

出血患者的疗效观察[J]. 临床输血与检验, 2010, 12(2): 172-173.

[6] 程峰. 新鲜单采血小板和冷沉淀在临床出血中的应用分析[J]. 中国医药指南, 2011, 9(25): 49-50.

[7] 范红玲. 单采血小板联合冷沉淀在大出血患者临床治疗中的应用[J]. 中国实用医刊, 2012, 39(7): 105-106.

[8] 孔祥骞, 孔丙元, 魏淑英. 冷沉淀与机采血小板联合应用抢救大出血患者输注效果分析[J]. 临床输血与检验, 2012, 14(4): 340-342.

[9] 朱春丽. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J]. 中国医药科学, 2012, 2(11): 51-52.

[10] 周婷. 联合输注单采血小板和冷沉淀在急性大出血患者的疗效观察[J]. 中国医药指南, 2013, 11(12): 229-231.

[11] 刘辉, 王建功, 樊荣, 等. 冷沉淀凝血因子与单采血小板联合输注在严重创伤失血患者的临床观察[J]. 中国医学工程, 2013, 21(11): 59-60.

[12] 古力米娜·玉山. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J]. 中外健康文摘, 2014, 11(4): 121-122.

[13] 刘和平, 高林江. 单采血小板联合冷沉淀在大出血患者临床治疗中的应用[J]. 世界最新医学信息文摘, 2014, 14(11): 162-165.

[14] 侯冬梅. 急性大失血患者输血治疗及其临床观察[J/CD]. 世界最新医学信息文摘(电子版), 2014, 14(4): 98-98.

[15] 徐勇锋. 单采血小板与冷沉淀凝血因子联合输注在急性大出血治疗中的应用[J]. 中国校医, 2015, 29(6): 451-452.

(收稿日期: 2017-07-21 修回日期: 2017-08-29)

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 04. 038

注意训练与常规语言训练对脑卒中失语症患者语言康复的临床研究

付开敏¹, 李 仪^{2△}, 王 芳², 刘小琴²
(重庆市开州区人民医院: 1. 神经内二科; 2. 护理部 405400)

摘 要:目的 探究注意训练和常规语言训练对脑卒中失语症患者语言康复的临床意义。方法 选取该院 2015 年 4 月至 2016 年 4 月接受康复治疗的脑卒中失语症患者 40 例, 所有患者经头部 CT 确诊为脑卒中。发病时间为数周至 1 年。将患者随机分为实验组和对照组, 各 20 例, 同时进行 1 个月治疗。对照组患者采用常规语言训练, 实验组患者在使用常规语言训练的同时增加注意训练。比较 2 组患者治疗前后的语言功能和注意力水平; 2 组患者治疗前后各项检测得分。结果 2 组患者的语言功能水平和注意力水平均比治疗前显著提高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后实验组比对照组在语言功能水平和注意力水平明显提高, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 常规语言训练能有效治疗失语症, 但常规训练联合注意训练的临床治疗效果更佳。

关键词:注意训练; 语言训练; 脑卒中

中图法分类号:R473.5 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)04-0546-04

脑卒中仅次于心血管疾病、恶性肿瘤, 作为导致人类病死的疾病, 排在第 3 位, 作为致残疾病, 位居第 1 位^[1]。根据原卫生部统计, 我国脑卒中的发病率约为 0.7%, 总例数超过 800 万, 每年医药费总额高达百亿人民币, 且脑卒中发病率仍然上升。其中约 25% 的脑卒中患者语言功能障碍, 表现为失语症, 临床症状为对口语及书面语都会产生理解障碍, 对事物识别也存在障碍, 日常生活交流较困难。然而, 导致失语症的原因不仅是脑卒中, 还包括癫痫和脑部外伤。现阶段的主要治疗方法: 药物直接介入治疗、高压氧治疗、中医康复治疗、脑部刺激技术治疗, 以及多种多样的语言训练治疗^[2-3]。有研究报道, 注意缺陷可能是患者语言产生障碍的原因之一, 所以在治疗失语症的同时, 注意缺陷导致的康复障碍必须重视。现探讨注意训练和常规语言训练对患者临床康复的区别和联系, 分析最佳治疗方案, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取该院 2015 年 4 月至 2016 年 4 月接受康复治疗的脑卒中失语症患者 40 例, 平均年

