

针刺四冲穴联合圣愈汤治疗卒中后失语症临床研究

张振风, 洪帅, 郭二凤, 韩冰

永城市人民医院康复医学科, 河南 永城 476600

【摘要】目的：观察针刺四冲穴联合圣愈汤对卒中后失语症患者语言功能、神经功能的影响。**方法：**选取90例卒中后失语症患者，采用随机数字表法分为对照组和观察组各45例。2组均给予常规治疗及语言训练，对照组在常规治疗基础上给予圣愈汤口服，观察组在对照组基础上联合针刺四冲穴治疗。比较2组中医证候评分、语言功能、神经功能及临床疗效，检测2组降钙素基因相关肽（CGRP）、内皮素-1（ET-1）水平。**结果：**观察组总有效率为86.67%，高于对照组68.89%，差异有统计学意义（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组口舌歪斜、言语蹇涩或不语、偏身麻木、神志昏蒙评分较治疗前降低（ $P<0.05$ ），且观察组各项评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组自发谈话、复述、理解、命名评分较治疗前提高（ $P<0.05$ ），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NIHSS评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。治疗后，2组CGRP水平较治疗前升高，且观察组CGRP水平高于对照组（ $P<0.05$ ）；治疗后，2组ET-1水平较治疗前下降，且观察组ET-1水平低于对照组（ $P<0.05$ ）。**结论：**针刺四冲穴联合圣愈汤治疗卒中后失语症患者能改善语言功能、神经功能及临床症状，调节CGRP、ET-1水平。

【关键词】卒中后失语症；针刺；四冲穴；圣愈汤；语言功能；神经功能；中医证候评分

【中图分类号】 R743.3; R246

【文献标志码】 A

【文章编号】 0256-7415 (2023) 13-0139-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.13.026

Clinical Study on Acupuncture at Sichong Points Combined with Shengyu Decoction for Post-stroke Aphasia

ZHANG Zhenfeng, HONG Shuai, GUO Erfeng, HAN Bing

Department of Rehabilitation Medicine, The People's Hospital of Yongcheng, Yongcheng Henan 476600, China

Abstract: Objective: To observe the effect of acupuncture at Sichong points [namely Taichong point (LV 3), Zhongchong point (PC 9), Guanchong point (SJ 1), and Shaochong point (HT 9)] combined with Shengyu Decoction on language function and neurological function in patients with post-stroke aphasia. **Methods:** A total of 90 cases of patients with post-stroke aphasia were selected and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 45 cases in each group. Both groups were given routine treatment and language training. The control group was additionally treated with the oral administration with Shengyu Decoction on the basis of routine treatment, and the observation group was treated with acupuncture at Sichong points based on the treatment of the control group. The traditional Chinese medicine syndrome scores, language function, neurological function, and clinical effects were compared between the two groups. The levels of calcitonin gene-related peptide (CGRP) and endothelin 1 (ET-1) in the two groups were detected. **Results:** The total effective rate was 86.67% in the observation group, higher than that of 68.89% in the control group, the

【收稿日期】 2022-03-02

【修回日期】 2023-03-31

【作者简介】 张振风（1985-），男，副主任中医师，E-mail: zhangtailai850506@163.com。

difference being significant ($P < 0.05$). After treatment, the scores of deviated tongue and mouth, sluggish speech or aphasia, numbness of one side of the body, and mental confusion in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and each score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the scores of spontaneous speech, repetition, comprehension, and naming 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, National Institute of Health stroke scale (NIHSS) scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and NIHSS score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, CGRP levels in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and CGRP level in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.05$). After treatment, ET-1 levels in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and ET-1 level in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupuncture at Sichong points combined with Shengyu Decoction for patients with post-stroke aphasia can improve their language function, neurological function, and clinical symptoms, and regulate the levels of CGRP and ET-1.

Keywords: Post-stroke aphasia; Acupuncture; Sichong points; Shengyu Decoction; Language function; Neurological function; Traditional Chinese medicine syndrome scores

失语症为脑卒中后患者因大脑病变所引发的并发症,临床表现为短时记忆损害、句法理解损害、复述困难、语法缺失、新词错语等。中医认为,卒中后失语症病机为清窍被风、浊、痰、瘀等病邪蒙蔽,造成心、肾、肝、脾虚损,进而导致气机逆乱、神不导气。圣愈汤具有活血止痛、益气补血的作用,临床多用于心脑血管疾病的治疗^[1]。研究显示,针刺四冲穴可起到平衡阴阳、调理脏腑的作用,在失眠、高血压、郁证等疾病的治疗中均有应用^[2]。本研究采用针刺四冲穴联合圣愈汤治疗卒中后失语症,分析其对患者语言功能、神经功能的影响,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》^[3]及《失语症》^[4]中的诊断标准。无明显视觉、听觉缺损及喉、咽、口等发音器官障碍,但出现理解、命名、讲话、阅读、复述、书写等方面障碍,均经 CT 确诊。

