

心理干预对脑卒中后吞咽障碍患者功能恢复和生活质量的效果

刘晓娟, 修晓青, 庞恒元, 鲍秋丽

[摘要] **目的:**探讨心理干预对脑卒中吞咽障碍患者的功能恢复和生活质量的效果。**方法:**将 90 例脑卒中吞咽功能障碍患者随机分为干预组和对照组,各 45 例。2 组入院后均进行神经内科常规治疗和常规干预;干预组在此基础上再进行心理干预。治疗前和治疗 1 个月分别应用洼田饮水试验、简易精神状态检查、汉密尔顿焦虑量表、生存质量评定问卷进行评定。**结果:**治疗 1 个月后,2 组吞咽功能均较干预前改善,但 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$)。2 组患者干预后简易精神状态检查评分较干预前显著升高($P < 0.01$),且干预组升高程度显著高于对照组($P < 0.01$)。2 组患者干预后汉密尔顿焦虑量表评分较干预前显著降低($P < 0.01$),且干预组降低程度显著高于对照组($P < 0.01$)。2 组患者干预后生存质量总分均较干预前显著升高($P < 0.01$)。**结论:**在吞咽功能常规治疗的同时给予心理干预,不仅能改善认知功能和心理状态,还有利于患者整体功能的恢复和生活质量的提高。

[关键词] 脑血管意外;吞咽障碍;功能恢复;生活质量;心理干预

[中图分类号] R 743.3

[文献标志码] A

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.07.051

近年急性脑卒中(包括脑出血、脑梗死、脑血栓形成及腔隙性梗死)的发病率在我国呈逐年上升趋势,病变会减弱咳嗽反射、声门关闭等清除机制,使吞咽功能下降,导致进食、饮水呛咳等吞咽障碍症状^[1]。吞咽障碍作为脑卒中的严重并发症,其发生率为 51%~73%^[2]。在吞咽障碍的患者中,有相当一部分患者会发生不同程度的心理功能障碍,它可直接影响患者吞咽功能的康复。为探讨心理干预对改善脑卒中患者吞咽障碍的临床疗效,选取我院部分患者进行干预与分析,现作报道。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2013 年 4 月至 2014 年 4 月我科 90 例脑卒中吞咽障碍早期患者,利用随机数字表,将研究对象随机分为干预组(45 例)和对照组(45 例),所有患者均已接受头部 CT 检查,符合全国第四届脑血管病学术会议制定的各类脑血管病诊断标准。纳入标准:(1)患者生命体征平稳,意识清楚,能理解并且可以执行研究人员的指导;(2)洼田饮水试验 3 级以上;(3)无明显失语;(4)自愿签署知情同意书。排除标准:(1)合并器质性病变者;(2)精神障碍者;(3)生命体征不稳定者。90 例中,男 57 例,女 33 例,年龄 50~80 岁;洼田饮水试验分级 3~5 级;汉密尔顿焦虑量表(HAMA)评分为 4~28 分;简易精神状态检查(MMSE)评分为 7~

20 分。2 组患者性别、年龄、吞咽障碍程度、心理和认知评分等一般资料均具有可比性。

1.2 干预方法 对照组给予用药指导、吞咽功能指导等常规干预治疗方法,干预组在对照组的基础上给予早期心理指导及干预,主要包括:主要采用认知性心理指导、支持性心理指导、个体化心理指导。干预组患者从入院病情稳定后即进行干预,共 3 次干预,每周 1 次,每次干预时间为 1 h,具体干预内容如下。

1.2.1 患者心理问题评估及收集 在全面收集患者主客观资料的基础上,采用交谈、观察等方式深入了解患者的心理-社会资料。具体包括:(1)患者角色,了解患者对病情的知晓、关切程度和患者角色适应情况。(2)心理状态,了解患者有无焦虑、恐惧等心理。与家属或患者本人沟通,评估患者是否存在因疼痛或担心预后、生活自理能力受限、家中角色地位改变、工作因病情受影响等而出现的焦虑、恐惧心理及其具体表现。(3)性格特征,与患者及家属沟通,评估患者是否存在性格方面的问题,尤其是是否是 C 型性格。(4)社会支持系统,了解患者的家庭成员组成,家庭经济、文化、背景、医保情况等,以及对患者疾病的关切及了解和支持程度等。通过对患者资料的全面评估和收集,了解患者的心理特征,为下一步干预提供基础。

