

· 临床研究 ·

心理干预治疗脊髓损伤后神经源性膀胱的疗效观察

何予工 宋斌

【摘要】目的 观察心理干预对脊髓损伤(SCI)后神经源性膀胱的患者的疗效。**方法** 将 60 例 SCI 后神经源性膀胱的患者按随机数字表法分为治疗组(30 例)和对照组(30 例)。2 组患者均给予常规的膀胱功能训练,治疗组在常规训练的基础上增加心理干预。2 组患者均于治疗前和治疗 8 周后检测膀胱容量、最大排尿量、残余尿量、日排尿次数等指标,同时采用 7 级日常生活质量评分和国际下尿路症状(LUTS)评分进行疗效评定。**结果** 治疗 8 周后,2 组患者的膀胱容量、最大排尿量、日排尿次数和残余尿量均显著改善($P < 0.05$),且治疗组上述各项指标较对照组改善更为显著,组间差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 8 周后,治疗组的生活质量评分和 LUTS 评分分别为(1.75 ± 0.86)分和(14.60 ± 8.87)分,与组内治疗前和对照组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 在常规膀胱功能训练的基础上联合心理干预治疗,可显著改善 SCI 后神经源性膀胱的排尿功能,提高患者的生活质量。

【关键词】 脊髓损伤, 神经源性膀胱; 心理干预

神经源性膀胱是脊髓损伤(spinal cord injury, SCI)后主要的合并症之一,其主要表现是排尿功能障碍以及下尿路贮尿^[1]。研究资料表明,对于神经源性膀胱患者膀胱储尿和排尿功能障碍的治疗方案的选择,是影响患者寿命和生活质量的主要因素^[2]。目前,对于神经源性膀胱的治疗方法很多,包括手术治疗、药物治疗、康复训练、磁刺激疗法和生物反馈电刺激疗法等,这些方法在应用过程中虽然取得了一定的疗效,但均难以使神经源性膀胱功能完全恢复。有研究报道,SCI 常会导致患者出现情绪低落、悲观失望、焦虑、抑郁等心理反应,甚至会放弃治疗、严重者有自杀倾向或行为^[3-4];而临床治疗往往只针对患者进行功能方面的康复,很少关注患者的心理问题。本研究在常规的膀胱功能训练的基础上增加心理干预对 SCI 后神经源性膀胱患者进行治疗,旨在观察心理干预对 SCI 后神经源性膀胱患者膀胱功能恢复的影响。

对象与方法

一、研究对象

纳入标准:①符合美国脊髓损伤协会(American Spinal Injury Association, ASIA)2000 年发布的《脊髓损伤神经学分类国际标准》中的 SCI 诊断标准^[5],并经脊髓的磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)或 CT 检查证实;②患者均经尿动力学检查提示存在逼尿肌反射亢进、逼尿肌无力或逼尿肌与尿道括约肌不协同收缩等异常,诊断为神经源性膀胱;③病情稳定,脊髓休克期已过;④骶髓节段以上损伤的 SCI 患者;⑤签署知情同意书。

排除标准:①存在严重认知功能障碍^[6],不能配合治疗者;②合并严重的心、脑、肺、肾等疾病;③有全身或泌尿系感染;④已经行膀胱造瘘术、尿道前括约肌切开术者。

选取 2012 年 8 月至 2013 年 8 月本院康复医学科住院治疗且符合上述标准的 SCI 后神经源性膀胱患者 60 例,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 30 例,治疗组中,男 17 例,女

13 例;年龄 16 ~ 57 岁,平均(38.5 ± 8.2)岁;病程为 25 ~ 135 d,平均(32.4 ± 13.7) d;其中,颈髓损伤 3 例,胸髓损伤 15 例,腰髓损伤 12 例;尿失禁 17 例,尿潴留 13 例。对照组中,男 18 例,女 12 例;年龄 21 ~ 63 岁,平均(40.1 ± 9.8)岁;病程 34 ~ 156 d,平均(43.0 ± 14.3) d;其中,颈髓损伤 4 例,胸髓损伤 14 例,腰髓损伤 12 例;尿失禁 15 例,尿潴留 15 例。2 组患者在年龄、性别、病程、脊髓损伤平面和膀胱类型等方面经统计学分析,差异无统计学意义($P > 0.05$),详见表 1。

表 1 2 组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)
		男	女		
治疗组	30	17	13	38.5 $\pm$ 8.2	32.4 $\pm$ 13.7
对照组	30	18	12	40.1 $\pm$ 9.8	43.0 $\pm$ 14.3

组别	例数	脊髓损伤平面(例)			膀胱类型(例)	
		颈髓	胸髓	腰髓	尿失禁	尿潴留
治疗组	30	3	15	12	17	13
对照组	30	4	14	12	15	15

