

doi: 10.3969/j.issn.1672-4933.2025.01.022

# 家庭赋权方案对语前聋人工耳蜗植入 患儿照顾者的影响

The Effect of Family Empowerment Programs on Caregivers of Prelingually Deaf Children with Cochlear Implants

李莉<sup>1</sup> 刘永玲<sup>1</sup> 田梓蓉<sup>2</sup> 贺怡然<sup>1</sup>

LI Li, LIU Yong-ling, TIAN Zi-rong, HE Yi-ran

**【摘要】目的** 探讨家庭赋权方案对人工耳蜗植入(CI)患儿照顾者的心理弹性及家庭坚韧力量的影响。**方法** 选取2023年2月~2024年1月在北京市某三甲医院接受CI手术的患儿照顾者为研究对象,随机分为试验组33例和对照组30例。试验组在常规康复训练方式的基础上接受家庭赋权方案干预,对照组接受常规康复训练方式。采用标准化心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)和家庭坚韧力量(Family Hardiness Index, FHI)评估工具,比较两组照顾者干预前后的心理弹性、家庭坚韧力量。**结果** 经过家庭赋权方案干预后,试验组CI患儿照顾者的心理弹性总分( $73.24 \pm 9.51$ )显著提升,家庭坚韧力量总分( $71.97 \pm 9.81$ )也明显增强,与对照组相比具有统计学差异( $P < 0.05$ )。**结论** 家庭赋权方案不仅提升了CI儿童照顾者的心理弹性,还显著增强了家庭的整体坚韧力量,为患儿创造了更加有利的康复环境。

**【关键词】** 家庭赋权方案;人工耳蜗植入;语前聋;照顾者;家庭坚韧力量;心理弹性

**【中图分类号】** G494

**【文献标识码】** A

**【文章编号】** 1672-4933(2025)01-0092-05

**【Abstract】 Objective** To examine the impact of a family empowerment program on the psychological resilience and family resilience of caregivers of children with Cochlear Implants (CI). **Methods** A multidisciplinary collaborative model was used to design and implement a family empowerment program based on family empowerment theory and in conjunction with a literature review. Caregivers of children with CI who underwent CI surgery in the otology ward of a tertiary care hospital in Beijing between February 2023 and January 2024 were selected for the study. The selected caregivers of children with CI were randomly assigned to the experimental and control groups by generating random numbers through SPSS. The experimental group received the intervention of family empowerment program based on the conventional rehabilitation training modality and the control group received the conventional rehabilitation training modality. The study used the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and Family Hardiness Index (FHI) assessment tools. Psychological resilience and family hardiness were compared between the two groups of caregivers at baseline and at the end of the intervention. **Results** After the intervention of the Family Empowerment Program, the total psychological resilience score of caregivers of children with CI in the experimental group ( $73.24 \pm 9.51$ ) was significantly increased, and the total family resilience score ( $71.97 \pm 9.81$ ) was significantly strengthened, which was statistically different from that of the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** By implementing a family empowerment program, not only did this study enhance the psychological resilience of caregivers, but also significantly strengthened the overall resilience of the family, creating a more conducive rehabilitation environment for the child, and the program deserves to be widely applied and replicated.

**【Key words】** Family empowerment programs; Cochlear implants; Prelingual deafness; Caregivers; Family resilience; Psychological resilience

## 1 引言

人工耳蜗植入(CI)已成为治疗重度和极重度感音神经性听力损失(sensorineural hearing loss, SNHL)的标准疗法<sup>[1]</sup>。得益于国家政策支持,语前聋患儿得以免费接受CI手术,重获听力。然而,术后的言语康复过程既漫长又

充满挑战<sup>[2]</sup>。家庭作为儿童术后康复的第一场所<sup>[3]</sup>,承担重要的角色,同时也面临诸多挑战<sup>[4-6]</sup>。良好的家庭环境对患儿的身心发展至关重要<sup>[7]</sup>,家庭功能障碍或长期慢性压力可能产生不利影响<sup>[8]</sup>。为应对挑战,家庭赋权方案应运而生,旨在提升照顾者的知识、技能和情感支持,帮助

