

点刺金津、玉液配合言语训练治疗 脑卒中后构音障碍疗效观察

郝盼富,董 贇,孙善斌,徐秋利,陈四芳

(安徽中医药大学第二附属医院康复科,安徽 合肥 230061)

[摘要]目的 通过运用点刺金津、玉液配合言语训练的方法对脑卒中后构音障碍患者进行治疗,观察该法的临床疗效。**方法** 按照入组顺序将120例分为治疗组和对照组,每组60例,治疗组采用点刺金津、玉液配合言语训练进行治疗,其中金津穴、玉液穴向舌根方向针刺1~1.2寸,点刺放血,每次每穴放血3~6滴,隔日1次,4周为1个疗程。对照组单纯使用言语训练方法治疗,4周为1个疗程。治疗前后采用Frenchay构音障碍评价量表对两组患者进行疗效评定。**结果** 两组治疗后Frenchay构音障碍评定量表a项数与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),两组差值比较,差异有统计学意义($P<0.05$);两组临床疗效分布比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 点刺金津、玉液配合言语训练对脑卒中后构音障碍的改善优于单纯言语训练。

[关键词]金津穴;玉液穴;针刺;言语训练;脑卒中;构音障碍

[中图分类号]R744 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2018.05.014

脑卒中中以猝然昏倒、偏身不遂、口眼歪斜、言语不利为主症;构音障碍是指由于神经、肌肉等方面的病变或结构异常所致与言语功能相关的肌肉出现不协调运动,主要表现为发音大小、发音速度、咬字清晰度、音准、音调等方面的异常。可表现为由上运动神经细胞损伤所导致的弛缓性构音障碍、由下运动神经细胞损伤所导致的痉挛性构音障碍、由小脑或脑干损伤所致的运动失调性构音障碍、由锥体外系

损伤所致的运动过弱(强)性构音障碍及上、下运动神经细胞同时损伤所导致的混合性构音障碍^[1]。构音障碍是脑卒中后仅次于偏瘫的第二大并发症,影响患者康复训练及日常生活,也因此增加了患者的住院周期,不同程度加重了患者及其家庭的经济、精神负担,同时也给社会资源带来不必要的浪费。目前,西医对该病的治疗方法多以言语康复训练为主,中医治疗多采用针、药兼施,同时配合言语康复训练,临床上亦取得较好效果^[2-3]。刺血疗法是中医学的一大特色疗法,通过查阅相关文献,单纯采用刺血

作者简介:郝盼富(1983-),男,硕士,主治医师

Instant Antipyretic Effect of Different Techniques of Massage at Tianheshui Point in Children with Exogenous Disease: A Comparative Analysis

XU Shi-xiang

(Jiangsu Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Nanjing 210029, China)

[Abstract] **Objective** To investigate the instant antipyretic effect of different techniques of massage at Tianheshui point. **Methods** A total of 94 children were divided into Qingtianheshui group, Qutianheshui group, and Damaguotianhe group according to their age. Axillary temperature, total symptom score, and adverse event score were measured to evaluate clinical outcomes and adverse events. **Results** After treatment, the Damaguotianhe group had significantly lower axillary temperature and total symptom score than the other two groups ($P<0.05$), and there were no significant differences in axillary temperature and total symptom score between the Qingtianheshui group and the Qutianheshui group ($P>0.05$). The Qingtianheshui group and the Qutianheshui group had a significantly lower adverse event score than the Damaguotianhe group ($P<0.05$). **Conclusion** All three techniques of massage have an antipyretic effect. The Damaguotianhe technique has the best instant antipyretic effect, but it may cause skin lesion; the Qingtianheshui and Qutianheshui techniques are safe and reliable and have a similar antipyretic effect.

[Key words] Pyrexia in children; Tianheshui; Massage technique; Instant antipyretic effect

疗法治疗脑卒中后构音障碍的报道较少。因此,本研究通过运用点刺金津、玉液配合言语训练的方法治疗脑卒中后构音障碍患者,并观察其构音功能的改善情况。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑卒中的诊断参照1996年国家中医药管理局脑病急症协作组起草的《中风病诊断与疗效评价标准》^[4]及1995年全国第四届脑血管病学术会议“各类脑血管疾病诊断标准”^[5];构音障碍评定方法参考Frenchay构音障碍评价量表(河北省人民医院康复中心修订)^[6]。

1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准,并经头部CT或MRI确诊;②意识清醒,生命体征稳定,神经系统症状不再加重48h后;③年龄为35~75岁;④病程2~180d,无认知障碍;⑤患者能积极配合,签署知情同意书,完成临床研究。

