

## 中医综合康复干预下中风后失语的中医证候及临床症状演变探究

常静玲 王爱琴 李胜利 卫冬洁 张庆苏 汪洁 高颖

**【摘要】 目的** 通过观察中医综合康复干预中风后失语的中医证候及临床症状的变化特点, 探索中风后失语的中医证候评价方法, 及其证候与症状的变化与认知功能的关系。**方法** 本研究采用临床观察性研究, 针对中风后失语患者, 采用辨证针刺治疗+语言康复训练治疗+内科基础治疗为干预手段, 针对 49 例中风后失语患者, 在入组当天、干预 1 个月、3 个月随访 3 个时点进行证候学和症状学观察。**结果** 在 3 个时点, 气虚血瘀、风痰瘀阻、肝肾阴虚+气虚血瘀三类证候分别居于首位, 瘀作为主要病理因素, 贯穿始终。中风后失语患者入组时以语言謇涩、错语、健忘、舌红、表情淡漠、偏身麻木、神情呆滞为主要症状, 即语言症状与健忘、表情淡漠、神情呆滞等认知功能障碍同时发生; 经过 1 个月的中医综合康复治疗干预后, 患者的语言謇涩、错语症状明显改善, 同时, 健忘、表情淡漠、神情呆滞所占比例亦有不同程度下降。在 3 个月后随访中, 错语和神情呆滞所占比例明显下降。**结论** 中风后失语患者病程发展过程以气虚血瘀、风痰瘀阻、肝肾阴虚+气虚血瘀三类证候为主, 瘀作为主要病理因素, 贯穿始终; 语言功能与其他认知功能之间相互影响, 且中医证候学与症状学观察相结合的评价方法, 为中风后失语的未来研究提供了新思路。

**【关键词】** 中风后失语; 中医; 证候; 症状; 综合康复

**【中图分类号】** R743.3 **【文献标识码】** A doi:10.3969/j.issn.1674-1749.2016.08.039

脑卒中是指由于急性脑循环障碍所致的局限或全面性脑功能缺损综合征或称为急性脑血管病事件<sup>[1]</sup>, 中医又称中风病。研究显示, 24%~38% 中风患者在急性期患有失语<sup>[2]</sup>。在中国古代文献中虽无中风后失语的系统阐述, 但有“暗瘖”“风暗”“瘖瘖”“舌强”“舌暗”“言语謇涩”“不语”等记载<sup>[3]</sup>, 均属失语的范畴。失语作为中风病常见的并发症和后遗症之一, 严重影响了中风病患者生活质量, 给患者家庭甚至社会带来沉重的负担。目前针对中风后失语的临床疗法多种多样, 其中辨证针刺治疗+语言康复训练治疗+内科基础治疗的综合治疗的疗效被公认有效<sup>[4]</sup>。中风后失语多为风、火、痰、瘀、虚病及五脏, 临床上多并见情绪抑郁或心烦易怒、失眠多梦、气短乏力、谵妄、胡言乱语、喜悲伤、欲哭泣等七情失调的神志问题。人类疾病多由病理变化与心理因素交叉的复杂病因所致, 故在治疗形体病症的同时, 需进一步挖掘心理、情绪病因的根源, 才能对

患者进行有效治疗<sup>[5]</sup>。基于王永炎院士<sup>[6]</sup>提出证候的“动态时空”, 多时点采集中风后失语的中医证候和临床症状进行分析, 探索中风后失语的证候演变规律, 探讨中风后失语患者与其他认知功能的关系, 对中风失语的治疗具有重要意义。

### 1 对象与方法

#### 1.1 对象

纳入研究的患者为 2004 年 7 月~2006 年 10 月就诊的中风后失语患者, 病例采集地点为北京中医药大学东直门医院神经内科、中国康复研究中心听力语言科、首都医科大学附属宣武医院康复科就诊的门诊及病房患者。本项研究共观察病例 49 例。