二、治疗方法

对照组给予常规的膀胱功能干预,包括间歇导尿、手法排尿、生物反馈电刺激治疗等方法,治疗组在常规膀胱功能干预的基础上增加心理治疗。

1. 间歇导尿:患者在间歇导尿期间应严格执行饮水计划,定时定量喝水、定时排尿,每日饮水量控制在平均每 2 h 饮水 200 ~ 250 ml。导尿次数依据患者的膀胱残余尿量而定,如 2 次导尿间歇能自动排出 > 100 ml,且残余尿量 > 300 ml,可每 6 h 导尿 1 次;2 次导尿间歇能自动排出 > 200 ml,且残余尿量 > 200 ml,可改为 8 h 导尿 1 次;如残余尿量在 100 ~ 200 ml 时,可导尿每日 1 ~ 2 次;当残余尿量 < 100 ml 时,可终止导尿^[7]。此法适用于逼尿肌无力或力量较弱的尿潴留患者。

2. 逼尿肌反射诱发排尿:通过轻轻叩击耻骨上区、拍打大腿内侧、牵拉阴毛、挤压阴蒂或龟头等方法,寻找反射性排尿扳机点^[8]等诱发患者排尿,排尿前反复进行 3 ~ 5 min,每日 4 ~ 6 次,连续治疗 8 周。上述方法适用于骶髓以上损伤,但逼尿肌反射存在的患者。

3. 手法排尿:采用 Crede 手法,即让患者把双手拇指放在髂嵴处,其余手指置于下腹膀胱区,用力向骨盆方向加压,动作缓慢柔和,同时嘱患者增加腹压促进尿液排出^[9];采用 Valsalva 屏气法,即患者取坐位,前倾身体,屏住呼吸 10~12 s,腹部加压,用力向下做排便动作促进尿液排出,每日 4~6 次,连续治疗 8 周。上述两种方法适合逼尿肌无反射而尿道括约肌无痉挛的尿潴留患者。

4. 生物反馈电刺激治疗:选用法国 Phenix-USB4 型神经肌肉生物反馈治疗仪,频率 10~50 Hz 可调、双向不对称方波,脉宽 200 μ s,刺激 5 s,休息 5 s,电流强度根据患者的耐受程度进行调节。治疗时,患者仰卧位,治疗部位常规消毒,将治疗棒置于直肠(男性或未婚女性)/阴道(已婚女性)内 5~7 cm,打开开关,开始调节电流强度按钮,从小到大逐渐调至患者最大耐受程度,治疗棒为个人专用,使用前、后均严格消毒,每日治疗 1 次,每次 30 min,每周治疗 6 d,连续治疗 8 周。

5. 心理干预:该项治疗均由受过专业培训的精神心理科医师进行,治疗过程均选择在安静、舒适的环境中,每周 2~3 次,每次 45 min,共治疗 8 周。①认知治疗——指导患者正确认识自己的病情,改变患者对残疾和生活各种不正确的态度,矫正患者自暴自弃的消极思想,学习正确的观念以及接受积极的应对方式,治疗手段包括合理宣泄情绪、自我指导训练、应对技巧处理等相关技术。②支持性心理治疗——和患者建立良好的医患关系,取得患者的信任,对患者的不幸和目前的心理状况给予充分的同情和理解,鼓励患者说出内心的想法,对患者所提出的问题进行认真细致的回答,让患者真正感受到支持和关爱。③情绪宣泄心理治疗——让患者尽可能地说出自己的心理矛盾和痛苦,将潜意识心理冲突及担心和恐惧事件挖掘出来,从而缓解患者的心理压力,达到心理治疗目的。治疗过程中,医师要鼓励脊髓损伤患者尽力表达自己的内心痛苦,不要控制自己的真实情感,此时医师只需对患者心理痛苦和困扰给予充分的理解和同情。此方法适用于不愿与他人沟通交流的患者。④行为疗法——按照一定的程序对患者进行有计划的行为矫正,对于有焦虑、暴躁、情绪紧张的患者进行放松训练,对康复治疗消极的患者采用正强化训练。⑤家属辅助治疗——根据“家庭系统理论”认为,患者发生变化时家庭成员也必定出现变化。应向患者家属解释说明患者目前存在的问题和可能遇到的困难及预后情况,取得家属的配合,并鼓励家属去帮助患者适应面对困难,给予患者心理、身体方面的关怀。⑥小组治疗——通过组织集体活动,将病情相似的患者安排在一起接受治疗,让患者和恢复较好的患者进行交流,帮助其树立战胜疾病的信心。

