

针刺联合言语康复训练对脑卒中后失语症患者的影响

吴丽丽

(福建省三明市沙县区中医医院康复科 三明 365599)

摘要:目的:分析针刺治疗联合言语康复训练对脑卒中后失语症患者语言功能的影响。方法:择取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月收治的 82 例脑卒中后失语症患者,随机分成对照组和观察组,各 41 例。对照组予以言语康复训练,观察组予以言语康复训练联合针刺治疗。治疗 8 周,比较两组临床疗效,治疗前后汉语标准失语症检查(CRRCAE)、实用性语言交流能力(CADL)以及脑卒中失语症生活质量量表(SAQOL-39)评分。结果:观察组治疗总有效率为 95.12%,高于对照组的 80.49%($P<0.05$)。治疗 8 周后,两组 CRRCAE、CADL、SAQOL-39 评分均较治疗前改善,且观察组各项分值显著优于对照组($P<0.05$)。结论:针刺治疗联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症效果满意,可显著改善患者的语言沟通能力和生活质量。

关键词:脑卒中;失语症;针刺;言语康复训练

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.037

失语症为临床常见的脑卒中后遗症,患者往往表现为语言交流障碍、对语言符号的表达或理解障碍,或写字、阅读能力下降等,使其难以与人交流,也不利于其他功能障碍的康复^[1]。因此,尽快开展康复干预改善失语症患者的语言功能意义重大。目前临床对于脑卒中后失语症的常规治疗以言语功能训练为主,虽对患者语言功能改善有一定疗效,但单一的言语功能训练对整体康复效果提高作用仍有限。近年来,越来越多研究^[2]报道,针刺治疗能够增加颅脑局部血流灌注,为神经再生提供一定的物质基础,进而有利于促进受损神经的恢复。本研究将针刺治疗用于脑卒中后失语症的治疗,观察针刺治疗联合言语康复训练对脑卒中后失语症患者语言功能的影响。现报道如下:

1 资料和方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 5 月至 2021 年 5 月医院收治的脑卒中后失语症患者 82 例为研究对象。纳入标准:符合《中国脑血管病防治指南》^[3]中相关诊断标准,并经颅脑 CT 或 MRI 证实为脑出血或脑梗死;符合《汉语标准失语症检查法的编制与常模》^[4]中运动性失语症、感觉性失语症、命名性失语症的相关诊断标准;首次发病;脑卒中病程在 12 个月内;意识清醒,母语为普通话,且以往无语言沟通障碍,视听功能正常;患者或家属对本研究内容知情,签署知情同意书。排除标准:伴意识不清或生命体征不稳

定;伴有颅脑肿瘤、咽喉部疾病等非脑卒中所致的失语症;伴有精神类疾病史;伴有晕针史,或拒绝针刺治疗。根据随机数字表法将患者分为对照组和观察组,每组 41 例。对照组男 24 例,女 17 例;年龄 52~75 岁,平均(63.07± 6.78)岁;卒中病程 0.5~5 个月,平均(2.72± 1.41)个月;卒中类型,脑梗死 22 例,脑出血 19 例;失语症类型,运动性失语 15 例,感觉性失语 14 例,命名性失语 12 例。观察组男 21 例,女 20 例;年龄 55~75 岁,平均(64.29± 5.87)岁;卒中病程 0.5~6 个月,平均(3.28± 1.59)个月;卒中类型,脑梗死 24 例,脑出血 17 例;失语症类型,运动性失语 18 例,感觉性失语 13 例,命名性失语 10 例。两组一般资料对比,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院医学伦理委员会批准(审批号:2021-08)。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 开展言语康复训练,主要采用 Schuell 刺激法。口腔发音训练:先指导患者进行鼓腮、噘嘴、圆唇、弹舌等构音器官肌肉训练,每次训练 5 min。然后进行韵母、声母训练,逐渐过渡到近似音训练,每次训练 5 min。口语表达训练:遵循先易后难的原则,单字重复练习→复述词汇→图片命名→跟读日常词汇等,每次训练 10 min。在此过程中多鼓励患者,提高其训练信心。文字表达训练:主要进行抄写、描写、听写练习,每次训练 10 min。听理解