1.2.2 认知性心理指导 对干预组患者进行统一的健康教育讲座。首先,在研究人员的引导下请各位患者谈谈个人对脑卒中以及吞咽障碍等相关疾病的认识和了解,发表自己对疾病康复的预期和愿望;其次,研究人员以“脑卒中后吞咽障碍健康知识讲座”为主题,主要从脑卒中后导致吞咽障碍的发病

[收稿日期] 2014-10-22

[作者单位] 哈尔滨医科大学附属第二医院 神经外科,黑龙江 哈尔滨 150086

[作者简介] 刘晓娟(1984-),女,护师。

机制,疾病的发生、发展、转归等方面进行疾病宣教,通过个人认识结合健康教育讲座的形式,使患者认识到积极应对和及时康复锻炼对患者肢体恢复的重要性,让患者对脑卒中后吞咽障碍有系统和正确的认识。

1.2.3 支持性心理指导 对干预组患者进行心理指导。首先认真倾听患者的诉说,研究人员以理解共情的态度,对患者予以理解和支持;通过了解患者的性格、文化程度和家庭背景,有针对性地与之沟通;安慰、鼓励和启发患者,取得患者的信任,减轻患者的心理负担。疏导患者的不良情绪,纠正患者的错误观念,缓解其抑郁、焦虑等不良情绪。同时教会家属如何稳定患者的情绪,使患者树立战胜疾病的信心,积极主动配合吞咽功能训练。必要时可适当配合药物治疗,如抗焦虑药物、抗抑郁药物。

1.2.4 个性化心理指导 通过对干预组患者的全面评估,了解患者的心理状况,针对每位患者制定一份心理问题评估报告,由研究者集体进行讨论和分析,针对每位患者的心理问题评估报告制定具有针对性的心理个性化辅导方案。经由相关的心理辅导专家对方案进行评价和修订,结合患者的真实情况,对每位患者进行个性化心理指导,达到本研究干预的最终目的。

1.3 干预评估指标 干预前和干预1个月后或出院时,由专业康复治疗师分别对2组进行洼田饮水试验、MMSE、HAMA及生存质量评定问卷评定。

1.3.1 洼田饮水试验^[3] 在常温下饮温水30 mL, I级(正常):5 s内1次饮尽,无呛咳; II级(可疑):>5 s,1次饮尽无呛咳或分多次饮尽,无呛咳; III级(轻度异常):能1次饮尽,但有呛咳; IV级(中度异常):分2次以上饮尽,且有呛咳; V级(重度异常):常呛咳,难以饮尽。

1.3.2 MMSE^[4] 采用MMSE评定认知功能,分值范围0~30分,选定17分作为界限值。

1.3.3 HAMA^[5] 采用HAMA评定焦虑状态。总分超过29分,严重焦虑;22~29分,明显焦虑;15~21分,肯定焦虑;8~14分可能焦虑;≤7分,无焦虑。分界值为14分。

1.3.4 生存质量评定问卷^[6] 采用生存质量评定问卷对患者日常生存质量做出测评,包括以下4个方面:社会功能、心理功能、躯体功能和物质功能。分别计算单项评分和生存质量总评分。

1.4 效果评价^[7] 痊愈:吞咽障碍消失,洼田饮水试验评定I级;有效:吞咽障碍明显改善,洼田饮水

试验评定II~III级;无效:吞咽障碍改善不明显,洼田饮水试验评定III级以上。

1.5 统计学方法 采用*t*检验和秩和检验。

2 结果

2.1 2组患者干预前后吞咽功能变化比较 2组患者干预后吞咽功能总有效率分别为71.11%和64.44%,差异无统计学意义($P>0.05$)(见表1)。

表1 2组患者心理干预后疗效比较(*n*)

