

· 针灸推拿 ·

醒脑开窍针刺法配合语言康复治疗脑梗死致运动性失语 30 例临床观察

牟 蛟¹ 傅立新² 卢引明¹ 任永丽¹ 何建勇¹ 祁营洲¹

(1. 天津中医药大学研究生部, 天津市南开区玉泉路 88 号, 300193; 2. 天津中医药大学第一附属医院)

[摘要] **目的** 观察醒脑开窍针刺法配合语言康复治疗对脑梗死致运动性失语患者语言功能恢复的影响。 **方法** 将 90 例患者随机分为醒脑开窍针刺法配合语言康复训练组(针康组) 30 例、单纯醒脑开窍针刺法(针刺组) 30 例与单纯语言康复训练组(对照组) 30 例。采用西方失语症成套测验(WAB)来评定患者的语言功能,作为诊断和疗效判定依据,观察患者失语商(AQ)、自发言语、口语理解、复述、命名 4 项基本语言功能及日常生活交流能力(CADL)。 **结果** 治疗后,3 组患者 AQ 和 CADL、自发言语、口语理解、复述及命名的评分较治疗前与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗后针康组患者 AQ、CADL、自发言语、复述和命名与对照组比较有统计学差异($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。针刺组 CADL、复述和命名的评分与对照组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后针康组与针刺组各指标比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。 **结论** 醒脑开窍针刺法配合语言康复训练治疗对脑梗死致运动性失语患者有积极作用,且提示对自发言语、复述、命名以及日常生活交流能力方面有治疗优势。

[关键词] 脑梗死;运动性失语;醒脑开窍针刺法;语言训练

Clinical Observation on the Xingnao Kaiqiao Acupuncture plus Language Rehabilitation Training for Motor Aphasia Caused by Cerebral Infarction: A Report of 30 Cases

MOU Jiao¹, FU Lixin², LU Yinming¹, REN Yongli¹, HE Jianyong¹, QI Yingzhou¹

(1. Tianjin University of Chinese Medicine, Tianjin 300193; 2. The First Affiliated Hospital of Tianjin University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To observe the effect of Xingnao Kaiqiao (Brain-resuscitating) Acupuncture plus language rehabilitation training for motor aphasia caused by cerebral infarction. **Methods** Totally 90 patients with motor aphasia were randomized into acupuncture plus language training group, single acupuncture group, and language training group (control group), with 30 in each. The Western Aphasia Battery (WAB) was adopted to evaluate the speaking functions of the patients. The aphasia quotient (AQ) of the patients, four basic speaking functions including spontaneous talk, spoken language understanding, retelling, and naming, and communicative ability in daily life (CADL) were observed. **Results** After treatment, AQ, CADL and score of spontaneous talk, spoken language understanding, retelling, and naming of the three groups were all significantly improved ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). Compared with the control group, the AQ, CADL and the spontaneous talk, retelling, and naming of the acupuncture plus language training group were significantly different ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The score of the single acupuncture group in CADL, retelling and naming was significantly increased ($P < 0.05$). The comparison of the acupuncture plus language training group with the single acupuncture group after treatment showed no significant difference ($P > 0.05$). **Conclusion** Xingnao Kaiqiao Acupuncture plus language rehabilitation training for motor aphasia caused by cerebral infarction is effective with the superiority in improving the ability of spontaneous talk, retelling, naming and CADL.

Key Words Cerebral infarction; Motor aphasia; Xingnao Kaiqiao (Brain-resuscitating) Acupuncture; Language training

脑血管疾病除致患者的肢体感觉、运动功能障碍外,较为常见的并发症就是言语障碍。在卒中急性期,合并失语者为 21%~38%^[1-2],国内报道,脑血管疾病患者约 25% 伴有言语障碍^[3]。另外,卒中患者中除了明显失语之外仍有 60% 患者在交流上存在问题^[4]。中医早在《黄帝内经》就有失语记载,纵观中医诸多治法,针刺治疗失语有方法多样化、综合化的特点,且行之有效、操作简便、经济实用。但因缺乏科学的科研设计、统

