

## 奥瑞姆自理模式下舌针联合语言康复训练 治疗脑梗死后运动性失语疗效分析

杨彬彬, 乔菲, 陈铎

(中国医科大学附属盛京医院神经外科, 辽宁 沈阳 110004)

**【摘要】** 目的 评价舌针联合言语训练在奥瑞姆自理模式下对脑梗死后运动性失语患者治疗中的临床疗效。方法 收集2011年2月至2017年2月中国医科大学附属盛京医院神经外科收治的符合临床研究标准的脑梗死后运动性失语患者125例,采用随机数表法分为对照组( $n=60$ )与观察组( $n=65$ )。对照组给予舌针刺刺激+神经科常用药物治疗+奥瑞姆自理模式,观察组在此基础上给予语言康复训练。两组患者连续接受治疗3个月。治疗后采用北京医院汉语语言检查法、失语商指数、功能性语言沟通能力检查法、失语症严重程度分级标准评价两组患者的语言能力。结果 治疗后观察组患者的治疗总有效率高于对照组(93.85% vs 73.33%),差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗前两组患者在语言功能评分、失语商指数、功能性语言沟通能力评分、失语严重程度分级上比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ );治疗后观察组失语商指数( $62.32\pm 12.32$ )、功能性语言沟通能力评分( $214.32\pm 23.23$ )、失语严重程度分级(43.07%)均优于对照组,且差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论 在奥瑞姆自理模式的基础上给予舌针联合语言康复训练是一种很好的治疗脑梗死后运动性失语的临床治疗方案。

**【关键词】** 舌针;言语康复训练;奥瑞姆自理模式;脑梗死;运动性失语;临床疗效

**【中图分类号】** R743.33 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1003-6350(2018)03-0316-04

**Clinical efficacy of tongue acupuncture combined with speech rehabilitation training on patients with broca aphasia from ischemic apoplexy under Orem's self-care model.** YANG Bin-bin, QIAO Fei, CHEN Duo. Department of Neurosurgery, Shengjing Hospital of China Medical University, Shenyang 110004, Liaoning, CHINA

**【Abstract】 Objective** To research the clinical efficacy of tongue acupuncture combined with speech rehabilitation training on patients with broca aphasia from ischemic apoplexy under Orem's self-care model. **Methods** A total of 125 patients with broca aphasia from ischemic apoplexy, who admitted to Department of Neurosurgery of Shengjing Hospital of China Medical University, were selected and divided into the control group ( $n=60$ ) and the observation group ( $n=65$ ) according to random number table method. The patients in the control group were given tongue acupuncture plus conventional therapy under Orem's self-care model, and the patients in the observation group additionally received speech rehabilitation training. The two groups were treated for continuous 3 months. After the treatment, the verbal skill was evaluated: Aphasia Battery of Chinese was used to assess the speech ability; the Chinese functional communication test was used to evaluate the ability of communication; and Boston Dignostic Aphasia Examination was also conducted to assess the severity of aphasia. **Results** After the treatment, the total effective rate was 93.85% in the observation group versus 73.33% in the control group ( $P<0.05$ ). Before the treatment, there was no significant difference between the two groups in the scores of speech ability, communication ability, and the severity of aphasia ( $P>0.05$ ). After the treatment, the index of aphasia, communication ability, and the severity of aphasia in the observation group were ( $62.32\pm 12.32$ ), ( $214.32\pm 23.23$ ), 43.07%, respectively, which were significantly better than those in the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The clinical method of tongue acupuncture combined with speech rehabilitation training under Orem's self-care model is very effective on the patients with broca aphasia from ischemic apoplexy.

**【Key words】** Tongue acupuncture; Speech rehabilitation training; Orem's self-care model; Ischemic apoplexy; Broca aphasia; Clinical efficacy

近年来脑血管疾病的发生率逐年提高,且有年轻化的趋势,一旦发生将大大降低患者的生活质量,同时也增加患者的经济负担与精神负担。脑血管意外不但会导致患者肢体运动及其感觉障碍,同时也会导致言语障碍,因此临床上要注重脑血管疾病的恢

复治疗。失语症发生的主要原因是大脑发生器质性损伤而出现了言语接收、理解和表达障碍,我国的传统医学中的针灸治疗在该病的治疗过程中有着很好的临床疗效,且经过大量临床及其基础研究证实,在神经内科常用药物治疗的基础上给予针灸治疗能很

基金项目:辽宁省自然科学基金(编号:20082080)

通讯作者:陈铎。E-mail:1274968088@qq.com.

