

引用:黄明鑫,张阳普.不同针法治疗中风后运动性失语的特点和作用机制研究进展[J].中医药导报,2025,31(10):120-124.

不同针法治疗中风后运动性失语的特点和作用机制研究进展*

黄明鑫^{1,2},张阳普²

(1.湖北中医药大学,湖北 武汉 430065;

2.湖北中医药大学附属新华医院/湖北省中西医结合医院,湖北 武汉 430015)

[摘要] 国内外大量临床研究证实,针刺治疗中风后运动性失语的疗效明显。基于该病的病因病机特点,现有研究已总结出多种针刺方法,如邵氏五针、开玄醒神针法、金钩钓鱼针法等,这些针刺方法各具特色与优势,其临床应用价值值得深入探讨。本文通过综述相关研究文献,系统分析各种针法的理论依据、具体操作及作用机制,旨在为针灸临床医师研究和治疗中风后运动性失语提供参考。

[关键词] 运动性失语;中风;针法;作用机制;综述

[中图分类号] R246.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)10-0120-05

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.10.021

Characteristics and Mechanisms of Various Acupuncture Techniques in Treating Post-Stroke Broca's Aphasia

HUANG Mingxin^{1,2}, ZHANG Yangpu²

(1.Hubei University of Chinese Medicine, Wuhan Hubei 430065, China; 2.Xinhua Hospital Affiliated to Hubei University of Chinese Medicine/Hubei Provincial Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine, Wuhan Hubei 430015, China)

[Abstract] Numerous clinical studies, both domestic and international, have confirmed the significant efficacy of acupuncture in treating post-stroke Broca's aphasia. Based on the etiological and pathological characteristics of this condition, scholars have summarized various acupuncture techniques, such as Shao's Five Needles, Kaixuan Xingshen Needling Technique, and Jingou Diaoyu Needling Technique. These techniques possess distinct features and advantages, warranting in-depth investigation of their clinical application value. By reviewing relevant research literature, this article systematically analyzes the theoretical basis, specific procedures, and mechanisms of action of these various techniques, aiming to provide a reference for clinical acupuncturists in researching and treating post-stroke Broca's aphasia.

[Keywords] Broca's aphasia; stroke; acupuncture techniques; mechanism of action; review

我国每年新发中风患者约200万人,其中70%~80%的中风患者因不同程度的后遗症而不能独立生活,极大降低了患者及其家属的生活质量。21%~38%的中风患者存在失语症状^[1],失语类型中又以运动性失语最为常见,约占7.54%^[2]。运动性失语又称Broca失语,1860年由外科医生布洛卡(Broca)首先发现而得名,病变一般由大脑优势半球额叶下回及后上部损伤所引起^[3]。中风后运动性失语的主要表现为患者口语表达障碍,但理解能力相对保留,只能讲一两个简单的词且用词

不当,表达内容多为实词,呈电报式的表达,且语言理解、复述、命名、阅读及书写功能均有不同程度受损。患者由于言语表达困难,不能与家人和医务工作者进行正常的沟通,容易产生负面情绪,且在一定程度上也影响着治疗效果。因此,运动性失语给患者生活带来了许多不便,严重降低了此类患者的生活质量,给家庭和社会都带来了沉重的负担^[4]。目前现代医学治疗中风后运动性失语主要采取言语康复训练为主,药物、物理疗法为辅助的治疗方法,其中言语康复训练中代表

*基金项目:湖北省卫生健康委员会科研立项项目(WJ2023M099);湖北省医学青年拔尖人才计划(T2020005)

通信作者:张阳普,男,副主任医师,研究方向为针灸防治心脑血管病及神经系统疾病

性的治疗技术有Schuell刺激疗法、图片沟通交流训练,当前虚拟现实技术(virtual reality, VR)也逐渐被用于辅助言语训练,药物多用多奈哌齐、吡拉西坦、加兰他敏等,物理疗法代表性的有经颅磁刺激,低频重复经颅磁刺激是目前较为常用的方案^[5]。然而,西医治疗方案的短期疗效欠佳,疗程较长,针刺作为一种绿色、低廉、安全的治疗方法,有望缩短病程,更好地提高患者的生活质量,增强患者及其家属的康复信心。针刺治疗中风后运动性失语的疗效已经在临幊上得到肯定,并且有越来越多的循证医学证据,但是针刺方法不尽相同,许多针刺方法都有其特点和优势^[6]。现对相关针法进行综述,以期为针灸临幊工作者提供思路与方法。

