针刺联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语临床研究

宋涛

杭州市中医院丁桥院区针灸康复科，浙江 杭州 310000

［摘要］**目的：**观察针刺联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语的临床疗效。**方法：**选取66例脑梗死后失语患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各33例。2组均给予常规治疗，对照组给予丁苯酞氯化钠注射液静脉注射，观察组在对照组基础上采取针刺治疗。评价2组临床疗效，比较2组治疗前后中医证候积分、神经功能缺损程度、语言功能及失语严重程度。**结果：**观察组总有效率为93.94%，高于对照组75.76%（$P<0.05$）。治疗后，2组中医证候积分、美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）评分较治疗前降低（$P<0.05$），且观察组中医证候积分、NHISS评分低于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组自发谈话、听理解、命名、复述评分较治疗前升高（$P<0.05$），且观察组各项评分高于对照组（$P<0.05$）。治疗后，2组波士顿诊断性失语症检查法（BDAE）分级较治疗前明显改善（$P<0.05$），观察组改善效果优于对照组（$P<0.05$）。**结论：**针刺联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语疗效较好，可缓解患者临床症状，改善语言功能，减轻神经功能缺损程度和失语严重程度。

［关键词］脑梗死；失语；针刺；丁苯酞氯化钠注射液；语言功能；神经功能

［中图分类号］R743.3 ［文献标志码］A ［文章编号］0256-7415（2023）19-0167-05

DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2023.19.032

Clinical Study on Acupuncture Combined with Butylphthalide and Sodium Chloride Injection for Aphasia After Cerebral Infarction

SONG Tao

Department of Acupuncture Moxibustion and Rehabilitation, Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine (Dingqiao District), Hangzhou Zhejiang 310000, China

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of acupuncture combined with Butylphthalide and Sodium Chloride Injection for aphasia after cerebral infarction. **Methods:** A total of 66 cases of patients with aphasia after cerebral infarction were divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 33 cases in each group. Both groups were treated with routine treatment. The control group was treated with intravenous injection of Butylphthalide and Sodium Chloride Injection, and the observation group was additionally treated with acupuncture based on the treatment of the control group. Clinical effects were evaluated in the two groups. Traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores, degree of neurological impairment, language function, and severity of aphasia were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** The total effective rate was 93.94% in the observation group, higher than that of 75.76% in the control group ($P<0.05$). After treatment, TCM syndrome scores and National Institute of Health stroke scale (NIHSS) scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P<0.05$); the TCM syndrome scores

［收稿日期］2023-03-08
［修回日期］2023-06-23
［作者简介］宋涛（1988-），男，主治中医师，E-mail：505178857@qq.com。

and NIHSS scores in the observation group were lower than those in the control group ($P<0.05$). After treatment, the scores of spontaneous speech, listening comprehension, naming, and repetition in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P<0.05$), and each score in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$). After treatment, the grading by Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) in the two groups was significantly improved when compared with that before treatment ($P<0.05$), and the improvement in the observation group was better than that in the control group ($P<0.05$). **Conclusion:** Acupuncture combined with Butylphthalide and Sodium Chloride Injection has a good curative effect in the treatment of aphasia after cerebral infarction, which can relieve clinical symptoms, improve language function, and reduce the degree of neurological impairment and severity of aphasia.

Keywords: Cerebral infarction; Aphasia; Acupuncture; Butylphthalide and Sodium Chloride Injection; Language function; Neurological function