#### 1.2 诊断、纳入、排除标准

1.2.1 中医诊断标准 符合 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断、疗效评定标准》<sup>[7]</sup>。

1.2.2 证候分类标准 参照国家中医药管理局全国中医脑病急症科研协作组制定的《中风病诊断疗效评定标准》(1995 年)<sup>[8]</sup>。

1.2.3 西医诊断标准 (1) 经头颅 CT 扫描或 MRI 诊断为脑血管病者。参照 1995 年中华医学会第四届全国脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》<sup>[9]</sup>。(2) 采用中国康复研究中心制订的《汉语标准失语症检查法》确诊失语症, 在检查语言障碍的同时, 用汉语标准失语症检查法来

基金项目: 国家自然科学基金面上项目(81072768); 教育部新世纪优秀人才支持计划(NCET-11-0603)

作者单位: 100700 北京中医药大学东直门医院神经内科[常静玲、高颖、王爱琴(硕士研究生)]; 北京中医药大学脑病中医证治重点研究室(常静玲、高颖); 中国康复研究中心听力语言科(李胜利、卫冬洁、张庆苏); 首都医科大学宣武医院康复科(汪洁)

作者简介: 常静玲(1970-), 女, 博士, 主任医师, 硕士生导师。研究方向: 中医药防治脑病的研究。E-mail: ear6979@163.com

鉴别为运动性失语症。

1.2.4 纳入标准 (1)所有患者经 CT 或 MRI 诊断为脑出血或脑梗死者,病情基本稳定,意识清楚,无明显视听障碍。(2)脑血管病发病 14 天~2 年者。(3)小学以上文化程度,右利手患者。(4)患者年龄为 30~80 岁者。(5)经中国康复研究中心的汉语标准失语症检查法检查确诊为运动性失语症的患者。(6)痰湿内阻、阴虚风动、痰热内闭、风痰瘀阻。

1.2.5 排除标准 (1)严重的听觉、视觉、书写、发音等感觉和运动器官损害引起的语言、阅读和书写障碍。(2)由于意识障碍和普通智力减退造成的语言障碍。(3)先天或幼年疾病引致学习困难,并造成的语言机能缺陷者。(4)影像学检查未能发现脑血管病者。(5)心、肺、肝、肾功能重度衰竭者。(6)痴呆患者和老年精神病患者。(7)波士顿诊断性失语症检查(boston diagnostic aphasia examination, BDAE)分级评定为 0 级者。(8)中医辨证分型非肝肾阴虚、气虚血瘀、痰湿内阻、阴虚风动、痰热内闭、风痰瘀阻。

1.2.6 剔除与脱落标准 (1)患者死亡。(2)观察过程中患者自行退出者,或者出现严重的不良事件如急性心肌梗死、复中等。(3)凡不符合纳入标准而被误入的病例应予剔除。

### 1.3 研究方法

本研究采用了前瞻性临床观察性研究,针对中风后失语患者,采用辨证针刺治疗方案、语言康复训练治疗方案、内科基础治疗方案,观察病例 49 例,在入组当天、干预 1 个月、3 个月随访时进行一般资料调查、汉语标准失语症检查、四诊信息调查、证候判断、美国国立卫生研究院卒中量表(national institute of health stroke scale, NIHSS)、BDAE 严重程度分级、简易精神状态检查表(minimum mental state examination, MMSE)、CT/MRI 检查。通过统计分析三个时点的中医证候和症状,分析中风后失语的证候演变规律及与其他认知功能的关系。

### 1.4 治疗方案

1.4.1 辨证针刺治疗方案 针刺治疗以辨证论治为指导思想,立法“补肾、开窍”“补虚、泻实”,选取百会、四神聪、梗塞部位的头部投影区(扬刺)、金津、玉液、廉泉、哑门、通里、悬钟、合谷、太冲为主穴,辨证加减。10 天为 1 疗程,疗程间休息 2~3 天,每次留针 30 分钟。连续针刺 1 个月。

