

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2019.01.008

中医康复干预对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽能力及日常生活能力的影响

付振灿

汤阳县中西医结合医院康复科,河南安阳 456150

脑卒中作为临床常见的脑血管疾病,主要因脑组织局部动脉或颈动脉出现狭窄或闭塞,导致脑部血流供给减少或停止,造成局部脑组织因缺血、缺氧而出现损伤或坏死,进而并发神经功能障碍的类似症状。其中,吞咽功能障碍为脑卒中神经功能障碍的常见并发症,极易引起误吸、呛咳及窒息等不良事件,不仅影响治疗效果,同时也对患者生命健康构成威胁。因此,对脑卒中吞咽功能障碍患者实施康复干预尤为必要。常规康复干预虽具有一定效果,但起效较慢,周期较长,容易加重患者心理障碍,延缓康复进程。相关研究^[1]表明,中医康复干预在治疗神经功能障碍疾病中具有良好效果。因此,本研究进一步观察中医康复干预对脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽能力及日常生活能力的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择 2017 年 5 月—2018 年 7 月本院收治的 96 例脑卒中吞咽功能障碍患者为研究对象,按照随机数字表法将其分为对照组和观察组,每组 48 例。对照组,其中男 30 例,女 18 例;年龄 40~76 岁,平均年龄(61.37±10.34)岁;病程 2 d~2 个月,平均病程(1.06±0.46)个月。观察组,其中男 28 例,女 20 例;年龄 43~75 岁,平均年龄(62.03±10.21)岁;病程 2 d~2 个月,平均病程(1.02±0.44)个月。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:符合《中国急性缺血性脑卒中中西医结合急诊诊治专家共识》^[2]中相关诊断标准,伴有不同程度吞咽功能障碍;意识清醒,具有认知能力;患者自愿参与,并签署知情同意书。

排除标准:大面积脑梗死、重度脑出血;合并严重心、肺、肾功能异常;食管、口咽及帕金森等疾病诱发吞咽功能障碍;干预依从性差。

1.3 治疗方法

对照组给予常规康复干预,包括:吞咽训练、肢体康复训练、健康教育及摄食训练等。在此基础上,观察组给予中医康复干预,具体如下:①情志疏导 干预前告知患者中医康复理念及具体方案,并耐心与之交谈,了解其对疾病及治疗的认识程度,继而通过针对性解释、心理暗示等方式以消除其焦躁不安等负面情绪;②艾灸 取百会、吞咽、外金津、外玉液及廉泉等穴位,采用雀啄灸,以艾灸部位皮肤泛红为宜,由专业艾灸人员进行,1 次/d;③按摩 患者取舒适卧位,取廉泉、太溪、风府、百会等穴,采用揉指法,循序渐进用力,10~20 min/次,2 次/d;④中药冷刺激 使用冰冻后的棉棒蘸取制作好的中药液(麝香、薄荷、冰片),刺激舌根、咽喉壁、咽弓及软腭部位,3 次/d。2 组疗程均为 4 周。

1.4 观察指标与疗效判定标准

根据洼田饮水试验结果评价吞咽功能:让患者在端坐的情况下口服温开水 30 mL,注意观察饮水过程中有无呛咳,并记录时间。其中 1 次喝完,无呛咳记为 1 分;2 次以上喝完,无呛咳记为 2 分;1 次喝完,有呛咳记为 3 分;2 次以上喝完,有呛咳记为 4 分;呛咳发生多次,不能将水喝完记为 5 分。统计 2 组患者反复吞咽唾液次数。

采用 Barthel 指数评分评价 2 组患者干预前后日常生活能力,Barthel 指数评分标准中包含进餐、修饰、洗澡、进出厕所、行走、上下楼梯等 10 个项目,分值 0~100 分,评分越高表示日常生活能力越好。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 24.0 软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,采用 t 检验;以 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组吞咽能力比较

干预后,观察组洼田饮水试验评分显著低于对照

组 ($P < 0.05$), 反复吞咽唾液次数显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者吞咽功能比较 ($n = 48, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	洼田饮水试验评分(分)	反复吞咽唾液次数(次)
对照组	干预前	3.58 ± 0.43	2.46 ± 0.62
	干预后	2.54 ± 0.65*	4.08 ± 1.14*
观察组	干预前	3.61 ± 0.51	2.37 ± 0.61
	干预后	1.65 ± 0.34* [△]	4.67 ± 1.23* [△]

