

针刺“开瘕五穴”结合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语临床观察

杨 娅,刘广霞,徐 洋,周 婷,李 静

(安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

[摘要]目的 观察针刺“开瘕五穴”结合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语的临床疗效。**方法** 将60例患者随机分为治疗组和对照组,每组30例。治疗组采用“开瘕五穴”针刺法结合语言康复训练,对照组采用传统针刺法结合语言康复训练。7 d为1个疗程,治疗3个疗程后,采用汉语失语症检查法(ABC法)评价患者的语言功能,采用中国式功能性语言沟通能力检测法(Chinese functional communication profile,CFCP)评价患者的语言沟通能力,基于汉语失语症检查法(ABC法)评分改善率判定临床疗效。**结果** 与治疗前比较,两组患者治疗后各项语言功能评分和CFCP评分均显著升高($P<0.05$),且治疗组治疗后口语表达评分和听理解评分升高值显著大于对照组($P<0.05$);两组临床疗效比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 针刺“开瘕五穴”结合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语的临床疗效与传统针刺相当,均能改善患者语言能力。

[关键词]缺血性脑卒中;运动性失语;开瘕五穴;语言康复训练

[中图分类号]R743.3;R246.6 **[DOI]**10.3969/j.issn.2095-7246.2019.02.012

失语是脑卒中的常见后遗症之一,大多因大脑皮质语言功能区的器质性病变导致患者在口语表达、听理解上出现障碍,1/3以上的脑卒中患者会发生不同程度的言语沟通能力障碍。脑卒中后失语多分为运动性失语、感觉性失语和混合性失语。其中运动性失语又称为表达性失语,主要表现为患者对语言文字的理解以及构思能力相对正常,但是运用语言文字表达的能力出现障碍,严重影响患者与外界的正常交流,影响患者的生活质量,给患者带来沉重的心理负担^[1]。本研究采用“开瘕五穴”结合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语,并与传统针刺结合语言康复训练进行比较,现报道如下。

1 临床资料

1.1 缺血性脑卒中诊断标准 按照《中国脑血管病防治指南》^[2]及《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[3]中的缺血性脑卒中诊断标准。

1.2 纳入标准 ①符合缺血性脑卒中诊断标准;②符合运动性失语诊断标准;③神志清楚,生命体征平稳,无明显视听觉障碍及智力障碍;④年龄在26岁以上,80岁以下;⑤病程在6个月内;⑥脑卒中次数不超过2次;⑦母语为普通话;⑧文化程度为小学

及以上;⑨均为右利手;⑩经医院伦理委员会批准通过,并且患者及家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①生命体征不平稳,有意识障碍、智力障碍或精神障碍者;②因肿瘤、外伤等原因导致失语;③发病前存在听力障碍者;④存在声带疾患及存在聋哑病史者;⑤感觉性失语者;⑥脑卒中次数超过2次;⑦年龄大于80岁者;⑧因其他合并症导致无法配合治疗者。

1.4 一般资料 60例缺血性脑卒中后运动性失语患者均为2017年1月至2018年6月安徽中医药大学第二附属医院脑病四科的住院患者,按照随机数字表法将其分为对照组和治疗组。对照组30例,男21例,女9例;年龄26~80岁,平均年龄(61.97±13.24)岁;病程8~150 d,平均病程(45.23±42.49) d。治疗组30例,男18例,女12例;年龄40~79岁,平均年龄(65.00±9.66)岁;病程10~164 d,平均病程(57.13±49.65) d。两组患者性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义(性别: $\chi^2=0.659$, $P=0.417$;年龄: $t=-1.014$, $P=0.315$;病程: $Z=-0.836$, $P=0.403$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法 按照《2016版中国脑血管病诊治指南与共识》^[5]的基础治疗方法,均给予神经内科常规处理,管理血压、血脂、血糖,以及对症处理。

两组均采用失语症刺激疗法(又称 Schuell 刺激法)对患者进行语言康复训练^[6]:

(1)听理解训练 包括名词听理解训练、动词听

基金项目:安徽中医药大学青年科学研究项目(2017fyyb019)

作者简介:杨娅(1982-),女,硕士,主治医师

通信作者:刘广霞(1954-),女,教授,主任医师,lgx0551@

理解、语句听理解、听语记忆广度拓展训练。

(2)读解训练 ①字词与图或实物匹配;②读短语填空;③反义词、同义词选择;④动词、方位词、形容词的阅读理解;⑤简单句、复杂句填空;⑥读句子选择动词;⑦句子与图匹配;⑧执行文字指令;⑨短篇或长篇文章,回答多选题。