龄(52.4±7.4)岁, 所有患者经过头部 CT 确诊为脑卒中, 发病时间为数周至 1 年。随机将患者分为实验组和对照组, 各 20 例。2 组患者的年龄、性别等一般资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者的一般资料结果比较						
组别	例数 (n)	性别(n)		原发病(n)		病程 ($\bar{x} \pm s$, 月)
		男性	女性	脑梗死	脑出血	
实验组	20	14	6	11	9	49.4±8.5
对照组	20	13	7	7	13	57.4±6.2
P		0.304		0.228		0.105
						0.334

1.2 纳入与排除标准 (1) 纳入标准: 所有患者皆为初次发病; 各项生命体征都处于正常水平且患者意识清醒; 有能力配合各项治疗; 母语为汉语; 文化程度为小学及以上; 无精神病史; 无视听障碍。(2) 排除标准: 有视听障碍、智力缺陷者; 合并其他神经系统疾病者; 合并心肺功能不全者; 由周围其他器官病变导致的语言障碍和阅读障碍者; 不积极接受治疗者。

△ 通信作者, E-mail: 2359235953@qq. com.

1.3 评价方法 治疗前后对患者的语言功能和注意力水平进行标准评定,采用 WAB 成套测验的语言部分进行测定^[4]。根据评分计算患者失语商(AQ)。采用反应时长(RT)测定患者注意力水平^[5]。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 对照组患者采用常规语言训练,20 min/d,为期 1 个月。

1.4.2 实验组 实验组患者使用常规语言训练结合注意训练,20 min/d,为期 1 个月,训练如下^[6]:(1)注意力选择训练:听觉刺激和视觉刺激,以及 2 种刺激合并的刺激方式。(2)注意力维持训练:患者对某一事物注意力维持时间的训练,注重注意力的持久程度。(3)注意力广度训练:采用拓宽患者注意力广度的方法,包括视觉和听觉广度,让患者能够同时注意到某一范围内尽可能多的事物。(4)注意力的转移性训练:患者能根据既定的要求,自主将注意力从某一事物转移到另一事物上面。(5)注意力分配训练:患者可在同一时间进行多种活动或患者能够在同一时间兼顾到多种事物。(6)注意力的警觉性训练:患者能根据周围事物和环境的变化作出相应的反应,且能自主进入某种警觉和准备状态。

1.5 统计学处理 病例报告由研究者填写核实,且

每一例入选病例都必须完成。采用 SPSS20.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较使用 t 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 2 组患者失语症类型及文化程度结果比较 2 组患者失语类型和文化程度进行分类比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 2。

2.2 2 组患者治疗前各功能水平结果比较 治疗前,2 组患者采用 WAB 测定语言功能水平和注意力水平,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.3 实验组患者治疗前后语言功能和注意力水平结果比较 实验组患者治疗后各项指标得分都比治疗前明显提高,且 AQ 和 RT 更为显著,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 4。

2.4 对照组患者治疗前后语言功能和注意力水平结果比较 对照组患者治疗后各项指标得分都比治疗前提高,且 AQ 和 RT 更为明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 5。

2.5 2 组患者治疗后各功能水平结果比较 治疗后,实验组患者自发语言、听力理解、复述、命名、AQ 得分都明显高于对照组,且 RT 显著低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 6。

表 2 2 组患者失语症类型及文化程度结果比较(n)

组别	例数 (n)	失语类型					文化程度				
		BA	WA	GA	TCMA	MTA	AA	小学	初中	高中	大学
实验组	20	2	3	2	2	7	4	4	4	7	5
对照组	20	3	1	2	4	6	4	7	1	3	9
P		0.102	0.325	0.142	0.605	0.408	0.221	0.315	0.614	0.774	0.106

表 3 2 组患者治疗前语言功能和注意力水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	自发语言	听力理解	复述	命名	AQ	RT
实验组	20	5.77±1.29	3.21±1.11	3.97±3.78	0.97±0.87	27.54±11.28	3.95±0.44
对照组	20	5.47±2.01	3.47±1.62	3.77±2.19	0.99±0.47	27.98±14.52	2.98±0.14
P		0.112	0.135	0.354	0.105	0.147	0.368