好的提高临床疗效,但是临床中往往忽视了康复训练疗法,因此在失语症的治疗过程中应将康复训练与中西医结合治疗相结合<sup>[1]</sup>。针灸是我国医学中的瑰宝,有着价格低廉、创伤小的优点,且舌针在脑梗死后失语症的治疗中已经取得了较好的临床疗效<sup>[2]</sup>。康复医学在脑梗死后运动性失语的治疗中应用较广,语言康复训练能很好的促进语言功能的恢复<sup>[3]</sup>,针刺联合语言康复训练在脑梗死后运动性失语患者中取得了较好的临床疗效<sup>[2]</sup>。奥瑞姆自理模式强调的是患者本人的功能恢复后以达到自我护理、生活自理,是目前较为流行的一种护理模式,应用面很广,而且该模式在运动性失语患者中取得了很好的临床效果<sup>[4]</sup>。本次临床研究将传统针灸技术、语言康复技术、奥瑞姆模式结合起来治疗脑梗死后运动性失语,以充分发挥自身优势且取得了较好的临床效果,现报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 收集2011年2月至2017年2月在中国医科大学附属盛京医院神经外科治疗且符合纳入和排除标准的脑梗死后运动性失语患者125例,采用随机数表法分为对照组60例,观察组65例,两组患者的基线资料比较差异均无统计意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表1。本临床研究经过中国医科大学附属盛京医院医学伦理委员会批准后进行,所有参加研究的医护人员及其患者本人(包括其家属)均对本次研究有着充分的了解,告知患者本人及其家属一切可能存在的风险,所有参与人员(患者本人、患者家属、医护人员)均签署知情同意书。

表1 两组患者治疗前基线资料比较[例(%)]

组别	例数	男/女(例)	年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ )	病程(d, $\bar{x}\pm s$ )
对照组	60	30/30	57.63±13.23	27.89±5.23
观察组	65	33/32	57.32±11.21	28.12±6.21
$t/\chi^2$ 值		0.007	0.548	0.658
$P$ 值		0.932	0.438	0.327

1.2 诊断标准 入组患者的标准严格依照全国脑血管病学术会议制定的诊断标准<sup>[5]</sup>,汉语失语评定标准依据北京医院制定的标准<sup>[6]</sup>。

1.3 纳入标准 ①经过CT或MRI检查(配合神经查体)确诊为脑梗死;②患者病情稳定且无并发症;③不合并听觉及视觉障碍;④集中注意力时间较长(>30 min)。

1.4 排除标准 ①既往有过脑血管意外发生;②合并高血压、糖尿病等慢性疾病;③患者一般状态较差,需要进入重症监护病房治疗。

1.5 治疗方案 对照组(针刺+常规药物治疗+奥瑞姆模式);①针灸治疗以舌针取穴为主<sup>[7]</sup>,主穴:以舌

针刺(舌面点刺)为主,具体方法:治疗患者先用漱口水(由我院制剂室配制,具体成分不详)漱口,舌部按前中后3线与左中右3线交叉成为9区,本着从右到左、由外到内(患者方向)的原则在9个区域内逐一快速点刺,直到出血(量约2 mL)为止,不留置针,按压针孔,每日针刺1次,6次为一个疗程,治疗5个疗程(30 d)。

②常规药物治疗:急性期给予脱水(甘露醇、利尿剂)、钙离子拮抗剂以降低血压、营养神经(胞二磷胆碱注射液+丁苯酞),稳定后给予小牛血清、甲钴胺等药物维持治疗,连续治疗30 d。③奥瑞姆自理模式训练<sup>[4]</sup>:内容包括:①完全补偿护理;②部分补偿护理;③阅读理解训练;④辅助教育系统。每日进行1次。观察组在此基础上给予语言康复训练<sup>[2]</sup>:采取Schull刺激法进行交流促进法、功能性交往治疗。一对一进行操作(包括视觉图片、实物视听学训练、语音听力、复述、口语表达训练,并给予视频动画模式),如患者出现较为严重的交流障碍需采用更加接近现实生活的训练资料(图片、新闻报纸、图画),让患者更好的接受,每日进行2次,每次30~40 min。