训练:听辨音练习、词-图匹配练习、执行指令训练等,每次练习 10 min。阅读理解训练:指导患者朗读单词、句子、短文等,每次练习 5 min。书写训练:指导患者书写简单的字词、熟悉的名字等,再根据患者实际病情指导其逐步进行填词、短文书写练习,每次练习 5 min。在上述基础上,运动性失语患者还重点进行阅读、表达方面的训练;感觉性失语患者重点进行复述、理解方面的训练;命名性失语患者重点进行口头称呼、文字理解方面的训练。每周训练 5 次,在训练过程中注意保持环境安静,避免影响患者的注意力。

1.2.2 观察组 采用言语康复训练联合针刺治疗。针刺治疗包括头针,咽后壁点刺,舌下金津穴、玉液穴点刺放血,穴位针刺留针 4 项内容。头针:患者取坐位,消毒针刺部位皮肤后,取一次性无菌毫针(云龙牌,0.25 mm× 40 mm,苏械注准 20142270226),与头皮呈 10°~20° 快速刺入颞前线、顶颞前斜线下 2/5 头皮下,刺入 1.0~1.5 寸后,与头皮平行捻转针柄行针,得气后持续捻转 2~3 min,随后留针 60 min,每 10 分钟捻转 1 次毫针。与此同时,在留针期间开展言语训练,方法与对照组一样。咽后壁点刺:患者取坐位并张口,医师利用压舌板将患者的舌体向下压以充分暴露其咽后壁,然后应用一次性无菌毫针(0.30 mm× 75 mm)快速在患者的咽后壁点刺 8~10 个点。舌下金津穴、玉液穴点刺放血:实施前让患者用生理盐水漱口,医师利用压舌板将患者的舌体向上颞部轻压以使舌下静脉暴露,使用长 0.45 mm× 16 mm 一次性无菌注射针,于金津穴、玉液穴快速点刺,使其出血,并指导患者用力吸吮吐出血液,直至无血液后再用生理盐水漱口,每周一、三、五各 1 次。穴位针刺留针:穴位选择风池、完骨、天柱、廉泉 4 个穴位,用长 0.25 mm× 40 mm 一次性无菌毫针直刺 1.0~1.5 寸,得气后行补法行针 1 min,留

针 30 min,每 10 分钟行针 1 次。每周针刺治疗 5 次。两组均治疗 8 周。

1.3 观察指标 (1)比较两组临床疗效。疗效评定标准^[9]:治愈,语言基本恢复到正常水平,或其汉语标准失语症检查(CRRCAE)^[4]分级改善至少 3 级以上;显效,CRRCAE 分级较治疗前提高 2 级;有效,CRRCAE 分级较治疗前提高 1 级;无效,无变化,甚至加重。总有效=治愈+显效+有效。(2)比较两组治疗前后 CRRCAE、实用性语言交流能力(CADL)^[6]以及脑卒中失语症生活质量量表(SAQOL-39)^[7]评分。其中 CRRCAE 评分主要对患者的理解、阅读、复述、书写等语言功能进行评估,总分越高表示言语障碍越轻。CADL 量表是对患者日常生活交流功能的评估,分值愈高交流能力愈好。SAQOL-39 量表主要包括生理、心理、沟通 3 方面的内容,总分愈高提示患者生活质量愈好。

1.4 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件进行数据分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,予 *t* 检验;计数资料以率表示,予 χ^2 检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组治疗总有效率为 95.12%,高于对照组的 80.49%,差异有统计学意义($\chi^2=4.100, P=0.043$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	41	5(12.20)	26(63.41)	8(19.51)	2(4.88)	39(95.12)
对照组	41	1(2.44)	18(43.90)	14(34.15)	8(19.51)	33(80.49)

2.2 两组治疗前后语言功能及生活质量评分比较 治疗前,两组 CRRCAE、CADL、SAQOL-39 评分无显著性差异(*P*>0.05)。治疗 8 周后,两组 CRRCAE、CADL、SAQOL-39 评分均较治疗前改善,且观察组优于对照组(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组治疗前后语言功能及生活质量评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	CRRCAE 评分		CADL 评分		SAQOL-39 评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	41	77.20± 6.52	139.71± 8.53*	47.12± 11.49	72.20± 10.81*	65.95± 9.35	81.61± 9.28*
对照组	41	76.68± 6.81	112.41± 8.65*	46.46± 11.98	57.44± 11.64*	64.68± 7.94	74.22± 9.92*
<i>t</i>		0.348	14.386	0.254	5.947	0.662	3.483
<i>P</i>		0.729	0.000	0.800	0.000	0.510	0.000

