

针康法治疗脑卒中运动性失语患者 79 例临床观察

张慧敏^{1*} 唐 强²

(1. 首都医科大学附属北京世纪坛医院针灸科, 北京市海淀区羊坊店铁医路 10 号, 100038;

2. 黑龙江中医药大学附属第二医院)

* 通讯作者: hannahchina@sina.com, 13811461508

[摘要] **目的** 研究针康法对脑卒中运动性失语患者语言功能的影响。 **方法** 收集脑卒中患者 79 例, 在常规治疗的基础上采用头穴丛刺法结合言语康复训练进行治疗, 分别在治疗前, 治疗后 1、2、3 个月, 采用汉语失语症检查法、失语商、功能性语言沟通能力检查法、失语症严重程度分级标准评定患者语言功能。 **结果** 治疗 3 个月总有效率为 83.82%; 在语言功能评分、失语商、功能性语言沟通能力评分及失语严重程度分级上, 与治疗前比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 并不同程度优于治疗 1 个月和治疗 2 个月 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。 **结论** 针康法能明显改善脑卒中运动性失语患者的语言功能, 可提高患者的日常生活语言沟通能力及失语商, 降低失语程度, 疗效稳定并有累加蓄积效应。

[关键词] 针康法; 脑卒中; 运动性失语; 头穴丛刺; 康复训练

Clinical Observation on 79 Anandias Cases of Stroke Treated by Acupuncture and Rehabilitation Therapy

ZHANG Huimin¹, TANG Qiang²

(1. Beijing Shijitan Hospital Affiliated to The Capital Medical University, Beijing 100038; 2. The Second Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To study the effect of scalp acupuncture plus rehabilitation training on the speaking function of anandias cases of stroke. **Methods** Seventy-nine anandias cases of stroke were treated with routine treatment, based on which the scalp acupuncture in combination with speaking rehabilitation training was applied. Evaluating the speaking function of the patients before treatment, 1, 2, 3 months after treatment was carried out respectively through Chinese aphasia examination method, aphasia quotient, examination method of functional speaking communication ability, and grading standard of severity of aphasia. **Results** The total effective rate after 3-month treatment was 83.82%; the score of speaking function, aphasia quotient, score of functional speaking communication ability, and grading of severity of aphasia were statistically different from those before treatment ($P < 0.01$), and the effect was better than 1 month and 2 month after treatment ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). **Conclusion** Acupuncture and rehabilitation therapy is effective in improving the speaking function of anandias patients of stroke, reinforcing their speaking communication ability and aphasia quotient, and reducing their aphasia severity. Its effect is stable and accumulative.

Key Words scalp acupuncture plus rehabilitation training; stroke; anandia; scalp acupuncture; rehabilitation training

言语障碍是脑卒中较为常见的并发症^[1]。在脑卒中急性期, 合并失语者为 21%~38%^[2-3], 国内报道, 脑血管疾病患者约 25% 伴有言语障碍^[4]。脑卒中言语障碍的针刺治疗古今文献均有记述, 其疗效亦在现代临床实践得到了很好的验证, 但缺乏统一评价标准^[5]。本研究把中医学的针刺方法与现代康复技术有机结合起来, 采用康复学评定手段, 对针康法治疗脑卒中运动性失语患者临床疗效进行观察, 现报告如下。

1 资料

1.1 一般资料

选择 2007 年 10 月~2010 年 10 月在北京世纪坛

医院针灸科门诊与住院患者共 80 例, 其中男 37 例, 女 43 例; 年龄 42~71 岁, 平均 (60.08 ± 7.13) 岁; 脑出血 14 例, 脑梗死 66 例; 病程 3~114 天, 平均病程 (28.56 ± 9.79) 天。

1.2 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》^[6] 的诊断标准及采用波士顿失语症严重程度分级标准 (Boston diagnostic aphasia examination, BDAE) 检查^[7] 确定为运动性失语。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②全部病例经 CT 或

MRI 诊断为脑血管意外;③意识清楚,生命体征稳定,无严重合并症;④无明显视听障碍;⑤能够集中注意力达 30min;⑥签署知情同意书;⑦小学以上文化程度,右利手。

1.4 排除标准

①严重的感觉和运动器官损害引起的语言、阅读和书写障碍;②伴意识障碍和智力减退;③先天或幼年疾病致学习困难;④心、肺、肝、肾功能中度衰竭;⑤痴呆患者;⑥抑郁症患者;⑦精神病患者。

