

针药联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症 62例临床研究

张莎莎¹ 肖婷婷² 沈凤梅² 贺力男¹ 张雨佳¹ 张国辉¹ 张艳艳²

(1.衡水市第五人民医院,河北衡水053000;2.衡水市第四人民医院,河北衡水053000)

摘要 目的:观察针药联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症患者的临床疗效。方法:将124例脑卒中后失语症患者随机分为治疗组与对照组,每组62例。2组患者均采用脑卒中对症治疗及言语康复训练,对照组加用中药汤剂化痰通络方,治疗组在对照组治疗的基础上加用“醒脑开窍法”针刺治疗,2组疗程均为6周。观察并比较2组患者治疗前及治疗结束后第7天失语测验评分、失语严重程度分级变化情况及N400电位潜伏期、波幅差值,并评估临床疗效。结果:治疗后2组患者失语测验评分中自发谈话、复述、理解、命名单项评分均较治疗前明显增加($P<0.05$),治疗组上述得分均明显高于对照组($P<0.05$)。治疗后2组患者失语严重程度均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组改善明显优于对照组($P<0.05$)。治疗组患者治疗前后N400电位潜伏期差值和波幅差值均明显高于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为91.9%,明显高于对照组的79.0%($P<0.05$)。结论:在“化痰通络方”联合言语康复训练基础上加用“醒脑开窍法”针刺治疗脑卒中后失语症可明显改善患者失语症状和降低失语严重程度,并提高临床疗效。

关键词 中风后遗症;失语;清金化痰汤;针刺疗法;针药并用;言语和语言障碍康复;中西医结合疗法

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2020)12-0058-04

基金项目 河北省中医药管理局科研计划项目(2018546)

脑卒中又称中风,属急性脑血管疾病,好发于中老年,类型包括缺血性卒中和出血性卒中,其中缺血性卒中约占60%~70%,约1/3脑卒中患者有不同程度的失语症状^[1]。目前西医采用缓解脑部损伤等对症治疗联合舒尔氏失语症刺激法治疗失语症,由于卒中后患者常存在悲观、认知障碍等问题,不能很好配合,往往效果欠佳。《黄帝内经》记载,痰阻经络使人体气血运行受阻,引发偏瘫不利、手足麻木等症状,治以化痰通络^[2]。“化痰通络方”化裁于《杂病广要》中的清金化痰汤,并加用川芎、菖蒲、丹参等,具有化痰祛瘀、通络排毒功效^[3]。“醒脑开窍法”针刺以著名针灸学家石学敏院士所创“醒脑开窍法”为指南,通过针刺廉泉、风池等关键穴位而发挥疏风泄热、通络开窍止痛的功效,可明显促进卒中后失语的康复^[4]。本研究我们观察了在“化痰通络方”联合言语康复训练基础上加用“醒脑开窍法”针刺治疗脑卒中后失语症的临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2018年2月至2019年6月于衡水市第五

人民医院治疗的脑卒中后失语症患者124例,按治疗顺序编号采用随机数字表法分为治疗组与对照组,每组62例。2组患者年龄、性别、病程、身体质量指数(BMI)等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),见表1。本研究经衡水市第四人民医院医学伦理委员会批准(批号:2018-005-15)。

1.2 诊断标准 脑卒中诊断参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》^[5]和《中国脑出血诊治指南(2014)》^[6]中的诊断标准。失语症诊断参考《失语症》^{[7]436}诊断标准:检查内容共包括5项,分别为口语表达、听理解、阅读、书写和其他神经心理学检查,将患者各项测验得分除以单项测验最高分,将所得百分数在总结表座标上的点连线得出失语症诊断结果,并结合患者头颅CT病灶所在部位,即可确诊。

