

宣通玄府汤联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语临床研究

梁行, 孔林, 刘夏

郑州市中医院康复科, 河南 郑州 450000

[摘要] 目的: 观察宣通玄府汤联合舌丛刺运动针法对中风后失语患者表达能力、远隔损害及中枢损伤修复的作用。方法: 选择90例中风后失语症患者, 按随机数字表法分为针刺组和研究组各45例。2组均给予基础治疗, 针刺组在基础治疗同时给予舌丛刺运动针法治疗, 研究组在针刺组治疗基础上给予宣通玄府汤治疗。评价2组临床疗效, 采用功能性语言沟通能力量表(CFCP)、中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE)评价患者语言表达能力, 统计中医证候评分, 比较2组治疗前后S100钙结合蛋白B(S100B)、降钙素基因相关肽(CCRP)、神经生长因子(NGF)、血沉方程K指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积水平, 检测2组梗死灶、双侧大脑脚各向异性分数(FA)值的变化。结果: 研究组总有效率为97.78%, 高于针刺组82.22% ($P<0.05$)。治疗后, 2组CFCP、CRRCAE评分较治疗前升高 ($P<0.05$); 且研究组CFCP、CRRCAE评分高于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组各项中医证候评分较治疗前降低 ($P<0.05$); 且研究组各项中医证候评分低于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组S100B水平较治疗前降低, 研究组S100B水平低于针刺组 ($P<0.05$); 2组CCRP、NGF水平较治疗前升高, 研究组CCRP、NGF水平高于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组血沉方程K指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积较治疗前降低 ($P<0.05$); 且研究组血沉方程K指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积低于针刺组 ($P<0.05$)。治疗后, 2组梗死灶FA值、梗死灶同侧大脑脚FA值较治疗前降低 ($P<0.05$); 但研究组梗死灶FA值、梗死灶同侧大脑脚FA值高于针刺组 ($P<0.05$)。结论: 宣通玄府汤联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语症患者, 可促进中枢损伤修复, 改善血液流变学, 减少远隔损害, 改善患者失语表达能力, 提升临床疗效。

[关键词] 中风后失语症; 宣通玄府汤; 舌丛刺运动针法; 中医证候评分; 远隔损害; 语言表达能力

[中图分类号] R246.1 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2024) 05-0056-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2024.05.011

Clinical Study on Xuantong Xuanfu Decoction Combined with Tongue Cluster Needling Movement Acupuncture Method for Post-stroke Aphasia

LIANG Xing, KONG Lin, LIU Xia

Department of Rehabilitation, Zhengzhou Traditional Chinese Medicine Hospital, Zhengzhou Henan 450000, China

Abstract: **Objective:** To observe the effects of Xuantong Xuanfu Decoction combined with tongue cluster needling movement acupuncture method on expression ability, remote lesions and repair of central injury in patients with post-stroke aphasia. **Methods:** A total of 90 cases of patients with post-stroke aphasia were selected and divided into the acupuncture group and the study group according to the random number table method, with 45 cases in each group. Both groups were given basic treatment; the acupuncture group was additionally treated with tongue cluster needling movement acupuncture method, and the study group was additionally treated with Xuantong Xuanfu Decoction based on the treatment of the acupuncture group. The clinical effects in the two groups were evaluated; Chinese Functional

[收稿日期] 2023-07-05
[修回日期] 2023-11-12
[基金项目] 河南省医学科技攻关计划联合共建项目 (LHGJ20200239)
[作者简介] 梁行 (1976-), 男, 副主任中医师, E-mail: lixhngbm@163.com。

