

不同手法针刺通里穴治疗缺血性脑卒中后运动性失语症的临床观察

王丽荣¹, 吕艳丽², 刘兢³, 姚爱荣⁴

(1. 唐山弘慈医院, 河北唐山 063000; 2. 开滦总医院赵各庄医院, 河北唐山 063000; 3. 华北理工大学附属医院, 河北唐山 063000; 4. 中国人民解放军联勤保障部队第九八二医院, 河北唐山 063000)

摘要:【目的】观察不同手法针刺通里穴治疗缺血性脑卒中后运动性失语症的临床疗效。【方法】将105例缺血性脑卒中后运动性失语症患者随机分为阳中隐阴组、阴中隐阳组和烧山火组, 每组各35例, 3组患者均接受语言康复训练, 阳中隐阴组给予阳中隐阴针刺手法治疗、阴中隐阳组给予阴中隐阳针刺手法治疗, 烧山火组给予烧山火针刺手法治疗。3组患者均每周治疗6次, 连续治疗6周。治疗6周后, 评价3组患者的临床疗效, 观察3组患者治疗前后美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分、改良RANKIN量表(mRS)评分的变化情况, 以评价神经功能, 并采用功能性语言沟通能力检查法(CFCP)评价3组患者治疗前后语言功能的改善情况。【结果】(1)阳中隐阴组总有效率为94.29%(33/35), 阴中隐阳组为71.43%(25/35), 烧山火组为74.29%(26/35)。阳中隐阴组疗效明显优于阴中隐阳组与烧山火组, 且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。(2)治疗后, 3组患者的NIHSS、mRS、CFCP评分均明显改善($P < 0.05$), 且阳中隐阴组在改善NIHSS、mRS、CFCP评分方面明显优于阴中隐阳组与烧山火组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。【结论】缺血性脑卒中后运动性失语症患者通里穴呈现虚损状态, 阳中隐阴针刺手法刺激通里穴更能有效地改善患者的语言沟通能力, 缓解患者的神经功能缺损, 临床疗效显著。

关键词: 通里穴; 阳中隐阴; 阴中隐阳; 烧山火法; 针刺手法; 缺血性脑卒中; 运动性失语症

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)06-1162-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.06.016

Clinical Observation of Different Acupuncture Manipulations at *Tongli*(HT5) Points for Treatment of Motor Aphasia after Ischemic Stroke

WANG Li-Rong¹, LYU Yan-Li², LIU Jing³, YAO Ai-Rong⁴

(1. Tangshan Hongci Hospital, Tangshan 063000 Hebei, China; 2. Zhaogezhuang Hospital of Kailuan General Hospital, Tangshan 063000 Hebei, China; 3. Affiliated Hospital of North China University of Science and Technology, Tangshan 063000 Hebei, China; 4. 982 Hospital of Joint Service Support Force of Chinese People's Liberation Army, Tangshan 063000 Hebei, China)

Abstract: **Objective** To observe the clinical efficacy of different acupuncture manipulations at *Tongli* (HT5) points for treatment of motor aphasia after ischemic stroke. **Methods** One hundred and five ischemic stroke patients with motor aphasia were randomly divided into reinforcement before purging group, purging before reinforcement group and *Shaoshanhua* group, 35 cases in each group. The three groups received language rehabilitation training, additionally, the reinforcement before purging group received acupuncture treatment with reinforcement before purging manipulation, and the purging before reinforcement group received acupuncture treatment with purging before reinforcement manipulation, and the *Shaoshanhua* group received *Shaoshanhua* acupuncture manipulation, 6 times a week, the treatment lasting 6 continuous weeks. After 6 weeks of treatment, the clinical efficacy of the three groups was evaluated, the changes in National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) and modified Rankin Scale (mRS) scores were observed in the three groups before and after treatment to evaluate the neurological function, and the improvement in language function of the three groups before and after treatment was evaluated by Chinese Functional Communication Profile (CFCP). **Results** (1) The total effective rate was 94.29% (33/35) in the reinforcement before purging group, 71.43% (25/35) in the purging before reinforcement group,