(3)口语表达训练 包括单字的产生;词语的产生;语句完形;词选择;图片名的范畴;功能及描述;词拓展训练;描述训练。

(4)书写训练 包括姓名、听写单词、句子、短文的训练。

(5)其他训练 包括计算(练习、钱的计算)、绘画的训练。在专门的语言康复室里,进行“一对一”语言训练。

每次训练时间为30 min,治疗6次,休息1 d,7 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

2.1.1 治疗组 治疗组采用“开痞五穴”针刺法结合语言康复训练。取穴:风池、风府、廉泉、涌泉、聚泉(舌体中央,舌尖与舌根连线中点处),有肢体瘫痪的再配合相应穴位。操作方法:操作前进行无菌操作。针刺风池穴时,选用1.5寸毫针,针尖微下,向鼻尖方向斜刺20~25 mm;针刺风府穴时,选用1.5寸毫针,针尖向下颌方向缓慢直刺入针20~25 mm;涌泉穴通常使用1寸火针点刺。针刺廉泉时,选用3寸毫针,针刺上廉泉时针尖向舌根方向呈45°~60°斜刺入45~50 mm,使患者舌根有酸麻胀痛感并散布至舌体,廉泉左针尖向上廉泉方向斜刺入55~60 mm,廉泉右针尖向上廉泉方向斜刺入55~60 mm;针刺聚泉时,使患者张口,用压舌板按压舌体,于舌面正中点处取穴,用3寸毫针,向舌根方向点刺,出针后以棉球按压片刻。每日治疗1次,治疗6次后休息1 d,7 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

2.1.2 对照组 采用传统针刺法结合语言康复训练。取穴:选取百会、顶颞前斜线(运动性失语头针分区)、哑门、廉泉、通里,有肢体瘫痪的再配合相应穴位,均采用常规针刺手法,每日治疗1次,治疗6

次后休息1 d,7 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 语言功能评定 以汉语失语症检查法(ABC法)为评分标准,评定患者在口语表达、听理解、阅读和书写4个方面的得分,比较两组治疗前后各项语言功能评分的变化情况。

2.2.2 日常生活语言沟通能力评定 采用中国式功能性语言沟通能力检查法(Chinese functional communication profile,CFCP)^[7]对患者日常生活语言沟通能力进行评定。CFCP将患者日常生活的沟通技能分成回答问题、命名、复述、自动语序、时间方向、声音、图片等25个项目,观察患者在听力理解、表达能力、阅读和书写方面的功能水平。

2.2.3 临床疗效评定 以汉语失语症检查法(ABC法)为评分标准,比较两组治疗前后语言功能评分变化情况,计算其改善率,并将其分为显效、有效、进步、无效4个等级。无效:改善率<10%;进步:10%≤改善率<30%;有效:30%≤改善率<50%;显效:改善率≥50%。改善率=(治疗后得分-治疗前得分)/(总分-治疗前得分)×100%。

2.3 统计学方法 采用SPSS 22.0 For Windows 统计分析软件进行统计分析。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”进行统计学描述。当数据呈正态分布时,同组治疗前后均数比较采用配对 t 检验;两组间均数比较采用两个独立样本 t 检验;当数据不全呈正态分布时,同组治疗前后中位数比较采用Wilcoxon检验,两组数据分布比较采用Mann-Whitney U 检验;两组临床疗效分布比较采用Mann-Whitney U 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组治疗前后语言功能评分比较 两组治疗前各项语言功能评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较,两组治疗后各项语言功能评分显著升高($P<0.05$);治疗组治疗后口语表达评分和听理解评分升高值显著大于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组治疗前后语言功能评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	口语表达评分			阅读理解评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	30	59.73±29.38	87.40±37.55*	27.67±16.89	34.00±15.60	55.90±22.06*	21.90±10.75
治疗	30	56.43±25.74	107.93±32.09*	51.50±14.93#	32.10±13.92	56.40±20.83*	24.30±12.48
组别	n	听理解评分			书写评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	30	64.20±27.64	94.23±36.62*	30.03±16.89	26.73±13.00	41.60±17.68*	14.87±6.96
治疗	30	61.20±27.49	113.57±32.20*	52.37±13.24#	26.43±11.51	39.13±15.49*	12.70±9.55

注:与治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P<0.05$

3.2 两组治疗前后 CFCP 评分比较 治疗前两组 CFCP 评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。两组治疗后 CFCP 评分均较治疗前显著升高($P<0.05$);两组治疗前后 CFCP 评分差值比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后 CFCP 评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	n	CFCP 评分		
		治疗前	治疗后	差值
对照	30	95.03±23.45	144.63±33.60*	49.60±14.69
治疗	30	94.23±21.57	148.53±34.33*	54.30±18.82

