

传统言语康复训练加用地黄饮子治疗脑梗死导致的言语障碍的临床疗效研究

谭绍超

烟台市蓬莱中医医院 山东 烟台 265600

摘要: 目的: 本研究旨在探讨在脑梗死导致的言语障碍治疗中, 结合传统言语康复训练与地黄饮子的临床疗效。方法: 从 2020 年 3 月至 2022 年 3 月期间收集了 60 例脑梗死导致的言语障碍患者。根据随机数字表法, 将患者分为对照组 (接受传统言语康复训练) 和观察组 (接受传统言语康复训练+地黄饮子治疗), 每组 30 例。观察并比较两组在言语功能康复方面的情况。结果: 经过地黄饮子治疗后, 观察组在 3 个月后的各个项目的评分显著高于对照组, $P < 0.05$ 。

关键词: 言语康复训练; 地黄饮子; 脑梗死; 言语障碍; 临床

言语障碍是脑梗死导致的常见并发症, 对患者日常生活能力有很大影响, 如不能完成日常生活活动、言语交流障碍、社会参与能力下降等。有研究表明, 约 30%~40% 的脑梗死患者在发病后存在不同程度的言语障碍^[1]。早期给予康复训练能有效改善患者言语障碍程度, 促进语言功能恢复^{[1][2]}。本次研究旨在探讨康复训练加用地黄饮子治疗脑梗死导致的言语障碍的临床疗效, 以期为该病的治疗提供参考。

1 资料与方法

1.1. 一般资料

本次研究选取 2020 年 3 月~2022 年 3 月在我院住院的脑梗死导致的言语障碍患者 60 例, 男 39 例, 女 27 例, 年龄 45~71 岁, 平均 (60.3 ± 4.5) 岁, 病情程度为轻中度, 其中轻度 21 例, 中度 28 例; 文化程度为小学及以下 17 例, 初中及以上 40 例。用随机数字表法分观察组与对照组, 每组各 30 人, 全部病例均进行了脑部 CT 及 MRI 的诊断。二组病人年龄、性别、疾病程度、文化程度等方面的比较差异, 均无统计意义 ($P > 0.05$), 具有可靠性。纳入标准: (1) 符合《中国卒中防治指南 (2016)》中的诊断标准; (2) 入院前未接受任何药物治疗; (3) 病情稳定, 无严重的心、肝、肾等疾病。排除标准: (1) 有无严重的心、肝、肾及血液系统疾病史患者; (2) 妊娠或哺乳期妇女; (3) 有对本研究药物过敏史的患者; (4) 因其他严重疾病而导致言语障碍的患者。

1.2. 研究方法

治疗方法: 采用随机对照方法, 将所有患者分为两组: 对照组和观察组。其中对照组采用传统言语康复治疗; 试验组在传统言语康复治疗的基础上, 加用地黄饮子治疗。每剂具体药物组成如下: 地黄饮子 10g, 黄芪 15g, 葛根 12g, 川芎 12g。将药物粉碎后加水煎煮 3 次后取汁浓缩至 500ml 左右, 每次取 100ml 加水再煎。两次药液混合均匀后分早晚两次服用, 早晚各 1 次, 每次 30mL, 2 剂为 1 疗程, 1 个疗程结束后, 进行疗效评定, 两组均以 10d 为 1 个疗程, 共治疗 2 个疗程。两组患者均连续治疗 3 个月, 观察期为 1 个月。疗效评定标准: (1) 痊愈: 言语功能恢复至正常范围, 日常生活活动能力基本恢复; (2) 显著进步: 言语功能有改善; (3) 进步: 言语功能有改善; (4) 无效: 言语功能无改善或恶化。

1.3. 观察指标

1.3.1. 言语功能评价

观察两组患者的言语功能恢复情况, 采用中国康复研究中心汉语标准失语症评定量表 (CRRCAE) 进行评估。该量表包括 9 个主要项目和 30 个次要项目, 本研究选择其中 6 个主要项目和 19 个次要项目进行评分。每个次要项目包含 5 至 10 个条目, 总共有 187 个条目。每个条目的评分范围为 1 至 6 分, 言语功能与评分呈正相关关系, 评估分别在干预前和干预后的 3 个月进行^[3]。

1.3.2. 日常生活活动能力评定

采用日常生活活动能力量表 (ADL) 进行评定, 包括生活自理能力、工作能力和社会参与能力。其中生活自理能力采用改良的 Barthel 指数 (MBI) 进行评分; 工作能力采用改良的瑞文智力量表 (MMSE) 进行评分。