1.3 排除标准 ①不符合纳入标准的患者;②合并有心、肺、肾等内科危重疾病;③妊娠或哺乳期妇女。

1.4 一般资料 120例患者均来自2015年10月至2017年10月安徽中医药大学第二附属医院住院部及康复中心,被随机分对照组和治疗组,每组60例。对照组男36例,女24例;平均年龄(59.6±9.1)岁;平均病程(1.00±0.74)个月;脑出血32例,脑梗死28例。治疗组男38例,女22例;平均年龄(59.3±8.7)岁;平均病程(1.02±0.68)个月;脑出血35例,脑梗死25例。两组患者性别、年龄、病程及脑卒中性质比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.141, P=0.707$;年龄: $t=0.184, P=0.854$;病程: $t=0.154, P=0.878$;脑卒中性质: $\chi^2=0.304, P=0.581$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 基础治疗 所有纳入病例均按照《中国脑血管病防治指南》^[7]给予控制血压、血糖、调节血脂等对症治疗,防治并发症。

2.1.2 治疗组 (1)点刺玉液、金津。①操作:患者半卧位或坐位,嘱其伸舌。施术者用无菌纱布或拔舌器固定住患者的舌前部;如患者无法伸舌,可令其将口张开,施术者戴无菌手套,将手伸入患者口内,并固定舌前部。用75%乙醇棉球对针刺穴位进行常规无菌操作,金津、玉液穴及咽喉壁均向舌根方向针刺1~1.2寸,点刺放血,每次每穴放血3~6滴,出血后鼓励患者尽量大声说话。②疗程:隔日治疗1次,4周为1个疗程。(2)言语训练。①松弛训练:指导患者深呼吸并按自下而上的顺序放松全身各部

肌群,每个动作保持3s,然后放松,连续10遍。②呼吸训练:患者取坐位,缓慢由鼻吸气,然后再缓慢由嘴呼出。注意膈肌、肋骨运动方向。每次呼吸之间要有停顿,防止过度换气,在一口气内尽量做多次强度改变。指导患者仔细体会膈部运动、压力的改变。③发音器官运动训练:主要是下颌训练,嘱患者尽量张嘴,下颌下降时,再闭嘴,缓慢重复5次,期间速度逐步加快,但要注意保持上、下颌之间运动范围尽可能保持最大。唇训练:要求患者上、下唇最大程度向前噘(发u音),然后最大程度向后收(发i音),缓慢重复5次。期间逐渐加快交替运动的频率,尽量保持唇部较大的运动范围。舌训练:嘱患者尽量将舌向外伸,然后回缩,分别向上、向后、向左、向右卷起,重复5次后休息,期间运动次数逐步增加。软腭训练:嘱患者用力叹气,以促进软腭抬高,也可用棉签等物直接刺激软腭。如软腭瘫痪程度较轻,可以选择用冰块快速刺激软腭,1~3s后休息,该方法可提高软腭肌张力。④发音训练:患者在镜子前练习发音,以便发现发音不足之处,及时纠正,练习时双唇紧闭、尽量鼓腮,使口腔内气体压力升至较高,在发音时快速让气体自双唇爆破而出,原则上先元音,后辅音,最后完成单词和句子的训练。⑤韵律训练:主要分为重音及节奏的控制,让患者尽可能大声朗读诗词或报纸,注意节奏的控制,治疗师通过敲打节奏以帮助患者更好地控制节奏,当患者初步掌握节奏、重音的发音方法,后期韵律训练的重心点主要是让患者在日常生活上如何发现及控制言语上的节奏和重音,医患双方共同把日常生活中的对话标出重音,患者大声读出标记有重音的日常语言。疗程:言语训练每日1次,每次30min,4周为1个疗程。

2.1.3 对照组 采用单纯言语训练,每日1次,每次30min,4周为1个疗程。

2.2 观察指标及方法 选用Frenchay构音障碍评定量表分别在治疗前和治疗1个疗程后对患者各进行1次评价,从舌喉等构音器官、咳嗽及吞咽反射、呼吸等方面评价构音器官损伤的严重程度。检查内容分为8大项,每项又分2~6个子项,共28项。评价者对每一项功能进行具体评价,各子项按损伤程度不同分为a、b、c、d、e级,a级为正常,e级为严重损伤,患者经治疗后,a项越多提示言语功能恢复越佳。分级评定结果用a项数进行判定。正常:a项数为27~28;轻度障碍:a项数为18~26;中度障碍:a项数为14~17;重度障碍:a项数为7~13;极重度障碍:a项数为0~6。经评定a项数<27提示

构音障碍。

2.3 疗效评定标准 痊愈: Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数为 27~28, 且患者的言语清晰度基本恢复正常; 显效: 评分结果上升等级 ≥ 2 个, 且患者言语清晰度、舌唇面腭运动及音调、音量等症状均有较大改善; 有效: 评分结果提高 1 个等级, 患者言语清晰度、舌唇面腭运动及音调、音量等症状均有部分改善; 无效: 评分结果无明显变化, 症状亦基本无变化。