作者单位:1 首都医科大学附属北京同仁医院耳鼻咽喉头颈外科 北京 100730

2 首都医科大学附属北京同仁医院护理部 北京 100730

作者简介:李莉 本科 主管护师;研究方向:耳鼻咽喉头颈外科临床护理

通讯作者:刘永玲, E-mail: ly19839@126.com

家庭有效管理康复过程<sup>[9,10]</sup>。本研究旨在通过实施家庭赋权方案,为优化CI患儿康复护理提供科学依据。

## 2 对象与方法

### 2.1 对象

采取便利抽样法,选取2023年2月~2024年1月北京市某三甲医院耳科病房CI患儿照顾者作为研究对象。纳入标准:患儿:①根据2013年版《人工耳蜗植入工作指南》<sup>[11]</sup>,术前诊断为重度或极重度感音神经性耳聋。②接受人工耳蜗手术时年龄 $\leq 2$ 岁;③获得国家人工耳蜗政策支持,植入产品来自奥地利MED-EL公司、美国Advanced Bionics公司、澳大利亚Cochlear公司或中国诺尔康公司等。④开机后转入康复机构进行康复。照顾者:①与患儿同住并直接照顾患儿;②自愿参与本研究;③意识清楚且沟通能力佳。排除标准:①患儿有严重的精神或躯体疾病;②照顾者有严重精神或躯体疾病,家中有其他患病儿童或发生重大负性事件;③照顾者未完整填写评估表或未按要求完成干预。最终确定总样本量66例。采用双盲法,将研究对象随机分为试验组和对照组各33例。研究过程中,由于家长拒绝填写问卷或因工作原因退出,导致对照组脱落3例,脱落率为9.1%,干预组无脱落。最终,共有63名照顾者完成试验(对照组30例,试验组33例)。基线和干预后3个月共发放并回收63份有效问卷,问卷回收率为100%。其中,试验组男17人,女16人,平均年龄 $1.2\pm 0.4$ 岁;对照组男14人,女16人,平均年龄 $1.1\pm 0.5$ 岁。两组CI患儿的性别、年龄等一般资料无显著差异( $P>0.05$ )。两组CI患儿照顾者在性别、文化程度、职业状态、婚姻情况及家庭经济状况及家庭经济状况等均无显著差异( $P>0.05$ )。

### 2.2 方法

2.2.1 对照组康复训练方案 ①训练人员:言语康复师。②训练内容:声母、韵母、单音节、短句、自然环境音等听觉言语康复训练,内容涵盖基础至进阶各层面。③训练原则:遵循由易到难的逐步提升原则,确保适宜性与有效性。④训练周期及频次:每周2次,每次30 min,训练3个月。

2.2.2 试验组康复训练方案 ①成立CI患儿照顾者家庭赋权方案研究小组:包括人工耳蜗专家、放射科医生、听力学医师、语言病理学家、护理专家、临床护士和心理咨询师。团队由护理专家和人工耳蜗专家担任负责人,全面管理干预方案。心理咨询师、听力学医师、语言病理学家和临床护士在方案制订和随访中提供心理支持和康复指导,确保患儿及家庭得到全面帮助。团队成员共同关注家庭在康复中的角色,提升家庭的自我管理和支持

能力,并负责协调和实施质量控制措施,确保干预效果最大化。②在文献检索的基础上制订本研究干预方案,见表1。

### 2.3 评估指标

①一般资料调查表:研究者自行设计人工耳蜗植入患儿及其照顾者一般资料调查表。患儿内容包括年龄、性别;患儿照顾者包括性别、年龄、教育程度、工作情况、收入等。②心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)是由美国心理学家Connor等<sup>[12]</sup>编制,后经汉化<sup>[13]</sup>。中文版包括25个条目3个核心维度:坚韧、自强与乐观。每个条目均遵循Likert 5点计分法。得分越高,说明心理弹性越高。中文版CD-RISC量表经过严格的信效度检验,Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.91。③家庭坚韧力量表(Family Hardiness Index, FHI)由McCubbin等<sup>[14]</sup>研制,刘洋等<sup>[15]</sup>汉化。量表共20个条目,包括责任、控制、挑战3个维度,采用Likert 4级评分法,其中1、2、3、8、10、14、16、19、20为反向计分,其余为正向计分,总分越高,说明家庭坚韧性越好。中文版家庭坚韧性量表的Cronbach's  $\alpha$ 系数为0.803,折半信度系数为0.738。

