

临床研究

DOI: 10.13703/j.0255-2930.2019.04.003

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

“醒脑开喑法”针刺联合言语训练治疗脑卒中失语症 临床观察*

柳 刚¹, 孙健健¹, 杨 骏², 张庆萍³

(¹安徽中医药大学第二附属医院脑病三科, 合肥 230061; ²安徽中医药大学第一附属医院针灸科; ³安徽中医药大学针灸骨伤临床学院)

[摘要] 目的: 验证“醒脑开喑法”针刺联合言语训练治疗脑卒中后失语症的临床疗效。方法: 将 68 例脑卒中后失语症患者随机分为观察组和对照组, 每组 34 例。对照组采用基础治疗和语言康复练习 (主要为舒尔氏 (Schuell) 失语症刺激治疗方法), 观察组在对照组治疗方法基础上, 进行“醒脑开喑法”针刺治疗, 穴取水沟、内关、三阴交、廉泉、百会、风府、哑门、合谷、太冲, 每日针刺治疗 1 次, 每周治疗 6 次, 4 周为一疗程, 共治疗 2 个疗程。观察两组患者治疗前后语言功能评分, 包括理解、命名、复述、书写以及阅读, 并评定两组疗效。结果: 观察组总有效率为 91.2% (31/34), 优于对照组的 67.6% (23/34, $P < 0.05$)。与治疗前相比, 两组治疗后各项语言功能评分均明显升高 (均 $P < 0.05$); 与对照组相比, 观察组治疗后各项语言功能评分升高明显 (均 $P < 0.05$)。结论: 在基础治疗和言语训练基础上, “醒脑开喑法”针刺可提高脑卒中后失语症的早期康复疗效。

[关键词] 中风; 失语症; 针刺; 醒脑开喑; 言语训练; 随机对照试验

“Xingnao Kaiyin acupuncture” combined with speech training for post-stroke aphasia

LIU Gang¹, SUN Jian-jian¹, YANG Jun², ZHANG Qing-ping³ (¹Section Three of Encephalopathy Department, the Second Affiliated Hospital of Anhui University of TCM, Hefei 230061, China; ²Department of Acupuncture and Moxibustion, the First Affiliated Hospital of Anhui University of TCM; ³Clinical College of Acupuncture and Orthopaedics, Anhui University of TCM)

ABSTRACT Objective To verify the clinical efficacy of “Xingnao Kaiyin acupuncture” combined with speech training for post-stroke aphasia. **Methods** A total of 68 patients with post-stroke aphasia were randomly divided into an observation group and a control group, 34 cases in each one. The patients in the control group were treated with basic therapy and speech rehabilitation exercises (mainly Schuell’s aphasia stimulation therapy). Based on the treatment of the control group, the patients in the observation group were treated with “Xingnao kaiyin acupuncture” at Shuigou (GV 26), Neiguan (PC 6), Sanyinjiao (SP 6), Lianquan (CV 23), Baihui (GV 20), Fengfu (GV 16), Yamen (GV 15), Hegu (LI 4) and Taichong (LR 3), once a day, six times a week; four-week treatment was taken as one session, and totally 2 sessions were given. The speech function scores, including comprehension, naming, retelling, writing and reading, were observed before and after treatment in both groups, and the efficacy of the two groups was evaluated. **Results** The total effective rate was 91.2% (31/34) in the observation group, which was superior to 67.6% (23/34) in the control group ($P < 0.05$). Compared before treatment, each index of speech function scores in the two groups were increased significantly after treatment (all $P < 0.05$); compared with the control group, each index of speech function scores in the observation group were increased significantly after treatment (all $P < 0.05$). **Conclusion** Based on the basic treatment and speech training, “Xingnao kaiyin acupuncture” could improve the early rehabilitation effect of post-stroke aphasia.

