

## 直接刺激法治疗脑卒中后语言障碍

王旭(沈阳市第一人民医院神经内科, 辽宁省沈阳市 110041)

**摘要:** 脑卒中后语言障碍直接影响患者的社会生活能力和职业能力, 且语言障碍的治疗和训练费时很多。本文应用直接刺激法对10例男性脑卒中后恢复期失语症患者进行治疗, 恢复较好, 基本能与他人围绕熟悉话题进行简单的交流, 说明对于失语症患者, 进行系统的频繁的直接语言刺激训练, 临床疗效肯定。

**材料:** 选择脑卒中后恢复期失语症患者10例, 均为男性, 年龄49~71岁。脑出血3例, 脑梗死7例。文化程度大学2例, 高中2例, 初中5例, 小学1例。根据BDAE失语症严重程度分级标准: 2级3例, 1级5例, 0级2例。

**方法:** 采用直接刺激法对患者进行1对1的训练。首先进行唇舌技能训练: 舌尽量前伸、后缩, 舌尖外伸后向四周做环绕运动, 1周后用压舌板抵住舌尖运动, 以增加运动量。1周后, 双唇紧闭, 夹住压舌板, 增加唇闭合力量。软腭部运动训练: 用力叹气, 重复发“a”音, 重复发爆破音与开元音。呼吸训练: 教会患者控制呼气量、吸气持续时间, 学会运用气流冲击声带发音, 治疗师数1, 2, 3时, 患者用鼻吸气, 然后数1, 2, 3时由嘴呼气。呼气时尽可能长时间发“s”等摩擦音, 呼气时间可逐渐延长, 增加发1个和多个元音。应用图片、汉语拼音、日常生活用品、动植物、诗词等, 对患者进行知觉理解测试、训练和发音训练。并播放音乐或戏曲, 使患者充分放松, 诱导其跟着发同音, 唱词。教患者在壁镜前练口形, 发音和自动化语言矫正, 使视、听、说结合进行反馈训练。并根据不同的失语症特点进行以表达训练和文字阅读训练为主, 以听理解复述为主和以口头系文字称为主的的不同方法训练。以上训练30~60 min/次, 每天一二次。疗程20~30 d。

**结果:** 10例失语患者经上述治疗1个月后, 6例恢复较好, 1例失语患者由0级恢复至2级, 另1例由0级恢复至3级。3例2级患者及5例1级患者均普遍提高1~2级。患者基本能与他人围绕熟悉话题进行简单的交流。

**讨论:** 脑卒中后由于学习时的神经活动, 在大脑中产生变化, 留下各种痕迹。如学习后一直不停地进行训练, 已有的记忆痕迹也就继续保持。如学习后不再练习, 记忆痕迹将随着时间的推移而衰退。

对于失语症患者, 进行系统的频繁的语言刺激训练, 是肯定有效的。通过对熟悉音调、词汇的反复再现和再积累使之逐渐恢复言语功能。本文患者经直接刺激法训练治疗, 使所有失语症患者的语言功能都得到了不同程度的提高。

## 低频电脉冲改善假性球麻痹吞咽障碍

赵桂梅, 张希庆, 张宣, 盛明贺, (鞍钢铁东医院神经内科, 辽宁省鞍山市 114002)

**摘要:** 反复脑卒中导致双侧皮质下传导通路障碍, 引起吞咽障碍, 临床上称为假性球麻痹, 常伴有智能活动降低。为了寻求假性球麻痹的有效治疗方法, 对16例假性球麻痹患者在常规治疗基础上进行低频电脉冲刺激吞咽肌群, 在开始治疗时及治疗15 d时评定吞咽障碍程度, 每改善1级计1分, 如此累计。本组患者提高(1.8±0.9)分, 证明低频电脉冲刺激吞咽肌群能明显改善假性球麻痹患者吞咽功能。

