

# 揞针联合言语训练治疗脑卒中后运动性失语临床研究\*

高淑清, 黄梅, 刘敏, 苟巍, 何姍  
(成都市郫都区人民医院, 四川 成都 611730)

**摘要:** 目的: 观察揞针联合言语训练干预脑卒中运动性失语的影响。方法: 选取2017年4月~2019年4月100例脑卒中后运动性失语的患者按随时数字法分组, 分为治疗组和对照组; 对照组给予常规针刺和常规言语训练, 实验组给予头针、体针结合的揞针法以及动词网络强化治疗。1个疗程后观察两组的语言功能评定、失语商评定、失语程度评定、生存质量评定。结果: 在语言功能评定方面, 治疗组在自发谈话、复述、命名三项均优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 在失语商以及失语程度评定, 治疗组均优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 在生存质量方面, 除社会关系无统计学差异外, 其余各项治疗组优于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 动词网络强化治疗结合揞针法干预脑卒中运动性失语, 能明显改善患者的言语功能障碍, 提高生活质量, 值得进一步推广和研究。

**关键词:** 揞针; 动词网络强化治疗; 脑卒中; 运动性失语

**中图分类号:** R 246.6   **文献标志码:** A   **文章编号:** 1000-3649 (2021) 06-0198-04

**Clinical Study of Applying Acupuncture Combined with Speech Training in Treating Motor Aphasia after Stroke/**

\* 基金项目: 四川省卫生与健康委员会普及课题 (18PJ379); 作者简介: 高淑清, 本科, 副主任中医师, 研究方向: 针刺研究, E-mail: 2324747578@qq.com。

三、地四……天九、地十。”奇数为阳, 为天数, 偶数为阴, 为地数, 一到五为生数, 象征事物发生, 六到十为成数, 象征事物形成。《河图》中阳数起于一终于九, 《洛书》中最高数为九, 《素问·三部九候论》曰“天地之至数, 始于一终于九焉。”是故九乃至阳之数、老阳之数。至阳九针疗法取9穴, 正是法天地之象, 取阳数之最, 从而达到温阳益阳、疏通经络之效。

本实验通过比较至阳九针疗法与常规针刺疗法治疗LDH的临床疗效, 发现治疗组总有效率明显高于对照组, 治疗组JOA评分明显高于对照组, VAS评分明显低于对照组。对照组取局部阿是穴、双侧腰3~骶1夹脊穴为主穴, 可疏通局部经络之气血, 通经缓急止痛, 配穴取单侧环跳穴、委中穴和悬钟穴, 可强筋健骨, 通经活络止痛。然而本病是外邪客于腰府, 腰府失养, 经脉痹阻, 虽疏通腰部经脉血液运行, 活络调畅全身气机, 可起到止痛的作用, 但是疼痛仅为其标, 根本应该责之于肾。肾为先天之本, 肾阳为一身阳气之根本, 可温煦全身脏腑器官以及四肢百骸, 若肾气充沛, 则脏腑器官正常运作, 肢体关节得以灵动, 若肾气受损, 阳气不足以濡养经骨节, 痹阻不通, 则腰腿关节活动不利, 疼痛, 或酸软, 或麻木。是故益肾温阳应为根本之法, 至阳九针疗法以督脉和足太阳膀胱经之穴为主, 取至阳之数, 与常规针刺疗法相较, 不仅能疏通经络气血, 和络止痛, 还能温肾益阳, 散寒止痛, 标本兼治, 故至阳九针法治疗LDH的临床疗效优于常规针刺疗法。

