

表2 两组患者治疗前后疗效的比较

组别	例数	治愈		显效		有效		无效		总有效率(%)
		例	%	例	%	例	%	例	%	
研究组	42	22	53.28	10	23.81	6	14.29	4	9.52	90.48
对照组	48	19	39.58	11	23.06	6	12.50	12	25	75

表3 两组患者发病1周内就诊治愈率比较 (例)

组别	例数	治愈	显效	有效	总有效率(%)
研究组	22	20	1	1	90.9
对照组	19	10	2	7	52.63

环障碍、窗膜破裂、植物神经功能失调有关。但不论何种病因均可引起内耳微循环障碍,而致听神经发生变性,甚至坏死,从而造成患者听力骤然减退。①因在瞬间内听力突然丧失,常使患者感到恐慌、焦虑,而致植物神经功能紊乱,以至血管痉挛,组织缺氧加重,使病情进一步加重,因此在治疗中心理辅导是治疗成功的重要条件^[3-4]。②脑蛋白水解物是肽能神经营养药物,能以多种方式作用于神经,调节和改善神经原的代谢,促进突触的形成,诱导神经原的分化,进一步保护神经细胞免受各种缺血和神经毒素的损害,使变性的听神经元恢复,使残存的听力提高^[5]。同时针刺耳周穴,使针感放射到耳内,经络气血得以通畅^[6],从而使内耳微循环得到改善,为内耳提供足够的氧,使氧分压上升^[7],从而提高疗效。③微波辐射可以调节血管的功能,缓解深层血管的痉挛,使血流加速,改善内耳循环^[8-9],另外,小剂量短时间内的微波辐射,可加强神经系统的兴奋过程,促使神经纤维的再生,并恢复其传导功能,提高患者听力。所以耳周穴位注射脑蛋白水解物、微波辐射、临床心理辅导及全身应用活血化瘀、营养神经药物多种疗法的综合应用,使突聋的治愈率明显提高。

耳周穴位注射脑蛋白水解物结合微波辐射、心理辅导及

全身应用活血化瘀、营养神经药物多种疗法综合治疗突聋,以早期中重度聋疗效好。使用2个疗程无效者,继续使用也无效。伴眩晕者表示病变范围广泛^[10],治疗效果差。本组10例眩晕患者仅3例听力提高15—30dB。耳周穴位注射脑蛋白水解物结合微波辐射、心理辅导及全身应用活血化瘀、营养神经药物多种疗法综合治疗突聋,无明显不良反应,疗效显著。

参考文献

- [1] 黄选兆,汪吉宝主编.实用耳鼻喉科学[M].北京:人民卫生出版社,1998.1011—1014.
- [2] 中华医学会耳鼻咽喉科学会.突发性耳聋诊断依据和疗效分级[J].中华耳鼻喉科杂志,1997,32(2):72.
- [3] 王洁.突发性耳聋的心理治疗[J].青海医药杂志,2003,33(2):11—13.
- [4] 冯志谦.心理因素与突发性耳聋疗效关系的初步研究[J].听力学及言语疾病杂志,2004,12(2):89—90.
- [5] 王东.穴位注射治疗突发性耳聋62例[J].新疆中医药,1999,17(1):39.
- [6] 孙善凤.针药并用配合心理疏导治疗突发性耳聋38例[J].辽宁中医杂志,2002,29(7):428.
- [7] 张宏,李辉.针刺耳周穴为主治疗耳聋[J].中国针灸,2004,24(7):464.
- [8] 江刚.微波治疗突发性耳聋的疗效观察[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2002,10(2):89.
- [9] 兰俊堂.微波治疗突发性耳聋的临床研究[J].山东医大基础医学院学报,2001,15(4):205—207.
- [10] 兰志红.突发性耳聋的疗效探索[J].中国中西医结合耳鼻喉科杂志,2002,10(2):58—60.