1.4.2 语言康复训练治疗方案 根据脑功能测定和语言学量表评价结果,制订个体化治疗方案;包括:口型发音训练、应答训练、手势训练、语言交流训练、命名训练等。康复采用人工训练和电脑训练相结合。隔天 1 次,1 个月为 1 疗程。

1.4.3 内科基础治疗 西医治疗参照 2003 年中华医学会神经病学分会脑血管病学组制定的《中国脑血管病防治指南》<sup>[10]</sup>进行,包括抗凝、抗血小板聚集、保护脑神经、改善脑代谢、控制危险因素的治疗,如控制血压、血糖、血脂,抗感染、防治并发症等。中医药治疗参照 1999 年《中医内科

学》<sup>[11]</sup>各论—中风章节进行辨证施治。

1.4.4 观察方法及评价指标 纳入患者在入组当天进行一般资料采集、汉语标准失语症检查、四诊信息调查、证候判断、NIHSS 及 MMSE 量表测评、BDAE 严重程度分级、CT/MRI 检查。入组治疗后 1 个月、3 个月随访时,进行四诊信息调查、证候判断。

1.4.5 质量控制 (1)严格控制诊断、纳入、排除及辨证分型标准,成立本课题中医脑病学科主任医师专家团队,筛选出中风后失语的常见中医辨证分型和临床症状学,中医证候判定由高级职称医师和临床信息采集研究人员共同完成。承担本课题临床信息采集工作的研究人员为从事神经内科临床工作 3 年以上的医师或攻读临床专业学位的博士研究生。(2)严格语言学评估及针刺、语言康复治疗操作规程,统一培训,派专人前往中国康复研究中心听力语言科进修,设专职人员进行语言学评价、语言康复训练治疗、针刺治疗,运用汉语失语症失语类型的鉴别诊断流程来诊断运动性失语症。

### 1.5 统计学处理

临床观察数据采用 SPSS 13.0 软件进行分析处理,其中描述性统计分析,定性指标以频数表、百分率描述。

## 2 结果

### 2.1 中医证候学分布

将本研究中各证候类型出现的频次占样本总数的百分比进行描述性分析,结果显示入组当天患者以肝肾阴虚、气虚血瘀为主,其次为痰湿内阻;而经过 1 个月的治疗后证候类型转化为以风痰瘀阻为首位,而其次为气虚血瘀;3 个月随访则又以肝肾阴虚加气虚血瘀为首位,其次为气虚血瘀,其分布特点见表 1。

表 1 不同时间点证候类型的分布特点

证候类型	判断证候类型的时间点		
	入组当天出现频次(%)	治疗后 1 个月出现频次(%)	入组后 3 个月出现频次(%)
肝肾阴虚	23.40	2.10	4.80
气虚血瘀	25.50	19.10	21.40
痰湿内阻	4.30	8.50	14.30
阴虚风动	2.10	6.40	7.10
痰热内闭	2.10	10.60	2.40
风痰瘀阻	4.30	42.60	11.90
肝肾阴虚+气虚血瘀	17.00	4.30	28.60
气虚血瘀+痰湿内阻	17.00	2.10	4.80
肝肾阴虚+阴虚风动	2.10	2.10	2.40
肝肾阴虚+风痰瘀阻	42.60	2.10	2.40
合计	100.00	100.00	100.00

## 2.2 中医症状学分布

由中医脑病学主任医师专家团队论证筛选出中风后失语肝肾阴虚、气虚血瘀、痰湿内阻、阴虚风动、痰热内闭、风痰瘀阻证的 45 个相关症状,观察纳入病例的 3 个时间点的症状分布情况。表 2~4 中症状排列顺序按照该症状出现频次的百分比由高到低排列,从表 2 中可以看出,入组当天语言謇涩作为语言障碍的常见症状出现率最高;其次是错语、健忘、舌红、表情淡漠、偏身麻木;表 3 显示经过 1 个月的治疗以后,偏身麻木症状居于首位,其次是健忘、舌红,语言蹇涩和困倦乏力居第三位,表情淡漠、神情呆滞、出现频率明显降低;3 个月随访时,表情淡漠、语言蹇涩、偏身麻木、健忘、困倦乏力约占 30%~35%。

