

# 小儿脑性瘫痪语言康复训练方法体会

刘 静

济南市儿童医院儿童康复中心, 山东 济南 250000

**【摘要】** 目的 分析在小儿脑性瘫痪患儿语言训练中运用语言康复训练的临床效果。方法 本实验所研究的对象是 2019 年 8 月—2020 年 4 月我院收治的 78 例小儿脑性瘫痪患儿, 根据双盲法将患儿完成甲组(39 例)、乙组(39 例)的划分。乙组患儿采用常规康复训练进行治疗, 甲组患儿采用语言康复训练治疗, 将两组患儿治疗效果、治疗后发育状况、治疗前后语言能力评分进行比较, 分析适宜小儿脑性瘫痪患儿语言康复的治疗手段。结果 经比较研究后发现, 与乙组患儿相比较, 甲组患儿治疗有效率更高, 且治疗后语言能力、发育状况均优于乙组患儿, 组间差异具有显著性特征( $P < 0.05$ )。开始治疗前, 两组患儿 PDI 评分均处于较低水平, 呈现为无效果情况, 差异不明显无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过治疗后, 患儿 PDI 评分均实现了一定程度的提升, 治疗后患儿评分进入显著效果范畴, 评分显著高于对照组, 差异具有统计学意义( $P = 0.001$ )。结论 于小儿脑性瘫痪患儿治疗实践中运用语言康复训练优势明显, 可显著加快患儿身体恢复进程, 故而应该小儿脑性瘫痪患儿的治疗实践中更为广泛运用语言康复训练手段。

**【关键词】** 小儿脑性瘫痪; 语言康复训练; 语言障碍

小儿脑性瘫痪在临床上指的是因非进行性脑损伤而引发的以各种运动功能障碍为主要表现的综合征<sup>[1]</sup>。小儿脑性瘫痪患儿的主要临床表现为行为异常、语言障碍、癫痫等<sup>[2]</sup>。由于小儿脑性瘫痪对于儿童危害性极大, 所以临床上始终高度重视对该类患儿的诊断与治疗, 以降低疾病的危害性。加强小儿脑性瘫痪患儿对于语言的掌握, 能够使其生活能力不断提升<sup>[3]</sup>。临床上始终致力于探究训练小儿脑性瘫痪患儿语言能力的方式。基于上述情况, 笔者对在小儿脑性瘫痪患儿语言训练中运用语言康复训练的临床效果进行了深入探究, 现形成详细报道。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 本实验共涵盖 78 例小儿脑性瘫痪患儿, 病例选取时间介于 2019 年 8 月—2020 年 4 月, 依照双盲法将患儿进行组别的划分, 甲组与乙组各包含患儿 39 例。甲组患儿年龄范围是 2 ~ 8 岁, 中位值为(3.47 ± 0.35) 岁; 男患 22 例, 女患 17 例。乙组患儿年龄范围是 2 ~ 8 岁, 中位值为(3.51 ± 0.33) 岁; 男患 21 例, 女患 18 例。比较两组患儿组间基础资料未发现显著差异性( $P > 0.05$ ), 可继续完成比较研究。

**1.2 方法** 乙组患儿采用常规康复训练进行治疗, 应当根据患儿的实际状态选取适宜的治疗时间, 并通过一对一的手段对患儿展开独立治

疗, 定期对患儿治疗效果进行评估, 并以此为依据调整治疗方案, 每次治疗应持续半小时左右。甲组患儿采用语言康复训练治疗。在语言治疗前应当为患儿营造良好的语言氛围, 使语言训练能够顺利展开<sup>[4]</sup>。医护人员可鼓励患儿进行吹乒乓球、吹蜡烛、吹气球练习, 不断改善患儿的气息, 为治疗奠定基础。可对患儿进行口腔知觉训练, 应当通过运用各式形状较硬的物体以及食物刺激口腔与舌部, 同时可对患儿进行口腔内以及口周的按摩, 不断帮助患儿实现口腔及周围感觉的改善, 使其口腔能够进行协调运动。而后应对患儿进行一定的发音训练, 应于患儿耳边反复进行同一单音的发音, 发音可率先选择儿童自然发出的一些音, 然后使儿童进行模仿。如若儿童能够成功模仿并发出声音, 则应继续进行重复, 以形成对话的形式。然后应教授患儿无法自然发出的音, 例如拼音, 应秉持先元音再辅音的原则, 待患儿熟练掌握拼音发音后, 应当运用元音、辅音、元音的形式对患儿完成训练, 并逐渐由单词过渡之句子。此外, 还应在语言训练的过程中融入韵律训练, 可通过对电子琴的应用, 使患儿跟随音律的变化实现音量、音调的训练, 提高患儿语言能力。医护人员可通过对视频、玩具、图片的利用, 实现对患儿视觉的刺激, 并运用口型提醒患儿, 使患儿对发音口型进行模仿, 不断提升自身语言表达能力。心理疏导在小儿脑性瘫痪语