表1 治疗组与对照组一般资料比较

组别	例数/例	年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	性别/例		BMI($\bar{x}\pm s$)/(kg/m ²)	病程($\bar{x}\pm s$)/h	糖尿病/例	高血压/例	高血脂/例	吸烟史/例	饮酒史/例
			男	女							
治疗组	62	67.78±4.15	37	25	25.7±3.3	36.30±16.25	17	16	23	19	16
对照组	62	67.13±3.82	34	28	24.9±2.9	37.15±14.60	20	18	19	16	15

1.3 纳入标准 符合脑卒中后失语症诊断标准;发病后2周内就诊者;经头颅CT或MRI证实为新发病灶,且位于大脑优势半球;均自愿参加研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并脑卒中非失语症的其他后遗症患者;先天性发音或听觉障碍者;对针刺治疗难以耐受者;伴有其他严重内科疾病者。

2 治疗方法

2组患者均采用脑卒中对症治疗。脑卒中对症治疗方法根据《中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)》^[8]。控制血压:制定个体化降压方案,控制血压在正常范围内或140/90 mmHg以下;控制血糖:通过口服降糖药或注射胰岛素等方式控制血糖;调节血脂:根据低密度脂蛋白水平和甘油三酯选择适合的降脂药物来有效调节血脂;抗凝治疗:采用乙酰水杨酸或乙酰水杨酸加硫酸氯吡格雷抗血小板聚集治疗。同时,采用脑神经营养剂、改善脑血液循环药物治疗及对具体症状进行治疗。

2.1 对照组 在脑卒中对症治疗基础上加用言语康复训练治疗及中药汤剂化痰通络方。言语康复训练治疗采用舒尔氏失语症刺激法,包括口型发音、转换发音及实用发音练习,循序渐进,从易到难,并结合视觉、听觉刺激等方式,1次/d,40 min/次,连续治疗6周。化痰通络方药物组成:天麻15 g,全蝎6 g,僵蚕6 g,郁金15 g,丹参15 g,川芎10 g,地龙10 g,远志10 g,黄芪30 g,菖蒲10 g,白术10 g,茯苓15 g。1剂/d,水煎250 mL,分早晚2次服用,连续治疗6周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用“醒脑开窍法”针刺治疗。具体操作:患者取仰卧位,采用华佗牌针灸针(江苏医疗用品厂,规格:0.30 mm×25 mm)。廉泉、风池刺入约20 mm,得气后行平补平泻法,令酸麻胀痛感向舌根放射;合谷直刺15 mm,太冲直刺15~20 mm,选择强刺激方法,得气后持续提插捻转1 min;针刺人中时以患者眼球湿润为度;金津、玉液行点刺出血;丰隆进针15 mm,得气后施徐而重手法,使针感传至第2、3足趾部。风池、合谷、太冲、人中、丰隆穴位留针时间40 min,期间行针1次。针刺治疗为1次/d,6次/周,连续治疗6周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 于治疗前及治疗结束后第7天记录2组患者失语测验评分、失语严重程度分级及N400电位潜伏期、波幅差值。

3.1.1 失语测验评分 参考《失语症》^[7]⁴⁴中失语测验评分标准。包括自发谈话、复述、理解、命名得分,其中自发谈话总分为54分,复述总分为100分,理解总分为150分,命名总分为62分,总得分越低代表失语症状越严重。

3.1.2 失语严重程度分级 参考波士顿诊断性失语症测验中失语严重程度分级标准^[9]。失语严重程度按从重到轻分为6级。0级:缺乏有意义的言语或听理解能力;1级:言语交流中有不连续的言语表达,但大部分需要听者去推测、询问和猜测或可交流的信息范围有限,听者在言语交流中感到困难;2级:在听者的帮助下,可进行熟悉话题的交流,但对陌生话题常常不能表达出自己的思想,患者与评定者都感到言语交流有困难;3级:在仅需少量帮助或无帮助下,患者可以讨论几乎所有的日常问题,但由于言语或理解力的减弱,使某些谈话出现困难或不大可能进行;4级:言语流利,但可观察到有理解障碍,思想和言语表达尚无明显限制。5级:有极少的可分辨得出的言语障碍,患者主观上可能感到有些困难,但听者不一定能明显察觉到。

