

针康法对脑卒中运动性失语患者抑郁的影响

张慧敏¹, 唐强^{2,3}, 朱路文²

[摘要] 目的 探讨针康法对脑卒中运动性失语患者抑郁的影响。方法 将 70 患者随机分为针康组和对照组, 针康组采用头穴丛刺结合言语康复训练的方法进行治疗, 对照组只进行言语康复训练, 观察两组患者治疗前后的抑郁程度和失语症程度。结果 治疗 4 周后, 针康组不仅失语症程度分级改善优于对照组 ($P < 0.05$), 而且其抑郁的发生率明显低于对照组 ($P < 0.01$), 针康组卒中后失语症抑郁量表 (SADQ) 分值下降也更为显著 ($P < 0.01$)。结论 针康法可很好地改善治疗脑卒中运动性失语患者抑郁状态。

[关键词] 针康法; 脑卒中; 运动性失语; 抑郁

Effect of Cluster Needling of Scalp Acupuncture Combined with Rehabilitation on Depression after Stroke following Motor Aphasia
ZHANG Hui-min, TANG Qiang, ZHU Lu-wen. Acupuncture Department, Beijing Shijitan Hospital, Capital Medical University, Beijing 100038, China

Abstract: Objective To explore the effect of cluster needling of scalp acupuncture combined with rehabilitation (Tang's Approach) on depression of stroke patients with motor aphasia. **Methods** 70 stroke patients were randomly divided into the acupuncture with rehabilitation group and the control group. The cluster needle of scalp point with speech rehabilitation training was used in the acupuncture with rehabilitation group, while speech rehabilitation training was used only in the control group. The degree of depression and aphasia were observed in the two groups 4 weeks after treatment. **Results** 4 weeks after the treatment, the classification of aphasia was getting better in the acupuncture with rehabilitation group than in the control group ($P < 0.05$), and the incidence of depression decreased significantly in the acupuncture with rehabilitation group compared with the control group ($P < 0.01$). The score of Stroke Aphasic Depression Scale (SADQ) decreased significantly in the acupuncture with rehabilitation group compared with the control group ($P < 0.01$). **Conclusion** Tang's Approach may improve the depression of stroke patients with motor aphasia.

Key words: Tang's Approach; stroke; motor aphasia; depression

[中图分类号] R245, R49, R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1006-9771(2011)04-0319-03

[本文著录格式] 张慧敏, 唐强, 朱路文. 针康法对脑卒中运动性失语患者抑郁的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(4): 319—321.

脑卒中是常见病, 急性期并发失语症者为 21% ~ 38%^[1-2]。国内报道, 脑血管疾病患者约 25% 伴有言语障碍^[3]。患者失语症后与外界交流困难, 容易引发抑郁。以往对单纯脑卒中后抑郁的研究^[4]较多, 但对卒中伴运动性失语患者的抑郁研究相对较少。本研究采用卒中后失语症抑郁量表 (Stroke Aphasic Depression Questionnaire, SADQ) 作为评价标准, 探讨针康法对脑卒中运动性失语患者抑郁的影响。

1 对象与方法

1.1 一般资料 2007 年 2 月 ~ 2010 年 8 月北京世纪坛医院针灸科门诊与神经科住院脑卒中患者 70 例。脑卒中诊断符合 1996 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议第 3 次修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[5] 的诊断标准, 运动性失语符合波士顿失语症严重程度分级标准 (Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE) 检查^[6], 均经 CT 或 MRI 检查确诊。

作者单位: 1. 首都医科大学附属北京世纪坛医院针灸科, 北京市 100038; 2. 黑龙江中医药大学, 黑龙江哈尔滨市 150040; 3. 黑龙江中医药大学附属二院, 黑龙江哈尔滨市 150001。作者简介: 张慧敏 (1976-), 女, 河北献县人, 医学博士, 主治医师, 主要研究方向: 针刺治疗脑卒中。通讯作者: 唐强 (1963-), 男, 教授, 博士生导师, 主要从事神经系统疾病中医康复方法研究。

入选标准: ①意识清楚, 生命体征稳定; ②能够集中注意力 30 min 以上; ③小学以上文化程度; ④右利手。排除标准: ①明显视听障碍; ②严重感觉和运动器官损害引起的语言、阅读和书写障碍; ③意识障碍和智力减退; ④先天或幼年疾病致学习困难; ⑤痴呆与精神病; ⑥并发心、肺、肝、肾功能中度衰竭。

