

心理疏导联合松静诱导训练对截瘫患者焦虑情绪及睡眠质量的影响

常秀芹 陈秀梅

唐山师范学院教育学院心理咨询教研室,唐山 063000

通信作者:常秀芹,Email:tschangxq@126.com

基金项目:河北省社会科学基金项目(HB16JY073)

DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2019.02.016

焦虑情绪属于人类的正常生理反应,但如果焦虑情绪长期积累及反应过度敏感或激烈,就可能发展为焦虑症。焦虑症患者往往以焦虑情绪体验为主要特征,伴有明显的自主神经功能紊乱及运动性不安,并且还常伴有主观痛苦感或社会功能受损现象,严重危害患者生活质量^[1-2]。李妍等^[3]在报道中指出,焦虑情绪受制于机体交感和副交感神经的均衡调节,其发病多与受到挫折打击或因不满情绪等致使精神不良有关,而且焦虑症在外界刺激等因素影响下复发率也较高,如何改善焦虑症患者身心健康及生活质量,已成为当前研究热点之一。基于此,本课题组通过对唐山大地震致截瘫伴焦虑症患者情绪进行跟踪观察,发现心理疏导联合松静诱导训练能明显改善患者焦虑情绪及睡眠质量,有利于病情康复。现报道如下。

一、对象与方法

选取 2017 年 9 月至 2017 年 12 月期间在河北省唐山市截瘫疗养院居住的截瘫伴焦虑症患者 26 例作为研究对象,年龄 53~81 周岁,焦虑症病程 3~12 个月。患者入选标准包括:①患者截瘫原因均为 1976 年唐山大地震所致;②参照《中国精神障碍分类方案与诊断标准》^[4]中焦虑症诊断标准,入选患者汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分为 14~29 分,病情属于轻中度,且蒙特利尔认知评估量表(Montreal cognitive assessment, MoCA)^[5]评分 ≥ 24 分,均无明显认知功能障碍;③病程 ≥ 3 个月,病情稳定,属慢性焦虑即广泛性焦虑症患者;④患者主观上愿意接受且能身体力行配合相关治疗干预。患者排除标准包括:①有人格障碍、疾病急性发作、重度焦虑症或合并其他精神疾病等;②有耳聋或伴有其它严重器质性疾病等;③因各种原因不便参加实践治疗等。采用随机数字表法把上述患者分为观察组及对照组,每组 13 例。2 组患者一般资料情况(详见表 1)经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 入选时 2 组焦虑症患者一般资料情况比较

组别	例数	性别		年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (月, $\bar{x}\pm s$)	HAMA 评分 (分, $\bar{x}\pm s$)
		男	女			
对照组	13	8	5	65.2 \pm 7.2	7.3 \pm 3.6	23.2 \pm 5.1
观察组	13	7	6	64.9 \pm 7.4	7.6 \pm 4.1	23.4 \pm 4.7

组别	例数	MoCA 评分 (分, $\bar{x}\pm s$)	病情程度 (例)		截瘫情况 (例)		配偶情况 (例)	
			轻度	中度	双腿截	单腿截	有	无
对照组	13	25.7 \pm 2.4	8	5	1	12	5	8
观察组	13	25.5 \pm 2.2	7	6	2	11	4	9

对照组患者由专业心理辅导人员对其进行心理疏导,治疗初期以心理支持疗法为主,采用解释、鼓励、安慰及保证等方法取得患者信任,要求医者首先通过引导方式与患者进行交流,交流过程中以倾听为主,挖病因、抓根源;心理疏导中后期以认知疏导、叙事疗法、情感疏导及沙盘疗法为主,在患者宣泄、释放情绪过程中对其进行情感梳理和认知重建,促使患者逐步纠正错误认知,调整其应对情绪变化的自我控制能力,并逐步消除悲观情绪进而树立乐观向上的生活信念。上述心理疏导治疗每周 2~3 次,每次持续约 30 min,共连续治疗 8 周。

