

# 语言训练结合针刺治疗脑卒中后完全性失语症 46 例

毛兵兵<sup>1</sup> 孙忠年<sup>2</sup> 王友和<sup>3</sup>

(1. 西安第一汽车运输公司卫生所, 陕西 西安 710065; 2. 陕西省中医药研究院, 陕西 西安 710065;  
3. 陕西中医药大学, 陕西 咸阳 712046)

**摘要:**目的 探讨脑卒中后完全性失语症病人临床治疗的方法及疗效。方法 治疗组 46 例脑卒中后完全性失语症患者进行早期语言训练及针刺, 对照组 30 例进行常规输液治疗。结果 在进行三个月语言训练及针刺后, 治疗组患者在言语表达、听能理解、阅读及其他等四项能力有明显的进步, 对照组均无明显进步。结论 语言训练结合针刺治疗脑卒中后完全性失语症非常必要, 多数病人均获得不同程度的功能恢复。另外, 恢复的好坏及程度与病人能否主动配合有关。

**关键词:**语言训练; 针刺; 脑卒中; 完全性失语症

**中图分类号:** R 255.2    **文献标识码:** A    **文章编号:** 1002-168X(2015)06-0079-02

**DOI:** 10.13424/j.cnki.jsctcm.2015.06.029

中风后与语言功能有关的脑组织受损时, 出现相应的语言功能障碍, 严重者为完全性失语(global aphasia, GA)(又称球性失语)<sup>[1]</sup>, 言语表达、听能理解功能严重受影响, 不能与周围环境沟通, 日常生活产生障碍, 所以有效地提高患者日常生活语言沟通能力是康复治疗的目标之一。以下报道本人从 2000 年起观察治疗 46 例脑卒中后完全性失语的病人, 早期用语言训练结合针刺进行康复治疗, 结果病人的功能沟通能力有不同程度的恢复。

## 1 临床资料

76 例脑卒中患者均经头颅 CT 或 MRI 检查证实, 病情稳定, 中风前均无视力、听力和语言障碍, 未进行过语言训练及针刺治疗。男女各 38 例, 年龄最大 72 岁, 最小 54 岁; 均为右利手。右侧瘫 40 例, 左侧瘫 36 例。脑出血 48 例, 脑栓塞 28 例。病期: 1~18 个月, 其中 1~3 个月 14 例, 4~6 个月 15 例, 7~9 个月 25 例, 12~18 个月 22 例。

## 2 治疗方法

在患者和家属知情及自愿的前提下, 随机分为对照组 30 例和治疗组 46 例, 两组患者临床资料经统计学处理无显著性差异( $P>0.05$ ), 具有可比性。对照组采取常规输液治疗及自行锻炼, 治疗组患者待基础疾病及病情稳定后即开始早期进行语言训练及针刺治疗, 均保证意识清醒, 除外严重

认知功能障碍不能够配合者。

**2.1 针刺方法** 取偏瘫对侧颞部, 耳尖直上入发际 2 寸处为第一针, 以此为中点, 同一水平向前、后各移 1 寸处, 分别为第二针、第三针。选用 30 号 1.5 寸~2 寸不锈钢毫针, 病人取仰卧或侧卧位, 常规消毒后, 针尖向下与头呈 15°~20°慢慢捻转刺入, 深度为 1.5 寸~2 寸。行先捻转后提插手法, 至病人有局部麻胀或胀痛感, 至此种感觉向头部的各部位放散后, 留针 30 min, 中间间歇行针 1 次<sup>[2]</sup>。

**2.2 语言训练方法** 初级训练患者的基本交流功能: ①选择功能性治疗技术的处方, 包括: 用声音、表情、手势、身体姿势表意和用交流册进行交流。②口语表达训练处方: 发音器官训练, 发音训练, 自动程序, 自我选择表意练习。③听觉理解训练处方: 听力刺激定向力训练、词辨别。在以上训练基础上, 当患者交流能力有所改善时, 可在言语表达、阅读理解、听能理解、书写上增加训练, 选择各类处方有: 复述, 如单词-长句复述、词语完成作业训练、看图说话、会话练习、听觉记忆程度训练、语句理解、短文理解、图词匹配、短文阅读、抄写、描写、书写的练习, 训练次数 3~5 次/周, 每次 30~60 min。由本人一对一进行语言训练, 熟悉后由病人家属帮助训练。

**2.3 疗效标准** 对患者应用西方失语成套试验

(Western aphasia battery, WAB) 确诊为完全性失语症,并使用汉语失语成套试验(aphasia battery of Chinese, ABC) 评估其功能沟通能力<sup>[3-5]</sup>,治疗 3 个月 后,再用 ABC 复查语言功能。

