

综 述

中风失语研究述评

王新志¹ 王海军² 李燕梅¹

主题词 中风后遗症/中医药疗法 失语/中医药疗法

中风病现代医学称之为脑血管疾病。中风失语是中风病的主要症状之一。据统计,我国脑血管病患者约70%~75%出现不同程度的言语障碍^[1];国外有报道,在15~50岁卒中患者的神经心理障碍中,诊断为失语症者约为65%^[2]。中风失语严重影响患者的生存质量,因此,对其研究已成为临床医学和康复医学的重要内容。中医治疗中风失语疗效肯定,现就中医治疗中风失语方面的研究概述如下。

1 理论研究

1.1 关于病名及其分类的探讨:中医病名内涵与外延的界定、统一与规范是中医研究规范化的前提,否则难以比较。从文献资料来看,对中风失语病名的描述,中西医病名混杂,如对中风病有“神昏不语”,“语言不利”,“言语不利”,“暴瘖难言”,“中风不语”,“语言迟钝”,“舌强言謇”,“瘖痺”等不同的论述,在多数以中风失语为研究对象的文章中,具体观察的多为构音发音障碍的症状,将失语症和构音障碍两类不同言语障碍的概念混淆。在30余篇有关针刺治疗中风失语的文章中,有明确失语症诊断者仅有5篇,约占15%^[3]。另一方面,是将言语和语言两种概念混淆。语言是由词汇和语法构成的符号系统,而言语是个体利用语言进行交际的活动过程,语言只是客观地存在于言语中。在临床上所遇到的交往障碍的患者,如失语症,构音障碍等均是个体的言语活动过程的障碍,在此意义上讲,可以把所有的交往障碍称为言语障碍,但交往障碍中一类是发音障碍,另一类是语言符号系统的运用障碍^[4]。现代医学认为,失语症属于言语障碍分类中的一种。所谓失语,是指大脑损伤及对语言的理解和表达能力的缺失。失语症是临床常见症状。而中风脑血管病是产生失语的最常见原因。急性中风病后产生失语者在30%以上^[5]。失语也是中风症的主要后遗症之一。随着CT与MRI等技术的临床广泛应用,为研究中风失语的病变的定位、性质和进行动态观察提供了可靠的依据。长期以来,各家对失语症的观点与解释不一。关于失语症的分类,目前多采用兼顾临床特点与病灶定位,分为如下7类。(1)外侧裂周围失语综合征,包括运动性失语,感觉性失语和传导性失语;(2)分水岭失语综合征,包括经皮质运动性感觉性及脑皮质混合性失语;(3)皮质下失语综合征,包括丘脑性,底节性失语;(4)命名性失语;(5)完全性失语;(6)失读;(7)失写。

虽然失语至今尚无简明、规范的定义^[1],但对其病名及分类研究有助于医学术语的规范,使临床研究具有规范化、客观化,具可比性。因此,按照中医病名命名规范与原则,结合现代医学病名的内涵要求,统一规范病名,确定其内涵,根据其表现特点,划定其中医归属范畴是十分必要的。因此,在临床观察与研究中应衷中参西,应明确其具体归属范围。中医学对中风失语有“瘖痺”,“风懿”,“风喑”等记载。《素问·脉解》曰:“内夺而厥为瘖痺,此肾虚也。”刘河间释云:“内夺而厥,谓肾脏虚弱,其气厥不至舌下,则舌喑不能言,足废不能用。经名喑痺。”《千金要方》谓:“风懿者,奄忽不知人,咽中塞窒然,舌强不能言,病在脏腑”。《诸病源候论》记载更详,“风懿候,风邪之气,若先中于阴,病发五脏者,其状奄忽不知人,喉里噫噫然有声,舌强不能言。”《医学纲目》载有“风喑者,以风冷之气容于中,滞而不能发,故使口噤不能言,与涎塞心肺同候,此以口噤为差耳”。“风懿”“风喑”皆以言语功能障碍为主症。前两者伴神昏,病在脏腑,而“瘖痺”则完全不能言语,“风懿”虽不能言语,但“喉里噫噫然有声”,二者都符合现代“失语”定义。“瘖痺”相当于完全性失语,“风懿”相当于感觉性、命名性失语,“风喑”似属构音障碍。另外“瘖痺”又作“瘖俳”,“风懿”又作“风瘖”,皆属历史沿革所致。而失音指神清而声音嘶哑甚至不能发出声音的症状,不同于厥类疾病,失音病位在于喉咽^[6]。