表 4 实验组患者治疗前后语言功能和注意力水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数(n)	自发语言	听力理解	复述	命名	AQ	RT
治疗前	20	5.77±1.29	3.21±1.11	3.97±3.78	0.97±0.87	27.54±11.28	3.95±0.44
治疗后	20	9.57±2.14	5.47±1.24	5.48±4.11	2.88±1.21	47.52±11.17	1.28±0.49
P		0.004	0.007	0.004	0.006	0.001	0.007

表 5 对照组患者治疗前后语言功能和注意力水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

时间	例数(n)	自发语言	听力理解	复述	命名	AQ	RT
治疗前	20	5.11±3.01	3.21±1.23	3.17±1.01	0.87±0.41	24.68±17.22	4.11±0.25
治疗后	20	7.77±2.14	3.47±1.24	4.48±4.11	1.82±1.21	34.72±11.17	3.27±0.47
P		0.001	0.009	0.009	0.005	0.004	0.003

表 6 2 组患者治疗后语言功能和注意力水平结果比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数(n)	自发语言	听力理解	复述	命名	AQ	RT
对照组	20	5.77±1.29	3.21±1.11	3.97±3.78	0.97±0.87	27.54±11.28	3.95±0.44
实验组	20	7.77±2.14	3.47±1.24	4.48±4.11	1.82±1.21	34.72±11.17	3.27±0.47
P		0.021	0.012	0.047	0.004	0.015	0.033

3 讨 论

临床将失语症分为 8 类:完全失语、丘脑性失语、运动失语、转导性失语、感觉性失语、经皮质运动失语、经皮质感觉失语、命名性失语^[7-8]。有研究显示,失语症患者的注意力有一定的缺陷,临床表现为注意力无法得到合理分配,以及疏散和集中^[9-11]。各方面障碍给患者和患者家属带来了心理负担。有研究表明,脑卒中发病 3 个月内,患者约 60% 可能产生认知障碍^[12]。

本研究 2 组患者治疗后的各项得分结果表明,实验组在语言功能水平和注意力水平比对照组显著提高,差异有统计学意义($P < 0.05$)。同样强度的训练,实验组患者比对照组具有优势。实验组患者在自发语言、命名、AQ 方面比对照组患者进步更大。如注意训练采用触屏模式,给患者提供极大的便利,同时也在一定程度上加强了趣味性,使注意训练结合常规训练的疗效较常规训练的疗效更佳。而实验组患者在听力理解、复述、RT 方面的进步明显高于对照组,但整体进步弱于自发语言、命名、AQ,原因可能是失语症患者在听力理解和辨认词方面较为困难,特别是感觉性失语症和混合型失语症,其障碍更为显著^[13-16]。所以听力理解和复述方面治疗应更早期介入,有助于患者的各项功能和水平的提高。疗效最为显著的是 2 组患者的 AQ 进步,且实验组的进步幅度明显高于对照组($P < 0.05$)。对照组患者 AQ 提高显著,治疗前为(24.68±17.22),治疗后为(34.72±11.17),而实验组 AQ 提高更明显,治疗前为(27.54±11.28),治疗后为(47.52±11.17),差异均有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果显示,实验组 AQ 提高明显高于对照组,说明部分患者的失语症是由于注意缺陷所致,因此在进行常规训练治疗时加入注意训练,对患者的康复具有显著作用。MURRAY^[17]采用注意力训练系统对轻度转导性失语患者进行训练,其注意力明显上升。BRUCE 等^[18]对慢性非流畅性失语患者和重度命名性失语患者进行注意力训练,显著提高命名能力。DOSTON 等^[19]对流畅性失语患者进行空间注意训练,其命名准确性明显提高。本研究结果证实,注意力训练对失语症患者的命名功能有改善效果,与相关研究结果一致。

综上所述,早期介入对患者听力理解的提高和接受外界信息敏感性的提高,具有更为显著的作用。常规语言训练能有效治疗失语症,且常规训练和注意训练相配合的治疗效果更佳。

参考文献

- [1] 雷江华,陈影,贾玲.手语失语症大脑机制研究进展[J].中国特殊教育,2016,37(10):26-32.
- [2] LIU R,ZHOU Z Y,CHEN Y B,et al. Associations of CYP3A4,NR1I2,CYP2C19 and P2RY12 polymorphisms with clopidogrel resistance in Chinese patients with ische-