注:与治疗前比较,* $P<0.05$

3.3 两组临床疗效比较 两组临床疗效分布比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 3。

表 3 两组临床疗效比较

组别	n	显效/例	有效/例	进步/例	无效/例	平均秩次	Z 值	P 值
对照	30	2	9	16	3	32.67	-1.046	0.295
治疗	30	3	12	13	2	28.33		

4 讨论

目前,脑卒中后运动性失语症的发病机制尚不明确,大部分专家认为可能是因为脑卒中后大脑局部组织病变破坏语言功能区或者由于远隔效应引起。远隔效应是指与局部损伤相隔较远,但由于皮质语言功能区域皮质下结构纤维联系的阻断,传入纤维通路输入受损,造成神经联系区域功能缺失与神经细胞兴奋性降低,表现为局部血流量降低或低代谢,症状表现为患者语言表达、理解以及文字书写和阅读等能力丧失^[8]。

脑卒中后失语的康复有赖于大脑功能的代偿和低级功能再形成,尽管失语症患者存在明显的自然恢复现象,但康复治疗的积极作用是肯定的。其不但可以使人脑语言中枢残余功能得以充分利用,而且能逐渐提高语言表达能力。临床实践中发现,康复治疗可以增加言语功能的恢复速度和程度。语言康复训练是目前治疗脑卒中后失语的重要方法之一,其中 Schuell 刺激法是目前临床应用较为广泛的一种语言训练方法^[9]。其主要是通过听、视、触、嗅多途径的语言刺激,最大程度地促进患者受损的言语符号系统重建和恢复^[10]。然而临床研究发现,单独药物治疗或语言康复训练,并不能很好地促进患者语言功能恢复,尤其对于脑卒中后失语症初期,以及伴随有嗜睡、精神、认知障碍及病情严重的患者而言^[11],其接受度和配合性较差,不利于患者的语言康复。

针灸治疗失语症具有悠久的历史 and 独特的优势。失语症属于中医学“暗瘖”“不语”“瘖音”“舌强”

等范畴。中医学认为,脑卒中后失语病位在脑,与心、脾、肾、肝密切相关。病因病机为风、火、痰、瘀之邪闭阻脑脉,致脑髓受损,邪扰神明,闭阻舌窍,合而为病^[12]。安徽中医药大学第二附属医院蔡圣朝主任医师认为,脑卒中后失语以肾虚为本,由脏腑功能失调,气血阻滞,经筋失养而致,临床应从肾论治本病^[13]。因此治疗选穴时,秉承疏经通络、醒脑开窍之法,以达到调节脏腑功能、调整阴阳、运行气血之功。研究表明,针灸治疗脑卒中后失语有着显著的优势^[14-16]。除传统针刺手法外,还可选择多种特色疗法,如费爱华等^[17]采用调任复元灸法结合头皮针和舌面点刺治疗脑卒中后感觉性失语,能明显改善患者各项言语功能。陈改平等^[18]采用杵针疗法治疗脑卒中后运动性失语,能有效地促进运动性失语患者的语言康复。本研究采用“开瘖五穴”(风池、风府、廉泉、涌泉、聚泉)联合语言康复训练治疗脑卒中后运动性失语,取得较好疗效。风池属足少阳胆经,《类经图翼》载:“风池治中风不语,汤水不能入口”。风府属督脉,《针灸甲乙经》记载,风府治“暴瘖不能言”。《备急千金药方》载:“半身不遂,失音不语者,灸百会、风府。”廉泉又名舌本,是任脉和阴维脉的交会之处,针刺廉泉可通过刺激舌根局部神经,起到疏通舌根经络的作用,促进构音器官功能的恢复。涌泉,为足少阴“井穴”,足少阴之脉沿咽喉挟于舌根部,取涌泉可以起到疏通气血、通窍利咽、调节诸经、平衡阴阳的作用^[19]。聚泉乃经外奇穴,位于舌面正中,是任督二脉交接之处。舌中央属脾胃,脾胃为后天之本,气血生化之源。针刺聚泉穴,可促进脾胃化生气血,提升运化水谷和血液的功能,散瘀祛痰。直接针刺舌体,通过刺激舌下神经,可以促进舌肌运动,改善舌体的功能状态。诸穴同用,可以激活脑干网状上行系统,兴奋大脑皮质特定区域,改变大脑皮质语言功能的抑制状态,能够更好地沟通回路,形成条件反射,对语言中枢变性细胞起到调节作用,改善语言功能^[20]。

总之,“开瘖五穴”选穴精当,配伍审慎,操作简便,经过长期临床观察,可以明显促进患者语言功能恢复,尤其在口语表达,听理解方面,取得显著疗效,提高患者交流能力及生活质量。本研究所选病例较少,选择的方案也存在局限,今后应扩大样本量,并对失语症的其他类型进行观察。

参考文献:

- [1] 冯木兰,陈锦秀,林润,等. 微调音乐联合暗示法对脑卒中运动性失语患者脑血流及神经功能的影响[J]. 中国中医急症,2014,23(8):1581-1584.