三、评价指标

2 组患者均于治疗前和治疗 8 周后对其膀胱功能恢复情况进行评定,评价指标包括膀胱容量、最大排尿量、残余尿量、排尿次数、由于排尿功能障碍而受影响的 7 级日常生活质量评分^[10]和国际下尿路功能症状(lower urinary tract symptoms, LUTS)评分^[11]。

四、统计学分析

采用 SPSS 17.0 版统计软件进行数据分析,本研所得计量数据以($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料比较采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

结 果

一、2 组患者治疗前、后膀胱功能各项指标情况比较

治疗前,2 组患者的膀胱容量、最大排尿量、残余尿量、排尿次数组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗 8 周后,2 组患者的膀胱容量、最大排尿量明显增加,残余尿量、排尿次数明显减少,与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组各项指标改善情况均显著优于对照组($P < 0.05$),详见表 2。

二、2 组患者治疗前、后生活质量评分和 LUTS 评分情况比较

治疗前,2 组患者的生活质量评分和 LUTS 评分组间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$);治疗 8 周后,2 组患者的生活质量评分和 LUTS 评分均明显降低,与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且生活质量评分和国际 LUTS 症状评分改善情况均显著优于对照组($P < 0.05$),详见表 2。

讨 论

文献报道,脊髓损伤后患者普遍存在不同程度的焦虑、抑郁等心理问题^[12]。Shin 等对 SCI 患者 36 例进行研究调查,发现 63.9% 的患者出现抑郁^[13]。抑郁一般表现为情绪低落、悲观消极、缺乏主动性、兴趣减低、睡眠障碍以及营养不良等,重度抑郁患者甚至会出现自杀念头而危及生命^[3-4]。因此,对 SCI 患者进行康复治疗的同时,关注患者的心理康复至关重要。

目前,SCI 后神经源性膀胱的治疗主要包括药物治疗、手术治疗、电刺激治疗、磁刺激疗法以及康复训练疗法(导尿术、加压排尿和扳机点排尿)等,这些方法在应用过程中虽然取得了一定的疗效,但尚未发现有任何方法可以使神经源性膀胱功能完全恢复,因此,尽可能地寻找行之有效的方法来恢复膀胱的功能仍是康复工作的重点。本研究以 SCI 后神经源性膀胱的患者为研究对象,在常规膀胱功能训练的基础上,针对患者的各种心理问题,有针对性地进行心理疏导和心理治疗,使患者充分合理

表 2 2 组患者治疗前、后膀胱功能、生活质量评分和 LUTS 评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	膀胱容量 (ml)	残余尿量 (ml)	最大排尿量 (ml)	日排尿次数 (次/d)	生活质量评分 (分)	LUTS 评分 (分)
治疗组							
治疗前	30	225.4 $\pm$ 85.2	160.6 $\pm$ 62.5	176.7 $\pm$ 41.6	23.7 $\pm$ 5.2	4.79 $\pm$ 0.93	36.60 $\pm$ 3.72
治疗后	30	415.6 $\pm$ 86.5 ^{ab}	78.6 $\pm$ 52.9 ^{ab}	350.5 $\pm$ 48.8 ^{ab}	12.6 $\pm$ 6.7 ^{ab}	1.75 $\pm$ 0.86 ^{ab}	14.60 $\pm$ 8.87 ^{ab}
对照组							
治疗前	30	216.9 $\pm$ 87.5	165.8 $\pm$ 51.8	189.2 $\pm$ 32.7	24.3 $\pm$ 4.6	4.82 $\pm$ 0.86	33.53 $\pm$ 3.71
治疗后	30	300.5 $\pm$ 77.2 ^a	117.53 $\pm$ 49.7 ^a	274.8 $\pm$ 43.8 ^a	16.9 $\pm$ 6.5 ^a	2.36 $\pm$ 1.42 ^a	18.10 $\pm$ 8.51 ^a

注:与组内治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$

地认识疾病的恢复过程,学会自我管理情绪,树立起重返社会的信心,从而提高患者的治疗依从性,更积极主动地配合康复训练,达到促进其功能恢复,提高其日常生活能力的目的^[14]。本研究结果显示,治疗 8 周后,2 组患者的膀胱容量和最大排尿量均明显增加,日排尿次数和残余尿量均明显减少,生活质量评分和国际 LUTS 症状评分均明显降低,较组内治疗前,差异均有统计学意义($P < 0.05$),且治疗组的改善幅度较对照组更为显著,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。表明在常规膀胱功能训练的基础上联合心理干预,能更好的改善患者的膀胱功能。

综上所述,对 SCI 进行有效的心理干预有利于患者重建信心,消除并改善其焦虑、抑郁症状,使其积极主动地配合康复治疗。本研究结果表明,在常规膀胱功能训练的基础上辅以心理干预,可显著改善 SCI 患者的膀胱功能障碍,是一种更加有效的治疗方法,但由于时间短、试验条件有限,本研究缺乏一些客观的评定方法,有待课题组在下一步研究中完善。