分组	<i>n</i>	治愈	有效	无效	总有效率/%	<i>u_c</i>	<i>P</i>
干预组	45	19	13	13	71.11		
对照组	45	17	12	16	64.44	0.61	>0.05
合计	90	36	25	29	67.78		

2.2 2组患者干预前后认知和焦虑状态评分比较

2组患者干预前MMSE和HAMA评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。2组患者干预后MMSE评分均较干预前明显升高,HAMA评分均显著下降($P<0.01$),且干预组患者MMSE评分升高和HAMA评分降低程度均高于对照组($P<0.01$)(见表2)。

表2 2组干预前后MMSE和HAMA评分比较($n_i=45$; $\bar{x} \pm s$; 分)

分组	MMSE		HAMA	
	干预前	干预后($\bar{d} \pm s_d$)	干预前	干预后($\bar{d} \pm s_d$)
干预组	15.12 ± 3.80	4.26 ± 2.35**	11.58 ± 3.23	-4.24 ± 1.78**
对照组	14.93 ± 3.78	0.39 ± 0.17**	12.11 ± 3.03	-0.83 ± 0.59**
<i>t</i>	0.24	11.02	0.80	12.20
<i>P</i>	>0.05	<0.01	>0.05	<0.01

组内配对*t*检验:** $P<0.01$

2.3 2组干预前后生活质量评分比较 2组治疗前各项生活质量评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。2组患者干预后社会功能、心理功能、躯体功能、物质功能和生存质量总分均较干预前显著升高($P<0.01$),且干预组效果均明显优于对照组($P<0.01$)(见表3)。

3 讨论

脑卒中本身意味着患者身心受到双重打击,特别是脑卒中后引发吞咽障碍时,患者不仅感到身体上遭受严重创伤,心理上也会有重大的挫伤感^[8],可能造成心理障碍。心理问题的存在,不仅降低患者生活质量,还直接影响康复效果和预后。本研究构建早期心理干预方案,不仅提高了脑卒中后吞咽

表3 2组患者护理干预前后生活质量评分比较($n_i = 45$;分)

分组	社会功能	躯体功能	物质功能	心理功能	生活质量总分
干预前($\bar{x} \pm s$)					
对照组	50.10 ± 5.14	52.48 ± 6.03	52.31 ± 6.18	51.64 ± 5.94	50.37 ± 5.98
干预组	51.05 ± 5.14	51.77 ± 6.26	50.99 ± 6.54	52.58 ± 5.66	51.05 ± 6.14
<i>t</i>	0.88	0.55	0.98	0.77	0.53
<i>P</i>	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05	>0.05
干预后($\bar{d} \pm s_d$)					
对照组	9.78 ± 2.26**	6.40 ± 1.36**	5.81 ± 1.25**	7.64 ± 2.33**	9.31 ± 2.35**
干预组	17.83 ± 4.96**	17.46 ± 8.33**	25.96 ± 8.22**	17.21 ± 9.65**	17.93 ± 7.56**
<i>t</i>	9.91	8.79	16.26	6.47	7.30
<i>P</i>	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01	<0.01

组内配对 *t* 检验: ** $P < 0.01$

障碍患者的吞咽能力,并且改善了患者的认知功能、焦虑情绪,提高了生活质量。

有研究^[9]表明,抑郁不仅明显影响患者恢复过程,而且会导致进一步的脑损害,直接影响脑卒中的近期康复及预后。因此,及时发现患者的心理问题并及早进行心理干预,使患者能面对现实,对治疗充满信心,这有利于提高神经系统的调节能力,控制病情,促进患者吞咽功能的康复。孙俊等^[10]研究结果显示,实验组脑卒中后吞咽障碍伴有心理障碍的患者经心理干预后心理障碍得到显著改善,且吞咽功能恢复比常规治疗组明显提高。随着病情的好转,患者对自己病情的认识逐渐加深,心理适应能力增强,从而使心理问题得到改善和解决,更加促进吞咽功能的恢复。