## 3 讨论

### 3.1 中风后失语证候学变化

针对中风后失语,现代医家多认为病因为风火痰阻、或为血脉瘀滞、或为风火痰瘀共同阻滞音窍、神机失用而为失语,其病位在脑。陈升王等<sup>[12]</sup>曾据临床症状及中医辨证将中风恢复期失语分为:风痰瘀阻型、气虚络瘀型、肝肾亏虚型来进行治疗,并指出痰瘀为中风后失语的重要病理环节。本研究观察到在入组当天以虚为主兼瘀;治疗 1 个月后则以风痰瘀为主兼虚;3 个月随访则出现气阴亏虚兼瘀,分别由气虚血瘀、风痰瘀阻、肝肾阴虚+气虚血瘀证居于前三位。胡建鹏等<sup>[13]</sup>认为“气虚血瘀”为中风病主要病机特点,沈金鳌

表 2 入组当天症状分布

症状	出现频次(%)	症状	出现频次(%)
语言蹇涩	59.60	面色萎黄	14.90
错语	48.90	少寐	14.90
健忘	48.90	多梦	14.90
舌红	48.90	苔白腻	14.90
表情淡漠	44.70	形体臃肿	12.80
偏身麻木	44.70	盗汗	12.80
神情呆滞	34.00	易醒	12.80
困倦乏力	29.80	脘腹胀满	12.80
咽干口燥	29.80	脉细涩无力	12.80
肢软无力	27.70	目眩	10.60
耳鸣	27.70	脉沉缓滑	10.60
手足重滞	27.70	手足浮肿	8.50
苔少	27.70	五心烦热	6.40
舌淡紫	27.70	头重如裹	6.40
脉弦细或细数	27.70	舌胖大有齿痕	6.40
头晕	25.50	舌体瘦	4.30
腰膝酸软	25.50	脉细弱	4.30
暗淡无华	23.40	面白唇暗	2.10
头闷胀	21.30	颧红	2.10
入睡困难	21.30	喉中痰鸣	2.10
早醒	19.10	胁痛	2.10
口吐痰涎	17.00	独语	0.00
头痛	17.00		

表 3 治疗后 1 个月症状分布情况

症状	出现频次(%)	症状	出现频次(%)
偏身麻木	61.70	暗淡无华	19.10
健忘	48.90	头痛	17.00
舌红	48.90	多梦	17.00
困倦乏力	42.60	脘腹胀满	14.90
语言蹇涩	42.60	舌胖大有齿痕	14.90
头闷胀	38.30	五心烦热	12.80
苔白腻	38.30	头晕	12.80
表情淡漠	36.20	入睡困难	12.80
手足重滞	36.20	面色萎黄	10.60
肢软无力	34.00	盗汗	10.60
脉沉缓滑	29.80	舌体瘦	10.60
口吐痰涎	27.70	脉弦细或细数	10.60
腰膝酸软	27.70	形体臃肿	8.50
神情呆滞	25.50	头重如裹	6.40
少寐	25.50	易醒	6.40
咽干口燥	23.40	胁痛	6.40
早醒	23.40	手足浮肿	4.30
舌淡紫	23.40	面白唇暗	4.30
错语	21.30	颧红	2.10
目眩	21.30	脉细弱	2.10
耳鸣	21.30	喉中痰鸣	2.10
苔少	21.30	独语	0.00
脉细涩无力	21.30		

