

DOI:10.11656/j.issn.1672-1519.2017.10.08

醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗中风后运动性失语临床观察

田忠惠

(天津中医药大学第一附属医院,天津 300193)

摘要:[目的] 观察醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗中风后运动性失语的临床疗效。**方法** 选取研究对象为我院收治符合标准的 56 例病人,将其随机分为治疗组和对照组各 28 例。治疗组采用醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗;对照组采用醒脑开窍针法治疗。治疗时间均为 4 周,每周治疗 6 次,分别在治疗前、治疗后采用波士顿失语诊断测验(BDAE)进行评级测定及根据日常生活交流力量表(CADL)对治疗前后的交流能力进行评定。**结果** 两组治疗后比较,失语症临床疗效差异有显著性($P<0.05$)。**结论** 醒脑开窍针法加刺八脉交会穴丰富了醒脑开窍针法治疗中风后运动性失语的方法,值得在临床上进一步研究及推广应用。

关键词:运动性失语;八脉交会穴;醒脑开窍针法;中风

中图分类号:R245.31 **文献标志码:**A **文章编号:**1672-1519(2017)10-0673-04

失语是中风患者在急性期病情得到控制后,出现诸多后遗症的一种。是指在神志清楚,意识正常,发音和构音没有障碍的情况下,大脑皮质语言功能区病变导致的言语交流能力障碍,表现为自发谈话、听理解、复述、命名、阅读和书写六个基本方面能力残缺或丧失^[1]。不同的大脑语言功能区受损可有不同的临床表现。而运动性失语是中风失语的一种类型,又称为表达性失语,由优势半球额叶的额下回后部病变引起,患者表现能理解他人表达意思,自己不能言语。临床上患者大多难以接受突然的失语,容易引起情绪的激动或抑郁,对患者身心造成极大的伤害,进而影响疾病的康复。目前现代医学缺乏有效的药物治疗,其治疗原则一是治疗原发病,二是进行语言康复训练。研究发现,适当的有目的的反复制刺激,可使受损的神经系统恢复不断升级,语言能力不断增强,从而逐渐达到语言康复的目的^[2]。而针灸治疗中风失语症临床应用方法很多,包括头针、舌针、体针、刺络放血、综合疗法等,疗效

较确切^[3]。

笔者于 2015 年 10 月至 2016 年 10 月期间,运用醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗运动性失语,并与单纯醒脑开窍针法治疗做对照观察,取得满意疗效,现报导如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 56 例患者均选自本院 2015 年 10 月—2016 年 10 月针灸科住院部收治的中风后运动性失语病人,其中男 35 例,女 21 例,病程最短 2 周,最长半年。随机数字表法随机分为治疗组和对照组各 28 例。治疗组男 18 例,女 10 例,年龄 45~76 岁;对照组男 17 例,女 11 例,年龄 43~73 岁。两组一般资料对比,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。

1.2 诊断标准

1.2.1 中医诊断标准 符合国家中医药管理局脑病急症科研协作组制定的《中医病证诊断疗效标准(试行)》^[4]中中风病的诊断标准。

表 1 患者一般情况

Tab.1 General situation of patients

例

| 组别 | 例数 | 年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁) | 性别 | | 中风类型 | | BDAE 分级 | | | | | |
|-----|----|-----------------------------|----|----|------|-----|---------|----|---|---|---|---|
| | | | 男 | 女 | 脑出血 | 脑梗死 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 治疗组 | 28 | 51.89±10.68 | 18 | 10 | 5 | 23 | 8 | 13 | 7 | 0 | 0 | 0 |
| 对照组 | 28 | 52.13± 9.73 | 17 | 11 | 4 | 24 | 4 | 16 | 8 | 0 | 0 | 0 |

作者简介:田忠惠(1975-),女,主治医师,主要研究方向为针灸治疗脑血管疾病及其相关研究。

2.2.2 西医诊断标准 依据中华神经科学会、中华神经外科学会制订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5]中“脑梗死”及“脑出血”的诊断标准。采用中国康复研究中心制订的《汉语标准失语症检查法》^[6]确诊运动性失语。

