言语训练对肝豆状核变性构音障碍的影响

周水连 韩永升 郭铁 韩峰群 汪萍 杨海燕 高青青 秦玮

[摘要] 目的 观察言语训练对肝豆状核变性(HLD)构音障碍患者临床疗效的影响。方法 选取60例HLD构音障碍患者分为常规护理组和常规护理加言语训练组各30例,2组均给予临床常规药物治疗,治疗前后给予Frenchay评分。结果 言语训练组和常规护理组临床总有效率分别为93.33%和73.33%,2组治疗后Frenchay评分均较治疗前明显提高,言语训练组与常规护理组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 言语训练能明显促进HLD构音障碍患者语言功能的恢复,改善患者的生活质量,提高临床疗效。

[关键词] 言语训练;肝豆状核变性;构音障碍

doi:10.3969/j.issn.1000-0399.2013.03.013

Effect of speech training on dysarthria for patients with hepatolenticular degeneration

Zhou Shuilian, Han Yongsheng, Guo Tie, et al

Institute of Neurology, Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 230061, China

[Abstract] **Objective** To observe the effect of speech training on dysarthria for HLD patients. **Methods** Sixty patients with dysarthria for HLD were randomly into the treatment group and control group with 30 cases in each group. The two groups were given routine clinical medical treatment. All patients were given Frenchay score before and after treatment. **Results** The clinical total recovery rate of speech training group and usual care group was 93.33% and 73.33%. After treatment, the Frenchay scores were improved significantly than before. There was a significant difference in Frenchay score of two groups ($P < 0.01$). **Conclusion** The speech training can significantly promote the functional recovery of dysarthria with language for HLD patients and improve the quality of life and the clinical efficacy.

[Key words] Speech training; Hepatolenticular degeneration; Dysarthria

肝豆状核变性(hepatolenticular degeneration, HLD)又称Wilson病(Wilson's disease, WD)^[1],是常染色体隐性遗传的铜代谢障碍疾病,发病率约为3/10万。临床表现为进行性加重的锥体外系症状和肝脏损害等^[2]。其锥体外系症状主要表现为流涎、构音障碍、饮水呛咳、吞咽困难、动作笨拙、震颤、肌僵直等。其中构音障碍在脑型患者极为常见,严重影响患者日常交流及生活质量。我院对HLD患者构音障碍在常规驱铜治疗和临床常规护理基础上联合言语训练取得较好效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2010年2月至2012年6月在安徽中医学院神经病学研究所附属医院住院有构音障碍的HLD患者60例,其中男性33例,女性27例。年龄10~35岁,平均(20.4 ± 8.1)岁。病程2个月至24年,平均(3.8 ± 2.6)年。所有患者均符合HLD诊断标准,入院意识清楚,病情相对稳定,听觉理解能力正常不伴有精神症状,可配合治疗的患者。2组患者在性别、年龄、病程方面比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 分组 所有病例随机分为言语训练组和对照组,每组30例。2组均进行神经内科常规治疗及常规护理,言语训练组在常规治疗基础上进行系统的言语康复训练。

1.3 言语训练方法 根据构音器官评定所发现的异常部位,确定构音运动训练的出发点,多个部位运动障碍应从有利于言语产生选择几个部位同时开始,由易到难。按评定结果选择治疗顺序:呼吸→喉→腭→腭咽区→舌体→舌尖→唇→下颌。

1.3.1 放松训练 全身放松训练:选择安静的环境,患者可以在病床或是坐椅子上,采取轻松自然的姿势,使全身肌肉放松,闭上双目,做1次深呼吸提醒患者现在应该感到身体的放松。头颈部放松训练:让患者做低头、抬头、左右侧头运动,头的旋转运动。康复护士教会家属协助患者在病房内每天多次练习。当学生对运动熟悉后,可缩短时间。

1.3.2 呼吸训练 训练前先调整坐姿,即3个90°:(踝关节,膝关节,髋关节),躯干要直,双肩要平,头保持正中位。护士将双手放在患者两侧肋弓稍上方的位置,让患者自然呼吸,在呼气末给予胸部以压力,使患者呼

作者单位: 230061 合肥 安徽中医学院神经病学研究所附属医院
通信作者: 韩永升,hyssp@126.com

气量增加。也可以结合发声、发音一起训练。

1.3.3 引导气流 可采用诸如吹蜡烛、吹哨子、吹喇叭等方法训练集中和引导气流。每天1~2次,每次5~10 min。

1.3.4 增强构音肌肉动觉训练 用冰、软毛刷等刺激口面肌肉和软腭,也可利用手指按压,牵拉抵抗口面肌肉,进行发音训练时,教患者利用视觉(照镜子)和听觉(听录音),内容由简单到复杂,由元音到辅音。1~2次/d,10~15 min/次。