Communication Profile (CFCP) and Chinese Rehabilitation Research Center Aphasia Examination (CRRCAE) were used to evaluate the language expression ability of the patients; traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores were counted; the levels of S100 calcin-binding protein B (S100B), calcitonin gene-related peptide (CCRP), nerve growth factor (NGF), K index of erythrocyte sedimentation equation, plasma viscosity, red blood cell aggregation indexes and hematocrit were compared before and after treatment between the two groups; the changes in FA values of infarct lesions and bilateral cerebral peduncle in the two groups were detected. **Results:** The total effective rate was 97.78% in the study group, higher than that of 82.22% in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of CFCP and CRRCAE in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the study group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, TCM syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and TCM syndrome scores in the study group were lower than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, S100B levels in the two groups were decreased when compared with those before treatment, and S100B level in the study group was lower than that in the acupuncture group ($P < 0.05$). The levels of CCRP and NGF in the two groups were increased when compared with those before treatment, and the levels of CCRP and NGF in the study group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the K indexes of ESR equation, plasma viscosity, erythrocyte aggregation indexes and hematocrit in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the K index of ESR equation, plasma viscosity, erythrocyte aggregation index and hematocrit in the study group were lower than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). After treatment, the FA values of infarct lesions and infarct ipsilateral cerebral peduncle in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); but the FA values of infarct lesions and infarct ipsilateral cerebral peduncle in the study group were higher than those in the acupuncture group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Xuantong Xuanfu Decoction combined with tongue cluster needling movement acupuncture method for patients with post-stroke aphasia can promote the repair of central injury, improve hemorheology, reduce remote lesions, improve the expression ability of patients, and enhance clinical effects.

Keywords: Post-stroke aphasia; Xuantong Xuanfu Decoction; Tongue cluster needling movement acupuncture method; Traditional Chinese medicine syndrome scores; Remote lesions; Language expression ability

中风是临床常见脑血管疾病,其可分为出血性脑卒中及缺血性脑卒中,以缺血性脑卒中多见^[1]。中风患者多伴随语言功能异常,约26%患者达到失语症程度,患者存在阅读及书写异常、发音障碍、表达难以连贯、说话费力等症状^[2-3]。中风后失语症属于中医学暗痲、不语等范畴,多由风邪侵袭、痰湿瘀滞脑络、舌络,致使元神之府失用、言语不利^[4]。宣通玄府汤具有燥湿化痰、熄风止痉、通络、醒神

的功效。舌丛刺运动针法是周鸿飞教授在针刺疗法基础上根据临床经验改革而来,具有舒通经络、调理气血的功效,常用于治疗语言不利。本研究观察宣通玄府汤联合舌丛刺运动针法对中风后失语症患者的影响,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[5]制定脑梗死诊断标准。多为急性、突发

病;发病症状或体征可长可短:多存在局灶性神经功能缺损,少数为全面神经功能缺损;排除其他非血管性疾病;排除脑出血疾病。

失语症诊断标准^[6]。意识清楚情况下,语言表达或理解障碍;患者肢体运动功能正常但不能书写,发音和构音正常而不能言语,视力正常但不能阅读,听力正常但不理解言语。失语商(AQ)<93.8。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]辨证为风痰瘀阻证。主症:言语謇涩或不语,口舌歪斜,半身不遂,感觉减退或消失;次症:头晕目眩,痰多而黏。舌质暗淡,舌苔薄白或白腻,脉弦滑。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;年龄50~85岁;病情平稳,意识清醒,认知功能无明显异常;患者及家属签署同意书;既往无语言障碍;依从性良好

1.4 排除标准 合并脑外伤、痴呆、脑部肿瘤者;精神障碍者;依从性差者;合并感染、恶性肿瘤、凝血功能障碍、免疫系统疾病者;视、听障碍、精神障碍者;对本次药物过敏者;合并心、肺、肝等功能不全者;严重构音障碍者;妊娠期或哺乳期妇女。

1.5 一般资料 选择2020年1月—2023年1月郑州市中医院收治的90例中风后失语症患者,按随机数字表法分为针刺组和研究组各45例。针刺组女21例,男24例;年龄42~84岁,平均(63.73±4.17)岁;病程2~15周,平均(8.47±1.41)周。研究组女20例,男25例;年龄41~83岁,平均(63.36±4.35)岁;病程3~16周,平均(8.35±1.29)周。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过郑州市中医院医学伦理委员会审批(2019KYLL038)。

2 治疗方法

基础治疗:2组患者均给予控制血压、血脂、血糖、维持水电解质平衡、营养脑神经、预防脑水肿等对症治疗,同时给予患者语言功能恢复训练。

2.1 针刺组 在基础治疗同时给予舌丛刺运动针法治疗。具体如下:按照先中心,后边缘,顺时针将舌体分为11个穴区(见图1)。A线:舌体中线;B线、C线:舌体三等分线;D线:舌体边缘线。AB线交点为1区;AC线交点为2区;AD线交点为3区;CD线交点为5、10区;BD线交点为6、

