

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2022.01.008

通窍利咽针法联合康复训练改善脑卒中恢复期 吞咽障碍临床观察

梅 洋 曹国军[△]

湖北六七二中西医结合骨科医院老年病科, 武汉 430079

摘要 目的 观察通窍利咽针法联合康复训练治疗脑卒中恢复期吞咽障碍的临床疗效。方法 将 60 例脑卒中恢复期吞咽障碍患者随机分为对照组和针刺组, 每组 30 例。对照组在脑梗死西医常规治疗基础上进行吞咽康复训练, 针刺组在对照组基础上联合通窍利咽针法, 2 组疗程均为 20 d。比较 2 组治疗前后洼田饮水试验评分及标准吞咽功能评价量表(standardized swallowing assessment, SSA)评分, 并比较 2 组总有效率。**结果** 治疗后, 2 组患者洼田饮水试验评分及 SSA 评分均较治疗前降低($P < 0.05$), 且针刺组上述评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。针刺组总有效率为 83.33%, 明显高于对照组的 66.67%($P < 0.05$)。**结论** 通窍利咽针法联合康复训练能有效改善脑卒中恢复期吞咽障碍, 对患者的预后及转归有积极意义。

关键词 针刺; 康复训练; 脑卒中; 吞咽障碍; 恢复期

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A

据统计, 脑卒中后吞咽障碍的发生率达 37%~78%^[1]。吞咽障碍易导致患者出现卒中后肺炎与营养不良等并发症, 尽早恢复脑卒中患者的吞咽功能有利于改善患者生活质量。目前通常将脑卒中恢复期定义为卒中发病 2 周后, 此期患者大多病情稳定, 尽早介入康复治疗 and 针灸治疗是关键^[2]。通窍利咽针法主要选穴廉泉、翳风、风池、三阴交、合谷、内关等, 此针法为本院老年病科和针灸康复科共同拟定, 已在临床运用多年。本研究观察通窍利咽针法联合康复训练治疗脑卒中恢复期吞咽障碍患者的临床疗效, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2020 年 6 月—2021 年 4 月本院收治的脑卒中恢复期吞咽障碍患者 60 例, 按随机数字表分为针刺组和对照组, 每组 30 例。针刺组男 12 例, 女 18 例; 年龄 54~86 岁, 平均(63.36±11.65)岁; 平均病程(44.1±12.9)天; 卒中部位: 大脑半球 9 例, 脑干 21 例。对照组男 19 例, 女 11 例; 年龄 55~87 岁, 平均(64.22±10.17)岁; 平均病程(50.7±15.1)天; 卒中部位: 大脑半球 11 例, 脑干 19 例。2 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。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准: 参照《2016 版中国脑血管病诊治指南与共识》^[3] 及《中医内科学》^[4] 制定, ①符合脑卒中诊断标准, 颅脑 MRI 示病位在大脑半球和/或脑干; ②2 周≤病程≤6 个月; ③神志清楚, 沟通正常, 病情稳定者。

排除标准: 严重的心、肝、脑、肾功能异常, 或伴有内分泌及造血系统疾病; 短期内有卒中复发; 有明显意识障碍, 不能沟通, 或难以配合治疗者。

1.3 治疗方法

对照组给予脑卒中常规治疗, 包括抗血小板聚集、降血压、稳定斑块、改善脑循环、保护神经等, 并进行吞咽康复训练(冰刺激、呼吸训练、口部运动训练、咀嚼肌训练、吞咽反射训练、摄食训练等)。针刺组在对照组基础上联合通窍利咽针法治疗。取穴参照《针灸学》^[5], 主穴: 廉泉、翳风、风池、三阴交、合谷、内关, 临证可配合选用地仓、颊车、下关、迎香、阳白、金津、玉液、风府、人迎、哑门等。主穴采用双手夹持进针, 翳风进针不施手法, 遇疼痛加剧立即停止。其他穴位可施小幅度高频率捻转手法。主穴连接 G6805 脉冲电针治疗仪, 选频率为 15~20 Hz 的连续疏波, 以目测患者舌体轻微跳动和能耐受为度, 留针 30 min, 1