失语是脑梗死后常见并发病之一，是因大脑神经中枢受损后导致的语言功能障碍或丧失。临床以不能正常语言交流，理解能力及文字表达能力降低等为主要表现，严重影响原发病治疗及其他功能障碍康复，因此重建患者语言功能和加快语言恢复对改善患者预后至关重要[1]。目前，临床治疗脑梗死后失语症多采取药物、康复训练等方法，其中丁苯酞氯化钠注射液较为常用，在一定程度上能有效改善失语症状，但部分患者仍难以达到预期效果。研究发现，采取中医针灸疗法治疗本病，对语言功能的恢复具有促进作用[2]。本研究观察针刺联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语的临床疗效，报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑梗死符合《中国急性脑缺血性脑卒中诊治指南2018》[3]中相关诊断标准：临床以偏身感觉障碍、偏瘫、失语、共济失调等症状为主要表现，部分患者伴有头痛、昏迷、呕吐等全脑症状；多数患者为静歇状态下急性起病；经头颅MRI或CT检查确诊。失语症符合《汉语失语症检查法(草案)》[4]中相关标准：以非流利型自发谈话，复述、命名、听理解困难等为主要特征。

1.2 辨证标准 参考《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》[5]，辨证为气虚血瘀型。主症：半身不遂，言语謇涩或不语，口舌歪斜；次症：偏身麻木，气短乏力，心悸，面色㿠白，自汗出，便溏。舌质暗淡，苔白腻，脉沉细。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；首次发病，处于脑梗死恢复期；运动型失语；美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分为5～20分；40岁≤年龄＜80岁；患者均签署知情同意书。

1.4 排除标准 非脑梗死所致的语言障碍者；处于急性期或有出血倾向者；有痴呆、认知障碍等无法配合治疗、体查及评分者；不能接受针刺治疗者；有严重凝血功能障碍者；治疗依从性差或中途脱落病例。

1.5 剔除标准 治疗期间出现病情变化或严重的并发症等不能继续接受治疗者；无任何检查记录者；正接受其他方案治疗而影响疗效判断者；主动提出退出研究者。

1.6 一般资料 选取2019年1月—2021年12月杭州市中医院丁桥院区收治的66例脑梗死后失语患者，按随机数字表法分为对照组和观察组各33例。观察组男18例，女15例；年龄40～78岁，平均(62.46±10.27)岁。对照组男20例，女13例；年龄42～75岁，平均(61.95±10.86)岁。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过杭州市中医院医学伦理委员会审批通过(2018011919430004551 75)。

2 治疗方法

2组均给予常规治疗。依据指南行常规治疗[6]，包括降血压、控制血糖、调血脂、抗血小板聚集、抗凝、保护脑组织、营养脑神经、维持内环境平衡等，同时对患者进行语言训练，包括发音训练、言

语表达训练及交流训练等。

2.1 对照组 给予丁苯酞氯化钠注射液(石药集团恩必普药业有限公司，国药准字 H20100041)100 mL 静脉注射，每天 2 次，2 次用药间隔 12 h，共治疗 4 周。

2.2 观察组 在对照组基础上采取针刺治疗。主穴：语言一区、廉三针[廉泉穴和廉泉左、廉泉右(廉泉穴左右旁开 1 寸)]、哑门、百会、悬钟、通里；配穴：关元、血海、足三里。操作方法：患者取合适体位，穴位局部皮肤进行常规消毒后，采用华佗牌一次性无菌毫针，规格为 0.35 mm×50 mm。语言一区：采取接力针法，刺入帽状腱膜下约 0.5 寸左右，行小幅度快频率捻转手法直至出现针感，留针 30 min；廉三针：向舌根方向刺 15 mm，捻转行针，得气留针 30 min；哑门：将患者头部稍前倾，向其下颌方向缓慢刺入 10 mm；百会：向前平刺 13～20 mm；悬钟、通里、关元、血海、足三里均常规直刺 15 mm。上述各穴位得气后留针 30 min，均采取平补平泻手法。每周治疗 6 d，共治疗 4 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》[7]进行评分。主症(半身不遂，言语謇涩或不语，口舌歪斜)按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分，次症(偏身麻木，气短乏力，自汗出，心悸，面色㿠白，便溏)按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分，总积分为各项评分之和，总分 36 分，分值越高症状越严重。以尼莫地平计算法对总体疗效进行评价，即：疗效指数=(治疗前积分−治疗后积分)/治疗前积分×100%。②神经功能。采用 NIHSS 评估患者神经功能缺损程度，该量表包括感觉、意识、眼球运动、语言、运动、共济运动及视野等，总分 42 分，神经缺损程度越严重分值则越高。③语言功能。依据《汉语失语症康复治疗专家共识》[8]中汉语失语症评定量表(ABC)评估患者语言功能，包括自发谈话(54 分)、听理解(150 分)、命名(62 分)、复述(100 分)，语言功能越差则分值越低。④失语严重程度。依据波士顿诊断性失语症检查法(BDAE)[9]评估患者失语症严重程度。0 级：存在严重的表达和理解功能障碍；1 级：可理解或表达词汇较少；2 级：可表达或理解简单的短语；3 级：表达和理解日常用语中无明显错语；4 级：可表达自己的意愿，但言语不流畅，且难以理解复杂的谈话；5 级：表达或理解障碍轻微，仅自己可发觉。