1.5 剔除和脱落标准

病例入选后未按实验方案规定治疗的病例予以剔除。入选病例发生严重不良事件,出现并发症不宜继续接受实验,自行退出或未完成整个疗程而影响疗效判断的病例,作为脱落处理。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:所有患者均给予神经科脑血管病常规处理^[8]。如调整血压,防治脑水肿,改善脑循环代谢及维持水、电解质平衡等对症处理。如合并肢体运动功能障碍者给予偏瘫肢体常规功能训练、运动疗法、作业疗法、物理疗法等。

针康法治疗,即头穴针刺结合康复训练的方法。针刺采用头穴分区丛刺长留针法^[9],此法为于氏头部腧穴分区法——七区划分法。选取顶区(百会至前顶及其向左、右各 1 及 2 寸的平行线)、顶前区(前顶至凶会及其向左、右各 1 及 2 寸的平行线)、额区(神庭透凶会、与其平行的曲差和本神向上透刺)、颞区(头维、承灵及二者之间,向下刺入 1 寸半)、项区(风府、风池及两穴之间)。针刺方法采用长时间留针间断行针法,针具选用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌针灸针(苏药管械准字 2001 第 2140033 号),型号:H,规格:0.30mm×40mm,常规消毒后,按上述穴区向前或后透刺,针体与皮肤呈 15°角至帽状腱膜下,深约 20mm。针后捻转,200 次/min,捻转 1min,留针 6h。每隔 15min 捻转 1 次,重复 2 次,留针至出针,每日 1 次。

在针刺过程中,同时针对运动性失语特点进行言语康复训练,运用 Schuell 刺激法,交流促进法和功能性交往治疗方法进行训练^[10-11]。采取一对一方式用图片及实物进行视听、语音、复述及口语表达训练;严重交流障碍者选用接近现实生活的材料,如照片、新闻报道、图画等进行训练。具体康复训练方法包括:发音训练、做口腔操、呼吸训练、视知觉训练、

单词理解训练、句子理解训练、短文理解、自动语训练、单词表达训练、实用化训练,共 10 个项目有计划、有针对性、逐项循序渐进进行^[12]。

采用上述方法治疗每天 1 次,3 个月为 1 个疗程。分别在治疗前、治疗后 1 个月、2 个月、3 个月由同一人进行语言能力评定。

2.2 评价指标及方法

2.2.1 语言功能评定 采用汉语失语症检查法^[13](ABC)评定患者口语表达、听语理解、阅读、书写等方面的语言功能变化,评分标准如下:①口语表达:自发言语类型判断、系列语言、复述、命名、颜色命名。②听语理解:听名指物、听名指图、已执行命令、短句理解。③阅读:图形视觉感知辨识和再认、字词阅读、语句阅读、篇章阅读。④书写:抄写、听写、自发书写、看图书写、系列书写。以上每项各 10 分。

2.2.2 失语商(AQ)的评定^[14] 根据以上语言功能评分,可计算出 AQ。计算公式为: $AQ = (\text{口语表达} + 1/20 \times \text{听语理解} + 1/10 \times \text{阅读} + 1/10 \times \text{书写}) \times 2$,失语商可反映失语症的严重程度。 $AQ = 98.4 \sim 99.6$ 分为正常, $AQ < 93.8$ 分可评为失语。

2.2.3 日常生活语言沟通能力的评定 采用功能性语言沟通能力检查法^[15](CFCP)。CFCP 将患者日常生活的沟通技巧分成 5 部分,25 个项目,包括:回答问题、命名、复述、自动语序、时间方向、声音、图片、实物、执行指示、会话、广播、单词、挂号纸、路标、标题、电视节目报、报纸、抄写、听写、自发书写、书面表达个人要求、用钱、计算、模仿动作、问候。CFCP 评分:轻度受损总分低于 200 分,中度受损总分低于 150 分,重度受损总分低于 100 分。在以上测验中,患者的理解反应可用各种方式表达,如说、写、手势、指图与物等。患者不能完成时可给予适当的提示或暗示,其所得分扣减 50%。

2.2.4 失语程度评定 采用 BDAE^[7]。分 0~5 级:0 级:理解和表达功能障碍;1 级:可说出或理解很少量的词汇;2 级:能理解或表达简单的短语,但有明显的语法错误;3 级:对日常用语的理解和表达无明显错误;4 级:对复杂的谈话理解困难,能较好的表达自己的意愿,但言语不流畅;5 级:极轻微的理解或表达障碍,仅患者自己可感觉到。