收稿日期: 2020-12-23

作者简介: 王丽荣(1977-), 女, 硕士, 主治医师; E-mail: wuyanrong0613@163.com

基金项目: 河北省中医药管理局中医药类科研资助项目(编号: 2020214)

and 74.29% (26/35) in the *Shaoshanhua* group. The curative effect of the reinforcement before purging group was superior to that of the purging before reinforcement group and *Shaoshanhua* group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). (2) After treatment, the NIHSS, mRS and CFCP scores were significantly improved in the three groups ($P < 0.05$), and the improvement in NIHSS, mRS and CFCP scores of the reinforcement before purging group was significantly superior to that of the purging before reinforcement group and *Shaoshanhua* group, the difference being statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion** *Tongli* (HT5) points of the ischemic stroke patients with motor aphasia is in a state of deficiency. Reinforcement before purging acupuncture manipulation at *Tongli* (HT5) points can effectively improve the language communication ability of the patients and alleviate the neurological deficit of the patients.

Keywords: *Tongli* (HT5) points; reinforcement before purging; purging before reinforcement; *Shaoshanhua* acupuncture; ischemic stroke; motor aphasia

缺血性脑卒中是由于脑部血流受阻导致脑组织缺血缺氧的临床综合征^[1], 运动性失语症是脑卒中常见的并发症, 其发生与大脑优势侧额下回后部组织缺血缺氧有关^[2]。运动性失语症患者口语理解相对保留, 口语表达障碍最为突出, 由于失语症患者无法与他人交流, 严重影响其生活质量^[3]。目前, 药物治疗以改善缺血性脑卒中基础治疗为主, 在恢复失语症患者语言功能方面疗效不理想^[4]。语言康复训练是目前治疗失语症公认有效的治疗方案, 但是, 对缺血性脑卒中后运动性失语症的全面康复疗效不佳^[5]。以头针、舌针及针刺特效穴为主的针刺方案是中医治疗运动性失语症有效的治疗方案^[6]。通里穴为手少阴心经络穴, 为治疗失语症的特效穴, 腧穴功能的发挥需要有效的刺激方法^[7-8]。本研究采用不同针刺法针刺通里穴联合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语症, 探索有效的针刺方法, 现将研究结果报道如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象及分组

选取2019年1月至2020年10月在唐山弘慈医院、开滦总医院、华北理工大学附属医院住院的105例明确诊断为缺血性脑卒中后运动性失语症的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为阳中隐阴组、阴中隐阳组和烧山火组, 每组各35例。本研究获医院伦理委员会审议通过(编号: TSHCLL2019002)。

1.2 诊断标准

缺血性脑卒中的诊断标准参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018》^[9]的诊断标准, 根据临床症状结合影像学检查(头颅MRI及CT)可以确诊。运动性失语症的诊断标准参照高素荣编著的《失语症》^[10]中的汉语失语症检查法(Aphasia Battery of Chinese, ABC)制定, 其表现包括喜用简单结构语句, 找词困难及语法结构困难, 皮层性的构音障碍。

1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准; ②年龄在55~75岁之间; ③首次发病, 且病程在2周~6个月; ④自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

1.4 排除标准

①属于传导性失语、感觉性失语、完全性失语、丘脑性失语的患者; ②因脑出血、脑肿瘤、脑部炎症、脑外伤导致的运动性失语症的患者; ③合并有痴呆、耳聋、认知功能障碍的患者; ④精神类疾病的患者; ⑤合并有下臂严重皮肤病及严重糖尿病皮肤感染的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 常规处理

3组患者均接受语言康复训练, 具体操作如下: ①动作配对: 训练者做动作, 患者找出对应的卡片。②图物配对: 出示带有文字的图, 患者找出对应的卡片并分类, 如果患者未能成功, 则由训练者进行相关性的提示, 并帮助其完成任务。③口型发音训练: 纠正咽喉发音, 从低音到

高音,从短音到长音训练。④简单对话训练、纠正电报语训练及语言交流训练。每日训练40 min,每天训练1次,连续训练6周。

1.5.2 阳中隐阴组

给予阳中隐阴法针刺治疗。选穴:通里穴双侧(腕横纹上1寸,当尺侧腕屈肌腱的桡侧缘)。针刺操作:选取华佗牌一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.25 mm×25 mm),采用75%乙醇常规消毒穴位局部皮肤,快速直刺通里穴,进针至浅部5 mm,再进针至深部8 mm,在浅部及深部分别行9次、6次快插慢提,留针20 min。期间按照上述操作,再行针1次。每周治疗6次,连续治疗6周。