KEYWORDS stroke; aphasia; acupuncture; Xingnao Kaiyin; speech training; randomized controlled trial (RCT)

失语症是脑卒中患者常见的功能障碍之一, 大约 26%~38% 的中风患者伴有不同程度的语言功能障碍^[1]。失语患者通常表现出不同程度的语言交流沟

通能力障碍, 各种语言符号表达或理解能力受损, 阅读能力、写字能力与计算能力下降, 不能正常与人交流, 同时影响患者的其他功能障碍的康复, 影响患者

*国家自然科学基金项目: 81574075; 安徽省自然科学基金项目: 1608085MH184

第一作者: 柳刚, 副主任医师。E-mail: 442738117@qq.com

的生存水平和生活质量。临床研究^[2-3]证明, 针灸治疗中风后失语症疗效显著, 积极治疗原发病, 在早期即采取语言康复训练可以减少致残率, 促进语言功能的恢复。本研究中笔者采用“醒脑开暗法”针刺联合言语训练法治疗脑中风失语症患者, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

68 例失语症患者均为 2016 年 5 月至 2017 年 12 月安徽中医药大学第二附属医院脑病科住院患者, 根据随机数字表法随机分为观察组和对照组, 每组 34 例。两组患者性别、年龄、病程、病性等一般资料比较差异均无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 组间具有可比性, 详见表 1。

1.2 诊断标准

①经过颅脑磁共振成像 (MRI) 以及头颅 CT 的医学诊断, 诊断为脑出血或者脑梗死; ②通过《汉语标准失语证检查法》^[4]确诊为失语症。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准者; ②母语为普通话者; ③年龄 ≤ 77 岁; ④病程 ≤ 1.5 年; ⑤既往无语言功能障碍病史; ⑥神志正常, 能配合检查、完成治疗; ⑦无明显视听障碍; ⑧既往无器质性脑部疾病史; ⑨无心、肺、肾等其他内科重大疾病; ⑩签署知情同意书, 自愿参加本项研究者。

1.4 排除标准

①精神疾病或者痴呆病者; ②神志不清或者生命体征不稳定患者; ③先天性语言障碍患者; ④由其他原因如脑部肿瘤等引起的失语症者; ⑤视听器官严重障碍者; ⑥有心、肺、肾等其他内科危重疾病者; ⑦拒绝针刺治疗或晕针者; ⑧体内有金属植入物无法进行 MRI 检查者。

1.5 剔除和脱落标准

在治疗的过程中, 患者自行选择退出; 可能出现再次中风; 治疗过程中发现不符合纳入标准而被纳入者。

2 治疗方法

2.1 对照组

(1) 基础治疗

根据 2012 中华医学会神经病学分会《中国脑卒

中康复治疗指南》^[5]: ①对血压进行控制: 按照患者的个体化来制定适合患者的治疗方案, 促使血压被控制在正常范围内或者在 140/90 mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa) 之下; 控制血糖: 通过口服降糖药或者注射胰岛素等方式来进行血糖的控制; 调节血脂: 通过三酰甘油和低密度脂蛋白水平选择适合的降脂药物来有效调节血脂。②脑梗死患者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。③脑神经营养剂、改善脑血液循环药物治疗。④针对具体症状进行治疗。

(2) 言语康复练习

根据言语功能缺损的程度以及失语的类型对患者进行个体化康复训练方案的制定。康复训练方案主要通过舒尔氏 (Schuell) 失语症刺激治疗方法对患者进行治疗, 首先是进行口型发音练习, 主要包括口唇运动功能练习和舌头运动练习; 其次是转换发音, 由简入难, 先进行比较简单的单音节训练, 再慢慢提高难度至双音节、字、词以及句。因为患者言语能力得到了一定的提高, 逐渐进行实用交流的练习。训练唇、舌以及软腭等部位, 再结合听觉、视觉的刺激等方式。在患者的练习过程中, 要提高患者自主练习的积极性, 练习难度从易至难, 有效利用患者现有的语言能力, 并且要积极鼓励患者多说话多练, 尤其是来自患者家属的肯定和鼓励。每次治疗 40 min, 每天 1 次, 每周治疗 6 d, 4 周为一疗程, 共治疗 2 个疗程。

