

### 3.1 疗效评价标准

痊愈:症状消失, HAMD评分 < 8分;显效:症状基本消失, HAMD评分 8~10分;有效:症状改善, HAMD评分较治疗前降低, HAMD评分 10~17分;无效:症状无明显改善, HAMD评分 > 17分。

### 3.2 两组临床疗效比较

治疗组 30例,痊愈 6例,显效 8例,有效 10例,无效 6例,总有效率为 80.0%;对照组 30例,痊愈 7例,显效 10例,有效 8例,无效 5例,总有效率为 83.3%。两组比较,疗效无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。

### 3.3 不良反应

治疗组未发现明显不良反应。对照组口干 4例,恶心 2例,嗜睡 3例,出汗增多 5例,头痛 2例,癫痫 2例,性功能障碍 2例。

## 4 讨论

中风后抑郁症属于中医“郁证”范畴。中风后抑郁症的主要病因为中风后肝失疏泄,脾失健运,心失所养,与肝、脾、心三个脏腑皆有相关,但各有侧重。肝气郁结多与气、血、火相关,而食、湿、痰主要关系于脾,心则多表现为虚证,如心神失养、心血不足、心阴亏虚等,也有一些属于正虚邪实,虚实夹杂的证候。抑郁症初病在气,久病及血,故气滞血瘀的证候在临床上十分多见,抑郁症日久不愈,往往损及脾肾,造成阳气不振、精神衰退证候。

调神解郁汤是以柴胡疏肝散为底方化裁而成。柴胡、枳壳、桔梗疏肝理气,丹参养血活血化瘀;黄芪补气升阳,与丹参配伍,以补气生血;郁金活血行气止痛,解郁清心;酸枣仁、远志养心安神,豁痰开窍;全方共奏疏肝解郁、益气养血、活血安神之功。《素问·脉要精微论》中指出:“头者精明之府”;《类经·疾病类》亦载:“五脏六腑之精气,皆上升于头,以成七窍之用”。由于头为诸阳之会,人之手足三阳经以及督脉,均上行头部。头针选位居督脉经的额中线及位居胆经、胃经的额旁1线、额旁2线、额旁3线。本组头针所过之处乃元神所居之所,故针刺头针可以起到调神通络、宁心安神的作用。从西医解剖结构而言,本组头针位于大脑前额区皮层,其与人的情绪、抽象思维和高级神经活动有关,因此,本组头针能够安神定志,治疗情感、智力、神志、精神障碍等疾病。

## 参考文献

- [1]全国第四届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中国实用内科杂志,1997,17(5):313-315.
- [2]中华医学会脑神经科分会.中国精神障碍分类与诊断标准[M].3版.济南:山东科学技术出版社,2001:87-88.
- [3]朱昌明,张明园.汉密尔顿抑郁量表[S]./张明园主编.精神科评定量表手册[M].长沙:湖南科技出版社,2003:151-165.

(收稿日期:2010-08-06;修回日期:2010-10-27)

[编辑:黄健]

# 针刺配合言语训练治疗脑卒中后构音障碍 30例

葛亚博

(河南中医学院第一附属医院康复中心,郑州市人民路19号,450000)

通讯方式:geyabo@hotmail.com

[关键词] 针刺;言语训练;构音障碍;脑卒中

构音障碍是脑卒中的主要症状之一,本试验主要观察由假性球麻痹引起的构音障碍。假性球麻痹是由双侧上运动神经元病损(主要是运动皮质及其发出的皮质脑干束)使延髓运动性颅神经核,以及脑桥三叉神经运动核失去了上运动神经元的支配发生中枢性瘫痪所致,临床表现为舌、软腭、咽喉、颜面和咀嚼肌的中枢性瘫痪,假性球麻痹临床特点之一为构音障碍。

## 1 临床资料

在2009年5月~2010年5月在河南中医学院第一附属医院康复中心选取60例。将60例病例分为治

疗组和对照组,各30例。其中治疗组男19例,女11例;年龄38~79岁,平均(57.07±11.67)岁;平均病程(70.20±52.24)天,脑梗死17例,脑出血13例。对照组男21例,女9例;年龄39~78岁,平均(58.13±11.58)岁;平均病程(71.40±51.33)天;脑梗死18例,脑出血12例。两组患者一般情况经Ridit分析差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。

纳入标准:根据1995年全国第四届脑血管病学术会议所定《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[1]</sup>制定;根据病史、症状、体征、头颅影像学检查定位确诊。本试验由脑卒中引起的假性球麻痹所导致的构音障碍,中医辨证为风痰阻络,排除严重认知障碍和其他危险因素。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

2.1.1 针刺治疗 治则:疏风化痰,开窍利喑。选穴:廉泉、翳风、风池、金津、玉液、咽喉壁点刺。操作方法:廉泉、翳风穴:向舌根刺入1.0~2.0寸,提插手法,使患者舌部、咽部有酸胀困感。风池穴:针向咽喉部,进针1.0~1.5寸,施小幅度高频率捻转泻手法,得气后针感向整个舌部和咽部放射。金津、玉液:让患者张口,舌体上翘,快速用1.5寸针点刺,以出血0.5~1ml为度。咽喉壁点刺:让患者张口,用压舌板向下压住舌体,清楚暴露咽后壁,用3寸长毫针点刺咽后壁3~5下,点刺深度为1mm左右。