1.5.3 阴中隐阳组

给予阴中隐阳法针刺治疗。选穴同阳中隐阴组。针刺操作:选取华佗牌一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.25 mm×25 mm),采用75%乙醇常规消毒穴位局部皮肤,快速直刺通里穴,进针至深部8 mm,行紧提慢按6次,觉微凉,再退针至浅部5 mm,行紧按慢提9次,此为1度,留针20 min。期间按照上述操作,再行针1次。每周治疗6次,连续治疗6周。

1.5.4 烧山火组

给予烧山火针刺治疗。选穴同阳中隐阴组。针刺操作:选取华佗牌一次性针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,规格:0.25 mm×25 mm),采用75%乙醇常规消毒穴位局部皮肤,将所刺通里穴的深度分作浅、中、深共3层,即天(深度为3 mm)、地(深度为5 mm)、人(深度为8 mm)3部。患者鼻吸口呼,随其呼气时将针灸针刺至天部,然后随患者吸气依次针刺至地部及人部。每部的气候均行9次重插轻提手法。留针20 min。期间按照上述操作,再行针1次。每周治疗6次,连续治疗6周。

1.6 观察指标

1.6.1 失语症严重程度评价

采用波士顿诊断性失语症检查法(the Boston Diagnostic Aphasia Examination, BDAE),分别于治疗前后对3组患者BDAE的严重程度分级进行评估^[11]。失语症严重程度由重到轻共分为1~5级。1级:在理解的前提下,表达少量词汇;2级:在理解的同时,能说出存在一定语法错误的简单短

语;3级:在理解的状态下说出基本正确的日常用语;4级:虽然言语欠流畅,但是能理解并表达复杂谈话;5级:仅凭自己感觉到的极为轻微的理解、表达障碍。

1.6.2 神经功能评价

采用美国国立卫生研究院卒中量表(the National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS)^[12]及改良Rankin量表(Modified Rankin Scale, mRS)^[13],分别于治疗前后对3组患者进行评估。其中,NIHSS量表包含视野、上肢运动、下肢运动、面瘫等15个项目,评分在0~42分;mRS量表包含语言功能、面肌、神志、水平凝视及肌力等8个项目,评分最低为0分,最高为45分(神经缺损最严重)。

1.6.3 语言沟通能力评价

采用功能性语言沟通能力检查法(Chinese Functional Communication Profile, CFCP)分别于治疗前后对3组患者进行评估^[14]。CFCP包含理解、写、读、说等25个项目,评分最低为0分(语言沟通能力最差),最高为250分(语言沟通能力最好)。

1.7 疗效判定标准

参照BDAE检查结果制定^[15]。显效:失语症严重程度改善≥2级;有效:1级≤失语症严重程度改善<2级。无效:失语症严重程度无改善或加重。总有效率=(显效例数+有效例数)/总病例数×100%。

1.8 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料采用率或构成比表示,组间比较采用卡方检验;等级资料组间比较采用Ridit分析。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3组患者基线资料比较

表1结果显示:3组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),表明3组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

2.2 3组患者临床疗效比较

表2结果显示:阳中隐阴组总有效率为94.29%(33/35),阴中隐阳组为71.43%(25/35),烧

表1 3组缺血性脑卒中后运动性失语症患者基线资料比较
Table 1 Comparison of the baseline data among the three groups of patients with motor aphasia after ischemic stroke

组别	例数 (例)	性别(例)		年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x} \pm s$, 个月)
		男	女		
阳中隐阴组	35	22	13	65.09 ± 5.67	3.85 ± 0.40
阴中隐阳组	35	21	14	65.67 ± 5.78	3.93 ± 0.42
烧山火组	35	23	12	66.07 ± 5.90	3.97 ± 0.43

表2 3组缺血性脑卒中后运动性失语症患者临床疗效比较
Table 2 Comparison of the clinical efficacy among the three groups of patients with motor aphasia after ischemic stroke [例(%)]