1 基于中医基础理论创立的针法

1.1 醒脑开窍针法 20世纪70年代,石学敏院士通过汲取古代医家之精华,并通过大量临幊和基础医学实践,提出“窍闭神匿,神不导气”为中风的核心病机。基于该病机,石学敏院士创立了以“醒脑开窍、滋补肝肾、疏通经络”为治疗原则的醒脑开窍针刺法,简称醒法。醒法由3个部分组成:一是严格的腧穴处方;二是科学的手法量学标准(针对所选腧穴);三是规范化的腧穴加减方案。这3个部分紧密相关、相辅相成,共同构成醒法的完整体系。取穴上,石学敏院士突破传统中医“治痿独取阳明”的理念,创新性地选取三阴经穴位,其中包括内关、人中、三阴交、风池、完骨、翳风、金津、玉液、上廉泉等。

研究显示,醒法不仅能促进患者中枢神经功能恢复,还可以加强言语相关器官及肌肉的锻炼,反射性地增强言语通路的传入,提高大脑特定区域的兴奋性,从而促进患者的言语能力改善。其作用机制可能与改善脑部血液循环,改善脑代谢,促进大脑病灶区神经功能重建等方面密切相关。临幊研究方面,孙嘉宝等^[7]在言语康复训练基础上采用醒脑开窍针法,与单纯言语训练对比,观察治疗卒中后运动性失语的临幊效果。结果显示,观察组在改善BADE、CRRCAE等言语评分及神经功能评分方面均优于对照组,这表明醒脑开窍针法能改善卒中后运动性失语患者失语症状和神经功能。蔡斐等^[8]对比传统针刺法,观察醒脑开窍针法治疗脑梗死后失语的临幊疗效,结果显示醒法在改善功能性语言沟通能力检查法(CFCP)及汉语失语症检查法(ABC)等言语评分中优于传统刺法,表明了醒法对脑梗死后失语的治疗效果优于传统针刺治疗。

醒脑开窍针法的具体操作:严格遵循醒脑开窍针法要求的手法量学规范,即先刺双侧内关,直刺12.5~25.0 mm,施捻转提插泻法1 min。水沟穴于鼻中隔方向斜刺7.5~12.5 mm,施雀啄手法至流泪或眼球湿润。三阴交沿胫骨内侧缘与皮肤呈45°角斜刺,进针25.0~37.5 mm,用提插补法,使患侧下肢抽动3次为度。风池、完骨、翳风针向喉结,针刺20.0~37.5 mm,施小幅度高频率捻转补法1 min。金津、玉液用75 mm毫针点刺放血。上廉泉针25.0~37.5 mm,提插泻法,向喉结方向针刺,使针感抵达咽喉部。针刺1次/d,每次留针25 min左右,连续针刺5次后休息2 d,连续5 d为1个疗程,共治疗3个疗程。

1.2 邵氏五针法 邵氏五针法以河南邵氏针灸学术思想为

指导,具有组方严谨有序、重用特定穴、手法操作多元化和标准化的特点。邵氏五针精心选取了百会透颌厌、双侧心俞和廉泉穴。百会穴为诸阳之会,针刺此穴可醒神益智。颌厌在针刺临幊中使用较少,但武连仲教授却很看重该穴的运用,认为该穴不仅可以作为脑的引经穴,并且能够和百会穴协同提高醒脑调神的疗效,单独针刺颌厌有利于疏脑通络^[9]。心俞穴则有宁心安神的功效。廉泉为任脉上的穴位。针刺此穴可使舌根部经络得以疏通,有利于改善构音器官的功能,进而改善语言功能。诸穴合用,通过施加多种行针及补泻手法,以针刺刺激来激发经气,使脑干网状上行系统得以激活,大脑皮质特定区域神经细胞的兴奋性得以提高,脑皮层语言功能的抑制状态得以改变,并且沟通回路来形成条件反射,进而调节语言中枢变性细胞,促进语言功能的改善^[10]。