所有患者均签署知情同意书。

按照 WHO 制订的《针灸临床研究规范》^[7] 随机临床试验的设计要求, 严格进行随机化设计, 将患者随机分为两组: ①针康组 ($n = 35$): 其中男性 20 例, 女性 15 例; 年龄 46 ~ 71 岁, 平均 (56.35 ± 8.32) 岁; 病程 6 h ~ 29 d, 平均 (13.94 ± 5.74) d; 脑梗死 26 例, 脑出血 9 例; 左侧 18 例, 右侧 17 例; 失语商 (AQ) 指数 0 ~ 86 分, 平均 (45.92 ± 19.32) 分; ②对照组 ($n = 35$): 其中男性 19 例, 女性 16 例; 年龄 42 ~ 70 岁, 平均 (54.92 ± 10.01) 岁; 病程 1 ~ 34 d, 平均 (15.02 ± 8.37) d; 脑梗死 28 例, 脑出血 7 例; 左侧 15, 右侧 20 例; AQ 指数 0 ~ 87 分, 平均 (48.70 ± 23.49) 分。

两组性别、年龄、卒中类型、失语症程度和抑郁评分均无显著性差异 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 干预方法

1.2.1 基础治疗 神经科脑血管病常规处理 (参照 2005 年版《中国脑血管病防治指南》^[8]), 如调整血压,

防治脑水肿,改善循环脑代谢活化剂及维持水、能量、电解质及对症处理。如并发肢体运动功能障碍者给予偏瘫肢体常规功能训练、运动疗法、作业疗法、理疗等。

1.2.2 言语训练 运用 Schuell 刺激法、交流促进法和功能性交往治疗方法进行训练^[10-11]。采取一对一方式用图片及实物进行视听、语音、复述及口语表达训练;严重交流障碍者选用接近现实生活的材料,如照片、新闻报道、图画等进行训练。

具体包括:发音训练、口腔操、呼吸训练、视知觉训练、单词理解训练、句子理解训练、短文理解、自动语训练、单词表达训练、实用化训练,共 10 个项目,有计划、有针对性、逐项循序渐进进行^[12]。

采用上述方法治疗每次 30 min,每天 1 次,每周 5 次,4 周为 1 个疗程。

1.2.3 头穴丛刺法^[9] 按于氏头穴七区划分法选取顶区(百会至前顶及其向左、右各 1 及 2 寸的平行线)、顶前区(前顶至囟会及其向左、右各 1 及 2 寸的平行线)、额区(神庭透囟会、与其平行的曲差和本神向上透刺)、颞区(头维、承灵及二者之间,向下刺入 1 寸半)、项区(风府、风池及两穴之间)。针具选用苏州医疗用品厂有限公司生产的华佗牌针灸针(苏药管械准字 2001 第 2140033 号),型号:H,规格:0.30×40 mm,常规消毒后,按上述穴区向前或后透刺,针体与皮肤呈 15°角至帽状腱膜下,深约 20 mm。针后捻转,200 次/min,捻转 1 min,留针 6 h。

对照组采用基础治疗和言语训练。针康组采用基础治疗,并在头穴丛刺留针期间进行言语训练。

1.3 疗效评定

1.3.1 失语商(aphasia quotient, AQ)^[13] 采用汉语失语症检查法^[14](Aphasia Battery of Chinese, ABC)评定患者口语表达、听语理解、阅读、书写等方面的语言功能变化,进行评分,每项各 10 分。根据其语言功能评分,可计算出失语商。计算公式为:

失语商 = (口语表达 + 1/20 × 听语理解 + 1/10 × 阅读 + 1/10 × 书写) × 2

失语商可反映失语症的严重程度。AQ = 98.4 ~ 99.6 为正常, AQ < 93.8 可评为失语症。

1.3.2 失语症分级 采用波士顿失语症程度分级标准(Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE)^[6]。分 0~5 级:0 级:理解和表达功能障碍;1 级:可说出或理解很少量的词汇;2 级:能理解或表达简单的短语,但有明显的语法错误;3 级:对日常用语的理解和表达无明显错误;4 级:对复杂的谈话理解困难,能较好的表达自己的意愿,但言语不流畅;5 级:极轻微的理解或表达障碍,仅患者自己可感觉到。