注:与本组治疗前比较,**P*<0.05。

3 讨论

言语功能训练是脑卒中后失语症患者康复治疗的主要手段,主要是对患者的听觉、视觉、语言发育系统进行刺激训练,使其残存的语言功能获得最大程度地发挥,进而促进语言功能恢复。其中,Schuell 刺激法是临床应用最为广泛也是最基础的失语症康复方法,其通过对患者的听觉中枢进行刺激-反应-反馈,促使患者语言中枢功能低下的神经细胞能够被有效激活,最大限度上重建和恢复患者的言语符号系统功能^[8]。然而,脑卒中患者往往存有不同程度负性情绪、认知障碍等问题,康复治疗配合度不高,因此单纯进行言语康复治疗难以获得预期效果,需联合其他康复治疗手段。

失语症归属于中医学“喑痱、舌强”范畴,中医学认为脑卒中后发生失语症的病机主要是瘀血、痰浊等蒙蔽神窍,造成窍闭神匿、神不导气,舌体失于濡养,可出现舌强、言语不利等症状^[9]。脑卒中后失语症的病位主要在脑和舌,其治疗宜调理气血、活血散瘀、醒脑开窍。本研究对脑卒中失语症患者在言语康复训练的基础上予以针刺治疗。结果显示,观察组治疗总有效率显著高于对照组,治疗后 CRRCAE、CADL、SAQOL-39 量表评分均优于对照组,提示针刺联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症可改善患者语言功能,提高患者生活质量。

本研究所用到的针刺治疗包括头针、咽后壁点刺、舌下金津玉液穴点刺放血、穴位针刺留针。目前已有研究^[10]证实,针刺头部穴位有醒脑开窍、调节脏腑阴阳的作用。头针是以中医针灸经络理论作为基础,并依据人体大脑皮层功能定位的原理,针刺头皮标准治疗线—额前线、顶颞前斜线下 2/5,该部位可直接作用于大脑皮层,使其皮质层快速建立侧支循环,进而有助于增加颅脑局部血流灌注量,进而激活语言中枢功能受损的神经细胞,并激活周围神经细胞代偿,促进脑卒中后损伤的神经细胞修复,进而利于语言功能康复。在中医学中,额前线、顶颞前斜线为人体经气汇集的主要部位,因此针刺此部位具有疏通经络、提神醒脑的作用。另有研究^[11]报道,点刺咽后壁能够激发口腔、咽喉部相关经络,达到疏通经络、调理脏腑、开语窍的作用。还有研究^[12]报道,点

刺咽喉部能够改善咽喉部周围肌肉的张力,加速该部位血液循环,利于恢复肌群生理功能,进而有助于改善语言功能。《针灸大成》记载:“舌肿难语,针刺廉泉穴、金津穴、玉液穴”。金津穴、玉液穴属于经外奇穴,位于人体舌系带两侧络脉处,对此处穴位进行点刺,能够刺激与舌体有关的经脉,起到活血散瘀、调畅气机、运行气血、调和阴阳、醒脑开窍的功效。现代医学^[13]也认为,舌体上有舌下神经、舌咽神经、三叉神经、面神经等神经。因此,对舌静脉进行点刺,能够在一定程度上刺激末梢神经,使中枢神经系统兴奋,引起神经反射,再经丘脑—皮层特异投射系统调控,可促使非特异性与特异性传导系统处于相对平衡状态,进而有助于支配语言活动的神经通路修复重建,改善语言功能。此外,风池穴、完骨穴属于足少阳胆经中靠近颅脑部的腧穴,胆经的主要功能是升发阳气,胆气升可使五脏六腑之气旺盛;天柱穴是足太阳膀胱经中靠近颅脑部的腧穴,太阳为阳中之最,阳气者柔则养筋,精则养神。因此,针刺风池、完骨、天柱穴有醒脑开窍、调和脏腑的作用。大量临床实验^[14]证实:针刺风池、完骨、天柱穴具有非常显著改善椎基底动脉供血的功效,从而改善大脑及周围病灶的缺血、缺氧状态。《黄帝内经》提及“手少阴……上夹咽……足少阴……循喉咙挟舌本”。廉泉又为舌本,是足少阴所“结”,是任脉和阴维脉交会之处,针刺该穴位可刺激深部舌下神经、舌咽神经,利于舌体以及构音器官功能恢复。各项针刺技术相互联合应用可协同促进语言功能恢复,再联合言语康复训练使失语症患者的言语障碍改善具有叠加效应。

