DOI 10.19656/j.cnki.1002-2406.20250408

头穴丛刺长留针治疗脑卒中后运动性失语的临床疗效观察

姜禄婷[1],孔艳芳[1]✉,秦合伟[1],刘建东[2]

1. 河南省中医院,河南 郑州 450002; 2. 驻马店市中医院,河南 驻马店 463000

【摘要】 目的:观察头穴丛刺长留针治疗脑卒中后运动性失语的临床疗效。方法:选择符合纳入标准的脑卒中后运动性失语患者166例,依据随机数字表随机分为观察组和对照组,治疗过程中观察组脱落3例,对照组脱落3例,最终观察组纳入80例,对照组纳入80例。对照组采用低频rTMS疗法,观察组在对照组基础上联合头穴丛刺长留针,8周为1个疗程。观察两组患者治疗前后西方失语症成套检查(WAB)及AQ评分的语言能力改善情况,日常生活交流能力测验量表(CADOL-T)评分和神经功能缺损程度(NIHSS)评分改善情况;检测患者治疗前后血清多胺氧化酶(PAO)和心型脂肪酸结合蛋白(H-FABP)水平,并比较临床疗效。结果:治疗后,两组WAB、AQ评分和CADOL-T、NIHSS评分均较治疗前明显改善($P<0.05$),且观察组改善程度优于对照组($P<0.05$);两组PAO和H-FABP水平均明显低于治疗前($P<0.05$),且观察组低于对照组($P<0.05$)。观察组总有效率97.5%(78/80),明显高于对照组83.75%(67/80)($P<0.05$)。结论:采用头穴丛刺长留针联合低频rTMS疗法能够明显改善脑卒中后运动性失语患者的言语功能,改善神经损伤程度,两者联合具有增效的作用。

【关键词】 脑卒中;运动性失语;头穴丛刺长留针;重复经颅磁刺激

【引用格式】

姜禄婷,孔艳芳,秦合伟,等. 头穴丛刺长留针治疗脑卒中后运动性失语的临床疗效观察[J]. 中医药信息, 2025, 42(4): 45-50.

JIANG L T, KONG Y F, QIN H W, et al. Clinical observation on the efficacy of long needling retention scalp acupoint cluster needling in the treatment of post-stroke motor aphasia[J]. Information on TCM, 2025, 42(4): 45-50.

脑卒中后运动性失语(post-stroke aphasia, PSA)是脑卒中后常见的并发症之一,对患者的生活质量和社交能力造成了很大的影响。患者无法流畅地表达自己的想法、感受和需求,导致沟通障碍,增加挫败感和孤独感[1-2]。目前治疗方法主要包括言语和语言治疗、经颅磁刺激、音乐疗法、计算机辅助的语言治疗、强制诱导训练、针刺等[3-6]。其中言语和语言治疗一般由专业言语治疗师根据患者的具体情况实施一对一治疗;经颅磁刺激等非侵入性神经调控技术能够通过改变大脑皮层的兴奋性来促进语言功能的恢复;音乐疗法指利用音乐促进PSA患者的语言恢复,可以改善患者的语言清晰度和韵律、言语重复和言语理解;计算机辅助的语言治疗利用计算机技术辅助语言治疗,提高治疗的针对性和效率;强制诱导训练,以提高PSA患者的语言交流能力。目前,也有一些药物,如多奈哌齐、吡拉西坦、加兰他敏、盐酸美金刚等被证实,可能对辅助治疗PSA有积极作用。针对脑卒中后运动性失语的治疗,单一的方法疗效并不十分明显。课题组既往采用头穴丛刺长留针治疗脑梗死,在改善患者言语认知功能和日常生活能力方面取得了较好的临床临床疗

基金项目:河南省中医药科学研究专项课题项目(2023ZY2068);河南省中医学"双一流"创建科学研究专项课题项目(HSRP-DFCTCM-2023-3-27);河南省中医药拔尖人才培养项目(2022ZYBJ15);中原英才青年拔尖人才项目(豫组通〔2021〕44号)