## 1.6 观察指标与评价方法

1.6.1 语言功能评分方案 采取汉语失语症检查法(Aphasia Battery of Chinese, ABC)<sup>[8]</sup>评估患者的言语功能情况(言语表达能力、阅读能力、理解力、书写文字能力,以上每项均为10分)。①口语表达主要包括言语类型的判断、复述力、命名能力等;②理解力包括听名指物(图)、执行力、句子解释能力;③阅读能力主要包括图形感知力(与再次识别力)、字词阅读、普片识别、文字理解;④文字书写能力包括抄写、听写、默写、看图书写等。

1.6.2 失语商(Aphasia Quotient, AQ)评分方案<sup>[3]</sup> 将言语评分中的各项得分带进以下公式得出最后分数[失语商=(口语表达分+1/20×听力理解分+1/10×阅读分+1/10×书写分)×2],根据以上公式的计算结果评估失语症的严重程度。AQ(93.8~99.6)为正常, AQ(<93.8)为失语。

1.6.3 失语程度评定 采用失语严重程度分级标准(Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE)进行评定<sup>[3]</sup>。0级为理解和表达能力障碍;1级为只能少量说出或理解词汇;2级只能表达出简短句子(存在语法错误);3级对常用语的理解与表达无明显错误;4级为只是对较复杂的句子错误的理解,但是能正确说出自己的观点(存在言语不通顺);5级为轻度理解与表达障碍(但患者本人才可以感觉到)。

1.6.4 日常生活交流与沟通能力评定方案 采用功能性言语沟通能力判定法(The Chinese Functional Communication, CFCP),患者的日常生活沟通能力

分由5部分(25项, 总共250分)组成<sup>[3]</sup>。轻度受损(总分<200)、中度受损(总分<150)、重度受损(总分<100)。检测过程中, 患者的理解反应能力可以用各种方法(说话、写字、画画、手势、指图或物)表达出来, 如果患者出现表达困难, 可以给予适当的提示, 但是此时的评分应扣除一半分。

1.6.5 疗效评分方案<sup>[3]</sup> 采用北京大学汉语言失语症检查法进行评分(按照语言功能提高率与语言交流障碍好转程度进行区分)。基本治愈: 功能评分提高了90%以上, 或者说失语症严重程度提高大于2级; 显著进步: 功能性评分提高60%~90%, 或者说失语症严重程度提高2级; 进步: 功能性评分提高30%~59%, 或者说失语症严重程度提高1级; 无进步: 功能性评分提高<30%, 或者说失语症严重程度提高<1级。总有效率=基本治愈+显著进步+进步。

1.7 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件对所有数据进行统计分析。计数资料组间比较采用 $\chi^2$ 检验; 计量资料以均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示, 计量资料两组间比较采用独立样本 $t$ 检验, 组内治疗前后采用配对样本 $t$ 检验, 以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 两组患者治疗前后言语功能比较 治疗前两组患者的言语表达能力、言语理解能力、阅读与书写能力评分比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组患者的语言功能评分均高于治疗前, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后观察组言语表达能力、言语理解能力、阅读与书写能力评分均优于对照组, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表2。

表2 两组患者治疗前后言语功能评分比较( $\bar{x}\pm s$ , 分)

评估指标	组别	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
言语表达能力	对照组	3.41 $\pm$ 1.41	31.21 $\pm$ 6.21	-6.327	0.000
	观察组	3.45 $\pm$ 1.56	35.32 $\pm$ 5.21 <sup>*</sup>	-8.437	0.000
言语理解能力	对照组	35.32 $\pm$ 6.21	38.45 $\pm$ 6.32	-4.452	0.000
	观察组	35.56 $\pm$ 5.65	41.54 $\pm$ 7.21 <sup>*</sup>	-7.438	0.000
阅读能力	对照组	19.21 $\pm$ 5.21	56.45 $\pm$ 11.56	-6.548	0.000
	观察组	19.47 $\pm$ 5.38	63.45 $\pm$ 11.21 <sup>*</sup>	-9.548	0.000
文字书写能力	对照组	1.45 $\pm$ 0.41	1.64 $\pm$ 1.11	-4.648	0.000
	观察组	1.54 $\pm$ 0.31	1.92 $\pm$ 0.51 <sup>*</sup>	-8.438	0.000