2.4 统计学方法 数据收集后采用 SPSS 19.0 统计软件进行统计分析。连续型变量采用“均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$)”进行统计学描述。当数据呈正态分布时, 同组治疗前后均数比较采用配对 t 检验, 两组间均数比较采用两个独立样本 t 检验; 当数据呈偏态分布时, 同组治疗前后中位数比较采用秩和检验 (Wilcoxon 符号秩和检验), 两组间数据分布比较采用秩和检验 (Mann-Whitney U 检验)。两组临床疗效的分布比较, 采用 Mann-Whitney U 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后 Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数比较 两组治疗后 Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示两种治疗方法均能改善脑卒中后构音障碍患者的构音功能。两组差值比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 提示点刺金津、玉液配合言语训练的方法疗效更佳。见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	a 项数		
		治疗前	治疗后	差值
对照	60	5.77 \pm 6.21	10.39 \pm 6.09*	4.62 \pm 3.93
治疗	60	5.69 \pm 4.18	16.03 \pm 8.01*	10.34 \pm 5.21#

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$; 与对照组比较, # $P < 0.05$

3.2 两组临床疗效比较 两组临床疗效分布比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 结合平均秩次可以认为治疗组临床疗效优于对照组。见表 2。

表 2 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z 值	P 值
对照	60	2	12	22	24	69.33	-2.982	0.003
治疗	60	4	16	34	6	51.67		

4 讨论

神经系统出现病变后, 对言语功能有极大影响。言语是由多个结构与系统不间断活动产生的^[8], 因此受影响的神经、肌肉系统可能是上、下运动神经细胞、椎体外系、小脑或神经肌肉结合处与言语发出机

制的肌肉组织, 而脑卒中所导致的构音功能障碍的发病率是 30%~40%。现代医学认为, 有效的言语训练可以使受抑制的神经通道接收对应刺激, 从而改善口、唇、舌的功能, 促进构音器官功能恢复^[9]。TJADEN 等^[10]研究发现, 音调的改变或频率的变化会影响患者的言语能力, 从而证明增加音调响度或降低声音频率, 有利于发声。李玲^[11]对 40 例脑卒中后构音障碍患者行规范化言语训练, 结果提示该种言语训练能够有效改善脑卒中后构音障碍患者构音功能, 使患者尽早建立良好的言语功能。何怡^[12]通过对 30 例重度痉挛型构音功能障碍患者的言语治疗, 结果发现改善率为 90%, 提示不管是医师还是患者本人, 都应重视言语训练。郑钦等^[13]在脑瘫患儿常规治疗基础上, 加用口部运动治疗, 采用“构音障碍检查法”(中国康复研究中心版)评价疗效, 结果显示观察组和对照组总有效率分别为 84.8% 和 15.6%, 差异有统计学意义。因此认为构音模式的改善受口、面部运动影响。

脑卒中后构音障碍可归属于中医学“暗瘕”“喉痹”等范畴。其病因病机与各脏腑功能紊乱有关, 皆由风、火、痰、瘀等壅阻窍隧, 导致咽喉失用而成。金津、玉液两穴位于舌下系带两旁的静脉。主治喉痹, 失语等。《针灸大全》称其为“奇穴”(左为金津, 右为玉液)。《备急千金要方》曰:“治舌卒肿……气息不得通, 须臾不治杀人。刺舌下两边大脉出血……。”《针灸经外奇穴治疗诀》曰:“金津、玉液, 口内舌下面正中舌系两侧之静脉上, 左名金津, 右名玉液。主治口疮、舌炎、消渴……喉痹, 针二分, 出血。”随着国内外医学界对中医学的认可及肯定, 针灸疗法作为治疗脑卒中后构音功能障碍的有效方法, 其科学性和有效性得到学者及临床医生的充分肯定^[14-17]。诸多临床研究均证实, 风府、风池、哑门、翳风、廉泉、旁廉泉、合谷、足三里、通里诸穴相配能促进脑卒中患者言语功能康复, 改善大脑、椎-基底动脉、颈动脉等血液循环, 改善脑部言语功能区, 从而改善患者言语功能。

本研究针刺方案选用了玉液、金津穴点刺放血同时配合言语训练, 该治疗方法应用广泛, 适用于多种原因引起的构音障碍, 同时对于脑卒中急性期患者, 只要患者意识清醒, 生命体征平稳, 均可采用该方法治疗。评定采用 Frenchay 评价法, 该评定从患者唇、颌、腭、喉、舌运动, 呼吸, 言语可理解度, 通过局部解剖和感觉检查等方面综合评价患者构音障碍程度, 此法优点在于分级较详细, 评分简单、方便, 易于掌握, 为临床动态观察患者言语功能变化、疗效判定提供客观依据, 方便后期科研统计。研究结果