表 4 入组后 3 个月症状分布情况

症状	出现频次(%)	症状	出现频次(%)
困倦乏力	59.50	咽干口燥	14.30
健忘	54.80	早醒	14.30
偏身麻木	40.50	手足浮肿	14.30
头闷胀	38.10	脉弦细或细数	14.30
脘腹胀满	33.30	暗淡无华	11.90
舌淡紫	33.30	头重如裹	11.90
语言蹇涩	31.00	目眩	11.90
手足重滞	31.00	多梦	11.90
舌红	31.00	腰膝酸软	11.90
苔白腻	31.00	入睡困难	9.50
表情淡漠	28.60	形体臃肿	7.10
口吐痰涎	28.60	五心烦热	7.10
耳鸣	21.40	胁痛	7.10
脉细涩无力	21.40	舌体瘦	7.10
脉沉缓滑	21.40	面色萎黄	4.80
头晕	19.00	错语	4.80
苔少	19.00	易醒	4.80
肢软无力	16.70	面白唇暗	2.40
盗汗	16.70	脉细弱	2.40
头痛	16.70	颧红	0.00
少寐	16.70	喉中痰鸣	0.00
舌胖大有齿痕	16.70	独语	0.00
神情呆滞	14.30		



认为“虚为中风之根也，惟中风病由于虚”<sup>[14]</sup>，气虚则推动、温煦、防御和气化功能减退，脉络瘀痹，形成瘀血；气虚转为阳虚，而寒内生，瘀阻脑络，致脑神失养，进而显现风痰瘀错杂兼虚；中风病好发于中老年人，其肝肾亏虚，肾主藏精，为先天之本、封藏之本、五脏阴阳之本，故把髓作为肾脑关系的中间环节<sup>[15]</sup>；中风后失语的证候演变表现为本虚标实、虚实夹杂、虚实转化的过程，风、火、痰、瘀为其主要病理因素，临床治疗延长至 2~3 个月将会达到更好效果，并将化痰通络治疗贯穿始终。

### 3.2 中风后失语的症候学变化与认知功能变化的关系

风、火、痰、瘀、虚五种病理因素在一定的病机下均可扰动清窍，神机失用致为失语，同时可并见情绪抑郁或心烦易怒、失眠多梦、气短乏力等七情失调神志问题。于增志等<sup>[16]</sup>指出脑损伤后失语症病人存在认知功能障碍，语言功能与认知功能之间存在相互促进和相互影响的关系。中风后失语患者抑郁情绪出现的频率高于不伴有失语的患者<sup>[17]</sup>，失语患者的非语言性认知功能障碍发生率接近 90%<sup>[18]</sup>。语言交流能力有赖于如注意力、记忆力等相关的认知能力，中风病患者多有一定程度的认知障碍，而对认知功能障碍的治疗能提高语言交流能力<sup>[19]</sup>。张茹等<sup>[20]</sup>研究发现语言康复训练与认知康复训练联合治疗对病人语言交流能力的提高有显著意义。患者中风后突发的语言障碍，不仅影响日常生活与工作，往往还会导致情绪低落、心情抑郁；而这种消极的情绪又在一定条件下成为新的致病因素，影响患者的语言功能，增加语言康复的难度。因此，语言功能与其他认知功能密不可分，相互影响。本研究中的中风后失语患者在入组时，除了出现语言謇涩、错语、健忘、舌红、表情淡漠、偏身麻木、神情呆滞等主要症状，且可见语言症状与健忘、表情淡漠、神情呆滞等认知功能障碍类症状同时发生；经过 1 个月的中医综合康复治疗干预后，患者的语言謇涩、错语症状明显改善，同时，健忘、表情淡漠、神情呆滞所占的比例亦有不同程度的下降。在 3 个月后的随访中错语和神情呆滞所占的比例明显下降。由此可见，中风后失语的症候学变化不是孤立发生的，是与其他认知功能相辅相成、共同变化，亦为中风后失语的治疗提供了新思路，即在针对失语对症治疗时，也要注重调节和改善患者的其他的认知功能，做到形神兼顾、相得益彰。