- [2] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:36-38.
- [3] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中国全科医学,2011,14(12B):4013-4017.
- [4] 高素荣. 失语症[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,1993:265-280.
- [5] 中华医学会神经病学分会. 2016版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京:人民卫生出版社,2016.
- [6] 王左生,王丽梅. 言语治疗技术[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2014:45.
- [7] 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:I. 功能性语言沟通能力检查方案的制订[J]. 中国康复医学杂志,1992,7(6):248-250.
- [8] 张燕双,于泽萍,张咏莉,等. 针刺配合康复训练治疗脑卒中后运动性失语疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2012,31(11):781-783.
- [9] 杨玲,郭耀光. 头电针配合言语训练治疗脑卒中后失语的临床研究[J]. 中国康复医学杂志,2017,32(3):305-308.
- [10] 田智慧,江钟立,丛芳,等. 词联导航训练法与 Schuell 刺激疗法改善卒中后言语功能的对比研究[J]. 中国康复医学杂志,2014,29(2):119-123.
- [11] 王岷岷. 头舌针结合语言康复训练干预急性脑卒中后失语症的临床研究[J]. 白求恩医学杂志,2016,14(6):740-741.
- [12] 王爱琴,常静玲. 脑卒中后失语的语言功能中西医评价方法探讨[J]. 中华中医药杂志,2014,29(9):2899-2902.
- [13] 费爱华,徐斌. 蔡圣朝运用针灸治疗中风后失语经验[J]. 安徽中医药大学学报,2015,34(5):45-47.
- [14] 田忠惠. 醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗中风后运动性失语临床观察[J]. 天津中医药,2017,34(10):673-676.
- [15] 齐国豪,常宝燕,赵全忠. 头皮针结合言语训练治疗中风后运动性失语 38 例[J]. 光明中医,2017,32(2):256-257.
- [16] 叶必宏,宋丰军,郑士立,等. 通窍开音法针刺治疗中风后运动性失语 120 例[J]. 浙江中医药大学学报,2015,39(12):900-901.
- [17] 费爱华,蔡圣朝,代飞. 调任复元灸法治疗脑卒中后感觉性失语临床研究[J]. 安徽中医药大学学报,2018,37(3):41-44.
- [18] 陈改平,杨郁文,倪斐琳,等. 杵针疗法对中风运动性失语患者语言康复的研究[J]. 上海针灸杂志,2018,37(7):742-745.
- [19] 闫东升,黄志恒. 针刺“五泉穴”联合西药治疗中风后失语 38 例[J]. 中医研究,2017,30(1):57-59.
- [20] 崔韶阳,刘佳霁,王曙辉,等. 舌三针配合颞三针治疗中风失语症临床观察[J]. 中国中医急症,2013,22(8):1280-1282.

(收稿日期:2018-12-20;编辑:张倩)

Clinical Effect of Acupuncture at "the Five Acupoints for Improving Aphasia" Combined with Language Rehabilitation Training in Treatment of Motor Aphasia After Ischemic Stroke

YANG Ya, LIU Guang-xia, XU Yang, ZHOU Ting, LI Jing

(The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Anhui Hefei 230061, China)

[Abstract] Objective To investigate the clinical effect of acupuncture at "the five acupoints for improving aphasia" combined with language rehabilitation training in the treatment of motor aphasia after ischemic stroke.

Methods A total of 60 patients were randomly divided into treatment group and control group, with 30 patients in each group. The patients in the treatment group were given acupuncture at "the five acupoints for improving aphasia" combined with language rehabilitation training, and those in the control group were treated with conventional acupuncture combined with language rehabilitation training. Each course of treatment was 7 days, and after three courses of treatment, the Aphasia Battery of Chinese (ABC) was used to evaluate language function and the Chinese functional communication profile (CFCP) was used to evaluate verbal communication. The rate of improvement in ABC score was used to evaluate clinical outcome. **Results** After treatment, both groups had significant increases in the scores of language function and CFCP score ($P < 0.05$), and compared with the control group, the treatment group had significantly greater increases in the scores of oral expression and listening comprehension ($P < 0.05$). There was no significant difference in clinical outcome between the two groups ($P > 0.05$).

Conclusion Acupuncture at "the five acupoints for improving aphasia" combined with language rehabilitation training has a similar clinical effect to conventional acupuncture in the treatment of motor aphasia after ischemic stroke, and both methods can improve patients' language ability.

[Key words] Ischemic stroke; Motor aphasia; Five acupoints for improving aphasia; Language rehabilitation training