1.3.3 抑郁评定 采用 SADQ^[15]对脑卒中运动性失

语患者抑郁程度进行评定。SADQ 共 21 项,单项 1~3 分,总分 63 分,属非语言性量表,通过脑卒中运动性失语患者的行为外显及躯体情况作为评定标准,而不依赖患者语言的交流配合。在调查者指导下由经过培训的患者陪护填写。评分大于 15 分可考虑存在抑郁,得分越高抑郁程度越重。

以上评价指标均采用单盲法,分别在治疗前、后由同一人进行评定。

1.4 统计学分析 采用 SPSS 11.0 软件进行分析处理,计量资料用配对 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用 Ridit 检验,相关性分析用直线相关分析检验方法进行统计学处理。

2 结果

2.1 SADQ 评分比较 治疗前,两组 SADQ 评分的平均分值均超过 15 分,表明患者存在明显的抑郁状态,但两组间比较无显著性差异($P > 0.05$)。治疗后,对照组评分下降($P < 0.05$),针康组明显下降($P < 0.01$),且针康组评分低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗后两组 SADQ 评分比较

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	35	47.17 ± 7.88	36.65 ± 5.32 ^a
针康组	35	48.03 ± 6.30	28.03 ± 4.96 ^{b,c}

注:与治疗前相比,a: $t = 1.973$, $P = 0.018$;b: $t = 6.13$, $P = 0.000$;与对照组相比,c: $t = 2.517$, $P = 0.033$ 。

2.2 失语分级与抑郁评分比较 治疗后,两组 BDAE 分级比较,针康组失语程度好于对照组($P < 0.05$);针康组抑郁性心理的发生率明显低于对照组($P < 0.01$)。从两组患者失语程度 BDAE 分级与抑郁性心理 SADQ 评分可以看出,BDAE 失语程度越重,抑郁性心理 SADQ 评分越高,BDAE 失语程度增加值与 SADQ 评分增加值呈显著正相关($r = 0.817$)。见表 2。

表 2 治疗后两组失语症分级与抑郁评分比较

BDAE 分级	n	针康组		对照组	
		n	SADQ 评分	n	SADQ 评分
		0~15 分	>15 分	0~15 分	>15 分
0	1	0	1	1	0
1	3	1	2	5	1
2	5	2	3	6	2
3	7	3	4	9	4
4	10	6	4	9	4
5	9	8	1	5	3
合计	35	20	15	35	14

注:两组 BDAE 分级比较,经 Ridit 分析, $u = 3.92$, $P = 0.047$;经 χ^2 检验, $\chi^2 = 12.1$, $P = 0.002$ 。经直线相关分析,两组 BDAE 失语程度增加值与 SADQ 评分增加值呈显著正相关($r = 0.817$)。

3 讨论

脑卒中后失语症患者的语言功能障碍多会导致患者与外界交流困难和生活质量下降,容易并发心理障

碍,可表现为焦虑、抑郁、悲观、自卑等多种形式。语言功能障碍后迅速出现的社会交往困难及孤立感使患者更容易发生抑郁心理,其发生率要高于无失语症表现的脑卒中患者。在对脑卒中失语症患者的心理评估上,由于语言功能障碍,常用的量表难以实现准确的评价。

SADQ 属于非语言性量表,通过脑卒中运动性失语患者的行为外显及躯体情况作为评定标准,而不依赖患者语言的交流配合,是目前应用最为广泛的非语言性抑郁量表。所以,对于失语症患者应首选 SADQ^[16]。2000 年,Lincoln 等将其修订成为目前常用的 SADQ-H 版本,信度、效度均有所提高。国内有学者^[17]将其译为中文版本并进行试修订,评测结果较为满意,重测信度达 0.753,以汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)作为标准比较,效度检验结果为 0.488^[18]。该量表共 21 项,根据患者抑郁相关行为的频率作为评分依据,总分 63 分,得分越高,抑郁程度越严重。本研究以大于 15 分作为抑郁标准。结果表明,应用 SADQ 对患者陪护进行调查发现,两组患者的 SADQ 评分平均分均超过 15 分,表明患者存在明显的心理抑郁状态。采用针康法治疗后,针康组患者不仅失语症分级好于对照组($P < 0.05$),而且抑郁发生率明显低于对照组($P < 0.01$),针康组 SADQ 分值下降也更为明显($P < 0.01$)。从两组患者失语症分级与 SADQ 评分的关系上分析,得出失语症程度与 SADQ 评分呈显著正相关,说明卒中后运动性失语程度越重,抑郁的发生率就越高。

