

[8] 郑延平, 主编. 生物反馈的临床实践. 北京: 高等教育出版社, 2003; 25-60.

578-582.

(修回日期: 2008-07-02)

[9] Guthrie E, Barlow J, Fernandes L, et al. Changes in tolerance to rectal distension correlate with changes in psychological state in patients with severe irritable bowel syndrome. Psychosom Med, 2004, 66:

(本文编辑: 松 明)

· 个案报道 ·

构音训练加电针治疗格林-巴利综合征颅神经损害 1 例报道

李莎 覃勇

一、病例资料

患者丁某某, 女, 21 岁, 因“吐词不清 1 个月, 吞咽困难、口角流涎半个月”入院。入院诊断为格林-巴利综合征。体检及辅检: 生命体征正常, 双额纹消失, 双侧鼻唇沟变浅, 伸舌居中, 咽反射减弱, 悬雍垂、软腭上抬差, 四肢肌力、肌张力正常。脑脊液及头颅 MRI 检查正常。语言功能评价: 构音器官检查及构音检查^[1]测试——自发音音量小, 音调偏低, 鼻音过重, 有明显的鼻漏气, 最长呼气时间及最长发音时间短(6~7 s), 口唇动作不到位, 运动不协调, 大量非送气音送气化, 构音粗大运动存在, 软腭上抬力量减弱。语言清晰度通过“全国第二次残疾人调查测语言清晰度的 50 个词”^[1]测试的 50%。入院后即开始构音训练和电针治疗。

1. 构音训练: ①冰刺激训练——用冰棉棒依顺序刺激唇、双颊内侧及硬、软腭, 每日 5~10 min。②呼吸训练——鼓励患者放松, 采用鼻吸口呼的方式, 在呼气末时轻轻挤压胸廓使呼气相延长, 配以空咽训练, 辅助提喉, 每日训练 10~20 min。③唇舌操训练——通过视觉刺激训练患者模仿各种唇舌动作, 部分动作需要借助手法或压舌板协助完成, 每次训练 5~10 min, 每日 1~3 次。④发音训练——先做无声的构音运动, 最后轻声地引出靶音。原则是先原音再辅音再到辅-原结合, 每日训练 10~20 min。⑤纠正错音训练——主要是通过反复视听觉联合刺激让其掌握正确发音的口形舌位, 让其自己辩音来达到反馈的效果, 每日训练 15~20 min。

2. 电针: 选地仓、下关、颊车、颧髂、丝竹空、阳白、廉泉、上廉泉、金津、玉液, 捻转进针后, 采用上海产 G6805-2 型治疗仪, 频率为 3.3 Hz, 连续波和疏密波交替用, 每日 1 次, 每次 30 min; 三棱针点刺金津、玉液放血, 每 3~4 d 1 次。

该患者在我科连续治疗 2 个月后, 说话费力程度明显减轻, 音调音量也大有改善, 最长呼气时间及最长发音时间均延长至 12 s 以上; 治疗 30 d 和 60 d 后, 语言清晰度分别达到 70% 和 85%; 在语速放慢的情况下, 基本无错音出现; 双侧面瘫也有较大改善, 面部表情及口唇运动较前协调。但还有少量鼻漏气、说话易疲劳、吞咽大块固体食团顺畅度欠佳等问题。

二、讨论

格林-巴利综合征是以急性起病的周围神经和颅神经机能障碍为特征的免疫介导性疾病。发病率大约为 0.6~1.9/10 万人。首发症状多为对称性肢体无力伴有感觉异常和反射消失^[2]。

以“构音障碍”为首发症状的单纯颅神经受损表现的格林-巴利综合征患者在临床并不多见。患者往往自以为是发声器官的问题而首先就诊于五官科, 经辗转再到神经内科最后明确诊断则常常延误了最佳治疗时期。所谓“构音障碍”是由于神经病变, 与言语有关的肌肉麻痹、收缩力减弱或运动不协调所致的言语障碍^[1]。而构音器官中大多数也同为吞咽器官, 所以许多患者伴有不同程度的吞咽障碍。临床对脑卒中后引起的构音及吞咽障碍进行早期的康复训练所取得的疗效已得到广泛肯定, 但对症状不典型的格林-巴利患者进行早期的康复干预却少有报道。

本科收治的这例患者, 通过 2 个月的构音训练与电针治疗, 取得了较好的效果。其机制为, 构音训练可最大限度地提高患者唇舌及面部的残余肌力, 增强其灵活度, 改善语言清晰度^[3]。针刺所选用的任脉廉泉穴是取其调和脏腑、通利咽喉的作用^[4]。因舌根处分布有舌下神经及咽神经的分支, 电针刺激可通过神经回路促进引起语言的神经反射, 促使未受累神经细胞进行代偿, 加快语言功能的恢复^[3]。另外, 有针对性地对某些欠缺动作进行功能训练, 可加强口、舌、喉诸肌及面部肌肉随意运动的能力^[5], 同时配合面部穴位针刺能疏通经气, 使患者双侧面瘫得到改善, 且面部肌肉运动能力的增强可使患者更好地控制呼吸、语音和语调, 进一步地增强语言清晰度。对吞咽功能应通过吞咽反射的引发性和吞咽运动的协调性来判断^[6], 根据该例患者的临床表现, 我们仅采取了空咽及辅助提喉训练, 随着构音器官神经支配的改善该患者的吞咽功能也因而得到了改善。国外已把针灸治疗与功能训练称之为“新趋热疗法”^[7]。

参 考 文 献

- [1] 李胜利, 主编. 言语治疗学. 北京: 华夏出版社, 2004; 84-89.
- [2] LEWIS PR, 著, 高旭光, 主译. MERRITT'S 神经病学. 沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2002; 592.
- [3] 丘卫红, 窦祖林, 张百祥, 等. 功能性构音障碍语言评价及训练效果的分析. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25; 39-41.
- [4] 于秀梅. 舌针为主配合康复训练治疗中风后构音障碍. 中华中医药学刊, 2007, 25; 627.
- [5] 马玉梅. 脑卒中患者假性延髓麻痹构音障碍的康复治疗. 中外健康文摘, 2008, 5; 60.
- [6] 李舜, 丘卫红, 万桂芳, 等. 低频电刺激联合吞咽训练治疗咽部期神经源性吞咽障碍的疗效观察. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30; 36.
- [7] 刘路然, 马艳春. 延髓背外侧综合征患者吞咽及构音障碍的综合治疗. 中国临床保健杂志, 2008, 11; 260.

(修回日期: 2008-10-03)

(本文编辑: 阮仕衡)

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2009. 01. 011

作者单位: 443000 宜昌, 三峡大学第一临床医学院, 湖北省宜昌市中心医院康复医学科