2.3 疗效评定标准

采用 ABC 法^[13],按语言功能评分提高百分率和语言交流障碍好转程度分:基本治愈:功能评分提高 90% 以上,或失语症严重程度进步 2 级以上;显

表1 治疗前后不同时间点患者ABC 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

测评时间	例数	口语表达	听语理解	阅读	书写	总评分
治疗前	79	3.63±4.26	34.68±3.23	19.13±8.16	1.96±2.18	59.39±9.32
治疗1个月	79	25.76±4.05△	37.18±2.53	24.42±4.15△	12.09±2.75△	148.01±7.12△
治疗2个月	76	32.58±6.29△▲▲	39.69±2.56	56.94±8.54△▲▲	24.60±3.18△▲	158.95±6.39△▲▲
治疗3个月	68	35.15±4.55△▲▲	41.50±3.01	62.12±6.61△▲▲*	39.55±4.95△▲▲**	169.15±7.28△▲▲*

注:与治疗前比较,△ $P<0.01$;与治疗1个月比较▲ $P<0.05$,▲▲ $P<0.01$;与治疗2个月比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$

著进步:功能评分提高60%~90%,或失语症严重程度进步2级;进步:功能评分提高30%~59%,或失语症严重程度进步1级;无进步:功能评分提高不足30%,或失语症严重程度进步不足1级。

2.4 统计学方法

采用SPSS 11.0 软件进行分析处理,计量资料用配对 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 $Ridit$ 检验。

3 结果

所有入选病例共80例,1例因同时伴有构音障碍不符合纳入标准而误入,予以剔除;治疗前与治疗1个月均有79例患者的数据资料纳入统计分析。治疗2个月时病例脱落3例,治疗3个月时病例脱落8例,脱落病例中5例家庭经济困难、2例住院无人照料、3例自认为无需康复治疗 and 1例病重无法完成等原因未能完成治疗。治疗2个月和治疗3个月时分别有76例和68例患者的数据资料纳入统计分析。

3.1 治疗前后不同时间点患者ABC 评分比较

表1示,治疗1个月、2个月、3个月后,患者口语表达、阅读、书写及总评分与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.01$),听语理解治疗前后比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗2个月、3个月后较治疗1个月时比较,口语表达、阅读、书写及总评分差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。治疗3个月后与治疗2个月时比较,阅读、书写及总评分差异亦有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.2 治疗前后不同时间点患者AQ、CFCP 评分比较

表2示,AQ、CFCP 评分治疗后1个月、2个月、3个月均较治疗前明显提高($P<0.01$);治疗2个月、3个月后与治疗1个月时亦明显提高($P<0.01$);治疗后3个月较治疗2个月亦升高($P<0.05$)。

3.3 治疗前后不同时间点患者BDAE 评定

表3示,脑卒中运动性失语患者BDAE 失语严重程度等级比较,结果显示,与治疗前比较,治疗1

个月、2个月、3个月差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表2 治疗前后不同时间点患者AQ、CFCP 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

测评时间	例数	AQ	CFCP 评分
治疗前	79	48.70±33.49	129.95±76.89
治疗1个月	79	57.80±34.81△	145.67±75.34△
治疗2个月	76	62.40±27.46△▲	184.25±66.83△▲
治疗3个月	68	66.93±25.62△▲*	202.00±72.67△▲*

注:与治疗前比较,△ $P<0.01$;与治疗1个月比较,▲ $P<0.01$;与治疗2个月比较,* $P<0.05$

表3 治疗前后不同时间点患者BDAE 分级比较(例)

测评时间	例数	0级	1级	2级	3级	4级	5级
治疗前	79	25	33	15	5	1	0
治疗1个月	79	18	16	14	18	13	0
治疗2个月	76	4	8	8	24	24	8
治疗3个月	68	0	4	5	13	25	21

3.4 不同时间点患者疗效评定

表4示,治疗1个月、2个月、3个月时患者的总有效率比较差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

表4 不同时间点患者疗效比较[例(%)]

测评时间	例数	基本治愈	显著进步	进步	无进步	总有效
治疗1个月	79	0	19(24.05)	32(40.51)	28(35.44)	51(64.56)
治疗2个月	76	15(19.74)	28(36.84)	16(21.05)	17(22.37)	59(77.63)
治疗3个月	68	20(29.41)	24(35.29)	13(19.12)	11(16.18)	57(83.82)

4 讨论

针刺是我国传统的康复治疗手段,头针疗法是其分支之一。《灵枢·邪气脏腑病形》中记载:“十二经脉,三百六十五络,其血气皆上于面而走空窍”。明代张景岳在其《景岳全书》亦阐述:“五脏六腑之精气,皆上于头”,说明了头部与人体内的各脏腑器官的功能有着密切关系。