1.3 纳入标准 1)神志清楚,生命体征平稳;2)病程在2周到半年;3)符合上述诊断标准;4)经颅脑MR或CT确诊脑卒中患者;5)中风病人有不同程度的运动性失语;6)遵守自愿原则

1.4 排除标准 1)存在意识障碍或精神疾病病史者;2)其他脑血管病及声带疾病患者和聋哑患者其他失语类型;3)合并其他心、脑、肝、肾等严重原发患者;4)经其他治疗有效者;5)中风反复发作患者

2 治疗方法

2.1 对照组 取穴:双侧内关,人中,印堂,病侧三阴交为主穴;上廉泉,金津,玉液,双侧通里,病侧极泉、尺泽、委中、太冲、太溪,双侧风池、完骨、天柱,舌面点刺为辅穴。

操作:内关:直刺0.5~1寸,采用提插捻转结合泻法,两手同时操作,施手法1min;人中、印堂穴:人中向鼻中隔方向斜刺0.3~0.5寸,采用重雀啄手法,针体刺入后,将针往一个方向捻转360度,使肌纤维缠绕针体,再施雀啄手法,印堂向鼻根方向刺入0.2~0.3寸,采用轻雀啄手法,两穴均以眼球流泪或眼球湿润为度;三阴交:沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角,斜刺0.5~1.0寸,采用提插补法,以患肢抽动三次为度;上廉泉:位于舌骨体上缘至下颌之间1/2处,向舌根部斜刺2寸,施用提插泻法,以舌根部麻胀感为度;金津、玉液:用三棱针点刺舌下静脉,以出血1~3mL为度,不留针;通里:直刺0.2~0.3寸,采用捻转泻法,两手同时操作,施手法1分钟;极泉:极泉下1~2寸取穴,直刺1~1.5寸,采用提插泻法,以上肢抽动三次为度;尺泽穴:术者托住患肢腕关节,使曲肘为内角120°角,直刺0.5~0.8寸,采用提插泻法,以手外旋抽动三次为度;委中:抬起患肢,刺入1~1.5寸,用提插泻法,以下肢抽动三次为度;太冲穴:直刺0.5~0.8寸,采用捻转泻法,施手法1分钟;太溪:直刺0.5寸,采用提插泻法,以患肢抽动三次为度;风池、完骨、天柱:风池向对侧眼角直刺1~1.5寸,完骨、天柱直刺1~1.5寸,均采用小幅度,高频率捻转补法(捻转幅度小于90度,捻转频率为120~160转/min),施手法1分钟,要求两手同时操作;舌面:快速点刺,以出血为度。留针30min,

每日1次,6d为1个疗程,每疗程间隔1d,连续治疗4个疗程。

2.2 治疗组 取穴:醒脑开窍针法穴位对照组,八脉交会穴(双侧内关、外关、列缺、后溪、公孙、申脉、照海、足临泣)。

操作:醒脑开窍针法穴位操作同对照组;内关针刺方法如上;外关直刺0.5~1寸,施以捻转泻法1min;列缺逆着肺经流行方向斜刺入0.5~0.8寸,施以捻转泻法1min;后溪向合谷方向刺入0.5~1寸,施以平补平泻法1min;公孙直刺0.6~1.2寸,施以捻转补法1min;申脉、照海向后平刺入0.5~1寸,均施以平补平泻法1min;足临泣直刺0.5~0.8寸,施以捻转泻法1min。八组穴位均要求双手同时操作行手法,行手法毕,留针30min,中间行针1次。每日1次,6d为1个疗程,每疗程间隔1d,连续治疗4个疗程。