3.2 统计学方法 采用 SPSS22.0 统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；等级资料采用秩和检验。$P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗 4 周后依据疗效指数、ABC 评分改善率、BDAE 分级评定临床疗效。治愈：失语症状消失，疗效指数、ABC 评分改善率≥90%，BDAE 分级提高＞2 级；显效：失语症状明显改善，70%≤疗效指数、ABC 评分改善率＜90%，BDAE 分级提高 2 级；有效：失语症状有所好转，30%≤疗效指数、ABC 评分改善率＜70%，BDAE 分级提高 1 级；无效：失语症状无明显改善，疗效指数、ABC 评分改善率＜30%，BDAE 分级提高＜1 级。ABC 评分改善率=(治疗前评分−治疗后评分)/治疗前评分×100%。总有效率=(治愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。观察组总有效率为 93.94%，高于对照组 75.76%($P<0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较 例(%)

组 别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	33	12(36.36)	13(39.39)	6(18.18)	2(6.06)	31(93.94)
对照组	33	7(21.21)	9(27.27)	9(27.27)	8(24.24)	25(75.76)
χ^2值						4.243
P值						0.039

4.3 2 组治疗前后中医证候积分、NHISS 评分比较 见表 2。治疗前，2 组中医证候积分、NHISS 评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组中医证候积分、NHISS 评分较治疗前降低($P<0.05$)，且观察组中医证候积分、NHISS 评分低于对照组($P<0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医证候积分、NHISS 评分比较($\bar{x} \pm s$)分

组 别	时 间	例数	中医证候积分	NHISS 评分
观察组	治疗前	33	27.62 ± 5.10	16.71 ± 3.42
	治疗后	33	10.34 ± 3.26①②	8.87 ± 2.43①②
对照组	治疗前	33	26.90 ± 4.88	16.06 ± 3.05
	治疗后	33	17.23 ± 4.02①	11.24 ± 3.16①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.4　2组治疗前后ABC评分比较　见表3。治疗前，2组自发谈话、听理解、命名、复述评分比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组自发谈话、听理解、命名、复述评分较治疗前升高（$P<0.05$），且观察组各项评分高于对照组（$P<0.05$）。

表3　2组治疗前后ABC评分比较（$\bar{x}\pm s$）　分

组　别	时　间	例数	自发谈话	听理解	命名	复述
观察组	治疗前	33	16.73±4.02	85.25±10.31	20.60±4.35	36.53±7.25
	治疗后	33	34.25±5.48①②	113.88±13.56①②	43.12±6.71①②	72.16±10.40①②
对照组	治疗前	33	17.69±3.10	83.32±11.33	21.58±5.36	37.22±8.27
	治疗后	33	26.36±4.21①	102.74±12.40①	33.07±5.64①	54.95±9.58①

注：①与本组治疗前比较，$P<0.05$；②与对照组治疗后比较，$P<0.05$

4.5　2组治疗前后BDAE分级比较　见表4。治疗前，2组BDAE分级比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）。治疗后，2组BDAE分级较治疗前明显改善（$P<0.05$），观察组改善效果优于对照组（$P<0.05$）。