9区;3、5区弧线中点为4区;3、10区弧线中点为11区;舌体后1/3两对称区域的中心点为7、8区。前6区为2区、3区、4区、5区、10区、11区,后5区为1区、6区、7区、8区、9区。选择0.25 mm×40 mm、0.25 mm×25 mm 针灸针(苏州针灸用品有限公司)。患者取舒适体位,采用0.9%氯化钠溶液漱口后,舌体平展,采用无菌纱布辅助固定且暴露舌体。前6区选用0.25 mm×40 mm 针灸针,2区、3区、4区、11区针向1区方向进行针刺,2区针与舌面保持15°进针,5区、10区朝向7区、8区方向针刺,快速进针,约进针0.8~1寸,舌体带针进行缓慢伸缩运动,3 s伸缩一回,每伸缩5回间隔5 min,间隔期间患者可自然闭口,部分针柄可留于口外,治疗30 min,每天1次。后5区进行点刺放血治疗,前6区治疗结束后,患者取坐位,选取0.25 mm×25 mm 针灸针快速点刺舌面,每穴点刺3次,点刺深度约5~8 mm,点刺至出血,每天1次。舌下金津、玉液(见图2)放血:患者取坐位、张口,采用压舌板上翻舌体,充分暴露金津、玉液,采用5 mL 无菌注射器快速刺入金津、玉液两穴,点刺出血即可,每天1次,每次治疗间隔时间为3 d。连续治疗2个月。

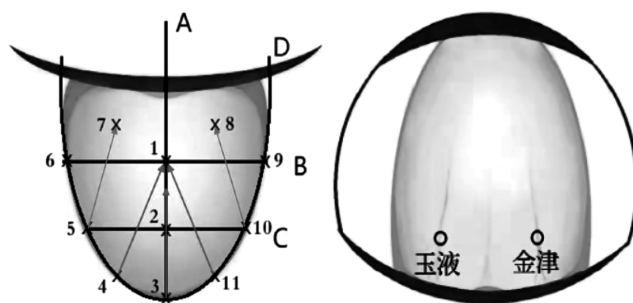


图1 舌体穴位分布及针刺方向

图2 金津、玉液位置

2.2 研究组 在针刺组治疗基础上给予宣通玄府汤治疗。处方:当归、远志各12 g,川芎、丹参、石菖蒲各15 g,天麻、全蝎、白僵蚕、胆南星、何首乌各10 g,甘草9 g。每天1剂,由本院中药制剂室煎制药物,每剂去水煎液200 mL,分早晚2次温服,连续治疗2个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①语言表达能力。治疗前后采用功能性语言沟通能力量表(CFCP)、中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE)评价患者语言功能。CFCP:评价患者写、理解、读、说等项目,总分

250 分,分数越高,患者沟通能力越强;CRRCAE:口头表达(1~10 分)、听(1~6 分)、复述(1~6 分)、描写(1~6 分)、出声读(1~6 分)、阅读理解(1~6 分)、听写(1~6 分)、抄写(1~6 分),总分 52 分,分数与患者语言表达能力呈正相关。②中医证候评分。主症按无、轻、中、重分别计 0、2、4、6 分,次症按无、轻、中、重分别计 0、1、2、3 分。③血清学及血液指标。治疗前后取患者 5 mL 空腹肘静脉血,采用 MEN-C100A 全自动血流变仪检测患者全血血沉方程 K 指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积水平。血液样本离心后取血清,采用酶联免疫吸附法检测患者血清 S100 钙结合蛋白 B(S100B)、血清降钙素基因相关肽(CCRP)、血清神经生长因子(NGF)水平。④远隔损害。治疗前后给予患者核磁共振检查,将磁共振弥散张量成像(DTI)图像传送到 AW4.4 workstation 工作站,计算各向异性分数(FA)值,检测梗死灶 FA、梗死灶同侧大脑脚 FA 值。⑤临床疗效。

3.2 统计学方法 采用 SPSS23.0 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;计数资料以百分比(%)表示,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 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[7]制定疗效标准。临床痊愈:患者临床症状基本消失,证候评分减少≥95%,CFCP 评分提升≥90%;显效:患者临床症状明显改善,70%≤证候评分减少 < 95%,46%≤CFCP 评分提升 < 90%;有效:患者临床症状改善,30%≤证候评分减少 < 70%,18%≤CFCP 评分提升 < 46%;无效:未达到上述标准。总有效率(%)=(临床痊愈+显效+有效)例数/总例数×100%。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。研究组总有效率为 97.78%,高于针刺组 82.22%(*P* < 0.05)。