观察组患者在对照组心理疏导基础上辅以松静诱导训练,首先为每位患者提供 1 张包含训练背景音乐及训练过程提示音的光盘,时长约 25 min,并由专业人员指导患者进行诱导放松训练 2~3 次,使患者能熟练掌握放松训练要点及方法;然后让患者在其个人房间内自我训练,训练时保持环境安静、洁净、温馨,患者取仰卧位或半卧位,两眼微闭,在舒缓背景音乐及放松提示音引导下患者全身放松,首先提示患者放松手指并将注意力集中于手指部位,稍后再依次提示双臂、肩部、躯干、颈部及头部放松等,并引导患者放松意念;然后引导患者将注意力集中于丹田附近,并缓慢进行腹式呼吸 15 次左右,再提示患者将注意力集中于下腹部,以引导患者进入意念完全放松状态;最后通过舒缓、优美背景音乐伴奏引导其进入身心放松的无意识想象状态甚至睡眠状态,训练提示音在治疗 25 min 后自动关闭,如患者进入睡眠状态则不再唤醒。上述松静诱导训练每晚睡前练习 1 次,每次持续 25 min,共持续治疗 8 周。

于入选时及治疗后第 9 周时对 2 组患者进行疗效评定,采用 HAMA 量表评定 2 组患者焦虑症状程度,该量表评定内容共包括 14 项指标,每项指标采用 5 级评分法(计 0~4 分),如总分 ≥ 29 分为严重焦虑, ≥ 21 分为明显焦虑, ≥ 14 分为有焦虑, ≥ 7 分为可能有焦虑, < 7 分为无焦虑症状^[6];采用 HAMA 量表评分减分率进行疗效(焦虑症状)评定,减分率(%)=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$,如 HAMA 减分率 $\geq 75\%$ 为治愈, $\geq 50\%$ 为显效, $\geq 25\%$ 为有效, $< 25\%$ 为无效^[7]。采用 SPIEGEL 睡眠质量表检测 2 组患者睡眠质量情况,该量表评定内容包括入睡时间、夜醒次数、做梦情况、睡眠深度、总睡眠时间和醒后感觉共 6 项指标,每项指标采用 5 级评分法(分别计 0, 1, 3, 5, 7 分),总分范围 0~42 分,得分越高表示患者失眠症状越明显^[8];采用临床症状评定与 SPIEGEL 评分减分率相结合方式进行疗效(睡眠质量)评定, SPIEGEL 评分减分率=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分 $\times 100\%$;如患者症状完全或基

本消失且 SPIEGEL 减分率 $\geq 80\%$ 为治愈;症状基本消失且减分率 $\geq 50\%$ 为显效;症状有改善或部分症状改善且减分率 $\geq 30\%$ 为有效;症状无变化或加重或减分率 $< 30\%$ 为无效^[9]。

本研究所得计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 SPSS 17.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

二、结果

入选时 2 组患者 HAMA 及 SPIEGEL 评分组间差异均无统计学意义 ($P > 0.05$); 经 8 周干预后 2 组患者 HAMA 及 SPIEGEL 评分均较治疗前明显改善 (均 $P < 0.05$), 且观察组患者 HAMA 及 SPIEGEL 评分改善幅度均显著优于对照组水平, 组间差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。通过对 2 组患者临床疗效进行比较, 发现治疗后 2 组患者焦虑症状总有效率组间差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 但观察组睡眠质量总有效率明显优于对照组 ($P < 0.05$); 从总显效率分析, 发现观察组焦虑症状及睡眠质量总显效率均显著优于对照组水平 ($P < 0.05$)。具体数据见表 2、表 3。

表 2 治疗前、后 2 组患者焦虑症状改善情况比较

组别	例数	HAMA 评分(分, $\bar{x} \pm s$)		临床疗效[例(%)]	
		治疗前	治疗后	治愈	显效
对照组	13	23.2 \pm 5.1	19.1 \pm 4.6 ^a	2(15.4)	4(30.8)
观察组	13	23.4 \pm 4.7	17.4 \pm 4.2 ^{ab}	3(23.1)	5(38.5)
组别	例数	临床疗效[例(%)]			
		有效	无效	总显效	总有效
对照组	13	5(38.5)	2(15.2)	6(46.2)	11(84.6)
观察组	13	4(30.8)	1(7.7)	8(61.5) ^b	12(92.3)