### 2.4 资料收集方法

为确保问卷填写的准确性,对数据收集者进行统一培训,确保其理解问卷内容。签署知情同意书前,向照顾者解释研究目的和意义,确保其知情同意并积极配合。所有研究对象参与2次问卷调查:1次在干预前收集基线数据,另一次在干预结束后评估效果。研究对象在独立房间完成问卷,时间不少于20分钟。护士现场提供必要的指导与协助,并确保问卷填写无遗漏或异常。数据录入采用双人核对,确保准确性。

### 2.5 统计学方法

数据分析使用SPSS 25.0软件。对于符合正态分布的计量资料,采用 $\bar{x}\pm s$ 进行描述,并通过独立样本 $t$ 检验比较组间差异;不符合正态分布的计量资料采用中位数和四分位数描述,使用Mann-Whitney U检验进行比较。计量资料采用 $n(\%)$ 描述,组间差异用卡方检验分析。所有统计分析的显著性水平设为 $P<0.05$ 。

## 3 结果

### 3.1 干预前后两组患儿照顾者CD-RISC得分比较

干预前两组患儿照顾者的CD-RISC总分及各维度得分无显著差异( $P>0.05$ )。干预后,试验组照顾者的CD-RISC总分及各维度得分显著提高( $P<0.05$ ),具体见表2。

### 3.2 干预前后两组患儿照顾者FHI得分比较

干预前两组CI患儿照顾者的FHI总分及各维度得分

表1 CI患儿照顾者家庭赋权方案

干预时机	干预时间(分钟)	干预形式	干预方式	干预频次	干预主题	干预内容
手术后	30	一对一	面对面访谈	每周1次 共1~2次	明确目标 赋权需求	1.了解家庭状况:通过问卷调查和面对面访谈的方式,深入了解CI患儿的健康状况、家庭环境、家庭成员的能力和需要。评估家庭资源、支持系统和潜在障碍。2.明确目标:明确家庭赋权方案的具体目标,包括提升照顾者的专业技能、增强家庭成员的心理韧性、改善家庭内部的沟通与协作、提高特殊需求者的生活质量等,确保所有家庭成员对目标有共识并能够投入其中。3.签署知情同意书:确保双方对康复过程有共同的理解和期望。
出院前	30	一对一	面对面访谈	出院前1次	健康宣教 心理疏导	1.调机流程与日常养护:向CI患儿照顾者详细讲授开机后续调机流程、人工耳蜗日常养护知识。2.心理疏导:对照顾者进行心理疏导,协助其制定合适的目标和期待值。强调照顾者在康复过程中的关键作用,充分调动其主观能动性。
开机前	30	一对一	视频电话	每周1次 共4次	心理咨询 角色赋权	1.日常生活询问:询问患儿及照顾者的日常生活状况,鼓励照顾者之间分享照顾经验和康复心得。2.深入了解需求:通过开放式提问和一对一交流,深入了解照顾者的需求和困扰,观察其情绪状态,并帮助其宣泄负面情绪。3.共同分析问题:引导照顾者说出真实感受,共同分析问题原因并寻求解决方案,激励同伴间互相帮助,分享居家康复要点,以增强照顾者的信心。4.明确责任:根据家庭成员的兴趣、能力和时间,明确其在患儿言语康复过程中的角色和责任。
开机后	30	一对一	视频电话	每周1次 共12次	家庭赋权 言语康复	1.参与家庭决策:鼓励家庭成员参与言语康复过程的决策,利用家庭环境创造多人参与的言语声环境,以提高家庭成员的参与感和控制感。2.提升语训技能:教授家庭成员沙盘游戏、旋律语调训练内容和家庭语训技能,鼓励其照顾者定期召开家庭会议,使家庭成员能够共同参与至患儿的言语康复过程中。3.心理疏导:为照顾者提供心理疏导,帮助其培养积极乐观的心态,增强面对压力和困难时的忍耐力和耐受力,鼓励其不放弃。4.个性化康复方案:指导家长观察孩子的反应和耐受力,根据问题,结合家庭环境和听觉言语发展情况,共同制订个性化康复方案。5.康复日志:鼓励患儿照顾者记录患儿言语康复日志,以跟踪康复进程和效果。6.资源链接:协助家庭链接到必要的医疗资源、社区服务、经济援助和教育支持,确保家庭能够获得所需的帮助。7.生活仪式感:庆祝康复过程中的每个小成就,无论多么微小,以增强家庭成员的成就感和动力。

