

● 针推医学 ●

电针、艾灸联合埋线 对脑卒中后吞咽障碍患者焦虑抑郁的影响

黄壑霏, 黄琼, 徐银银

(广东省深圳市龙岗区中医院, 广东 深圳, 518172)

[摘要] 目的: 观察电针、艾灸联合埋线对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及焦虑、抑郁的影响。方法: 将91例合并焦虑、抑郁症状的脑卒中后吞咽障碍患者随机分为2组, 对照组45例采用常规药物和吞咽功能训练治疗, 治疗组46例在对照组基础上辅以电针、艾灸联合埋线治疗。结果: 总有效率治疗组为91.31%, 对照组为68.89%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 2组洼田饮水试验及HAMD、HAMA、VFSS评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$, $P < 0.05$)。结论: 常规治疗基础上联合电针、艾灸以及埋线治疗能显著改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能, 缓解患者的抑郁、焦虑情绪。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 焦虑抑郁; 电针; 艾灸; 埋线

[中图分类号] R246.6, R277.791+.3 **[文献标识码]** A DOI: 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.030

吞咽障碍是脑卒中后常见且后果严重的并发症。有报道显示卒中后吞咽障碍发生率高达51%~73%^[1]。卒中一旦合并吞咽障碍, 易引起吸入性肺炎、脱水、营养不良、焦虑抑郁等并发症, 增加卒中病死率及医疗费用, 延长住院时间^[2]。文献报道显示, 脑卒中后吞咽障碍患者焦虑抑郁状况普遍, 焦虑抑郁的产生与患者生活自理能力、社交能力的丧失密切相关, 这些情感障碍反过来影响吞咽康复疗效, 延迟神经功能恢复以及减低患者生活质量^[3-4], 因此需要积极干预治疗。吞咽训练被国内外广泛用于吞咽障碍治疗, 焦虑抑郁西医主要予5-羟色胺和去甲肾上腺素能再摄取抑制剂治疗, 但这些药物不良反应多, 长期控制呈药物依赖, 患者依从性不高。研究表明, 中医药在卒中后焦虑抑郁的改善方面具有良好疗效, 效果等同或优于西药, 且不良反应少^[5-6]。近年来, 笔者采用电针、艾灸联合埋线治疗卒中后吞咽障碍合并焦虑抑郁患者46例, 取得较好疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年7月至2017年12月我院针灸科住院的卒中后吞咽障碍患者91例, 按随机数字表法分为治疗组46例和对照组45例。治疗组中, 男24例, 女22例; 年龄38~75岁, 平均(51.44 ± 15.61)岁; 卒中病程14~87d, 平均

(21.72 ± 10.46)d; 脑梗死39例, 脑出血7例。对照组中, 男23例, 女22例; 年龄39~74岁, 平均(52.17 ± 14.79)岁; 卒中病程15~89d, 平均(22.61 ± 11.43)d; 脑梗死40例, 脑出血5例。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 诊断标准 卒中诊断符合全国第四届脑血管疾病会议修订的诊断标准^[7], 并经头颅CT和/或MRI证实; 焦虑、抑郁符合中国精神障碍分类与诊断标准, 汉密尔顿抑郁量表(Hamilton depression scale, HAMD)评分 ≥ 8 分, 汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)评分 ≥ 7 分^[8-9]。

1.3 纳入标准 1) 符合卒中以及抑郁、焦虑的诊断标准, 且焦虑抑郁发生在卒中后; 2) 洼田饮水试验^[10]评定为3、4、5级; 3) 年龄35~75岁; 4) 生命体征平稳且意识清楚; 5) 发病前未服用抗抑郁或抗焦虑药物; 6) 知情同意。

1.4 排除标准 1) 心、肝、肾、肺、内分泌等严重基础疾病; 2) 存在认知、意识障碍; 3) 有精神病史或长期服用镇静安眠药物; 4) 拒绝针灸、埋线以及不配合治疗; 5) 恶性肿瘤患者; 6) 资料不全影响疗效判断。