2.1.2 言语训练 由言语治疗师进行语言训练(一对一方式,1次/天,20min/次),依据患者所存在问题进行。①发音器官运动,训练唇、舌、软腭的运动,如弹舌、鼓腮、清嗓子、吹气等。②呼吸运动,进行呼吸训练,学会控制气流,以冲击声带发出声音。③发音训练,开始练习发音时令患者呼吸时咳嗽,发出韵母“啊”。促进发育,练习持续发音,一口气尽可能长地发出元音;音量控制:由小到大,再由大到小,交替改变音量;音调控制:逐步扩大音调范围;共鸣:深吸气,鼓腮,维持数秒,然后呼出;或将麦杆置于口中吹气,发出双唇音(h, p)以及摩擦音(f, s),再练较难的辅音(s, k)。在患者掌握了各个音素的发音之后,作单词和句子的发音练习。

### 2.2 对照组

治疗方案和治疗组言语训练方案相同。

## 3 疗效观察

### 3.1 疗效评判标准<sup>[2]</sup>

1级:声音清楚,吐字清晰,言语表达良好(5分)。2级:吐字尚清晰,声音略嘶哑,可基本对话(4分)。3级:吐字欠清,音嘶声重,言语表达不完整(3分)。4级:吐字不清,音嘶难辨,可发出词不成句(2分)。5级:不能发音(1分)。

按此标准总积分为5分,入院基础分应小于3分。疗效评定根据入院基础分,增分 $\leq 1$ 分为无效;增分=2分为有效;增分 $\geq 3$ 分,或各项评分均达1级水平为显效。

### 3.2 结果

治疗组30例,显效8例,有效20例,无效2例,总有效率为93.3%;对照组30例,分别为2例、21例、7例、76.7%。两组疗效比较,治疗组优于对照组( $P < 0.05$ )。

## 4 讨论

构音障碍属中医“喑痹”、“舌謇”等范畴,古籍中有相似记载。如《奇效良方》云:“喑痹之状,舌强不能语者,足废不能用。”可见“喑”即舌不能言,“痹”即废不能用。《灵枢·忧恚无言》篇云:“咽喉咙者,气之所以上下者也;会厌者,音声之户也;口唇者,音声之扇也;舌者,音声之机也;悬雍垂者,音声之关也;颃颥者,分气之所泄也;横骨者,神气所使,主发舌者也。”说明口舌咽喉与发音、言语有密切关系。清代程国彭《医学心悟·中风不语辨》中记载:“若胞络受邪,则时错时醒,或时自喜笑,若脾经不语,则人事明白,或口缓,口角流涎,语言謇涩,若肾经不语,则腰足痿痹,或耳聋遗尿,以此为辨。”是按心、脾、肾三经进行分证。《灵枢·寒热病》篇云:“暴暗气鞭,取扶突与舌本出血。”《针灸大成》云:“风池主……气塞涎上不语。”《铜人腧穴针灸图经》载:“口噤舌根急缩,下食难,取廉泉、翳风治喑不能言”。可见古代对构音障碍症状、机理和治疗都有详细的论述。现代医学治疗构音障碍主要是言语训练,取得了一定疗效,针灸是传统治疗的主要方法。风池为足少阳、阳维之会,同时足少阳胆经又与循喉咙之后的足厥阴肝经相表里,故针风池可以醒脑开窍利喑。高维滨等根据“近部选穴”原则,通过针刺风池等颈项部腧穴,可以直接通过感觉纤维恢复这些腧穴所在的神的运动纤维功能,可直接调整颏舌肌的伸曲,会厌及咽缩肌等肌肉功能,从而使言语吞咽障碍得以改善<sup>[3]</sup>。廉泉,又名舌本,位于人体的颈部,当前正中线上,内有舌静脉、舌下神经。当舌骨的下缘凹陷处取穴,是任脉穴位,为任脉、阴维脉之交会穴,主治语言不清、吞咽困难之要穴,具有开窍利喑之功效。金津、玉液穴位于舌面下,舌系带两旁的静脉上,布有舌下神经和舌神经。属经外奇穴,通过经络与诸脏腑互相联系,是脏腑气血交聚相连的枢纽。并且治疗穴位处和邻近处病变,直达通利利窍之功。

### 参考文献

- [1] 中华神经学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经外科杂志,1997,13(1):3-5.
- [2] 杨永梅.脑卒中后假性球麻痹致吞咽困难的针刺治疗[J].天津中医药,2005,22(6):475.
- [3] 高维滨.项针治疗假性球麻痹的临床研究[J].上海针灸杂志,2000,19(6):14-15.

(收稿日期:2010-08-13;修回日期:2010-10-27)

[编辑:黄健]