表2 CI患儿照顾者CD-RISC调查问卷得分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	组别	干预前	干预后
乐观	试验组	7.61±2.56	11.73±2.07
	对照组	7.80±2.02	9.07±2.03
	<i>t</i>	0.331 <sup>a</sup>	-4.275 <sup>b</sup>
	<i>P</i>	0.742	0.000*
坚韧	试验组	30.18±2.80	38.94±5.54
	对照组	30.50±1.92	31.20±2.55
	<i>t</i>	-0.445 <sup>b</sup>	-5.563 <sup>b</sup>
	<i>P</i>	0.657	0.000*
力量	试验组	19.48±2.19	22.58±3.21
	对照组	19.33±2.02	19.70±1.76
	<i>t</i>	-0.589 <sup>b</sup>	-4.457 <sup>a</sup>
	<i>P</i>	0.556	0.000*
总分	试验组	57.27±7.07	73.24±9.51
	对照组	57.63±5.88	59.97±6.15
	<i>t</i>	0.219 <sup>a</sup>	-6.635 <sup>a</sup>
	<i>P</i>	0.827	0.000*

注:a表示资料满足正态分布且方差齐,b表示资料不满足正态分布,统计量为Z;\**P*<0.05,下同

无显著差异(*P*>0.05)。干预后,试验组照顾者的FHI总分及各维度得分显著提高(*P*<0.05),见表3。

表3 CI患儿照顾者FHI调查问卷得分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	组别	干预前	干预后
责任	试验组	18.61±2.56	30.07±2.06
	对照组	17.80±2.02	25.73±2.03
	<i>t</i>	-0.154 <sup>b</sup>	-5.208 <sup>b</sup>
	<i>P</i>	0.742	0.000*
控制	试验组	13.18±2.80	22.20±4.53
	对照组	15.50±1.92	18.94±2.55
	<i>t</i>	-0.445 <sup>b</sup>	-5.563 <sup>b</sup>
	<i>P</i>	0.657	0.000*
挑战	试验组	8.48±2.19	19.70±3.21
	对照组	8.33±2.02	13.58±1.76
	<i>t</i>	-0.589 <sup>b</sup>	-4.457 <sup>a</sup>
	<i>P</i>	0.556	0.000*
总分	试验组	40.27±7.56	71.97±9.81
	对照组	41.63±5.97	58.25±6.35
	<i>t</i>	0.219 <sup>a</sup>	-6.635 <sup>a</sup>
	<i>P</i>	0.827	0.000*

## 4 讨论

### 4.1 家庭赋权方案对CI患儿照顾者心理弹性的影响

本研究结果显示,家庭赋权方案显著提升了CI患儿照顾者的心理弹性,与马思捷研究结果一致<sup>[16]</sup>。进一步分析CD-RISC量表的3个维度得分,发现乐观维度的得分比自强与坚韧维度得分低,表明CI患儿照顾者在面对疾病时往往缺乏积极乐观的心态。心理弹性是个体在逆境中恢复和成长的关键能力<sup>[17]</sup>,对于CI患儿康复具有重要影响。患儿的听力康复过程充满挑战,如年龄、人工耳蜗植入时间、照顾者自责与社会支持不足等<sup>[18~22]</sup>。本研究在检索文献的基础上,组建多学科合作团队,通过专业赋权使照顾者获得更多关于人工耳蜗康复的知识和技能,提升其自我效能感,减少心理压力。通过心理咨询师每周一次30 min视频电话和一对一交流方式,帮助照顾者识别负面情绪,制订个性化的干预方案,促进积极心态的培养。鼓励照顾者书写康复日志,以宣泄负面情绪。同时,引导其说出真实感受,共同分析问题原因并寻找解决方案,从而培养积极乐观的心态。协助家庭链接到必要的医疗资源、社区服务、经济援助和教育支持,确保家庭获得所需的帮助。积极寻求社会资源<sup>[23]</sup>,如加入患者支持组织、参与社区活动等,为照顾者提供更多的情感支持和实用信息。通过实施以上干预方案,CI患儿照顾者的心理弹性得到显著提升,有助于其更好地适应康复过程中的挑战,促进患儿的听力康复和精神康复。