3.1.3 治疗前后N400电位潜伏期、波幅差值 记录比较2组患者额中线点(Fz)、枕中线点(Pz)、左中央(C3)、右中央(C4)四点治疗前后N400电位潜伏期差值及波幅差值,差值越大表明疗效越好。

3.2 疗效判定标准 2组均于治疗结束后第7天参考《失语症》^[7]¹⁴中的疗效判定标准判定疗效。临床痊愈:治疗后失语测验总得分超过总分90%以上;显效:治疗后失语测验总得分较治疗前总得分增加20%以上或治疗后总得分超过总分70%以上;有效:失语测验总得分虽增加但未达临床痊愈或显效标准;无效:失语测验总得分无明显变化甚至有减退。

3.3 统计学方法 采用SPSS 26.0软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间及组内比较均采用t检验;计数资料以例表示,比较采用 χ^2 检验或fisher精确概率法;等级资料比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后失语测验评分比较 见表2。

表2 治疗组与对照组治疗前后失语测验评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	自发谈话	复述	理解	命名
治疗组	62	治疗前	20.38±2.35	36.44±6.75	112.80±9.26	28.16±4.32
		治疗后	36.42±8.59 ^{△*}	60.57±14.40 ^{△*}	126.51±11.49 ^{△*}	40.34±7.58 ^{△*}
对照组	62	治疗前	19.78±2.24	35.93±7.05	113.73±9.33	28.85±4.16
		治疗后	30.02±8.11 [△]	50.61±13.86 [△]	119.44±10.90 [△]	34.80±6.11 [△]

注:表中“治疗后”即指治疗结束后第7天。与本组治疗前比较,△ $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组患者治疗前后失语严重程度比较 见表3。

3.4.3 2组患者治疗前后N400电位潜伏期差值及波幅差值比较 见表4。

表3 治疗组与对照组治疗前后失语严重程度比较 单位:例

组别	例数	时间	0级	1级	2级	3级	4级	5级
治疗组	62	治疗前	23	20	15	4	0	0
		治疗后	0	6	19	21	9	7
对照组	62	治疗前	21	22	17	2	0	0
		治疗后	0	8	30	13	7	4

注:表中“治疗后”即指治疗结束后第7天。与本组治疗后2组患者失语严重程度均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组改善明显优于对照组($P<0.05$)。

表4 治疗组与对照组治疗前后N400电位潜伏期差值及波幅差值比较($\bar{x}\pm s$)

项目	例数	组别	Fz	Pz	C3	C4
潜伏期差值/ms	62	治疗组	26.13±26.94*	27.10±27.39*	23.75±27.40*	26.22±23.37*
		对照组	12.67±32.41	14.27±36.05	9.08±36.13	12.76±33.65
波幅差值/uv	62	治疗组	3.00±1.94*	3.13±2.21*	3.23±2.29*	3.28±2.21*
		对照组	2.25±2.20	2.17±2.08	1.93±2.05	2.14±1.90

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3.4.4 2组患者临床疗效比较 见表5。

表5 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	62	7	31	19	5	91.9*
对照组	62	4	17	28	13	79.0

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

4 讨论

近年来,我国脑卒中发病率、致残率及死亡率一直居高不下,目前已成为我国成年人致残的首要原因^[10]。脑卒中可引起不可逆的神经损伤,如昏迷、肢体麻木、口舌歪斜等,其中以失语症较为常见^[11]。舒尔氏失语症刺激法是治疗失语症基础疗法,通过刺激一反应一反馈的机理重组神经系统功能,激活患者语言中枢的神经细胞,最大限度地改善患者语言功能^[12],但短期内效果不明显。

