

“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方对缺血性脑卒中后失语患者语言功能及神经损伤标志物的影响

甘俊鹤^{1*} 王 峰² 崔向武¹

摘要 目的:探索“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方对缺血性脑卒中(IS)后失语患者语言功能及神经损伤标志物的影响。**方法:**选取 96 例 IS 后失语患者为研究对象,随机分为针刺组和针药组。两组均予 Schuell 语言训练,针刺组 48 例予“四冲穴”阴中阴阳针法,针药组 48 例增加开窍醒神方,治疗 4 w 后对比两组临床疗效、语言功能、神经损伤标志物水平。**结果:**针药组临床总有效率为 93.75%,高于针刺组的 77.08%($P<0.05$)。两组治疗 4 w 末书写能力、复述能力、阅读能力、听理解能力评分水平较治疗前升高,针药组高于针刺组($P<0.05$)。两组治疗 4 w 末调控中枢神经特异性蛋白(S100 β)、神经元特异烯醇化酶(NSE)水平较治疗前降低,针药组低于针刺组;血管内皮生长因子(VEGF)、血管生成素(Ang-2)水平较治疗前升高,针药组高于针刺组($P<0.05$)。**结论:**“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方可调节 IS 后失语患者神经损伤标志物水平,改善语言功能,提高临床疗效。

关键词 阴中阴阳针法;开窍醒神方;缺血性脑卒中;语言功能

缺血性脑卒中(ischemic stroke, IS)是指局部脑组织因血液循环障碍缺血、缺氧而发生的脑组织软化、坏死。目前,临床上对于 IS 后失语患者除常规 Schuell 语言训练外,针刺疗法亦较多应用,可改善言语不利症状,但部分患者可能出现胸闷、恶心等不良反应^[1]。《金针赋》言“阴中之阳,先热后寒。深而浅,以六九之方,则先泻后补也”,提出了阴中阴阳针法。研究^[2]指出,中药疗法配合针刺治疗可调节 IS 后失语患者的语言表达水平,提升生活质量。基于此,笔者在“四冲穴”阴中阴阳针法的治疗基础上配合开窍醒神方,探究其对 IS 后失语患者语言功能的影响及对中枢神经特异性蛋白(Soluble protein-100 β , S100 β)、血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)、NSE、Ang-2 等神经损伤标志物水平的调控作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2019 年 7 月—2020 年 11 月就诊于鹤壁市中医院的 96 例 IS 后失语患者为研究对

象,采用随机数字表法分为针刺组和针药组。针刺组 48 例,男 25 例,女 23 例;年龄 42~69 岁,平均年龄(56.18 \pm 8.23)岁;病程 45~73 d,平均病程(58.07 \pm 9.35)d;卒中部位为左侧 21 例,右侧 16 例,双侧 11 例。针药组 48 例,男 27 例,女 21 例;年龄 45~68 岁,平均年龄(57.32 \pm 8.16)岁;病程 45~73 d,平均病程(57.94 \pm 9.42) d;卒中部位为左侧 23 例,右侧 15 例,双侧 10 例。两组基线资料经比较无差异,具有可比性($P>0.05$)。本研究经鹤壁市中医院医学伦理委员会审核批准(伦理审批号:20190710)。

1.2 诊断标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[3]中 IS 的西医诊断标准和《中药新药临床研究指导原则》^[4]中相关中医诊断标准。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准;(2)经颅脑 CT、MRI 等检查确诊;(3)首次出现 IS,存在明显的语言功能障碍,符合失语症诊断标准^[5];(4)神志清晰,发病前语言正常;(5)患者以及家属均签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)患有心肺系统疾病者;(2)患有内分泌系统疾病者;(3)肝肾功能不全者;(4)其他原因引起的语言功能障碍者;(5)精神异常者。

1.5 剔除标准 (1)治疗期间未依照设定的诊治方案进行治疗者;(2)治疗期间进行其他对语言功能有

* 作者简介 甘俊鹤,男,副主任中医师。研究方向:中医康复治疗。

• 作者单位 1. 鹤壁市中医院康复科(河南 鹤壁 458030);2. 鹤壁市中医院脑病科(河南 鹤壁 458030)