- mic stroke[J]. Acta Pharmacol Sin,2016,37(7):882-888.
- [3] 王洪涛,陈凡.靳三针疗法结合语言康复训练治疗脑中风失语症的疗效[J].实用医学杂志,2015,31(3):482-484.
- [4] 黄红.脑中风并失语症患者的语言康复训练及护理干预[J].中国现代药物应用,2016,10(12):256-257.
- [5] MIAO C. Study on the points needing attention in aerobics training of Junior college students[J]. J Pathol,2015,131(3):243-247.
- [6] LIN G Y,CHAN H Y,CHENG C A,et al. Open-labelled observations of language dysfunction in old ischemic stroke patients with aphasia when given plant and marine-based nutrient supplements for 12 weeks[J]. Asia Pac J Clin Nutr,2016,25(2):265-272.
- [7] 刘晓丽.早期语言康复训练改善急性脑卒中后失语症患者的效果观察[J].中国实用神经疾病杂志,2017,20(6):141-142.
- [8] 韩素玲,闻霞,吴立农,等.头舌针和语言康复训练干预急性脑卒中后失语症的临床研究[J].生物技术世界,2016,10(2):118.
- [9] THIESMEYER L J. Discourse and silencing: representation and the language of displacement[J]. Science,2015,310(1):1865-1865.
- [10] 邱秋江,陈卓铭. Broca 失语症患者的复述机制研究[J].中华神经医学杂志,2016,15(8):843-846.
- [11] STEIN C M,SCHICK J H,GERRY-TAYLOR H,et al. Pleiotropic effects of a chromosome 3 locus on speech-sound disorder and reading[J]. Am J Hum Genet,2004,74(2):283-297.
- [12] PIHKO E,MICKOS A,KUJALA T,et al. Group intervention changes brain activity in bilingual language-impaired children[J]. Cereb Cortex,2007,17(4):849-858.
- [13] DESAI S,KOLLROS P R,GRAZIANI L J,et al. Sensitivity and specificity of the neonatal brain-stem auditory evoked potential for hearing and language deficits in survivors of extracorporeal membrane oxygenation[J]. J Pediatr,1997,131(2):233-239.
- [14] ORAM CARDY J E,FLAGG E J,ROBERTS W,et al. Magnetoencephalography identifies rapid temporal processing deficit in autism and language impairment[J]. Neuroreport,2005,16(4):329-332.
- [15] ROWAN A,VARGHA-KHADEM F,CALAMANTE F,et al. Cortical abnormalities and language function in young patients with basal ganglia stroke[J]. Neuroimage,2007,36(2):431-440.
- [16] HERBERT M R,ZIEGLER D A,DEUTSCH C K,et al. Brain asymmetries in autism and developmental language disorder:a nested whole-brain analysis[J]. Brain,2005,128(Pt 1):213-226.
- [17] MURRAY. Attention and other cognitive deficits in aphasia:presence and relation to language and communication measures[J]. Am J Speech Lang Pathol,2012,21(2):S51-64.
- [18] BRUCE C,FABRIZIO K S,FLORIS S,et al. Treatment of naming in non-fluent aphasia through manipulation of intention and attention:a phase 1 comparison of two no-

vel treatments[J]. J Int Neuropsychol Soc, 2007, 13(4): 582-594.

[19] DOSTON V M, SINGLETARY F, FULLER R, et al. Treatment of word-finding deficits in fluent aphasia through the manipulation of spatial attention[J]. Aphasiology, 2007, 22(1): 103-113.