1.2 辨证标准 参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]辨证为风痰阻络型。主症:错语,言语謇涩或不语;次症:偏身麻木,口舌歪斜,神志昏

蒙,眩晕;舌红苔黄,脉沉细。

1.3 排除标准 针刺部位存在溃疡感染者;存在完全性失语症病史者;合并认知功能障碍者;病情危重者;合并其他恶性肿瘤者。

1.4 一般资料 选取 2019 年 5 月—2021 年 5 月永城市人民医院收治的 90 例卒中后失语症患者为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组各 45 例。对照组男 24 例,女 21 例;平均年龄(61.45 ± 5.69)岁;平均病程(9.14 ± 2.16)d;波士顿诊断性失语症检查法(BDAE)分级:Ⅰ级 4 例,Ⅱ级 10 例,Ⅲ级 16 例,Ⅳ级 15 例;病理类型,感觉性失语 25 例,运动性失语 20 例。观察组男 25 例,女 20 例;平均年龄(62.50 ± 5.20)岁;平均病程(9.20 ± 2.10)d;BDAE 分级:Ⅰ级 5 例,Ⅱ级 11 例,Ⅲ级 15 例,Ⅳ级 14 例;病理类型,感觉性失语 24 例,运动性失语 21 例。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究通过永城市人民医院医学伦理委员会审核通过。

2 治疗方法

2 组均给予抗血小板凝聚、改善脑循环、清除自由基、营养神经等常规治疗及常规语言训练。

2.1 对照组 在常规治疗基础上给予圣愈汤口服。处方：生地黄、熟地黄、黄芪各 20 g，川芎 10 g，白芍、当归各 15 g，人参 25 g。每天 1 剂，取 500 mL 水煎至 200 mL，分早晚 2 次温服。

2.2 观察组 在对照组基础上联合针刺四冲穴治疗。取穴太冲、中冲、少冲、关冲，使用左手拇指对患者中冲、关冲进行揉压，75%乙醇消毒后，使用三棱针快速刺入 3~5 mm，用力挤压少许出血后使用棉球对针孔进行按压消毒，之后对太冲、少冲进行消毒，0.3 mm×40 mm 毫针针刺，先深层紧提慢按六下，退至浅层后紧按慢提九下，不留针，操作 5 次后出针，每天 1 次，每周 5 次。

2 组均连续治疗 3 个月。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。对口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木、神志昏蒙症状进行评估，按严重程度分别计 0、2、4、6 分，得分越高表明症状越严重。②语言功能。对患者语言功能(自发谈话、复述、理解、命名)进行评估，自发谈话总分为 54 分，复述总分为 100 分，理解总分为 150 分，命名总分为 62 分，得分越低表明患者语言功能障碍越严重。③神经功能。采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)对神经功能进行评估，量表由意识水平、视野、指令等项目组成，分值为 0~42 分，得分与神经缺陷程度呈正比。④降钙素基因相关肽(CGRP)、内皮素-1(ET-1)水平。治疗前后抽取静脉血 6 mL，以离心半径 3 cm、转速 3 000 r/min 离心处理 15 min，分离上层血清，-70 ℃保存待检。通过酶联免疫吸附(ELISA)法检测 CGRP、ET-1 水平。CGRP、ET-1 ELISA 试剂盒由上海盖宁生物科技有限公司提供，货号分别为 GN-H11034、GN-H11291。

3.2 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计学软件分析数据。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 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 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 痊愈：失语程度改善 > 2 级，患者可正常交谈；显效：失语程度改善 2 级，交谈能力显著改善；无效：未达到以上疗效。总有效率=(痊愈+显效)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 86.67%，高于对照组 68.89%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	痊愈	显效	无效	总有效
对照组	45	16(35.56)	15(33.33)	14(31.11)	31(68.89)
观察组	45	20(44.44)	19(42.22)	6(13.33)	39(86.67)
χ^2 值					4.841
P 值					0.028