第一作者简介:姜禄婷(1987-),女,主管治疗师,主要研究方向:脑血管疾病的中医药治疗与康复。

✉**通信作者简介**:孔艳芳(1986-),女,副主任医师,主要研究方向:中医药治疗脑血管疾病。

效[7-9]。为进一步发挥中西医联合增效的优势,本研究创新性将中枢调控技术和传统针刺技术优化后联合应用于治疗脑卒中后运动性失语,采用随机对照的试验方法,探讨头穴丛刺长留针治疗对脑卒中后运动性失语的作用,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 样本量估算

参考《中医药统计学与软件应用》[10],对试验的样本量进行估算。根据完全随机设计两样本均数比较的样本量估算公式:$n = 2 \times \{(Z\alpha + Z\beta) \times \sigma/\varepsilon\}^2$,根据相关文献[7],取 $\alpha = 0.05$,$\beta = 0.20$,Power = 90%,双侧检验,计算 $n = 65$,考虑 20% 的脱落率,每组需要 83 例,本研究共预计入组 166 例。

1.2 一般资料

选取 2023 年 4 月—2024 年 3 月河南省中医院和驻马店市中医院收治的脑卒中后运动性失语患者 166 例,依据随机数字表随机分为观察组和对照组,治疗过程中观察组脱落 3 例,对照组脱落 3 例,最终观察组纳入 80 例,对照组纳入 80 例。其中河南省中医院纳入 90 例患者(住院患者 65 例,门诊患者 25 例);驻马店市中医院纳入 70 例患者(住院患者 55 例,门诊患者 15 例)。

观察组中男 46 例,女 34 例;年龄(57.11 ± 7.11)岁;高中及以上文化程度 46 例,初中文化程度 26 例,小学文化程度 8 例;缺血性脑卒中 52 例,出血性脑卒中 28 例;脑卒中部位在左侧额叶 68 例,左侧基底节区 12 例;失语的 WAB 评分(49.88 ± 8.46)分;脑卒中后运动性失语病程(24.29 ± 4.77)d。对照组中男 45 例,女 35 例;年龄(57.43 ± 7.15)岁;高中及以上文化程度 44 例,初中文化程度 27 例,小学文化程度 9 例;缺血性脑卒中 50 例,出血性脑卒中 30 例;脑卒中部位在左侧额叶 67 例,左侧基底节区 13 例;失语的 WAB 评分(50.02 ± 6.89)分;脑卒中后运动性失语病程(25.01 ± 5.17)d。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经河南省中医院伦理委员会(伦理号:AF/SC - 04/04.0)和驻马店市中医院伦理委员会(伦理号:v1.0/20230211)审查通过。

1.3 诊断标准

1.3.1 脑卒中诊断标准

符合 2019 年版《中国各类主要脑血管病诊断要点 2019》[11]中的急性脑梗死和脑出血诊断标准。①临床表现为急性起病,有明显的神经功能缺损症状;②经头颅 CT 或 MRI 等影像学检查证实;③排除非血管性病因引起的脑梗死和脑出血。

1.3.2 运动性失语诊断标准

西方失语症成套测试(western aphasia battery, WAB)失语指数(aphasia quotient, AQ)< 93.8 分,语句不流畅,出现以口语表达为主的语言障碍,伴有阅读、复述、书写等方面障碍,听理解保留[12]。

1.4 纳入标准

①符合脑卒中诊断标准和运动性失语诊断标准;②首次发病,脑卒中后运动性失语病程 15 d ~ 3 个月;③年龄 35 ~ 75 岁;④患者右利手,责任病灶为左侧大脑半球;⑤患者小学以上文化水平且母语为汉语;⑥意识清醒能够配合完成检查和治疗。

1.5 排除标准

①存在认知、视听等功能障碍;②其他类型失语症;③有颅内支架以及体内金属植入等经颅磁刺激禁忌证患者;④怕针、晕针者,针刺部位感染或溃疡者;⑤既往有精神病史者。

1.6 剔除标准

①不符合纳入标准或诊断标准者;②无任何检测、评估记录者;③自行退出研究的患者;④同时使用其他治疗方法而影响试验结果的患者;⑤治疗及观察数据不完整,影响疗效评价的患者。