一的诊断和评价标准,因而未获得相应的认可,借助现代医学诊断技术和评价手段可加快中风失语的研究步伐。本研究旨在针对醒脑开窍针刺法的特点和中医治疗失语症存在的优势和不足,为进一步提高中风失语症临床疗效,探索其作用机制,规范防治方案提供科学依据。

1 临床资料

1.1 诊断标准

①脑梗死的诊断标准参照 1996 年中华医学会第

四届全国脑血管病学术会议第 3 次修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5],符合动脉粥样硬化性血栓性脑梗死。全部病例均经 CT 或 MRI 确诊。②中风辨证分型标准参照中华全国中医学会与卫生部中医急症中风病科研协作组于 1986 年 6 月通过的《中风病中医诊断、疗效评定标准》^[6]。③经西方失语症成套测验(WAB)^[7-8]诊断为运动性失语。

1.2 纳入标准

①符合上述诊断标准;②两次之内的脑梗死所致,病程 15~90 天,性别不限,年龄 35~75 岁;③意识清醒能合作,生命体征平稳者;④签署知情同意书。

1.3 排除标准

出血性脑血管病患者;合并有肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病者;抑郁症患者,精神病患者。

1.4 一般资料

所选病例均为 2008 年 3 月~2009 年 1 月间在天津中医药大学第一附属医院住院患者,共 90 例。按照随机数字表法产生随机数字序列分为针康组、针刺组、对照组,每组各 30 例,3 组分配方法采用牛皮纸不透光信封法,并在试验设计、治疗实施、结局测量中实施盲法。针康组 30 例患者中男 23 例,女 7 例;年龄 53~74 岁,平均(62.22±9.55)岁;病程 15~49 天,平均(28.11±12.95)天。针刺组 30 例中男 19 例,女 11 例;年龄 44~73 岁,平均(60.13±10.50)岁;病程 15~41 天,平均(23.00±9.14)天。对照组 30 例中男 25 例,女 5 例;年龄 47~73 岁,平均(63.13±8.65)岁;病程 15~35 天,平均(22.20±7.47)天。3 组患者一般情况比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:3 组患者均给予神经内科脑血管病常规处理(参照 2005 年版《中国脑血管病防治指南》^[9])。如调整血压,防治脑水肿,改善循环脑代谢活化剂及维持水、能量、电解质。在此基础上,再分别给予以下不同干预治疗措施。

针康组:采用醒脑开窍针刺法配合语言训练。

针刺方法:治则:醒脑开窍、滋补肝肾、调神导气、启闭开音。主穴:内关(双侧)、水沟、三阴交(患侧);辅穴:极泉(患侧)、委中(患侧)、尺泽(患侧);金津、玉液放血。方法:内关:直刺 0.5~1 寸,用捻转提插结合泻法,施手法 1min;人中:向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,用雀啄法,至眼球湿润或流泪为度;三阴交:沿胫骨内侧缘与皮肤呈 45°角斜刺,进针 1~1.5 寸,用提插补法,使患侧下肢抽动 3 次为度。极泉:原穴沿经下移 1

寸,避开腋毛,直刺 1~1.5 寸,用提插泻法,以患侧上肢抽动 3 次为度;尺泽:屈肘成 120°直刺 1 寸,用提插泻法,以患者手指抽动 3 次为度;委中:仰卧直腿抬高,直刺 0.5~1 寸,施提插泻法,使患侧下肢抽动 3 次为度。金津、玉液:医者用消毒纱布固定患者舌体,拉出并上翻,暴露金津、玉液,用三棱针快速刺入放血。每日施针 1 次,每次 30min。每周治疗 5 次。

语言训练方法:设专门语言训练师,在训练时主要采用刺激促进法(Schuell 刺激法)^[10]对患者进行语言康复训练,重点是加强理解和表达训练。能行走者在语音室训练,行走不便者在床前训练,在同一医师指导下由治疗师在安静的环境中对患者“一对一”进行康复训练;主要以表达和文字阅读为主^[11]。每日 1 次,每次 30min。每周治疗 5 次。

针刺组:治疗方法同针康组针刺治疗方法。

对照组:治疗方法同针康组语言训练方法。

3 组疗程均为 30 天,在治疗前后均以 WAB 和日常生活交流能力(CADL)法^[10]各作 1 次语言检测评价。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 失语商(AQ)及语言功能评分 参照文献[8]方法。AQ=98.4~99.6 为正常,AQ<93.8 可判定为失语。AQ 计算方法:AQ=[自发言语评分+口语理解/20+(复述+命名)/10]×2。

