

药物与语言训练治疗急性脑卒中失语 126 例观察

王淑君*

(滕州市中医院, 山东 滕州 277500)

失语是急性脑卒中病人常见症状之一, 约有 30%~40% 的患者出现不同程度的语言功能障碍, 严重影响患者的思想交流, 情绪和疾病康复。我科护理人员在常规药物治疗的基础上进行语言功能训练, 取得了显著效果, 现报道如下:

1 临床资料

176 例急性脑卒中病人均为我院中风病科入院患者, 随机分为观察组 126 例, 男性 79 例, 女性 47 例, 年龄最大 83 岁, 最小 42 岁, 平均(60.05±7.80)岁, 病程平均 25 天左右, CT 确诊缺血性脑卒中 89 例, 出血性脑卒中 37 例; 中医分型, 属中脏腑 24 例, 中经络 102 例, 语言障碍程度积分为 2.16±1.03。对照组 50 例, 男性 28 例, 女性 22 例, 年龄最大 81 岁, 最小 47 岁, 平均(61.71±5.36)岁, 病程平均 22 天左右, CT 确诊缺血性脑卒中 34 例, 出血性脑卒中 16 例; 中医分型属中脏腑 15 例, 中经络 35 例, 语言障碍程度积分为 2.19±1.08, 两组在性别、年龄、病程、类型、证型及语言障碍程度积分等情况无显著差异($P>0.05$), 具可比性。

2 治疗方法

2.1 观察组 入院后常规中西药物治疗。缺血性脑卒中, 用低分子右旋糖酐 500 mL 静滴, 5% 葡萄糖 250 mL 加入复方

丹参注射液 20 mL 静滴, 1 次/d, 10 次为 1 疗程。发病 1~2 d 内, 低分子肝素钠, 5 000 u/次, 2 次/d, 皮下注射 1 周。脑水肿病人可用 20% 甘露醇 250 mL, 或者加速尿 20 mg 静推, 每日 (3~4) 次。脑出血病人, 首先用 20% 甘露醇+地塞米松 10 mg 静滴, 或加速尿 20 mg 静推, 1 次/6~8 h。控制血压可用降压药。另外, 配合能量合剂、抗生素等。中药应辨证施治, 肝阳上亢者, 用天麻钩藤饮加味; 风痰阻络可用化痰通络汤加减; 气虚血瘀可用补阳还五汤加减; 痰火闭窍用大承气汤加熄风开窍之品; 元气败脱用参附汤加味。于发病的第 10 天开始进行语言功能训练, 具体方法: 首先进行了刺激发音训练, 由护理人员反复对病人进行发音训练, 由音节、单词到词组, 简单语句, 给患者造成反复的语言刺激, 激发患者对语言的反应。训练时通过口形和声音支配或控制自己的唇舌运动练习发音, 指导患者跟读语言训练和加强言语肌肉训练, 然后, 进行复述训练。当患者能够说出简单的语句时, 则采用中心内容讨论法, 即与患者围绕主题进行语言讨论, 最后尽早采用小组治疗法, 即组织患者举行 (2~3) 次/周的小组讨论和娱乐活动。通过患者之间相互交流, 加强语言的训练效果, 同时, 要结合听力理解, 文字理解, 抄写能力, 阅读能力, 和唇舌操的训练。训练的时间一般为 (30~60) min/次, 2 次/d, 持续训练 2 个月。

2.2 对照组 中西药常规治疗同观察组, 不进行语言训练及其他疗法。

3 疗效评定标准

根据中华全国中医学会内科学会, 中风病中医诊断疗效评定标准^[1], 采用积分法评定语言功能情况, 语言表达正常为 0, 一般表达命名不能为 1 分, 说话成句表达不全为 2 分, 不能说单词、词组为 3 分, 语言不能或基本不能为 4 分, 分别评出两组治疗前后的分值, 划分为四级, 即: 痊愈、显效、有效、无效。

4 治疗结果

4.1 两组治疗前后语言功能分值变化比较 见表 1。

(下转封三)

[收稿日期] 2008-06-23

[通讯作者] * 王淑君, Tel: 13626320506

(上接第 76 页)

表 1 两组治疗前后语言功能分值变化($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
观察组	126	2.16 ± 1.03	1.33 ± 0.61 ²⁾
对照组	50	2.19 ± 1.08	1.80 ± 0.34 ^{1, 3)}

注: 与治疗前比较¹⁾ $P < 0.05$, ²⁾ $P < 0.01$; 治疗后组间比较³⁾ $P < 0.05$

4.2 临床疗效 见表 2。

表 2 两组疗效比较

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	126	19	91	12	4	96.8
对照组	50	8	29	7	6	88.0

经 Radit 分析、两组总有效率有显著性差异($P < 0.05$)。

5 讨论

语言障碍恢复最佳时间,轻度病后 2 周内,中度 6 周内,重度 10 周内^[2],因此尽快对失语病人进行语言功能的训练,是促进病人早日康复的一项重要手段。我科对 126 例急性脑卒中伴有失语的住院病人进行了语言功能训练,两个月后

的观察统计结果表明,两组在治疗前后语言功能积分变化和两组总有效率均有显著性差异($P < 0.05$),充分证明了语言功能训练的重要性和可行性。失语康复训练是一种复杂而全面的过程,其作用积极有效,训练方法多种多样,笔者认为,临床制定康复训练方案时要因人而异,详细评估病人听、说、读、写等方面的功能,根据得分确定失语的程度,结合病人的职业、家庭、兴趣爱好、方言风俗,文化程度,性格特点等确定训练的范围、起点和内容,制定针对性康复训练方案。另外训练者必须掌握一定的语训专业知识,如初步判断失语类型和程度,熟练使用失语评估表,准确记录失语康复病历等,这对于临床非专业从事失语康复训练的护理人员具有十分重要的意义。

[参考文献]

[1] 中华全国中医学会内科学会. 中风病中医诊断疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, 1(2): 56-57.

[2] 董瑞国, 高素荣. 失语和忽视的恢复[J]. 国外医学脑血管疾病分册, 2000, 8(6): 362.