1.7 脱落标准

①受试者无故未遵医嘱或者自行退出;②针刺出现较为严重的不良反应,不适合再继续试验者;③出现病情变化,发生其他严重并发症者。

1.8 治疗方法

两组均采用常规治疗,包括药物疗法和言语训练。药物疗法参照《中国脑血管病防治指南》[13]中急性脑梗死的治疗方案,根据患者的病情与症状制定包括但不局限于稳定血压、调节血糖、调节血脂、抗血小板药、抗凝药、脱水降颅压、改善血液循环、防治并发症等。言语训练参照 2017 版《中国脑卒中早期康复治疗指南》[14]中的言语训练相关内容拟定,具体包括口语表达训练、复述训练、命名训练、列举训练、交流训练等。

1.8.1 对照组

在常规治疗基础上,采用低频 rTMS。患者仰卧位,保持身体放松,将 CCY 型 TMS 刺激仪(武汉依瑞德)的“8”字形刺激线圈中心放置在右侧半球语言镜像区,频率为 1 Hz,刺激强度控制在健侧肢体运动诱发电位阈值的 70%,每次治疗 1 个序列 12 000 次刺激,每日治疗 1 次,治疗 6 d,共治疗 8 周(出院后按照门诊或日间病房方案继续治疗)。

1.8.2 观察组

在对照组治疗基础上采用头穴丛刺长留针疗法(留针 6 h,留针期间进行言语功能训练)[15],磁刺激结束后 30 min 再进行。取穴主穴选取语言一区(位于运动区下 2/5),配穴根据“十三五”规划教材第三版《针

灸学》[16]中风病取穴(百会、神庭、四神聪)等醒脑开窍穴位进行治疗。取一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准 20162270970,0.30 mm × 40 mm),与头皮成30°夹角,快速刺入后平刺2 cm,平补平泻,各穴针刺得气后以180~200次/min的频率捻转1 min,平补平泻,留针6 h,留针期间进行言语功能康复训练,言语功能康复训练过程中捻转1次,言语功能康复训练结束后捻转1次。该疗法每日治疗1次,治疗6 d,共治疗8周(出院后按照门诊或日间病房方案继续治疗)。

1.9 观察指标

分别在治疗前及治疗8周后进行评定。

1.9.1 言语功能评价

采用西方失语症成套检查(western aphasia battery,WAB)评测患者自发言语、听理解、复述、命名的评分情况。量表中,自发性言语20分、听语理解200分、复述100分、命名100分。失语指数(aphasia quotient,AQ)=(自发言语分数+听理解分数+复述分数+命名分数)×2,AQ失语指数的总分值为100,AQ<93.8分即可判定为失语症,AQ可反映失语症的严重程度,得分越低则失语症越严重[17]。

1.9.2 日常生活交流能力评价

采用日常生活交流能力测验量表(CADOL-T)[18]评价日常生活交流能力。包括语言表达的清晰度、理解力、非语言沟通的使用(如面部表情、手势等),以及在特定情境下的反应和适应能力,分值范围0~136分,分值越高表明患者日常生活交流能力越好。

1.9.3 神经功能缺损程度(NIHSS)评分

包括意识水平、语言功能、运动功能、感觉功能、视觉功能以及眼球运动等内容,分值范围0~42分,分值越高表明患者神经功能的缺损程度越严重,病情越严重[19]。

1.9.4 神经损伤相关因子

治疗前后采用Elisa法检测患者血清多胺氧化酶(PAO)和心型脂肪酸结合蛋白(H-FABP)水平。患者空腹采血,分别于治疗前后抽取2组患者静脉血,由本院检验科采用PAO试剂盒(优利科上海生命科学有限公司,货号:YLK0196)和H-FABP试剂盒(武汉益普生物科技有限公司,货号:CSB-E09185h)进行检测。