临床研究显示,在邵氏五针联合语言康复治疗与单纯语言康复治疗的对照中,两组治疗后血清降钙素基因相关肽(CGRP)水平均较前显著升高,血清内皮素-1(ET-1)水平均较前显著降低,但两者都以观察组的改善更为显著。血清中的CGRP和ET-1是维持血管舒张与收缩的重要因子,CGRP、ET-1分别为舒血管神经肽、缩血管神经肽,当人体处于正常情况时二者保持动态平衡,脑血管正常舒缩状态得以维持^[11]。这表明该针法可以通过调节患者血清CGRP、ET-1的表达水平,增加脑部病灶区域的血供,改善脑血流动力学状态,从而促进语言功能的恢复。此外,两组患者治疗前后均进行美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分,并采用经颅多普勒超声测定大脑前、中、后动脉的平均血流速度。结果显示:观察组NIHSS评分均显著低于同期对照组;两组患者大脑前、中、后动脉平均血流速度均显著加快,且观察组改善更显著。这说明相较于单纯语言康复治疗,邵氏五针在改善语言功能和脑部血流动力学方面更具优势^[12]。

邵氏五针的具体操作:(1)双侧心俞。直刺,得气后隔10 min行针1次,连续行针3次后拔出;(2)百会。分别向两侧颌厌方向刺入,针与头皮呈15°角刺入帽状腱膜下,快速捻转,频率为200转/min左右,每隔10 min行针1次,连续行针3次后拔出;(3)廉泉穴。向舌根方向刺入,得气后以右手拇指、示指行虚搓法,将针体向前捻转针柄3次,使针下出现沉紧涩滞感时,牵拉针柄做轻微提抖6次,使局部产生酸胀感,然后将针提至皮下,以45°角依次斜向金津、玉液两方向,做同样的虚搓、提抖手法6次,最后将针提至皮下,重新刺入廉泉穴,留针候气。1次/d,每周治疗5次,10次为1个疗程,两疗程间间隔1周,共治疗2个疗程。

1.3 开玄醒神针法 开玄醒神针法以中医玄府理论为基础创立,具体选取双侧通里、翳风、风池、神门、神堂、风府、四神聪、神道等穴位。广义上玄府作为机体微观结构的总称,承载着气机升降出入、津液输布流通的核心功能,其生理状态以“开通和顺”为要,病理则表现为“闭塞阻滞”或“开泄失衡”。中医视脑为“元神之府”,中风后运动性失语的病位在脑,脑主导人体的精神意识、思维活动、肢体运动、心理状态及语言功能。脑玄府作为中医理论中脑部结构功能的微观组成部分,是玄府理论在脑部的具体体现,其闭塞或过度开泄与中风后

运动性失语的发生密切相关^[13]。因此本针法引入中医脑玄府理论,中风后运动性失语症的关键是恢复脑玄府的气液宣通功能。

结果显示,对运动性失语的脑梗死患者Broca区进行磁共振波谱及灌注成像分析,结果显示语言功能区呈现低灌注、低代谢表现,这与脑玄府闭塞或开泄过度的病机高度相似^[14]。临床研究表明,在治疗缺血性脑卒中后运动性失语症时,以单纯语言康复训练作为对照组,在此基础上联合开玄醒神针法作为观察组。结果显示,观察组在改善汉语失语成套测验(ABC)、失语商(AQ)、日常生活交流活动能力(CADL)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)等指数评分及大脑前、中动脉血流参数方面,均显著优于对照组。这表明,开玄醒神针法在提升患者语言认知功能及日常生活能力方面具有更显著的临床疗效^[15]。

开玄醒神针法采用子午捣臼法,具体操作为进针得气,得气之后先重插轻提配合左转9次,再轻插重提配合右转6次,最后留针20 min,1次/d,每周治疗5次,一共治疗6周。