• 临床探讨 • DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2018. 04. 039 (收稿日期: 2017-07-20 修回日期: 2017-10-13)

高频震荡通气联合肺泡表面活性物质治疗 新生儿呼吸窘迫综合征的临床研究

郑肖瑾
(海南省海口市妇幼保健院 570203)

摘 要:目的 探讨新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)应用高频震荡通气(HFOV)和肺泡表面活性物质(PS)的临床疗效及其安全性。方法 选择 2015 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的 132 例 NRDS,采用随机数字表法分为观察组与对照组,各 66 例。2 组患儿均经气管插管,预热的 PS 混悬液缓慢注入,剂量 70~100 mg/kg,同时给予保暖、纠酸、静脉营养支持治疗、抗菌药物应用等综合治疗。观察组联合 HFOV,对照组联合常频机械通气(CMV)。比较 2 组患儿血气指标变化及治疗转归情况。结果 观察组患儿通气时间和气胸发生率均低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);2 组患儿的存活率及肺出血、脑室内出血(IVH)、支气管肺发育不良(BPD)的发生率比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。观察组患儿通气 24、48 h 后血气、吸入氧浓度(FiO_2)、氧合指数(OI)指标改善显著优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 与 CMV 比较,应用 HFOV 联合 PS 治疗 NRDS 更具优势,可作为临床治疗的首选通气模式。

关键词:新生儿呼吸窘迫综合征; 高频震荡通气; 肺泡表面活性物质; 常频机械通气

中图法分类号:R772.1 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-9455(2018)04-0549-03

新生儿呼吸窘迫综合征(NRDS)是胎龄不足 36 周的早产儿最常见的危急重症之一,是早产儿肺表面活性物质(PS)不足所致^[1]。20 世纪以后,随着 PS 提纯技术与机械通气设备的改进,NRDS 病死率已大幅度降低^[2]。以往机械通气以常频机械通气(CMV)方式为主,但造成氧中毒和呼吸机相关性肺损伤(VILI)而明显影响预后^[3]。其中大潮气量是 CMV 引起肺部损伤的关键因素,而高频震荡通气(HFOV)具有低潮气量和高通气频率的特点,因此在新生儿科越来越得到重视。现探讨 2 种机械通气方式治疗 NRDS 患儿的临床疗效,分析 HFOV 联合 PS 治疗 NRDS 的效果及安全性。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2015 年 1 月至 2016 年 1 月该院收治的 132 例 NRDS。纳入标准:均符合《实用新生儿学》的 NRDS 诊断标准;出生后 12 h 内表现为进行性呼吸困难;需机械通气维持呼吸。排除标准:合并严重先天性呼吸病;复杂性先天性心脏病;肺出血;湿肺;气漏;宫内感染性肺炎;胎粪吸入综合征;颅内出血^[4]。该研究经该院医学伦理委员会批准实施,患者家属均对本研究内容知晓并签署知情同意书。采用计算机随机数字法将患儿分为观察组与对照组,各 66 例。2 组患儿的年龄、性别等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患儿一般资料结果比较

组别	例数(n)	性别(男/女,n/n)	平均胎龄($\bar{x}\pm s$,周)	平均出生体质量($\bar{x}\pm s$,g)	分娩方式(剖宫产/顺产,n/n)
观察组	66	38/28	32.28 $\pm$ 2.87	1 734.21 $\pm$ 521.34	36/30
对照组	66	42/24	31.76 $\pm$ 3.02	1 718.66 $\pm$ 498.67	32/34
χ^2		0.234	0.743	0.427	0.231
P		>0.05	>0.05	>0.05	>0.05

1.2 方法 2 组患儿均经气管插管,将已预热的 PS 混悬液(固尔苏,生产厂家:意大利 Chiesi Farmaceutici S. p. A.,批准文号:注册证号 H20140848)缓慢注入,剂量 70~100 mg/kg,同时给予患儿保暖、纠酸、静脉营养支持治疗、抗菌药物应用等综合治疗。观察组患儿联合 HFOV 通气,采用婴儿高频震荡呼吸机(仪器厂家:Stephanie,型号:SERVO-1),初设参数:频率控制 12~15 Hz,平均气道压力控制在 1.18~

1.76 kPa,振幅(ΔP)初调至平均气道压力数值的 2 倍或以明显触及患儿颈部至腹股沟区间振动为参考,吸入氧浓度(FiO_2)为 40%~60%,吸气时间的百分比为 33%。对照组患儿联合 CMV 通气,应用迈科柯唯呼吸机,初设参数:吸气峰压控制 1.96~2.45 kPa, FiO_2 控制 50%~80%(实际根据血氧检测调整),呼气末压控制 0.39~0.59 kPa,呼吸比 1:(1.0~1.5),呼吸频率控制在 40~60 Hz。