综上所述,针刺治疗联合言语康复训练治疗脑卒中后失语症效果满意,可显著改善患者的语言能力和生活质量,使其能够尽快回归家庭和社会,值得临床推广应用。

参考文献

[1]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):305-308,312.
[2]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.
[3]饶明俐.中国脑血管病防治指南[M].北京:人民卫生出版社,2007:56-64.
[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. (下转第 128 页)

喘的临床研究[D].北京:北京中医药大学,2016.

[17]张丽.基于数据挖掘技术对安效先教授诊治儿童咳嗽变异性哮喘的临床经验研究[D].北京:中国中医科学院,2014.

[18]芦海生,蒋季明,陈艳霞,等.肖和印治疗儿童咳嗽变异性哮喘中医用药规律研究[J].长春中医药大学学报,2020,36(3):511-515.

[19]陈倩婧,陈彦,江华,等.小儿推拿结合药物对咳嗽变异性哮喘患儿 IL-4、IL-13、 γ -干扰素和 IgE 的影响[J].按摩与康复医学,2021,12(17):15-17.

[20]李雪,汤伟,叶勇,等.刘氏小儿推拿“推胸背法”对咳嗽变异性哮喘模型大鼠 IL-4/STAT6 信号通路的影响[J].中医药导报,2017,23(14):19-22.

[21]李雪,祝斌野,邵湘宁.基于儿童 CVA 缓解期探讨刘氏“推胸法”操作参数优化方案研究[J].时珍国医国药,2019,30(11):2799-2802.

[22]梁汝圣,远颖.穴位埋线治疗咳嗽变异性哮喘的 Meta 分析[J].中国城乡企业卫生,2020,35(3):7-12.

[23]刘娟,武琪琳,杨明.穴位埋线治疗小儿咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J].中国妇幼保健,2015,30(20):3494-3495.

[24]刘娟,刘宝琴,王晓燕,等.穴位埋线对儿童咳嗽变异性哮喘肺功能和血清免疫球蛋白的影响[J].河南中医,2015,35(6):1417-1419.

[25]张玉先,霍小平,靖少斌.中西医结合治疗咳嗽变异性哮喘的疗效观察[J].中外健康文摘,2010,7(12):103-104.

[26]符子艺,魏成功,李俊雄,等.自血穴位注射疗法治疗咳嗽变异性哮喘[J].吉林中医药,2014,34(6):591-593.

[27]何思途.曲安奈德注射液穴位注射治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[D].广州:广州中医药大学,2015.

[28]郭亦男,李源.冬病夏治穴位贴敷治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床疗效观察[J].中国实用医药,2016,11(2):191-192.

[29]李文俊.基于炎症细胞因子改变探讨止咳贴干预咳嗽变异性哮喘的临床研究[J].保健医学研究与实践,2015,12(6):69-71.

[30]陈春林,朱宏浩,张良花.加味玉屏风汤联合艾灸治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J].贵州医药,2020,44(3):452-454.

[31]刘静.评价加味玉屏风汤联合艾灸治疗小儿咳嗽变异性哮喘的临床疗效[J].世界复合医学,2018,4(2):46-48.

[32]罗华丽,周萍,贾剑锋.加味玉屏风汤联合艾灸治疗小儿咳嗽变异性哮喘[J].中国实验方剂学杂志,2014,20(10):227-229.

[33]黄芳,王冬梅,于永慧.加味玉屏风汤联合艾灸对咳嗽变异性哮喘

患儿免疫功能的影响[J].河南中医,2020,40(3):415-418.

[34]曾宪妮,吕计宝.温肺化痰法内外合治小儿寒饮伏肺型咳嗽变异性哮喘 30 例[J].中医外治杂志,2017,26(1):19-20.

