

卒中单元模式下强化穴位注射治疗脑卒中失语症的临床研究

王兴臣¹ 王风云² 李延辉² 朱月芹² 曲 畅²

1 资料与方法

1.1 一般资料

209 例卒中后失语症患者均符合第四次全国脑血管病学术会议制定的脑卒中诊断标准^[1],并符合以下条件:①急性起病;②第一次发病或既往发病未留有明显后遗症;③经 CT 或 MRI 证实;④病程<30d;⑤失语症评分按中康版《汉语标准失语症检查表》^[2]评定,自发言语、听理解、命名、复述等各项中至少有一项正确率<70%;⑥排除因其他疾病或并发症而影响配合者,由小脑疾病导致的语言障碍也不在研究范围;⑦无严重的卒中后抑郁等心理障碍;⑧体力条件能耐受语言训练;⑨血压<200/120mmHg。选用 2003 年 6 月—2006 年 6 月间 209 例患者作为研究对象,以摸球法随机分为强化治疗组和常规治疗组。强化治疗组 121 例,男性 71 例,女性 50 例,平均年龄 54.1 岁;其中脑出血 44 例,脑梗死 77 例。常规治疗组 88 例,男性 54 例,女性 34 例,平均年龄 60.3 岁;其中脑出血 35 例,脑梗死 53 例。强化治疗组完全性失语 16 例,运动性失语 27 例,感觉性失语 31 例,混合性失语 32 例,命名性失语 6 例,经皮质性失语 9 例。常规治疗组,完全性失语 12 例,运动性失语 23 例,感觉性失语 24 例,混合性失语 23 例,命名性失语 4 例,经皮质性失语 2 例。文化程度小学至大学不等,病前均无智力障碍、言语正常、看报、写信无困难,病后无意识障碍。两组间神经功能缺损程度评分、性别、年龄均差异无显著性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

患者入院后在卒中单元予以监护救治。生命体征相对稳定,神经症状不再发展,即进行康复干预:物理治疗和言语训练。语言训练主要运用 Schuell 刺激法,阻断去除法,功能重组法,交流促进法等。强化治疗组同时选取头部顶颞前斜线、颞前线、哑门^[3]三个穴位,常规消毒,7 号肌注针与头皮呈 20°

夹角,快速刺入皮下,沿穴位方向刺入 1—1.2 寸深,得气后缓慢推入胞磷胆碱 0.25g/穴,次日按上法注射 VitB₁₂250μg/穴,如此隔日交替注射。常规治疗组:运用传统方法取穴针刺百会、四神聪、风池、风府、哑门、廉泉、金津、玉液等穴位^[4]。两种疗法均以 14d 为 1 个疗程,休息 2d,再进行下一个疗程。3 个疗程为一个周期。

1.3 疗效评定

神经功能缺损程度评分按照第四次全国脑血管病学术会议通过的关于卒中患者神经功能缺损程度的疗效评价标准^[5],语言功能障碍按照中康版《汉语标准失语症检查表》^[2]记分标准^[6]对自发谈话、复述、命名及理解 4 项语言功能评定(最高 80 分),于治疗第 14d、28d、8 周末、3 个月末分别进行评分。失语症的疗效标准采用中国康复研究中心制定的失语症评定方法进行计算^[7],显效:治疗前后失语症严重程度分级提高 4 级以上;有效:治疗前后失语症严重程度分级提高 1 级以上;无效:治疗前后失语症严重程度分级无变化。所有评定由同一康复师评测,评测者不参与治疗,实行盲法评测。

1.4 统计学分析

应用 SAS8.1 统计软件,计量资料用均数±标准差表示,采用 t 检验,等级资料用 Ridit,显著性水平为 $P<0.05$ 。

2 结果

见表 1—2。治疗前两组间语言评分无差异,治疗后两组单项语言评分均有提高,但强化组治疗后分数提高明显,与常规组相比较差异显著,对语言理解能力的改善更明显。

表 1 两组治疗前治疗 3 个月时语言功能临床疗效比较

组别	例数	显效 例 %	有效 例 %	无效 例 %	总有效率(%)	P
强化治疗组	121	68 56	39 32	14 12	88	0.006
常规治疗组	88	35 40	21 24	32 36	64	