1.10 临床疗效判定标准

以WAB量表评估的治疗前后AQ值进行评价。显效:45%≤功能缺损评分减少<100%;有效:18%≤功能缺损评分减少<45%;无效:功能缺损评分减少<18%,或增加。

功能缺损评分减少(%)=(治疗后AQ评分-治疗前AQ评分)/治疗前AQ评分×100%

1.11 统计学方法

采用SPSS 18.0统计学软件分析,计量资料用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,实验数据经正态性、方差齐性检验,符合正态分布后,组内采用配对样本检验,组间采用独立样本t检验;计数资料以[例(%)]表示,采用卡方检验。$P<0.05$表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后CADOL-T和NIHSS评分比较

治疗前,两组CADOL-T和NIHSS评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组CADOL-T评分均高于治疗前($P<0.05$),NIHSS评分均低于治疗前($P<0.05$)。治疗后,观察组CADOL-T评分高于对照组,NIHSS评分均低于对照组($P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后CADOL-T和NIHSS评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	CADOL-T	NIHSS
观察组	80	治疗前	67.12±15.09	14.88±2.15
		治疗后	110.34±22.16①②	6.03±0.91①②
对照组	80	治疗前	67.05±13.89	14.79±3.01
		治疗后	84.16±16.33①	10.04±3.03①

注:与治疗前比较,①$P<0.05$;与对照组治疗后比较,②$P<0.05$。

2.2 两组患者治疗前后WAB、AQ评分比较

治疗前,两组自发言语、听理解、复述、命名和AQ评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组自发言语、听理解、复述、命名和AQ评分均高于治疗前($P<0.05$),且观察组自发言语、听理解、复述、命名和AQ评分高于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后WAB、AQ评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	WAB评分				AQ
			自发言语	听理解	复述	命名	
观察组	80	治疗前	8.09±1.77	5.96±0.69	6.09±3.11	4.01±0.61	49.99±6.77
		治疗后	14.69±4.01①②	7.63±0.79①②	8.88±2.35①②	5.47±0.69①②	79.81±9.99①②
对照组	80	治疗前	8.13±2.79	6.01±0.74	6.10±0.28	3.99±0.48	50.13±6.75
		治疗后	11.22±3.07①	6.58±0.64①	7.87±2.33①	4.39±0.57①	66.12±9.06①

注:与治疗前比较,①$P<0.05$;与对照组治疗后比较,②$P<0.05$。

2.3 两组患者治疗前后PAO、H－FABP水平比较

治疗前,两组PAO和H－FABP水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,两组PAO和H－FABP水平均较治疗前明显降低($P<0.05$),且观察组PAO和H－FABP水平低于对照组($P<0.05$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后PAO和H－FABP水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	PAO/(U/L)	H－FABP/(pg/mL)
观察组	80	治疗前	7.91±0.20	477.16±61.38
		治疗后	3.11±0.34①②	222.16±45.11①②
对照组	80	治疗前	7.89±0.78	476.11±71.26
		治疗后	5.29±0.77①	364.25±37.09①

注:与治疗前比较,①$P<0.05$;与对照组治疗后比较,②$P<0.05$。

2.4 两组患者临床疗效比较

观察组总有效率97.5%,明显高于对照组83.75%($P<0.05$)。见表4。

表4 两组患者临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率/%
观察组	80	46	32	2	97.50②
对照组	80	26	41	13	83.75

注:与对照组比较,②$P<0.05$。

3 讨论

脑卒中运动性失语属于“中风”“喑痱”“风懿”范畴。《景岳全书》载:“五脏六腑之精气,皆上升于头”;五脏六腑所化生的精气通过经络等通道向上输送至头部,神有所附,精、血是神的物质基础,刺激头部穴位,可通过调节气血阴阳,治疗经络和脏腑疾病[20-21]。本研究主穴选取语言一区(位于运动区下2/5),配穴取百会、神庭、四神聪等醒脑开窍穴位,百会为诸阳之会,醒脑开窍、宁心安神;神庭穴乃督脉的上行之气聚集之处,醒神开窍,调和阴阳;四神聪位于头顶正中,百会穴前后左右各相去一寸处,共计四穴,紧靠膀胱经,具有健脑安神、聪耳明目、疏通调节人体诸多经脉的功效。诸穴相配共奏醒神开窍之功。

