

## • 临床研究 •

## 早期心理干预对老年脑卒中患者日常生活活动能力的影响

刘前, 李彬, 王元善, 高丽丽

[摘要] 目的 探索早期心理干预对老年脑卒中患者日常生活活动能力的影响。方法 120 例首次发生急性脑卒中的老年患者分为干预组和对照组, 每组各 60 例。对照组给予常规治疗, 干预组在常规治疗的基础上给予早期心理干预。于治疗前和治疗后第 2、4、12 周末采用改良 Barthel 指数( MBI) 和美国国立卫生研究院卒中量表( NIHSS) 进行评定。结果 治疗后第 4 周末和第 12 周末, 干预组的 MBI 和 NIHSS 评分较对照组改善(  $P < 0.05$  )。结论 早期心理干预能够促进老年脑卒中患者日常生活活动能力和神经功能的恢复。

[关键词] 脑卒中; 心理干预; 日常生活活动能力; 神经功能缺损

Effects of Early Psychological Intervention on Activity of Daily Living of Old Stroke Patients LIU Qian, LI Bin, WANG Yuan-shan, et al. Department of Neurology, The Haiser Hospital of Qingdao, Qingdao 266033, Shandong, China

**Abstract:** **Objective** To study the effect of psychological intervention on activity of daily living ( ADL) in old stroke patients. **Methods** 120 old stroke patients were divided into treatment group and control group, each including 60 cases. All the cases accepted routine neurological therapy and early rehabilitation training. The patients in the treatment group were additionally treated with psychological intervention. Before and 2, 4 and 12 weeks after treatment, they were assessed with modified Bathel Index ( MBI) and National Institutes of Health Stroke Scale ( NIHSS). **Results** 4 and 12 weeks after treatment, the scores of MBI and NIHSS improved more in treatment group than in control group (  $P < 0.05$  ). **Conclusion** Psychological intervention can facilitate the recovery of neural function and ADL after stroke.

**Key words:** stroke; psychological intervention; activity of daily living ( ADL ); neurological deficiency

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2008)05-0461-02

[本文著录格式] 刘前, 李彬, 王元善, 等. 早期心理干预对老年脑卒中患者日常生活活动能力的影响[ J ]. 中国康复理论与实践, 2008, 14(5): 461—462.

脑卒中是我国常见病, 多发于老年人, 致残率高。在影响老年人脑卒中预后的诸多因素中, 不良心理因素占有非常重要的位置。日常生活活动( ALD) 能力是指人们为了独立生活而必须掌握的, 每天进行的最基本的一些日常生活活动, 包括衣食住行及个人卫生等。它是康复功能评定的主要内容, 也是康复的基本对象, 评定 ADL 可作为评定治疗效果依据<sup>[1]</sup>。我院自 2005 年以来, 开展了对脑卒中患者的早期心理干预。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 2005 年 5 月~2007 年 5 月于本院神经内科住院的急性脑卒中患者 120 例, 随机分为早期心理干预组和对照组。干预组 60 例, 男 32 例, 女 28 例, 平均年龄(  $72.4 \pm 9.6$  ) 岁, 其中脑梗死 44 例, 脑出血 16 例; 对照组 60 例, 男 33 例, 女 27 例, 平均年龄(  $74.3 \pm 10.6$  ) 岁, 其中脑梗死 46 例, 脑出血 14 例。入选者年龄、性别及卒中类型差异无统计意义。

入选患者均符合以下标准: ①首次发生脑卒中的老年人( 年龄  $\geq 60$  岁); ②符合 1995 年全国第 4 届脑血

管病学术会议修订的脑血管意外诊断标准<sup>[2]</sup>, 均经头颅 CT 或 MRI 检查确诊; ③具有一定的语言理解及表达能力, 能较顺利地进行交谈, 意识清, 查体合作, 无严重精神症状、智能障碍或其他脑器质性疾病, 排除各种失语患者和不能理解交谈者; ④未合并心衰、呼衰或其他疾病急性期。

1.2 方法 所有患者均根据病情给予常规治疗, 包括控制危险因素、药物治疗( 如脑出血采用脱水降颅压、调控血压、脑保护等; 脑缺血采用抗血小板聚集、抗凝、改善循环等) 及早期肢体康复训练、针灸等。干预组在常规治疗的基础上, 在入院后 1 周内开始进行心理干预。

首先为患者提供安静舒适的病房环境; 医生态度和蔼, 对患者及家属耐心亲切, 保持良好的医患关系。由专业人员询问患者的病情, 了解患者存在的心理问题, 针对患者的不同情况, 制定心理干预方案。根据脑卒中患者康复过程中心理分期的特点给予心理治疗: ①震惊期: 注意患者感情变化, 采用解释、安慰的支持疗法, 根据病情给予少量镇静剂; ②否认期: 常采用行为治疗和认知行为疗法, 鼓励患者积极参加康复训练, 避免过早告知患者不良后遗症, 嘱其“顺其自然”; ③抑