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同指标比较,^b $P < 0.05$

表 3 治疗前、后 2 组患者睡眠质量改善情况比较

组别	例数	SPIEGEL 评分(分, $\bar{x} \pm s$)		临床疗效[例(%)]	
		治疗前	治疗后	治愈	显效
对照组	13	26.7 \pm 6.1	19.5 \pm 4.1 ^a	2(15.4)	3(23.1)
观察组	13	27.1 \pm 6.3	10.4 \pm 3.7 ^{ab}	4(30.8)	5(38.5)
组别	例数	临床疗效[例(%)]			
		有效	无效	总显效	总有效
对照组	13	6(46.2)	2(15.2)	5(38.5)	11(84.6)
观察组	13	4(30.8)	0(0)	9(69.2) ^b	13(100.0) ^b

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组相同指标比较,^b $P < 0.05$

三、讨论

焦虑症又称焦虑性神经症,是临床上最常见的神经症类疾病。目前该症病因尚未明确,可能与遗传、个性特点、认知过程或不良事件等因素有关;而认知过程或思维态度在心理疾病形成中具有极其重要的作用,并且在发生应激事件时有可能出现心理障碍。焦虑症有慢性和急性之分, Yang 等^[10]指出,对于病情稳定且不严重的慢性焦虑症患者不建议采用药物治疗,如长期口服药物难免会给患者带来较大身心负担,而心理疏导疗法被公认为是安全、有效治疗手段之一。心理疏导疗法以语言作为基本治疗工具,通过对患者心理障碍或不愉快心理体验进行疏通、引导,促使患者对医者产生信任感,进而建立良好的信息转换及反馈渠道,依靠疏导及反馈的良性互动对患者进行心理干预。本课题组研究结果显示,入选患者均为 1976 年唐山大地震所致截瘫患者,已历经 40 余年坎坷锤炼,致使其目前产生焦虑病症的原因既与截瘫病患折磨有关,又与其随着年龄增长担心连累家人、同时又对家人产生依赖的矛盾失落心理有关,心

理理想应是其发病的主导因素。所以本研究对照组患者给予 8 周心理疏导治疗,发现治疗后患者焦虑程度及睡眠质量均较治疗前明显改善,这应与心理疏导干预治疗作用有关。

放松训练是调节人体身心状态的重要手段之一。有研究指出,放松训练能消除人体紧张情绪,通过调整身心、放松肌肉,可使机体整体活动水平降低,促使机体内环境保持平衡、稳定及达到身心放松目的^[11];云鑫等^[12]也在报道中指出,放松训练可分散患者注意力,有利于缓解交感神经紧张及增强副交感神经兴奋性,可使患者在生理、心理及情绪等多个方面得到放松,从而抑制不良症状产生。本研究观察组患者在心理疏导基础上辅以松静诱导训练,经 8 周治疗后发现该组患者焦虑症状、睡眠质量改善情况均明显优于对照组,这应得益于松静诱导训练与心理疏导干预的协同治疗作用。如相关报道指出,松静锻炼具有调神、调身、调息协同作用,能发挥宁心安神、协调脏腑、调和气血、畅通人体血脉等功效,对以焦虑或抑郁情绪为主的神经官能症患者具有明显疗效^[13-14]。众所周知,焦虑患者往往伴有睡眠障碍,一方面焦虑可导致睡眠障碍,另一方面睡眠障碍又能加重焦虑病情,从而形成恶性循环;而松静诱导训练是一种诱导睡眠、平和心态的常见手段,尤其在优美音乐或特定背景音引导下,能促使机体神志趋于无意识想象的宁静状态,如同患者自身所需要或所希望的那样,身处某种优美或静谧的环境中,以达到平和心态、放松情绪的效果,对提高睡眠质量、尤其是入睡速度具有重要作用;同时还能协助患者在治疗过程中达到生理、心理及情志整合,有利于消除心理障碍、加速病情康复^[15]。