### 4.2 家庭赋权方案对CI患儿照顾者家庭坚韧力量的影响

本研究发现,家庭赋权方案显著增强了CI患儿照顾者的家庭坚韧力量,与冯新宇<sup>[24]</sup>研究相吻合。家庭坚韧性是指家庭在面对逆境、压力或挑战时,保持团结、积极应对并寻求解决问题的能力<sup>[25]</sup>。对于CI患儿家庭而言,家庭坚韧性是支撑他们渡过难关、促进康复的重要力量。经济压力、高额的康复费用、沉重的照顾负担、患儿融入社会及接受教育的挑战等,都在削弱家庭坚韧力量<sup>[26]</sup>。科学的家庭康复离不开家长对康复的正确认知,本研究通过教授家庭成员沙盘游戏<sup>[27]</sup>、多人言语语音音训练<sup>[28]</sup>、旋律语调训练内容<sup>[29,30]</sup>和家庭语言训练技能<sup>[31,32]</sup>等措施,促进家庭成员之间的沟通协作,提升家庭凝聚力。通过赋权,家庭能够更好地利用社会资源和专业服务,增强家庭的应对能力和创新康复方法,为患儿提供全面的康复支持。

未来研究应进一步探讨网络远程康复平台在CI患儿家庭语言康复中的应用,构建医院-康复机构-家庭三级联动康复模式,进一步提升康复效果。此外,未来可开展多中心、大样本、纵向追踪研究,进一步验证和完善该

方案,提升CI患儿及其家庭的整体支持,促进患儿更好地康复成长。

### 参考文献

- [1] 吴皓.人工听觉植入最新进展[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2023,58(21):13-20.
- [2] 吴孟波,李欢,李少红,等.人工耳蜗植入术提高语前聋患者听觉言语能力及生活质量[J].中南大学学报(医学版),2021,46(9):989-995.
- [3] 张鑫雨,林颖,徐卓,等.Waardenburg综合征患儿人工耳蜗植入效果及影响因素研究[J].中华耳科学杂志,2022,20(5):720-725.
- [4] 王翔卉,王丽燕,申敏,等.语前听障儿童植入人工耳蜗后言语能力追踪研究[J].中国听力语言康复科学杂志,2020,18(2):147-150.
- [5] Silva JM, Yamada MO, Guedes EG, et al. Factors influencing the quality of life of children with cochlear implants[J]. Braz J Otorhinolaryngology, 2020, 86(4): 411-418.
- [6] Silva JM, Campos PD, More ALM. Influencing variables in the quality of life of children with cochlear implants: a systematic-review[J]. Cotas, 2021, 33(1): e20190153.
- [7] 芦婷,赵霞,崔梓燕,等.语前聋听障儿童人工耳蜗植入术后听觉言语能力和生活质量评估[J].中国听力语言康复科学杂志,2023,21(6):597-600.
- [8] 王霞,潘雪瑶,姜孟.人工耳蜗植入患者听觉言语康复及其影响因素研究进展[J].中国听力语言康复科学杂志,2023,21(1):65-68.
- [9] 丁伟,吴梅,侯小娟,等.影响人工耳蜗植入术后效果的原因分析[J].中国耳鼻咽喉头颈外科,2020,27(7):382-385.
- [10] 李琦.2019版美国听力学学会《人工耳蜗植入临床实践指南》解读:患者选择和适应证[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2021,35(6):491-494.
- [11] 中华耳鼻咽喉头颈外科杂志编辑委员会,中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会,中国残疾人康复协会听力语言康复专业委员会.人工耳蜗植入工作指南(2013)[J].中华耳鼻咽喉头颈外科杂志,2014,49(2):89-95.
- [12] Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience Scale (CD RISC) [J]. Depress and Anxiety,2003,18(2):7682.
- [13] 张国英.人工耳蜗植入患儿父母心理弹性与心理状况的关系及干预研究[D].郑州大学,2016.
- [14] McCubbin HI, Thompson AI, McCubbin MA. Family Assessment: Resiliency, coping and adaptation - inventories for research and practice [M].Madison: University of Wisconsin System,1996. 130-189.
- [15] 刘洋,杨金秋,叶本兰,等.中文版家庭坚韧性量表的信度和效度研究[J].护理管理杂志,2014,14(11):770-772.
- [16] 马思捷.语前聋儿童人工耳蜗植入术后心理健康与听觉言语康复的相关性研究[D].兰州大学,2023.
- [17] 汤黎,李钦委,侯凯,等.音乐互动疗法结合语言康复训练对听障儿童心理弹性、孤独程度的影响[J].中国听力语言康复科学杂志,2023,21(6):651-653.
- [18] 杨琛,尹中普,袁泉良,等.不同年龄语前聋儿童人工耳蜗植入术效果分析[J].中国临床医生杂志,2023,51(2):155-158.
- [19] 郑文雯,陈善文,姚昆,等.婴儿人工耳蜗植入术后听力言语康复的影响因素[J].中华耳科学杂志,2022,20(4):576-580.
- [20] 李启舟,乔昆,路玉婧,等.130名人工耳蜗术后听障儿童家长亲职压力