与干预前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 2 组日常生活能力比较

干预后, 2 组 Barthel 指数评分均显著升高 ($P < 0.05$), 且观察组上述评分显著高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者 Barthel 指数评分比较 ($n = 48, \text{分}, \bar{x} \pm s$)

组别	时间	Barthel 指数评分
对照组	干预前	38.67 ± 8.29
	干预后	56.15 ± 7.41*
观察组	干预前	41.05 ± 8.34
	干预后	60.34 ± 9.67* [△]

与干预前比较* $P < 0.05$; 与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

临床实践证明, 脑卒中发病后, 前 3 个月内神经功能恢复的可能性为 98% 左右, 因此对早期脑卒中患者实施有效的康复治疗措施, 不仅能够有效修复受损神经细胞, 还可促进恢复自主活动能力, 改善生活质量^[3-4]。吞咽功能障碍是脑卒中常见并发症, 常导致无法正常吞咽, 极易诱发营养不良、免疫力下降等不良后果, 对患者生命健康造成重大影响。因此, 早期实施正确、有针对性的康复措施以提高脑卒中患者吞咽能力尤为关键^[5]。

中医认为, 脑卒中吞咽功能障碍主要病因病机为气血逆乱、风阳上扰, 导致舌咽气机不通。刘颖等^[6]研究发现, 在常规康复干预基础上给予有效的中医康复干预可提高康复效果, 改善吞咽能力。本研究中, 中医康复干预包含情志疏导、艾灸、按摩及中药冷刺激等方法, 其中情志疏导可改善焦虑不安、担忧等不良情绪, 帮助患者建立治愈疾病的信心, 使其能够更好地配合治疗。艾灸、按摩穴位具有温通经络、协调脏腑、温阳散结的效果, 利于提高机体免疫力, 促进机

体功能的恢复。中药冷刺激通过刺激舌根、咽喉壁、咽弓及软腭部位, 可刺激吞咽功能相关的脑部神经细胞, 促进受损神经细胞恢复, 继而改善吞咽能力^[7]。本研究结果显示, 干预后, 与对照组比较, 观察组洼田饮水试验评分显著降低, 反复吞咽唾液次数显著升高; 干预后, 2 组 Barthel 指数评分均较前升高, 且观察组显著高于对照组; 表明对脑卒中吞咽功能障碍患者实施中医康复干预, 有利于提高吞咽能力及日常生活能力。

综上所述, 中医康复干预可有效改善脑卒中吞咽功能障碍患者吞咽能力, 加快康复进程, 提高日常生活能力。

参 考 文 献

- [1] 王刚, 黄葵. 脑卒中吞咽障碍康复治疗进展[J]. 中国康复理论与实践, 2016, 22(2): 160-163.
- [2] 中国中西医结合学会急救医学专业委员会. 中国急性缺血性脑卒中中西医结合急诊诊治专家共识[J]. 中华危重病急救医学, 2018, 30(3): 193-197.
- [3] 杨青霞, 潘力强, 郭文鹏. 中西医结合护理对脑卒中患者术后吞咽障碍康复疗效及生活质量的影响[J]. 中华现代护理杂志, 2016, 22(27): 3902-3905.
- [4] 周红, 栗先增, 周金洁, 等. 早期中医康复对脑卒中患者吞咽障碍及生活质量的影响[J]. 中国临床保健杂志, 2018, 21(1): 96-99.
- [5] 肖卫红, 吴碧玉. 脑卒中后吞咽障碍的康复研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(7): 783-787.
- [6] 刘颖, 李翔宇, 汤宇, 等. 中医康复护理对脑卒中患者 65 例吞咽障碍的影响[J]. 山西医药杂志, 2016, 45(11): 1351-1353.
- [7] 林茜, 陈美云, 林秀瑶. 中药冰棒咽部冷刺激治疗脑卒中后吞咽困难的疗效观察[J]. 中国康复, 2014, 29(6): 409-411.

(收稿日期: 2019-01-11)