3 治疗结果

治疗组说项中各项;理解项中声音、图卡、名称、指示;读单词、路标;及其它项中的用钱、模仿动作、问候的治疗后较治疗前有明显进步,统计学上有差异( $P<0.05$  或  $P<0.01$ )。而会话、抄写、自发书写、计算虽多数治疗后较治疗前有变化,但进步不明显,统计学上无差异( $P>0.05$ ),详见表 1。治疗组以上各项治疗前后均无显著变化,统计学上无差异( $P>0.05$ )。

表 1 ABC 治疗前后平均得分比较

项 目		治疗前	治疗后	P 值
说	回答名称	1.125	3.500	<0.05
	命 名	0.375	2.375	<0.05
	复 述	1.625	3.00	<0.05
	自动语序	2.000	4.125	<0.01
	时间方向	0.500	1.375	<0.05
理解	声 音	0.750	2.375	<0.05
	图 卡	0.875	2.875	<0.01
	名 字	4.000	6.375	<0.05
	指 示	1.250	3.500	<0.01
	会 话	0.625	1.250	>0.05
读	单 词	0.500	2.750	<0.01
	路 标	0.250	1.750	<0.05
	抄 写	3.250	4.875	>0.05
写	自发书写	1.375	2.875	>0.05
	用 钱	2.125	6.125	<0.01
其它	计 算	1.250	2.500	>0.05
	模仿动作	4.000	7.125	<0.05
	问 候	3.395	5.750	<0.01

4 讨论

失语症(aphasia)是脑损伤引起的言语和作为言语基础的认知过程的障碍,其中以完全性失语(global aphasia, GA) 较多,约占全部失语的 17%<sup>[6]</sup>,该型失语以所有言语功能均有严重缺陷或完全丧失为特点。研究表明失语症的治疗越早进行,效果越好<sup>[5]</sup>。但目前缺乏切实有效的治疗措施;因为失语症治疗效果不仅与病变部位、病灶大小、病程、疗程等有关外,还与病人的年龄、文化

程度、精神及心理状态有关。中医认为“头为诸阳之会”,手足三阳经皆会于头。头颞部因足少阳胆经在此曲折循环分布,血管神经分布丰富,针刺该区颞穴有疏通经络气血,加强局部血液循环,改变大脑皮质语言功能原来的抑制状态,沟通回路,形成条件反射,对引起语言中枢变性的细胞进行调节,对周围未受损伤的大脑皮质功能进行了弥补和代偿,从而改善语言功能。正常的语言有赖于感觉——运动功能相互的协调、语言符号的联系及习惯句子模式的产生。许多研究表明:感觉刺激可以改变脑的电活动,增加刺激强度可以增加神经纤维激活的数量,反复刺激可以改变反应阈值,反复的感觉刺激是脑内模式的组织、储存和提取的基础。语言模式也不例外,语言的熟练大部分是由于语言刺激和经历的结果,适宜的提取需要适宜的刺激。目前大多数学者肯定言语治疗是有效的,并认为其效果不是自发恢复的结果,而且证明由专业人员或经过训练的人员治疗才能生效,治疗时间应每星期达 8~10 h 才能保证效果<sup>[6]</sup>。进行语言训练时,治疗师可在评估患者的语言能力后,按听、说、读、写四方面选择合适的处方,依其适应症与治疗量并在一定范围内调整,按病人的反应而增加训练量或更换处方。综上所述可得出结论,语言训练结合针刺对完全性失语症患者来说,大多数病人均有不同程度的恢复,尤其也易于指导病人家属掌握治疗方法,在家中开展,对不方便来门诊治疗的病人的恢复有很大帮助。

参考文献

[1] 繆鸿石. 康复医学理论与实践(上册)[M]. 上海:上海科学技术出版社,2000:416-492.

[2] 靳瑞,李艳慧. 三种不同针法治疗脑血管意外后遗症的研究[J]. 中国针灸,1993,(4):35.

[3] 陈攸,马连萍,赵建民. 脑卒中失语症患者的康复治疗体会[J]. 现代康复,2001,5(7):61.

[4] 高素荣,王荫华. 失语症[M],北京:北京医科大学、北京协和医科大学联合出版社,1993:15-152.

[5] Maurice Victo & Allan H. Ropper: Adams and Victor, Sprinciples of Neurology, 7th Edition Beijing China Science Publishing Group, 2001:505-508.

[6] Daniel H Jacobs MD Aphasis medicine, 2004, 5(6):3.