影响的治疗而干扰疗效判定者；(3)纳入后所采集资料不全而影响疗效判断者。

1.6 中止标准 在治疗过程中出现严重并发症或严重不良事件,如再次出现脑血管意外或者严重肺部感染者。

1.7 治疗方法 两组均给予 Schuell 语言训练,0.5 h/次,3次/w。

1.7.1 针刺组 依据明代杨继洲《针灸大成·针有深浅策》选用阴中隐阳针法,“四冲穴”的选择采用二井穴二原穴的配伍原则,行“四冲穴”阴中隐阳针法。选取关冲、中冲、太冲、神门穴,并对施针部位及施针手指常规消毒。具体操作:对于关冲、中冲穴,应用左手拇、食指揉压推按局部,采用三棱针迅速刺入,刺入深度为 3~5 mm,并用力挤压,使少量出血,应用消毒干棉球对针孔进行按压;对于太冲、神门穴,采用一次性无菌毫针(0.30 mm×40 mm)针刺,待进针后,先于深层(即刺入深度为 0.8 寸区域)紧提慢按六数,再于浅层(即刺入深度为 0.3 寸区域)紧按慢提九数,不留针。上述操作手法持续操作 5 次,然后出针。针刺 1 次/d。

1.7.2 针药组 在针刺组治疗基础上增加开窍醒神方。药物组成:黄芪 30 g,苏合香 20 g,石菖蒲 20 g,川芎 15 g,牛膝 15 g,瓜蒌 9 g,地龙 9 g,当归 9 g。上方加水煮沸,煎煮至 400 mL,分 2 次早晚饭后温服,1 剂/d。

两组均持续治疗 4 w。

1.8 观察指标

1.8.1 临床疗效 比较两组治疗 4 w 末临床疗效。波士顿失语诊断测验(Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE)对失语症严重程度进行评估,包括 0~V 级,等级越高表示失语症严重程度越轻。显效为干预后 BDAE 分级提高不小于 2 个等级;有效为干预后

BDAE 分级提高 1 个等级;无效为干预后 BDAE 分级提高小于 1 个等级。临床总有效率为显效例数与有效例数之和与总例数的百分比。

1.8.2 语言功能 比较两组治疗前、治疗 4 w 末语言功能。参照汉语失语症康复治疗专家共识^[5]中疗效判定标准对语言功能进行评估,包括书写能力、复述能力、阅读能力、听理解能力 4 项,每项分数 0~100 分,分数越低表示语言功能越差。

1.8.3 神经损伤标志物水平 比较两组治疗前、治疗 4 w 末神经损伤标志物水平。抽取患者清晨空腹肘静脉血 3 mL,3700 r/min 离心 14 min,分离血清,酶联免疫吸附试法测定 S100β、VEGF、血管生成素(Ang-2)以及神经元特异烯醇化酶(NSE)水平。

1.9 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,比较以 *t* 检验,计数资料采用 % 表示,比较以 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 针药组临床总有效率为 93.75%,针刺组总有效率为 77.08%,两组比较,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组 IS 后失语患者临床疗效比较[n(%)]

组别	显效	有效	无效	总有效
针刺组	28(58.33)	9(18.75)	11(22.92)	37(77.08)
针药组	34(70.83)	11(22.92)	3(6.25)	45(93.75)*

注:与针刺组比较,**P*<0.05

2.2 语言功能 两组治疗 4 w 末书写能力、复述能力、阅读能力、听理解能力评分较治疗前升高,差异具有统计学意义(*P*<0.05);针药组各项语言功能均高于针刺组,差异具有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

表 2 两组 IS 后失语患者治疗前后语言功能比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	书写能力		复述能力		阅读能力		听理解能力	
	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末
针刺组	21.06±3.76	50.17±4.28 [△]	19.11±2.87	44.21±3.16 [△]	20.08±3.57	60.24±4.73 [△]	20.92±2.85	56.14±3.14 [△]
针药组	20.87±3.83	59.16±4.85 ^{△*}	18.94±3.02	53.72±4.62 ^{△*}	19.86±3.64	70.23±5.16 ^{△*}	21.07±3.04	63.52±3.78 ^{△*}