2.2 观察组

基于基础治疗以及言语康复练习, 进行“醒脑开暗法”针刺。取穴: 水沟、内关、三阴交、廉泉、百会、风府、哑门、合谷、太冲。操作: 针刺水沟, 针尖向鼻中隔方向, 斜刺 15 mm, 用重雀啄手法; 廉泉, 针尖与皮肤呈 45°~60°角向舌根方向斜刺, 刺入深度约为 20 mm, 得气后行平补平泻法, 直至出现酸麻胀痛感同时扩散至舌根; 百会, 针身与头皮呈 30°角快速穿透头皮至帽状腱膜下, 向前平刺 15 mm, 以针感向头部扩散为度; 风府、哑门针刺时头微前倾, 颈部放松, 根据患者体型胖瘦, 向下颌方向缓慢刺入 10~15 mm, 不可向上深刺, 以免刺伤延髓; 合谷直刺 15 mm, 内关直刺 15~20 mm, 三阴交直刺 20~25 mm,

表 1 两组脑卒中失语症患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	平均病程 (月, $\bar{x} \pm s$)	病性/例		失语类型/例		
		男	女			脑出血	脑梗死	Broca	Wernicke	命名性
观察组	34	18	16	56 \pm 5	3.2 \pm 1.3	14	20	11	14	9
对照组	34	20	14	57 \pm 5	3.3 \pm 1.4	15	19	10	13	11

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。留针时间 40 min, 期间行针 1 次。每日针刺 1 次, 每周治疗 6 次, 4 周为一疗程, 共治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标

由不参与治疗的第三方专人组成语言功能评分小组, 根据《汉语标准失语症检查法》^[4]中制定的量表对患者在治疗前和治疗后进行语言功能评分, 评分内容主要包括理解、复述、命名、阅读以及书写 5 项语言功能。

3.2 疗效评定标准

通过患者治疗前后的语言功能评分计算改善率^[6], 改善率 = $[(\text{治疗后评分} - \text{治疗前评分}) \div (\text{正常评分}(650 \text{ 分}) - \text{治疗前评分})] \times 100\%$ 。显效: 改善率 $\geq 50\%$; 有效: 改善率 $\geq 30\%$, 且 $< 50\%$; 进步: 改善率 $\geq 10\%$, 且 $< 30\%$; 无效 $< 10\%$ 。

3.3 统计学处理

利用 SPSS 16.0 统计软件进行统计学分析, 计量资料以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用两独立样本 t 检验, 组内比较采用配对样本 t 检验。计数资料进行 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

(1) 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率为 91.2%, 优于对照组的 67.6% ($P < 0.05$)。见表 2。

(2) 两组患者治疗前后语言功能评分比较

两组患者治疗前各项语言功能评分比较差异无统计学意义 (均 $P > 0.05$), 具有可比性。与治疗前相比, 两组治疗后各项语言功能评分均明显升高 (均 $P < 0.05$); 与对照组相比, 观察组各项语言功能评分升高明显 (均 $P < 0.05$)。见表 3。

表 2 两组脑卒中后失语症患者临床疗效比较 例

组别	例数	显效	有效	进步	无效	总有效率/%
观察组	34	7	12	12	3	91.2 ¹⁾
对照组	34	2	8	13	11	67.6

注: 与对照组比较, ¹⁾ $P < 0.05$ 。

4 讨论

对脑卒中后失语康复而言, 语言能力训练是非常有必要的, 被广泛应用于临床治疗, 通过刺激训练患者听觉、视觉和语言发音器官, 促使患者残存的语言功能得到最大程度的发挥, 从而有效促进患者语言功能的康复。《中国脑卒中康复治疗指南》^[5]指出, 集中强制性语言训练对于失语症患者语言功能的恢复具有积极的意义。对脑卒中后失语症患者采用语言康复训练, 使其重新掌握语言能力, 具有一定的临床效果^[6]。Schuell 刺激法是应用可控制的强听觉刺激, 最大限度地重建和恢复失语症患者的言语符号系统功能, 是目前应用最广泛的失语康复疗法之一, 是多种失语症治疗法的基础。Schuell 刺激法主要是以神经系统功能的重组为基础, 通过对患者进行刺激-反应-反馈, 促使患者语言中枢功能低下的神经细胞被有效激活, 以强化脑功能的重组。但由于卒中后患者往往有心理悲观、精神、认知障碍等问题的存在, 不能很好配合, 故单纯语言康复训练往往效果不好。