4.3 2 组治疗前后中医证候评分比较 见表 2。治疗前，2 组口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木、神志昏蒙评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组口舌歪斜、言语謇涩或不语、偏身麻木、神志昏蒙评分较治疗前降低($P < 0.05$)，且观察组各项评分低于对照组($P < 0.05$)。

4.4 2 组治疗前后语言功能比较 见表 3。治疗前，2 组自发谈话、复述、理解、命名评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组自发谈话、复述、理解、命名评分较治疗前提高($P < 0.05$)，且观察组各项评分高于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2 组治疗前后神经功能评分比较 见表 4。治疗前，2 组 NIHSS 评分比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2 组 NIHSS 评分较治疗前降低($P < 0.05$)，且观察组 NIHSS 评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	口舌歪斜		言语謇涩或不语		偏身麻木		神志昏蒙	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	4.41 ± 0.91	3.27 ± 0.61 ^①	4.52 ± 0.94	3.01 ± 0.53 ^①	4.51 ± 0.84	3.14 ± 0.69 ^①	4.09 ± 0.86	3.07 ± 0.53 ^①
观察组	45	4.38 ± 0.92	2.01 ± 0.46 ^①	4.55 ± 0.91	1.89 ± 0.31 ^①	4.49 ± 0.86	2.16 ± 0.42 ^①	4.12 ± 0.88	2.13 ± 0.40 ^①
t 值		0.156	11.060	0.154	12.240	0.112	8.138	0.164	9.497
P 值		0.877	0.001	0.878	0.001	0.911	0.001	0.870	0.001

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$

表3 2组治疗前后语言功能比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	自发谈话		复述		理解		命名	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	22.03±2.59	32.56±3.89 ^①	36.01±3.87	51.45±5.27 ^①	107.38±11.19	119.37±17.14 ^①	30.48±3.16	35.17±3.88 ^①
观察组	45	21.92±2.61	39.45±4.02 ^①	35.63±3.91	63.54±6.17 ^①	106.83±11.23	129.36±18.32 ^①	29.96±3.14	44.87±4.13 ^①
<i>t</i> 值		0.201	8.262	0.463	9.995	0.232	4.000	0.783	11.480
<i>P</i> 值		0.841	0.001	0.644	0.001	0.817	0.001	0.436	0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

表4 2组治疗前后神经功能评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	NIHSS 评分	
		治疗前	治疗后
对照组	45	14.97 ± 3.14	10.19 ± 2.01 ^①
观察组	45	15.02 ± 3.13	7.25 ± 1.86 ^①
<i>t</i> 值		0.076	7.202
<i>P</i> 值		0.940	0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

4.6 2组治疗前后 CGRP、ET-1 水平比较 见表5。治疗前, 2组 CGRP、ET-1 水平比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 2组 CGRP 水平较治疗前升高, 且观察组 CGRP 水平高于对照组($P < 0.05$); 治疗后, 2组 ET-1 水平较治疗前下降, 且观察组 ET-1 水平低于对照组($P < 0.05$)。

表5 2组治疗前后 CGRP、ET-1 水平比较($\bar{x} \pm s$) ng/L

组别	例数	CGRP		ET-1	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	91.89±10.01	119.01±11.16 ^①	97.53±9.69	78.31±8.13 ^①
观察组	45	90.17±10.34	132.67±12.87 ^①	98.15±9.62	65.47±6.92 ^①
<i>t</i> 值		0.802	5.379	0.305	8.068
<i>P</i> 值		0.425	0.001	0.761	0.001

注: ①与本组治疗前比较, $P < 0.05$

5 讨论

卒中后失语症作为脑卒中常见并发症, 会对患者的生活交际能力造成严重影响, 目前临床主要通过抗血小板聚集、常规语言训练、降低血液黏度、营养脑神经等进行治疗^[6-7]。卒中后失语症属于中医学语塞、舌强、暗瘕、语言謇涩等范畴, 病因与瘀、痰、虚相关, 痰瘀阻滞咽喉、经筋失养、内风袭络, 出现构音障碍、吞咽困难, 因此治疗应以调整阴阳、补气益血、补虚泄实为主要原则, 以达到标本兼治的目的。

