

# 地黄饮子治疗肝肾两虚证中风失语临床观察

王玉宇\*, 徐宁, 董卫华, 路悦, 王渭芳, 杨虹  
(常州市武进中医医院, 江苏常州 213161)

**[摘要]** **目的:**观察地黄饮子加减对肝肾两虚证引起的中风失语语言功能的影响。**方法:**30例患者采用住院前后随机按数字表法分为对照组和治疗组各15例。两组患者均给予常规治疗。对照组采取舒尔氏(Schuell)刺激法进行言语康复训练,30 min/次,3次/周;治疗组在对照组治疗的基础上给予地黄饮子加减治疗,1剂/d,分早晚2次温开水冲服。两组疗程均为2个月。采用中国康复研究中心汉语标准失语症检查(CRRCAE),功能性语言沟通能力量表(CFCP),失语商(AQ)和波士顿诊断性失语症检查法(BDAE)评定两组患者语言功能。**结果:**对照组临床愈显率为26.67%,治疗组愈显率为73.33%;治疗组明显优于对照组( $P < 0.05$ );治疗组治疗后CRRCAE各项分值均明显高于对照组( $P < 0.01$ );治疗组治疗后CFCP和AQ评分均高于对照组,比较有统计学意义( $P < 0.01$ );治疗组治疗后BDAE分级比较优于对照组( $P < 0.01$ )。**结论:**在常规治疗的基础上,采用地黄饮子加减配合Schuell语言训练,可改善肝肾两虚证的中风失语患者的言语功能,能提高患者的CRRCAE,CFCP和AQ评分,减轻BDAE评分。

**[关键词]** 地黄饮子; 中风; 失语; 肝肾两虚证

**[中图分类号]** R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2015)23-0172-04

**[doi]** 10.13422/j.cnki.syfjx.2015230172

**Clinical Observation of Dihuang Yinzi on Aphasia from Apoplexy with Syndrome of Liver and Kidney Deficiency** WANG Yu-yu\*, XU Ning, DONG Wei-hua, LU Yue, WANG Wei-fang, YANG Hong  
(Changzhou Wujin Traditional Chinese Medicine Hospital, Changzhou 213161, China)

**[Abstract]** **Objective:** To observe the effect of addition and subtraction Dihuang Yinzi on language function of aphasia from apoplexy with syndrome of both liver and kidney deficiency. **Method:** Thirty patients were randomly divided into control group and treatment group by random number table method, with 15 cases in each group. The conventional therapy was given to all patients in both groups. Patients in control group were treated with Schuell language training, 30 min/time, 3 times/week. Based on the treatment in control group, the patients in treatment group also received addition and subtraction Dihuang Yinzi treatment, 1 dose/d, tid with warm water. The treatment course was 2 months for all cases. Speaking function of the patients in two groups was evaluated by China rehabilitation research center aphasia examination (CRRCAE), Chinese functional communication profile (CFCP), aphasia quotient (AQ), and Boston diagnostic aphasia examination (BDAE). **Result:** The markedly clinical effective rate was 73.33% in treatment group, which was significantly superior to 26.67% in control group ( $P < 0.05$ ). After treatment, score in each item of CRRCAE in treatment group was significantly higher than that in control group ( $P < 0.01$ ). Scores of CFCP and AQ were higher than those in control group after treatment with statistical significance ( $P < 0.01$ ). After treatment, BDAE grading in treatment group was superior to that in control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion:** On the basis of the conventional therapy in control group, addition and subtraction Dihuang Yinzi plus Schuell's language training in treatment group improves language function of patients with aphasia from apoplexy with syndrome of both liver and kidney deficiency, increases scores of CRRCAE, CFCP, and AQ, and decreases BDAE score.