①与常规治疗组比较, $P<0.01$

表 2 两组治疗过程不同时段语言功能分项评分比较

组别	例数	语言功能	治疗前	治疗第 14 天	治疗第 28 天	治疗第 8 周末	治疗第 3 个月末
强化治疗组	121	自发谈话	6.83±5.12	9.93±6.36 ^{①④}	11.23±6.87 ^①	13.59±8.19 ^{①③}	15.87±7.93 ^{②③}
		复述	5.71±5.01	10.02±7.32 ^{①④}	10.47±7.22 ^①	13.07±7.85 ^{①④}	15.38±8.11 ^{①③}
		命名	7.33±6.30	9.73±6.79 ^{①④}	10.83±7.01 ^①	13.91±7.96 ^{②④}	17.42±8.36 ^{②④}
		理解	6.79±5.67	10.17±6.41 ^{①④}	11.25±6.83 ^①	14.47±8.73 ^{①④}	17.75±8.12 ^{②④}
常规治疗组	88	自发谈话	7.23±6.23	8.18±6.27	9.03±6.57	11.24±8.13 ^③	13.62±7.91 ^③
		复述	5.92±6.19	7.93±7.11 ^③	8.46±6.89	10.57±7.94	13.16±7.21 ^④
		命名	6.24±5.19	7.85±6.71	8.77±6.83	10.93±7.48 ^③	13.24±8.02 ^③
		理解	6.32±6.14	8.29±6.92 ^③	9.24±7.03	12.11±8.14 ^③	14.50±7.89 ^③

组间比较:① $P<0.05$,② $P<0.01$;组内与上一治疗阶段比较:③ $P<0.05$,④ $P<0.01$

两组患者在治疗的前 4 周神经功能缺损评分相当,差异无显著性。但随着治疗时间的延长效果明显增加,4 周后两组差异显著。

3 讨论

失语症是原已习得的语言功能缺失的一组语言障碍综

合征,表现为对语言符号的感知辨识、理解接收、组织运用或

1 山东中医药大学 2005 级博士,250014

2 山东聊城市人民医院

作者简介:王兴臣,男,在读博士,主任医师

收稿日期:2006-12-28

表3 两组患者治疗过程不同时段神经功能缺损评分比较

($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗第14天	治疗第28天	治疗第8周末	治疗第3个月末
强化治疗组	121	26.5±12.5	15.2±8.2 ^{①③}	13.8±8.4	11.3±6.3 ^{①③}	10.1±4.1 ^①
常规治疗组	88	28.6±13.6	18.5±11.5 ^③	14.2±10.4 ^②	13.1±6.6	11.8±5.3

组间比较:① $P<0.05$;组内与上一治疗阶段比较:② $P<0.05$,③ $P<0.01$

表达等某一方面或某几方面的功能障碍^[4]。引起失语症的临床常见病因包括脑血管病、脑外伤、脑肿瘤、感染等。脑血管病是最常见的病因,超过1/3的脑卒中患者可产生各种语言障碍^[5]。脑卒中后失语的患者处在一种相对封闭的世界中,缺乏与外界沟通交流的手段,妨碍了医生准确了解病情及正常的肢体功能训练^[6],从而严重影响了患者的康复。

现代康复医学对失语症的治疗主要采用一对一训练法,包括 Schuell 刺激法、阻断去除法、功能重组法、交流促进法等方法^[7],通过运用各种单词、图画卡片等,有针对性的训练患者的听理解、命名、复述、描述、阅读、书写能力。由于汉语与其他语言有很大的不同,因此我国汉语失语症功能训练开始较晚,并且较其他功能训练发展缓慢,主要采用国外失语训练方法与汉语特点相结合进行治疗。

我国传统医学治疗失语症的方法主要包括针灸和中药。其中针灸包括体针、头针、舌针等,以头针运用最为广泛。针刺头部穴位可以将针刺产生的刺激效应传递至皮质,改善大脑皮质神经系统的兴奋性,使受到抑制的脑神经细胞的兴奋逆转,抑制性作用消失,使处于休克期或休眠状态的脑神经细胞觉醒,颞区直下为额下回后部,颞上回、额中回及顶叶角回,语言中枢位于这些区域,通过针刺颞区,刺激可以直接传