综上所述, 至阳九针疗法可有效治疗LDH, 与

常规针刺疗法相较, 在治疗效果上具有明显优势, 可通阳益肾, 温经活络, 散寒止痛, 且取穴更少, 更易为患者接受, 值得在临床进行推广。

### 参考文献

- [1] 陶亚杰, 应海舟, 刘遵勇. 针灸治疗腰椎间盘突出症临床疗效及对相关指标的影响 [J]. 中华中医药学刊, 2015, 01 (09): 2290-2292.
- [2] 崔俊胜, 李占彪, 陈静, 等. 电贴理疗与药物治疗结合对腰椎间盘突出症的临床疗效观察 [J]. 中国社区医师, 2015 (18): 81-82.
- [3] 苏小强, 刘波, 王向阳. 通络活血方联合温针灸治疗腰椎间盘突出症的临床疗效及对炎性因子的影响 [J]. 四川中医, 2019, 37 (04): 163-166.
- [4] 中华医学会骨伤病学分会. 腰椎间盘突出症的诊断标准 (2010, 大连) [J]. 中国实用医学, 2014, 12 (3): 1213-1215.
- [5] 杜元灏, 董勤. 针灸治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [6] 张文. 不同固定方式对胸腰椎结核患者治疗效果的影响 [J]. 现代医学, 2018, 46 (01): 70-73.
- [7] Shamji M F, Bains I, Yong E, et al. Treatment of Herniated Lumbar Disk by Sequestrectomy or Conventional Discectomy [J]. World Neurosurgery, 2014, 82 (5): 879-883.
- [8] Amin R M, Andrade N S, Neuman B J. Lumbar Disc Herniation [J]. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, 2017, 10 (9178): 1-10.
- [9] 谭月珠. “回阳九针”治疗腰椎间盘突出继发性坐骨神经痛的临床观察 [D]. 广州中医药大学, 2014.
- [10] 蒋莉, 沙妍, 杨云霏, 等. 温九针治疗腰椎间盘突出症临床研究 [J]. 四川中医, 2019, 37 (06): 175-177.

(收稿日期 2020-07-18)

GAO Shuqing, HUANG Mei, LIU Min, et al. //The People's Hospital ofPidu District ( Chengdu Sichuan 611730, China)

**Abstract:** Objective: To explore the effect of acupuncture combined with speech training for intervening of motor aphasia in stroke. Methods: From April 2017to April 2019, 100patients with motor aphasia after stroke were divided into a treatment group and a controlled group according to the digital method at any time, the controlled group was given routine acupuncture and routine speech training, and the treatment group was given acupuncture combined with scalp acupuncture and body acupuncture and verb network intensive treatment. After 1course of treatment, the two groups were observed for language function assessment, aphasia quotient assessment, aphasia degree assessment, and quality of life assessment. Results: In terms of language function assessment, the treatment group was superior to the controlled group in spontaneous conversation, retelling, and naming ( $P<0.05$ ). In the assessment of aphasia quotient and aphasia degree, the treatment group was superior to the controlled group ( $P<0.05$ ). In terms of quality of life, except that there was no statistical difference in social relations, the other treatment groups were superior to the controlled group, the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). Conclusion: Intensive verb network therapy combined with acupuncture intervention on stroke aphasia can significantly improve the speech dysfunction and improve the quality of life of patients. It is worthy of further promotion and research.

**Keywords:** Press needle; VNeST; Stroke motor aphasia

脑卒中后失语是脑血管意外后的常见并发症之一,脑卒中致残率中出现失语症的比例高达20%~30%<sup>[1]</sup>;而其中又以运动性失语占大多数,特点为发音的费力、困难,其听理解能力相对保留。而语言的流畅表达是人类交流的主要手段,运动性失语不仅给患者带来难言之苦,也影响患者的生活质量,同时也增加了家庭和社会的负担。

在祖国医学领域,脑卒中属于“中风”,针灸对此有独特的疗效,而揸针属于一种新型的皮内针,其具有疼痛小、刺激久、简便效良等特点。而另一方面,动词网络强化治疗法(Verb Network Strengthening Treatment, VNeST)是一种较新的治疗失语症的训练方法,不同于一般的言语训练,VNeST围绕动词进行泛化,包括单词、句子和对话在内的进行动词的提取,以动词为核心进行言语训练。而本研究结合动词网络强化法和头针揸针法,治疗脑卒中后运动性失语,有着较好的疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选择四川省成都市郫都区人民医院的脑卒中患者100例,①符合第四届脑血管病会议所制定的脑卒中的诊断标准<sup>[2]</sup>,同时需符合中国康复研究中心制订的《汉语标准失语症检查法》中失语症诊断标准;而确诊失语症后,用汉语标准失语症检查法鉴别为运动性失语症<sup>[3]</sup>;②经过头颅的CT或MRI等相关影像学检查进行明确的脑卒中确认;③患者属于首次发病,伴有言语謇涩、口舌歪斜、说话费力、饮水发呛等症状;④患者的生命体征稳定,且未出现有明显的认知和意识障碍。将其按入院的顺序从随机数字表第2行第6列起依次取100位数字,奇数设为治疗组,偶数为对照组,结果治疗组46例,对照组54例,再按照随机数字表法从对照组中调4例到试验组,得到治疗组50例,对照组50例。经过相关的统计学分析,每组在年龄、性别、受伤部位和类型差异均无显著意义( $P>0.05$ ),其基