表4　2组治疗前后BDAE分级比较　例

组　别	时　间	例数	1级	2级	3级	4级	5级
观察组	治疗前	33	7	11	9	6	0
	治疗后	33	1	5	7	12	8
对照组	治疗前	33	9	10	7	7	0
	治疗后	33	4	7	11	8	3
Z^1值/P值				−0.272/0.785			
Z^2值/P值				−2.307/0.021			
Z^3值/P值				−3.991/0.001			
Z^4值/P值				−2.033/0.042			

注：Z^1为2组治疗前比较，Z^2为2组治疗后比较，Z^3为观察组治疗前后比较，Z^4为对照组治疗前后比较

5　讨论

脑梗死后失语包括感觉性失语、运动性失语及失读症等多种类型，其中运动性失语发生率较高。据相关统计显示，脑梗死后致失语患者中运动型失语约占30%[10]。运动性失语的可逆性较强，当病情处于稳定状态时，通过有效的语言功能干预可达到理想的恢复效果[11]。西药治疗本病以对症治疗为主，丁苯酞氯化钠注射液为芹菜籽提取物，该药物能通过抑制谷氨酸的释放使细胞内的钙浓度降低，可缩小脑梗死面积和改善神经功能，同时对脑部受损神经细胞有改善作用，从而对语言功能的恢复有促进作用[12]。

脑梗死后失语属于中医学中风失音、暗哑等范畴。中医认为，脑梗死恢复期因风、痰、瘀日久阻滞经络，致气血输布异常，气虚导致血行无力，致血瘀阻于脉络不能达于头窍，神明受扰，脑失所养，舌体运动失灵而不语，以气虚血瘀为主要病机。故治疗应以益气活血、化瘀通络为主。针灸是通过刺激人体特定部位达到治疗效果，具有疏通经络、行气活血、醒脑开窍及调整阴阳等效果。本研究针对脑梗死后失语症气虚血瘀证患者以语言一区、廉三针、哑门、百会、悬钟、通里为主穴，以关元、血海、足三里为配穴。其中，语言一区位于头部侧面，从胆经悬厘穴至督脉前顶穴的连线，下2/5则为言语一区，为头皮表面大脑语言功能区的投影区，针刺可刺激运动区失语的头皮投影区，有助于改善语言障碍，并有调节和沟通脏腑内外作用。廉三针取廉泉穴、左右廉泉穴，廉泉位于结喉上方与舌骨上缘凹陷处，其左右各旁开1寸为左右廉泉，针刺有通调舌络、清利咽喉作用，可促进舌根部气血运行，气血充足则能滋养舌体，并可防止舌肌萎缩，适用于治疗运动型失语。哑门穴位于第2颈椎棘突下凹陷中，为阳维脉与督脉的交汇穴，当人体阳气不足时，舌体阳气衰败，致舌不能运动自如，针刺哑门穴有收引阳气作用，有利于恢复舌体运动。百会穴位于督脉上，为足太阳经和督脉交会穴，主一身之阳气，取该穴可调动全身阳气，主治失音不语、中风等神志病，有助病情恢复。通里穴为手少阴心经之穴，针刺有通利咽喉、行气活血之功，主治失语。悬钟穴为八会穴的髓会，有补益脑髓功效，针刺悬钟穴有助于改善语言障碍。所选配

穴为随证取穴，关元为足三阴经与任脉交会穴，针刺有益气活血、疏通经络作用；血海为足太阴脾经之穴，针刺有调和气血、行气活血功效；足三里为阳明胃经的合穴，针刺该穴有补益气血功效。诸穴配伍，有通调舌络、行气活血、通利咽喉功效，适用于治疗脑梗死后失语症。本研究发现，治疗后观察组总有效率高于对照组，中医证候积分低于对照组，表明针灸疗法联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语患者疗效确切，与单使用丁苯酞氯化钠注射液比较，可进一步缓解患者临床症状，改善患者神经功能缺损程度。