综上所述,本研究结果表明,在心理疏导基础上同时辅以松静诱导训练治疗焦虑症患者具有协同作用,能进一步促使患者平和心态、减轻焦虑,同时还能显著改善患者睡眠质量,有利于缓解焦虑症患者病情及提高生活质量。

致谢 本研究得到唐山市截瘫疗养院工作人员大力支持,在此表示感谢

参 考 文 献

- [1] 刘洋,李华南,张玮,等.非药物治疗广泛性焦虑症的研究进展[J].时珍国医国药,2016,27(11):2722-2724. DOI:10.3969/j.issn.1008-0805.2016.11.064.
- [2] 李春波,吴文源,何康梅,等.焦虑症患者心理生理学反应研究[J].中国心理卫生杂志,2000,14(5):337-340. DOI:10.3321/j.issn:1000-6729.2000.05.022.
- [3] 李妍,杨涛,周海涛,等.长期太极拳锻炼在老年焦虑症治愈者巩固治疗中的效果评价[J].中国老年学杂志,2017,37(8):1992-1994. DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2017.08.075.
- [4] 中华医学会精神科分会.中国精神障碍分类方案与诊断标准[M].3版.山东:科学技术出版社,2001:87-88.
- [5] Nasreddine ZS, Phillips NA, Bedirian V. The Montreal cognitive assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment [J]. Am Geriatr Soc, 2005, 53(4): 695-699. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- [6] 杨君建,徐季果.松弛训练治疗中青年女性焦虑症患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(3):220-221. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2013.03.017.
- [7] 潘子彦,黄峰,许荣梅.心理疏导法并耳穴刺激治疗老年焦虑症的疗效[J].中国老年学杂志,2017,37(22):5666-5667. DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2017.22.083.

[8] 张剑,陈金堂.太极拳联合穴位按揉治疗老年慢性失眠患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(12):944-946.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.012.015.

[9] 张丽丽.肢体功能训练并耳穴贴压对失眠中老年人睡眠质量的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(15):3831-3832.DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2017.15.085.

[10] Yang WL,Zhai F,Gao YM,et al.Collective rehabilitation training conductive to improve psychotherapy of college students with anxiety disorder[J].Int J Clin Exp Med,2015,8(6):9949-9954.

[11] 巴义然.健身锻炼联合放松训练治疗广泛性焦虑症老年患者的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(4):309-310.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2018.04.017.

[12] 云鑫.放松训练对乳腺癌术后患者化疗期间焦虑及不适反应的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2014,36(12):944-945.DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2014.012.014.

[13] 谢菲,刘蕾.静松功结合有氧运动对糖尿病伴焦虑与抑郁情绪患者的影响[J].现代临床护理,2011,10(8):24-26.DOI:10.3969/j.issn.1671-8283.2011.08.011.

[14] 李浩.松静训练治疗老年焦虑症患者的疗效[J].中国老年学杂志,2014,33(19):5581-5582.DOI:10.3969/j.issn.1005-9202.2014.19.126.

[15] 李玉霞.放松训练对抑郁与抑郁焦虑共病者的影响[J].现代预防医学,2011,38(14):2767-2770.DOI:1003-8507(2011)14-2767-04.

