

针药联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症患者的疗效探究

李小霞 张莹莹

(中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院康复科 河南郑州 450042)

摘要:目的:探讨针药联合言语康复训练治疗对脑卒中后失语症患者的治疗效果。方法:将 2020 年 1~12 月收治的脑卒中患者中选取失语患者 82 例纳入研究对象,根据治疗方法不同分为对照组 40 例和联合组 42 例,对照组给予言语康复训练,联合组给予针药联合言语康复训练。比较两组临床疗效、治疗前后语言功能及神经功能改善情况。结果:对照组治疗总有效率为 72.50% (29/40),低于联合组的 90.48%(38/42),差异有统计学意义($P<0.05$);治疗前两组语言功能各项评分(听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力)及神经功能评分对比,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后联合组语言功能各项评分(听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力)及神经功能评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。结论:脑卒中后失语症患者采用针药联合言语康复训练有助于语言功能障碍及神经功能缺损情况得到有效改善,促进临床疗效的提升,较单纯言语康复训练的治疗效果更佳。

关键词:脑卒中后失语症;言语康复训练;针药治疗

中图分类号:R743.33

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2021.14.020

脑卒中为急性脑血管疾病,患者往往伴有失语症状,出现语言与思维双向转译的中断。近年来,中医治疗通过中药口服、推拿按摩、针灸等独具特色的治疗手段在临床治疗中发挥出其独特优势,且取得了较好的治疗效果^[1-2]。本研究选取脑卒中后失语症患者,旨在探讨针药联合言语康复训练治疗效果。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[3]中脑卒中诊断标准及《失语症》^[4]失语诊断标准,其中失语症诊断包括听理解、口语表达、阅读及书写等多项检查,结合患者头部 CT 检查结果及病灶所在部位均得到明确诊断;中医诊断以《中风病证候学与诊断标准》为参考,患者均符合中风后失语的诊断标准,临床表现为偏瘫、口眼歪斜、言语不清或不语、头痛眩晕,存在语言表达障碍^[5];均为首次发病,病情稳定且具备清醒意识,具有较好的治疗依从性;患者及家属均知情本研究,并签署知情同意书。排除标准:由其他原因所致的语言功能障碍;心、肝、肾及造血系统功能异常;存在内分泌系统疾病、癫痫;认知功能及精神障碍、听力及视力障碍;对针灸治疗不耐受。将 2020 年 1~12 月我院收治的脑卒中患者中选取失语患者 82 例纳入研究对象,根据治疗方法不同分为对照组 40 例和联合组 42 例。对照组男 22 例,女 18 例;年龄 40~68 岁,平均(55.2±3.5)岁;脑卒中类型:脑出血 15 例,脑梗死 25 例。联合组男 23 例,女 19 例;年龄 42~66 岁,平均(51.9±3.6)岁;脑卒中类型:脑出血 16 例,脑梗死 26 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组进行为期 8 周的言语康复训练,主要包括:(1)口腔发音器官的训练,指导患者

做噘嘴、鼓腮、张嘴、叹气、吹蜡烛、舔嘴角、舌头伸缩及卷曲翻弹等动作,每个动作重复训练 5~10 次,每次训练 3~5 次,每次不少于 10 min。(2)发音训练,指导患者先从汉语拼音中简单的声母、韵母的单个发音开始训练,再由单发音向字、词、句过渡,难度逐渐加大,让患者跟读,每天重复练习 3 次,每次不少于 10 min。(3)记忆力训练,通过识字卡、图片、实物指认等方式对患者进行记忆能力的训练,如指认实物时让患者大声说出指认物品的名称,还可通过抄写文字来刺激其记忆,以促进记忆功能的恢复。(4)阅读训练,当患者掌握了一定数量的字词及短句后,再指导其跟读和朗读短文,阅读短文 1~2 篇后让患者复述短文内容。联合组在对照组基础上进行中药联合针灸治疗,口服活血通络祛瘀汤,组方:地龙、茯苓、天麻、法半夏、石菖蒲各 9 g,白术、赤芍、川芎各 12 g,丹参 15 g。上述中药材加水煎汁,每天 1 剂,2 次/d,取药液 300 ml 分早晚 2 次温服。针灸治疗选取风府穴、哑门穴、百会穴、率谷穴、廉泉穴,于患侧顶颞前斜线下 2/5 处,倾斜 15° 平刺进针 0.5 寸,快速提插捻转,得气后留针半小时,每天针灸 1 次,连续针灸 5 d 再间隔 2 d,继续治疗。两组治疗时间均是 8 周。

1.3 观察指标 比较两组临床疗效、治疗前后语言功能及神经功能改善情况。(1)临床疗效。失语症严重程度分为 6 级:分为 0~5 级,级别越高表示患者的失语情况越轻。语言功能疗效评价标准分为 4 级:基本治愈,患者语言功能评分治疗后提高≥90%,失语症提高>2 级;显效,患者语言功能评分治疗后提高 60%~89%,失语症提高 1~2 级;有效,患者语言功能评分治疗后提高 30%~59%,失语症提高 1 级;无效,患者语言功能评分治疗后提高<30%,失语症提高<1 级。治疗总有效率=基本治愈率+显效率+