### 3.3 展望

总之，中风后失语的病机复杂，以虚为本，风、火、痰、瘀为标，本虚标实，五脏功能失调，神机失用。中医综合康复治疗方案将辨证针刺治疗、语言康复训练治疗和内科基础治疗相结合，既可采用先进的现代疗法，又要发挥中医辨证论治的特色优势，在改善中风后失语患者语言功能的同时，也要在一定程度上重视中风后失语患者的认知功能改善，使得二者相互促进，更有利于患者的语言功能恢复，并为提高临床诊疗水平和开展临床研究提供了新切入点，为进一步深入开展中风后失语辨证诊疗和方案优化奠定了基础。在未来，遵从中医特色优势和科学研究的严谨性原则，将真实世界研究方法<sup>[21]</sup>引入中风后失语的研究，融合现代临床流行病学、循证医学、统计学和信息科学等概念、理论和技术，进行大样

本、多时点和更广泛人群的长期评价，客观总结中风后失语的内在证候演变规律，以期形成符合临床实际的中风后失语证候诊断与评价标准，提高中风后失语的临床诊治效果。

### 参 考 文 献

- [1] 吴江. 神经病学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:171.
- [2] Engelter ST, Gostynski M, Papa S, et al. Epidemiology of aphasia attributable to first is chemistroke incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis[J]. Stroke, 2006, 37(6):1379-1384.
- [3] 刘威, 李燕梅. 中风失语症病机概述[J]. 中医临床研究, 2013, 24(4):121-122.
- [4] 常静玲, 高颖, 曹克刚, 等. 针刺加语言康复治疗 49 例卒中后运动性失语的随机对照研究[C]//2009 年中华中医药学会内科分会全国中医内科临床科学研究专题研讨会论文集汇编, 2009:11.
- [5] 刘卫仁. 浅谈针灸治疗中的形神合一[J]. 湖南中医杂志, 2015, (4):99-101.
- [6] 郭蕾, 王永炎. 关于证候概念的诠释[C]//中华中医药学会内科分会学术年会资料汇编, 2007:5.
- [7] 中华医学会全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [8] 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)[S]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1):55-56.
- [9] 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, (6):60-61.
- [10] 饶明俐.《中国脑血管病防治指南》简介[C]//中华医学会第七次全国神经病学学术会议论文集汇编, 2004:10.
- [11] 张伯臬. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1991:208.
- [12] 陈升王, 何永其. 中医辨证分型治疗中风后恢复期失语疗效观察[J]. 新中医, 2015, (11):42-43.
- [13] 胡建鹏, 程红, 邵峦, 等. 中风病“气虚血瘀”病因病机探析[J]. 安徽中医学院学报, 2006, (2):1-4.
- [14] 吕晶. 脑梗死(中风)中医“肝肾阴虚, 脑络瘀滞”病机理论探析[J]. 环球中医药, 2015, 8(2):169-172.
- [15] 常静玲, 刘剑, 高颖. 论中风后失语从肾论治的理论渊源及现代生物学基础研究[J]. 中华中医药杂志, 2012, 27(7):1904-1907.
- [16] 于增志, 王军, 周文生, 等. 脑损伤后失语症患者认知功能障碍对语言功能的影响[J]. 中国临床康复, 2005, 9(32):37-39.
- [17] 林润, 陈锦秀, 蔡丽娇. 脑卒中失语症患者生活质量研究进展[J]. 护士进修杂志, 2013, 28(5):403.
- [18] 王茜, 刘晓加. 卒中后失语与卒中后认知功能障碍的相关因素研究现状[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2015, (24):4685-4689.
- [19] 王珏. 脑卒中后失语症的 P300 研究[J]. 实用老年医学, 2004, 18(5):273-274.
- [20] 张茹, 赵亚军, 袁海花. 计算机辅助认知训练对脑卒中后失语病人语言功能恢复的疗效观察[J]. 中国微侵袭神经外科杂志, 2014, (12):552-554.
- [21] 刘保延. 真实世界的中医临床科研范式[J]. 中医杂志, 2013, 54(6):451-455.

(收稿日期: 2016-05-24)

(本文编辑: 禹佳)