2.2.2 CADL 评定和计分 参照文献[10]方法。0~33 分需全面辅导;34~67 分需大部分辅助;68~92 分在家庭内能独立;93~115 分实用水平;116~136 分独立水平。

2.3 统计学方法

采用 SPSS 11.5 统计软件。计量数据用($\bar{x} \pm s$)表示,多组资料比较用单因素方差分析,两组资料比较用 t 检验。

3 结果

3.1 各组患者语言功能评分比较

表 1 示,3 组患者治疗后自发言语、口语理解、复述及命名的评分较治疗前明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗后针康组患者自发言语、复述和命名与对照组比较有统计学差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。针刺组可提高患者复述、命名的评分,与对照组比较具有统计学差异($P<0.05$)。治疗后针康组与针刺组各指标比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

3.2 各组患者 AQ 和 CADL 评分比较

表 2 示,治疗后 3 组患者 AQ 和 CADL 评分比治疗前均明显提高($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。与对照组治

表 1 各组患者治疗前后语言功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	自发言语	口语理解	复述	命名
针康组	治疗前	30	6.58±3.90	110.50±32.76	48.08±15.19	45.75±17.55
	治疗后	30	15.00±4.63**△	130.25±28.01**	85.25±14.50**△△	79.25±18.71**△
针刺组	治疗前	30	6.67±3.79	110.00±29.16	48.07±17.78	45.07±16.79
	治疗后	30	14.00±6.94*	131.13±31.85**	80.13±13.98*△	76.93±17.50**△
对照组	治疗前	30	6.47±4.67	114.00±29.89	48.53±14.82	45.80±21.31
	治疗后	30	10.73±4.34*	127.20±30.39**	66.73±21.22*	60.07±23.26**

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$;与对照组治疗后比较, △ $P<0.05$, △△ $P<0.01$

表 2 各组患者治疗前后 AQ 和 CADL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	AQ	CADL
针康组	治疗前	30	42.98±17.36	69.92±29.12
	治疗后	30	79.93±17.76**△	111.58±22.03**△△
针刺组	治疗前	30	42.96±16.92	62.47±40.99
	治疗后	30	72.53±17.43**	102.13±27.60**△
对照组	治疗前	30	43.20±17.37	64.27±31.78
	治疗后	30	59.55±24.32*	78.33±34.34*

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$;与对照组治疗后比较, △ $P<0.05$, △△ $P<0.01$

疗后比较,针康组 AQ 和 CADL 分值明显提高,具有统计学差异($P<0.05$ 或 $P<0.01$);针刺组 CADL 明显提高,差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后针康组与针刺组 AQ 及 CADL 比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

本研究结果表明,醒脑开窍针刺配合语言康复训练在脑卒中后失语患者语言功能恢复方面优于单纯语言康复训练。针刺组与对照组比较部分具有统计学意义,而且其余几项评定数据统计也有此趋势,说明针刺能有效提高患者语言功能。针刺组与针康组各项比较均无统计学差异,提示针刺治疗和针刺配合语言康复治疗可能具有等效性。加大样本量或是延长研究周期可以体现出针刺配合语言康复训练远期疗效,得出更为切实的结论。作为肯定有效的治疗干预措施而言,干预种类越少则给患者、医生、社会带来的影响越少,据此针刺治疗本病有一定的优势。但本次研究纳入的样本例数相对较少,希望开展多中心、大样本研究进行进一步验证。

WAB 是成熟的失语症评定方法,其内容受语言和文化背景影响小,失语商可以根据评定结果确定有无失语,而且确定主要类型失语症的评分特点,以及直接用来衡量失语恢复的效果。CADL 重点针对日常生活交流项目,对失语症患者的日常生活交流能力得出客观的结果并能指导检查后的语言训练。综合 WAB 和 CADL 可以比较客观地评定疗效。