心理干预是一种创造性干预模式,是现代医学模式的重要组成部分之一。作为一种安全、有效、敏感度高,符合卫生经济学的疾病辅助治疗措施,心理干预在疾病预防及治疗中的作用日益受到重视,它可以改变患者不良的心理因素,增强战胜疾病的信心^[11]。本研究结果显示,干预后2组吞咽功能均较干预前改善,但干预组总有效率与对照组差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者MMSE评分较干预前显著提升($P < 0.01$),且干预组升高程度显著高于对照组($P < 0.01$)。干预组HAMA评分较干预前显著降低($P < 0.01$),且降低程度显著高于对照组($P < 0.01$)。这说明在常规治疗的基础上进行心理早期干预,有利于脑卒中吞咽功能的恢复。此外本研究显示,心理干预1个月后,2组患者社会功能、心理功能、躯体功能、物质功能和生存质量总分均较干预前显著升高($P < 0.01$),且干预组效果均明显优于对照组($P < 0.01$),表明心理护理干预可提高脑卒中后吞咽障碍患者的生活质量。

综上所述,脑卒中后吞咽障碍患者在常规治疗的基础上增加心理干预能改善其对疾病的认知,并能够积极配合医生的治疗,从而提高治疗的有效性,改善患者吞咽功能^[12-13]。另外心理干预可消除脑卒中后吞咽障碍患者消极的心理刺激,提高机体免疫力从而更好地控制病情,减少并发症,对进一步提高患者生存质量具有良好的临床意义和社会效益。

[参 考 文 献]

- [1] 洪显钗,舒美春,留盈盈,等. 集束化护理对脑卒中吞咽功能障碍患者康复效果及生存质量的影响研究[J]. 中国全科医学,2015,18(8):950.
- [2] 吴江平,苏骅,蓝桂美,等. 前瞻性护理在脑卒中后吞咽障碍及误吸中的应用研究[J]. 护理研究,2013,27(23):2476.
- [3] 王爱丽,徐正梅. 舒适护理对126例急性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能恢复的影响[J]. 重庆医学,2014,43(16):2105.
- [4] 周士坊,范振华. 实用康复医学[M]. 南京:东南大学出版社,1998:677.
- [5] 张明园. 精神科评定量表手册[M]. 2版. 长沙:湖南科学技术出版社,1998:133.
- [6] 凌卫仙,欧小凡. 脑卒中患者吞咽障碍评估和营养支持护理体会[J]. 护士进修杂志,2013,28(12):1126.
- [7] 付伟锋,李和平. 脑卒中后吞咽障碍的康复护理[J]. 中国实用神经疾病杂志,2014,17(12):131.
- [8] 薛朝杨. 康复护理对脑卒中后吞咽障碍患者的影响[J]. 临床合理用药杂志,2014,7(1):115.
- [9] 周秀梅,梁映君,区郁岚,等. 康复训练配合中医辨证穴位按摩对社区脑卒中后吞咽障碍的护理观察[J]. 临床护理杂志,2015,14(3):26.
- [10] 孙俊,管文娟. 卒中单元护理模式对脑卒中后吞咽功能障碍患者康复的研究[J]. 临床护理杂志,2013,12(1):27.
- [11] 卢彩霞,陈淑萍. 不同冰刺激治疗方案对脑卒中后吞咽困难的影响[J]. 中华现代护理杂志,2014,20(4):376.
- [12] 蒋桂花,林强,周素萍,等. 凝固粉在脑卒中吞咽障碍患者康复护理中的效果研究[J]. 护士进修杂志,2013,28(11):969.
- [13] 苏蕾. 康复护理措施在脑卒中后吞咽功能障碍患者中的应用效果观察[J]. 临床合理用药杂志,2015,8(6):156.

(本文编辑 周洋)