脑卒中的神经调控技术是目前神经康复的研究热点,通过神经调控调节神经系统的功能,可改善卒中患者的康复效果和生活质量,利用特定的刺激方法,影响大脑和神经网络的活动,从而促进受损神经功能的恢复。其中,TMS是一种非侵入性的脑刺激技术,也是神经调控技术中的一种重要方法,通过磁场作用于大脑皮层,从而调节大脑功能,利用磁场产生电流,通过放置在头皮上的磁刺激器,将磁场脉冲传递到大脑皮层的特定区域,这些磁场脉冲能够刺激大脑神经元,改变皮层神经细胞的膜电位,进而改变大脑的功能状态。根据刺激频率的不同,对大脑皮层神经元产生兴奋或抑制作用,从而有针对性地调节神经功能。在脑卒中康复中,TMS可以通过刺激患侧大脑半球,增加其兴奋性,恢复双侧半球间的竞争抑制平衡。TMS技术已被广泛应用于脑卒中后的运动和非运动功能障碍的治疗中,取得了显著的效果。低频rTMS(通常指1 Hz或更低的频率)主要通过抑制受损脑区的异常活动,促进大脑其他区域的代偿功能,从而改善患者的语言功能;而高频rTMS(如5、10 Hz等)则主要通过增强受损脑区的兴奋性,促进神经网络的重建和功能的恢复。对于非流畅性失语患者,高频rTMS可能有助于激活左侧大脑皮层的语言功能区,提高语言网络的连接性和功能效率[21]。

研究结果显示,采用头穴丛刺长留针联合低频rTMS治疗后,脑卒中运动性失语患者WAB及AQ评分得到明显改善;这可能与训练期间进行留针,头部腧穴受到源源不断的针刺感应,该针刺感应传达至大脑皮层,增强和激活受抑制神经元以及周围“闲置”状态的脑细胞的兴奋性,促进半休眠状态脑细胞苏醒,发挥高级脑功能有关[22-23],结合低频rTMS刺激患侧大脑半球,增加其兴奋性,恢复双侧半球间的竞争抑制平衡。观察组患者血清PAO和H－FABP水平低于较治疗前和对照组。PAO是脑内多胺互变途径的限速酶,参与脑水肿形成,当脑损伤发生后PAO合成增加,促进脑水肿生产,加重颅脑损伤[24]。研究发现,当神经元损伤发生时,H－FABP可以快速地从损伤的神经元中释放出来,并通过血液循环被输送到身体的其他部位;因此,通过检测血液中H－FABP的浓度,可以间接地评估神经损伤的程度,当H－FABP浓度升高时,可能意味着有更多的神经元受到了损伤[25]。观察组总有效率明显高于对照组,并且CADOL－T评分结果表明患者日常生活交流能力得到了明显提升。可见,血清PAO和H－FABP水平对客观评价脑卒中运动性失语的失语程度、临床治疗效果以及预后都具有重要的参考价值。

头穴丛刺长留针法与普通针刺在疗效上存在显著的区别,主要体现在以下方面:首先是刺激方式和强度,头穴丛刺长留针法通过在头部穴位上使用多根针进行集中刺激,形成“针场”,达到一经带多经、一穴带多穴的整合作用,这种方法能够增强刺激效果。而普通针刺则通常只进行单一针具对特定穴位的刺激,注重配穴和补泻,而不进行患部运动。其次是留针时间,头穴丛刺长留针法的留针时间较长,留针期间间

断行针以增强疗效,而普通针刺的留针时间一般较短,通常为 10 ~ 20 min。此外,头穴丛刺长留针法适用于治疗一些慢性和复杂的神经系统疾病,这些疾病往往需要更强烈的刺激和更长时间的留针来达到治疗效果,而普通针刺则更多用于治疗一些常见的疼痛和功能障碍。因此,头穴丛刺长留针法在刺激方式、留针时间,以及适应证方面均显示出其独特的优势和特点。