1.3.5 语言构音训练 对语言障碍的患者进行舌、唇、齿、软腭、咽喉、下颌及口部肌肉的多种发音练习。口唇的运动训练:指导患者鼓腮、抿嘴,反复进行。舌的运动训练:首先指导患者尽量将舌往外伸,然后舔唇,将舌向外上、外下、外左、外右运动,由慢到快。软腭抬高训练:将口张开,舌向外上翘,反复多次训练,发出“啊”音。渐进性语言训练法:进行发音器官运动训练后,再训练发“啊”音或唇音,然后过渡到发单音节、单词、词汇、句等,反复训练。针对性语言训练:重点放在语言训练上,轻者采用口语训练说绕口令,逐渐加快速度;重者着重练习发准音,如“啊”“哈”“吧”等。应多鼓励患者观察康复护士的口型,每天对镜子自己纠正发音动作。

1.3.6 替代言语交流方法的训练 重度构音障碍的患者,由于言语运动机能的严重损害,即使经过语言训练,言语交流也是难以进行的,为使这部分患者能进行社会交流,康复护士应根据每个患者的具体情况和未来交流的实际要求,选择设置替代言语交流的方法并进行训练,可用图画板、词板、句子。

1.4 疗程 言语训练2次/d,每次20~30 min,每周连续6次休息1 d,为1个疗程,共4个疗程。

1.5 疗效评定标准

1.5.1 Frenchay 构音障碍评定法 Frenchay 构音障碍评定法,评价患者言语功能^[3]。本次研究将 Frenchay 评定表做了少许更改:①评定标准改为计分制,4分、3分、2分、1分、0分分别对应其a-e级;②唇功能评定中加了翘唇功能评定。更改后的评定表共包括反射、呼吸、唇、颌、软腭、喉、舌、言语等8个大项,30个小项,总分120分。根据患者的最终得分,将构音器官功能障碍分为:无障碍(120分),轻度障碍(119~100分),中度障碍(99~80分),重度障碍(79~60分),极重度障碍(59分以下)。

1.5.2 临床疗效评定标准 患者康复护理治疗后进行中国康复研究中心构音障碍检查^[4]。明显改善:①头颈部

控制超过1 min;②最长发音时间 ≥ 6 s,粗糙音(R)1级、紧张音(S)1级;③最长呼气时间 ≥ 6 s,口鼻呼吸分离,不流涎;④伸舌可到唇,张嘴、闭嘴、噘嘴、咧嘴可在帮助下完成,可完成“吹”的动作;⑤呕吐反射和下颌反射正常;⑥可完成部分唇音、唇齿音、舌尖音、舌根音的构音类似运动,可发部分双音节音。改善:①头颈部控制超过30 s;②最长发音时间 ≥ 4 s,粗噪音(R)2级、紧张音(S)2级、鼻音(+);③最长呼气时间 ≥ 4 s,口鼻呼吸未分离,有流涎;④张嘴、闭嘴、噘嘴、咧嘴可在辅助下完成,伸舌可到齿,舌向上、下、左、右可在帮助下完成;⑤呕吐反射、下颌反射、缩舌反射正常;⑥可完成部分唇音和舌根音的构音类似运动。无效:①头颈部控制 < 30 s;②最长发声时间 < 4 s,粗糙音(R)3级,紧张音(S)3级;③最长呼气时间 < 4 s,口鼻呼吸未分离,流涎明显;④张嘴、闭嘴、噘嘴、咧嘴不能完成,伸舌不能到齿,舌不能向上、下、左、右运动;⑤呕吐反射、下颌反射、缩舌反射异常;⑥不能完成构音类似运动。

1.6 统计学处理 应用SPSS 13.0进行统计分析,计量资料采用配对t检验,计数资料用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床效果 2组患者经治疗4个疗程后,多数能够发音的患者均达到能讲,缓慢表达的短语,能讲单词、短句;原来完全不出声音的患者可以用形体或手势表达自己的日常需要,并可以与周围人进行简单交流,见表1。

表1 2组治疗后临床效果比较

分组	总例数	明显改善(n,%)	改善(n,%)	无效(n,%)	总有效率(%)
常规护理组	30	12(40.00)	8(26.67)	10(33.33)	66.67
言语训练组	30	16(53.33)	12(40.00)	2(6.67)	93.33

注:与常规护理组改善率比较差异有统计学意义($\chi^2=5.0104, P=0.024$)

2.2 Frenchay 平均评分结果 2组治疗前后 Frenchay 平均评分结果比较见表2。

表2 每组平均 Frenchay 评分结果比较($\bar{x} \pm s$)

分组	总例数	治疗前	治疗后
常规护理组(分)	30	62.80 $\pm$ 6.96	80.93 $\pm$ 7.93
言语训练组(分)	30	62.50 $\pm$ 6.26	85.80 $\pm$ 8.59