郁期:以支持治疗为主,包括:支持与鼓励,让患者了解医生会支持、帮助他去应对困难,使患者恢复信心;细心倾听,让患者有机会倾诉内心的痛苦,减少心理负担;说明与指导,为患者提供正确的知识,经说明与指导,改善患者的观念,养成较合理的适应方式;控制与训练,给予患者适当的约束以改善其行为;改善处世态度;改变外在环境:使患者更容易生活且适应下去;防止自杀,症状明显者可应用药物治疗;④反对独立期:鼓励患者通过锻炼减少脑卒中后的并发症,克服依赖心理;⑤适应期:以行为治疗和认知行为疗法为主,帮助患者巩固疗效。心理干预每周 1 次,每次不少于 30 min,疗程 4 周,如患者在此期间出院,在患者家中继续进行,至疗程结束。

1.3 评定方法 两组患者于治疗前和治疗后第 2、4、12 周末采用修订的 Bathel 指数(modified Bathel Index, MBI)<sup>[3]</sup>和美国国立卫生研究院卒中量表(National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)<sup>[3]</sup>进行评定。

1.4 统计学方法 结果以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 SPSS 10.0 统计软件进行 *t* 检验, *P* < 0.05 为有显著性差异。

2 结果

治疗前两组患者 NIHSS 和 MBI 评分均无显著性差异。治疗后各阶段,两组 NIHSS 评分与前次评分比较均下降,MBI 评分上升。

治疗后第 2 周末,两组间 MBI 与 NIHSS 评分无显著性差异(*P* > 0.05)。治疗第 4 周(*t* = 2.006, *P* < 0.05)和第 12 周末(*t* = 3.303, *P* < 0.01),干预组的 MBI 高于对照组,NIHSS 评分低于对照组(*t* = 2.305, *P* < 0.05; *t* = 3.914, *P* < 0.01)。见表 1。

3 讨论

目前脑卒中的发病率呈上升趋势,已成为老年人致残的主要因素<sup>[4]</sup>。研究表明,不良的心理因素(如卒中后抑郁)是妨碍脑卒中后神经功能恢复的重要原因<sup>[5-6]</sup>。近年来,脑卒中后的心理康复渐渐受到临床医生的认可和重视。

脑卒中后心理过程可大致分为 5 期:震惊期、否认

期、抑郁期、反对独立期和适应期。本研究根据不同时期的特点制定心理干预方案。研究发现,发病初期心理干预组患者的日常生活活动能力和神经功能康复较对照组无明显改善,而在长期随访中发现,干预组患者的 ADL 较对照组明显提高。其原因可能为:发病早期,患者脑损伤、水肿、有毒物质释放及远隔功能抑制等影响了神经功能康复,心理治疗需要足够的疗程,患者适用新的环境以及新的行为方式的建立需要一段时间<sup>[7]</sup>。

早期心理干预在老年脑卒中患者康复过程中的作用主要有以下方面:①早期心理干预使患者能够面对现实,改善不良的心态,建立治疗信心,增强对治疗的依从性,培养早期自我肢体康复的主动性;②早期心理干预能帮助患者尽早建立正确的运动模式,良好的心理状态可促进患者肢体功能训练。

表 1 两组患者治疗前后 MBI、NIHSS 比较

组别	n	时间	MBI	NIHSS
干预组	60	治疗前	45.1 ± 16.7	19.6 ± 5.1
		2 周	51.5 ± 16.1	15.8 ± 4.1
		4 周	58.2 ± 14.3 <sup>a</sup>	12.2 ± 3.9 <sup>a</sup>
		12 周	62.9 ± 15.3 <sup>b</sup>	10.1 ± 4.3 <sup>b</sup>
对照组	60	治疗前	44.5 ± 15.9	18.5 ± 4.5
		2 周	49.7 ± 15.3	15.6 ± 3.4
		4 周	53.1 ± 13.5	13.8 ± 3.7
		12 周	55.2 ± 14.5	12.9 ± 3.8

注:与对照组比较,a:*P* < 0.05,b:*p* < 0.01。

[参考文献]

[1]朱镛连.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2001:151-153.  
[2]全国第四届脑血管病学术会议.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,12(6):375-380.  
[3]缪鸿石,朱镛连.脑卒中的康复评定和治疗[M].北京:华夏出版社,1996:69-87.  
[4]张建.中国老年卫生服务指南[M].北京:华夏出版社,2004:7-9.  
[5]郭元春,王长娥,黄玮.社区脑卒中患者负性情绪对日常生活活动能力的影响[J].中国临床康复,2004,8(7):1237.  
[6]张长青,方向华.卒中后抑郁流行病学研究现状[J].中华神经科杂志,2006,39(1):63-65.  
[7]Berg A,Palomaki H,Lehtihalmes M,et al.Poststroke depression: an 18-month follow-up[J].Stroke,2003,34(1):138-143.

(收稿日期:2007-12-31)