1.4 金钩钓鱼针法 金钩钓鱼针法由郑毓琳先生在家传手法基础上创新而成,为“郑氏家传八法”之一,具有疏通经络、平衡阴阳、通畅血脉之效。该针法命名源于针灸名家窦汉卿所著《标幽赋》中对得气感的描述——“如鱼吞钩饵之浮沉”。金钩钓鱼针法既结合传统针刺的提插手法与“如鱼吞钩饵之浮沉”的得气理论,又紧密关联经筋理论^[16]。金钩钓鱼针法选取的金津穴、玉液穴在现代针灸中属经外奇穴,但其最早记载可追溯至《黄帝内经》。书中指出两穴归属于足少阴肾经,且因“舌为心之苗窍”,故两穴与心、肾二经联系最为紧密。从中医经络理论分析,两穴可通过经络系统与各脏腑相通,促进脏腑气血交汇,因此针刺两穴有清心开窍、引肾水、润机关的功效。

从西医解剖学理论来看,金津穴、玉液穴位于舌系带下方,其周围分布有舌下神经、舌咽神经、三叉神经及迷走神经等重要神经分支。针刺两穴可以刺激神经末梢来促进神经反射的恢复,进而能够协调组织的修复再生,促进语言功能的改善。临床研究表明,对比常规针刺手法,金钩钓鱼针法在改善语言功能方面的疗效更加显著。具体表现在,以汉语失语症检查表的阅读、复述、谈话、理解4个方面作为评分标准,治疗组在阅读、复述、谈话方面均显著提升,但两组在理解方面没有明显差异,这表明金钩钓鱼针法在改善阅读、复述与谈话等方面效果更好。在BDAE语言分级方面,两组组间对比差异具有统计学意义,治疗组比对照组优势更加明显,表明治疗组在提升失语症患者语言分级方面优于对照组^[17]。

金钩钓鱼针法的操作:进针得气后,使针体向前捻转直至操作者感针下沉紧,使针尖微微提抖后再转回针,待针下松滑再将针尖调整方向按此操作1次,如此换方向操作2~3次,操作完毕后不留针,并且在出针后不扣闭针孔。1次/d,连续5次为1个疗程,间隔1 d开始下一疗程,共治疗3个疗程。

1.5 醒神启闭针刺法 湖南著名针灸学家严洁教授以中医“脑为元神之府”理论为根基,结合数十年临床经验,提出中风的核心病机为“脑窍闭阻,神机失用”,并据此创立醒神启

闭针刺法。该疗法以通脑窍、复神机为治疗核心,旨在通过针刺调节脑神功能,恢复机体正常生理活动。严洁教授认为,脑为清窍之腑,易阳亢风动且被诸邪蒙窍。素体亏虚或脏腑功能失调,加上劳倦、情志不调等诱发因素,导致瘀血、痰热蒙蔽脑窍而神机失用,经脉痹阻,最终发为中风^[18]。值得关注的是,醒神启闭针刺法在理论上与石学敏院士的醒脑开窍针法具有相似性,但在选穴思路和操作细节上又独具特色,体现了不同学术流派的临床经验分化。选穴上,醒神启闭针刺法重视阴阳相配取穴,分为醒神穴和通络穴两组。醒神穴包括水沟、内关(双)、通里(患侧)、大陵(患侧)、太冲(双),通络穴包括合谷(患侧)、曲池(患侧)、气海、血海(患侧)、阳陵泉(患侧)、足三里(患侧)、悬钟(患侧)。操作上,严洁教授根据南方地区患者“气候湿热、人群多气虚夹湿”的体质特点,调整针刺手法,即:(1)刺激量小。采用轻提插、慢捻转手法以避免过度耗气。(2)注重补法。气海、足三里等穴行捻转补法,配合艾灸(如隔姜灸气海)增强温通效果,以适应南方患者“阳气易虚、湿邪易困”的生理状态。