圣愈汤是由多种药材组成的益气补血方, 其中

当归具有活血行气的作用, 川芎活血止痛, 人参可除邪气、补五脏、安精神, 黄芪补气固表, 熟地黄可滋阴补血、益精填髓, 白芍可滋阴补血, 以上诸药合用共奏补气养血、通利脉络、活血化瘀、扶正固本之效^[8]。中冲穴有清心泻热、开窍苏厥之功, 关冲穴可活血通络、清利咽喉, 少冲穴可安神定志、宁心清热, 太冲穴可调气理血, 针刺四冲穴可起到醒脑开窍、清心安神的作用, 同时针刺四冲穴可抑制神经细胞凋亡及炎症反应, 进而起到改善颅内循环、降低脑损伤的作用, 促进了语言功能的恢复^[9]。本研究显示, 治疗后观察组临床疗效优于对照组, 中医证候评分低于对照组, 说明针刺四冲穴联合圣愈汤可以促进患者语言功能的恢复。

研究显示, 卒中后失语症患者多数神志清醒, 但因口咽肌肉发生器质性病变, 导致其无法通过语言进行清楚的表达, 表现为书写异常、发声困难、阅读异常、说话费力、表达不连贯等一系列语言障碍, 最终对患者的正常沟通造成了严重影响^[10]。另有研究表明, 卒中后患者由于脏腑气血逆乱, 气虚血弱, 影响脑部循环, 造成脑部缺血缺氧, 导致神经功能损伤, 进而引发失语症^[11]。本研究显示, 治疗后观察组语言功能及神经功能明显改善, 说明联合治疗可疏通脏腑经络, 抑制神经细胞凋亡, 对患者语言功能及神经功能的恢复提供了有利条件。

CGRP 广泛存在于杏仁核、垂体、海马、尾核等中枢神经系统中, 可促进供血动脉的扩张, 进而保证了脑部充足的供血量。ET-1 是一种缩血管物质, 参与糖尿病、心脑血管疾病的发生、发展。正常情况下 CGRP、ET-1 保持动态平衡, 但在脑卒中患者体内 CGRP、ET-1 动态平衡被破坏, CGRP 水平降低, ET-1 水平升高, 进而造成了卒中患者病灶部位缺血程度进一步加重, 脑组织损伤范围增加, 促进了脑卒中患者失语症的发生^[12-13]。本研究显示, 治疗

后观察组 CGRP 水平高于对照组, ET-1 水平低于对照组, 表明联合治疗可以减轻卒中后失语症患者脑组织缺血、缺氧程度。

综上所述, 针刺四冲穴联合圣愈汤可明显改善卒中后失语症患者语言功能及神经功能, 同时可调节 CGRP、ET-1 水平, 临床疗效较好。

[参考文献]

- [1] 蔡文. 圣愈汤加味治疗冠心病心绞痛 58 例[J]. 陕西中医, 2005, 26(2): 120-121.
- [2] 李晓陵, 刘阳, 王丰, 等. 基于 fMRI 的针刺“四关”穴治疗机制研究进展[J]. 山东医药, 2020, 60(20): 88-90.
- [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] 高素荣. 失语症[M]. 2 版. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 379-380.
- [5] 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: 1423, 1480-1481.
- [6] HARVEY S, CARRAGHER M, DICKEY M W, et al. Dose effects in behavioural treatment of post-stroke aphasia: a systematic review and meta-analysis[J]. Disabil Rehabil, 2022, 44(12): 2548-2559.
- [7] MENICHELLI A, FURLANIS G, SARTORI A, et al. Thrombolysis' benefits on early post-stroke language recovery in aphasia patients[J]. J Clin Neurosci, 2019, 70(4): 92-95.
- [8] 满斌, 王琪, 刘延颖, 等. 头针疗法联合圣愈汤对缺血性脑卒中患者恢复期肢体及语言功能的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46(10): 2183-2186.
- [9] 韩俊岭. 针刺四冲穴联合化痰解语汤辅治缺血性脑卒中后失语症对语言及神经功能的影响[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(7): 1158-1159.
- [10] 李云超, 刘武军. 通督调神针刺法联合语言康复训练对卒中后失语症患者语言功能康复的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(5): 757-761.
- [11] 陈秋红, 刘亮, 诸懿, 等. 头针疗法联合言语康复训练对脑卒中后失语症患者语言功能康复及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(10): 1032-1035, 1064.
- [12] 徐琼, 刘建浩, 王天磊, 等. 通督开窍针法联合头针治疗气虚血瘀型脑卒中后运动性失语症的疗效及对血清 CGRP 和 ET 水平影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(7): 11-15.
- [13] 李鸿章, 李彦杰, 秦合伟, 等. 邵氏五针法联合语言康复训练治疗脑卒中后运动性失语症患者的临床研究[J]. 南京中医药大学学报, 2021, 37(4): 491-496.

(责任编辑: 郑锋玲)