表 1 2 组临床疗效比较						例
组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
针刺组	45	13	15	9	8	82.22
研究组	45	25	11	8	1	97.78
<i>Z</i> 值						2.607
<i>P</i> 值						0.007

4.3 2 组治疗前后 CFCP、CRRCAE 评分比较 见表 2。治疗前,2 组 CFCP、CRRCAE 评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后,2 组 CFCP、CRRCAE 评分较治疗前升高(*P* < 0.05);且研究组 CFCP、CRRCAE 评分高于针刺组(*P* < 0.05)。

表 2 2 组治疗前后 CFCP、CRRCAE 评分比较($\bar{x} \pm s$) 分					
组别	例数	CFCP		CRRCAE	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	45	138.33±13.52	189.31±18.89 ^①	21.41±5.51	34.93±6.26 ^①
研究组	45	137.09±13.01	213.07±17.23 ^①	21.70±5.32	40.21±7.78 ^①
<i>t</i> 值		0.443	6.234	0.254	3.547
<i>P</i> 值		0.659	<0.001	0.800	<0.001

注:①与本组治疗前比较,*P* < 0.05

4.4 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 3。治疗前,2 组各项中医证候评分比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后,2 组各项中医证候评分较治疗前降低(*P* < 0.05);且研究组各项中医证候评分低于针刺组(*P* < 0.05)。

4.5 2 组治疗前后 S100B、CCRP、NGF 水平比较 见表 4。治疗前,2 组 S100B、CCRP、NGF 水平比较,差异无统计学意义(*P* > 0.05)。治疗后,2 组 S100B 水平较治疗前降低,研究组 S100B 水平低于针刺组(*P* < 0.05);2 组 CCRP、NGF 水平较治疗前升高,研究组 CCRP、NGF 水平高于针刺组(*P* < 0.05)。

表 3 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$) 分								
组别	时间	例数	言语謇涩或不语	口舌歪斜	半身不遂	感觉减退或消失	头晕目眩	痰多而黏
针刺组	治疗前	45	3.90±0.89	4.06±0.97	4.03±1.05	3.89±0.94	2.04±0.60	1.98±0.60
	治疗后	45	1.33±0.36 ^①	1.43±0.41 ^①	1.34±0.35 ^①	1.47±0.33 ^①	0.78±0.25 ^①	0.72±0.23 ^①
研究组	治疗前	45	3.96±0.94	3.95±1.02	3.92±1.01	3.95±1.01	1.95±0.62	2.01±0.63
	治疗后	45	0.83±0.24 ^{①②}	0.87±0.27 ^{①②}	0.87±0.25 ^{①②}	0.91±0.21 ^{①②}	0.39±0.12 ^{①②}	0.36±0.11 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较,*P* < 0.05;②与针刺组治疗后比较,*P* < 0.05

表 4 2 组治疗前后 S100B、CCRP、NGF 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	S100B(ng/mL)		CCRP(ng/L)		NGF(ng/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	45	0.33±0.06	0.27±0.04 ^①	25.15±3.43	30.14±4.07 ^①	45.79±10.21	67.63±15.78 ^①
研究组	45	0.34±0.05	0.23±0.03 ^①	25.29±3.19	35.78±5.24 ^①	45.22±10.43	89.61±17.15 ^①
<i>t</i> 值		0.859	5.367	0.200	5.702	0.262	6.327
<i>P</i> 值		0.393	<0.001	0.842	<0.001	0.794	<0.001

注：①与本组治疗前比较，*P*<0.05

4.6 2 组治疗前后凝血指标比较 见表 5。治疗前，2 组血沉方程 K 指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积比较，差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后，2 组血沉方程 K 指数、血浆黏度、红细胞聚集

指数、红细胞压积较治疗前降低(*P*<0.05)；且研究组血沉方程 K 指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积低于针刺组(*P*<0.05)。