目前,醒神启闭针刺法在中风后运动性失语领域的研究仍处于起步阶段,临床证据与作用机制探讨均有待进一步开展系统性研究。已有研究发现,醒神启闭针刺法可提高外周血中内皮祖细胞(EPCs)的含量,而内皮祖细胞是血管内皮细胞的前体细胞,能稳定血管内膜、修复受损的血管,因此醒神启闭针刺法或许可以促进大脑缺血区血管的新生与侧支循环的建立,从而改善脑部缺血区的血供^[19]。这为该针法可能改善脑部缺血区血流动力学提供了证据支持,值得对此开展更广泛的研究。

醒神启闭针刺法的具体操作:先刺水沟穴,往鼻中隔方向刺入7.5~12.5 mm,旋转针柄,轻轻震颤,持续60 s;双侧内关以提插捻转平补平泻法直刺12.5~25.0 mm,持续60 s;双侧太冲以提插捻转泻法直刺12.5~25.0 mm,两边均持续30 s;患侧通里、双侧大陵以提插捻转平补平泻法直刺7.5~12.5 mm,均持续30 s。合谷以提插捻转平补平泻手法直刺约25.0 mm;曲池、阳陵泉、足三里、血海均以提插捻转平补平泻法;悬钟以提插捻转平补平泻法直刺12.5~20.0 mm;气海以提插捻转平补平泻法直刺25.0~50.0 mm,通络穴组每穴持续30 s。针刺得气后每隔10 min按上述手法行针1次,留针30 min,1次/d,每周治疗5次,5次为1个疗程,共治疗2个疗程。

1.6 通督开喑针法 通督开喑针法是董震等在以中医理论为基础的情况下,充分结合自身长期运用针刺的临床实践经验所发展而来。该针法主要选取督脉经穴。督脉总督诸阳,为阳脉之海,可以调节髓海的气血运行,疏通瘀阻的脑部经络^[20]。此外,督脉和任脉两者相互衔接,任脉为阴脉之海,所以针刺督脉也可以协调阴阳气血。该法选用水沟、脑户、廉泉、下关、百会、天鼎、天窗、翳风、风府、复溜和灵道等穴。其中,百会穴为诸阳之会,是督脉与足太阳、足厥阴、手足少阳的交会穴,针刺该穴有利于疏通脑络;水沟是督脉与手足阳明经的交会穴,具有醒神开窍、回阳救逆的功效;脑户穴属于督脉,针刺脑户有开喑通脑的功效;廉泉是任脉与阴维之会穴,针刺廉泉有助于改善语言功能;下关穴是阳明经穴,针刺该穴可激

活舌根部之经气,具有通调舌肌的作用;天鼎、天窗分别是手阳明和手太阳经穴,针刺二穴可通喑开窍;翳风、风府是治风之要穴,针刺此两穴有利于通关开窍;复溜、灵道分别为肾经穴和心经穴,而舌是心之苗,肾经循喉咙,系舌本,复溜和灵道主治舌强不语^[21]。

研究显示,在单纯头针疗法与头针联合通督开喑针法的对照研究中,两组患者血清CGRP水平均显著升高,血清ET-1水平显著降低,且头针联合通督开喑针法组的改善幅度更显著。ET-1和CGRP分别作为收缩血管神经肽与舒张血管神经肽,二者在正常生理状态下呈动态平衡,共同维持脑血管的舒缩功能^[22],表明头针联合通督开喑针法可通过改善脑部血流动力学及脑部组织缺血缺氧状态,显著促进中风患者言语功能恢复。研究显示,两组患者在自发语言、复述能力、口语理解能力、命名能力评分及汉语标准失语症检查(CRRCAE)评分方面均显著提升,且头针联合通督开喑针法的治疗组评分升高幅度更显著,提示其在改善语言功能方面疗效更优^[23]。

通督开喑针法具体操作:对于翳风、天窗、天鼎、廉泉、下关施以平补平泻法,使针感达到舌根部或咽喉部;百会、水沟、风府、脑户、复溜、灵道也采用平补平泻法,使患者有针感即可。1次/d,每周治疗5次,中间休息2 d,连续治疗4周。