有研究发现^[19],卒中部位对抑郁的发生也有着一定的联系,认为急性期大脑左半球病灶越靠近额极越易引起卒中后抑郁,且抑郁程度越高,皮质或皮质下病灶对卒中后抑郁的发生和程度也有同样的影响。而脑卒中运动性失语正是损害了左侧额叶运动语言中枢,在造成失语症的同时,也直接损伤与情绪有关的左额叶 5-羟色胺能和去甲肾上腺素能的神经通路而导致抑郁。所以针康法在治疗脑卒中运动性失语的同时,也改善患者的抑郁状态。除内源性机制外,心理因素在脑卒中失语症后抑郁中的作用也是明显的。由于运动性失语造成其与人语言沟通障碍,加上有些患者同时伴有肢体功能障碍,不能生活自理,使患者感到生活无意义,产生自卑感和自我评价过低等负性抑郁情绪。而针康法的介入治疗能够充分调动患者的主观能动性,在进行头穴针刺治疗的同时进行语言康复训练,不断地与患者交流,不仅能够缓解患者的负面情绪,体现中医特有的人文关怀;而且也能使患者从自闭的环境中脱离出来,更有利于语言功能的恢复;使康复训练的

进展与患者良好的主观情绪形成良性循环,促使患者尽快缓解症状,提高生活质量。

针康法是治疗脑卒中的创新方法,是头穴丛刺与现代康复技术的有机结合。根据不同的功能障碍选择相应的穴区进行丛刺,在留针期间进行相应的康复训练。该方法重视中医传统的治疗措施,并吸收现代康复医学的评价体系,引进现代康复医学的有效康复技术,汇中西医之长,是两种医学在脑卒中康复领域相结合的一种新的探索,值得深入研究。

[参考文献]

- [1] Rigler SK. Management of post-stroke depression in older people[J]. Clin Geriatr Med, 1999, 15(4): 765-783.
- [2] Provinciali L, Coccia M. Post-stroke and vascular depression: a critical review[J]. Neurol Sci, 2002, 22(6): 417-428.
- [3] 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: 809-810.
- [4] 崔才三,李现亮. 脑梗死后抑郁与负性生活事件的关系及其抗抑郁治疗的研究[J]. 临床神经病学杂志, 2006, 19(1): 63-64.
- [5] 中华神经学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病的诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [6] 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.
- [7] 王竹行,雷虹,路瑜. 对《针灸临床研究规范》中“对照”的认识 26(10)[J]. 中国针灸, 2003, 23(1): 59-60.
- [8] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 28-70.
- [9] 唐强,王德生. 头针结合易化技术对脑卒中患者运动功能的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2001, 7(2): 71-72.
- [10] 张小丽,杨新苗,王晓荣. 9 例完全性失语的言语康复[J]. 中国康复理论与实践, 2010, 16(12): 1186-1187.
- [11] 杨晓昀,王君,罗跃嘉. 认知功能障碍的评估和康复策略[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(9): 849-853.
- [12] 刘晓加,戴蓉,陈伶俐. 设计失语康复方案与大脑病变部位的相关性[J]. 中国临床康复, 2006, (10)14: 7-9.
- [13] 廖华薇. 头针结合语言治疗在卒中后失语症中的应用[J]. 中国临床康复, 2006, 11(10): 110, 116.
- [14] 汪洁,吴东宇,宋为群. 汉语失语症心理语言评价与汉语标准失语症检查对命名困难定性的比较[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(2): 113-117.
- [15] Lincoln NB, Sutcliffe LM, Unsworth G. Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital [J]. Clin Neuropsychol Assess, 2000, 1: 88-96.
- [16] Turener-Stokes L, Hassan N. Depression after stroke: a review of the evidence base to inform the development of an integrated care pathway. Part 1: Diagnosis frequency and impact [J]. Clin Rehabil, 2002, 16(3): 231-247.
- [17] 常翼,许晶,王俊平. 卒中失语抑郁量表的试修[J]. 中国临床心理学杂志, 2006, 14(3): 230-232.
- [18] 贺军,徐文安. 脑卒中后失语患者抑郁的诊断进展[J]. 医学综述, 2009, 11(15): 3470-3473.
- [19] 吴颖言,赵康仁,钱进军,等. 伴运动性失语脑卒中患者抑郁的临床研究[J]. 临床神经病学杂志, 2009, 6(22): 456-457.

(收稿日期:2011-03-16)