有效率。(2)语言功能。参考《失语症》^[4]中疗效判定标准进行评价,对患者听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力共四部分进行评分,每项总分 100 分,评分越高表示语言功能恢复越佳。(3)神经功能改善情况。神经功能评分采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)进行评估,NIHSS 共包含了 11 项评估项目,包括言语、意识、面瘫、手肌力、步行能力、上下肢肌力、水平凝视等内容,评分范围为 0~42 分,15~20 分表示中重度中风,20 分以上为重度中风评分越高表示神经功能缺损程度越严重。

1.4 统计学方法 数据处理采用 SPSS24.0 统计软件,计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验,计数资料用%表示,采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 联合组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	n	基本治愈	显效	有效	无效
对照组	40	10(25.00)	13(32.50)	6(15.00)	11(27.50)
联合组	42	19(45.24)	16(38.10)	3(7.14)	4(9.52)
χ^2					4.429
P					0.035

2.2 两组治疗前语言功能评分及神经功能改善情况评分比较 治疗前两组语言功能各项评分(听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力)及 NIHSS 评分对比,差异无统计学意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前语言功能评分及神经功能改善情况评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	听理解能力	复述能力	阅读能力	书写能力
对照组	40	20.11± 2.83	17.88± 2.59	22.09± 4.41	17.08± 2.90
联合组	42	20.05± 2.87	17.56± 2.61	21.97± 4.47	16.99± 2.88
t		0.095	0.557	0.122	0.141
P		0.924	0.579	0.903	0.888

2.3 两组治疗后语言功能各项评分及神经功能评分比较 治疗后联合组语言功能各项评分(听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力)高于对照组, NIHSS 评分低于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组治疗后语言功能各项评分及神经功能评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)					
组别	n	听理解能力	复述能力	阅读能力	书写能力
对照组	40	45.22± 3.04	45.36± 2.97	58.41± 5.16	47.28± 4.05
联合组	42	52.38± 3.96	52.57± 3.09	70.40± 6.57	52.36± 3.94
t		9.151	10.763	9.16	5.757
P		0.000	0.000	0.000	0.000

3 讨论

对于脑卒中失语症患者,临床多采取言语功能康复训练,但仅给予言语训练疗效并不显著。因此

为促进患者语言功能的恢复,应积极寻求一种有助于患者神经再生,降低神经功能缺损的治疗途径,再配合言语训练来提高失语症的治疗效果^[6-7]。近年来相关医学研究证实,中医药联合针灸治疗有助于局部神经血液灌注的增加,为神经损伤后修复创造有利的微环境^[8]。中医学将脑卒中后失语纳入“舌暗、暗痺”范畴,乃痰、风、火、瘀、虚累及心、肝、脾、肾致气血瘀滞、脉络不通,聚湿成痰,痰阻经络而发生中风,舌为心肝脾肾所系,故中风后患者出现语不能言或言语不清、不利落之症状^[9]。

本研究研究组在言语功能康复训练同时应用针药联合治疗,百会穴为失语主穴,哑门穴为舌强不语之主穴,两穴相连于脑,通过针刺,可活血行气、通络舒筋、刺激皮层,从而促进受损神经修复,帮助患者恢复语言功能。活血通络祛瘀汤中地龙平喘通络;茯苓利水渗湿、健脾宁心;天麻行气活血;法半夏燥湿化痰;石菖蒲醒神开窍、豁痰、益心智;白术燥湿健脾;赤芍活血化瘀;川芎活血行气,祛风止痛;丹参改善心脑血管延缓衰老。诸药联用,共奏开窍化痰、行气祛风之功。本研究结果显示,治疗后联合组治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后联合组语言功能各项评分(听理解能力、复述能力、阅读能力、书写能力)高于对照组, NIHSS 评分低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。这表明在言语功能康复训练同时应用针药联合可提高临床疗效,提高语言功能,促进神经功能缺损恢复。综上所述,针药联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症,效果明显,值得在临床推广。

参考文献

[1]张莎莎,肖婷婷,沈红梅,等.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[J].江苏中医药,2020,52(12):58-61.
[2]聂涛,黄宇,莫彩霞.语言康复训练配合头电针治疗脑卒中后失语症患者的效果分析[J].中医临床研究,2020,12(29):80-82.
[3]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 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
[4]高素荣.失语症[M].北京:北京大学医学出版社,2006.46-48.
[5]任占利,范吉平.《中风病证候诊断标准》的临床验证研究[J].北京中医药大学学报,1994,17(6):41-43,70.
[6]杨伟先.通督调神针法联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症对语言功能及生活质量的影响[J].实用中医药杂志,2018,34(10):1145-1146.
[7]鲍文,穆燕芳,谢财忠,等.督脉针刺合舌三针辅助言语康复训练治疗脑卒中后失语症疗效及作用机制探讨[J].针灸临床杂志,2020,36(6):32-35.
[8]麻蔡军,马凯敏,朱慧敏,等.神经干刺激疗法配合言语康复训练在卒中后失语症患者中的应用[J].中国现代医生,2020,58(5):103-106.
[9]侯宝国,张志兰,孙金华,等.针刺配合言语康复对脑卒中后失语症患者语言功能评分及临床疗效的影响[J].河北中医药学报,2018,33(3):50-51,58.

(收稿日期: 2021-04-16)