脑卒中后失语可归属于中医学“舌暗”“暗瘕”等范畴,其病因为风火痰瘀伤及心肝肾脾,病机为气血瘀滞、脉络阻痹,而舌为心、肝、肾、脾所系,因而中风患者常出现舌强不能语和言语蹇涩不利的症状^[13]。化痰通络方中天麻、菖蒲、黄芪为君药,可通血脉、益气升阳、利窍;全蝎、僵蚕、丹参、远志、地龙为臣药,可通络止痛、息风镇痉、化痰散结;川芎、郁金协调君药、臣药,可益肾、行气、活血;白术、茯苓可燥湿利水、健脾益气。诸药合用共奏化痰通络、活血行瘀、益气通脉之功效。“醒脑开暗法”在穴位的选择主要为阴经与督脉穴,还明确规范了针刺手法的量学,和传统的选穴、针刺手法存在较大差异。《针灸大成》指出:“舌肿难语:廉泉、金津、玉液。”金津、玉液两

处穴位位于口腔内舌系带两边静脉上,针刺两穴有通窍解语、化痰祛痰之功效。廉泉位于颈部正中线与喉结正上方横皱纹交叉处,属脾胃,而脾胃可促进

气血生化,因此针刺廉泉穴可有效刺激舌部肌肉运动,促进经络疏通,进而改善患者的舌体功能。太冲属肝经原穴,与合谷相配组成“四关穴”,生理层面上太冲和合谷在大脑皮层的投影区域较为广泛,针刺“四关穴”可明显提高大脑皮质的血流量。采用“醒脑开暗法”针刺“四关穴”可兴奋大脑皮层,进而改善患者的言语功能^[14]。研究表明,针刺头部穴位可在一定程度刺激相应的大脑皮层功能区,进而改善受损的神经功能^[15]。因此,“醒脑开暗法”

以启闭开暗、醒脑通络为法,通过针刺“四关穴”等穴位发挥通络开窍之功效,达到预期的治疗效果。

N400电位潜伏期、波幅差值可作为临床失语症患者的评价指标,其与各项言语功能评分均具有相关性^[16]。本研究结果表明,治疗组Fz、Pz、C3、C4四点治疗前后N400电位潜伏期和波幅差值均明显高于对照组,与总有效率呈正相关,可能的原因为联合治疗可改善病变脑组织的醒脑调神效应、化痰通络效应、语言中枢修复效应及舌体神经功能。

综上,在“化痰通络方”联合言语康复训练基础上加用“醒脑开暗法”针刺治疗脑卒中后失语症可明显改善患者失语症状和降低失语严重程度,并提高临床疗效。但本研究为单中心、小样本研究,缺乏远期疗效观察,下一步我们拟采取大样本和远期随访的方式以提高研究结果的准确性。

参考文献

- [1] ADEOYE O, NYSTRÖM K V, YAVAGAL D R, et al. Recommendations for the establishment of stroke systems of care: a 2019 update[J].Stroke, 2019, 50 (7): e187.
- [2] 张田仓. “久病入络”学说发展的历史渊源[J].中医研究, 2015, 28 (2): 3.
- [3] 朱柱泉, 王姝琛. 《杂病广要》丹波元坚按语初探[J].中国社区医师, 2015, 31 (26): 82.
- [4] 鲍鑫鑫, 刘林, 梁秀丽. 益肾化痰汤配合醒脑开暗针刺疗法提升脑卒中后失语症的疗效及护理质量效果研究[J].四川中医, 2020, 38 (1): 202.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014[J].中华神经科杂志, 2015, 48 (4): 246.

