文章编号:1000-5404(2012)17-1805-02

短篇论著

脑卒中伴言语障碍患者康复及团体心理治疗效果

鞠 波,孙淑艳,曹巍巍 (264002 山东 烟台,解放军第107医院神经内科)

[摘要] **目的** 探讨言语辅助肌电刺激等康复疗法加团体心理治疗对脑卒中伴言语功能障碍患者的治疗效果。**方法** 选择住院确诊的急性脑卒中伴失语患者82例,依患者入院顺序按奇偶数随机分为对照组和研究组,各41例。前者按脑卒中常规给予规范内科治疗,后者除常规治疗外,加用言语辅助肌电刺激和团体心理治疗。两组均于治疗后3个月行语言障碍量表和脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)测定以评定疗效。**结果** 研究组言语功能障碍(包括自发言语、系列言语、复述、听名指物、听名指图、执行命令、短语理解)治疗后较治疗前显著改善($P<0.01$),对照组治疗后无显著改善($P>0.05$)。同时患者生存质量(包括精力、家庭角色、语言、活动、情绪、个性、自理能力、社会角色、思维、上肢功能、工作/劳动)评估亦明显优于对照组($P<0.01$)。**结论** 对脑卒中伴言语障碍患者早期进行言语辅助肌电刺激和团体心理治疗,不仅有利于患者语言功能的康复,更能有效提高患者生活质量。

[关键词] 脑卒中;言语功能;心理治疗;生活质量
[中图法分类号] R743.3; R749.055; R767.92 [文献标志码] A

脑卒中除引起肢体偏瘫外常伴发不同程度言语功能障碍,直接影响患者与外界交流,是导致卒中后抑郁、厌世情绪等不健康心理的主要原因之一,严重影响患者机体及社会功能的康复[1]。本科于2009年3月至2011年12月对脑卒中伴言语障碍患者早期加用言语辅助肌电刺激和团体心理治疗,取得显著疗效,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床病例与分组

急性脑卒中伴言语功能障碍患者82例,经颅脑CT或MRI确诊,符合1995年全国第4次脑血管病会议制定的诊断标准[2];言语障碍经《汉语失语症检查法》确诊。入选病例均意识清楚,无失聪及病前言语障碍史,排除严重心肺等脏器并发症。其中脑梗死68例,脑出血14例;依患者入院顺序按奇偶数随机分为研究组和对照组(奇数为研究组,偶数为对照组),各41例。两组年龄、性别、脑卒中性质、肢体偏瘫和言语障碍程度等均无明显差异($P>0.05$)。患者及家属均知情同意并签署知情同意书,本试验获医院伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

对照组按脑卒中常规进行药物及早期偏瘫肢体康复训练。研究组除常规治疗外:①于入院后1~2 d采用吞咽言语诊断治疗仪(德国产PHYSIOMED2Expert型)进行言语辅助肌电刺激治疗,每天2次,每次20 min。②电刺激后立即在康复师指导下进行语言训练,包括口、唇、舌的运动训练及单字、单词、单句逐步发音训练。③于病后1周开始进行团体心理治疗,出院后继续按期参加。组内患者5~7人为一治疗团体,由1名心理咨询师担任指导者。每周活动1次,每次40 min,每组共活动4次。内容分别为第1次:建立团体规范、通过简单语言或肢体语言互相认识、增加成员之间认同感;指导者做"怎样有效率地应对疾病压力"的辅导讲座,树立战胜疾病的信心。第2次:由指导者带领团体成员做音律、言语表达团体练习,掌握正确的训练方法。第3次:相互交流演练、体验成就感,留读书报的家庭作业。第4次:每位成员结合家庭作业做简短发言、相互支持并为以后的互相帮助建立通讯录。

1.3 疗效判定

全部病例于治疗前及治疗后3个月分别应用《北京医院汉语失语症量表》[3]134-139进行言语功能对照分析,并于3个月随访时进行SS-QOL问卷评定[3]59-63患者日常生活能力康复程度以判定疗效。