表明,两组治疗后 Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数均较治疗前有明显改善 ($P < 0.05$),说明两种疗法对脑卒中后构音障碍的改善均有效果。两组间 Frenchay 构音障碍评定量表 a 项数差值比较,差异有统计学意义 ($P < 0.05$),提示点刺玉液、金津联合言语康复训练在促进患者言语功能恢复方面更有优势,优于单纯言语训练治疗,值得纳入脑卒中后构音障碍患者的康复方案中。

参考文献:

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:28.
- [2] ALI M,LYDEN P,BRADY M. Aphasia and dysarthria in acute stroke;recovery and functional outcome[J]. Int J Stroke,2015,10(3):400-406.
- [3] 李季,胡卡明,杨玲,等. 针刺结合言语康复训练治疗脑卒中后构音障碍的临床研究[J]. 中华中医药杂志,2015,30(7):2593-2596.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症科研组. 中风病诊断及疗效评定(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [5] 全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [6] 汪洁. 构音障碍综合性评价量表的编制[J]. 中国康复医学杂志,1998,13(6):242-244.
- [7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[J]. 中风与神经疾病杂志,2005,22(5):388-392.
- [8] 李胜利. 言语治疗学[M]. 北京:华夏出版社,2007:77.

- [9] 罗开涛,钱立峰,颜玉琴,等. 针刺配合言语康复训练治疗中风后构音障碍疗效分析[J]. 中国中医药科技,2012,19(4):361-362.
- [10] TJADEN K,WILDING G. The impace of rate reduction and increased loudness on fundamental frequency characteristics in dysarthria[J]. Folia Phoniatica Et Logopaedica,2011,63(4):178-186.
- [11] 李玲. 语言治疗对脑卒中患者构音障碍恢复的影响[J]. 按摩与康复医学,2012,3(11):18-19.
- [12] 何怡. 30例重度痉挛型构音障碍患者的言语康复[J]. 中国康复理论与实践,2010,16(9):820-821.
- [13] 郑钦,沈敏,何龙文. 口部运动治疗对脑瘫患儿构音障碍的疗效观察[J]. 中国康复理论与实践,2012,18(4):360-361.
- [14] 丛文杰,杜忠衡,胡欢,等. 不同针刺方法治疗缺血性脑卒中后构音障碍的疗效对比研究[J]. 上海针灸杂志,2016,35(11):1269-1272.
- [15] 武志佳,胡卡明,郭耀光,等. 针刺结合言语康复训练治疗脑卒中后痉挛性构音障碍:多中心随机对照研究(英文)[J]. World Journal of Acupuncture-Moxibustion,2014,24(04):12-16.
- [16] 赵援非,王学远. 解痉正音针刺法治疗脑卒中后痉挛型构音障碍的临床疗效观察[J]. 黑龙江中医药,2015,44(1):41-42.
- [17] 赵妍妍,白俊敏. 项针配合言语训练治疗脑卒中后失调型构音障碍的疗效[J]. 中国康复,2013,28(1):38-40.

(收稿日期:2017-11-28;编辑:曹健)

Clinical Effect of Pricking at Jinjin and Yuye Points Combined with Speech Training in Treatment of Post-stroke Dysarthria

HAO Pan-fu, DONG Yun, SUN Shan-bin, XU Qiu-li, CHEN Si-fang

(Department of Rehabilitation Medicine, The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230061, China)

[Abstract]Objective To investigate the clinical effect of pricking at Jinjin and Yuye points combined with speech training in the treatment of patients with post-stroke dysarthria. **Methods** A total of 120 patients were divided into treatment group and control group according to the order of enrollment, with 60 patients in each group. The patients in the treatment group were given pricking at Jinjin and Yuye points (with a depth of 1-1.2 cun towards the tongue root and 3-6 drops of blood from each point each time) every other day combined with speech training, and those in the control group were given speech training alone. Each course of treatment was 4 weeks. The Frenchay dysarthria evaluation scale was used for evaluation before and after treatment. **Results** Both groups had a significant change in the number of a-items in the Frenchay dysarthria evaluation scale after treatment ($P < 0.05$), and the treatment group had a significantly greater change than the control group ($P < 0.05$). There was a significant difference in the distribution of clinical outcomes between the two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** Pricking at Jinjin and Yuye points combined with speech training has a better clinical effect than speech training alone in improving post-stroke dysarthria.

[Key words] Jinjin acupoint; Yuye acupoint; Acupuncture; Speech training; Stroke; Dysarthria