1.2 对病因病机的探讨:中风失语病因病机的研究各医家多从中医藏象学说、经络学说等不同的角度进行阐述。《伤寒论》有“言迟者,风也”,《金匱要略》云:“邪入脏,口吐涎,舌难言”,《医林改错》载:“辨语言謇涩……舌亦半边无气,亦不能全动故语言不真”。《杂病源流犀烛》有:“风痺病由脾实者,由肾梁过甚之故……,风懿病有由于热者,则以痰火壅积而然,由于虚者,元弱痰横之故”,“肾气内夺,则舌喑,足废”。资寿解语汤专治“风中心脾,舌强不语,盖心之别脉系于舌本,脾脉也挟咽连舌体,散舌下也”。清代尤怡《金匱翼》有:“舌强不能语,虽语而謇语不清,痰涎风气之所为也。”清代程国彭《医学心悟》载有:“不语有心脾、肾经之异”。明代张介宾《景岳全书》云:“脾络胃,挟咽,连舌干,心之别脉系舌本,心脾受风,故舌强不语,亦有肾脉上循喉咙挟舌本,舌者,生之机,唇者,声之扇,……舌强不语者,心肾之病”。金代刘守真《河间六书》载有“暴喑,……皆属于火”,刘完素将暴喑病机归于“肾虚,水不制火,火必克金,金肺玉声”。《外台秘要》云:“肝风其口不能言,脾风声不出”。叶天士以肝肾阴虚论,张石顽主风痰为患,林佩琴认为病在心脾肝肾。据此,风、火、痰、瘀四邪伤及心脾肝肾四经,是众多医家之共识,风火痰瘀,阻滞心肾之经络扰及神明,阻闭舌窍而致失语,病变涉及心、肾、肝、脾等脏及脑腑,病机关键环节在于心、舌、

1 河南中医学院第一附属医院,郑州市人民路19号(450000)

2 河南省郑州市卫生学校

收稿日期:2003-12-25;2004-08-03

脑。我们认为,中风失语急者总以风、火、痰为多,缓者久病虚证者多见。

2 临床研究

2.1 辨证分型:关于中风失语的证候分型,多认为中风失语多为兼症,尤其在急性期主要是对症处理,其分型多按中风病分型。专题研究中风失语的医家则各有侧重,王永炎治疗中风失语为主症的中风侧重于痰热闭窍,风痰失语,肝肾两虚,瘀血阻络^[7]。朱文锋^[6]分 4 型:(1)风痰阻络;(2)气虚血瘀;(3)肝肾(气)亏虚;(4)肾精亏虚。姚乃礼^[8]分 4 型:(1)肝气郁结;(2)风痰闭窍;(3)瘀血阻络;(4)肾精不足。赵百孝^[9]侧重于风阳上扰,痰瘀阻络,痰热腑实,气虚血瘀,阴虚风动之不同。我们认为,临床以风痰内阻,痰热上蒙,肝肾阴虚,瘀血阻络 4 型为多见,而且临床必须分清虚实、寒热、阴阳。其鉴别方法一为辨脉:沉细弦者多寒痰,郁痰;滑者多热痰;细数者多阴虚燥热;濡缓者多为湿痰;虚大者多见气阴两虚或肝肾精亏。二为辨舌:舌质红绛者多为阴虚热盛;舌质淡水滑而多涎者为寒痰、气虚;舌苔黄干者为热。三为辨涎:口涎不断流出者多为寒痰,无口涎滑出者多热燥。

2.2 治则治法:临床多采用活血、祛风、通络、化痰、开窍、益气、补益肝肾等为主,且根据疾病的急性期,恢复期,后遗症期不同,采用不同的治法。我们认为,对此复杂疾病,必须坚持整体观念和辨证论治的原则,动态观察证候的变化,运用系列药物达到整体调节的目的:“调其气血,各守他乡,以平为期”。