1.3.1 言语功能疗效判定 ①评定标准。自发言语:说话费力、短语(<3字)、语量少(<50字/min)为非流利型口语,语量51~99字/min为中间型口语,语量>100字/min为流利型口语;系列言语、复述、命名、颜色辨认、听名指物、听名指图、执行命令、短句理解每项最高10分,得分越高言语功能越好。②疗效标准。显效:口语表达恢复至流利型,其余8项评分各较前提高3分以上;有效:口语表达恢复至中间型,8项评分各提高1~2分;无效:无进步。

1.3.2 日常生活能力疗效判定 SS-QOL自评量表包括:精力、家庭角色、语言、活动、情绪、个性、自理能力、社会角色、思维、上肢功能、视力、工作/劳动,共49条,采用5级评分制(1~5),得分越高说明健康状况越好。

1.4 统计学分析

应用SPSS 13.0统计软件,数据以$\bar{x}\pm s$表示,行χ^2及t检验。

2 结果

2.1 两组治疗前和治疗后3个月言语功能评定情况

研究组自发言语、系列言语、复述、听名指物、听名指图、执行命令、短语理解方面,言语功能治疗后3个月较治疗前明显改善($P<0.01$);而对照组上述言语功能改善不明显($P>0.05$,表1)。

2.2 两组治疗3个月后SS-QOL量表问卷结果

研究组在精力、家庭角色、语言、活动、情绪、个性、自理能

[通信作者] 鞠 波,电话:(0535)2933640,E-mail j66b66@163.com

力、社会角色、思维、上肢功能、工作/劳动的评分明显优于对照组($P<0.01$,表2)。

表1 2组脑卒中伴言语障碍患者治疗前后言语功能评定

($n=41, \bar{x}\pm s$)

项目	研究组			对照组		
	治疗前	治疗后	P值	治疗前	治疗后	P值
自发言语						
非流利型	27	7	<0.01	26	21	>0.05
中间型	12	23		15	18	
流利型	2	11		0	2	
系列言语	3.2±1.8	9.0±3.2	<0.01	4.1±2.9	5.5±3.6	>0.05
复述	1.5±0.6	6.2±2.4	<0.01	2.4±1.3	3.0±1.8	>0.05
命名	8.3±2.7	9.6±3.4	>0.05	7.8±1.6	8.0±1.9	>0.05
颜色名称	8.5±3.1	10.0±3.8	>0.05	8.5±1.2	8.7±1.3	>0.05
听名指物	2.4±0.6	8.5±2.4	<0.01	2.9±1.8	3.8±2.5	>0.05
听名指图	1.6±0.5	7.6±2.6	<0.01	2.7±1.8	3.6±2.4	>0.05
执行命令	4.0±1.2	7.0±2.7	<0.01	4.6±1.9	5.2±2.2	>0.05
短句理解	1.5±0.5	5.2±1.9	<0.01	1.9±0.8	2.4±1.9	>0.05

表2 两组脑卒中伴言语障碍患者SS-QOL量表评分比较

($n=41, \bar{x}\pm s$)

项目	总分	研究组	对照组	t值	P值
精力	15	10.0±3.6	6.3±2.5	5.42	<0.01
家庭角色	15	10.6±3.7	4.4±2.5	8.89	<0.01
语言	25	18.2±6.2	9.2±4.2	7.69	<0.01
活动	30	20.5±8.2	10.6±4.7	6.69	<0.01
情绪	25	19.1±4.3	6.5±3.7	>10	<0.01
个性	15	12.2±2.2	5.5±3.0	>10	<0.01
自理能力	25	18.5±6.5	12.2±5.4	4.80	<0.01
社会角色	25	16.5±6.8	8.2±3.9	>10	<0.01
思维	15	10.0±3.6	6.0±2.7	5.70	<0.01
上肢功能	25	18.8±4.7	7.2±3.8	>10	<0.01
视力	15	7.2±3.9	5.8±3.2	1.79	>0.05
工作/劳动	15	12.0±2.7	3.2±1.8	>10	<0.01