2 结合现代医学理论创立的针法

2.1 方氏头针 方氏头针是以中医经络理论为基础,并充分结合现代大脑皮层功能定位理论所创立的一种新的针刺方法。主要选取说话穴、记忆穴、书写穴及信号穴,此四穴均为大脑语言的反射区。其中说话穴位于额叶。从大脑皮层功能定位理论出发,额叶与语言表达及输出功能密切相关,因而针刺此穴可促进患者语言表达能力的恢复。记忆穴位于顶叶,而顶叶主要跟定位、记忆及阅读功能相关,所以针刺该穴有利于恢复患者的记忆阅读、空间定位、语句表达等功能。书写穴也属于额叶,书写中枢是语言中枢的重要组成部分,故针刺该穴也可以促进患者的信息表达。信号穴则位于颞叶。颞叶主要与接受和分析听觉功能、视觉功能、语言感觉功能等方面密切关联。运动性失语患者在接受针刺信号穴的刺激后,有助于恢复神经系统的协调,改善脑部血液循环,提高语言功能^[24]。

研究显示,针刺可以加速脑部血液流速,改善脑部供血,减轻脑部组织缺血缺氧程度,有利于恢复脑部病损组织的功能,同时还有利于病损部位侧支循环的建立,促进中枢神经功能的恢复。方氏头针的作用机制可能与这些方面密切相关^[25]。进一步研究发现,在方氏头针结合醒脑开窍针法同传统针刺方法的对照中,治疗组BDAE语言分级、汉语失语症评分及CFCP评分均高于对照组,表明治疗组在改善日常生活沟通能力方面优于对照组,但对于方氏头针单独治疗本病的疗效评价还需要进一步临床对照研究^[26]。

方氏头针的取穴参照1982年方云鹏主编的《头皮针》(方氏创新体系之一)中的相关定位标准,选取患者大脑优势半球进行针刺。取穴原则为:习惯用左手者,取右侧穴位;习惯用右手者,取左侧穴位。具体操作:采用方氏头针特有的“飞针直刺法”,以右手拇指、示指、中指捏持针柄,先使手腕背

屈,随后突然屈曲,垂直快速进针。要求针尖直达骨膜,并听到针体冲击骨膜时发出的清脆声响。行针手法采用“轻捻-震颤-重压”三联法,留针30 min,并于留针15 min时行针1次。治疗频率1次/d,每周5次,连续治疗4周为1个疗程。

2.2 CT围针 中风失语症是由于大脑语言中枢受损所致,这一病理机制已得到医学界的广泛认同,也是传统针刺疗法选择患侧大脑头皮言语区作为治疗靶点的理论基础。近年来,基于大量中风后失语症患者的CT影像学分析,研究者发现语言功能损伤不仅限于传统认知的语言中枢,皮质区及皮质下深部结构的损伤同样可导致失语症状。在此理论基础上,CT定位围针法得以发展。与传统头针的线状针刺方式不同,该针法具有更强的病灶靶向性,其特点在于能够根据CT影像显示的病灶具体部位、范围大小及形态特征进行精准施治。

CT定位围针法治疗中风失语症具有确切的临床疗效。其作用机制可能是通过针刺大脑病损区域在头皮的对应投射区,促进患部侧支循环的建立,改善局部皮质的缺血缺氧状态,重建语言功能相关的神经通路,从而恢复患者的语言功能^[27]。临床对照研究显示,采用汉语失语症检查法评估自发谈话、命名、理解及复述4个语言功能项目时,CT定位围针组的评分改善程度显著优于传统头针组($P<0.05$),表明CT定位围针法具有更优的治疗效果^[28]。

CT定位围针法的针刺部位选择基于CT影像学定位,具体为病灶在同侧头皮的垂直投影区周边。(1)针具选择:30号、1.5寸不锈钢毫针;(2)布针原则:根据病灶范围确定针刺数量;(3)针刺方法:以投影区中心为方向行围刺法;(4)行针手法:得气后以180~200次/min频率捻转2 min;(5)留针时间:30 min,其间行针1次;(6)治疗周期:1次/d,15次为1个疗程,疗程间隔5 d,共治疗2个疗程。