2.3 常用方剂及中药:多数医家古方新用,药随证变、方从法出,体现了辨病辨证的灵活性。临床运用较多的历代名方有:牛黄解毒丸(《医学心悟》),解语汤(《证治准绳》),续命汤(《古今录验》),加味抵当汤(《伤寒论》),地黄饮子(《河间六书》),建瓴汤(《医学衷中参西录》);有的医家则自拟新方,如王凤菊等^[10]用解语通络胶囊(麝香 0.1g,胆南星 10g,石菖蒲 12g,水蛭 10g,白附子 10g,栀子 10g,每次 3~6 粒,每日 2 次,1 个月为 1 个疗程)治疗中风失语,有效率为 95.38%。从文献报道中归纳失语用药规律,常用药物多为活血、祛风、通络、化痰、开窍、补益肝肾之品,其中运用频率较高中药依次为:石菖蒲、郁金、胆南星、川贝母、天竺黄、天麻、蝉蜕、蜈蚣、地龙、当归、桔梗、诃子、川芎、丹参、水蛭、红花、桃仁、安息香、苏合香、大黄、山楂等 20 余种,一般活血化痰药用量较大,虫类药物运用广泛且必不可少。我们临床体会,虫类药物中蝉蜕、僵蚕为首选,且用量应在 30g 以上。任荣^[11]重用白芥子治疗中风失语,取得较好疗效,值得一试。宋军^[12]用蛭芪口服液治疗中风失语症 271 例,基本恢复 59 例;陈立峰等^[13]用续命汤颗粒冲剂治疗中风,失语症状获一定改善;华平锋^[14]用云南灯盏花注射液治疗 100 例缺血性脑血管病康复期的患者,语言功能均有明显好转。

2.4 针灸及其他疗法:张连生等^[15]针药并用治脑梗塞并失语 50 例疗效明显优于单纯针或单纯用药组。张军等^[16]报道中药加血液磁极化疗法治脑梗塞后遗症语言障碍有效率为 83.33%。彭力等^[17]用中药离子导入配合舌针治疗中风后失语证疗效显著。高希言等^[18]对针药结合进行探讨,认为针刺与药物相加作用复杂,影响因素较多,值得进一步探讨。针灸治疗失

语,学者多兼顾中风失语症状,或以中风失语为重点,辨证论治选穴配方,在选穴上重视头部、颈项部、舌体局部及心肾等经的穴位,尤其是舌体局部针刺是必选、首选,在刺法上多强调舌体局部的放血,深刺和强刺激,在针刺治疗时机上认为越早越好。

舌与脏腑有密切经络联系,通过舌针刺刺激起到调节脏腑气血,疏通经气,达到扩张脑血管,改善微循环,加速语言功能的康复。王守平^[19]深刺舌尖治脑血管语言障碍 50 例,方法:直刺进针 35mm 不提插,大幅度捻转,针感直到患者发出声音出针,出针后针刺金津玉液每日 1 次,痊愈 18 例,显效 20 例,有效 6 例,无效 6 例。乔晋琳等^[20]针刺治疗中枢性失语 34 例,基本治愈 10 例,占 55.85%,总有效率 97.06%,取廉泉用 26~28 号针直刺 1.0~1.5 寸针尖向舌体快速提插泻法拉至皮下,分别向左右斜入舌根方向再提插泻法,迅速出针,10 次为 1 个疗程。彭力等^[17]用离子导入配合舌针治疗中风失语,取金津玉液向舌根部进针 0.5~0.8 寸有麻胀针感后,接电针治疗仪通电 15 分钟,有效率 80%。头针有扩张脑血管、改善微循环,降低血液粘度,增强中枢外周神经传导功能等方面的作用^[21]。张小莉等^[22]头针刺治脑梗塞后遗失语症 82 例,有效率 90%,方法:针头皮语言 I、II、III 区及百会穴,三棱针点刺放血后,迅速压迫止血,隔日 1 次,6 次为 1 个疗程。魏凤英^[23]选用体针太溪、太渊为主穴治疗中风失语 36 例,治愈率为 78%,冯伟民^[24]针刺“开音穴”配合川芎热敷治疗脑梗塞语言障碍 30 例,治愈 17 例(56.7%),显效 8 例(26.7%),有效 4 例(13.3%),无效 1 例(3.3%)。包烨华^[25]针刺“解语穴”治疗中风后遗症失语疗效显著,穴位于下颌角直下 0.5 寸,向舌体咽部深刺 1.5 寸,使针感达到舌咽部。我们认为,单纯体针临床疗效不如舌针和头针,但可以作为临床辨证论治、整体治疗、选穴组方的重要参考。

