

针灸治疗脑血管疾病后构音障碍的研究概况

陈琴,袁振洁,余曾芳,黄曾,郝晓婷,周建伟

(成都中医药大学,四川 成都,610075)

[关键词] 脑血管疾病;构音障碍;针灸疗法;综述;学术性

[中图分类号] R277.739 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.086

构音障碍是指因发生器官神经、肌肉的器质性病变,造成发声器官的肌肉无力、肌张力异常和运动不协调等,而出现的发声、发音、共鸣、韵律等异常,表现为发声困难、发音不准、吐字不清,音调、语速、节奏等异常,以及鼻音过重等言语听觉特征的改变^[1]。构音障碍是假性球麻痹的常见临床症状之一,常发生在脑血管疾病后遗症期。其狭义主要是指运动型构音障碍,主要包括:迟缓型构音障碍,痉挛型构音障碍,运动失调型构音障碍,运动过少型构音障碍,运动过多型构音障碍,混合型构音障碍^[2]。中医学认为中风后构音障碍当属“喑哑”“噎膈”等范畴,是由于痰浊、瘀血阻滞脑络舌窍,以致舌窍筋脉失养、气血不通,发为本病,其病位在脑,累及舌咽。针灸具有舒筋活络、通窍开音等功效,在中风后构音障碍中应用广泛,现将近5年针灸治疗脑血管疾病后构音障碍的研究概况做如下综述。

1 针刺疗法

1.1 体针 曹煜等^[3]采用“督脉四针”联合“踝三针”治疗中风后构音障碍30例,主要取穴:中封、商丘、照海;风府、哑门、崇骨、大椎,结果:总有效率为93.3%,“督脉四针”联合“踝三针”中风后构音障碍的治疗效果显著。董赞等^[4]将90例脑卒中构音障碍患者按照入院先后顺序随机分到针刺组(A)、功能性电刺激组(B)、药物组(C),每组30名,结果:有效率A组为96.7%,B组为83.3%,C组为76.7%。

1.2 舌针 潘巍一等^[5]予对照组采用头部督脉穴治疗,观察组采用头部督脉穴联合舌三针(聚泉穴、海泉穴)进行治疗,结果:总有效率对照组为44%,观察组为80%,表明针刺舌部相关腧穴疗效佳。时镜镁^[6]将60例假性延髓麻痹构音障碍+舌音障碍患者随机分为对照组(针刺常规穴位+基础治疗)30例、治疗组(针刺舌部相关腧穴+基础治疗)30例。结果:对照组和治疗组总有效率分别为73.33%、86.66%。

1.3 项针 管志敏等^[7]观察痉挛性构音障碍患者的临床疗效,对照组采用常规药物治疗,治疗组选取风池(双)、供血(双)(风池下1.5寸,平下口唇处)、翳明(双)、脑空(双)、廉泉、旁廉泉(双)(廉泉旁开0.5寸),结果:有效率治疗组为93.3%,对照组为80.00%,表明颈项部相关腧穴

能有效改善痉挛型构音障碍,疗效显著。孙海莲^[8]观察脑卒中后构音障碍患者的临床疗效,治疗组采用项针透刺,针刺主穴:双侧风池穴透刺人迎穴、双侧完骨穴透刺扶突穴,配穴:双侧夹廉泉穴透刺金津、玉液穴,对照组进行言语训练。结果:总有效率治疗组为93.33%,对照组为80.00%。

1.4 特殊针法 唐南淋等^[9]将240例确诊为风痰型假性球麻痹患者随机分入治疗组和对照组,每组120例。治疗组采取祛风化痰针法[风池(双)、完骨(双)、廉泉、丰隆(双)],对照组采取模拟针刺治疗,取穴同治疗组,总有效率治疗组和对照组分别为93.3%和72.5%,表明祛风化痰针刺法对患者构音障碍的改善和康复有肯定、持续且显著的促进作用。龚晓强等^[10]将70例中风后假性球麻痹患者按随机数字表法分为治疗组30例、对照组20例、空白组20例。治疗组采用倒马针法进行治疗。主穴:健侧灵骨、大白(两者为董氏奇穴,灵骨位于一二掌骨结合处,大白相当于三间穴处,两穴同用形成倒马针法),辅穴:人迎、风池、三阴交、合谷,余配穴辨证选穴。对照组运用传统针灸治疗,空白组按常规用量给药治疗。结果:有效率治疗组为86.7%,对照组为80.0%,空白组为70.0%,表明该针刺方法疗效显著。张素钊等^[11]观察中风后假性球麻痹患者的临床疗效,对照组采取中风后PBP内科常规治疗,治疗组在其基础上加用化浊通督针法治疗,取穴:风池(双)、风府、哑门、天突、廉泉、金津、玉液、丰隆(双)、阴陵泉(双)、上星、百会、大椎、陶道、身柱。结果:总有效率治疗组为90.0%,对照组为77.5%。