表 5 2 组治疗前后凝血指标比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	血沉方程 K 指数		血浆黏度(mPa·s)		红细胞聚集指数		红细胞压积(%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	45	144.47±21.02	123.69±16.82 ^①	1.92±0.43	1.67±0.33 ^①	2.23±0.33	1.66±0.30 ^①	0.43±0.08	0.39±0.05 ^①
研究组	45	143.19±20.07	103.18±13.71 ^①	1.95±0.40	1.45±0.31 ^①	2.18±0.35	1.39±0.24 ^①	0.42±0.07	0.35±0.04 ^①
<i>t</i> 值		0.295	6.340	0.343	3.260	0.697	4.714	0.631	4.191
<i>P</i> 值		0.768	0.001	0.733	0.002	0.487	<0.001	0.530	<0.001

注：①与本组治疗前比较，*P*<0.05

4.7 2 组治疗前后梗死灶 FA 值、梗死灶同侧大脑脚 FA 值比较 见表 6。治疗前，2 组梗死灶 FA 值、梗死灶同侧大脑脚 FA 值比较，差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后，2 组梗死灶 FA 值、梗死灶同侧大脑脚 FA 值较治疗前降低(*P*<0.05)；但研究组梗死灶 FA 值、梗死灶同侧大脑脚 FA 值高于针刺组(*P*<0.05)。

表 6 2 组治疗前后梗死灶 FA 值、梗死灶同侧大脑脚 FA 值比较($\bar{x} \pm s$)

组 别	例数	梗死灶 FA 值		梗死灶同侧大脑脚 FA 值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
针刺组	45	0.23±0.05	0.16±0.02 ^①	0.58±0.04	0.42±0.05 ^①
研究组	45	0.22±0.06	0.19±0.03 ^①	0.59±0.03	0.47±0.06 ^①
<i>t</i> 值		0.859	5.582	1.342	4.294
<i>P</i> 值		0.393	<0.001	0.183	<0.001

注：①与本组治疗前比较，*P*<0.05

5 讨论

失语症是中风后常见并发症，研究发现中风后失语与脑微循环状态异常、脑皮质语言区血流灌注

不足密切相关^[8]。由于患者脑部血管产生病变，供血区域脑组织缺血、缺氧坏死，损伤大脑相应功能，大脑语言功能区遭受破坏，导致脑内相关信号通路功能紊乱，致使文字形成、分析能力、表达、文字领悟控制失调，言语交流能力减退或丧失^[9-10]。大脑 Wernicke 区、Broca 区受损，或损及相关神经线组织，均可诱发语言功能障碍^[11]。中风后失语症属于中医学暗痲、不语等范畴，多由患者素体虚弱，易受风邪侵袭，加上患者饮食不节，损伤脾胃，致使水谷精微运化失司，水湿聚集成痰，痰湿瘀滞脑络、舌络，致使元神之府失用、言语不利^[12-13]。

本研究所用宣通玄府汤中石菖蒲化湿豁痰、开窍醒神益智，天麻熄风止痉、通络祛风，为君药；白僵蚕祛风止痉、化痰散瘀，丹参活血化瘀、通经，为臣药；川芎行气开郁、活血祛瘀，远志安神益智、祛痰，全蝎熄风镇痉、通络，胆南星燥湿化痰，当归补血活血、化瘀调经，何首乌补肾、化浊降湿，补而不膩，温而不燥，为佐药；甘草益气复脉、调和药性，为使药。诸药合用，共奏燥湿化

痰、熄风止痉、通络、醒神之功。研究发现,石菖蒲含有萜类、挥发油等活性成分,可调节血脂、抗炎、改善神经系统功能^[14]。舌丛刺运动针法以脏腑经络理论作为指导,由周鸿飞教授所创,通过针刺配合带针运动来疏通经络、激发经气、调整阴阳,恢复语言功能。穴位分区顺应三焦理论,针刺后5区对应下焦,可激发肾气,生髓开音,前6区对应上焦和中焦,可疏肝健脾、祛痰湿、疏肝气,点刺金津、玉液可化痰通络。给予上述穴位针刺,可刺激舌神经和舌深静脉干,刺激末梢神经,中枢神经系统兴奋性得以增强,利于修复脑组织,改善语言不利状态^[15]。本次研究结果表明,研究组总有效率高于针刺组,CFCP、CRRCAE评分高于针刺组,中医证候评分低于针刺组,说明宣通玄府法联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语症患者,可改善患者失语表达能力,提升临床疗效。