从文献看,头体针结合的疗效明显优于单纯头针或体针,头针具有疏通经络,调节阴阳的作用,体穴起到整体调节,增强临床疗效作用。方立新^[26]头体针结合与单纯体针对照治疗中风后遗症 283 例,头体针组明显优于对照组($P < 0.05$)。杜广中等^[27]头体针对缺血性中风脑血管功能影响对比观察,从临床实验方面为头体针结合提供了实验依据,表明头体针结合可提高局部脑血流量,快速缓解血管痉挛,实现侧支代偿。

3 问题与展望

加强专题研究:多数文献把失语症状当做兼症,进行整体治疗,尤其是急性期更是如此,以中风患者整体的症状作为观察对象,把失语作为兼症对症处理,缺乏治疗中风失语的成熟思路和方法,中风失语有其复杂的病机,特殊治疗规律,要想提高临床疗效,阐明其治疗机理,加强专题研究尤为必要。

统一病名:对中风失语的病名尚不统一,有失语症、中风言语障碍、中风构音障碍等不同名称,形成中西医病名混杂的局面,严重影响其科学性、规范性,且临床报道观察的范围,仅限于言语的范畴,罕见对失写、失读、双语、多语等语言症状进行研究,因此,对中风失语命名的统一与规范是当务之急。

统一疗效标准:目前国内在言语障碍研究方面,失语症与构音障碍的检查法还处于探索阶段,尚无统一疗效标准,因而影响疗效评定的科学性、可靠性。因此,今后其诊断、疗效评定

需规范化,按统一标准制定观察方案,规范科研设计。

参考文献

- 高素荣.失语症.北京:北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社,1993;1~3,221.
- Ferro JM, Crespo M. Young adult stroke: neuropsychological dysfunction and recovery. Stroke, 1988, 19(8): 982~986.
- 赵百孝.针灸治疗中风言语障碍的现代文献述评.中国针灸, 1997, 17(4): 251~255.
- 戴红.康复医学.北京:人民卫生出版社,1998;110.
- Wade DT, Hewer RL, David RM, et al. Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1986, 49(1): 11~16.
- 宋文锋.中医诊断学与鉴别诊断学.北京:人民卫生出版社,1999;854,71.
- 王永炎,赵薇,王素来.近十年来中风临床研究述评.北京中医学院学报,1987,10(3):1.
- 姚乃礼.中医症状鉴别诊断学,第2版.北京:人民卫生出版社,2000;98.
- 赵百孝,孟宪坤,余明哲.针刺治疗中风失语症35例临床疗效观察.中国针灸,1998,18(10):581~583.
- 王凤菊,窦景运,史功.解语通络胶囊治疗中风失语的临床研究.河北中医,1999,21(6):336~337.
- 任荣.白芥子治疗中风失语.中医杂志,1998,39(3):135.
- 宋军.蛭芪口服液治疗气虚血瘀型中风的临床观察.中医杂志,1996,37(9):558~559.
- 陈立峰,刘汉祥,叶美.续命汤颗粒剂治疗中风31例临床观察.湖南中医杂志,1997,13(6):5~6.
- 华平锋.云南灯盏花注射液在100例缺血性脑血管病康复期的应用.四川中医,2001,19(1):36.
- 张连生,尚随萍,闫秋艳.针药并治脑梗塞50例观察.河北中医,1996,18(2):11~12.
- 张军,赵展荣,高冰,等.中药加血液磁化疗法治疗脑梗塞后遗症.湖北中医杂志,1999,21(2):72~73.
- 彭力,赵大贵.中药离子导入配合针灸治疗中风失语症.湖北中医杂志,1998,20(3):51.
- 高希言,牛学恩,胡军.针药结合研究的探讨.中医杂志,1999,40(9):562~563.
- 王守平.深刺舌尖治疗脑血管病语言障碍50例疗效观察.河北中医,1998,20(4):246.
- 乔晋琳,李伟.针刺治疗中枢性失语症34例.中国针灸,1998,18(6):369~370.
- 周建伟,肖鸣.头针疗法在中风临床中的应用.中国针灸,1999,19(10):635~637.
- 张小莉,宋广业,韩传华.头穴刺血治疗脑梗塞后遗忘语症82例.中国针灸,1996,18(8):474.
- 魏凤英.太渊、太溪为主穴治疗中风失语36例.中国针灸,1999,19(5):287.
- 冯伟民.针刺“开音穴”配合川芎热敷治疗梗塞性语言障碍30例.浙江中医学院学报,1998,22(3):41.
- 包烨华.针刺解语穴治疗中风后遗症临床体会.浙江中医杂志,1999,44(10):446.
- 方立新.头体针结合与单纯体针治疗中风后遗症283例疗效对比.河北中医,1996,18(3):18~19.
- 杜广中,张登部,卜彦青.头体针对缺血性中风脑血管功能影响的对比观察.中国针灸,1999,19(5):265~266.