2 电针

汪立冬^[12]观察假性延髓麻痹所致言语及吞咽障碍的临床疗效,对照组33例采取常规治疗(药物、手术、康复训练),研究组34例在对照组基础上予以电针治疗。结果:总有效率研究组为85.29%,高于对照组的60.61%,表明电针治疗对于假性延髓麻痹所致的言语及吞咽患者而言,在提高临床疗效的同时,还能显著改善患者的言语及吞咽障碍症状,值得临床推广应用。曹晓婷^[13]将脑梗死痉挛型构音障碍患者随机分为2组,对照组、电针组均进行言语康复训练,对照组在言语康复训练基础上采用针刺方法治疗;电针

组取穴:廉泉、聚泉、双侧人迎及双侧通里。结果:总有效率对照组为73.3%,电针组为93.3%。

3 综合疗法

针刺结合康复训练是在传统针刺治疗基础上,联合应用康复训练治疗,近年来临床应用广泛,综合的治疗效果要明显优于单纯的针灸治疗。

3.1 针刺加语言康复训练 李季等^[14]将270例脑卒中后构音障碍患者按1:1:1比例随机分为综合组、针刺组及言语组。言语组给予言语康复训练,针刺组给予金津、玉液穴点刺放血和针刺舌三针、百会穴,综合组给予针刺结合言语康复训练。于治疗前后及随访时(治疗结束后2个月)采用Frenchay构音障碍评价量表进行评分,并统计28个子项恢复a级(功能正常)的项数。各组28个子项评分在治疗后和随访时与本组治疗前比较均降低($P<0.05$),并且治疗后及随访时综合组28个子项评分低于同时间点的针刺组和言语组($P<0.05$)。各组治疗后及随访时a级项数均较本组治疗前增加($P<0.05$);并且综合组a级项数明显高于同时间点的针刺组和言语组($P<0.05$)。贾力等^[15]在30例观察组中进行舌体分区多针进行点刺配合言语训练,对照组仅进行言语训练。结果:总有效率观察组为90.00%,对照组为76.67%,观察组明显优于对照组($P<0.05$)。

3.2 针刺加电针 金泽等^[16]将60例中风痉挛型构音障碍患者分为2组,对照组在言语康复训练的基础上进行常规取穴针刺,电针组在对照组治疗的基础上加廉泉、天突及人迎(双侧)电针治疗。结果:对照组愈显率为20.0%,总有效率为76.7%;电针组愈显率为50.0%,总有效率为93.3%。赵援非等^[17]将60例脑卒中后痉挛型构音障碍患者随机分为解痉正音针刺组(治疗组,30例)和常规针刺组(对照组,30例),2组均在基础治疗的基础上进行针刺。治疗组在对照组取穴基础上加廉泉、旁廉泉、外金津、玉液、聚泉、人迎、大椎、灵道、中冲、肾俞、太溪、志室穴。外金津、玉液(风池下1.5寸、旁廉泉)连接电针。结果:临床有效率治疗组为96.67%,对照组为83.33%。

3.3 针刺加放血疗法 王晓鹏^[18]在传统针刺基础上加舌针点刺放血法治疗86例脑梗死后呛咳和构音困难患者,结果:16例恢复正常,58例明显改善,9例无效,3例放弃治疗。潘俊晓等^[19]运用针刺八脉交会穴合点刺舌面放血治疗中风后语言不利患者1例。治疗10d后,患者吐字已渐清;治疗第18天,患者吐字尚清晰,但言语欠流利;治疗第25天,患者吐字清晰,但语速稍快时言语欠流利;治疗第30天时,患者吐字清晰,言语流利,与人交谈已无障碍;继续巩固治疗7d,患者言语正常。电话回访3个月,患者言语正常。

3.4 放血疗法加康复训练 施栋等^[20]对60例假性延髓麻痹引起的构音障碍患者采用随机对照方法分为2组,每组30例。对照组进行言语功能康复训练,治疗组在对照组治

疗基础上加用金津、玉液2穴舌底放血治疗。结果:总有效率治疗组为93.33%,对照组为80.00%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