中风后失语患者伴随微循环障碍及中枢神经元损伤,CGRP分布于中枢神经系统,可促进体液回流,扩张血管,改善血液循环;高水平S100B可破坏血脑屏障,产生神经毒性作用,诱导中枢神经元损伤;NGF是神经胶质细胞产生的细胞因子,可促使神经细胞增殖,改善脑部侧支循环,修复受损神经细胞,促进神经元生长^[16]。本研究中,治疗后研究组CCRP、NGF水平高于针刺组,S100B水平低于针刺组,血沉方程K指数、血浆黏度、红细胞聚集指数、红细胞压积低于针刺组,说明宣通玄府法联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语症患者,可改善血液流变学,促进中枢损伤修复。脑梗死灶下方的锥体束FA值降低,提示梗死灶远端神经纤维结构伴随损伤,是脑梗死患者远隔损害指标^[17]。治疗后,研究组梗死灶、梗死灶同侧大脑脚FA值高于针刺组,说明宣通玄府法联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语症患者,可减少远隔损害。

综上所述,宣通玄府法联合舌丛刺运动针法治疗中风后失语症患者,可提升CCRP、NGF水平,降低S100B水平,促进中枢损伤修复,改善血液流变学,减少远隔损害,改善患者失语表达能力,提升临床疗效。

[参考文献]

- [1] 湖北省脑卒中防治中心科普宣教专家组,湖北省脑血管病防治学会. 脑卒中防治科普宣教专家共识[J]. 卒中与神经疾病, 2021, 28(6): 713-718.
- [2] 李金燕,赵光标,李启金. 语言功能康复治疗用于脑卒中失语症患者的临床效果[J]. 反射疗法与康复医学, 2022, 3(13): 87-89, 102.
- [3] 罗金发,肖洪波,赖忠涛,等. 焦氏头针结合言语训练对脑卒中后失语症患者语言功能的影响[J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40(2): 53-57.
- [4] 张艳杰,卢鑫,郭新侠. 头皮针联合镜像神经元康复训练治疗中风后失语症临床研究[J]. 新中医, 2023, 55(5): 172-176.
- [5] 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.
- [6] 商素荣. 失语症[M]. 北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993: 137-140.
- [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] 李聪颖,杨伟民,黄文祥. 急性缺血性脑卒中后局部血流灌注与失语类型及预后的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2018, 21(20): 2238-2243.
- [9] 李金澄,周鸿飞. 藏象理论指导下的从脾论治中风后失语针灸治疗[J]. 中外医疗, 2023, 42(17): 193-198.
- [10] 吴安文,朱火林,刘赛峰. 邵氏五针法联合加味芍药甘草汤治疗中风后运动性失语疗效及对语言功能、神经功能的影响[J]. 四川中医, 2022, 40(12): 209-211.
- [11] 陆强彬,张慧萍,陆梦茹,等. 缺血性卒中后传导性失语的磁共振扩散张量成像研究[J]. 海南医学, 2022, 33(1): 74-78.
- [12] 吕静,尤路,万小雪,等. 解语丹加减配合言语训练治疗中风后失语风痰瘀阻证临床观察[J]. 陕西中医, 2019, 40(11): 1531-1533.
- [13] 张铭,白艳杰,郭健,等. 加味解语丹治疗中风后失语症40例疗效观察[J]. 光明中医, 2017, 32(10): 1416-1418.
- [14] 石坚宏,姬雨婷,骆启晗,等. 石菖蒲化学成分、药理作用及质量标志物预测分析研究进展[J]. 中成药, 2021, 43(5): 1286-1290.
- [15] 于丽影. 舌丛刺运动针法治疗中风后运动性失语的临床疗效观察[D]. 沈阳:辽宁中医药大学, 2022.
- [16] 黄秋实. 针灸联合言语康复治疗缺血性脑卒中后运动性失语患者的效果[J]. 临床研究, 2022, 30(6): 136-139.
- [17] 彭凯润,邓兵梅,刘晓燕,等. 丁基苯酞对脑梗死灶远隔部位继发性损害的影响[J]. 神经损伤与功能重建, 2014, 9(5): 391-394.

(责任编辑:郑锋玲)