言障碍患儿治疗过程中也扮演着重要的角色。医护人员应当在患儿入院后对其心理状况进行科学的评估,而后对其展开具有特异性的心理干预。应当在患儿治疗期间对患儿进行积极的鼓励,肯定患儿的进步,降低负面情绪对治疗的不利影响。护理人员应当加强与患儿家属沟通的频率,使患儿家属明确小儿脑性瘫痪患儿语言障碍的治疗手段,缓解患儿家属的心理压力,使患儿家属对护理人员的工作更加配合。同时应当告知患儿家属为患儿营造良好的家庭氛围,使患儿接受来自家庭层面的支持,进而以更加积极的心态面对语言康复治疗。且语言训练通常情况下应通过一对一的形式进行,进而使得医护人员能够对患儿的情况进行更为全面的理解,并为其提供更具有针对性的训练帮助。在患儿治疗期间患儿家属也应加强与患儿的沟通,同时应通过游戏等方式使患儿在保持情绪愉悦的基础上进行说话训练。

**1.3 观察指标** 对患儿治疗效果进行评估,显效、有效、无效是治疗效果的三种情况。显效指患儿进行治疗后可基本完成沟通;有效指患儿经治疗后可进行基础沟通;无效指患儿经治疗后语言障碍未得到任何改善。通过百分制评分原则评估患儿治疗前后语言能力,包括语言理解能力、语言表达能力两方面内容,数值与患儿语言表达能力呈现正相关关系<sup>[5]</sup>。评估患儿治疗后发育状况,包括社会适应性、自理能力、认知能力、情感稳定功能四方面内容,分数越高,则说明患儿功能越好<sup>[6]</sup>。并采用小儿运动发育指数

(PDI)对患儿运动功能情况进行评估,共设计12项评分内容,设计的综合评分为100分。常规得分方法评分,认定统计得分越高,患儿运动功能恢复情况越好。认定评分介于100分—80分之间为显著恢复效果,认定评分介于80分—60分之间为一般恢复效果;认定评分介于60分—0分之间为无效果。

**1.4 统计学分析** 将数据录入SPSS20.0软件包,运用 $\chi^2$ 实现对计数资料的检验,表示则采用百分比形式,运用 $t$ 值实现对计量资料的检验,表示采用 $\bar{x}\pm s$ 形式,如若 $P<0.05$ ,差异则具有统计学上的意义,反之无意义。

## 2 结 果

**2.1 治疗效果比较** 甲组患儿治疗有效率较之乙组患儿显著更高( $P<0.05$ ),见表1。

**2.2 语言能力评分比较** 治疗后甲组患儿语言表达能力、语言理解能力评分显著高于乙组患儿( $P<0.05$ ),见表2。

**2.3 发育状况比较** 治疗后甲组患儿社会适应性、自理能力、认知能力、情感稳定功能评分均高于乙组患儿( $P<0.05$ ),见表3。

开始治疗前,两组患儿PDI评分均处于较低水平,呈现为无效果情况,差异不明显无统计学意义( $P>0.05$ )。经过治疗后,患儿PDI评分均实现了一定程度的提升,治疗后患儿评分进入显著效果范畴,评分显著高于对照组,差异具有统计学意义( $P=0.001$ )。见表4。

表 1 治疗效果 (n,%)

分组	例数	显效	有效	无效	有效率 (%)
甲组	39	35(89.7%)	3(7.7%)	1(2.6%)	97.4
乙组	39	31(79.5%)	2(5.1%)	6(15.4%)	84.6
$\chi^2$	-	-	-	-	3.924
$P$	-	-	-	-	0.048

表 2 语言表达能力评分 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

分组	语言理解能力		语言表达能力	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
甲组 (n=39)	52.24 ± 3.71	81.34 ± 2.17	53.68 ± 3.29	85.45 ± 2.72
乙组 (n=39)	52.41 ± 3.77	72.57 ± 2.07	53.73 ± 3.33	75.39 ± 2.29
$t$ 值	0.201	18.263	0.067	17.669
$P$	0.841	0.000	0.947	0.000

表 3 发育情况 ( $\bar{x}\pm s$ , 分)

分组	社会适应性	自理能力	认知能力	情感稳定功能
甲组 (n=39)	14.23 ± 1.29	14.37 ± 1.43	14.47 ± 1.58	15.66 ± 1.83
乙组 (n=39)	8.87 ± 1.13	10.25 ± 0.87	9.97 ± 1.49	10.72 ± 1.74
$t$ 值	19.519	15.371	12.940	12.217
$P$	0.000	0.000	0.000	0.000

表 4 PDI 评分情况统计表 ( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别 (n=例)	治疗前	治疗后
对照组 (n=53)	58.76 ± 3.22	72.14 ± 2.74
观察组 (n=53)	58.33 ± 3.44	85.64 ± 1.07
t	23.039	55.188
P	0.001	0.001