2 治疗方法

2组均给予常规内科治疗, 包括控制血压及血

糖、降脂稳定斑块、营养脑细胞、改善脑代谢及脑循环、改善认知以及必要的营养支持等。

2.1 对照组 在常规基础治疗同时加用吞咽功能康复训练^[11]。训练内容包括:基础训练,如口面部肌群训练、口咽部冰刺激、空吞咽等,每次治疗15min;摄食训练,初期阶段糊状,逐渐过渡至固态,摄食体位选择端坐位或半坐位,颈部稍前曲,每次治疗15min。总疗程为2周。

2.2 治疗组 在对照组基础上加用电针、艾灸及埋线治疗。电针治疗:取廉泉、合谷、内关、足三里、照海等穴,连接G6805-1型电针刺治疗仪,选取疏密波,刺激量以患者可耐受为度,每次20min,每天1次,每周6次,周日休息,12次为1个疗程。艾灸治疗:用齐齐哈尔祥和DAJ-23多功能艾灸仪,把艾绒放于艾灸仪灸头内,将艾灸头放于百会、风府、风池、翳风穴,温度设定在40℃~45℃度之间,令皮肤潮红、患者有热感为度。每天1次,每次30min,每周6次,周日休息,12次为1个疗程。埋线治疗:取穴风池、心俞、脾俞、肝俞、肾俞,确定穴位,皮肤常规消毒,戴无菌手套,摄取事先准备好的1cm/段000医用羊肠线(上海浦东金环医疗用品股份有限公司生产),放入一次性8号注射器针管内的前段,后接0.30mm×50mm针灸针,左手拇指、食指绷紧皮肤,右手持针快速进针,注意心俞穴进针与皮肤呈30°向内或向背下方斜刺以避免伤肺,各穴位得气后,将线体推入穴位,出针后,立即用干棉棒压迫针孔片刻,并敷医用胶贴。每周1次,连续2次为1个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)洼田饮水试验评分^[10]。嘱患者喝下30mL温开水,观察所需时间及呛咳等情况,据此将吞咽功能分为5级。1级(计1分):5s内将水1次顺利饮完,无呛咳;2级(计2分):5s内将水1次饮完,有呛咳,或5s以上将水分2次饮完,无呛咳;3级(计3分):5s以上将水1次饮完,有呛咳;4级(计4分):5s以上将水分2次以上饮完,有呛咳;5级(计5分):屡屡呛咳,10s内全量咽下困难。2)视频吞咽检查(VFSS)评分^[12]。采用西门子AXIOMLconosMD数字胃肠机进行透视采集,其中口腔期及咽喉期分为4个等级,评分0~3分,误咽分5个等级,评分为0~4分。VFSS总分为10分,10分表示吞咽功能正常;7~9分表示吞咽功能轻度异常;4~6分表示吞咽功能中度异常;1~3分表示吞咽功能重度

异常。3)焦虑、抑郁评定。HAMD量表(24项)评定抑郁,总分<8分,无抑郁;8~19分,可能有抑郁;20~35分,肯定有抑郁;>35分,重度抑郁。HAMA量表评定焦虑,总分<7分,无焦虑;7~13分,可能有焦虑;14~20分,肯定有焦虑;21~28分,明显焦虑;≥29分,严重焦虑。

3.2 疗效标准 参照文献[13]根据汉密尔顿评分减分率拟定。汉密尔顿评分减分率为治疗前后总分之差与治疗前总分的比值。治愈:减分率≥75%;显效:减分率≥50%,但<75%;有效:减分率≥25%,但<50%;无效:减分率<25%。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计学软件处理。数据以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计量资料采用t检验,计数资料采用 χ^2 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为91.31%,对照组为68.89%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	46	12(26.09)	20(43.48)	10(21.74)	4(8.69)	42(91.31) ^a
对照组	45	6(13.33)	16(35.56)	9(20.00)	14(31.11)	31(68.89)