影响因素相关性研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2020, 18(1): 72-77.

[21] 赵晓雪, 王文华. 儿童人工耳蜗术后生存质量转归及影响因素分析[J]. 中国卫生统计, 2023, 40(3): 415-417, 420.

[22] 关蓬, 孙健, 姜玉莹. 人工耳蜗植入儿童社会互动能力研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2020, 18(2): 157-160.

[23] 张青, 李彦群, 贾文蓉, 等. 听力障碍和言语障碍儿童保健、康复和教育服务的国际政策架构、核心内容与优先领域研究[J]. 中国康复理论与实践, 2024, 30(4): 373-380.

[24] 冯新宇. 家庭赋权方案对人工耳蜗患儿家长照顾负担及社会支持的影响研究[D]. 山西医科大学, 2023.

[25] 叶秀娟, 王小燕, 刘桂华, 等. 抽动障碍儿童主要照顾者家庭坚韧力及影响因素研究[J]. 中华护理教育, 2021, 18(3): 279-284.

[26] 徐慧, 尚婉媛, 王宁波. 人工耳蜗植入患儿父母亲职压力和悦纳进取的关系——家庭坚韧力的中介作用[J]. 安徽医学, 2022, 43(5): 589-593.

[27] 麦凤娇, 高甜甜, 蔡卫明, 等. 旋律语调疗法联合沙盘游戏对人工耳蜗植入儿童听觉言语康复效果研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2021, 19(6): 458-460.

[28] 李丽敏, 郭森, 贾代杰. 多人言语语音训练对人工耳蜗植入术后患儿言语感知水平、语言功能康复及心理状态的影响[J]. 医学理论与实践, 2023, 36(8): 1421-1423, 1440.

[29] 孟超, 郭倩倩, 吕静, 等. 学龄前健听儿童和人工耳蜗植入儿童声调识别对比研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2024, 22(4): 393-396.

[30] 王娜娜, 刘华, 申卫东, 等. 人工耳蜗植入对语前聋患儿听觉言语康复和声调的影响[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2020, 18(6): 478-481.

[31] 周子濡, 李琦, 尚婉媛. 个性化训练对人工耳蜗植入儿童听觉言语功能的促进[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2022, 20(6): 461-464.

[32] 周胃雯. 语音知觉训练在听力语言康复中的作用研究[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2024, 22(1): 71-73.

收稿日期 2024-08-06  
责任编辑 赵倩

(上接82页)

参考文献

[1] Wu S, Wu B, Liu M, et al. Stroke in China: advances and challenges in epidemiology, prevention, and management[J]. Lancet Neurol, 2019, 18(4): 394-405.

[2] Xie Q, Chen X, Xiao J, et al. Acupuncture combined with speech rehabilitation training for post-stroke dysarthria: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials[J]. Integr Med Res, 2020, 9(4): 100431.