组别	例数 (例)	显效	有效	无效	总有效
阳中隐阴组	35	15(42.86)	18(51.43)	2(5.71)	33(94.29) ^{①②}
阴中隐阳组	35	7(20.00)	18(51.43)	10(28.57)	25(71.43)
烧山火组	35	9(25.71)	17(48.57)	9(25.71)	26(74.29)

① $P < 0.05$, 与阴中隐阳组比较; ② $P < 0.05$, 与烧山火组比较

山火组为74.29%(26/35)。阳中隐阴组疗效明显优于阴中隐阳组与烧山火组, 且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

2.3 3组患者治疗前后NIHSS与mRS评分比较

表3结果显示: 治疗前, 3组患者NIHSS与mRS评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 3组患者的NIHSS与mRS评分均明显改善($P < 0.05$), 且阳中隐阴组在改善NIHSS与mRS评

表3 3组缺血性脑卒中后运动性失语症患者治疗前后NIHSS与mRS评分比较

Table 3 Comparison of the NIHSS and mRS scores among the three groups of patients with motor aphasia after ischemic stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	时间	NIHSS	mRS
阳中隐阴组	35	治疗前	17.26 ± 2.74	20.37 ± 2.59
	35	治疗后	6.69 ± 1.37 ^{①②③}	9.63 ± 1.35 ^{①②③}
阴中隐阳组	35	治疗前	17.57 ± 2.89	20.73 ± 2.69
	35	治疗后	11.17 ± 1.18 ^①	14.34 ± 1.33 ^①
烧山火组	35	治疗前	17.71 ± 2.92	20.91 ± 2.54
	35	治疗后	10.63 ± 1.09 ^①	13.94 ± 1.19 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与阴中隐阳组治疗后比较; ③ $P < 0.05$, 与烧山火组治疗后比较

分方面明显优于阴中隐阳组与烧山火组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2.4 3组患者治疗前后CFCP评分比较

表4结果显示: 治疗前, 3组患者CFCP评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后, 3组患者的CFCP评分均明显改善($P < 0.05$), 且阳中隐阴组在改善CFCP评分方面明显优于阴中隐阳组与烧山火组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表4 3组缺血性脑卒中后运动性失语症患者治疗前后CFCP评分比较

Table 4 Comparison of the CFCP scores among the three groups of patients with motor aphasia after ischemic stroke before and after treatment ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后
阳中隐阴组	35	135.80 ± 12.33	205.94 ± 21.26 ^{①②③}
阴中隐阳组	35	136.11 ± 13.17	167.83 ± 16.45 ^①
烧山火组	35	135.94 ± 13.45	172.97 ± 16.68 ^①

① $P < 0.05$, 与同组治疗前比较; ② $P < 0.05$, 与阴中隐阳组治疗后比较; ③ $P < 0.05$, 与烧山火组治疗后比较

3 讨论

缺血性脑卒中后运动性失语症发病的主要原因是脑部组织缺血缺氧, 损伤部位主要是优势侧额下回后部(Broca区)。左半球人类镜像神经元系统主要位于Broca区, 参与了人类语言系统的构建^[16]。运动性失语症患者Broca区脑电图发生改变, 通过改变损伤区域脑电生理恢复语言功能是目前治疗运动性失语的一种治疗方法^[17]。针对以上发病机制, 目前西医治疗运动性失语症的主要方法为语言康复训练及经颅磁刺激。虽然语言康复训练及经颅磁刺激对患者的语言表达有一定的改善作用, 但是, 对理解、记忆、表述、复读等综合语言系统的改善并不理想。语言系统的表达是微观系列及宏观系统均有病变的结果, 因此, 需要从微观系统与宏观系统两个方面相结合治疗。中医针刺治疗从人体经气阴阳变化出发, 从宏观方向调节人体。现代研究^[18]显示, 针刺治疗失语症是目前有效的治疗方法, 不但可以改善患者的语言功能, 而且还可以改善患者的神经缺损及提高生活质量。

