

郁和焦虑出现的症状,成为缩短住院时间,早日回归社会的关键。康复治疗原则是功能训练、全面康复、重返社会。功能训练系康复的方法和手段,全面康复是康复的准则与方针,重返社会则为康复的目标和方向^[4]。它是精神分裂症一种重要的辅助治疗方法,能转移患者注意力,克服焦虑、抑郁等异常情况,亦能起到行为矫正和巩固药物疗效作用。邹建华等^[5]认为工娱治疗能促使身心机能活跃和增强其体质,有利于病理观念向正常方向转化,打破病态意志行为的习惯性。而本研究的康复治疗既具备了工娱治疗的疗效,还能促进身体和精神的放松,改善睡眠,缓解紧张的情绪,减轻心理压力。从表1中可见,患者参加康复治疗前后的抑郁和焦虑评分比较差异具有非常显著性($P<0.01$)。另外,综合康复治疗还加强了患者的肢体活动和体内新陈代谢,提高了机体对外界环境的适应能力,降低了其他疾病的发生率,促进了康复^[6]。

近几十年,随着相关领域的发展,精神分裂症的心理社会康复取得了很大的发展,不断有新的治疗方法出现,每种治疗方法对精神分裂症患者的康复均有一定的作用。为了使患者得到最大限度的康复,是否需要将各种方法进行更有效的整合、综合运用,是否需要建立康复治疗小组以达到整合治疗的目的尚需做进一步的研究和讨论^[7]。由于疾病的长期性,未来建立以患者为中心,医生、护士、心理治疗师、康复治疗师以

及患者家属共同参与的诊疗小组,系统综合运用药物治疗、认知行为治疗、心理治疗、社会技能训练等方法应该是精神分裂症康复的发展方向。

参考文献

- [1] 陈彦方.CCMD-3 相关精神障碍的治疗与护理[M].第3版.济南:山东科学技术出版社,2001.173,179.
- [2] 沈渔邨.精神病学[M].第4版.北京:人民卫生出版社,2001.392.
- [3] 陈淑清,王述彭,刘静芳.精神病护理学[M].长春:吉林省科学技术出版社,1994.119—123.
- [4] 李凌江.精神科护理学[M].第1版.北京:人民卫生出版社,2002.126.
- [5] 胡雄,王玉玲.康复期精神分裂症患者128例心理状态调查分析[J].中国民政医学杂志,1998,10(4):211.
- [6] 鲍之卿,王蜜桃,章明慧,等.住院康复期精神病患者焦虑情绪与应对方式的分析[J].中国实用护理杂志,2004,20(4):42.
- [7] 邹建华.支持性心理治疗对60例慢性精神分裂症康复治疗的研究[J].中国临床心理学杂志,1995,3(增刊):36.
- [8] 石贵凤,徐芬兰,王莉,等.作业疗法对慢性精神分裂症病人院内康复的影响[J].中华护理杂志,2006,41(2):145—146.
- [9] 沈锋,杨彦春,邓红,等.精神分裂症心理社会康复的进展[J].中国康复医学杂志,2007,22(2):185—187.

·病例报告·

纯词哑1例报告

杨朝辉¹ 刘莉¹

纯词哑(aphemia)是比较少见的言语障碍临床综合征^[1]。1887年Bastian以“言语不能”提出,后被称为纯词哑。其临床特点为起病急,不能用声音表达自己,或仅有少量构音不清和低调的口语,口语表达障碍恢复很慢。国内较少报道。本院收治1例纯词哑患者,疗效较好,报告如下。

1 一般资料

患者,女,37岁,护士,大专文化程度。因右三叉神经痛,头部MRI检查提示右三叉神经桥池段及半月节区域占位性病变,在我院脑外科行脑桥小脑脚占位探查术,术后神清、语利,但在术后第5天出现右侧肢体活动障碍、失语,术后第6—7天先后出现3次癫痫样抽搐。MRI见左大脑额、颞、顶叶水肿带,大脑纵列蛛网膜隙内短T1、长T2、flair高信号,提示蛛网膜下腔出血。病前患者无任何言语障碍,无精神刺激病史,无高血压病和癫痫病史。予相应药物治疗1周后病情稳定,开始介入言语治疗。