·心理康复·

心理护理对脑卒中后抑郁的疗效观察

梁翠萍¹ 王欣淼¹ 张和振¹ 郭宗成¹

摘要 **目的:**探讨心理护理对脑卒中后抑郁康复效果的影响,为临床整体护理提供理论依据。**方法:**将98例我院神经内科住院脑卒中后抑郁患者随机分为心理护理组 and 对照组,对照组采用抗抑郁药物治疗,而心理护理组则在应用抗抑郁药物治疗的基础上,给予针对性心理护理(每次30—40min,每周3次),连续5周。并采用Zung抑郁自评量表和神经功能缺损量表对两组患者分别在治疗前后进行测评。**结果:**治疗前两组抑郁标准分及神经功能缺损分值比较差异均无显著性意义($P>0.05$)。治疗后两组抑郁标准分均明显降低,但心理护理组下降更为显著,与对照组比较差异有显著性意义($P<0.01$);心理护理组治疗前后神经功能缺损分值比较差异有显著性意义($P<0.01$),而对照组则无明显改变($P>0.05$),治疗后两组神经功能缺损分值相比差异有显著性意义($P<0.01$)。**结论:**心理护理不仅可改善或消除脑卒中患者的抑郁情绪,还可促进其神经功能的康复,提高总体疗效。

关键词 脑卒中;抑郁;心理护理

中图分类号:R493, R395.1 **文献标识码:**B **文章编号:**1001-1242(2006)-03-0260-02

脑卒中患者的抑郁情绪对预后的影响越来越受到医护人员的关注。抑郁影响患者的运动及认知功能的恢复,影响其康复效果^[1]。抑郁患者在治疗过程中依从性差,缺乏主动性,导致脑卒中患者肢体功能较差。本文对98例脑卒中后抑郁患者进行5周心理护理对照研究,以探讨心理护理对脑卒

中后抑郁的疗效。

1 河北省人民医院神经内科,石家庄市和平西路348号,050051

作者简介:梁翠萍,女,副主任护师

收稿日期:2005-09-18

1 资料与方法

1.1 研究对象

2004—2005 年我院神经内科住院的脑卒中后抑郁患者 98 例, 病程为 20 天。入组标准: 所有病例均符合 1995 年第四届全国脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》标准^[1], 并经 CT 或 MRI 确诊; 符合 CCMD-2-R 的抑郁状态的诊断标准^[2]; 无明显智能减退和失语, 意识清楚, 无阳性精神障碍个人史和家族史; Zung 抑郁自评量表 (self-rating depression scale, SDS) 标准分 ≥ 53 分为抑郁^[3]。

对符合入组标准的 98 例患者随机分为心理护理组和对照组, 两组患者在年龄、性别、卒中类型及病程差异均无显著性意义 ($P>0.05$), 见表 1。

表 1 心理护理组与对照组一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	卒中类型(例)		病程(天)
		男	女		缺血	出血	
心理护理组	50	36	14	60.28 $\pm$ 12.36	42	8	20
对照组	48	37	11	58.46 $\pm$ 14.59	39	9	20

两组比较 $P>0.05$

1.2 方法

两组患者除接受神经内科常规治疗及系统康复治疗外, 均给予赛乐特 20mg, 每日 1 次。心理护理组在此治疗基础上给予针对性心理护理, 每次 30—40min, 每周 3 次, 连续 5 周。

心理护理措施包括: ①确立良好的护患关系, 收集相关资料。了解患者的病情、生活背景、各种症状及心理状态。找出发生抑郁的根源, 确定针对性心理护理措施。②心理支持。采取倾听、解释、指导和鼓励的心理护理程序。倾听患者诉说疾病的症状及为之带来的痛苦和烦恼, 并给予理解和同情。倾听者态度真诚, 衣着整洁, 恰当的运用躯体言语传递关爱; 解释疾病的起因、治疗方法、预后及社会心理因素对疾病发生、发展、转归的影响; 指导患者肢体功能训练的方法, 指导正确运用心理防御机制, 提高心理免疫力。对患者的配合给予鼓励, 对患者为康复付出的努力给予赞赏; 鼓励家人及陪护关心、理解患者。③矫正认知偏差。认知理论认为, 认知是刺激与情感和行为的中介, 适应不良行为和情感与适应不良性认知有关, 即抑郁源于患者对机体内外环境刺激的非理性认知。认知治疗的核心是与患者共同找出适应不良性认知, 并提供矫正方法, 使患者认知接近现实和实际。我们采取的方法是: 为患者提供案例分析, 不合逻辑的认知延缓疾病康复, 甚至导致病情加重。帮助患者从中真正领悟到不良认知所带来的结果, 并找出自身的认知偏差, 主动用理性认知代替非理性认知。同时纠正患者的不良应对方式。