缺血性脑卒中后运动性失语症归属于中医的“暴瘖”“暗瘖”“份懿”“瘖瘖”“风瘖”等范畴。

中医认为,缺血性脑卒中后运动性失语症病位在脑,与心、脾、肾、肝密切相关。其发病病性因素有气虚、血虚、阳虚、阴虚、痰浊、血瘀。病性为本虚标实之证,以本虚为主。本虚包括阳气亏虚、阴血不足两个方面,而且这两个方面不能截然分开,而是同时存在。现代研究^[19]显示,阴血不足是失语症发生的物质基础因素,由于大脑失去滋养,脑为元神之府,因此,神明的功能不能正常发挥,而语言功能是神明是否正常的表现形式之一。《素问·阴阳应象大论》记载:“阴在内,阳之守也;阳在外,阴之使也。”因此,阳气不足贯穿着失语症发生、发展的全过程。现代研究显示:痰浊、血瘀等病理产物是由于人体阴阳失调所致,痰浊蒙窍,瘀血阻络导致了失语症迁延难愈,但是,治疗的关键在于温化痰浊、益气通络^[20]。

中医认为,语言的正确表达是中医“神”的外在表现之一,舌在语言的发音中发挥着重要的作用,由于心藏神,舌为心之窍。《灵枢·经脉》云:“手少阴心经之脉起于心中,……手少阴之别,名曰通里,……循经入于心中,系舌本,……,虚则不能言。”中医认为,失语症的发生与心密切相关。通里穴是手少阴心经的络穴,有联络心经内外经脉气血物质的作用,通里穴可以将心经的地部经水由本穴的地部通道从地之天部流入地之地部。现代研究^[21]显示,针刺通里穴可以明显改善失语症患者的神经功能及语言的表达、阅读及理解能力。同时,研究^[22]显示,电针刺刺激通里穴,能够改善失语症患者的语言功能和功能性磁共振成像(functional magnetic resonance imaging, fMRI),表明电针刺刺激通里穴可以激活脑语言功能区。

针刺手法的正确应用是腧穴功能能否正常发挥作用的关键,针刺手法主要有补法刺法、泻法刺法及补泻结合刺法。本研究结果显示,通过对通里穴进行不同的手法针刺,治疗失语症患者,能够产生不同的临床效果,其中,阳中隐阴组总有效率为94.29%(33/35),阴中隐阳组为71.43%(25/35),烧山火组为74.29%(26/35)。阳中隐阴组疗效明显优于阴中隐阳组与烧山火组,且差异均有统计学意义($P < 0.05$)。治疗后,3组患者的NIHSS、mRS、CFCP评分均明显改善($P < 0.05$),

且阳中隐阴组在改善NIHSS、mRS、CFCP评分方面明显优于阴中隐阳组与烧山火组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。本研究结果表明,对通里穴进行阳中隐阴针刺手法,更适合运动性失语症患者通里穴的病理状态。具有先补后泻功效的阳中隐阴针刺法,可以先改善运动性失语症患者通里穴的虚损状态,然后,改善心经的经气通行。《灵枢·经脉》中记载通里穴虚则不能言,也就是只有在通里穴呈现虚损状态后,才会出现失语状态。缺血性脑卒中的主要中医病机是在气虚、阴虚的基础上发生痰瘀阻络。缺血性脑卒中后运动性失语症患者的通里穴是处于虚损状态兼有邪阻,治疗上应当以补法为主,兼以泻法。阳中隐阴刺法正符合其病机,而阴中隐阳针法先泻后补不利于通里穴功能的发挥。《素问·针解》曰:“刺虚则实之者,针下热也,气实乃热也。”烧山火法为补法的一种,此法用于治疗失语症患者的通里穴,虽然可以改善通里穴的虚损状态,但是在温通经脉方面疗效不佳。现代研究^[23]显示,失语症患者病理特征表现会反映在通里穴上,通里穴需要最佳刺激方案,才能调节失调的腧穴功能,从而更好地治疗失语症。