3 小结

中风后运动性失语是中风后失语症的临床主要类型,目前,针刺治疗中风后运动性失语的基础和临床研究越来越丰富。针灸临床中,诸多针法各具特色和优势,比如醒脑开窍针法,有严格的腧穴处方、手法量学标准及腧穴加减应用;醒神启闭针法充分因地制宜,考虑南方患者体质,并且在选穴上阴阳相配;邵氏五针法以重用特定穴、组方严谨有序、重视针灸手法操作多样化、标准化为特点;开玄醒神针法则基于中医基础理论中的“玄府理论”,从这一传统中医理论出发来认识和诊疗疾病;金钩钓鱼针刺手法巧妙地将提插法与“如鱼吞钩饵之浮沉”这一对于得气的描述相结合,创造出新的针刺手法;通督开喑针法充分重视督脉的作用,结合自身丰富的针刺临床经验,发掘了针对该病临床中较少使用的穴位效果。方氏头针结合现代大脑功能皮层定位理论,选取了具有特殊语言功能的穴位;CT围针针法充分结合现代CT影像技术及大脑解剖功能定位理论,极大地丰富了针刺治疗本病的临床实践。

针刺治疗中风后运动性失语的作用机制主要集中在改善血液循环、提高脑代谢、减轻再灌注损伤、促进大脑功能重组、促进脑血管和神经细胞再生等方面^[29]。醒脑开窍针法可能通过改善大脑缺血区血供及脑代谢等多途径实现疗效。邵氏五针法和通督开喑针法都可以提高血清CGRP水平,降低ET-1

水平,从而调节两者平衡,改善患者脑血管微循环,减轻组织缺血缺氧程度,以保护神经组织,改善患者的语言功能^[14]。醒神启闭针法目前研究较少,但已有研究表明该针法可以改善脑部缺血区血供,未来有待在更多方面进一步开展相关研究。金钩钓鱼针法则很可能是通过促进大脑功能重组来发挥作用。该针法可刺激神经末梢来恢复神经反射,进而促进组织的修复再生。对于开玄醒神针法、方氏头针和CT围针针法等3种针法,目前的研究文献较少,主要是以各种评分量表来进行临床疗效评价。今后,有必要完善后三者的临床研究,同时加大对各种针法的基础研究,以求从更多角度来阐释针刺治疗该病的现代医学机制。

然而,各类针法的疗效缺乏横向比较,且针对单一针法的多中心、大样本临床研究尚显不足。另外关于该疾病的不同分期、不同类型、不同原因也缺乏深入研究,如感觉性失语、混合性失语等失语类型的研究,以及出血性和缺血性中风导致失语的区别研究。未来,可进一步开展具体的针法研究,完善相关治疗该病的中医基础理论和现代医学理论,结合多种疗法探索出更好的针法,以求达到更为高效的治疗方案,从而提升治疗效果,缩短临床治疗疗程。