**[Key words]** Dihuang Yinzi; stroke; aphasia; syndrome of both liver and kidney deficiency

**[收稿日期]** 20150428(162)

**[基金项目]** 江苏省中医药管理局重点科技攻关项目(2013201508)

**[通讯作者]** \*王玉宇,副主任中医师,从事神经康复的临床工作,Tel:13685212158,E-mail:dr\_shuai@126.com

中风在我国范围内是临床常见病,失语症是中风患者常留有的后遗症;随着人口结构日趋老龄化,失语症的发生率正逐年升高。失语症临床表现主要有口语障碍、说话费力、表达连贯性差、阅读和书写异常等<sup>[1]</sup>。失语症是中风后较难治疗后遗症之一。

目前,语言训练是临床治疗中风失语症的有效治疗方法,语言训练可明显改善患者的语言能力<sup>[2]</sup>。近年研究显示,在常规语言康复训练的基础上,采取中药调理治疗中风后失语症被证实疗效良好<sup>[3]</sup>。近年来,国内学者对中风后失语的病机取得较为统一的认识,即肝肾阴虚和气血亏虚为致病之本,风、火、痰等为发病之标。地黄饮子载于《圣济总录》,具有滋肾阴、补肾阳、开窍化痰之功效。笔者根据中风后失语症的病机特点,在常规语言训练的基础上进行地黄饮子加减治疗取得良好效果。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2012年1月—2014年1月在常州市武进中医医院康复科住院的30例中风失语患者,采用住院前后随机按数字表法分为对照组和治疗组各15例。治疗组男6例,女9例,年龄52~70岁,平均(60.23±10.74)岁,病程0.5~3个月,平均(1.03±0.35)个月,其中原发病为脑出血2例,脑梗死13例;对照组15例,男8例,女7例,年龄51~69岁,平均(60.86±9.11)岁,病程0.3~4个月,平均(1.25±0.38)个月,其中原发病为脑出血3例,脑梗死12例。两组患者性别、年龄、病程、原发病等一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

**1.2 西医诊断标准** 中风诊断参照《中药新药临床研究指导原则》标准。①以半身不遂,口舌歪斜,舌强语蹇,偏身麻木,甚则神志恍惚、迷蒙、神昏、昏愤为主症;②发病急骤,有渐进发展过程;病前多有头晕头痛,肢体麻木等先兆;③常有年老体衰,劳倦内伤,嗜好烟酒,膏粱厚味等因素;每因恼怒、劳累、酗酒、感寒等诱发;④所有患者经CT、核磁共振成像(MRI)等影像学检查确诊。失语症诊断参照《汉语标准失语症检查法》<sup>[4]</sup>标准。

**1.3 肝肾两虚证诊断标准** 根据《中医内科学》制定<sup>[5]</sup>。①主证:头晕目眩,半身不遂,口眼歪斜,舌强语蹇,手足重滞;②次证:耳鸣健忘,咽干口燥,五心烦热,腰膝酸软,盗汗,失眠多梦;③舌脉:舌红苔少,脉虚数。

**1.4 纳入标准** ①符合上述西医诊断标准者;②符合肝肾两虚中医辨证标准者;③年龄50~70岁;④

病情与情绪稳定以及意识清楚者;⑤母语为普通话,发病前无视听障碍,无明显记忆和智力障碍者;⑥签署自愿同意协议书。

**1.5 排除标准** ①处于昏睡、昏迷甚至植物状态者;②病情恶化以及器官功能衰竭者;③病情严重或身体虚弱而不能配合者或依从性差者;④严重视听障碍或精神病患者;⑤短暂脑缺血发作或可逆性脑神经功能损伤者。

**1.6 治疗方法** 基础治疗:两组患者均参照《脑血管病防治指南》<sup>[6]</sup>给予常规治疗。包括稳定血压,改善脑循环,维持水电解质平衡,防止脑水肿等;伴有肢体运动功能损伤者给予常规肢体训练疗法处理等。

对照组采取舒尔氏(Schuell)刺激法<sup>[7]</sup>进行言语康复训练,30 min/次,3次/周。治疗组在对照组治疗的基础上给予地黄饮子加减治疗。药物组成:地黄10 g,麦冬10 g,五味子6 g,山茱萸6 g,肉桂6 g,制附子6 g<sup>(先煎)</sup>,石菖蒲6 g,远志6 g,巴戟天10 g,茯苓10 g,石斛10 g,熟地黄10 g。配方颗粒,由江阴天江药业股份有限公司提供。1剂/d,分早晚2次温水冲服。两组疗程均为2个月。