综上所述,通过对3种不同针刺手法针刺通里穴治疗缺血性脑卒中后运动性失语症进行随机对照研究,结果表明,缺血性脑卒中后运动性失语症患者通里穴呈现虚损状态,阳中隐阴针刺手法刺激通里穴能更有效地改善患者语言沟通能力,缓解患者的神经功能缺损状态,临床疗效显著,值得在临床进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 杨田野, 孙雨桐. 针刺配合综合康复治疗对缺血性卒中早期患者神经功能缺损、下肢痉挛、弛缓性麻痹及脑血流的影响[J]. 河北中医, 2020, 42(4): 591-596.
- [2] 郭锋, 朱才丰, 陈雪艳, 等. 解语膏穴位贴敷辅助治疗脑卒中后运动性失语30例临床观察[J]. 甘肃中医药大学学报, 2019, 36(6): 66-69.
- [3] 张颖. 奥瑞姆自理模式联合语言康复训练对脑梗死后运动性失语症患者的影响[J]. 中国医药导报, 2019, 16(1): 90-94.
- [4] 浦建能, 党宝齐, 袁媛, 等. 针药并用联合康复治疗对脑卒中后运动性失语患者语言功能、神经功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(15): 1665-1668.
- [5] 杨娅, 刘广霞, 徐洋, 等. 针刺“开痞五穴”结合语言康复训练治疗缺血性脑卒中后运动性失语临床观察[J]. 安徽中医药

- 大学学报, 2019, 38(2): 48-51.
- [6] 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.
- [7] 秦峰, 蔡辉. 针刺治疗中风病研究概况[J]. 现代中西医结合杂志, 2015, 24(31): 3528-3531.
- [8] 刘渝册, 马志辉, 杨艳君, 等. 不同针刺方案治疗脑卒中后失语症的临床研究[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(2): 219-222.
- [9] 中华医学会神经病分会、中华医学会神经病分会脑血管病学组、中国医学科学院北京协和医院神经内科, 等. 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.
- [10] 高素荣. 失语症[M]. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 436-441.
- [11] 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.
- [12] 赵晓晶, 李群喜, 安雅臣, 等. 多种量表在急性脑梗死中的应用和数学模型的建立[J]. 中华神经医学杂志, 2014, 13(7): 722-726.
- [13] 李宏建. 缺血病变部位对缺血性卒中患者改良Rankin量表评分的影响[J]. 国际脑血管病杂志, 2019, 27(2): 136-140.
- [14] 陈浏阳. 针刺五泉穴联合强制性诱导语言疗法对中风后运动性失语症患者功能性语言沟通能力评分的影响[J]. 中医临床研究, 2020, 1(22): 41-43.
- [15] SOFIA V R, LAURA K M S, OLGA K M S, et al. Implementing a standardized assessment battery for aphasia in acute care[J]. Semin Speech Lang, 2018, 39(1): 37-52.
- [16] 陈柱, 徐倩, 孙勇, 等. 重复经颅磁刺激结合镜像神经元疗法治疗卒中后非流利性失语的疗效观察[J]. 当代医学, 2020, 36(8): 45-48.
- [17] 李昭辉, 赵彦平, 任彩丽, 等. 应用定量脑电图探讨低频重复经颅磁刺激干预亚急性期运动性失语症机制的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2018, 33(7): 794-799.
- [18] 王明威, 张旭龙, 谢西梅. 针刺治疗中风后失语症临床研究进展[J]. 河南中医, 2019, 39(10): 1612-1615.
- [19] 刘睿, 杨文明. 中风后失语症的中医药临床研究述要[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2017, 15(21): 2723-2726.
- [20] 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.
- [21] 吴芳, 杨万章, 赵宁, 等. 针刺通里穴结合言语康复训练对脑梗死后运动性失语患者言语功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2010, 8(3): 290-292.
- [22] 常静玲, 高颖, 张华, 等. 电针通里、悬钟穴对1例皮质下失语症患者语言功能和fMRI改变的作用[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(1): 13-18.
- [23] 何桥景, 曾科学. 麦粒灸通里穴治疗中风后失语气血亏虚型43例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2015, 31(3): 95-96.

【责任编辑: 宋威】

欢迎关注《广州中医药大学学报》“微信公众号”



本刊微信公众平台已开通, 通过手机个人微信“扫一扫”本刊“微信公众号”二维码并关注, 即可进入本刊微信公众平台。通过此手机微信平台, 可及时、准确地了解本刊的最新资讯、动态, 并能及时查询已投稿件处理状况, 检索论文, 浏览下载过刊。快来关注我们的公众号吧!

·《广州中医药大学学报》编辑部·