参考文献

- [1] 乔玉,马继红,彭拥军.近10年针灸和重复经颅磁刺激治疗中风后失语研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2019,21(9):118-122.
- [2] 乔玉,马继红,彭拥军,等.电针结合低频重复经颅磁刺激治疗中风后运动性失语的临床研究[J].针灸临床杂志,2019,35(10):15-19.
- [3] 王吉庆,王旭慧.针灸治疗中风后运动性失语的研究进展[J].中华针灸电子杂志,2021,10(3):114-117.
- [4] 邢姗姗,殷晓莉.针刺治疗中风后运动性失语研究概况[J].中医药临床杂志,2019,31(7):1208-1212.
- [5] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中国康复医学会脑血管病专业委员会,中国康复研究中心,等.卒中后失语临床管理专家共识[J].中国康复理论与实践,2022,28(1):15-23.
- [6] 欧静禧,梁淑欣,许潇颖,等.针灸治疗失语症研究的现状与趋势:基于CiteSpace和VOSviewer的文献计量分析[J].中医药导报,2023,29(6):136-141,169.
- [7] 孙嘉宝,闫慧新,王高峰,等.开窍醒神针法治疗卒中后运动性失语的临床效果[J].中国医药导报,2023,20(13):88-91.
- [8] 蔡斐,谷文龙,石学敏.“醒脑开窍”针法治疗脑梗死后失语的临床疗效观察[J].天津中医药,2014,31(5):272-274.
- [9] 王冰卉,楚江静,王敏.武连仲应用颤穴治疗脑病验案2则[J].湖南中医杂志,2016,32(9):105-106.
- [10] 李鸿章,李彦杰,孙英豪,等.邵氏“五针法”联合言语训练治疗中风后运动性失语的临床观察[J].中国民间疗法,2021,29(18):45-48.
- [11] 李聪颖,杨伟民,黄文祥.急性缺血性脑卒中后局部血流灌注与失语类型及预后的相关性分析[J].中国实用神经疾病杂志,2018,21(20):2238-2243.
- [12] 李鸿章,李彦杰,秦合伟,等.邵氏五针法联合语言康复训练治疗脑卒中后运动性失语症患者的临床研究[J].南京中医药大学学报,2021,37(4):491-496.
- [13] 李雪青,邓娟娟,熊丽,等.开玄醒神针法联合Schuell刺激法治疗缺血性脑卒中后运动性失语症的临床观察[J].广州中医药大学学报,2023,40(1):101-106.
- [14] 邢军,王炎,张怡,等.通督开窍针刺法联合语言训练治疗缺血性中风失语症的临床观察[J].中医药导报,2017,23(10):103-105.
- [15] 王晓磊.开玄醒神针法联合重复经颅磁刺激治疗脑卒中后失语临床观察[J].实用中医药杂志,2024,40(4):737-739.
- [16] 马育轩,朱艺霞,于国强,等.“金钩钓鱼”针法联合经颅重复针刺法治疗血管性痴呆伴失语临床研究[J].针灸临床杂志,2021,37(11):36-40.
- [17] 郑仕中,杨光锐,谢春荣.金钩钓鱼针法治疗脑卒中后运动性失语的临床研究[J].中医临床研究,2024,16(14):83-86.
- [18] 高琼珏,吴清明,李丹丹,等.醒神启闭针刺法对脑梗死急性期患者的影响[J].世界中医药,2016,11(4):580-582,586.
- [19] 高琼珏,吴清明,郭华,等.基于内皮祖细胞的促血管新生作用探讨针刺治疗缺血性脑卒中的机制[J].中医药导报,2014,20(6):97-99.
- [20] 周亮,杨婷,田亮,等.通督调神针法治疗脑卒中后失语症的临床研究[J].中华全科医学,2017,15(9):1506-1508,1552.
- [21] 华小强.通督调神针法联合言语训练治疗脑卒中后失语症疗效分析[J].实用中医药杂志,2018,34(4):485.
- [22] 张科凤.息风通络中药联合Schuell刺激法治疗缺血性中风后失语症阴虚风动证疗效及对血清CGRP、ET的影响[J].现代中西医结合杂志,2017,26(25):2765-2767,2822.
- [23] 徐琼,刘建浩,王天磊,等.通督开窍针法联合头针治疗气虚血瘀型脑卒中后运动性失语症的疗效及对血清CGRP和ET水平影响[J].针灸临床杂志,2021,37(7):11-15.
- [24] 刘艳芳,安军明,刘益华.黄琳娜教授运用方氏头针治疗抽动秽语综合征经验总结[J].中国针灸,2019,39(7):765-770.
- [25] 黄娜,黄琳娜,安军明.方氏头针治疗中风后失语症24例[J].陕西中医学院学报,2014,37(1):29-31.
- [26] 任媛媛,杨柳,张小霜.方氏头针结合醒脑开窍针法治疗中风后运动性失语临床研究[J].陕西中医,2022,43(1):118-120.
- [27] 江钢辉,李艳慧,陈振虎.CT定位围针法治疗中风失语症临床观察[J].中国针灸,2001,21(1):15-16.
- [28] 江钢辉,许辛寅,陈振虎,等.CT定位围针法治疗中风失语症临床研究[J].山东中医杂志,2009,28(8):555-556.
- [29] 肖娜,王盛春.针刺治疗中风后运动性失语的机制研究进展[J].上海针灸杂志,2024,43(2):162-166.

(收稿日期:2025-01-05 编辑:时格格)