中医学将脑卒中后失语归入“舌暗”“舌强”“风懿”“语涩”“风暗”“暴瘖”等范畴, 病位往往体现在脑, 病机主要为风火痰瘀闭阻脑络, 神失所主, 舌窍失灵而致失语。针对中风失语神失所主、气血逆乱、瘀血闭阻脑络的病机, “醒脑开窍法”针刺治疗以醒脑通络、启闭开窍为法。

水沟、内关、三阴交是我国著名针灸学家石学敏院士所创“醒脑开窍法”治疗中风病之主穴, 其针法在穴位的选择主要为阴经与督脉穴, 同时明确规范针刺手法的量学, 和传统的选穴以及针刺手法存在较大的差异^[7]。内关为手厥阴心包经腧穴, 现代医学研究表明, 针刺内关有助于心肌功能的改善, 提高心输出量, 增加机体血氧供应^[8]; 水沟为督脉穴, 督脉“入属于脑”, 通过针刺水沟能够有效促进脑血管的循环, 提高脑血管的灌注量, 有助于脑组织代谢以及修复, 促使脑生理功能得到有效改善, 让大脑皮层相应的区域具备相应的调节能力^[9-10]。三阴交是 3 条阴经脉气相交汇处, 其功效为滋阴补肾生髓; 通过“醒

表 3 两组脑卒中后失语症患者治疗前后语言功能评分比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	理解	复述	命名	阅读	书写	总分
观察组	34	治疗前	159.29 \pm 4.10	20.23 \pm 3.37	12.76 \pm 3.01	28.94 \pm 3.85	7.64 \pm 2.02	228.86 \pm 16.53
		治疗后	182.47 \pm 5.30 ¹⁾²⁾	71.70 \pm 4.87 ¹⁾²⁾	41.29 \pm 4.35 ¹⁾²⁾	49.88 \pm 4.87 ¹⁾²⁾	30.35 \pm 3.23 ¹⁾²⁾	375.69 \pm 22.62 ¹⁾²⁾
对照组	34	治疗前	160.58 \pm 4.90	19.94 \pm 3.07	13.50 \pm 2.97	29.64 \pm 3.65	8.26 \pm 3.20	231.92 \pm 17.79
		治疗后	170.41 \pm 6.30 ¹⁾	61.02 \pm 4.39 ¹⁾	27.23 \pm 6.44 ¹⁾	43.73 \pm 5.33 ¹⁾	23.47 \pm 3.73 ¹⁾	325.86 \pm 26.19 ¹⁾

注: 与本组治疗前比较, ¹⁾ $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ²⁾ $P < 0.05$ 。

脑开窍”针法能够有效提高心脑血管流量,从而激发脑组织自身的保护体系,有助于神经功能得到恢复^[11]。

廉泉为经外奇穴,位于舌中央,舌中央属于脾胃,而脾胃是气血生化的源泉。所以,通过针刺廉泉穴,能够有效刺激舌肌运动,有助于经络疏通,从而促使舌体功能得到有效改善^[12]。脑卒中后中枢神经系统活动的突触受到损伤,利用反复的训练以及刺激,有利于加快脑组织的血液循环,从而促使自我调节,促进语言功能恢复^[13]。

太冲为肝经原穴,与合谷相配为“四关穴”,从生理解剖而言,在大脑皮层的功能投影区域中,太冲和合谷部位分布比较广泛,通过针刺“四关穴”可以有效提高大脑皮质的血液灌流量。所以,通过“醒脑开窍”针法与“四关穴”进行针刺治疗,不但可以促进大脑皮层兴奋,而且还可以对皮质和全身的功能活动进行调整,使机体的生理功能水平得到恢复^[14]。

百会、风府、哑门均为督脉穴,督脉为“阳脉之海”,针刺督脉可振奋全身阳气,协调气血,疏通经络。百会、风府、哑门又均为头部穴位,头为诸阳之会,脑是髓海,对头部进行取穴,针刺能够直达病所,起到醒脑开窍功效。百会为“诸阳之会”,为督脉与足厥阴肝经的交会穴;哑门别名暗门、舌厌、舌横,为治疗失语症之要穴,穴性上归于开窍穴,其位于第一、二颈椎棘突间,内连于脑,为督脉、手足三阳经经气通过之要处,有醒脑开窍、化痰通络之效;风府为督脉、足太阳、阳维之会,又名舌本、鬼穴等,主治一切风疾,在穴性上可以归于祛风穴,具有息风散风、通关开窍、疏利经气的作用。《针灸大成》曰:“主中风、舌缓不语。”百会、风府、哑门也为目前临床治疗失语症常用穴^[15-16],疗效显著。