总之,采用头穴丛刺长留针联合低频 rTMS 能够明显改善脑卒中后运动性失语患者的言语功能,改善神经损伤程度,具有联合增效的作用。但因研究时间和患者依从性的限制,本研究没有更进一步随访观察,对该疗法的远期疗效无法肯定,未来可结合失语类型设计精准的 rTMS 参数,进行大样本、长期精细化的临床研究。

【参考文献】

[1] SANG B M, DENG S Z, ZHAI J B, et al. Does acupuncture therapy improve language function of patients with aphasia following ischemic stroke? a systematic review and metaanalysis[J]. Neuro Rehabilitation, 2022, 51(2): 231 - 245.

[2] ZHANG Y, WANG Z J, JIANG X D, et al. Effectiveness of acupuncture for poststroke aphasia: a systematic review and meta - analysis of randomized controlled trials[J]. Complement Med Res, 2021, 28(6): 545 - 556.

[3] 武惠香,丘卫红,康庄,等. 强制诱导语言治疗对慢性运动性失语患者语言恢复及脑功能重组的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志,2018,40(7):503 - 508.

[4] 张虎,张大尉,董继革. 针灸配合中医五行音乐疗法治疗卒中后运动性失语伴焦虑病人的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2017,15(24):3194 - 3196.

[5] 马凯敏,俞坤强,徐日,等. 经颅直流电刺激结合头皮针治疗脑卒中运动性失语患者的疗效观察[J]. 中国康复,2024,39(4):195 - 199.

[6] 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.

[7] 牛磊,秦合伟,孔艳芳. 头穴丛刺长留针法联合认知功能训练治疗脑梗死后认知功能障碍临床研究[J]. 中西医结合研究,2021,13(6):377 - 380,388.

[8] 阮娟娟,魏霞,孔艳芳,等. 头针带针康复疗法治疗缺血性脑卒中后认知功能障碍的临床疗效观察[J]. 中医药信息,2024,41(6):50 - 54.

[9] 彭俊峰,秦合伟,孙英豪,等. 华佗再造丸联合头穴丛刺长留针配合振动疗法对脑梗死恢复期患者疗效的影响[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(10):1914 - 1917,1922.

[10] 史周华,何雁. 中医药统计学与软件应用[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:26 - 33.

[11] 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. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志,2019,52(9):710 - 715.

[12] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京:科学技术文献出版社,2006:40,43.

[13] 中国脑血管病防治指南编委会. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:15 - 22.

[14] 张通,赵军. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志,2017,50(6):405 - 412.

[15] 孔艳芳,秦合伟,牛雨晴,等. 头穴丛刺长留针配合认知功能训练治疗脑梗死后认知功能障碍临床研究[J]. 实用中医药杂志,2021,37(9):1464 - 1466.

[16] 赵吉平. 针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2016:255 - 257.

[17] LAZAR R M, MINZER B, ANTONIELLO D, et al. Improvement in aphasia scores after stroke is well predicted by initial severity[J]. Stroke, 2010, 41(7): 1485 - 1488.

[18] PIGLIAUTILE M, CHIESI F, PRIMI C, et al. Validation study of the italianversion of communication activities of the daily living(CADL2) asanecologicognitive assessment measure inol - Dersubjects[J]. NeurolSci, 2019, 40(10): 2081 - 2088.

[19] LEE C F, VENKETASUBRAMANIAN N, WONG K S, et al. Comparison between the origin and shortened versions of the national in-stimulations of healthstroke scales in systemic stroke patients of intermediateevent[J]. Stroke, 2016, 47(1): 236 - 239.

[20] 徐慧明,解雅童,崔莹. 针灸治疗中风失语症临床研究[J]. 亚太传统医药,2017,13(18):131 - 132.

[21] 胡雪艳,江晓峰,山磊,等. 低频和高频重复经颅磁刺激对脑卒中后非流畅性失语的影响[J]. 中国康复理论与实践,2023,29(3):249 - 255.