线数据具有可比性。

表1 两组一般资料以及基线比较

组别	n	平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$ )	性别 (男/女)	受伤部位 (左/右)	卒中类型 (脑出血/脑梗)
观察组	50	64.43±6.32	27/23	22/28	22/28
对照组	50	62.35±6.71	29/21	21/29	23/27

1.2 治疗方法 所有患者均接受我院脑卒中以及失语症的疾病临床路径的常规药物治疗,入院48小时后患者病情稳定便进行康复治疗,对照组给予传统针刺配合传统的言语训练,实验组给予“头针-体针”结合的揸针法配合动词网络强化治疗法治,两组均1日治疗1次,1周治疗5日,休息2日,2周为1个疗程。

1.2.1 对照组 传统针刺和传统言语训练结合,传统针刺治疗采用偏瘫针灸取穴,选取患者患侧的曲池穴、风池穴、足三里穴、丰隆穴,并按经络辨证选取配穴进行针刺。针灸前常规消毒,选用普通毫针进行针刺,每天1次,每次30min。传统言语训练步骤:首先进行口唇训练,先以喉部肌肉功能练习为开始动作,要求患者自然站立,双手掐腰。嘴张大,以“吐舌10次-卷舌抵硬腭10次-舌体甩动碰触左右嘴角10次-闭嘴含气鼓腮10次”;用力叹气,发“pa、ka、ta”等爆破音;结合图片进行识物训练和指导患者强化语言模仿能力。

1.2.2 实验组 采用“头针-体针”结合的揸针法配合动词网络强化治疗。(1)“头针-体针”结合的揸针法:在头部和身体选用揸针埋针,采用0.2mm×0.6mm清铃牌揸针进行埋针治疗,身体穴位参照对照组选用,头针的选穴按照《头针穴名国际标准化方案》行头针取穴,针对脑卒中后运动性失语选取患者的双侧顶中线、以及偏瘫大脑对侧的顶颞前斜线上1/5、顶旁1线。上述揸针治疗时,皮肤行常规消毒,留针期间进行自我按压,嘱咐患者早、中、

晚各自选取时间自行按压2次，单个穴位按压持续30秒。若出现个别穴位在按压时出现明显的疼痛时，可适量减少按压时间及次数。每次留针2日，2周1个疗程。(2) 动词网络强化治疗(VNeST)：首先言语治疗师随意基于某个动词生成3个动词对，比如基于“吃”，生成“小朋友”-“棒棒糖”、“熊猫”-“竹子”、“患者”-“药”。然后以图片的形式，呈现上述动词对，治疗师对患者给出指令问：“请描述这几张图是什么意思？”接着通过字卡进行组合呈现，并给出指令问“您看到的图片是不是这个内容？”第三步，给出指令，要求患者对三组动词对的字卡进行选择“您好，请结合刚刚的图片，将左侧的词汇和右侧的词汇通过吃字组合成完成句子”。第四步，在回答正确的基础上，选择一组动词对进行展开问句形式，如“患者吃药”，询问患者“患者什么时候吃药”“患者可以在哪里吃药”“患者每日什么时间吃药”等等。最后要求患者举一反三，治疗师拓宽动词对，请患者判断正误，比如给予指令“您好，我会朗读12个句子，请您判断句子是否正确”。整个训练过程是以动词为核心进行言语训练，以字卡、图片、句子等形式展现。训练时需要注意要包括“谁-什么-哪里-何时-做什么”的要素，尽量选择高频词，要考虑患者的职业、个人生活环境等因素。治疗频率每周5次，休息2天，每次30~40min，每次2~3个动词对。2周为1个疗程。

1.3 评定指标 两组治疗前、治疗2周后均采用语言功能评定、失语商评定、失语程度评定、生存质量评定，评定均由多位经过专业培训的人员独立完成。(1) 语言功能评定：采用北京医科大学的《汉语失语症检查法》<sup>[4]</sup>进行评定，其内容包括自发谈

