

优势半球头穴透刺配合言语训练治疗失语症

张丽荣¹, 孙琦¹, 张凯², 东贵荣³, 郭艳芹¹, 程玉花¹, 金荣梅¹, 关亚新¹, 沙碧源¹, 陈鸿¹

【摘要】 目的:探讨优势半球头穴透刺配合言语训练治疗失语症的疗效。方法:失语症患者60例,随机分为A、B、C3组,3组均给予常规西药治疗,B、C组加用言语训练治疗,C组再加用优势半球头穴透刺治疗。治疗前后分别用各种言语形式的障碍程度分级表和日常生活交流能力评定法(CADL)评定。结果:治疗8周后,3组患者4种言语形式均有明显改善,且C组更优于B组,B组更优于A组(均 $P<0.05$);3组治疗后CADL得分均明显高于治疗前,且C组更高于B组,B组更高于A组(均 $P<0.05$)。结论:优势半球头穴透刺配合言语训练治疗失语症的疗效显著。

【关键词】 优势半球;头穴透刺;言语训练;失语症

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.05.015

失语症(aphasia)是由脑损害所致的语言交流能力障碍,患者对于语言的理解、复述、阅读、书写等功能部分或全部丧失,严重影响患者与家属及医护人员的沟通与交流,阻碍患者的正常康复,降低了生活质量^[1]。本文采用优势半球头穴透刺配合言语训练治疗失语症,疗效显著,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年7月~2012年3月牡丹江医学院红旗医院康复科脑血管病后失语症患者60例,均符合全国第四次脑血管病学术会议制定的脑血管疾病及中国康复研究中心的《汉语标准失语检查表》失语症诊断标准^[2-3],并经CT或MRI确诊。患者随机分为3组各20例,①A组,男10例,女10例;平均年龄(66.1±10.0)岁;平均病程(7.8±5.2)d;脑梗死14例,脑出血6例;左利手4例,右利手16例。②B组,男11例,女9例;平均年龄(65.9±10.3)岁;平均病程(7.7±5.3)d;脑梗死16例,脑出血4例;左利手5例,右利手15例。③C组,男12例,女8例;平均年龄(65.8±10.5)岁;平均病程(7.6±5.5)d;脑梗死15例,脑出血5例;左利手3例,右利手17例。3组一般资料比较差异均无统计学意义。

1.2 方法 3组均给予常规西药治疗,B、C组加用言语训练治疗,C组再加用优势半球头穴透刺治疗。①言语训练:采用ZM2.1语言障碍诊治仪治疗。设置有

听康复、视康复、语音康复、口语表达、发音器官、学老师平台等,包括发音器官训练:松弛及呼吸运动、口部及唇部运动,患者听计算机指令同时看屏幕文字、图片提示进行训练;语音训练:发声练习、音量、音长、声调、跟读、清浊音训练等;利用语言处理技术将语言信号转化为不同的动画形式显示在电脑屏幕上,患者通过视觉反馈掌握各种发音、口语表达、复述、阅读、命名、记忆、自发表达等。每日1次,每次40min,每周5次。③优势半球头穴透刺法:取风府透哑门穴,优势半球取穴运动性失语百会透太阳下2/5,额厌透悬厘,感觉性失语言语三区上点透下点,命名性失语言语二区前点透后点。消毒后,以直径0.40mm×35mm针灸针,针尖与头皮呈30°角快速刺入皮下,针尖达到帽状腱膜下时,呈15°角沿皮快速轻刺入15mm,采用快速进出针、快速小捻转、间断行针的针刺手法,持续前后捻转各约180°,每次200转,间隔20min,重复3遍,每次留针1h,每天1次,每周5d。

1.3 评定标准 ①各种言语形式的障碍程度分级表^[4]:6级为最严重,0级为正常;进展1级为“有效”,进展2级为改善,进展3级为显著改善,达到0级为恢复正常。②日常生活交流能力评定法(commun-icative abilities in daily living,CADL)^[4]:交流水平分级,0~33分,需要全面辅助;34~67分,需要大部分辅助;68~92分,在家庭内独立;93~115分,实用水平;116~136分,独立水平。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计学软件进行分析,计数资料用百分率表示, χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗8周后,3组患者4种言语形式均有明显改

基金项目:黑龙江省卫生厅科研课题(2011-315)