(修回日期:2018-12-13)
(本文编辑:易浩)

腕手矫形器对早期脑卒中患者上肢及手功能的影响

李辉 史岩 傅建明 劳方金 顾旭东 何雯雯 林在龙
 嘉兴市第二医院康复医学中心 314000
 通信作者:李辉,Email:KFYX12JX@163.com
 DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2019.02.017

脑卒中是临床上的常见病,多发病,是导致死亡和残疾的原因之一。据统计约 70%~80% 的脑卒中患者伴有不同程度的上肢运动功能障碍和手功能障碍^[1-2]。脑卒中患者由于大脑皮质损伤,很难保持正常姿势,手功能障碍患者常伴随有关节变形、肿胀等各种并发症^[3]。近年来,腕手矫形器逐渐被应用到脑卒中的康复治疗中,根据病情选择合适的矫形器是辅助治疗脑卒中患者手功能康复的关键。有研究报道,早期使用矫形器有利于运动疗法的实施,是手功能恢复的辅助治疗手段,对提高患者整体康复具有重要意义^[4]。

一、对象与方法

(一)研究对象

入选标准:①符合第 4 次全国脑血管病学术会议制订的脑卒中诊断标准^[5],经头颅 CT 或 MRI 检查明确诊断;②首次脑梗死或脑出血后;③生命体征稳定,意识清楚,可服从指导;④单侧肢体偏瘫,患者手 Brunnstrom 分期为 I-II 期;⑤病程在 6 周以内,血压控制在正常范围,无心肌梗死、心绞痛等发作史,心功能良好,无其他限制活动的合并症。所有入选患者均签署知情同意书。

选取 2015 年 11 月至 2017 年 1 月在我院康复医学中心住院治疗并符合上述标准的脑卒中偏瘫患者 60 例,采用随机数字表法将 60 例脑卒中患者分为治疗组和对照组,每组 30 例。2 组患者性别、年龄、病程、偏瘫侧别及脑卒中类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性,详见表 1。

(二)治疗方法

两组患者均采用常规康复训练。具体包括:被动关节活动度训练,早期诱发手指功能训练^[6],利用视、听、触、痛、温等多种感觉输入,引出上肢、手的随意运动。训练肩、肘、手各关节做平面的组合运动,然后逐步将重点转移到单关节运动控制训练;患侧肢体良肢位摆放、体位转换,平衡功能训练,躯干核心

表 1 2 组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		偏瘫侧(例)	
		男	女	左	右
治疗组	30	18	12	19	11
对照组	30	17	13	18	12

组别	例数	年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	病程 (d, $\bar{x}\pm s$)	分类(例)	
				脑出血	脑梗死
治疗组	30	60.5±11.3	18.3±7.2	10	20
对照组	30	59.7±10.4	17.8±6.2	12	18

肌群训练,物理因子治疗及作业治疗。上述治疗每日 2 次,每周治疗 5 d,共持续治疗 8 周。

治疗组在此基础上佩戴自制腕手矫形器,严格规定佩戴时间,每日应有合理的间歇时间。矫形器制作过程如下:模拟徒手测量,确定手掌、前臂宽度,手指长度,掌横纹、腕横纹位置,中指中线,拇指开口位置,画图取样,将低温热塑根据患肢剪裁成合适的长宽比。制作时将低温热塑板置于 65° 的恒温水箱中约 3~5 min,待其完全软化后取出,附于患者腕手部进行肢体塑形,约 5~8 min,低温热塑板恢复成加热前的白色和硬度,即可取下。腕手部肢体塑形要求:保持伸腕约 20°~25°,拇指保持对掌外展位,伴有约 10° 的尺侧倾斜,掌指关节屈曲 30°~45°,近侧指间关节屈曲 60°~80°,远端指间关节轻度屈曲约 10°~15°。腕手矫形器佩戴前达到生理对线、无偏离中线、无过度的屈曲、伸展以及不合理的角度,腕手部位所承受的压力均匀合理,整体与手腕曲线服帖、边缘及骨突等压力点处理得当,不影响肘关节活动,患者穿戴方便。在肩、肘关节各体位下的康复训练时由治疗师根据腕手的情况调整搭扣的松紧程度,调试,直至患者腕手保持、固定在功能位。每晚及手功能康复治疗结束后均由一位医生或护士负责检查佩戴情况,确保腕手矫形器正确使用。每日手功能康复治疗结束后佩戴 1 h,肩、肘关节功能训