**1.7 观察指标** ①言语功能评价,参照中国康复研究中心失语症检查表(CRRCAE)<sup>[8]</sup>评定。包括9个方面。听(1~6分),复述(1~6分),口头表达(1~10分),出声读(1~6分),阅读理解(1~6分),描写(1~6分),抄写(1~6分),听写(1~6分),计算(0~20),总分198分。②日常生活语言沟通能力评价,参照功能性语言沟通力量表(CFCP)<sup>[9]</sup>进行。包括5个部分,25个指标。轻度受损总分低于200分,中度受损总分低于150分,重度受损总分低于100分。③失语商(AQ)评价<sup>[10]</sup>,AQ的计算方法为,自发言语分数、口语理解分数除以20,复述分数、命名分数除以10,各项之和乘以2。AQ在98.4~99.6为正常值,AQ<93.8为失语。④失语症严重程度分级标准,参照波士顿诊断性失语症检查法(BDAE)<sup>[11]</sup>评定。BDAE失语症严重程度分级,0级,无有意义的言语或听觉理解能力;1级,言语交流中有不连续的言语表达,但大部分需要听者去推测、询问和猜测,可交流的信息范围有限,听者在言语交流中感到困难;2级,在听者的帮助下,可能进行熟悉话题的交谈,但对陌生话题常常不能表达自己的思想,使患者与检查者都感到进行言语交流有困难;3级,在仅需少量帮助下或无帮助下,患者可以讨论几乎所有的日常问题,但由于言语和

(或)理解能力的减弱,使某些谈话出现困难或不大可能;4级,言语流利,但可观察到有理解障碍,但思想和言语表达尚无明显限制;5级,有极少的可分辨得出的言语障碍,患者主观上可能感到有点困难,但听者不一定能明显觉察到。

**1.8 疗效评定标准** 失语症疗效标准参照河北省医院失语症汉语评测法并结合失语症严重程度分级标准<sup>[12]</sup>。痊愈:语言功能恢复正常或失语症严重分级提高3级;显效:失语症严重程度分级提高2级;有效:失语症严重程度分级提高1级;无效:语症严重程度分级提高不足1级或无变化。

**1.9 统计学方法** 数据采用 SPSS 19.0 统计软件进行分析,计量资料采用  $\bar{x} \pm s$  表示,组间比较采用  $t$  检验,计数资料用  $\chi^2$  进行分析,以  $P < 0.05$  表示比较差异有统计学意义。

表 2 两组患者治疗前后 CRRCAE 各指标评分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

Table 2 Comparison of CRRCAE between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

组别	时间	听	复述	口头表达	出声读	阅读理解	描写	抄写	听写	计算
对照	治疗前	2.41 ± 0.44	2.95 ± 0.61	2.01 ± 0.33	2.06 ± 0.52	2.21 ± 0.49	1.81 ± 0.43	1.79 ± 0.60	1.67 ± 0.31	1.29 ± 0.56
	治疗后	3.31 ± 0.50 <sup>1)</sup>	3.96 ± 0.78 <sup>1)</sup>	2.59 ± 0.72 <sup>1)</sup>	2.78 ± 0.66 <sup>1)</sup>	2.97 ± 0.55 <sup>2)</sup>	2.49 ± 0.58 <sup>1)</sup>	2.65 ± 0.53 <sup>1)</sup>	2.52 ± 0.52 <sup>1)</sup>	2.92 ± 0.80 <sup>1)</sup>
治疗	治疗前	2.39 ± 0.41	2.99 ± 0.59	2.04 ± 0.41	2.11 ± 0.61	2.30 ± 0.53	1.79 ± 0.39	1.73 ± 0.57	1.71 ± 0.36	1.33 ± 0.49
	治疗后	4.43 ± 0.49 <sup>1,2)</sup>	4.98 ± 1.27 <sup>1,2)</sup>	3.41 ± 0.97 <sup>1,2)</sup>	3.71 ± 1.03 <sup>1,2)</sup>	3.72 ± 0.88 <sup>1,2)</sup>	3.41 ± 1.08 <sup>1,2)</sup>	3.39 ± 0.95 <sup>1,2)</sup>	3.25 ± 0.89 <sup>1,2)</sup>	4.09 ± 1.45 <sup>1,2)</sup>