[3] Yang X, Shi L, Ran D, et al. The treatment of post-stroke dysarthria with a combination of different acupuncture types and language rehabilitation training: a systematic review and network meta-analysis[J]. Ann Transl Med, 2022, 10(23): 1281.

[4] 段红莉, 张中平, 许秀, 等. 初发脑卒中后构音障碍的中医针刺、言语训练联合电刺激干预效果[J]. 世界中医药, 2019, 14(1): 187-190.

[5] 卓飞男, 张中凯, 李海燕. 镜像神经元视觉反馈疗法结合语音矫治对脑卒中构音障碍的治疗效果[J]. 江苏医药, 2021, 47(9): 882-885.

[6] 阳杨, 庞子建, 刘恒鑫, 等. 励-协夫曼言语治疗对2例不同构音障碍患者嗓音的影响比较[J]. 中国听力语言康复科学杂志, 2022, 20(1): 12-15.

[7] 常丽静, 王亚辉, 邢军, 等. 构音小组综合康复训练对脑卒中后构音障碍患者言语功能及生活质量的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(9): 792-796.

[8] 陈静. 多层次执行功能训练护理模式对脑出血患者术后康复效果的影响[J]. 临床护理杂志, 2023, 22(2): 51-54.

[9] 国家卫生健康委脑卒中防治工程委员会. 中国脑卒中防治指导规范(2021)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021. 155.

[10] Riolo V, Pizzorni N, Guanziroli E, et al. Cross-cultural adaptation into Italian and validation of the Frenchay dysarthria assessment - 2[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2022, 58(3): 342-351.

[11] 赖日英, 董文兴, 颜海霞, 等. 腹式呼吸训练结合语音训练在弛缓型构音障碍方面的运用效果[J]. 中国妇幼健康研究, 2017, (S1): 519-520.

[12] 章丽雅, 徐福, 叶祥明, 等. 头皮针结合体针对脑卒中后构音障碍的疗效[J]. 中国康复医学杂志, 2019, 34(3): 334-336.

[13] 王玉龙. 康复功能评定学[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2013. 154-400.

[14] 葛胜男, 王勇丽, 尹敏敏, 等. 脑卒中构音障碍患者元音产出特征与言语清晰度的相关性[J]. 中国康复理论与实践, 2021, 27(1): 43-47.

[15] Yang X, Shi L, Ran D, et al. The treatment of post-stroke dysarthria with a combination of different acupuncture types and language rehabilitation training: a systematic review and network meta-analysis[J]. Ann Transl Med, 2022, 10(23): 1281.

[16] Butt AK, Zubair R, Rathore FA. The role of Augmentative and Alternative Communication in Speech and Language Therapy: A mini review[J]. J Pak Med Assoc, 2022, 72(3): 581-584.

[17] Spencer KA, Brown KA. Dysarthria following Stroke[J]. Semin Speech Lang, 2018, 39(1): 15-24.

[18] 杜丽, 何佳. 认知功能训练对脑卒中后失语症患者康复效果分析[J]. 医药前沿, 2021, 11(3): 11-12, 15.

[19] Qiao J, Wu ZM, Ye QP, et al. Relationship between Post-Stroke Cognitive Impairment and Severe Dysphagia: A Retrospective Cohort Study[J]. Brain Sci, 2022, 12(6): 803.

[20] Polanowska KE, Iwański S, Leśniak MM, et al. Computer-assisted training of executive functions in adult patients with non-progressive acquired brain damage—a pilot study on efficacy of a new therapeutic application[J]. Appl Neuropsychol Adult, 2022, 24: 1-12.

[21] Liu M, Qian Q, Wang W, et al. Improvement in language function in patients with aphasia using computer-assisted executive function training: A controlled clinical trial[J]. PM R, 2022, 14(8): 913-921.

[22] 骆晓静, 石拓, 刘强. 计算机化认知训练对脑卒中后认知功能障碍的影响[J]. 卒中与神经疾病, 2020, 27(6): 821-823.

[23] 韦添元, 林煜凡, 何怡, 等. 计算机辅助训练对脑卒中后构音障碍患者的效果[J]. 中国康复理论与实践, 2024, 30(5): 520-525.

收稿日期 2024-04-07  
责任编辑 薛静