语言康复疗法是日臻成熟的治疗中风后失语的技术,是国外治疗本病的主要手段之一。其作用机理可能

是刺激大脑语言中枢使残存功能充分利用,并且使大脑非优势半球功能代偿,以及促进神经元的生长和机能的发展^[12]。

中医学认为,中风失语主要是由于风、火、痰浊、瘀血等病邪,上扰清窍,所致“窍闭神匿,神不导气”引起口舌、耳、目诸窍不利而发。因此,在选穴上以阴经为主,阴经者属脏,脏者藏也,藏人体五脏六腑之精气,刺之调动精气,以补髓生神,同时通过阴阳经之间联系以调整阴阳平衡。用水沟调督脉以醒脑,以内关、极泉调心神而利舌窍,三阴交、尺泽滋补肝肾、利肺以开音,点刺金津、玉液可活血化瘀,以疏通经络,共奏醒脑开窍、滋补肝肾、调神导气、启闭开音之效。选穴与本病相关的可能作用机理有:①改善血液循环,增加脑血流量,恢复病损脑组织的血液供应,醒脑开窍针刺法能显著降低血液高黏、高凝状态,从而改善血液循环^[13]。金津、玉液刺络放血使内皮素含量下降,降钙素基因相关肽含量升高,达到改善脑缺血缺氧的损害程度而减轻失语症状的目的^[14]。②改善脑电活动,激活脑语言功能。研究证明,醒脑开窍针刺法均能降低或减少中风患者脑地形图病理性高功率(e 和 g)波,改善脑电波的级差。病灶侧体感诱发电位缺失波恢复,低波幅增高,潜伏期缩短,使大脑皮层功能神经细胞兴奋性迅速恢复,脑电活动改善,脑代偿功能加强,且中枢神经系统传导过程加快^[15]。③改善脑代谢。针刺可改善微血管内皮细胞的 ATP 酶代谢,保护血管内皮细胞钠钾跨膜转运功能,从而有效地减轻因缺血缺氧而导致的血管内皮细胞损伤,改善微血管的机能^[16]。

而现代康复技术可以弥补针刺缺乏视、听、读、写等具体功能的刺激和锻炼的特点,并且安全、有效。本研究结果显示,醒脑开窍针刺法和语言康复训练治疗对缺血性中风致运动性失语患者有积极作用,而且提示利用醒脑开窍针刺法配合现代医学语言康复训练治疗缺血性中风致运动性失语具有起效快、效果明显的特点,具有良好的临床实用价值。

参考文献

[1] Rigler SK. Management of poststroke depression in older people[J]. Clin Geriatr Med, 1999, 15(4): 765-783.
[2] Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular

depression:a critical review [J]. Neurol Sci, 2002, 22(6) : 417-428.

[3]廖鸿石. 康复医学理论与实践[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2000:809-810.

[4]Turner-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1:Diagnosis, frequency and impact[J]. Clin Rehabil, 2002, 16(3) :231-247.

[5]中华神经学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6) :379.

[6]王永炎. 中风病中医诊断、疗效评定标准[J]. 中国医药学报, 1986, 1(2) :56-57.

[7]王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(一)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(2) :87-89.

[8]王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(二)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(3) :135-140.

[9]饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007:28-70.

[10]高素荣. 失语症[M]. 2版. 北京:北京大学医学出版社, 2006:485-498, 516-518.

[11]任玉芬. 脑卒中失语障碍患者的康复护理[J]. 现代康复, 2001, 5(12) :130.

[12]刘道宽, 汪无级. 神经病学[M]. 9版, 上海:上海医科大学出版社, 2002:94.

[13]周继曾. 醒脑开窍针刺法治疗中风后遗症的临床研究[J]. 中国针灸, 1995, 15(3) :6-8.

[14]郑晓斌. 舌底刺络放血治疗运动性失语32例[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(4) :20.

[15]刘立安, 郭瑞友, 逢世敏, 等. 针刺结合语言训练治疗中风早期失语症的临床研究[J]. 中医药学刊, 2006, 24(12) :2256-2259.

[16]赵希敏, 丁美修. 脑血流量调节的研究进展[J]. 国外医学生理病理科学与临床分册, 2000, 20(4) :204-207.