参 考 文 献

- [1] Pagliacci MC, Franceschini M, Di Clemente B, et al. A multicentre follow-up of clinical aspects of traumatic spinal cord injury[J]. Spinal Cord, 2007, 45(6): 404-410.
- [2] Rapidi CA, Panourias IG, Petropoulou K, et al. Management and rehabilitation of neuropathic bladder in patients with spinal cord lesion[J]. Acta Neurochir Suppl, 2007, 97(1): 307-314.
- [3] 徐芝灵, 徐家亮. 心理干预联合电针及高压氧治疗脑外伤后抑郁症的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(01): 39-42.
- [4] Kennedy P, Rogers BA. Anxiety and depression after spinal cord injury: a longitudinal analysis[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2000, 81(7): 932-937.
- [5] 关骅, 石晶, 郭险峰, 等. 脊髓损伤神经学分类国际标准(2000 年修订)[J]. 中国康复理论与实践, 2001, 7(2): 49-52.
- [6] 伍少玲, 燕铁斌, 黄利荣. 简易智力测试量表的效度及信度研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(03): 140-142.
- [7] 缪鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2000: 1323-1328.
- [8] Clec'h C, Schwebel C, Français A, et al. Does catheter-associated urinary tract infection increase mortality in critically ill patients[J]. Infect Control Hosp Epidemiol, 2007, 28(12): 1367-1373.
- [9] 韩肖华. 脊髓损伤后神经源性膀胱的康复[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2005, 27(03): 188-190.
- [10] 郭应禄, 杨勇. 尿失禁[M]. 济南: 山东科学出版社, 2003: 92.
- [11] Madersbacher S, Alivizatos G, Nordling J, et al. EAU 2004 guidelines on assessment, therapy and follow-up of men with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic obstruction (BPH guidelines)[J]. Eur Urol, 2004, 46(5): 547-554.
- [12] 徐芝灵, 徐家亮. 心理干预联合电针及高压氧治疗脑外伤后抑郁症的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2011, 33(1): 39-42.
- [13] Shin JC, Goo HR, Yu SJ, et al. Depression and quality of life in patients within the first 6 months after the spinal cord injury[J]. Ann Rehabil Med, 2012, 36(1): 119-125.
- [14] 何予工, 何宗颖. 心理康复对脊髓损伤患者抑郁症状、睡眠质量及日常生活能力的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(4): 300-302.

(修回日期: 2014-04-17)
(本文编辑: 阮仕衡)

口部肌肉训练和感知训练治疗孤独症儿童语言交流障碍的疗效观察

周惠嫦 张盘德 陈丽珊 梁鹏

【摘要】目的 观察口肌训练和感知训练对孤独症儿童语言交流障碍的临床疗效。**方法** 选取孤独症患儿 63 例,按随机数字表法分为感知组(31 例)和口肌组(32 例)。2 组患儿均接受注意力和表达能力训练,在此基础上感知组患儿增加感知训练,口肌组增加口肌训练。训练前、后进行 CRRC 版 S-S 法语言发育迟缓检查和口颜面功能评估。**结果** 治疗后,2 组患儿的理解和表达能力均有显著改善($P < 0.01$),其中理解方面,感知组达到更高阶段的例数多于口肌组($P < 0.05$),而表达方面,口肌组达到更高阶段的例数较感知组多($P < 0.01$)。治疗后,感知组 28 例(90.3%)改善为交流态度良好(I 群),3 例(9.7%)改善为过渡群;口肌组 21 例(65.6%)改善为交流态度良好,9 例(28.1%)改善为过渡群,2 例(6.3%)仍为交流态度不良。2 组治疗后疗效比较,感知组疗效优于口肌组($z = 2.387, P < 0.05$)。治疗后,2 组患儿的下颌、唇、舌口腔运动评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$),且口肌组疗效优于感知组($P < 0.01$)。**结论** 感知训练对改善孤独症儿童认知和交流态度方面效果显著,口肌训练对改善口部肌肉功能及表达功能方面效果较好。

【关键词】 孤独症; 儿童; 口肌训练; 感知训练; 注意力

儿童孤独症是发病于婴幼儿时期的广泛性发育障碍性疾病,主要表现为社会交往障碍、语言沟通障碍、狭隘兴趣和刻板

行为等^[1]。目前,针对孤独症暂无特效药物治疗,且对儿童孤独症的治疗方法及其疗效仍存在争议^[2]。国内外普遍采用教育和行为训练治疗儿童孤独症^[3]。流行病学研究发现大约一半的孤独症患儿终身保持缄默,从不使用语言作为交流工具^[4]。临床常见孤独症患儿多存在口腔感觉及运动障碍,造成