[22] 陈静,李景格,李博宁,等. 头穴丛刺联合步行训练对脑卒中患者不同条件下步行能力的影响[J]. 康复学报,2022,32(2):162 - 167.

[23] 张立,李季,陈静,等. 头穴丛刺结合康复训练治疗血管性痴呆的临床观察[J]. 中医药信息,2015,32(1):95 - 96.

[24] YAN H, MITSCHELEN M, TOTH P, et al. Endothelin - 1 - induced fo - Cal cerebral ischemia in the growth hormone/ IGF - 1 deficient lewis dwarf rat[J]. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2014, 69(11): 1353 - 1362.

[25] SON K H, CHOI C H, PARK K Y. Variables affecting the heart - type fatty acid binding protein level[J]. Ann Thorac Surg, 2018, 105(4): 1282.

(收稿日期:2024 - 07 - 28)

Clinical Observation on the Efficacy of Long Needling Retention Scalp Acupoint Cluster Needling in the Treatment of Post - Stroke Motor Aphasia

JIANG Luting[1], KONG Yanfang[1✉], QIN Hewei[1], LIU Jiandong[2]
1. *Henan Province Hospital of TCM*, *Zhengzhou* 450002, *China*; 2. *Zhumadian TCM Hospital*, *Zhumadian* 463000, *China*

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of long needling retention scalp acupoint cluster needling in the treatment of post - stroke motor aphasia. Methods: A total of 166 patients with post - stroke motor aphasia who met the inclusion criteria were randomly divided into an observation group and a control group using a random number table. During the treatment, 3 cases in the observation group and 3 cases in the control group were lost to follow - up, resulting in 80 patients in each group. The control group received low - frequency rTMS therapy, while the observation group received long needling retention scalp acupoint cluster needling combined with low - frequency rTMS therapy, with one treatment course lasting 8 weeks. Language ability improvement was assessed using the Western Aphasia Battery (WAB) and Aphasia Quotient (AQ) scores, daily communication ability using the CADOL - T scale, and neurological impairment using the NIH Stroke Scale (NIHSS). Serum levels of polyamine oxidase (PAO) and heart - type fatty acid - binding protein (H - FABP) were measured before and after treatment, and clinical efficacy was compared. Results: After treatment, WAB, CADOL - T, and NIHSS scores in both groups showed significant improvement compared to baseline ($P < 0.05$), with the observation group showing greater improvement than the control group ($P < 0.05$). PAO and H - FABP levels significantly decreased in both groups compared to pre - treatment levels ($P < 0.05$), with lower levels in the observation group than in the control group ($P < 0.05$). The total efficacy rate in the observation group was 97.5% (78/80), significantly higher than 83.75% (67/80) in the control group ($P < 0.05$). Conclusion: Long needling retention scalp acupoint cluster needling combined with low - frequency rTMS therapy significantly improves speech function and reduces the degree of neurological impairment in patients with post - stroke motor aphasia, indicating a synergistic effect.

【Key words】 Stroke; Motor aphasia; Long needling retention scalp acupoint cluster needling; Repetitive transcranial magnetic stimulation

(上接第44页)

CysC significantly decreased after treatment in both groups ($P < 0.05$), with no statistically significant difference between the groups ($P > 0.05$). TCSS scores decreased significantly in both groups after treatment ($P < 0.05$), with the treatment group showing lower scores compared to the control group ($P < 0.05$). The total effective rate was 92.5% (37/40) in the treatment group and 67.5% (27/40) in the control group, with a significant difference favoring the treatment group ($P < 0.05$). No adverse reactions were observed in either group during the treatment period. Conclusion: Warm acupuncture combined with Shuluo Tongmai Decoction foot baths effectively alleviates clinical symptoms and signs, improves nerve conduction velocity, and demonstrates good safety in treating cold coagulation and blood stasis type DPN.

【Key words】 Warm acupuncture; Shuluo Tongmai Decoction; Cold coagulation and blood stasis type; Diabetic peripheral neuropathy