专科检查:神志清,对问话可用点头和手势回应,双眼球活动无受限,双侧额纹上抬对称,右眼闭合稍差,右鼻唇沟略浅,颞肌、咬肌无萎缩,右颜面痛觉减退,舌能伸出口外,未见舌肌纤颤及萎缩,右侧上肢肌力1级,下肢肌力2级,腱反射

活跃,巴宾斯基征阳性。Brunnstrom分期:右上肢I期,手I期,下肢II期;Barthel指数25分。实验室一般检查正常。

神经心理学及语言学检查:患者言语完全不能,不能发声,咳嗽声音低沉,打哈欠不能出声,但可正确理解提问,能够通过手势、书写等进行交流。记忆力、计算力、定向力正常。

失语症检查:中国康复研究中心失语症检查:命名、复述、文字声读、漫画说明严重障碍,各项名词、动词、句子检查及漫画说明的正答率均为0;听理解、文字理解的名词、动词检查的正答率为100%,句子检查的正答率为90%;描写的名词、动词正答率为100%,句子检查的正答率为90%,漫画描写为5分,语法结构基本正常但缺少复杂文字语法,抄写的名词、动词、句子检查的正答率100%;听写的名词、动词检查正答率100%,句子检查正答率90%。因为是非利手书写,书写笨拙。情绪测验(hospital anxiety and depression scale, HADS):焦虑14分,属阳性反应;抑郁16分,属阳性反应。

构音器官检查:胸式呼吸,不会深呼吸,最长呼气时间6s,能收缩嘴唇、噘嘴、鼓腮、摆舌,但运动欠协调,吹哨不能。

¹ 华中科技大学同济医学院附属协和医院康复科,武汉,430022

作者简介:杨朝辉,女,博士,副主任医师

收稿日期:2007-05-14

发“a”音口型正确但无声带震动, 可持续4s。

诊断: 纯词哑。

2 治疗方案

药物治疗: ①奥拉西坦(欧兰同)注射液 4.0g 静脉滴注, 每日1次, 选择性作用于大脑皮质, 刺激特异性海马组织神经通路, 激活、保护和修复大脑神经细胞。②苯巴比妥(鲁米那) 0.1g 口服, 每日3次, 预防癫痫发作。

言语训练: 根据患者存在的发声问题, 由易到难针对性地解决。首先进行呼吸训练和唇舌运动训练, 待患者基本掌握后再进行发音启动训练和持续发音训练。持续发音训练主要练习发“a”音, 在发音训练中患者只有口形动作而无声音发出, 经过2次课程的反复引导, 终于能出声发“a”音, 随后能低音调地说“哈哈笑”、“西瓜”等简单的字词, 语速慢, 比较费力, 发音不清, 有口颜面失用, 错误语音与靶字语音相近。根据发音不清所存在的问题进行口面与发音器官训练, 普通话矫治用语练习, 逐步过渡到朗读训练, 看图说话等练习。

高压氧治疗: 在医用多人空气加压舱内, 将压力在20—25min内逐步升至0.2MPa(2ATA), 令患者戴面罩吸入氧气浓度>95%的纯氧, 30min×2, 稳压期间摘掉面罩休息10min, 吸氧结束后给予阶段减压35min, 出舱。每日1次, 共20次。

传统针刺疗法: 取穴以患侧手足阳明经穴为主, 上肢选患侧肩髃、曲池、手三里、外关、合谷, 下肢选患侧环跳、风市、足三里、三阴交、太冲、解溪等穴, 针刺每日1次, 留针20—30min。

偏瘫肢体康复训练: 以Bobath方法为主, 配合Rood法、运动再学习方法进行肢体功能训练。

3 结果

治疗4周后言语能力检查: 能自如回答问题和交谈, 语音清晰, 带地方口音, 语速较慢; 听、复述、说、出声读、阅读、抄写、描写、听写的正答率均为100%。Brunnstrom分期: 右上肢Ⅳ期, 手Ⅲ期, 下肢Ⅴ期; Barthel指数90分。情绪测验: 焦虑10分属可疑反应、抑郁7分属阴性反应。头部CT检查: 左大脑颞顶叶片状低密度影, 诊断左大脑颞顶叶梗死。