针药联合对 IgA 肾病伴急性上呼吸道感染患者尿 IL-6、血 hs-CRP 及血液流变学的影响

——附 40 例临床资料

孙丽燕 曹蓉 赵雯红 孙姗姗 陈文军 石会

(石家庄市中医院,河北石家庄 050051)

摘要 目的:观察在常规西医治疗基础上联合“清热凉血化瘀汤”、点刺放血对 IgA 肾病 (IgAN) 伴急性上呼吸道感染患者尿白细胞介素 6 (IL-6)、血浆超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 及血液流变学指标的影响。方法:将 120 例 IgAN 患者随机分为治疗组与西药组、中药组,每组 40 例。西药组予西医常规治疗,中药组在西药组治疗的基础上加用清热凉血化瘀汤口服,治疗组在中药组治疗的基础上加用点刺放血。3 组疗程均为 12 周。观察并比较 3 组患者治疗前后尿 IL-6、血 hs-CRP、血脂及血液流变学指标的变化情况。结果:治疗后 3 组患者尿 IL-6、血 hs-CRP、胆固醇 (TC)、甘油三酯 (TG)、低密度脂蛋白 (LDL) 均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 高密度脂蛋白 (HDL) 较治疗前明显上升 ($P < 0.05$); 治疗组治疗后尿 IL-6、血 hs-CRP 均明显低于西药组与中药组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 中药组上述指标明显低于西药组 ($P < 0.05$)。治疗组和中药组患者治疗后全血黏度 (低切 1)、血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原水平均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 治疗组治疗后上述指标均明显低于西药组与中药组 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 中药组上述指标明显低于西药组 ($P < 0.05$)。结论:常规西医治疗基础上加用清热凉血化瘀汤在降低急性上呼吸道感染炎症反应、抑制炎症因子产生、改善微循环方面优于单用西药治疗,加用点刺放血则疗效更佳。

关键词 IGA 肾小球肾炎;并发症;呼吸道感染;清咽利膈汤;犀角地黄汤;刺血疗法;中西医结合疗法

中图分类号 R246.9 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 12-0061-04

基金项目 河北省中医药管理局科研计划项目 (2016099)

IgA 肾病 (IgAN) 是我国最常见的原发性肾小球疾病,感染因素与 IgAN 的发病、病情恶化有着密切的关系。在诸多种类感染中,急性上呼吸道感染,尤其

是扁桃体感染最多^[1]。目前,西医对于 IgAN 伴急性上呼吸道感染的治疗主要以控制感染及应用血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素受体拮抗剂

[6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑出血诊治指南(2014)[J].中华神经科杂志,2015,48(6):435.

[7] 高素荣.失语症[M].2版.北京:北京大学医学出版社,2006.

[8] 张通.中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301.

[9] 汪洁,张清丽,吕焱玲,等.波士顿诊断性失语症检查汉语版的编制与常模[J].中国康复,1996,11(2):49.

[10] CAO J, ESHAK E S, LIU K, et al. Age-period-cohort analysis of stroke mortality attributable to high sodium intake in China and Japan[J]. Stroke, 2019, 50(7): 1648.

[11] LI Z, WANG C, ZHAO X, et al. Substantial progress yet significant opportunity for improvement in stroke care in China[J]. Stroke, 2016, 47(11): 2843.

[12] 张志兰,侯宝国,孙金华,等.益肾化痰汤联合针刺治疗对卒中患者语言功能及神经功能缺损的影响[J].世界临床

医学,2017,11(8):16.

[13] 李国辉,潘康健.中医治疗中风后偏瘫的研究进展[J].中华针灸电子杂志,2019,8(3):108.

[14] 朱利,苏同生.针刺治疗中风后失语症研究进展[J].陕西中医,2019,40(6):814.

[15] 孟庆刚,高兵兵,孔庆爱,等.头穴透刺配合溶栓治疗急性脑梗塞的临床机理研究[J].中国针灸,2001,21(4):243.

[16] 樊瑞文,常静玲.脑卒中后失语事件相关电位N400语言任务范式探讨[J].中国康复医学杂志,2018,33(7):869.

第一作者:张莎莎(1985—),女,本科学历,主治医师,从事针灸治疗脑卒中后失语症研究。

通讯作者:沈凤梅,本科学历,副主任医师。
851443122@qq.com

收稿日期:2020-06-24

编辑:蔡强