(收稿日期:2009-05-12;修回日期:2009-10-11)

[编辑:叶晨]

功能针法治疗中风后弛缓性瘫痪患者30例

冯晓东¹ 李久民² 宋晓磊¹

(1. 河南中医学院第一附属医院, 郑州市人民路19号, 450000; 2. 河北省承德县中医院)

表面肌电图可反映神经系统的功能状况^[1]。我们采用功能针法治疗脑卒中肢体运动障碍患者, 并与普通针刺法进行对比, 观察两种方法对脑卒中后弛缓性瘫痪患者肌电指标的影响, 报告如下。

1 临床资料

西医诊断标准参照《各类脑血管意外诊断要点》^[2]; 中医诊断标准参照《中风病诊断和疗效评定标准》^[3]。选择2008年3月~2009年3月期间河南中医学院第一附属医院住院病例, 年龄40~80岁, 发病1个月内, 表现为弛缓性偏瘫的患者60例。按照入组时间分为两组, 各30例。其中普通针刺组男18例, 女12例, 年龄45~75岁, 平均(60±15)岁, 病程14~28天, 平均(21±7)天; 针刺功能穴组男16例, 女14例, 年龄43~71岁, 平均(57±14)岁, 病程10~26天, 平均(18±8)天。两组资料经统计学处理差异无显著性($P>0.05$), 具有可比性。

2 方法

两组患者均采用相同的肢体被动活动和理疗康复措施。普通针刺组以针刺患侧经穴为主, 上肢选穴:肩髃、曲池、合谷、外关; 下肢选穴:髀关、足三里、三阴交、太冲; 针刺功能穴组首先用电极测定仪在患者偏瘫侧关键肌肉(上肢:三角肌、肱二头肌、肱三头肌)测定最大肌肉收缩点(功能穴)的位置。两组患者均常规消毒后选用0.30mm×40mm一次性毫针刺入穴位, 常规深度, 得气后留针30min, 每10min用捻转手法行针一次。

使用加拿大Thought Technology公司10通道Flexcomp Infiniti表面肌电仪, 于治疗前后分别检测肱二头肌表面肌电信号, 观察指标为最大振幅与肌电值。电极定位方法:被动屈肘, 在凸起的肱二头肌纵轴上寻找中心点, 中心点上下各1cm处。采用SPSS 13.0进行统计分析。数据以($\bar{x} \pm s$)表示, 治疗前后及组间比较采用 t 检验。

3 结果

(C)1994-2021 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net
通讯作者:宋晓磊, kfzx0428@163.com, 13783472087

表1示, 普通针刺组与针刺功能穴组治疗前差异无统计意义, 治疗后两组最大振幅与肌电值均有上升, 但以针刺功能穴组更为显著, 两组比较有统计学意义($P<0.05$)。

表1 两组治疗前后肱二头肌最大振幅与肌电值比较(mV, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	最大振幅	肌电值
普通针刺组	治疗前	30	1.62±0.26	2.18±0.51
	治疗后	30	10.33±0.13*	11.76±0.63*
针刺功能穴组	治疗前	30	1.71±0.32	2.33±0.82
	治疗后	30	18.56±3.11*△	15.74±2.87*△

注:与本组治疗前比较, * $P<0.05$; 与普通针刺组治疗后比较, △ $P<0.05$

4 讨论

临床上对于中风后偏瘫的治疗多以针刺结合康复疗法多见。针刺具有舒筋缓急、通经活络等作用, 对脑卒中后遗症有确切的疗效, 但是对卒中早期如何提高软瘫患者的肌力则报道较少。以往报道在脑卒中后痉挛性瘫痪者最大肌肉收缩点注射肉毒素可降低或缓解整个肌群的肌张力。我们采用了针刺最大肌肉收缩点(功能穴)的方法治疗脑卒中后软瘫患者, 并和普通针刺常规穴位比较, 证明针刺功能穴对偏瘫肌肉肌力具有积极的影响, 但其作用机理有待进一步研究。

参考文献

[1]穆景颂, 倪朝民. 表面肌电图在脑卒中康复评定中的应用[J]. 中国康复, 2009, 24(1) :53-55.

[2]中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6) :379-380.

[3]国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1) :55-56.

(收稿日期:2010-01-29;修回日期:2010-04-22)

[编辑:李春梅]