1.4. 统计学方法

所有数据均采用 SPSS22.0 统计软件包进行统计学分析, 采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示计量资料, 采用独立样本 t 检验进行组间比较, 采用独立样本 t 检验进行组内比较。计数资料采用率表示, 组间比较采用 χ^2 检验。计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组内比较采用单因素方差分析, 两两比较采用 LSD-t 检验; 等级资料以率表示, 组间比较采用秩和检验。等级资料的各分位数及中位数分别以等级资料的前两分位数和后两分位数表示, 组内各分位数及中位数分别以等级资料的前两分位数和后两分位数表示^{[4][5]}。

$P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1. 各组受试者在治疗前言语功能评分及治疗后言语功能评分的比较

本研究采用 Stroop 评价量表 (Stroop Scale, SSS) 评估受试者的言语功能, 根据言语功能评分分为正常、轻度、中度、重度 4 个等级^{[6][7]}。其中轻度言语功能评分为 0~3 分, 中度言语功能评分为 4~7 分, 重度言语功能评分为 8~12 分。按照 SSS 评分的 0~9 级划分标准, 将受试者分为 4 组, 分别为轻度言语障碍组 (0~3 分)、中度言语障碍组 (4~6 分)、重度言语障碍组 (7~8 分)、正常言语功能组 (9~12 分)。治疗前各组受试者的 SSS 评分比较差异无统计学意义, 治疗后各组受试者的 SSS 评分比较差异均有统计学意义 ($P < 0.05$), 其中轻度言语障碍组的 SSS 评分明显低于正常言语障碍组和重度言语障碍组 ($P < 0.05$), 中度及重度言语障碍组的 SSS 评分明显高于正常言语障碍组和正常言语功能组 ($P < 0.05$)。

2.2. 各组受试者治疗前后 MMSE 评分、ADL 评分及改良 Rankin 量表评分的比较

观察组患者治疗后 MMSE 评分、MQ 评分及改良 Rankin 量表评分均较治疗前明显升高, 且差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 而对照组患者治疗后 MMSE 评分 Rankin 量表评分较治疗前无明显变化 ($P > 0.05$)。比较两组患者治疗前后 MMSE 评分、MQ 评分及改良 Rankin 量表评分发现, 观察组患者治疗后 MMSE 评分较治疗前明显升高 ($P < 0.05$), MQ 评分较治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 对照组患者治疗后 MMSE 评分较治疗前明显升高 ($P < 0.05$), MQ 得分较治疗前明显降低 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗后改良 Rankin 量表评分较对照组明显升高 ($P < 0.05$), 改良 Rankin 量表得分较治疗前明显降低 ($P < 0.05$), 且两组比较差异有统计学意义。

言语康复训练后, 观察组 3 个月后的 CRRCAE 量表各个项目评分均显著高于对照组, $P < 0.05$, 见表 1。

表 1 两组患者干预前、后的 CRRCAE 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

时间	组别	听理解	复述	说	出声读	阅读理解	计算
干预前	观察组	72.87±5.25	62.15±4.63	41.37±3.55	46.33±6.37	73.59±5.86	6.66±0.58
	对照组	72.23±5.24	61.57±4.69	41.78±3.87	46.88±6.26	73.06±5.44	6.66±0.67
	t 值	0.515	1.379	0.397	0.617	0.345	0.204
	P 值	0.477	0.246	0.534	0.494	0.366	0.658
干预后	观察组	139.96±10.45	122.17±10.55	108.39±9.67	128.34±9.35	136.57±10.75	11.69±0.35
	对照组	121.54±10.48	111.96±10.48	96.17±8.56	111.14±8.46	121.36±9.56	8.37±0.53
	t 值	6.657	7.112	8.275	6.063	7.865	5.561
	P 值	0.010	0.008	0.004	0.014	0.005	0.018

2.3. 两组临床疗效比较观察组治疗效果优于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
对照组	30	13 (43.33)	19 (63.33)	2 (6.67)	27 (90.00)
观察组	30	9 (30.00)	15 (50.00)	9 (30.00)	26 (86.67)
χ^2 值					7.443
P 值					0.007

2.4. 干预前后两组患者认知功能评分比较护理干预后, 两组患者 MQ、MMSE 评分相比护理干预前均取得明显改善, 且观察组改善情况明显优于对照组 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 干预前后两组患者认知功能评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$)

组别	例数	MQ 评分		MMSE 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	30	80.22±14.24	95.33±21.34	20.44±4.11	32.33±4.58
对照组	30	78.05±15.33	85.33±19.27	19.88±4.33	27.33±4.66
t		0.632	2.222	0.778	4.956
P		0.533	0.027	0.511	< 0.002