注: 治疗后观察组与对照组比较, <sup>\*</sup> $P<0.05$ 。

2.2 两组患者治疗前后AQ指标比较 治疗前两组患者的AQ指数比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组AQ指数均高于治疗前, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 治疗后观察组AQ指数均高于对照组, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表3。

2.3 两组患者治疗后BDAE分级比较 治疗后观察组患者的BDAE分级明显优于对照组, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表4。

表3 两组患者治疗前后AQ指数比较( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
对照组	60	48.42 $\pm$ 7.21	62.32 $\pm$ 12.32	-4.672	0.000
观察组	65	48.68 $\pm$ 9.45	68.21 $\pm$ 16.78 <sup>*</sup>	-9.659	0.000

注: <sup>\*</sup>与对照组治疗后比较:  $t=-5.512$ ,  $P=0.000<0.05$ 。

表4 两组患者治疗后BDAE分级比较[例(%)]

组别	例数	0级	1级	2级	3级	4级	5级
对照组	60	1 (1.67)	3 (5.00)	7 (11.67)	27 (45.00)	14 (23.33)	8 (13.33)
观察组	65	1 (1.54)	2 (3.08)	5 (7.69)	19 (29.23)	26 (43.07) <sup>*</sup>	12 (18.46)
$\chi^2$ 值		0.003	0.300	0.568	3.336	3.983	0.611
$P$ 值		0.954	0.584	0.451	0.068	0.046	0.435

注: 与对照组比较, <sup>\*</sup> $P<0.05$ 。

2.4 两组患者治疗前后CFCP评分比较 治疗前两组患者的CFCP评分比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后两组CFCP评分均高于治疗前, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 治疗后观察组CFCP评分均高于对照组, 且差异有统计学意义( $P<0.05$ ), 见表5。

表5 两组患者治疗前后CFCP评分比较(分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后	$t$ 值	$P$ 值
对照组	60	126.52 $\pm$ 31.32	214.32 $\pm$ 23.23	-8.659	0.000
观察组	65	128.54 $\pm$ 28.21	226.32 $\pm$ 28.32 <sup>*</sup>	-9.427	0.000

注: <sup>\*</sup>与对照组治疗后比较:  $t=6.548$ ,  $P=0.000<0.05$ 。

2.5 两组患者治疗后疗效比较 治疗后观察组患者的疗效明显优于对照组( $P<0.05$ ), 且差异有统计学意义, 见表6。

表6 两组患者治疗后疗效比较[例(%)]

组别	例数	基本治愈	显著进步	进步	无进步	总有效
对照组	60	13 (21.67)	20 (30.77)	11 (18.33)	16 (26.67)	44 (73.33)
观察组	65	20 (32.31)	27 (41.54)	14 (21.54)	4 (6.15) <sup>*</sup>	61 (93.85) <sup>*</sup>
$\chi^2/u$ 值			0.437			9.768
$P$ 值			0.578			0.002

注: 与对照组比较: <sup>\*</sup> $P<0.05$ 。

## 3 讨论

研究证实针刺主要通过3个方面作用来治疗失语症: ①通过作用于“大脑皮层-丘脑-大脑皮层”轴使特异性与非特异性传导系统趋于平衡(恢复语言传导通路); ②使脑血管扩张而改善局部血供而促进神经细胞功能恢复与代偿; ③通过改善激活语言中枢神经元细胞代谢而改善言语功能<sup>[9]</sup>。刺激舌体可以达到疏通经络, 改善局部血液循环, 舌体上面分布着颅内神经末梢, 这些神经末梢一旦受到刺激能很好的促进神经反射, 进而调节“大脑皮层-丘脑-大脑皮层”轴, 使特异性与非特异性传导系统趋于平衡<sup>[10]</sup>。

大脑皮层中的语言中枢受损是导致失语的主要原因, 且该区域不仅仅局限于病灶区域, 在其周围区域的细胞也不同程度存在坏死, 因此我们治疗过程中主要是促进周围未死亡的细胞恢复功能及其促进其代偿<sup>[11]</sup>。语言康复训练主要利用语言、文字材料、图片