### 3 讨 论

小儿脑性瘫痪是临床上发病率极高的一种疾病。小儿脑性瘫痪如若未得到及时的治疗,则会大大增加患儿出现并发症的概率。小儿脑性瘫痪不仅会对患儿的正常生活,同时也会对患儿的成长发育产生不利影响<sup>[7]</sup>。语言障碍是小儿脑性瘫痪患儿极为显著的临床症状之一<sup>[8]</sup>。近些年,临床上关于小儿脑性瘫痪这一疾病的认知程度不断加深,且更加注重对小儿脑性瘫痪患儿语言障碍的治疗。语言康复训练是缓解小儿脑性瘫痪患儿语言障碍行之有效的方式。针对小儿脑性瘫痪患儿展开语言康复训练强调通过口腔知觉、发音训练等方式,不断提高患儿语言表达能力,降低疾病危害性。除此之外,语言康复训练还加强对患儿心理状态的关注,强调从心理层面给予患儿疏导,使患儿能够积极转变自身心态,以更加平和的心态接受后续治疗。在语言康复训练过程中也更加强调家庭与医院发挥联动作用,共同帮助患儿缓解语言障碍临床症状,使患儿在治疗过程中既能感受到家庭的温暖,也能得到优质的治疗服务<sup>[9-11]</sup>。且患儿在漫长的治疗过程中也能够更加了解医护人员的工作,拉近与医护人员之间的距离,营造良好的医患关系,降低医患矛盾发生的可能性。语言康复训练的科学性及有效性在大量的临床实践过程中得以被证明。由此可见,在小儿脑性瘫痪语言障碍患儿的治疗实践中,运用语言康复训练是极为正确的尝试。

本次研究针对语言训练用于脑瘫患儿康复训练中的临床效果作出集中分析,研究结果提示:甲组患儿治疗有效率较之乙组患儿显著更高;治疗后甲组患儿语言能力评分显著高于乙组患儿。这一结果充分突出了语言康复训练的临床效果,通过语言康复训练促进患儿脑部功能的发育与恢复,因而促进实现了较好的临床效果。同时,本次研究的发育性结果提示:治疗后甲组患儿社会适应性、自理能力、认知能力、运动功能评分均高于乙组患儿;组间差异具有显著性特征( $P < 0.05$ )。这一结果进一步突出了语言康复训练的临床优势。在进行语言训练的过程中加入乒乓球,吹气球等口腔感知训练项目。同时使用图片、玩具等方法进行训练的。与患儿生活较为接近,因而实现的效果发育效果。最后,从运动功

能康复的角度分析,结果提示:开始治疗前,两组患儿 PDI 评分均处于较低水平,呈现为无效果情况,差异不明显无统计学意义( $P > 0.05$ )。经过治疗后,患儿 PDI 评分均实现了一定程度的提升,治疗后患儿评分进入显著效果范畴,评分显著高于对照组,差异具有统计学意义( $P = 0.001$ )。这一结果进一步突出了语言康复功能的临床优势。在康复训练的过程中,包括多项涉及运动康复的内容,因而患儿在语言康复训练的过程中,对运动能力实现了一定的康复。

由此可见,应在小儿脑性瘫痪患儿语言障碍治疗过程中更为广泛运用语言康复训练手段,提高患儿生活质量。

### 参考文献

- [1] 叶静燕,戴婷欣,游翠婷.语言治疗对脑瘫儿童语言障碍的临床应用效果研究[J].中国实用医药,2021,16(16):199-201.
- [2] 连惠娟.语言训练结合高压氧治疗脑瘫儿童语言障碍 100 例临床效果分析[J].中国保健营养,2020,30(4):85.
- [3] 李玉瑶.穴位注射联合语言训练治疗脑瘫儿童语言障碍 30 例临床观察[J].健康之友,2020,18(2):34.
- [4] 杨珠.语言训练结合高压氧治疗脑瘫儿童语言障碍 45 例临床疗效观察[J].母婴世界,2020,26(4):17,20.
- [5] 蒋玲玲.综合康复治疗 52 例脑瘫儿童语言障碍[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(18):62-63.
- [6] 卜会亭,章志梁.脑瘫儿童语言障碍康复治疗效果观察及有效率影响分析[J].心理医生,2019,25(4):65-66.
- [7] 熊瑶瑶.脑瘫儿童语言障碍康复治疗效果及价值分析[J].全科口腔医学电子杂志,2018,5(30):126-127.
- [8] 高会军,王丽平,曹清华.针灸联合语言康复训练治疗儿童脑瘫语言障碍的临床观察[J].中国民间疗法,2020,28(9):36-37.
- [9] 周方舟.经颅磁刺激联合语言训练治疗脑瘫患儿语言发育迟缓的疗效[J].中国社区医师,2022,38(01):75-77.
- [10] 郭伶.核心肌群及呼吸训练对提高脑瘫患儿语言清晰度的疗效观察[J].中国医药指南,2019,17(12):65-66.
- [11] 杨晓悦,葛雪娇,黄鹏展.听觉统合训练联合语言功能训练对智力缺陷患儿语言和适应性功能的影响[J].中国民康医学,2019,31(07):101-102.