

脑卒中中医康复单元中失语症患者的康复疗效观察*

陈立典¹ 林秀瑶² 陶 静¹

据报道, 大约 1/3 以上的脑卒中患者发生不同程度的各种言语障碍^[1]。言语障碍会严重影响康复, 进而影响患者的生存质量。本文旨在探讨脑卒中中医康复单元病房中综合康复治疗对脑卒中后失语症患者的临床疗效, 及其对患者生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 研究对象及分组

福建省第二人民医院康复医学科病房 2005 年 1 月—2006 年 12 月收治的 40 例脑卒中后失语患者。将入选患者随机分为中医康复单元组与普通病房组, 每组各 20 例。其中男 23 例, 女 17 例; 年龄 54.50 ± 7.98 岁; 脑梗死 25 例, 脑出血 15 例; 文盲 2 例, 初中学历 20 例, 高中学历 12 例, 大学学历 6 例。两组患者在性别比例、年龄、病变性质、文化程度等各方面经统计学分析具有可比性($P > 0.05$)。

1.2 纳入标准

①均符合全国第四届脑血管病会议制定的诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 证实为首次脑梗死或脑出血; ②病程在 2 周以内; ③年龄 75 岁以下者; ④根据中国康复研究中心汉语标准失语症检查法(CRRCAE)诊断^[2], 并结合临床综合判断为失语症; ⑤右利手; ⑥病情稳定, 意识清醒者; ⑦既往无言语功能障碍史, 无视力和听力障碍, 无其他脑病, 未进行过言语治疗者; ⑧自愿参加本课题研究。

1.3 排除标准

①排除有认知障碍, 不能配合检查和治疗者; ②年龄 75 岁以上者; ③急性期重度昏迷、严重脑疝或并发心肌梗死或并发严重肝肾功能障碍、重症感染、严重的糖尿病等患者; ④脑卒中前已经有各种原因所致言语障碍患者; ⑤非脑卒中导致的失语症, 如帕金森病、脑肿瘤等。

1.4 治疗方法

2 组均按神经内科常规处理。中医康复单元组在常规治疗的基础上, 制定标准化、量化的操作程序, 为卒中后失语症患者制订了一整套的康复方案。采用头针治疗, 并配合言语功能训练、心理康复及健康教育。普通病房患者只予家庭式的言语康复训练。

1.4.1 针刺治疗: 穴位取顶颞前斜线下 2/5、颞前线、颞后线。采用常规头针刺激法, 严格消毒, 进针后持续捻转 2—3min, 每分钟 200 次左右, 留针 30min, 留针期间反复操作 2—3 次。每日治疗 1 次, 每周治疗 6 天, 休息 1 天。

1.4.2 言语功能训练: 中医康复单元组所有患者均规定先接受针刺, 留针的同时进行言语功能训练。首先由言语治疗师对各型失语症作出训练计划, 并据个体情况调整具体治疗方案。训练内容主要集中在听、说、读、写四个方面。每次治疗 30min, 每天治疗 1 次, 每周治疗 6 天, 休息 1 天。

①听理解训练: 如出示一定数量的图片或实物, 由治疗

师说出其中某个的名称, 让患者指认; 或出示一系列图片, 并针对图片提出问题, 让患者回答对或不对, 逐渐增加刺激项目, 以扩大短时记忆广度。②阅读理解训练: 如让患者进行图—图、字—字匹配训练, 取出单个字, 让患者从字卡中选出相同的一个; 或出示两个字, 让患者指出先后顺序, 组成词并阅读。③言语表达训练: 如出示日常生活图片, 让患者指出想要做的事, 如指“洗脸”、“穿衣”、“喝水”等; 或治疗师让患者用口语回答事先设计好的问题, 如“你累了吗?”、“需要休息一下吗?”。④书写训练: 早期训练抄写数字 1—10, 然后抄写自己的姓名、家人姓名、动物名称等。⑤其他训练: 加、减、乘、除的计算练习、钱的计算、查字典、唱歌、游戏等, 均按患者的程度进行。

1.4.3 心理康复及健康教育: 由护理人员和心理治疗师完成, 帮助患者认识疾病, 了解治疗方案, 树立战胜疾病的信心。同时对家属及患者进行教育, 让家属积极参与。对于有抑郁倾向或有抑郁症的患者, 心理治疗师根据患者的不同心理障碍进行心理治疗。

1.5 疗效观察

1.5.1 评定指标: 治疗前及治疗 1 个月后采用中国康复研究中心汉语标准失语症检查法(CRRCAE)评价患者言语功能, 并予世界卫生组织生存质量测定表(WHOQOL-100)评定患者生存质量。

1.5.2 疗效评定标准: 参照中国康复研究中心评定标准及相关报道^[3], 制定疗效标准。明显改善: 单项提高 50% 以上或多项提高 30% 以上; 中度改善: 两项以上提高 20% 以上; 轻度改善: 单项提高 20% 以上; 无变化: 单项提高 20% 以下或两项以上提高 10% 以下。