本研究采用“醒脑开窍法”针刺联合言语训练治疗脑卒中失语症患者,疗效较为显著,可明显改善患者的语言功能,提高理解、复述、命名、阅读、书写能力各项评分,促进言语功能恢复。且在临床研究中观察发现,病程短者疗效往往较病程长者好,提示本病患者在病情稳定后应及时给予针灸治疗。其原因可能与醒脑开窍针刺法对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、舌体神经功能改善效应等有关,但具体分子生物学机制尚待进一步研究。本研究未对不同失语类型的疗效进行相关分析,“醒脑开窍法”针刺对不同失语类型的疗效将在以后

的工作中进一步深入研究分析。

总之,“醒脑开窍法”针刺以醒脑通络、启闭开窍为要,主取阴经及督脉之穴刺之,诸穴相伍,起到醒脑通经、化痰通络的作用,从而有助于发音和构音功能的恢复,提高患者治疗依从性,对脑卒中后失语患者言语功能改善较明显,使病人能够正常回归家庭及社会,值得在临床进一步研究运用推广。

参考文献

- [1] Rohde A, Worrall L, Le Dorze G. Systematic review of the quality of clinical guidelines for aphasia in stroke management [J]. J Eval Clin Pract, 2013, 19(6): 994-1003.
- [2] 张斌龙, 常静玲, 高颖. 针刺治疗脑卒中后失语症的临床与疗效机制研究现状[J]. 世界中医药, 2017, 12(7): 1512-1516.
- [3] 柳刚, 韩为, 黄学勇, 等. 重灸百会穴法治疗脑卒中后失语症 30 例临床研究[J]. 时珍国医国药, 2016, 27(5): 1136-1138.
- [4] 李胜利, 肖兰, 田鸿, 等. 汉语标准失语症检查法的编制与常模[J]. 中国康复理论与实践, 2000, 6(4): 162-164.
- [5] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室, 等. 中国脑卒中康复治疗指南[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
- [6] Hamilton RH. Neuroplasticity in the language system: Reorganization in post-stroke aphasia and in neuromodulation interventions[J]. Restor Neurol Neurosci, 2016, 34(4): 467-471.
- [7] 赵亚伟. 醒脑开窍针刺法治疗中风病研究进展[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(8): 907-910.
- [8] 张明金, 魏明文. 针刺内关穴对心率变异性的分析[J]. 中国针灸, 2003, 23(3): 169-170.
- [9] 樊小农, 王舒, 李雅洁, 等. “水沟”穴最佳刺激参数的筛选研究[J]. 中国针灸, 2008, 28(12): 913-916.
- [10] 关玲, 石现, 杜元灏. 针刺对脑梗死大鼠脑微循环灌注状态的定性和定量分析[J]. 中国临床康复, 2005, 9(29): 238-240.
- [11] 刘涛, 施畅人. “醒脑开窍”针法治疗脑缺血性脑卒中的实验研究进展[J]. 天津中医药, 2005, 22(2): 172-173.
- [12] 张玉萍. 针刺哑门及廉泉治疗中风失语症的临床效果观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2013, 11(12): 48-49.
- [13] 王森, 梁希森, 霍晓宁. 针刺治疗中风后失语症 39 例临床观察[J]. 成都中医药大学学报, 2006, 29(4): 23-24.
- [14] 张静静, 付寒蕾, 肖婷. 醒脑开窍针法配合四关穴治疗气厥失语症[J]. 中国民间疗法, 2014, 22(10): 12-13.
- [15] Sun YZ, Steve An Xue, Zuo YZ. Acupuncture therapy on apoplectic aphasia rehabilitation[J]. J Tradit Chin Med, 2012, 32(3): 314-321.
- [16] 封丽华, 王河宝. 针刺风府、哑门穴为主治疗脑卒中失语 60 例[J]. 江西中医药, 2015, 46(10): 57-58.

(收稿日期: 2018-04-27, 编辑: 王晓红)