3 疗效观察

3.1 疗效判定标准 失语症严重程度分级——波士顿失语诊断测验(BDAE):0级:缺乏有意义的言语或听理解能力;1级:言语交流中有不连续的言语表达,但大部分需要听者去推测、询问和猜测,可交流的信息范围有限,听者在言语交流中感到困难;2级:在听者的帮助下,可能进行熟悉话题的交流,但对陌生话题常常不能表达出自己的思想,使患者与评定者都感到进行言语交流有困难;3级:在仅需少量帮助下或无帮助下,患者可以讨论几乎所有的日常问题,但由于言语或理解力的减弱,使某些谈话出现困难或不大可能进行;4级:言语流利,但可观察到有理解障碍,思想和言语表达尚无明显限制;5级:有极少的可分辨得出的言语障碍,患者主观上可能感到有些困难,但听者不一定能明显察觉到^[7]。

失语程度的疗效拟定:治愈:能与人进行一般的交流,达4级以上;好转:能表达出自己的意愿,但语言流利程度欠佳,达3级以上;无效:与人交流有困难或治疗后效果不显著,2级以下。

3.2 统计学分析 采用SPSS 17.0统计软件分析,计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内前后比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验,计数资料采用构成比和率表示,组间比较采用卡方检验, $P < 0.05$ 表示其差异具有统计学意义。

3.3 治疗结果 两组患者经过治疗后通过波士顿失语诊断测验(BDAE)评级后的疗效程度,对其疗效程度进行评定比较,体现在治疗的总有效率方

面,结果表明治疗组效果明显优于对照组,其结果具有统计学意义($P<0.05$),详见表2。

表2 两组治疗后疗效

Tab.2 Clinical curative effect between two groups after treatment

| 分组 | 治愈 | 好转 | 无效 | 总有效率(%) |
|-----|----|----|----|---------|
| 治疗组 | 20 | 6 | 2 | 92.86 |
| 对照组 | 15 | 5 | 8 | 71.43 |

两组治疗前后 CADL 评分比较见表3。结果显示两组治疗后 CADL 评分均明显提高,治疗组优于对照组($P<0.05$)。

表3 两组治疗前后 CADL 评分比较($\bar{x}\pm s$)

Tab.3 Comparison of CADL score between two groups before and after treatment($\bar{x}\pm s$)

| 分组 | 例数 | 治疗前 | 治疗后 | 治疗前后差值 |
|-----|----|--------------|---------------|-------------|
| 治疗组 | 28 | 45.73±13.35* | 93.89±10.68* | 46.23±2.32* |
| 对照组 | 28 | 41.81±12.91* | 76.25±15.87** | 38.31±3.45* |

注:* 两组治疗前比较, $P>0.05$; * 治疗组治疗前后比较, $P<0.01$;
**对对照组治疗前后比较, $P<0.01$; * 治疗前后差值比较, $P<0.01$ 。

4 讨论

古代医学中尽管没有中风性失语这一病名,但与中医古籍中记载的“舌强”、“舌暗”、“语蹇”、“不语”、“暴暗”、“风痲”、“风懿”等表现极为相似^[8]。并且中风性失语病机总属:窍闭神匿,神不导气^[9]。中医的神是人体生命活动的主宰及其外在总体表现的统称,它包括广义的神和狭义的神。广义之神是指人体一切生理活动、心理活动的主宰,又包括了生命活动外在的体现,狭义之神是指人的意识、思维、情感等精神活动^[10]。张锡纯认为:识神者,发于心,有思有虑,灵而不虚也^[11]。语言的理解、产生属识神范畴,因此,我们把“语言的理解、产生障碍”称为“识神不清”^[12]。中风失语症属于广义的失神,病机为窍闭神匿,舌窍不利,导致舌强不语。故治法当以醒脑开窍,活络利舌,利咽开音,临床上多用醒脑开窍针法。八脉交会穴是奇经八脉与十二正经经气相通的八个腧穴,把十二经脉横向地联络维系起来,并且进行互相交通联络,对十二经脉具有联络、维系、统摄和调控的作用,因此八脉交会穴对脏腑经脉的治疗具有提纲挈领的作用。故醒脑开窍针法加刺八脉交会穴丰富了醒脑开窍针法治疗中风后运动性失语症的方法。