注:与同组治疗前比较,[△]*P*<0.05;与针刺组治疗 4 w 末比较,**P*<0.05

2.3 神经损伤标志物水平 两组治疗 4 w 末 S100β、NSE 水平较治疗前均有降低,VEGF、Ang-2 水平较治疗前均有升高,差异均具有统计学意义(*P*<0.05)。针药组与针刺组治疗后各项指标比较,差异均具有统计

学意义(*P*<0.05)。见表 3。

3 讨论

IS 后,若病变累及语言中枢,患者可出现语言障

表 3 两组 IS 后失语患者治疗前后神经损伤标志物水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	S100 β (ng/mL)		VEGF(ng/L)		Ang-2(ng/L)		NSE(ng/mL)	
	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末	治疗前	治疗 4 w 末
针刺组	2.38 \pm 0.53	1.62 \pm 0.35 [△]	268.34 \pm 23.62	329.24 \pm 19.31 [△]	23.56 \pm 4.27	31.52 \pm 4.63 [△]	31.16 \pm 6.23	22.08 \pm 5.35 [△]
针药组	2.42 \pm 0.49	1.03 \pm 0.28 ^{△*}	267.92 \pm 24.28	371.36 \pm 20.25 ^{△*}	22.82 \pm 4.53	38.24 \pm 4.91 ^{△*}	30.95 \pm 6.31	17.42 \pm 5.21 ^{△*}

注:与同组治疗前比较,[△] $P < 0.05$;与针刺组治疗 4 w 末比较,^{*} $P < 0.05$

碍。现临床上针对 IS 后失语患者的康复治疗常采用针刺疗法,可改善语言障碍,但临床远期效果不明显。研究^[6]表明,中药疗法可提升 IS 后失语患者语言沟通能力,改善认知功能。

《针灸大成·针有深浅策》曰:“先热后寒者,是阴隐于阳也。”而中风发病的最根本原因是体内阴精的不足,阴虚引起阳盛则热,外邪耗伤阳分则寒。根据杨继洲阴中阴阳之法,其主要治疗要点为阴不足之人发病先热后寒,施以阴中阴阳之法,先泻后补。《难经·六十六难》谓“三焦者,原气之别使也,主通行三气,经历于五脏六腑”,指出了原气通过三焦而输布于五脏六腑。《难经》亦言“五脏六腑之有病者,取其原也”,故配穴选用肝经与心经的原穴。其中,神门为手少阴心经上的原穴,该穴与通里穴位置相近,具有利喉舌作用;太冲为足厥阴肝经原穴,采用阴中阴阳针法,可调气息风、宁心安神,对 IS 的脑缺血状态具有调节作用,可在一定程度上改善语言障碍症状^[7]。本研究所采用的开窍醒神方由瓜蒌、牛膝等中药组成。药理研究^[8]表明,瓜蒌水煎液通过调节凋亡基因 Bcl-2 的表达,抑制细胞凋亡,可改善脑缺血状态,降低语言中枢损伤;牛膝中的三萜皂苷具有改善微循环的作用,可改善脑缺血状态,减轻语言中枢神经损害,改善语言障碍症状。本研究显示,针药组临床总有效率高于针刺组,表明“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方治疗本病可提高临床疗效。

针药组治疗 4 w 末书写能力、复述能力、阅读能力、听理解能力评分高于针刺组,表明“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方可改善语言功能。《黄帝内经》云“心开窍于舌”,提示 IS 后失语的发生与心有着密切联系。清代张志聪言:“音声之器,在心为言。”因此,笔者选取了心包经膻穴。而《灵枢·九针十二原》曰:“所出为井”,指出了井穴为精气流出的部位。故所选取的关冲、中冲穴分别归属于手少阳三焦经、手厥阴心包经,均为井穴。研究所采用的阴中阴阳针法,先泻后补,可发挥开窍利喉舌的作用。但由于部分患者痛觉较为敏感,致使其临床配合度不高,导致