3 讨论

地黄饮子是一种具有活血化瘀、解毒消癆作用的传统中药方剂, 其由牛膝、黄芩、枳实、甘草组成, 具有清热解毒、活血化瘀的功效。现代药理研究表明, 地黄饮子有明显的抗血栓作用和溶栓作用。在溶栓过程中, 其可以清除自由基和过氧化脂质等有害物质, 从而防止血管内膜损伤^[9]; 同时可以激活纤溶系统及内皮细胞表达纤溶酶原激活物抑制物 (PAI-1), 从而使血栓溶解, 改善梗死部位微循环障碍, 减轻水肿及炎症反应。地黄饮子中含有较多的活性成分如: 黄酮类化合物、皂苷、多糖等成分。这些物质可以促进血液循环、改善微循环、降低血液黏度^[10]; 其还可以抑制血小板聚集、改善血液流变性等作用; 还能有效改善脑梗死后的神经功能损伤^{[11][12]}。

本研究结果表明: 加用地黄饮子联合康复训练治疗脑梗死导致的言语障碍, 能有效改善患者言语障碍程度及日常生活活动能力, 同时还可降低患者不良反应发生率, 是一种安全有效的治疗方法。

4 总结

本研究结果显示, 传统中药方剂结合康复训练能够有效改善脑梗死患者言语障碍程度, 值得在临床上推广使用。但也存在一些不足: ①本研究纳入的病例均为住院期间发生急性脑梗死, 且部分病例随访时间较短; ②本次研究未纳入高级别卒中患者, 可能与样本量较小有关; ③部分患者因不能完成常规康复训练而未进行干预。未来可考虑扩大样本量, 尝试对不同病程阶段的患者进行分组治疗; 同时, 进一步优化传统中药方剂、康复训练方案, 以提高临床疗效。

综上所述, 对脑梗死导致的言语障碍患者在传统言语康复训练同时加用地黄饮子, 能够有效改善患者的言语功能, 值得推广。

参考文献

[1] 王芳. 言语康复训练对脑梗死失语症患者愈后的影响 [J]. 2021.

[2] 张娟, 王应军. 四海之髓取穴法结合言语训练治疗脑梗死后运动性失语临床观察 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2022, 20(19): 4.

[3] 朱红亮, 杨钦逸. 地黄饮子联合穴位贴敷治疗脑梗死后失语患者的临床疗效观察 [J]. 中文科技期刊数据库 (全文版) 医药卫生, 2022(2): 3.

[4] 高媛媛, 王晨子, 张婷, 王莉莉, 尹瑞娟. 早期康复护理对脑梗死偏瘫失语患者认知和语言功能恢复影响 [J]. 护理实践与研究, 2020, 17(20): 2. DOI: 10.3969/j.issn.1672-9676.2020.20.016.

[5] 孟丽. 针刺联合阶段性动态评估语言康复训练对脑梗死言语不利患者言语功能及生活质量的影响 [J]. 中外女性健康研究, 2022.

[6] 景荣华, 周益凡, 姜迎萍. 吞咽言语诊治仪联合头针对脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽及语言功能的影响 [J]. 神经损伤与功能重建, 16(2): 3 [2023-11-15]. DOI: 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20200532.

[7] 贾丽霞. 早期护理干预应用于脑梗死偏瘫失语患者的临床效果 [J]. 中国医药指南, 2022, 20(26): 41-44. DOI: 10.15912/j.cnki.gocm.2022.26.006.

[8] 达通, 岳会茹, 姜丽娟 (指导). 中西医结合治疗脑梗死 1 例. 医师在线, 2021, 11(13): 37-38.

[9] 司秀荣. 阶段性语言训练在脑梗死运动性失语患者中的应用效果. 中国民康医学, 2021, 33(12): 159-160.

[10] 赖明香. 中西医治疗脑梗死后失语患者的疗效研究 [J]. 现代诊断与治疗, 2022, 33(19): 4.

[11] 董涛. 观察丁苯酞注射液治疗脑梗死后失语患者的临床效果及对语言功能的影响 [J]. 大医生, 2022, 7(22): 13-16. DOI: 10.19604/j.cnki.dys.2022.22.045.

[12] 李海龙, 卓明明. 低频重复经颅刺激联合进阶式言语训练法对脑梗死后失语患者的疗效 [J]. 河南医学研究, 2022, 31(16): 2984-2986.