单项提高率 = (疗程后平均得分 - 疗程前平均得分) / 疗程前平均得分 × 100%。

1.6 统计学分析

计量数据以均数 ± 标准差表示, 同组内治疗前后比较采用配对 t 检验。组间比较采用成组设计的 t 检验, 计数资料采用 χ^2 检验或秩和检验。

2 结果

两组治疗前后 CRRCAE 各项评分及 WHOQOL-100 评分比较见表 1。两组患者临床疗效比较见表 2。

3 讨论

脑卒中后失语是脑血管意外后的常见并发症, 由于脑部器质性损伤使原已习得的言语功能出现缺失, 表现为对言语

* 基金项目: 国家中医药管理局资助项目(04-05LP28)

1 福建中医学院附属第二人民医院, 福建福州, 350003

2 泉州市第一医院

作者简介: 陈立典, 男, 教授, 主任医师

收稿日期: 2007-05-29

表 1 两组治疗前后 CRRCAE 各项评分、WHOQOL-100 评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	中医康复单元组(n=20)		普通病房组(n=20)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
CRRCAE(分)				
听理解				
名词	17.45±11.82	28.29±13.31 ^{②④}	17.25±12.20	21.29±10.14 ^①
动词	12.01±8.71	21.41±10.19 ^{②④}	11.98±7.95	17.41±9.63 ^①
句子	7.15±3.37	10.29±5.01 ^{①③}	7.02±4.99	7.29±4.12
口头命令	4.95±1.85	8.62±2.05 ^{①③}	5.03±2.10	4.62±2.17
复述				
名词	15.56±10.76	21.12±11.27 ^{②④}	15.01±10.83	16.16±9.13
动词	12.83±10.29	17.31±10.95 ^{②④}	12.25±10.16	13.15±9.05
句子	4.95±4.76	5.68±3.36	5.01±4.86	5.03±3.79
说				
名词命名	7.05±4.19	10.11±5.14 ^{②④}	7.41±4.07	8.46±4.63
动作描述	6.45±3.57	9.07±4.01 ^{①③}	6.09±3.79	7.13±3.96
句子描述	5.49±1.22	6.05±2.04	5.03±1.82	5.98±2.34
漫画描述	0.98±0.36	1.24±0.97	0.83±0.37	1.01±0.71
水果列举	1.05±1.23	2.59±1.46	1.14±1.02	1.56±0.97
出声读				
名词	9.45±6.64	16.53±7.03 ^{①③}	9.87±7.07	12.53±6.47 ^①
动词	7.01±4.24	12.29±5.01 ^{①③}	6.93±5.60	9.71±4.26 ^①
句子	3.17±1.92	4.35±2.31	3.01±1.36	3.26±1.01
阅读				
名词	10.15±5.32	16.33±7.74 ^{①③}	10.65±6.56	10.21±5.68
动词	9.04±5.48	15.99±6.31 ^{①③}	8.95±6.49	10.03±5.34
句子	6.95±2.47	7.29±2.16	6.79±2.07	6.29±2.03
文字命令	5.03±0.97	5.92±1.32	5.40±0.82	5.01±0.99
抄写				
名词	7.95±3.89	9.93±4.14	7.46±2.41	7.93±3.26
动词	6.74±2.47	9.09±3.21	7.05±2.24	8.10±2.19
句子	3.95±1.99	4.29±2.31	3.65±1.98	3.09±1.97
描写				
名词	3.85±1.22	4.30±2.77	3.47±1.27	3.56±1.59
动词	2.85±1.09	3.30±1.41	2.59±1.39	2.31±1.02
画面	2.25±1.01	2.30±7.29	2.19±0.98	2.27±1.03
漫画	1.10±0.31	1.96±0.39	1.05±0.22	1.06±0.71
听写				
名词	3.07±1.02	4.30±1.39	3.19±1.14	3.36±1.41
动词	2.89±1.34	3.26±1.23	2.99±1.21	2.69±1.39
句子	2.01±0.97	2.31±0.87	2.07±0.87	1.98±2.04
计算	3.56±2.11	6.46±3.32	3.13±1.98	5.07±2.37
WH OQOL - 100(分)				
	62.53±6.25	72.08±8.17 ^{②④}	62.07±7.93	64.21±7.68

治疗前后比较:① $P<0.05$,② $P<0.01$;两组治疗后比:③ $P<0.05$,④ $P<0.01$

表 2 两组疗效比较 (例)