1.3 评定方法

采用 SDS 和神经功能缺损量表 (neurological functional deficit scores, NFDS), 对两组患者分别在治疗前后进行测评。

1.4 统计学分析

采用 SPSS10.0 版软件包, 计数资料采用 χ^2 检验, 计量资料采用 t 检验。

2 结果

两组患者治疗前后各量表分的比较见表 2。从表 2 可以

看出, 治疗前两组 SDS 标准分、NFDS 得分比较差异均无显著性意义 ($P>0.05$); 而治疗后两组 SDS 标准分、NFDS 得分比较差异均有显著性意义 ($P<0.01$)。

表 2 两组治疗前后 SDS 标准分、NFDS 得分结果比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前		治疗后	
	SDS	NFDS	SDS	NFDS
心理护理组	60.57 $\pm$ 8.79	21.93 $\pm$ 7.20	41.61 $\pm$ 11.89	14.24 $\pm$ 5.77
对照组	61.59 $\pm$ 7.81	22.33 $\pm$ 8.02	53.22 $\pm$ 11.82	19.91 $\pm$ 6.85
t	0.59	0.25	4.88	4.30
P	>0.05	>0.05	<0.01	<0.01

3 讨论

脑卒中后抑郁是脑卒中后常见的并发症之一, 其发生率为 59.42%^[4]。脑卒中后抑郁与社会心理因素、神经生物因素及神经内分泌等各种因素综合作用有关^[5]。针对脑卒中后抑郁患者独特的心理、生理特点, 国内外学者强调在用药物治疗的同时, 应进行心理治疗^[6]。而支持性心理治疗则是基础性的心理治疗模式, 文献报道, 支持性心理治疗合并抗抑郁药氟西汀治疗可以提高总体疗效, 并能缩短患者的住院时间^[7]。本结果显示, 实施心理护理组的 SDS 标准分及 NFDS 得分明显降低, 与对照组比较差异有显著性意义 ($P<0.01$)。表明心理护理组抑郁情绪的改善和神经功能康复疗效显著优于对照组, 与上述学者报道一致。

抑郁使患者对未来失望, 心理激发活动低下, 不愿做康复和恢复的努力, 从而导致神经功能恢复缓慢, 日常生活能力恢复差^[8]。心理护理的特点在于激发患者潜在的心理资源, 协助患者渡过危机、应付困境, 以较有效的方式去处理所面对的困难或挫折; 提供安全感, 使患者对困境的解脱感到有希望, 能较有信心地去发挥自己的潜力, 增强康复信心, 从而主动加强功能训练, 促进神经功能的康复。

总之, 对脑卒中后抑郁患者进行生物、心理、社会的综合干预, 有利于改善、消除及预防患者的不良心境, 有利于促进神经功能的恢复和提高患者的生存质量^[9]。

参考文献

- [1] 周维金, 王玉琴, 崔利华. 脑卒中康复研究新进展[J]. 中国康复医学杂志, 2002, 17(2): 124—127.
- [2] 饶明利, 林世和. 脑血管疾病 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2003. 121—123.
- [3] 姚传芳. 情感性精神障碍[M]. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998. 210—213.
- [4] 郭念锋. 国家职业资格培训教程: 心理咨询师[M]. 北京: 民族出版社, 2005. 194—196.
- [5] 梁翠萍, 刘宏丽, 徐金秀, 等. 脑卒中后抑郁及相关因素的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(4): 292—293.
- [6] Astrom M, Adofsson R, Asplund K. Major depression in stroke patients, a 3-year longitudinal study[J]. Stroke, 1993, 24: 976—982.
- [7] Lyk L, Chidgey J, Addington Hall J, et al. Depression in palliative care: a systematic review part 2. Treatment[J]. Palliat Med, 2002, 16(4): 279.
- [8] 黄恩, 陈平, 程韬. 脑卒中后抑郁的心理干预对照研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2004, 26(7): 429—430.
- [9] 王刚, 崔利华, 郭怡, 等. 脑卒中后抑郁的发生率及相关因素 [J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(5): 216—217.
- [10] 李广安, 李金芳, 程立新, 等. 脑卒中后抑郁早期综合干预的随访研究[J]. 中国心理卫生杂志, 2004, 18(1): 15—17.