注:与对照组比较,^aP<0.05。

3.4.2 2组洼田饮水试验及HAMD、HAMA、VFSS评分比较 2组各项评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组洼田饮水试验及HAMD、HAMA、VFSS评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	时间节点	洼田饮水试验	HAMD	HAMA	VFSS
治疗组	46	治疗前	4.11±0.67	21.48±4.39	15.26±2.43	3.55±0.71
		治疗后	1.46±0.35 ^{ac}	12.24±2.37 ^{ac}	9.38±1.23 ^{ac}	8.15±2.17 ^{ac}
对照组	45	治疗前	4.12±0.71	21.51±4.44	15.47±2.39	3.53±0.70
		治疗后	2.78±0.52 ^b	17.43±3.42 ^b	12.25±1.67 ^b	6.33±1.61 ^a

注:与本组治疗前比较,^aP<0.01,^bP<0.05;与对照组治疗后比较,^cP<0.05。

3.5 不良反应 对照组有1例治疗过程中出现皮疹,治疗组有1例埋线部位肿胀疼痛,均经处理能缓解,均能完成观察。

4 讨论

卒中后常继发焦虑抑郁等心理障碍,临床表现为淡漠、反应迟钝、情绪低落、兴趣丧失、自我否定、失眠多梦、孤独、绝望等,严重者出现自杀行为,需

要医务人员密切关注。卒中后患者焦虑抑郁因多无疼痛症状且常伴言语障碍而被忽视,往往错过最佳治疗时机。研究表明,焦虑抑郁对卒中患者神经功能恢复具有明显的负面影响,导致治疗复杂化^[14-15]。卒中后吞咽障碍患者常合并焦虑、抑郁等心理障碍,而这些不良情绪常使患者不能很好地理解配合医务人员的康复措施,由此导致康复治疗失败,进而形成恶性循环^[3]。积极干预吞咽障碍,缓解焦虑抑郁情绪对卒中的康复治疗具有重要的临床意义。

目前,临床常采用综合康复治疗治疗卒中后吞咽障碍,其疗效通常优于单一康复治疗。常用的治疗方法有吞咽训练、神经电刺激、针刺、穴位按摩等,但尚未形成公认的综合治疗方案。卒中后焦虑抑郁发生的机制尚不明确,主要有神经递质失调、炎症反应、下丘脑-垂体-甲状腺轴变化、社会心理应激等假说,国内学者认为与性别、对并发症的恐惧、担心高额医疗费用等因素相关^[16]。焦虑抑郁的治疗有药物治疗与非药物治疗,非药物疗法包括肢体康复训练、认知障碍干预、心理治疗、针刺等。目前,卒中单元包含的综合疗法被公认为是卒中后最佳治疗方案之一^[17]。本研究观察吞咽训练联合电针、艾灸以及埋线治疗卒中后吞咽障碍的有效性以及对焦虑抑郁的改善作用。其中,吞咽训练因其原理清晰、疗效确定被国内外认可^[18]。本研究发现,对照组治疗后洼田饮水试验、VFSS、HAMD、HAMA评分均较治疗前显著改善,提示吞咽训练确能改善患者的吞咽功能、缓解焦虑抑郁症状。

卒中属于中医学“中风”范畴,卒中后吞咽障碍、焦虑抑郁均为卒中伴发病,属于中医学“郁证”“喉痹”范畴,因而本病为“中风”“郁证”“喉痹”之合病。“因病而郁”“因病而痹”,主要病机为风、火、痰、瘀互结痹阻咽喉、舌等部位,以致气机失调而发病。此外,脑髓失养或气血逆乱清窍受扰均可致心神不宁,兼之久病易生忧思伤悲、烦躁易怒等情绪,以致肝气郁结而成郁病。治疗以调畅气机、疏通气血、宁神解郁为治疗大法。取廉泉、四神聪、合谷、内关、太冲、足三里、照海等穴行电针治疗,其中廉泉穴近咽部,针刺该穴能疏通局部气血运行;四神聪为历代医家所喜用之经验用穴,功专安神定志;内关、太冲分别位于手厥阴心包经、足厥阴肝经,针刺具有疏肝解郁、开窍醒神、调节情志等作用;合谷、足三里、照海所在的经脉均循行于咽喉部,取上