组别	例数	明显改善	中度改善	轻度改善	无变化
中医康复单元组	20	6	7	5	2
普通病房组	20	3	4	8	5

经 Ridit 分析 $P<0.05$

信号意义的理解或表达能力,不仅包括对口语的理解和表达困难,对文字的阅读和书写困难,还包括其他高级信号活动的障碍,如计算等^④。脑卒中后失语症的治疗在最近的 10 年中得到了进一步的研究,主要有针刺治疗、言语功能训练、药物治疗、计算机辅助治疗、经颅磁刺激等方法^⑤。其中针刺治疗和言语康复训练研究较多,临床疗效较好,患者易接受。综合近年的研究看来,任何一种单纯的治疗方案都不能获得较为满意的效果,因此临床上对于失语症的治疗倾向仍然是以综合治疗为主。卒中单元是指改善住院卒中患者医疗管理模式、提高疗效的系统,为卒中患者提供药物治疗、肢体康复、言语训练、心理康复和健康教育等。卒中单元不是一种疗法,而是一种病房管理系统。在这个新的病房管理体系中,应该是一种多元医疗模式,需多学科的合作^⑥。本研究观察到在脑卒中中医康复单元这一管理模式下,对脑卒中后失语症的患者,制定一整套的言语康复治疗方,采用头针治疗,并进行言语功能训练、心理康复及健康教育。结果表明中医康复单元组言语康复疗效明显优于普通病房组($P<0.05$)。

尽管有研究表明,仅用常规挽救生命的措施、药物治疗及家庭社会支持下,言语障碍也可出现某种程度的恢复^⑦。但随着康复理论的发展,更多的学者认为,自然恢复并不能替代正规的言语治疗,经系统言语治疗的患者近期与远期恢复效果都较未经治疗者好,尤其表现在远期效果上。本研究也发现,治疗后 CRRCAE 各项评分,普通病房组患者除了在听理解、出声读的名词和动词方面,较治疗前有改善($P<0.05$),其他各项评分均无显著性差异($P>0.05$)。脑卒中康复组患者在听理解各小项,复述、说、出声读、阅读的名词和动词方面,较治疗前及普通病房组有明显改善($P<0.05$ — $P<0.01$),尤其在名词、动词方面更有显著性意义($P<0.01$),而在抄写、描写、听写、计算方面,差异无显著性意义($P>0.05$)。这与个体言语能力从易到难的发展规律相一致。每个人出生后先在婴幼儿时期学会口语,此后才逐渐掌握书面语言。并且不论是学习口语还是文字,都是从单词水平逐渐向句子水平过渡的。所以口语的恢复程度大于书面语言,单词水平的恢复程度大于句子水平。以往的研究也表明^⑧,失语患者的听理解、口语表达和阅读恢复最好,时间最短;复述至第 2 个月时才开始有明显恢复(完全性失语患者除外),书写恢复最差,在第 4 个月时才有明显恢复。因此限于本研究患者的观察疗程较短,其复述、抄写、描写、听写、计算的远期疗效有待于进一步观察。

因为交流对于社会联系和融合有相当的重要性,所以人们发现交流障碍同低水平生存质量相关^⑨。患者往往会因为言语功能障碍和沟通困难对运动能力的进一步恢复失去信心,从而使运动能力的恢复困难重重,最终对患者的生存质量造成极大的影响。因此,尽早进行言语治疗,有助于提高患者的生存质量。本研究亦观察到,随着中医康复单元组患者言语功能的明显改善,其生存质量较普通病房组亦有明显的提高($P<0.01$)。

总之,卒中单元体现了对患者的人文关怀,体现了以人为本的精神,它把患者的功能预后及患者和家属的满意度作为重要的临床目标^⑩。在脑卒中中医康复单元这一管理模式下,对脑卒中后失语症的患者,形成一套系统的多学科整体治疗,并且重视患者的心理治疗和健康教育。同时在中医康复单元这一管理模式下,将中医康复方法与现代康复技术相配合,使脑卒中后失语患者的言语功能得到不同程度的恢复,从而达到减少致残率,提高患者的生存质量,使之回归家庭乃至重返社会的目的。

参考文献

- [1] 赵瑞祥.脑卒中失语症患者的功能训练[J].中国康复,2000,15(6):86—87.
- [2] 李胜利,肖兰,田鸿,等.汉语标准失语症检查法的编制与常模[J].中国康复理论与实践,2000,6(4):162—164.
- [3] 顺堂,李胜利.持续 3 个月康复治疗对失语症患者语言功能的影响[J].中国临床康复,2002,6(7):956.
- [4] 燕铁斌.现代康复治疗技术[M].广东:广东科技出版社,2004.84.
- [5] 张庆书,纪树荣.失语症治疗的研究进展[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):20—22.
- [6] 王拥军.建立卒中单元,完成卒中医疗模式的转变[J].中国康复理论与实践,2005,20(4):243.
- [7] Davis G. Survey of adult aphasia [M]. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall,1983.26—108.
- [8] 韩剑虹,朱榆红,熊静,等.脑卒中后汉语失语症病变部位及其自然恢复的初步研究[J].中国康复,2003,18(1):15—17.
- [9] Wyller TB, Sveen U, Sording KM. Subjective well-being one year after stroke[J]. Clin Rehabil,1997,11(2):139.