**材料:** 患者选择2000-01-01/2000-12-31入住本科的假性球麻痹患者, 共16例, 既往均有反复脑卒中病史, 并经颅CT和(或)颅MRI扫描证实存在脑血管病, 同时除外脑干病变。均有中度至严重程度(0~II级)的吞咽障碍。由专一主治医师评定入院时及治疗第15天时吞咽功能。其中男9例, 女7例, 年龄45~69岁。

**方法:** 根据病情应用改善脑血液循环药及(或)抗生素以及其它对症治疗, 同时由专一护士给予低频电刺激局部吞咽肌群, 频率为(70±15)Hz, 中度强度, 20 min/次, 1次/d, 共计15次。

**结果:** 本组患者吞咽功能由0~II级恢复到III级或IV级者达81%。按吞咽障碍的改善, 分别计为0分、1分、2分、3分、4分, 每改善1级计1分, 入院时为(1.4±1.2)分, 治疗第15天为(3.3±2.4)分, 平均改善(1.8±0.9)分。

**讨论:** 假性球麻痹的吞咽功能受损而呕吐反射未受损, 吞咽反射或减弱或是否控制食物困难, 大块和液态食物尤为明显。故表现为呛咳。根据神经促进技术和神经原再塑原理, 这类患者, 接受吞咽肌群局部低频电刺激, 引起局部肌肉反射性收缩, 配以适量的糊泥状食物的进食训练, 建立恢复吞咽反射的皮层控制功能。本组结果表明低频电脉冲(<100 Hz)刺激局部吞咽肌群治疗假性球麻痹的有效性, 对于假性球麻痹的治疗是有益的提示。

## 电针刺激下肢穴位恢复脑卒中偏瘫患者步行功能

苗秀润<sup>1</sup>, 卢益群<sup>2</sup>(<sup>1</sup>盖州市第二医院, <sup>1</sup>内科, <sup>2</sup>外科, 辽宁省盖州市 115214)

**摘要:** 应用电针刺激患侧下肢穴位的方法对脑卒中后偏瘫患者23例进行治疗, 治疗后步态变化、行走能力均较治疗前有提高, 独立步行由治疗前0例提高到6例。提示电针刺激治疗下肢穴位对下肢运动功能恢复有效。

**材料:** 脑卒中患者23例, 男19例, 女4例, 年龄56~79岁, 平均70岁。脑出血8例, 脑梗死15例, 所有患者均经颅CT或MRI证实, 均有肢体偏瘫, 意识清楚, 配合治疗。

**方法:** 所有患者均经神经内科常规治疗, 于脑卒中病情稳定后1周开始电针刺激治疗。取穴: 患侧下肢环跳、风池、委中、足三里、阳陵泉、悬钟穴进针, 连接G6805型电针刺激治疗仪, 应用低频脉冲调制电流, 连续波, 以患者能耐受、引起局部肌肉收缩的最大强度为宜。1~2次/d, 20~30 min/次, 10 d为1个疗程。同时进行肢体主动被动训练及坐站、车行、下肢步行能力训练。

**结果:** 偏瘫患者步行能力评级: 1级: 严重偏瘫步态, 基本不能行走。2级: 偏瘫步态, 平衡杠内可帮助步行。3级: 轻度偏瘫步态, 平衡杠内步行。4级: 步态基本正常, 能独立步行。

本组治疗前后步行能力: 治疗前1级6例, 2级5例, 3级12例。治疗后1级3例, 2级4例, 3级9例, 4级7例。治疗后治愈7例(34%), 明显好转12例。

**讨论:** 针刺作为外周感觉输入的一种特殊方式, 能调整神经反向环路中各个运动神经元的兴奋性, 与现代康复的促进技术无论在理论上还是临床应用方式上均有许多相似之处。电刺激治疗使肌肉产生节律性收缩, 促进神经传导功能和加强肌肉收缩力, 改善血液循环和淋巴回流, 增强组织营养, 促进新陈代谢。本组患者应用电针刺激后, 瘫痪肢体功能恢复较快, 说明电针刺激有较好的改善脑卒中后运动功能的作用。