等进行,但是未考虑患者的接受能力(受到文化程度、经历背景、心理状态等制约),接受能力的好坏直接影响治疗效果,与此同时操作者的经验水平也影响治疗效果,本次研究中为了克服这些干扰因素而加入了视频动画模式,并培训专科护士对患者进行讲解(讲解人员耐心负责),这些均大大提高了患者依从性,进而提高临床效果<sup>[1]</sup>。

奥瑞姆护理模式在运动性失语治疗中应用较少,但是取得了一定的临床疗效<sup>[4]</sup>。本研究首次将言语康复训练+舌针+奥瑞姆护理模式联合起来,因为脑梗死后失语症患者往往存在肢体运动感觉障碍,因此自我护理能力较差,给家庭带来了很大负担。而奥瑞姆护理模式的核心点就是提高患者的自我护理能力,进而早日回归社会,因此非常适合该病的治疗。该模式在该疾病的治疗中适合于一个患者疾病的不同阶段,且可以根据患者的需要给予外界的补偿护理、部分补偿护理、辅助教育等3个部分,根据患者具体情况制定不模式,灵活性高,易于掌握,且成本低廉,此外还可以让患者家属积极参与,提高患者本人回归社会的自信心<sup>[3]</sup>。以往治疗仅仅重视医生的作用,而忽视了护士的参与作用,该模式让护士也很好的参与进来,制定一定的治疗方案,做到了医疗与护理相结合模式。奥瑞姆模式的开展能提高患者的自理能力,降低依赖心理,进而提高生活质量,进而早日回归社会<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示:治疗后两组患者的语言功能评分均高于治疗前,且差异有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗后观察组言语表达能力、言语理解能力、阅读与书写能力评分均优于对照组,且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明联合治疗的有效性,结果与文献报道一致<sup>[2]</sup>。但是我们在此基础上给予了奥瑞姆自理模式,且言语理解能力较文献报道<sup>[2]</sup>的提高效果更好。此外,治疗后两组AQ指数均高于治疗前,且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),治疗后观察组AQ指数均高于对照组,且差异有统计学意义( $P<0.05$ ),结果与罗卫平等<sup>[2]</sup>及陈晓娥

等<sup>[3]</sup>研究结果相同。治疗后观察组的BDAE分级及总有效率均明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),说明联合治疗效果很好。

综上所述,舌针联合语言康复治疗的基础上配合奥瑞姆自理模式能更好的改善脑卒中运动性失语患者的言语能力,进而提高有效率,说明语言康复在治疗脑梗死后失语症中的重要性,这一治疗方案将在今后的临床中广泛应用,但是其具体作用机制,特别是神经电生理方面的改善情况将在动物实验中进一步研究证实。

#### 参考文献

- [1] 冯军,陈海花,张岚,等.连续性护理干预联合康复训练对运动性失语患者语言能力的影 响[J].护理管理杂志,2014,14(4):280-281.
- [2] 罗卫平,黄红缨,朱洁艳.舌针配合语言训练治疗脑梗塞致运动性失语的临床研究[J].中华中医药学刊,2010,28(11):2451-2454.
- [3] 陈晓娥,沈文英,徐文琪.视频教学在脑卒中后运动性失语患者语言康复指导中的应用[J].检验医学与临床,2016,13(23):3358-3359.
- [4] 郝丽华.奥瑞姆自理模式在运动性失语患者康复中的疗效评价[J].护理研究,2014,28(8):2965-2968.
- [5] 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.
- [6] 高素荣.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,1993.1-3.
- [7] 邹积英.三联针法治疗中风后运动性失语临床观察[J].辽宁中医药大学学报,2006,8(4):109.
- [8] 高素荣,储月发,石舜琴,等.汉语失语检查法标准化的研究[J].中国心理卫生杂志,1992,6(3):125-128,143.
- [9] 肖卫民,李爱萍,王煜明,等.经颅磁刺激结合针灸与语言训练对早期脑梗死后运动性失语患者的疗效[J].广东医学,2014,35(13):2132-2134.
- [10] 李滋平,符文彬.舌针治疗中风后失语症46例疗效观[J].新中医,2005,37(11):6.
- [11] 张丽雅,谭同才,叶祥明.中医对症配乐结合语言训练治疗运动性失语疗效观察[J].浙江中西医结合杂志,2015,25(1):50-52.
- [12] 王宁.脑卒中伴失语患者的语言康复训练进展[J].中国疗养学,2011,20(21):142-144.

(收稿日期:2017-06-05)