至语言中枢,促进这些区域内脑细胞的觉醒,从而治疗失语症^[7]。穴位注射治疗,通过针刺与语言功能有关的穴位,结合语言康复训练治疗失语症有其独特优势。

本研究结果显示,治疗初期临床疗效明显,约在发病3—4周进入快速恢复期,随着语言功能的改善,患者配合治疗的主动性增强,且肢体功能训练更易进行,从而缩短了病程,节省了住院费用,并可提高其生存质量。

参考文献

- [1] 孙国杰. 针灸学 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1997. 192—193, 126.
- [2] 巫祖强, 李建强. 针刺治疗脑血管病引起的失语症 12 例疗效观察 [J]. 实用医学杂志, 1996, 12(9): 624—625.
- [3] 李胜利. 言语治疗学 [M]. 北京: 华夏出版社, 2004. 21—33, 41.
- [4] 缪鸿石. 康复医学理论与实践 [M]. 上海: 上海科技出版社, 2000.
- [5] 蓝群, 奚颖. 失语症的康复治疗 [J]. 中国康复, 2006, 21(5): 343.
- [6] 魏铁花, 唐强, 陈静. 针灸配合言语疗法治疗脑卒中失语症的临床研究 [J]. 中国初级卫生保健, 2005, 19(8): 88—89.
- [7] 王拥军. 卒中单元 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2003. 5—6, 310—312.

·短篇论著·

中药熏蒸、外敷综合治疗膝关节骨性关节炎疗效比较

李昭扬¹ 李玲¹ 梁力¹ 唐晓明¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

102 例膝关节骨性关节炎患者, 均为 2005 年 8 月—2006 年 10 月本院门诊患者, 随机分为观察组与对照组。观察组 54 例, 男 22 例, 女 32 例; 平均年龄 55.20±7.80 岁; 左膝 18 例, 右膝 16 例, 双膝 20 例; 病程 10 个月—6 年, 平均 12.23±6.72 个月。对照组 48 例, 男 17 例, 女 31 例; 平均年龄 54.26±8.32 岁; 左膝 15 例, 右膝 14 例, 双膝 19 例; 病程 8 个月—8 年, 平均 11.46±8.22 个月。临床症状为膝关节疼痛, 关节活动有响声, 部分患者有明显晨僵和关节活动受限; 伴随症状有膝关节内翻或膝关节外翻变形, 股四头肌萎缩, 关节腔积液。X 线摄片可见关节间隙不对称性狭窄、髁间嵴变尖、髌骨与关节边缘骨赘形成。两组患者的一般资料经统计学分析差异无显著性意义 ($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 治疗方法

观察组: ①超短波治疗: 超短波治疗机 (上海) 输出波长

7.37m, 频率 40.68MHz, 最大输出功率为 200W, 采用 2 个长方形电极, 大小 30cm×40cm, 患者仰卧位, 电极对置于膝关节部, 微热—温热量, 间隙 2—3cm, 每次治疗 20min, 10 次为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。②中药熏蒸治疗: 中药配方: 制川乌 15g、制草乌 15g、鸡血藤 30g、牛大力 30g、辽刁竹 20g、羌活 20g、独活 20g、当归 15g、红花 15g、白芷 15g、赤芍 15g、郁金 15g、姜黄 15g、川芎 15g、荆芥 15g、透骨草 15g。将配置药物放入中药熏蒸机 (深圳) 药罐, 加水适量, 加热 30min 后产生中药蒸汽。患者仰卧在治疗机床上, 暴露双膝部, 将蒸汽罩移动至膝部, 上下喷汽熏蒸膝部, 温度控制于 40—45℃, 患者舒适为宜。每日治疗 1 次, 每次 30min, 10 次为 1 个疗程, 连续治疗 2 个疗程。

对照组: ①超短波治疗同观察组。②中药外敷+红外线治

1 解放军第 421 医院康复理疗科, 广州市新港中路 468 号, 510318

作者简介: 李昭扬, 男, 副主任医师

收稿日期: 2007-04-05