八脉交会穴源于金元名医窦汉卿的《针经指南》。分为四个阴经穴和四个阳经穴,四阴穴采用相

生配穴法:手厥阴心包经的内关属火,足太阴脾经的公孙属土,火生土;手太阴肺经的列缺属金,足少阴肾经的照海属水,金生水,其特点是不伤五脏的精气;四阳穴采用同气相应配穴法:外关和临泣分别属于手足少阳经,后溪和申脉分别属于手足太阳经,其特点是连点成线,同气相应,连线成面,使经气贯通^[13]。在运用方法上,有巨刺、缪刺之意,八穴从左右对应部位扩展至上下肢对应部位,丰富和发展了选穴配穴的原则方法,扩大其治疗范围,甚至统治全身病,为后人所称道^[14]。如在后世医家徐凤的《针灸大全》里将八脉交会穴的主治病症增补到227症,几乎囊括了脏腑经络的大部分病症,为八穴治疗全身病症提供了基础^[15]。再如李梴的《医学入门·子午八法》卷一:“此八穴配合定位刺法之最奇者也,是故头病取足,而应之以手;足病取手,而应之以足;左病取右,而应之以左;右病取左,而应之以右”。吴昆《针方六集·窦太师标幽赋吴注》卷二:“窦公所指八法,开针家一大法门,能统摄诸病,简易精绝”。

内关、公孙:内关为手厥阴心包经之络穴,通于阴维脉,合于胃心胸,至咽喉合于任脉。心主神明,心包代心受邪,心包代心行令,故取内关可开心神,可改善脑血氧供应,为醒脑开窍第一要穴,具有宁心安神、醒脑开窍等作用。公孙为足太阴脾经之络穴,通于冲脉,冲脉上行至胸中而散,并上达咽喉,环绕口唇;《灵枢·经脉》云:“脾足太阴之脉,……上膈,挟咽,连舌本,散舌下”。故取公孙可补益脾经之气,亦使舌络通利;通达冲脉利咽喉,以助发音。

列缺、照海:列缺任脉行肺系,阴跷照海膈喉咙。列缺为手太阴肺经之络穴,通于任脉,任脉行于人体前正中线,经循咽喉;照海为足少阴经气所聚,阴跷脉所生^[16],《灵枢·经脉》云:“肾足少阴之脉,……其直者,从肾上贯肝膈,入肺中,循喉咙,挟舌本”,具有补肾水,调阴跷的作用,而且阴跷脉伴足少阴等经上行,故经脉循行也通过胸膈、咽喉、肺系。取此二穴,共奏金水相生之效,达开肺气、滋肾水、利咽喉之效,故可治舌络不利,语言难出。

足临泣、外关:外关通于阳维脉,是手少阳三焦经之络穴,阳维主调节六经之阳气,至项后会合于督脉,“阳气者,精则养神,柔则养筋”,故针刺外关可调节六经之阳气,具有补阳气,通经络,调气血的作用;足临泣通于带脉,为足少阳胆经输穴,《灵枢·经别》云:“足少阳之正,别者……,上贯心,以上挟

咽……”,针刺足临泣可清利咽喉,以开音。

后溪、申脉:后溪通于督脉,督脉入络脑,针刺后溪,可增强调督脉、醒脑神的作用,则其总督诸阳功能复常,阳气得以敷布周身以养清窍、实肌肉,脑神得复,则其神可明;申脉为足太阳膀胱经之腧穴,通于阳跷脉,阳跷脉所生也^[16],阳跷脉伴足太阳等经上入脑,故申脉有活血理气,醒脑调神之功。两穴属同名经相配,其经气相通,经脉所过,主治所及,故可调神通络,醒脑开窍,从而恢复脑神对言语和躯体运动功能的调控作用,有利于言语功能、躯体运动功能恢复。