话、理解、复述、命名一共4项评分，自发谈话总分20分，理解60分，复述、命名分别40分，共计160分。失语商(AQ)的评定<sup>[5]</sup>：失语商=(口语表达分+1/20×听语理解分+1/10×阅读分+1/10×书写分)×2。失语商在98.4分到99.6分为正常情况，而小于93.8可判定为失语。(2) 失语程度评定：依据失语症严重程度分级标准(Boston diagnostic aphasia examination, BDAE)<sup>[6]</sup>。0级为患者理解和表达功能障碍；1级为患者可说出或理解很少量的词汇；2级为患者能理解或表达简单的短语，但会出现明显的语法错误；3级为患者对日常用语的理解和表达无明显错误；4级为患者能较好地表达自己的意愿，但言语不流畅；5级为患者极轻微的理解或表达障碍，仅患者自己可感觉到。(3) 生存质量：采用世界卫生组织生存质量量表(WHOQOL-100)，WHOQOL-100是常用的生存质量测试量表，由20多个国家联合研制，包括生理、心理、独立性、精神支持、社会关系、环境共计6个维度，每个条目采用1~5级评分，得分越高代表其生存质量越好，量表具有较好的信度和效度<sup>[7]</sup>。

1.4 统计学分析 选用SPSS18.0统计学软件对数据进行统计学分析，所得的计量资料用平均值±标准差，采用t检验，P<0.05表示为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 语言功能评定 治疗前两组自发谈话、理解、复述、命名四项相比，有可比性(P>0.05)。干预后，两组自发谈话、复述、命名三项均优于治疗前，治疗组明显优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表2。

表2 两组语言功能评定比较(x̄±s)

组别	n	自发谈话		理解		复述		命名	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
治疗组	50	8.32±3.04	18.15±5.78 <sup>#</sup>	49.84±4.76	50.65±5.14	11.02±5.05	22.34±7.18 <sup>#</sup>	10.94±3.32	22.32±6.43 <sup>#</sup>
对照组	50	8.41±3.08	13.73±3.94 <sup>#</sup>	50.11±4.85	50.32±5.53	11.47±4.96	17.11±5.87 <sup>#</sup>	11.53±3.46	17.69±5.23 <sup>#</sup>

注：与干预前相比，<sup>#</sup>P<0.05；与对照组相比，\*P<0.05

2.2 失语商评定 治疗前两组失语商相，有可比性(P>0.05)。而干预后，两组失语商优于治疗前，而治疗组明显优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表3。

表3 两组失语商评定比较(x̄±s)

组别	n	干预前	干预后	T	P
治疗组	50	48.32±21.32	69.95±26.32	9.325	0.0001 <sup>*#</sup>
对照组	50	49.81±21.78	60.51±24.21	3.531	0.002 <sup>#</sup>

注：与干预前相比，<sup>#</sup>P<0.05；与对照组相比，\*P<0.05

2.3 失语程度评定 治疗前两组失语程度比较，治疗组明显优于对照组，差异有统计学意义(P<

0.05)，见表4。

表4 两组治疗后运动性失语患者BDAE分级比较(n)

组别	n	0级	1级	2级	3级	4级	5级
治疗组	50	0	1	1	8	18	22 <sup>*</sup>
对照组	50	1	4	6	16	13	7

注：与对照组相比，\*P<0.05

2.4 生存质量结果 治疗前两组WHOQOL-100评分各项相比，有可比性(P>0.05)。治疗后，除社会关系无统计学差异外，其余各项治疗组优于对照组，差异有统计学意义(P<0.05)，见表5。

表5 两组 WHOQOL-100 评分 (分) ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	生理		心理		独立性	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	6.7±0.8	8.2±0.8 <sup>#</sup>	8.8±0.4	9.2±0.6	8.9±0.8	12.5±0.9 <sup>#</sup>
治疗组	6.6±0.7	11.6±1.1 <sup>#*</sup>	8.7±0.7	14.7±1.4 <sup>#*</sup>	8.9±0.7	18.2±1.1 <sup>#*</sup>

  

组别	社会关系		环境		精神支持	
	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	5.8±0.7	5.9±0.8	17.8±0.9	18.2±0.9	7.5±0.5	10.1±0.6 <sup>#</sup>
治疗组	5.8±0.7	6.5±0.8	17.7±0.6	20.7±1.2 <sup>#*</sup>	7.5±0.6	14.5±1.4 <sup>#*</sup>

注: 与干预前相比,<sup>#</sup> $P<0.05$ ; 与对照组相比,<sup>\*</sup> $P<0.05$

### 3 讨论

运动性失语是脑卒中后的较为常见的并发症之一,其表现为患者仍保留有听和理解能力,但口语表达存在严重的障碍,患者说不出话或词不达意的现象,旁人常常不能有效的理解,严重影响了患者与外界的沟通和交流,给患者带来极大的痛苦。

