, Maclean IC. Ischemic myelopathy: a review of spinal vasculature and related clinical syndromes[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1992, 73: 365-372.
[13] Cheng MY, Lyu RK, Chang YJ, et al. Spinal cord infarction in Chinese patients. Clinical features, risk factors, imaging and prognosis[J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 26: 502-508.
[14] Nasr DM, Rabinstein A. Spinal Cord Infarcts: Risk Factors, Management, and Prognosis[J]. Curr Treat Options Neurol, 2017, 19: 28.
[15] Blacker DJ, Wijedicks EF, Ramakrishna G. Resolution of severe paraplegia due to aortic dissection after CSF drainage[J]. Neurology, 2003, 61: 142-143.
[16] Müller KI, Steffensen LH, Johnsen SH. Thrombolysis in anterior spinal artery syndrome[J]. BMJ Case Rep, 2012, pii: bcr2012006862.
[17] Koch M , Sepp D, Prothmann S, et al. Systemic thrombolysis in anterior spinal artery syndrome: what has to be considered[J]? J Thromb Thrombolysis, 2016, 41: 511-513.
[18] 王传英, 肖宛平, 李庆波. 脊髓损伤的治疗及康复进展[J]. 神经损伤与功能重建, 2006, 1: 245-248.

(本文编辑:唐颖馨)

(上接第283页)

乐疗法是一门集音乐、医学、心理学为一体的新兴边缘学科,以音乐活动为治疗媒介、增进个体身心健康的一种治疗方法。由于音乐可激发活跃患者的躯体、情绪和认识水平,有利于辅助药物治疗^[9]。轻快优美的音乐旋律使人精神满足,直接或间接对精神疾病的治疗产生影响^[10]。研究发现,音乐可以消除精神分裂症的阴性症状,如情感淡漠、思维贫乏、意志缺乏、兴致缺乏、注意障碍,改善慢性精神分裂症患者的社会适应能力,防止和减缓衰退^[11]。这与本研究的结果一致。音乐通过物理和生理的作用对大脑边缘系统和脑干网状结构等产生直接影响,对中枢神经系统产生良好的刺激作用,改善大脑皮质功能^[12]。患者通过音乐欣赏,领悟音乐所产生的效应,并在大脑出现音乐想象,这是脑创造性思维劳动。音乐可加速联想,有利于思维障碍的调整和改善,提高患者的兴趣,增强患者的意志,并提高注意力,有安抚情绪、消除悲观抑郁等作用。音乐疗法极可能是通过这些病理生理机制发挥积极的生物学效应,改善慢性精神分裂症患者生活质量及社会功能。当然,其潜在的分子生物学机制有待进一步深入研究。

本研究表明,经过积极的音乐辅助治疗,能够有效改善慢性精神分裂症患者生活质量及社会能力,但不能有效提高患者自我尊重感。可能是患者长期处于抑郁状态,自我否定已成为惯性思维,短时间难以改善,这仍有待于进一步高质量、大样本的临床研究从而进一步探讨。

音乐疗法对于慢性精神分裂症患者的辅助治疗值得推广,但其治疗机制并不明确,设计和个性化治疗也存在缺陷,仍需要大量的探索,不断完善。

参考文献

[1] 万争艳, 陈莹, 李宁. 齐拉西酮和利培酮对慢性精神分裂症患者的疗效比较[J]. 神经损伤与功能重建, 2016, 11: 171-171.
[2] 唐秋萍, 邓施. 精神分裂症心理治疗的研究现状[J]. 中国行为医学科学, 2002, 11: 115- 116.
[3] Emerencia A, van der Krieke L, Sytema S, et al. Generating personalized advice for schizophrenia patients[J]. Artif Intell Med, 2013, 58: 23-36.
[4] Hui C, Morcillo C, Russo DA, et al. Psychiatric morbidity, functioning and quality of life in young people at clinical high risk for psychosis[J]. Schizophr Res, 2013, 148: 175-180.
[5] 中华医学会精神科分会. 中国精神疾病分类方案与诊断标准 (CCMD-Ⅲ) [M]. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 59.
[6] KeksN, TonsoM, TaboneK, et al. Experience with atypical antipsychotics in an acute in patient unit[J]. Schizophr Res, 2003, 60: 289-292.
[7] Morosini PL, Magtiano L, Brambilla L, et al. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment scale(SOFAS) to assess routine social functioning[J]. Acta Psychiatr Scand, 2000, 101: 323-329.
[8] Smith MA, McCoy R, Hamer-Maansson J, et al. Rapid dose escalation with quetiapine: a pilot study[J]. Clin Psychopharmacol, 2005, 25: 331-335.
[9] 刘燕林, 胡晓华, 陈颖. 辅助治疗手段治疗精神分裂症的疗效及对患者社会功能的影响[J]. 神经损伤与功能重建, 2015, 10: 80-81.
[10] 董爱珍. 精神分裂症患者的心理活动对音乐治疗效果的影响[J]. 职业与健康, 2003, 10: 56-58.
[11] 王惠梅, 张冬梅. 音乐疗法对慢性精神分裂症患者社会功能的影响[J]. 护理实践与研究, 2006, 3: 7-8.
[12] 北京医科大学. 精神医学丛书[M]. 第3卷. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1986: 140.

(本文编辑:唐颖馨)