注:与本组治疗前比较<sup>1)</sup> $P < 0.01$ ;与对照组治疗后比较<sup>2)</sup> $P < 0.01$ (表3同)。

**2.3 两组患者治疗前后 CFCP 和 AQ 评分比较** 两组治疗后 CFCP 和 AQ 评分均显著提高 ( $P < 0.01$ ),治疗组治疗后 CFCP 和 AQ 评分均明显高于对照组,比较有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 CFCP 和 AQ 评分比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

Table 3 Comparison of CFCP and AQ scores between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

组别	时间	CFCP	AQ
对照	治疗前	127.93 ± 17.88	46.80 ± 11.34
	治疗后	182.28 ± 19.24 <sup>1)</sup>	65.27 ± 13.56 <sup>1)</sup>
治疗	治疗前	129.03 ± 18.15	47.17 ± 10.82
	治疗后	203.55 ± 20.17 <sup>1,2)</sup>	79.92 ± 14.28 <sup>1,2)</sup>

**2.4 两组治疗后 BDAE 分级比较** 治疗组治疗 BDAE 评分明显优于对照组,比较差异具有统计学意义 ( $P < 0.01$ ),见表 4。

### 3 讨论

临床治疗脑中风失语症的目的是纠正患者的语言和交流障碍,使其尽可能恢复正常生活。目前,临床治疗中风后失语症的方法较多,其中失语症刺激

## 2 结果

**2.1 两组治疗后临床失语症疗效比较** 对照组临床失语症愈显率为 26.67%,治疗组愈显率为 73.33%;治疗组优于对照组 ( $P < 0.05$ ),见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床失语症疗效比较

Table 1 Comparison of clinical efficacy for aphasia between two groups

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	愈显率/%
治疗	4	7	3	1	73.33 <sup>1)</sup>
对照	1	3	7	4	26.67

注:与对照组比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

**2.2 两组治疗前后 CRRCAE 各指标评分比较** 两组患者治疗后 CRRCAE 表各项指标评分均明显升高 ( $P < 0.01$ ),治疗组治疗后各项分值均明显高于对照组 ( $P < 0.01$ ),见表 2。

表 4 两组患者治疗后 BDAE 分级比较 ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

Table 4 Comparison of BDAE grades between two groups ( $\bar{x} \pm s, n = 15$ )

组别	0级	1级	2级	3级	4级	5级
治疗	0	1	2	3	3	6 <sup>1)</sup>
对照	3	3	3	4	2	0

注:与对照组同级比较<sup>1)</sup> $P < 0.05$ 。

疗法是众多失语症疗法的基础。该法的效应机制是采取较强的和控制下的听觉刺激作用于损害的语言符号系统,促进失语症患者语言功能的再建。深究其机制为:语言康复刺激训练能够激活受抑制的神经通路,促进脑组织血液循环,增强脑部的生物电活性,重新恢复大脑皮质的潜能和脑细胞的活性,从而使患者尽快恢复语言交流和理解能力。舒尔氏 (Schuell) 刺激法是当前常用于治疗中风后失语症的基础疗法之一, Schuell 刺激法的治疗理论基础为利用控制的、强有力的和集中的听刺激作为基本手段,利用表达、听力、阅读等内容的练习,不断发挥视觉和听觉间的反馈来弥补已丧失的运动觉,最大可

能地发挥患者的再组织能力,以纠正语言障碍和恢复语言功能。在本研究中,在常规对症治疗的基础上,采用 Schuell 刺激疗法作为对照治疗组,取得了一定疗效。

然而,中风后失语症采取单纯的语言刺激训练治疗,其疗效有限,结合药物治疗是临床推荐使用方法之一。目前已知治疗失语症的有效药物如胆碱类、多巴胺类和脑保护性药物等<sup>[13]</sup>,但也有部分患者疗效不理想,尤其是针对证候类型迥异患者;因此,临床应根据不同的证候类型采取不同的治疗方法。在众多疗法之中,中医学治疗理论恰好符合上述要求,近年来的研究也证实中医药治疗中风后失语症疗效确切<sup>[14]</sup>。