头穴丛刺法是于致顺教授头穴针刺系列研究的总结与深化。于致顺教授根据古人记载和多年的临

床经验及科学研究,提出“头部透穴治疗脑血管病后瘫痪”^[16]的论点,认为十四经循行,均可通达头部,刺激头穴,可以通过调节气血阴阳等的综合调节作用,治疗十四经及五脏六腑疾病,并采用透经、透穴起到一经带多经、一穴带多穴的整合作用,提出了于氏头部腧穴分区法——七区划分法、丛刺长留针法和“针场”假说。认为针刺对头部穴区的刺激,可以通过头这一容积导体产生“场”或“针场”,将生物电效应传送到大脑皮层,与脑神经细胞自发电位变化传递到大脑皮层一样,无疑对大脑皮质有刺激作用。

唐强教授在于氏头针理论的基础上,将头穴丛刺法与现代康复技术相结合,提出了“针康法”,同时开展了“针康法”对脑卒中治疗的临床与机理的研究^[17-19]。BDAE 是目前国外常用的标准失语症检查法之一,检测结果能显示患者失语的病理特点并有助于做出分类的诊断。AQ 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。CFCP 所选取的是与患者日常生活相关的内容,其结果能反映失语患者残存的语言能力及日常生活的功能性沟通水平。通过对语言功能各方面的观察可以看出,在头穴丛刺长留针间断行针的同时,进行言语康复训练,治疗 1 个月后患者的口语表达、阅读与书写各方面均有显著改善($P < 0.01$),说明介入治疗的时间越早越好,只要患者意识清楚,生命体征稳定即可开始。而且,随着疗程的不断延长,治疗 3 个月后阅读与书写能力亦显著改善($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。针康法治疗前后,采用 AQ、CFCP 和 BDAE 等方法评定,各项评分在治疗 1 个月时均有改善,随着疗程的不断延长,治疗效果不断增强($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),治疗 3 个月后总有效率为 83.82%。本结果表明,“针康法”可有效改善脑卒中运动性失语患者的语言功能,尤其在口语表达、阅读、书写等方面在康复学评定上有显著意义,并可提高患者日常生活语言沟通能力,降低失语程度,治疗效果具有明显的累加蓄积效应。而采用“针康法”的头穴丛刺法则可以克服传统头穴分区的局限性,使针刺效应达到 Broca 区以外的其他部位。同时,本法临床操作简便,易行,不同体位均可针刺,并可减少日针刺数,达到足够有效的刺激量,克服重复针刺给患者带来的痛苦。

参考文献

[1] 牟蛟,傅立新,卢引明,等.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[J].中医杂志,2010,51(5):428-431.

- [2] Rigler SK. Management of post stroke depression in older people[J]. Clin Geriatr Med, 1999, 15(4): 765-783.
- [3] Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular depression: a critical review [J]. Neurol Sci, 2002, 22(6): 417-428.
- [4] 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.
- [5] 常静玲,高颖. 中风失语的研究现状与思考[J]. 中国针灸,2006,26(10):749-742.
- [6] 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.
- [7] 于增志,王军,周文生,等. 脑损伤后失语症与认知功能障碍简易智力状态检查法评估[J]. 中国临床康复,2005,9(16):76-77.
- [8] 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.
- [9] 唐强,王德生. 头针结合易化技术对脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践,2001,7(2):71-72.
- [10] 张小丽,杨新苗,王晓荣. 9 例完全性失语的言语康复[J]. 中国康复理论与实践,2010,16(12):1186-1187.
- [11] 杨晓响,王君,罗跃嘉. 认知功能障碍的评估和康复策略[J]. 中国康复医学杂志,2008,23(9):849-853.
- [12] 刘晓加,戴蓉,陈伶俐. 设计失语康复方案与大脑病变部位的相关性[J]. 中国临床康复,2006,10(14):7-9.
- [13] 汪洁,吴东宇,宋为群. 汉语失语症心理语言评价与汉语标准失语症检查对命名困难定性的比较[J]. 中国康复医学杂志,2009,24(2):113-117.
- [14] 廖华薇. 头针结合语言治疗在卒中后失语症中的应用[J]. 中国临床康复,2006,10(11):110,116.
- [15] 王小荣,卓大宏. 功能性语言沟通能力检查法及其在中风失语症检测中的应用[J]. 中国康复医学杂志,1992,7(6):248-250.
- [16] 于致顺. 头穴的基础与临床[M]. 北京:中国医药科技出版社,1992:56.
- [17] 魏铁花,邢艳丽,唐强. 针康法对急性脑梗死异常运动模式的影响[J]. 中医药信息,2005,22(4):48-49.
- [18] 唐强,吴北峰,朱肖菊. 针康法对缺血性脑卒中患者肢体运动功能的影响[J]. 针灸临床杂志,2005,21(2):46-47.
- [19] 龚辉,唐强. 针康法治疗脑卒中后偏瘫肩痛的临床观察[J]. 针灸临床杂志,2010,26(1):10-11.

(收稿日期:2011-02-23;修回日期:2011-03-07)

[编辑:邓媛]