4 小结与展望

近5年来,针刺在治疗脑血管疾病后构音障碍中发挥了重要作用,但关于构音障碍的研究文献没有其同样病因的构音障碍丰富,且有关多数研究仍停留在对效应观察阶段,缺乏深入的总结分析和高度的凝练提升。因此应开展其有效性机制的基础研究,综合文献、临床、影像学、神经电生理学、神经生物学、分子生物学、生物信息学等开展研究。上述研究表明针刺治疗该症穴位的选择离不开舌部、项部腧穴,因项针、舌针是基于针灸理论“穴位所在、主治所在”,同时现代研究发现舌咽颈部穴位下分布有舌下神经、舌咽神经、迷走神经等,通过针刺局部穴位还可以提高咽舌肌肉的运动功能。此种针刺疗法临床应用普遍,疗效较好,但忽略了远端选穴和针刺手法的作用,造成了现代针灸治病偏重穴位选择不重针刺手法的研究缺陷。因此有必要拓宽思路,加大对远端选穴及针刺手法的研究。另外,在探索该病更佳的临床治疗方案中出现了针刺结合其他疗法的联合运用的研究,如针刺与电针结合、针刺与言语康复训练结合、针刺与放血疗法结合、放血与康复训练结合。针刺结合其他疗法的应用成为了目前针灸治疗此病又一研究趋向,有待进一步深入研究。同时运用综合疗法治疗,缺乏多因素、多水平的统计分析,使得各个治疗因子的作用和临床疗效之间的数量关系难以评判,有待进一步量化。

参考文献

- [1] 柴铁劬. 康复医学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2007:58-60.
- [2] 丘卫红. 构音障碍的评价及语言治疗[J]. 中国临床康复, 2004,8(28):6155-6156.
- [3] 曹煜,温小华,丁雅珊,等. 督脉四针”配合“踝三针”治疗中风后构音障碍30例[J]. 中国针灸,2017,37(2):148,152.
- [4] 董赞,郝盼富,刘梦婷,等. 通督开暗针刺治疗脑卒中构音障碍的临床研究[J]. 中医药临床杂志,2015,27(2):172-174.
- [5] 潘巍一,张捷洪,柯秀君,等. 头部督脉穴联合舌三针改善脑卒中后构音障碍的临床症状及Frenchay评分情况观察[J]. 首都食品与医药,2016(10):71-72.
- [6] 时境镁. 针刺治疗假性延髓麻痹构音障碍——舌音障碍的临床疗效观察[D]. 哈尔滨:黑龙江中医药大学,2014.
- [7] 管志敏,屈璐,侯胜开,等. 针刺颈项部腧穴治疗痉挛性构音障碍60例[J]. 河南中医,2016,36(11):1929-1930.
- [8] 孙海莲. 项针透刺法治疗脑卒中后构音障碍的临床研究[D]. 长春:长春中医药大学,2014.
- [9] 唐南淋,史佳,吴清明. 祛风化痰针刺法对假性球麻痹患者构音障碍的影响[J]. 上海针灸杂志,2013,32(10):814-816.
- [10] 龚晓强,任毅,李振,等. 倒马针法治疗中风后假性球麻痹所致构音障碍临床研究[J]. 中医学报,2013,28(11):1766-1767.

慢性阻塞性肺疾病合并肺动脉高压的治疗进展

陈艳华

(天津市南开医院,天津,300100)

[关键词] 慢性阻塞性肺疾病;肺动脉高压;中西医结合疗法;综述,学术性

[中图分类号] R259.63 [文献标识码] A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.07.087

慢性阻塞性肺疾病(Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)是一种可防治的常见疾病,其特征为持续存在的呼吸道症状和气流受限,通常由有害颗粒或气体暴露引起的气道和(或)肺泡异常而导致^[1]。患者长期反复发作, COPD 肺脏病变引起肺血管床减少及缺氧致肺动脉收缩、血管重塑,最终导致肺动脉高压和肺源性心脏病。如能早期有效地控制肺动脉高压,对提高 COPD 患者的生存质量,改善预后,防止肺心病的发生具有重要意义。现将近5年中西医对 COPD 合并肺动脉高压的治疗进展作如下综述。