[△] 通信作者, Corresponding author, E-mail: 1534632141@qq.com

次/d,5 次/周,20 d 为 1 疗程。2 组疗程均为 20 d。

1.4 观察指标及疗效评价标准

比较 2 组洼田饮水试验评分及标准吞咽功能评价量表(standardized swallowing assessment,SSA)评分。①洼田饮水试验:患者于端坐位饮水 30 mL,观察有无呛咳,共 1~5 分,能顺利 1 次咽下记 1 分;分 2 次以上咽下不呛记 2 分;能 1 次咽下,但有呛咳记 3 分;分 2 次以上咽下,有呛咳记 4 分;全量咽下困难,频频呛咳记 5 分。得分越高代表吞咽功能越差。②SSA 评分:首先进行初步评价,从意识水平、唇控制等 7 个方面进行评分,再饮水(约 5 mL),从口角流水、吞咽时喉部运动等 6 个方面进行评分,再次饮水(约 60 mL),从是否咳嗽、哽咽等 4 个方面进行评分,重复 3 次,该量表总分 18~46 分,分数越高表示吞咽功能越差。

疗效评价:①显效,吞咽困难缓解,或接近正常;②有效,吞咽障碍明显改善;③无效,治疗前后无变化。总有效率=[(显效+有效)例数/总例数]×100%。

1.5 统计学方法

所有数据采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析,计量资料符合正态分布以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组洼田饮水试验评分和 SSA 评分比较

治疗后,2 组患者洼田饮水试验评分和 SSA 评分均低于治疗前($P < 0.05$),且针刺组上述评分均明显低于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 2 组患者洼田饮水试验评分和 SSA 评分比较($n=30$,分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	洼田饮水 试验评分	SSA 评分
对照组	治疗前	3.93±0.52	27.70±2.65
	治疗后	2.48±0.44*	24.91±1.42*
针刺组	治疗前	3.95±0.51	27.61±2.63
	治疗后	1.55±0.42* [△]	21.04±1.07* [△]

与治疗前比较* $P < 0.05$;与对照组比较[△] $P < 0.05$

2.2 2 组总有效率比较

针刺组总有效率为 83.33%(25/30),对照组总有效率为 66.67%(20/30);组间比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 2 组患者总有效率比较($n=30$,例,%)

组别	显效	有效	无效	总有效率
对照组	4	16	10	20(66.67)
针刺组	6	19	5	25(83.33) [△]

与对照组比较[△] $P < 0.05$

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中患者的常见并发症,根据病变部位可分为假性球麻痹(大脑半球损伤)和真性球麻痹(以延髓为中心的脑干损伤)。前者影响皮质吞咽中枢,主要导致口腔期障碍,引起吞咽迟缓;后者表现为咽期障碍,吞咽反射消失或减弱,治疗更为困难。因此,重视吞咽障碍的评估与处置,识别高危误吸患者,对于改善脑卒中患者的预后具有重要意义。

脑卒中后吞咽障碍可归属于中医“喉痹”“暗瘕”等范畴,其病机为本虚标实,其中肝肾阴虚、气血亏损为本,风火相煽、痰瘀阻络为标。大量研究表明,针灸治疗脑卒中后吞咽障碍具有良好疗效,针刺通过调节大脑皮质和脑干网状结构中的吞咽中枢,调控吞咽反射,协调吞咽诸肌的运动发挥治疗作用^[6]。另有研究显示,针刺治疗通过刺激舌咽、舌下和迷走神经的感觉纤维,修复及重建受损的反射弧,调节吞咽相关肌肉,以恢复吞咽感觉和协调吞咽运动^[7]。颈项部和舌咽的局部和邻近选穴是针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的主要选穴原则,且可配合经外奇穴。1 项针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的系统评价^[8]显示,廉泉、风府、三阴交、合谷是常用的治疗穴位,应用频次最高的系廉泉、内关和风府等穴位。现代医学认为,风府、风池、百劳、廉泉、夹廉泉等穴均位于人体头颈部,与舌咽神经、迷走神经关系密切,具有醒脑开窍、通利咽喉的作用,能改善椎-基底动脉供血,促进吞咽反射的重建和恢复。