收稿日期:2012-04-27

作者单位:1.牡丹江医学院红旗医院神经内科,黑龙江 牡丹江 157011;2.牡丹江博爱老年医院,黑龙江 牡丹江 157009;3.上海中医药大学附属岳阳中西医结合医院,上海 200437

作者简介:张丽荣(1977-),女,主治医师,主要从事神经康复、针灸治疗方面的研究。

善,且C组优于B组,B组优于A组。见表1。

A、B、C 3组治疗前 CADL 评分分别为(15.50±17.68)、(15.59±17.67)、(15.81±17.65)分;治疗后分别为(40.65±37.42)、(70.36±35.79)、(100.15±31.68)分,3组治疗后 CADL 得分均明显高于治疗前,且C组更高于B组,B组更高于A组(均 $P<0.05$)。

表1 各种形式语言障碍3组患者治疗后比较 例

语言障碍	组别	有效	改善	显著改善	恢复正常	χ^2	P
听理解	A组	13	4	2	1	19.43	$P<0.05$
	B组	4	5	6	5		
	C组	2	3	7	8		
说话	A组	14	3	2	1	32.57	$P<0.05$
	B组	2	6	7	5		
	C组	1	2	6	11		
读理解	A组	15	3	1	1	13.40	$P<0.05$
	B组	6	7	3	4		
	C组	2	3	6	9		
书写	A组	16	2	2	0	24.29	$P<0.05$
	B组	6	9	4	1		
	C组	5	3	7	5		

3 讨论

失语症的病变机理在于病变本身直接破坏了语言功能区,和/或由于远隔效应即病变阻断皮质语言功能区与皮质下结构的纤维传输,而其恢复也依赖于大脑皮层的功能恢复或代偿重组。头针具有疏通诸阳、运行气血、通利诸窍之功,使可逆神经细胞或被抑制神经细胞觉醒及缺血性半暗带的局部神经元的低氧超极化状态改善,神经功能尽快恢复^[5]。针刺头部腧穴对血液流变学也有一定影响,针刺后有明显改善^[6]。优势半球头穴透刺治疗失语,是一针跨多经多穴,起到统调经络腧穴之间的联系,发挥最佳疗效,尤其是即刻效应和促进康复的速度更为突出^[7]。ZM2.1语言障碍诊

治仪,是利用计算机原理,通过多媒体技术的图、义、声像动画进行人机交互,视听通道互相反馈、互相强化,避免了康复训练的枯燥无味,提高了患者的积极性和兴趣^[8]。其治疗失语症的疗效显著,可以通过反复的声音、图像、文字等刺激使大脑内的语言系统功能重建,提高与受损区域邻近的大脑皮质的激活程度,增加局部的血液灌注,促进大脑功能的重组而使语言得到改善,提高患者的交流能力及日常生活能力。本研究证实ZM2.1语言障碍诊治仪训练配合优势半球头穴透刺能增强神经反射及功能重组的效果,弥补单纯针刺缺乏视听读等具体功能的刺激和锻炼的缺点,将两者的优点充分结合,获得理想疗效,此种治疗方法值得进一步推广。

【参考文献】

- [1] 王煜明,李爱萍,王浩,等.针刺配合语言训练治疗中风后失语症疗效观察[J].针灸临床杂志,2011,27(11):19-20.
- [2] 中华神经科学会.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科学杂志,1996,2(6):381-382.
- [3] 李胜利,肖兰,田鸿,等.汉语标准失语症检查法的编制与常模[J].中国康复理论与实践,2000,6(4):162-164.
- [4] 缪鸿石.康复医学理论与实践[M].上海:上海科学技术出版社,2000,870-872.
- [5] 王伟华,杨沈秋,李晶.头穴透刺结合康复技术对脑卒中运动性失语语言功能的影响[J].针灸临床杂志,2009,25(6):30-31.
- [6] 王金全.头针结合体针治疗运动性失语32例[J].陕西中医学院学报,2012,33(5):76-77.
- [7] 王晓玲,刘影,谭朝坚.针刺头穴结合开音穴对脑卒中后失语症的治疗效果[J].湖南师范大学学报(医学版),2011,8(2):66-69.
- [8] 黄昭鸣,张燕,李伟,等.一种儿童噪音言语矫治的计算机技术[J].听力学及言语疾病杂志,1999,7(4):209-212.

欢 迎 投 稿