中西医结合治疗痛风性关节炎45例

兰 玛

笔者自1996年1月至2001年1月,以中西医结合的方法治疗痛风性关节炎45例,取得较好的临床疗效,现将治疗结果报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料:观察病例共80例,随机分为2组,治疗组45例,其中男43例,女2例;年龄23~78岁;病程6小时~30年,侵犯跖趾关节28例,踝关节10例,膝关节4例,其它关节3例;血尿酸值127~712 $\mu\text{mol/L}$ 。对照组35例,其中男34例,女1例;年龄25岁~70岁;病程1天~28年;侵犯跖趾关节22例,踝关节8例,膝关节2例,其它关节3例;血尿酸422~696 $\mu\text{mol/L}$,两组临床资料具有可比性($P>0.05$)。

1.2 诊断标准:根据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》。

2 治疗方法

治疗组中药以痛风汤为基础方(黄柏、萆薢、木瓜、薏苡仁各15g,苍术、地龙各10g,忍冬藤、土茯苓各20g)。加減:局部红肿明显,加知母、石膏、半枝莲;局部肿胀明显,加滑石、防己、车

前子;关节疼痛明显者,加三七、延胡索、姜黄;关节畸形者,加炙山甲、乌梢蛇;病在上肢,加桑枝;病在下肢,加牛膝。水煎服,每日1剂,分3次口服,7天为1个疗程。西药内服苯溴马隆片(立加得仙)50mg,每日1次,早餐后服用,疗程1周。对照组采用西药方法均同治疗组。

3 治疗结果

3.1 疗效标准:参照《中医病证诊断疗效标准》。治愈:症状消失,实验室检查正常;好转:关节肿胀消减,疼痛缓解,实验室检查有改善;无效:症状及实验室检查无变化。

3.2 治疗结果:治疗组治愈24例,好转20例,无效1例,总有效率97.7%;对照组治愈15例,好转13例,无效7例,总有效率80%。两组总有效率比较,差异有显著性($P<0.05$),治疗组疗效优于对照组。

4 讨论

痛风归属中医学“热痹”、“历节”范畴,病机在于湿热瘀阻,留滞关节经络,气血不畅。笔者自拟的痛风汤中,黄柏、苍术组成二妙散,清利下焦湿热;薏苡仁清热利湿,除痹舒经;土茯苓泄浊解毒,健胃燥湿,通利关节;萆薢分清泄浊;忍冬藤、地龙、木瓜舒经活络,活血止痛。诸药合用,共奏清热除湿、通络止痛之功。

四川省攀枝花市中西医结合医院,攀枝花市炳草岗建设村1村70号(617000)

收稿日期:2001-09-10