在祖国医学看来,脑卒中即传统所谓的“中风”,而中风后失语中医属于“暗瘖”“风暗”等范畴,自古以来针灸对此就有独特的优势<sup>[8]</sup>,比如本研究所运用的头针,其是基于中医学理论以及现代的解剖穴位指导,可直接作用于对应的脑区<sup>[9-10]</sup>。经研究表明,头针可以扩张患者脑血管,调节其生化代谢、增强脑部中枢外周的传导效能,最终达到改善卒中患者各个机能状态的目的<sup>[11-12]</sup>。而揸针疗法,揸针属于新型皮内针,具有便捷疼痛小、留针时间长等特点,患者接受度高。相对一般常使用的毫针,揸针的特点是刺激较为温和,一般可留针2~3d,可以时效积累量效<sup>[15-16]</sup>。而再通过揸针对头针和体针的联合运用,达到时间增效和方法增效的并举。

而动词网络强化治疗(VNeST)是一种较新的言语训练模式,其认识到运动性失语患者中动词缺陷比名词缺陷在句子产出时更为严重,说明动词在句子中的结构处于核心地位。VNeST则是以动词-题元网络的功能水平为目标的治疗方法,通过字卡、图片等形式着重强调动词这一句子产出的必需要素,力求使得自发语言、命名和复述功能得到有效的训练,改善其功能障碍。此外,还需要看到一点,通常情况下如果采用常规针刺,需要在针灸治疗室留针、行针、取针,一般时间是30~40min;然后再前往言语治疗师进行训练。两者是割裂而开。然而在本研究中,埋针的时候仅在5min内,然后就可以自行进行其他项目的治疗,节约了治疗师和患者的时间成本,让患者能在一日有限的治疗时间内接受更多的治疗,对黄金恢复期的患者非常重要。

本研究采用动词网络强化治疗结合揸针法的方法,以采用简便廉效的揸针,采用“头针-体针”结合;再结合较新的言语训练方式VNeST。研究结果表明:在言语功能方面,治疗组改善情况明显优于对照组,差异均具有显著性意义( $P<0.05$ );治疗组

在生存质量方面,也同样优于对照组,差异同样具有显著性意义( $P<0.05$ ),说明VNeST与“头针-体针”结合的揸针法的有效性。综上所述,该法效果显著,简便廉效,能有效的改善患者的言语功能,可在临床中大力推广并实践。

### 参考文献

- [1] 中国脑血管病防治指南 [M]. 2005, 北京: 人民卫生出版社, 2007: 1-3.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29 (6): 379-381.
- [3] 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.
- [4] 王新德, 蔡晓杰. “汉语失语症检查法(草案)”用于健康人测验的结果分析 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29 (4): 241-243.
- [5] 于增志, 王军, 周文生, 等. 脑损伤后失语症与认知功能障碍简易智力状态检查法评估 [J]. 中国临床康复, 2005, 9 (16): 76-77.
- [6] 廖华薇. 头针结合语言治疗在卒中后失语症中的应用 [J]. 中国临床康复, 2006, 11 (10): 110-116.
- [7] Coulombe S, Radziszewski S, Meunier S, et al. Profiles of recovery from mood and anxiety disorders: a person-centered exploration of people's engagement in self-management [J]. Front Psychol, 2016, 7: 584.
- [8] 张慧敏. 头穴丛刺结合言语康复治疗脑卒中运动性失语临床研究 [J]. 针刺研究, 2007 (03): 190-194.
- [9] 王静. 头针疗法结合作业疗法对脑梗死患者上肢功能障碍的疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14 (22): 39-40.
- [10] 张若萌, 孙善斌. 头皮针联合言语康复治疗脑卒中后运动性失语 [J]. 长春中医药大学学报, 2020, 36 (02): 339-342.
- [11] 谢静霞, 陈庆亮, 吴倩. 头针结合言语训练治疗运动性失语的疗效观察 [J]. 中医外治杂志, 2020, 29 (01): 32-33.
- [12] 马志辉, 杨艳君, 刘斌, 等. 不同针刺方法治疗阴虚风动型脑梗死后运动性失语症的平行对照研究 [J]. 四川中医, 2019, 37 (05): 176-178.
- [13] 刘海, 黄彬洋, 刘晓瑞, 等. 基于脾主肉理论的核心肌群运动揸针法治疗膝骨关节炎39例 [J]. 中医外治杂志, 2016, 25 (05): 40-41.
- [14] 黄彬洋, 何延智, 刘晓瑞, 等. 新型揸针联合低频电刺激治疗脊髓损伤后感觉功能障碍多中心随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29 (09): 80-82.

(收稿日期 2020-07-20)