中风后失语症在中医学为“暗瘖”、“难言”、“不语”等。《素问》曰:“所谓入中为暗者,阳盛已衰,故为暗也。内夺而厥,则为暗瘖。”其病位在心脑,与肝肾相关。其病机以本虚标实多见,为肝肾阴虚,气血衰少为本,风、火、痰、气、瘀为标。地黄饮子出自《圣济总录》为滋阴补肾利窍之主方,在中医临床为“舌废不能言,足废不能用”之暗瘖阴虚证的重要方剂。方中熟地黄、山茱萸滋补肾阴;巴戟天温壮肾阳;制附子、肉桂之辛热,以助温养下元,摄纳浮阳,引火归原;石斛、麦冬、五味子滋养肺肾,金水相生,壮水以济火;石菖蒲与远志、茯苓合用,是开窍化痰,交通心肾;《神农本草经》记载“石菖蒲可开心孔,补五脏,通九窍,明耳目,出声音”;笔者根据中风失语症的具体病机特点增加地黄治疗,地黄滋阴养血、补益肝肾,在本方使用寓滋水涵木之意。综观全方,标本兼治,阴阳并补,在地黄饮子基础上加重滋阴药,对肝肾阴虚恰到好处。因此,诸药合用,使水火相济,痰浊得除,则舌强不能言,足痿不能用之症可愈。

地黄饮子加减治疗中风后失语国内已有部分报道。然而,其中一些报道未能针对中医具体证候研究;一些研究方法简单,探讨深度不够,因此结果可信度不高;其他一些与本研究采取的基线方法不一,且研究结果单薄。本研究根据以《脑血管病防治指南》为基线治疗,采用地黄饮子加减治疗肝肾两虚证患者失语,考察指标全面,研究角度层层深入,因此结果体现了较好可信度。

本组研究资料显示,在常规对症和言语训练基础上,地黄饮子加减治疗中风后失语症能明显提高患者的听、复述、口头表达、出声读、阅读理解、描写、

抄写、听写和计算能力;此外,采用 AQ, CFCP 和 BDAE 等进行评定,地黄饮子加减治疗对上述指标的改善均优于单纯的言语训练治疗,其愈显率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。以上结果表明,地黄饮子加减治疗可有效改善中风失语症患者的语言功能,提高患者日常生活语言交流能力,降低失语严重程度。同时,中药治疗具有无创伤和副作用少等优点,克服重复针刺等其他治疗给患者产生痛苦。

#### [参考文献]

- [1] 孙会芳,乔松,肖娜,等. 规范化三级康复治疗对卒中后 Broca 失语患者言语能力的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(11): 1043-1046.
- [2] Berthier M L, Pulvermuller F. Neuroscience insights improve neurorehabilitation of poststroke aphasia [J]. Nat Rev Neurol, 2011, 7(2): 86-97.
- [3] 胡向阳,周武. 启语丹配合 Schuell 语言训练治疗缺血性中风后失语症[J]. 中国实验方剂学杂志, 2011, 17(13): 213-215.
- [4] 李胜利,肖兰,田鸿,等. 汉语标准失语症检查法的编制与常模[J]. 中国康复理论与实践, 2000, 6(4): 162-164.
- [5] 张伯庚. 中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 1985: 210-211.
- [6] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社, 2007: 28-30.
- [7] 田智慧,江钟立,丛芳,等. 词联导航训练法与 Schuell 刺激疗法改善卒中后言语功能的对比研究[J]. 中国康复医学杂志, 2014, 29(2): 119-123.
- [8] 张庆芬,纪树荣,李胜利,等. 中国康复研究中心汉语标准失语症检查量表的信度与效度分析[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(9): 703-705.
- [9] 王小荣,卓大宏. 功能性语言沟通能力检查法及其在中风失语症检测中的应用[J]. 中国康复医学杂志, 1992, 7(6): 248-250.
- [10] 王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(二)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(3): 135-140.
- [11] 王荫华. 西方失语症成套测验(WAB)介绍(一)[J]. 中国康复理论与实践, 1997, 3(1): 10-12.
- [12] 高素荣. 失语症[M]. 2版. 北京:北京大学医学出版社, 2006: 516-518.
- [13] 周莘,单春雷. 失语症的药物治疗进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(9): 860-862.
- [14] 王俊霞,年莉. 中风后失语的中医治疗研究进展[J]. 中医临床研究, 2012, 4(1): 114-116.

[责任编辑 何希荣]