本研究中通窍利咽针法主要选穴廉泉、翳风、风池、三阴交、合谷、内关,临证可配合选用地仓、颊车、下关、迎香、阳白、金津、玉液、风府、人迎、哑门等。《针灸资生经》记载:“廉泉主舌下肿难言,舌纵缓,舌根缩急,下食难。”廉泉穴深层为舌根,紧靠舌骨舌肌、颏舌肌、舌神经、舌下神经等组织结构;针尖深达舌根部时能引发舌肌收缩做吞咽动作,可发挥气至病所的效应。针刺廉泉时需双手夹持进针,注意针刺深度和方向。《针灸穴名解》记载“平近风池,能治风证,故名翳风。翳,遮蔽之也,犹云翳处之风穴也。按气动为风,本穴能开气郁之闭”,故针刺翳风能开郁息风、利咽通窍。从现代医学角度看,翳风穴所在区域有颈外

动静脉、面神经、舌下神经、舌咽神经、迷走神经等分布,针刺本穴应注意控制深度和角度,缓慢进针,不施手法。风池穴位于咽喉、迷走神经感觉纤维支配区域内,是足少阳胆经与阳维脉的交会穴,又因足少阳胆经与循喉咙之后的足厥阴肝经相表里,故针刺风池可起到平肝熄风、豁痰利咽的作用。内关穴能调节心、胸、胃部疾患。三阴交沟通三阴经,能调和脾胃。合谷穴可用于治疗手阳明大肠经循行所过头面部的病证。诸穴并用起到疏经通络、通窍利咽的作用。本研究结果显示,治疗后针刺组总有效率高于对照组,且针刺组洼田饮水试验评分和 SSA 评分均明显低于对照组;表明采用通窍利咽针法联合康复训练能有效改善卒中恢复期患者的吞咽障碍,对患者的预后转归具有积极意义。

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.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):246-257.
- [3] 中华医学会神经病学分会.2016 版中国脑血管病诊治指南与共识[M].北京:人民卫生出版社,2016:1-5.
- [4] 周仲瑛.中医内科学[M].2 版.北京:中国中医药出版社,2007:304-315.
- [5] 梁繁荣,王华.针灸学[M].4 版.北京:中国中医药出版社,2016:207-209.
- [6] 李飞,汤敬一,程红亮,等.针刺加冷刺激配合舌肌训练对脑卒中吞咽障碍患者的康复疗效评价[J].中华中医药杂志,2012,27(9):2471-2474.
- [7] 何竟,郑敏,何成奇,等.穴位刺激疗法治疗脑卒中后吞咽障碍的系统评价[J].中国针灸,2009,29(1):66-71.
- [8] 于川,申斌,许世闻.针灸治疗脑卒中后吞咽困难的系统评价[J].上海针灸杂志,2016,35(9):1126-1129.

(收稿日期:2021-07-14)

(上接第 26 页)

参 考 文 献

- [1] Young RC, Hodge DO, Liesegang TJ, et al. Incidence, recurrence, and outcomes of herpes simplex virus eye disease in Olmsted County, Minnesota, 1976-2007: the effect of oral antiviral prophylaxis[J]. Arch Ophthalmol, 2010, 128(9):1178-1183.
- [2] 葛坚,王宁利.眼科学[M].3 版.北京:人民卫生出版社,2015:364-365.
- [3] 张琇雯,李玲,卜凤娇,等.更昔洛韦联合中药治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的系统评价[J].国际眼科杂志,2018,18(7):1206-1210.
- [4] 吉成玉.龙胆泻肝汤联合更昔洛韦眼用凝胶治疗单纯疱疹病毒性角膜炎的疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,14(22):235-236.
- [5] 张晓旭,张瑜.新制柴连汤加减治疗单纯疱疹病毒性角膜炎疗效观察[J].山东中医杂志,2014,33(4):271-272.

- [6] 彭清华.中医眼科学[M].9 版.北京:中国中医药出版社,2012:139.
- [7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:54-55.
- [8] 陈瑞军,王秋元,喇孝瑾,等.蒲公英药用研究进展[J].现代中西医结合杂志,2021,30(5):563-567.
- [9] 宋颜君,许利嘉,缪剑华,等.野菊花的研究进展[J].中国现代中药,2020,22(10):1751-1756,1762.
- [10] 郑玲,张文生.栀子现代药理作用研究进展[J].环球中医药,2020,13(10):1813-1817.
- [11] 王宁,庞剑.羚羊角药理作用研究进程[J].临床合理用药杂志,2017,10(1):176-177.
- [12] 贾振军.更昔洛韦胶囊联合更昔洛韦眼用凝胶治疗单纯疱疹性角膜炎的临床疗效分析[J].中国医药指南,2018,16(33):145.

(收稿日期:2021-07-25)