[35]杨娣.灸药结合治疗肺脾气虚型咳嗽变异性哮喘的临床研究[D].沈阳:辽宁中医药大学,2018.

[36]谢晓枫.清哮汤配合灸法治疗小儿咳嗽变异性哮喘[J].湖北中医杂志,2005,27(2):44.

[37]郭俊文,白丽莉.三伏灸联合散结定喘汤治疗儿童咳嗽变异性哮喘的疗效及对白细胞介素-4、肿瘤坏死因子- α 的影响[J].中医临床研究,2020,12(31):49-52.

[38]熊芳.艾灸联合抗敏解痉汤对小儿咳嗽变异性哮喘免疫球蛋白及 T 淋巴细胞亚群的影响[J].河南中医,2019,39(11):1763-1766.

[39]郑苏,罗强,吴珍,等.疤痕灸配合针刺对咳嗽变异性哮喘患者 LT 和 IgE 水平的影响[J].中华中医药学刊,2014,32(1):209-211.

[40]刘燕玲.热敏灸联合小儿推拿治疗小儿咳嗽变异性哮喘临床疗效观察[D].南昌:江西中医药大学,2020.

[41]李君,李慧,冯莉.铺灸配合穴位注射治疗咳嗽变异性哮喘 50 例临床研究[J].河南中医,2015,35(1):150-152.

[42]何萍萍,张芙蓉,杨睿.针药并用治疗咳嗽变异性哮喘疗效观察[J].上海针灸杂志,2017,36(11):1311-1314.

[43]何萍萍,杨睿.疏风解痉汤配合针刺治疗咳嗽变异性哮喘 32 例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,33(11):46-48.

[44]贺倩,张伟,朱雪.针药结合治疗咳嗽变异性哮喘(风咳证)[J].中医药信息,2019,36(6):79-83.

[45]施益飞.祛风解痉止咳方加减联合补土肃肺针刺疗法对咳嗽变异性哮喘患者肺功能及生活质量的影响[J].家庭医药·就医选药,2017(12):131.

[46]邓秋月.针刺结合穴位贴敷治疗肺气亏虚型咳嗽变异性哮喘的临床疗效观察[D].福州:福建中医药大学,2019.

[47]胥婧,郑苏,王莹.拔罐疗法配合针刺治疗咳嗽变异性哮喘临床疗效观察[J].成都中医药大学学报,2013,36(4):58-60.

[48]王秋实.止嗽散加减配合小儿推拿治疗咳嗽变异性哮喘的临床研究[J].养生保健指南,2020(5):11-12.

[49]陈日新,康明非.灸之要,气至而有效[J].中国针灸,2008,28(1):44-46.

(收稿日期:2021-11-08)

(上接第119页)

[5]柳刚,孙健健,杨骏,等.“醒脑开暗法”针刺联合言语训练治疗脑卒中失语症临床观察[J].中国针灸,2019,39(4):355-358.

[6]蒋孝翠,刘臻,夏晓咪.低频重复经颅磁刺激联合动作观察疗法治疗卒中后非流利性失语的疗效观察[J].中国康复,2021,36(2):72-76.

[7]田凤霞.中文版脑卒中后失语症生活质量量表的信度和效度研究[J].护理实践与研究,2020,17(4):10-12.

[8]杨艳君,马志辉,刘婉,等.针刺八脉交会穴联合 Schuell 语言训练治疗缺血性脑卒中后失语症临床研究[J].山东中医杂志,2019,38(4):339-342.

[9]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):814-816.

[10]胡进,储浩然,王颖.低频脉冲穴位电刺激联合通督调神针刺治疗脑卒中后失语临床观察[J].安徽中医药大学学报,2021,40(2):62-65.

[11]张莎莎,肖婷婷,沈凤梅,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.

[12]张晓红,尹昱,张卫国,等.针刺联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中后失语症疗效及对磁共振波谱的影响[J].现代中西医结合杂志,2020,29(22):2458-2461.

[13]杨娅,刘广霞,徐洋,等.针刺“开窍五穴”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[J].安徽中医药大学学报,2019,38(2):48-51.

[14]董华,张建明,胡伟,等.“小醒脑开窍”针刺法治疗后循环缺血性眩晕的疗效观察[J].针刺研究,2020,45(8):652-656.

(收稿日期:2021-12-21)