3 讨论

失语症的产生主要是由于大脑半球语言及其相关中枢受到损伤,导致患者对语言的感知辨认、理解接受、组织运用和表达等功能失调。脑卒中后失语症患者的语言功能障碍多会导致患者与外界交流困难和生活质量下降,容易并发心理障碍,可表现为焦虑、抑郁、悲观、自卑等多种形式,严重干扰和影响患者语言功能及日常生活能力的恢复。

针对语言障碍的治疗方法有Schuell刺激法、促进交流效果法、旋律语调治疗法、阻断去除法等[4],均取得较好疗效。本研究采用吞咽言语诊断治疗仪进行言语辅助肌电刺激治疗,电刺激后立即在康复师指导下进行口、唇、舌等言语辅助肌的运动训练及单字、单词、单句训练。同时针对由于与外界交流困难而可能导致的心理障碍,于病后1周开始团体心理治疗,取得明显效果。可作为脑卒中伴语言障碍的治疗方法之一。团体心理治疗是由心理工作者指导,借助患者组成团体的力量和心理治疗理论与技术,就团体成员面对的心理问题进行共同商讨,提供训练机会,使之学会自助,解决团体成员共同的发展或共有的心理问题,最终实现改善行为和发展人格的目的[5]。有研究报道脑卒中患者较多发生抑郁、焦虑等心理障碍[6],而针对脑卒中患者进行团体心理治疗的报道较少。本研究借鉴以往对恶性肿瘤、网络成瘾等患者进行团体心理治疗的经验[7],通过专业心理治疗师的讲座指导,相同患者组成团体的互相鼓励、交流体验以及在团体中建立相互信任和长期友谊的延续作用,使患者有效克服绝望、失败心理,增加了语言交流的信心和机会。经比较分析研究组的自发言语、系列言语、复述、听名指物、听名指图、执行命令、短语理解等言语功能治疗后3个月较治疗前改善显著,此结果支持团体心理治疗的推广应用。

近年来研究认为药物治疗失语症仍有争议,尚无法得出某种药物对失语症确实有效。本研究两组患者均进行了常规的脑卒中药物治疗,结果显示:对照组言语功能及生活质量评估均无明显改善;研究组除言语功能改善显著外,生活质量(包括精力、家庭角色、语言、活动、情绪、个性、自理能力、社会角色、思维、上肢功能、工作/劳动)评估结果也明显优于对照组。从而认为:①对脑卒中伴言语障碍患者除常规药物治疗外,早期进行言语辅助肌电刺激、语言训练等综合康复疗法,不仅有助于语言功能的尽快恢复,更有助于患者整体生活能力的改善。②团体心理治疗提供更加有利的语言训练环境,有助于患者克服焦虑、抑郁、悲观、自卑等负性情绪,保持良好的心理状态,充分调动患者的主观能动性,由专门的康复师指导,在相同疾病患者的团体中互相鼓励、互相支持、互相学习,更有利于语言功能的恢复,促进患者整体康复过程。

参考文献:

[1] 代欣, 李继来, 杜继臣. 认知功能训练对脑卒中后失语症康复疗效的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(1): 66-67.

[2] 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.

[3] 王拥军. 神经病学临床评定量表[M]. 北京:中国友谊出版公司, 2005: 134-139, 59-63.

[4] 田野, 林伟, 叶祥明, 等. 汉语失语症诊治进展[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(2): 151-154.

[5] 杨昕. 网络成瘾的防治理论与实践研究[J]. 精神疾病与精神卫生, 2006, 6(4): 314-317.

[6] 赵国祥, 刘海玲, 袁文林, 等. 脑卒中患者心理健康调查分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(10): 18-20.

[7] 谭永红, 陈洁, 向贵平. 小组心理干预对恶性肿瘤患者生存质量的影响[J]. 第三军医大学学报, 2011, 33(2): 186-189.

(**收稿**:2012-03-06;**修回**:2012-03-30)

(编辑 王小宴)