4 讨论

纯词哑为一特殊语言障碍。临床表现为对语言信号的发音障碍, 其他语言功能均完整。自发谈话: 初期表现为哑, 以后逐渐出现口语有进步, 说话慢、费力、低声调, 电报式语言, 但有完整的文法结构, 用词正确, 以发音不清和错误为主, 错误语音与靶字语音相近。听理解正常; 复述有障碍, 表现与自发谈话障碍一致, 无随意自动分离现象。命名有障碍, 表现与自发谈话障碍一致, 无随意自动分离现象。可用书写正常命名。常见于脑血管病、脑外伤、脑肿瘤、脑炎、脑退行性变等脑损害疾病所致。病变部位多见于优势半球中央前回下部、额下回后部的皮质和皮质下。

脑部受伤后影响发音障碍的主要有: ①基底节性失语: 有语言障碍, 但自发谈话在流利型失语和非流利型失语之间, 复述相对好, 朗读好, 但对文字的理解较差。②丘脑性失

语: 特点是讲话低音调, 音量小, 有时甚似耳语, 但发音清晰, 复述相对好, 病灶在丘脑。③Broca失语: 以口语表达障碍最突出, 也有不同程度理解障碍, 对语法结构、语句理解困难, 命名困难是常伴有的症状, 书写不正常。④经皮质运动性失语: 虽有发音困难, 但不是完全不能讲话, 可有持续语言, 而且书写的障碍比口语障碍重。⑤言语失用: 所表现的构音错误通常很不稳定, 随着声音的复杂性和词语的长短而改变, 患者有意识说话时出现错误, 而无意识说话反而正确。

本文病例主要特点是: 发病急, 自发谈话及复述完全不能, 发声障碍, 朗读不能, 听理解好, 阅读理解好, 书写好。在言语恢复过程中有口颜面失用, 言语及肢体运动功能恢复较快。MRI和CT显示左大脑额、颞、顶叶水肿带, 左大脑颞顶叶片状低密度影, 符合纯词哑的特点, 因此, 诊断为纯词哑。

通常认为纯词哑的口语表达障碍恢复很慢^[2-4]。本例患者经过药物治疗、言语训练、高压氧、针灸等治疗4周, 言语功能基本恢复。疗效较好可能与以下因素有关: ①病因可能由术后水肿所致, 病变部位未累及皮质下。因为出现失语的次日MRI见左大脑额、颞、顶叶水肿带; 1个月后复查头部CT提示左大脑颞叶、顶叶片状低密度影, 颞叶未见病灶。②言语治疗及时, 方法得当。在患者发生失语、偏瘫后1周, 生命体征稳定, 病情不再进展后即开始言语训练。因患者体力不支, 前2次训练课程只进行了20min的呼吸训练和口面与发音器官练习。该患者言语训练的关键点是: 充分利用患者的理解能力、视觉途径和触觉感知能力, 引导患者发声。治疗师在治疗过程中能够仔细体查患者精神状态和情绪变化, 及时安抚患者波动的情绪, 调整训练内容和强度, 避免患者失去信心。③采用综合治疗方法。除药物治疗、言语治疗外, 患者还同时接受了高压氧、针灸、康复训练等措施。高压氧有助于减轻脑水肿, 改善血液流变性, 抑制神经细胞凋亡^[5-6]。④患者有强烈的恢复愿望, 积极配合治疗。患者是护士, 病前性格开朗, 能言善辩, 乐观向上。病后虽然几度情绪波动很大, 但调整情绪后总能积极配合言语治疗, 还能很好完成课后布置的训练内容。基于上述原因, 本例患者不仅言语能力恢复快, 右侧肢体运动功能恢复也很理想。因此对此类患者的治疗应有足够的信心, 及早开始介入综合的康复治疗措施。

参考文献

- [1] Cohen L, Benoit N, Van-Eeckhout P, et al. Pure progressive aphemia[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1993, 56(8):923.
- [2] 于增志, 姜树军. 突发性纯词哑病1例[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2000, 22(6):383.
- [3] 袁霞. 纯词哑1例报告[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2001, 27(4):315.
- [4] 高素荣主编. 失语症[M]. 第1版. 北京: 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1993:198—202.
- [5] Niklas A, Brock D, Schober R, et al. Continuous measurements of cerebral tissue oxygen pressure during hyperbaric oxygenation—HBO effects on brain edema and necrosis after severe brain trauma in rabbits [J]. J Neurol Sci, 2004, 219 (1-2): 77.
- [6] Palzur E, Vlodaysky E, Mulla H, et al. Hyperbaric oxygen therapy for reduction of secondary brain damage in head injury: an animal model of brain contusion[J]. J Neurotrauma, 2004, 21 (1):41.