八脉交会穴都位于四肢肘膝关节以下,含有“父母”、“夫妻”、“男女”、“主客”等亲密关系^[17]。列缺配照海、内关配公孙,按五行相生关系配伍,偏治五脏在里之疾,同取之,谓“四阴同施”;后溪配申脉、外关配足临泣,按同名经相配伍,四穴同取谓之“四阳同治”,八穴大部分是络穴,小部分是输原穴,而输原穴又为经络气血与三焦元气的汇集点,因此,这八个穴位的脉络连属及经气转输和奇经八脉直接或间接沟通,并以调节奇脉溢蓄的方式,对周身气血阴阳的平衡起着矫正作用,可使阴平阳秘,有助于患者语言功能恢复^[18]。

醒脑开窍针法加刺八脉交会穴治疗中风后运动性失语,意在平衡阴阳、醒脑调神,使五脏六腑阴平阳秘,精神乃至,舌络通利,其音可彰矣。

参考文献:

- [1] 贾建平,陈生弟,崔丽英,等.神经病学[M].第七版.北京:人民卫生出版社,2013:69.
- [2] 齐燕,殷星,赵晶晶.针刺金精玉液联合解语丹加减方治疗风

痰瘀阻型脑梗死后运动性失语的临床观察[J].中医药导报,2016,22(3):89-90.

- [3] 许建军,杜其梅,蔡玉颖.针灸治疗中风后失语症研究进展[J].河南中医,2013,33(5):766.
- [4] 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.
- [5] 中华神经科学会.各类脑血管病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):27.
- [6] 高素荣.失语症[M].北京:中国协和大学出版社,1993:265-280.
- [7] 于增志,王军,周文生,等.脑损伤后失语症与认知功能障碍简易智力状态检查法评估[J].中国临床康复,2005,9(16):76-77.
- [8] 虞颖,何兴伟,胡宋峰,等.针灸治疗中风性失语从醒神通督论治探讨[J].江西中医药,2013,44(362):56.
- [9] 武连仲,赵晓峰.针灸新悟[M].第1版.北京:人民卫生出版社,2014:13.
- [10] 孙广仁.中医基础理论[M].第2版.北京:中国中医药出版社,2007:88-89.
- [11] 张锡纯.医学衷中参西录[M].第1版.太原:山西科学技术出版社,2009:279.
- [12] 曲爱华.中风失语的病机分析[J].中国中医基础医学杂志,2009,15(7):490.
- [13] 马秀玲.八脉交会穴配穴法的临床应用[J].现代中医临床,2015,22(1):13.
- [14] 赵京生.八脉交会穴理论分析[J].中国针灸,2016,36(3):321.
- [15] 袁宜勤,潘爱环.明代医家徐凤对八脉交会穴理论的贡献[J].湖南中医药大学学报,2014,34(9):9-10.
- [16] 皇甫谧.针灸甲乙经[M].北京:学苑出版社,2007.
- [17] 李春生,李兆合.侯诚治八脉交会穴与五腧穴临床应用探微[J].中医杂志,2014,55(24):2155.
- [18] 潘俊晓,潘永清.针刺八脉交会穴合点刺舌面治疗中风后语言不利1例报告[J].湖南中医杂志,2014,30(1):87-88.

(收稿日期:2017-05-28)

(本文编辑:徐一兰,张震之)

Clinical observation of motor aphasia after the treatment of apoplexy

TIAN Zhong-hui

(Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: [Objective] To observe the clinical effect of the posterior motor aphasia in the treatment of aphasia after stroke. [Methods] Fifty-six patients with the standard were selected and randomly divided into treatment group and control group of 28 patients. The treatment group was treated by using the wake-up-head method. The control group was treated with an open-head method. Treatment time was 4 weeks, treatment 6 times per week, respectively before and after treatment using the Boston diagnostic aphasia examination (BDAE) rating determined and communication scale (CADL) according to the daily life of communication skills were assessed before and after treatment. [Results] The difference in clinical efficacy of aphasia was significant ($P < 0.05$). [Conclusion] It is worth to further study and popularize application in clinical practice.

Key words: motor aphasia; octave cavity; awake to the brain; stroke