述穴位能激发相关穴位所在经脉的经气、调节相关脏腑功能,体现了中医学“整体观念”和经络辨证的“经络所过,主治所及”的原则^[19]。埋线疗法是将可吸收的羊肠线埋入穴位使其持续刺激穴位以达到防治疾病的一种中医疗法,其集针刺、埋针、穴位注射等多种效应于一体,作用持久、缓和,具有疏通经络、调节脏腑、调和气血、扶正祛邪等功效。笔者埋线取穴风池、心俞、脾俞、肝俞、肾俞,风池位于头项部,归属足少阳胆经,巅顶之上,唯风可到,风池为驱风常用穴位,既疏肝利胆、镇肝息风,又能疏通局部气血、利咽开喉。背俞穴是脏腑经气输注腰背部的特定穴位,与相应的脏腑之间有气血贯注、内外相应的特殊联系^[20],故背俞穴可调理五脏。心、肝、脾、肾功能失调是中风的重要病机,其中肝郁气滞、气机不利又是郁证主要病机,相应背俞穴埋线,持续刺激,以补益气血、调节脏腑、调畅气机,这与《内经》强调的“深纳而久留,治疗顽疾”思想一致。艾灸具有局部刺激、经络调节、免疫调节等多种作用,取穴及作用与针刺有一定的相似性。本研究采用多功能艾灸仪艾灸治疗,取穴以百会、风府、风池、翳风等局部穴位为主,具有培补元气、益脑开窍、宣通舌络之功。对比传统温和灸具有可同时对患者多个穴位施灸、提高疗效、节省施治时间的特点,其刺激作用更强,施治效果更好。

本研究采用吞咽训练联合电针、艾灸、埋线治疗卒中后继发焦虑抑郁的吞咽障碍患者,结果发现,2组患者治疗后吞咽功能及抑郁、焦虑程度均较治疗前明显改善,并且治疗组吞咽功能及精神症状改善幅度均显著优于对照组水平,表明在常规吞咽功能训练基础上辅以电针、艾灸、埋线综合治疗,能进一步缓解患者抑郁、焦虑症状,促进吞咽功能改善。

参考文献

- [1] 杨晓晏,张书丹. 头面颈穴位按摩联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 陕西中医, 2017, 38(3): 391-393.
- [2] 李令建, 汤艳萍. NMES联合吞咽训练与单纯吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍的对比研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2016, 14(24): 2880-2882.
- [3] 冯娟娟, 尚小平, 何予工, 等. 球囊扩张治疗对脑卒中后吞咽障碍患者抑郁和焦虑的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(6): 437-439.
- [4] 王丽. 天麻素片联合盐酸帕罗西汀对老年脑卒中后焦虑抑郁患者血清BDNF、IGF-1浓度的影响[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(21): 5403-5405.

眼针疗法治疗心肾不交型不寐42例临床观察

李禹塘¹, 王鹏琴²

(1. 辽宁中医药大学, 辽宁 沈阳, 110032;

2. 辽宁中医药大学附属医院, 辽宁 沈阳, 110032)

[摘要] 目的: 观察眼针治疗心肾不交型不寐的临床疗效。方法: 将80例不寐患者随机分为治疗组42例、对照组38例。治疗组采用眼针疗法治疗, 对照组采用体针治疗。结果: 总有效率治疗组为88.10%, 对照组为65.79%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组PSQI评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 眼针疗法治疗心肾不交型不寐有较好疗效。

[关键词] 不寐; 心肾不交证; 眼针疗法

[中图分类号] R246.1 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2019.02.031

不寐指睡眠深度较差, 或睡眠时长较短, 入睡困难, 入睡与清醒交替出现, 或醒后不能再次入睡, 甚至整夜无法入睡^[1]。笔者观察到, 临床上大多数不寐患者对于治疗不寐的西药依从性较差, 鉴于西药治疗失眠停药后易于复发及药物依赖性, 针刺治疗更易被患者所接受。笔者采用眼针疗法治疗心肾不交型不寐42例, 取得满意疗效, 并与采用体针治疗的38例进行对照观察, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2016年2月至2017年2月