1 西医治疗

1.1 他汀类药物 牛莉娜等^[2]将100例COPD患者随机分为对照组和观察组各50例,2组患者均给予常规基础治疗;观察组在对照治疗的基础上加服阿托伐他汀钙治疗,观察治疗前后血清白介素-8(IL-8)、超敏C反应蛋白(hs-CRP)水平、肺功能及肺动脉压力的变化。治疗12、24周后发现,观察组较对照组IL-8、hs-CRP水平、肺动脉压力均明显降低($P < 0.05$),肺活量、最大呼气峰流速、用力呼气容积占用力肺活量之比均明显升高($P < 0.05$)。认为阿托伐他汀钙能显著降低患者体内炎症因子水平,明显改善呼吸困难等肺功能,降低肺动脉高压,疗效显著。南景龙等^[3]选择稳定期COPD合并PH患者60例,随机分为瑞舒伐他汀治疗组(30例)和对照组(30例),比较治疗后2组血清中半乳糖凝集素-3(Gal-3)、白介素-6(IL-6)水平及相关临床指标。结果发现瑞舒伐他汀治疗3个月后,治疗组血清

Gal-3、IL-6、PAPs、PAPm较同组治疗前及对照组治疗后均有降低($P < 0.05$),6MWD较同组治疗前及对照组治疗后均有升高($P < 0.05$)。认为瑞舒伐他汀能降低COPD合并PAH患者肺动脉压力,运动耐力,其机制可能与其抑制炎症反应有关。唐晨^[4]选取86例COPD合并PAH患者作为研究对象,随机分成观察组和对照组各43例,2组均给予常规治疗,观察组在此基础上联合使用辛伐他汀治疗,比较2组治疗前后肺功能各项指标变化情况、6min步行距离(6MWD)以及炎症细胞因子变化情况。结果发现2组PEF、FVC、FEV1/FVC值治疗后均较治疗前明显上升(均 $P < 0.05$),观察组改善较对照组更为明显($P < 0.05$);2组治疗后6MWD均有明显增加(均 $P < 0.05$),观察组增加更为明显($P < 0.05$);2组治疗后血清TNF- α 、hs-CRP、IL-8水平均较治疗前有明显下降(均 $P < 0.01$),观察组下降更为明显($P < 0.05$)。认为辛伐他汀治疗COPD合并PAH可有效增强患者的心肺功能,降低体内炎症因子水平,疗效显著。

1.2 联合用药 马肖龙^[5]将COPD合并肺动脉高压患者60例随机分为治疗组和对照组各30例,对照组给予口服辛伐他汀,治疗组给予口服辛伐他汀加阿奇霉素肠溶片,2组疗程均为6个月。比较2组治疗前后血氧分压、血氧饱和度、6MWD、FVC、FEV1、肺收缩压、肺舒张压及CRP水平,观察2组患者治疗前后血脂和肝功能变化。结果发现治疗组血氧分压、血氧饱和度、6MWD、FVC及FEV1均显著高于治

[11] 张素钊,张晓琪,薛维华,等.化浊通督针法治疗中风后假性球麻痹的临床疗效及其对患者吞咽功能、构音功能的影响研究[J].河北中医,2016,38(10):1531-1534.

[12] 汪立冬.电针治疗假性延髓麻痹所致言语及吞咽障碍疗效评价[J].中国妇幼健康研究,2016,27(2):249-250.

[13] 曹晓婷.电针治疗脑梗死痉挛型构音障碍的临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2015.

[14] 李季,胡卡明,杨玲,等.针刺结合言语康复治疗卒中后构音障碍90例临床观察[J].中医杂志,2015,56(4):300-303,310.

[15] 贾力,白洁,刘东,等.舌体区多针点刺配合言语训练治疗脑卒中后运动性构音障碍30例[J].中国中医药现代远程教育

育,2016,14(2):44-46.

[16] 金泽,曹晓婷.颈部电针治疗中风痉挛型构音障碍30例[J].针灸临床杂志,2015,31(5):25-28.

[17] 赵援非,王学远.解痉正音针刺法治疗脑卒中后痉挛型构音障碍的临床疗效观察[J].黑龙江中医药,2015(1):41-42.

[18] 王晓鹏.点刺放血配合针刺治疗脑梗死患者呛咳和构音困难86例[J].中国民间疗法,2014,22(4):34-35.

[19] 潘俊晓,潘永清.针刺八脉交会穴合谷刺舌面治疗中风后语言不例1例报告[J].湖南中医杂志,2014,30(1):87.

[20] 施栋,陈玲.舌底放血配合言语康复训练治疗假性延髓麻痹引起的构音障碍[J].中外医学研究,2016,14(35):50-51.

(收稿日期:2017-07-04)