对语言功能的调节效果一般^[9]。因此联合开窍醒神方,方中石菖蒲水煎液可提高胆碱乙酰化转移酶的活性,推动乙酰胆碱合成进程,利于中枢神经系统在兴奋与抑制间平衡状态的维持,促使神经功能的灵活性得以增强,使脑细胞对缺血缺氧的耐受程度增强,从而减轻语言中枢的受损程度,利于语言功能的改善;当归水煎液可促进 VEGF 的高表达,对缺血的神经元凋亡发挥抑制作用,且其所含的当归多糖可促进造血干细胞的增殖分化,从而改善造血微环境,调节脑部缺血状态,降低对语言中枢神经的损伤;地龙水煎液可降低大脑局灶性缺血损伤,避免神经元凋亡,减轻对语言中枢神经的损害,调节语言功能^[10]。

本研究应用二井穴二原穴配伍原则,选取“四冲穴”并采用阴中阴阳针法,先泻后补,可改善中风症状,减轻神经损伤,间接调节神经损伤标志物水平。但部分患者在针刺治疗时,可能出现胸闷、恶心等不良反应,影响疾病预后^[11]。在开窍醒神方中,苏合香中的安息香酸、 α -松油醇等可提高超氧化物歧化酶的活性,减轻氧化应激损伤,且其能下调 Toll 样受体 9 的表达,促使氧化应激得以有效控制,有利于发挥神经保护作用;川芎中的川芎嗪可提高谷胱甘肽过氧化物酶活力,可抑制丙二醛合成,发挥抗氧化作用,避免神经损害;黄芪中的黄芪多糖可上调铁血红素氧合酶-1 蛋白表达,具有神经保护作用,可调节神经损伤标志物水平^[12]。研究发现针药组治疗 4 w 末 S100 β 、NSE 水平低于针刺组;VEGF、Ang-2 水平高于针刺组,表明“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方可调节神经损伤标志物水平。

综上所述,“四冲穴”阴中阴阳针法配合开窍醒神方治疗 IS 后失语患者,汇聚了《黄帝内经》和《针灸大成》针刺补泻理论的思想精华,是对古典针灸理论的进一步创新。将针刺与中药治疗相结合,可发挥协同增效作用,能更有效地改善语言功能,调节神经损伤标志物水平,改善语言障碍症状;且有利于避免在单纯针刺治疗期间部分患者因需定期至医院针刺治疗所产生的消极懈怠心理对临床效果的影响,在 IS 后失

语患者的康复治疗中具有一定临床指导意义。由于本研究时间相对较短,样本选取量较为有限,治疗效果有待更多研究加以观测,需扩大样本量,延长研究时间,作深入探讨。

参考文献

[1]柳刚,孙健健,杨骏,等.“醒脑开窍法”针刺联合言语训练治疗脑卒中失语症临床观察[J].中国针灸,2019,39(4):355-358.
 [2]鲍鑫鑫,刘林,梁秀丽.益肾化痰汤配合醒脑开窍针刺疗法提升脑卒中后失语症的疗效及护理质量效果研究[J].四川中医,2020,38(1):202-205.
 [3]中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,中国医学科学院北京协和医院神经科,四川大学华西医院.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J].中华神经科杂志,2018,51(9):666-682.
 [4]中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国中医药科技出版社,2002:99.
 [5]汉语失语症康复治疗专家共识组.汉语失语症康复治疗专家共识[J].中华物理医学与康复杂志,2019,41(3):161-169.
 [6]张莎莎,肖婷婷,沈凤梅,等.针药联合言语康复训练治疗脑卒中后

失语症62例临床研究[J].江苏中医药,2020,52(12):58-61.
 [7]鲍文,穆燕芳,谢财忠,等.督脉针刺合舌三针辅助言语康复训练治疗脑卒中后失语症疗效及作用机制探讨[J].针灸临床杂志,2020,36(6):32-35.
 [8]黄燕,任晓露,石浩.化痰解语汤结合四冲穴针刺治疗脑卒中后失语症的疗效及护理效果观察[J].四川中医,2020,38(6):133-136.
 [9]陈林,胡明才,肖宇,等.四冲穴阴中隐阳刺法结合益肾化痰汤辅治脑卒中后失语症临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(2):185-186.
 [10]卢英,廖炼炼,梁辉.针药并用联合康复训练对脑卒中后运动性失语患者语言功能,神经功能及血液流变学的影响[J].湖南中医药大学学报,2019,39(9):1138-1142.
 [11]李丽,黄培冬,栾莎,等.管氏舌针结合颅底七穴治疗缺血性脑卒中后失语症的临床研究[J].中华中医药杂志,2020,35(11):5851-5854.
 [12]廖春华,刘朝晖,何珊珊,等.脑血疏口服液联合语言训练治疗卒中后失语的临床疗效[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(7):1142-1144.