研究发现，采取针灸疗法对运动通路上的神经元有刺激作用，能调节神经系统兴奋性和促进症状恢复[13]；所取穴位语言一区有修复受损神经、促进血液循环作用，有助于改善语言障碍[14]；廉泉穴的神经末梢较丰富，针刺可刺激中枢神经的神经反射，达到恢复语言功能效果[15]；针刺百会穴可改善脑组织炎症反应、缺氧缺血状态，并能减轻脑组织水肿，从而降低大脑神经功能受损程度，保护脑组织中神经细胞[16]。本研究结果显示，治疗后观察组 NHISS 评分低于对照组，ABC 评分高于对照组，BDAE 分级改善效果优于对照组。说明针刺在改善患者神经功能缺损程度、语言功能和减轻失语严重程度方面更具有优势。分析原因在于，针灸疗法可加快脑部血流速度，增强大脑与语言器官的联系，对神经纤维功能与大脑皮质功能有促进作用，从而帮助神经恢复，使语言功能得到有效改善[17]。

综上所述，针灸疗法联合丁苯酞氯化钠注射液治疗脑梗死后失语患者效果显著，可有效缓解患者临床症状，减轻神经功能缺损程度，改善语言功能及减轻失语严重程度。

[参考文献]

[1] 楼喜强，刘襄，刘春花，等. 头针调衡电刺激治疗脑梗死后运动性失语疗效观察[J]. 中国针灸，2021，41(11)：1211-1215.
[2] 杨泉，陈敬君，鲍晓，等. 针灸结合低频重复经颅磁刺激治疗脑梗死运动性失语的临床效果[J]. 中国当代医药，2020，27(12)：49-52.
[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] 王新德，高素荣，胡超群，等. 汉语失语症检查法(草案)[J]. 中华精神科杂志，1988，21(4)：252.
[5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报，1996，19(1)：55-56.
[6] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》摘要(五)[J]. 中风与神经疾病杂志，2006，23(3)：260-263.
[7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京：中国医药科技出版社，2002：99-104.
[8] 汉语失语症康复治疗专家共识组. 汉语失语症康复治疗专家共识[J]. 中华物理医学与康复杂志，2019，41(3)：161-169.
[9] 汪洁，张萍. 波士顿诊断性失语症检查汉语版的编制与常模[J]. 中国康复，1996，11(2)：49-51.
[10] 王艳珊. 语言康复训练、经颅磁刺激联合针灸疗法治疗早期脑梗死后运动性失语症的效果[J]. 当代医药论丛，2019，17(6)：32-33.
[11] 张磊，张静莎. 针灸治疗脑梗死失语的临床观察[J]. 内蒙古中医药，2022，41(4)：74-75.
[12] 郭丽莎，郝文丽，戴雁，等. 丁苯酞注射液治疗脑梗死后失语患者的疗效及对语言功能的影响[J]. 航空航天医学杂志，2018，29(6)：725-726.
[13] 王新伟，张虎，丁潇，等.“手足十二针”对脑梗死恢复期气虚血瘀证偏瘫患者生活质量的影响[J]. 世界中西医结合杂志，2020，15(9)：1684-1687.
[14] 张小峰，蔡艺灵，杜娟，等. 脑卒中后运动性失语的言语功能区研究[J]. 总装备部医学学报，2013，15(4)：187-191，253.
[15] 刘斯亮，胡晓丽. 针刺联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中后运动性失语临床观察[J]. 中医药临床杂志，2022，34(11)：2146-2150.
[16] 何涛，邹伟.“百会”透“曲鬓”对急性期脑出血大鼠脑组织中AIF表达影响的实验研究[D]. 哈尔滨：黑龙江中医药大学，2017.
[17] 翁萍璇，郑金利，陈锦波. 针灸联合语言康复训练对脑卒中后失语症患者功能恢复及生活质量的影响[J]. 中医临床研究，2019，11(8)：87-89.

(责任编辑：郑锋玲)