注:常规护理组治疗前后比较差异有统计学意义($t=14.317, P=0.000$);言语训练组治疗前后比较差异有统计学意义($t=13.667, P=0.000$);言语训练组与常规护理组治疗后比较差异有统计学意义($t=4.755, P=0.000$)

3 讨论

构音障碍是指由于神经病变,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。在多种神经系统疾病中均可出现,如果不积极地进行功能训练,就会错过恢复的最佳时期^[6]。构音障碍训练有利语言功能恢复,同时训练后的患者吞咽功能也显著优于训练前,提示有针对性系统的语言功能训练可以改善患者言语功能,使患者尽早建立良好的语言交流能力,减少并发症。目前国内康复治疗对于言语的康复研究不多,护理干预更为少见。本文结合我院肝豆状核变性患者病员多的特点,在驱铜治疗的同时结合早期护理干预,进而促进患者够音障碍的康复。

有研究^[6]表明,脑卒中伴有言语障碍的患者,早期给予针对性的康复训练和护理,可以明显提高患者的言语功能及生活质量。对颅脑外伤后患者痉挛性构音障碍采取有针对性的个性化言语训练及早期康复护理后,大多数患者口腔流涎,呛咳,口腔食渣残留,吞咽困难症状明显减轻;构音水平处于发声和单词水平,治疗后 87.1% 的患者构音评定在句子和文章水平,12.9% 的患者仍在发声和单词水平^[7]。HLD 多属于运动型构音障碍,分为痉挛性、弛缓性、运动失调性、混合性^[8],严重的构音障碍可影响发声,有资料显示驱铜治疗基础上予以苯海索、多巴丝肼、溴隐亭等治疗后,加以语言康复对临床症状改善有较好的帮助,症状明显改善(占 68.1%)。护士应告之口服改善肌张力药物的重要性,避免患者少服、漏服^[9]。

本次研究对于 HLD 患者存在的构音障碍采取早期积极的护理干预,取得较好的疗效,并取得了一些经验:①评估方法的科学性,采用中国康复研究中心构音障碍检查和 Frenchay 评定表具有可靠性和代表性。②对于不同发音肌的重点训练,构音障碍主要时发音肌的动作不协调所致,故需要重点训练口唇、舌及咽喉肌的动作协调性。③注意个体差异性。虽然构音障碍主要是由于发音肌的动作协调障碍,但部分患者主要是舌肌的运动障碍、部分患者是唇部肌肉的运动障碍、部分患者是咽喉部肌肉的运动障碍,故不同患者训练肌肉的重点部位不

同,需要区别对待和处理。④护理干预需要注意循序渐进性,且患者和护理人员需要有耐心和毅力。这点需要护理人员告知患者,取得患者的配合。

HLD 是少数几种可以治疗的遗传病之一,患者心理比较脆弱、因为发音不准确害怕和别人交流,这类患者在进行语言康复护理的同时也要注重心理护理及社会相关支持兼重^[10],避免患者因情绪波动而影响训练。本研究结果表明,在结合神经内科常规驱铜治疗及常规护理的同时,早期予以语言康复护理,可以大大提高临床疗效。因此,今后应加强对临床专科护士的培训,提高专业护理技能,更好的开展早期对 HLD 伴构音障碍患者,有针对性、系统、全面的康复护理,以促进语言恢复,提高临床疗效,促进其早日康复,回归家庭、社会。

参考文献

- [1] 杨任民.肝豆状核变性[M].合肥:安徽科技出版社,1995:167-182.
- [2] Akhan O, Akpinar E, Kacaaltincaba M, et al. Imaging findings of liver involvement of wilson's disease [J]. Eur J Radiol, 2009, 69(1):147-155.
- [3] 丘卫红. 构音障碍的评价及语言治疗[J]. 中国临床康复, 2004, 10(5):6155-6157.
- [4] 朱镛连,王新德.神经康复学[M].北京:人民军医出版社,2010:486-488.
- [5] 陈玉兰,马玉芹.脑卒中患者构音障碍康复护理研究[J].康复护理,2005,11(16):1358-1359.
- [6] 刘卫华,殷素华,李俐.脑卒中患者言语障碍的康复训练及护理[J].当代医学,2010,16(3):114-115.
- [7] 牟晓秋,刘淑杰,杨庆敏,等.脑梗死后假性球麻痹致构音障碍患者的早期康复护理研究[J].中国伤残医学,2010,18(5):116-117.
- [8] Wang YT, Kent RD, Duffy JR, et al. Dysarthria associated with traumatic brain injury: speaking rate and emphatic stress [J]. Commun Disord, 2005, 38(3):231.
- [9] 王晓□,鲍远程.肝豆状核变性患者构音障碍的研究[J].中医药临床杂志,2012,(3):87-89.
- [10] 王共强,孙权,韩咏竹,等.肝豆状核变性患者心理健康状况与社会支持的相关研究[J].安徽医学,2009,30(12):1429-1431.

(2012-07-30 收稿 2012-10-08 修回)