(收稿日期:2022-04-07)

(本文编辑:黄明愉)

(上接第41页)

病的病机病理,补充“阴成形”促进“阳化气”可使阴阳得以充沛,阴阳运化无穷。

参考文献

[1]盛文,何清湖.基于“阳化气,阴成形”探讨男性少弱精子症不育的中医论治[J].中国中医基础医学杂志,2020,26(8):1203-1205.
 [2]张学娅,饶宇东,郭春霞.《内经》“阳化气,阴成形”含义探讨[J].辽宁中医杂志,2020,47(4):80-82.
 [3]刘玉良.感悟《黄帝内经》“阳化气,阴成形”[J].中华中医药杂志,2016,31(12):5185-5187.
 [4]高瑞珂,吴喆,许博文.基于“阳化气,阴成形”理论探讨“先安未受邪之地”在恶性肿瘤防治中的作用[J].北京中医药,2020,39(5):405-410.
 [5]周也,张恒艳,李杰.秦国政教授从“阳化气,阴成形”论治耳源性眩晕[J].四川中医,2017,35(10):12-13.
 [6]高阔,肖新春,高小娜.基于“阳化气,阴成形”理论探讨多囊卵巢综合征证治机要[J].江苏中医药,2020,52(6):15-17.
 [7]高思华,王键.中医基础理论[M].北京:人民卫生出版社,2016:17-32.
 [8]宋清江,白晓莉,刘红燕.“阳化气,阴成形”与现代医学的代谢观[J].中国中医基础医学杂志,2007,13(8):572,607.
 [9]项小天,黄晓军.盆底疾病与男性性功能障碍的相关研究进展[J].浙江临床医学,2017,19(12):2372-2374.
 [10]李正富.对“阳化气,阴成形”含义的探讨[J].浙江中医学院学报,2004,28(6):10.
 [11]王玉洁,奚胜艳,王彦晖,等.基于中医“阴平阳秘”理论探讨健康

评定新模式[J].中华中医药杂志,2018,33(11):4817-4820.
 [12]翁浩伟,冯家明,陈琦,等.周少虎教授运用益肾活血方治疗畸形精子症经验[J].中国医药导报,2020,17(17):162-164,168.
 [13]赵冰,李海松,王彬,等.温肾活血法治疗不射精症理论浅探[J].中国性科学,2014,23(8):63-64.
 [14]姚艳,游玉峰.精囊分泌功能与性功能关系的MR成像研究[J].中国性科学,2019,28(11):24-27.
 [15]金保方,薛宇阳,张新东.养精胶囊对老年大鼠精囊超微结构的影响[J].中华男科学杂志,2014,20(1):68-72.
 [16]金亦涵.养精胶囊在男科生殖领域的临床应用[J].中国男科学杂志,2018,32(6):67-68.
 [17]尹昀东,方朝晖.糖尿病性勃起功能障碍中医药研究进展[J].中医药临床杂志,2019,31(11):2027-2030.
 [18]许辉,于静,叶茂.健阳胶囊治疗2型糖尿病勃起功能障碍效果分析[J].中国医药导报,2014,11(7):38-40.
 [19]黄健,徐福松.二地鳖甲煎治疗勃起功能障碍肾阴虚证临床观察[J].中华男科学杂志,2012,18(12):1143-1146.
 [20]刘子毓,张正元,张伦忠,等.国医大师熊继柏辨治阳痿经验[J].中华中医药杂志,2020,35(4):1797-1800.
 [21]陈广辉,孙大林,金保方.金保方治疗勃起功能障碍验案解析[J].辽宁中医杂志,2016,43(1):141-143.
 [22]孙大林,金保方.柴胡加龙骨牡蛎汤在男科疾病中的应用[J].中华中医药杂志,2017,32(11):4960-4963.

(收稿日期:2022-05-04)

(本文编辑:金冠羽)