辽宁中医药大学附属医院脑病科门诊患者80例, 按随机数字表法随机分为治疗组42例、对照组38例。治疗组中, 男20例, 女22例; 年龄22~78岁, 平均 (51.20 ± 16.80) 岁; 病程0.57~20个月, 平均 (6.56 ± 5.15) 个月。对照组中, 男19例, 女19例; 年龄21~75岁, 平均 (50.10 ± 13.62) 岁; 病程0.67~15个月, 平均 (7.70 ± 3.56) 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 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参照《中国精神科学会精

第一作者: 李禹塘, 女, 2016级硕士研究生, 研究方向: 中西医结合诊治神经内科疾病

通讯作者: 王鹏琴, 女, 主任医师, 博士研究生导师, 研究方向: 中西医结合诊治神经内科疾病, E-mail: 531796062@qq.com

[5] 段君毅, 丁邦友, 宗蕾. 针刺十三鬼穴为主治疗脑卒中焦虑抑郁共病临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(6): 536-537.

[6] 文永霞, 任红艳, 苏丹丹, 等. 血府逐瘀丸联合参芪五味子治疗卒中后焦虑抑郁状态的临床观察[J]. 宁夏医学杂志, 2016, 38(12): 1200-1201.

[7] 中华医学会, 中华神经科学分会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[8] 戴云飞, 肖泽萍. 中国精神障碍分类与诊断标准第3版与国际疾病分类第10版的比较[J]. 临床精神医学杂志, 2013, 23(6): 426-427.

[9] 杜晓霞, 徐舒, 宋鲁平. 生物反馈治疗卒中后焦虑抑郁状态伴失眠的研究[J]. 中国卒中杂志, 2016, 11(9): 729-732.

[10] 武文娟, 毕霞, 宋磊, 等. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2016, 36(7): 1049-1053.

[11] 王静, 陈悦霞, 徐精彩. 吞咽障碍治疗仪治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 北京医学, 2015, 37(3): 1782-1785.

[12] 毛忠南, 毛立亚, 张晓凌, 等. 何天有教授靶向针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 四川中医, 2015, 33(6): 154-156.

[13] 程琼, 庄文锦, 刘君鹏, 等. 疏肝解郁胶囊联合草酸艾司西酞

普兰治疗脑卒中患者焦虑抑郁状态疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(35): 3949-3951.

[14] 高国祥, 王静冉, 孙胜. 早期应用舍曲林治疗对脑卒中后焦虑抑郁障碍和认知功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(27): 3027-3029.

[15] 曾艳芳, 谈晓牧, 冀旗玲. 神经肌肉电刺激治疗对脑梗死吞咽障碍患者焦虑抑郁状态的影响[J]. 脑与神经疾病杂志, 2015, 23(4): 276-279.

[16] 张青莲, 李东芳, 连霞. 卒中后焦虑抑郁发生的相关因素[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 13(3): 326-328.

[17] 马将, 闫晓丽, 黄洁, 等. 集体康复训练对卒中后焦虑抑郁情绪及日常生活活动能力的影响[J]. 河北医科大学学报, 2016, 37(9): 1001-1005.

[18] 王芳, 陈魁, 梁晖, 等. 吞咽障碍治疗仪穴位电刺激治疗卒中后吞咽障碍临床观察[J]. 中国中医急症, 2014, 23(4): 712-713.

[19] 王舒环, 张浩洋, 刘海涛. 针刺治疗脑卒中后吞咽障碍取穴规律文献研究[J]. 中医杂志, 2017, 58(16): 1412-1415.

[20] 许倩, 占大权, 黄飞霞. 头针配合背俞穴埋线治疗中风恢复期失眠症疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35(2): 157-159.

(收稿日期: 2018-04-27)