● 针推医学 ●

引用:田丽琼,谭洁. 针刺结合吞咽随意饮水方案治疗脑卒中后吞咽障碍 36 例[J]. 湖南中医杂志,2021,37(6):61-63.

针刺结合吞咽随意饮水方案 治疗脑卒中后吞咽障碍 36 例

田丽琼¹,谭洁²

(1. 常德市第一人民医院康复科,湖南 常德,415003;

2. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208)

[摘要] 目的:观察针刺结合吞咽随意饮水方案治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效。方法:将 71 例脑卒中后吞咽障碍患者随机分为治疗组(36 例)和对照组(35 例)。对照组在常规吞咽训练基础上结合针刺治疗,治疗组在对照组基础上进行吞咽随意饮水方案治疗。采用日本藤岛一郎吞咽困难分级量表、洼田饮水试验评价患者的临床疗效及吞咽障碍改善情况,采用体质量指数变化情况评价患者营养状态。结果:总有效率治疗组为 88.9%(32/36),明显高于对照组的 80.0%(28/35),差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗后,治疗组藤岛一郎吞咽困难分级量表评分、洼田饮水试验评级、体质量指数均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。结论:针刺结合吞咽随意饮水方案能有效地改善脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能及营养状态,值得临床推广使用。

[关键词] 脑卒中;吞咽障碍;针刺疗法;吞咽随意饮水方案

[中图分类号] R277.733 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.06.022

吞咽障碍是由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管等器官结构和(或)功能受损,不能安全有效地把食物由口送到胃内的一种临床表现^[1]。研究显示,约 50%以上的脑卒中患者有不同严重程度的吞咽困难,可见吞咽障碍是脑卒中中最常见的并发症之一^[2]。脑卒中后吞咽障碍患者临床易合并肺部感染、营养不良等并发症,影响其功能恢复,甚至可增加死亡风险,故有效治疗该病,恢复患者的吞咽功能,对改善患者生活质量、降低肺部感染率有积极作用。随意饮水方案是临床上针对脑卒中后早期吞咽障碍患者而采取的积极措施^[3],本课题组应用针刺结合吞咽随意饮水方案治疗脑卒中后吞咽障碍取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2018 年 12 月于湖南省常德市第一人民医院康复科就诊的门诊及住院患者 71 例,将其随机分为治疗组和对照组。治疗组 36 例中,男 17 例,女 19 例;平均年龄(61.09±6.97)岁;平均病程(4.33±1.21)个月;脑

梗死 21 例,脑出血 15 例。对照组 35 例中,男 21 例,女 14 例;平均年龄(62.15±6.88)岁;平均病程(4.10±1.83)个月;脑梗死 19 例,脑出血 16 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 1)脑卒中诊断标准。参照《中国脑血管疾病分类 2015》^[4]中脑卒中的诊断标准制定。2)吞咽障碍诊断标准。参照“Any Two”吞咽筛查方案制定,符合下列症状中 2 个及以上者即可确诊:失音、构音障碍、咽反射异常、自主咳嗽异常、饮水后咳嗽、饮水后声音改变^[5]。

1.3 纳入标准 1)符合脑卒中的诊断标准,并经颅脑 CT 或 MRI 确诊,均为首次发病,病程<3 个月;2)符合吞咽障碍诊断标准;3)年龄在 45~75 岁;4)吞咽功能评定为 III~V 级^[5];5)生命体征稳定,无严重心、肝、肾等重要脏器疾病;6)自愿签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)头颈部患癌症或颈部手术后的患者;2)智力低下,伴有认知障碍、精神症状等

基金项目:湖南省常德市科技计划项目(2013SK08)

第一作者:田丽琼,女,主任医师,研究方向:针灸康复机制的研究

通讯作者:谭洁,女,医学博士,副教授,研究方向:针灸康复

不能配合治疗者;3)因其他原因不能耐受治疗者。

1.5 中止、剔除标准 1)临床研究过程中出现肺部感染、尿路感染、肠炎等发热至 38℃ 以上,且连续 3 d 者;2)临床研究过程中再次出现脑血管意外或出现严重不良反应、并发症,不能继续接受治疗者;3)未能完成疗程而中途要求退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用吞咽训练方法结合针刺治疗。

1)吞咽训练。于患者生命体征稳定、病情不再进展的 48 h 后开始常规吞咽训练,包括吞咽器官运动训练、冰刺激训练、摄食直接训练等基本吞咽功能训练和吞咽障碍患者及家属的健康教育与指导等^[6]。

30 min/次,1 次/d,5 次/周。2)针刺取穴:舌三针、廉泉、金津、玉液。患者取仰卧位,以 75%乙醇局部消毒后,单手快速进针。①舌三针:上廉泉穴为第 1 针,针尖朝舌根方向进针,深约 1.5 寸,第 2、3 针针尖向舌根方向呈 45°~60°,深约 1.5 寸,在得气的基础上深约 1.0 寸范围内进行上下提插捻转 3~5 次,以局部感觉酸胀,或向舌根、咽喉部扩散为宜。②廉泉:向舌根方向进针 1~1.5 寸,用轻手法提插捻转 3~5 次。③金津、玉液:1.5 寸毫针舌系带左右静脉处直刺 0.5 寸,得气后用重手法提插捻转 3~5 次^[7]。以上穴位均不留针,1 次/d,5 次/周。

2.2 治疗组 于对照组基础上加用吞咽随意饮水方案治疗。依据 Frazier 饮水方案修改,于患者每次进餐后 30 min 给予少量水饮用,一般为 30~100 ml 饮水安排;进水量依据病情循序渐进,从每勺 2 ml 水开始喂食,在进行本方案前必须有良好的口腔护理^[3]。

2 组疗程均为 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 所有患者在治疗前后均由同一名康复治疗师进行评估。1)采用日本藤岛一郎吞咽困难分级量表、洼田饮水试验评价吞咽障碍患者临床疗效及吞咽障碍改善情况。①藤岛一郎吞咽困难分级量表评分:重度吞咽困难,1~3 分;中度吞咽困难,4~6 分;轻度吞咽困难,7~9 分;吞咽功能正常,10 分。具体评估如下:1 分,不能进行吞咽训练,不可以经口进食;2 分,只能进行基础吞咽功能训练,不能经口进食;3 分,有吞咽动作,但不能经口进食;4 分,可吃少量安慰性食物,但仍需静脉营养;5 分,1~2 种食物可经口进食,需部分静脉营养;

6 分,3 种食物可经口进食,部分进行静脉供给营养;7 分,3 种食物经口进食,不需静脉营养;8 分,除特难吞的食物之外,均可经口进食;9 分,能经口进食,但还需临床指导;10 分,正常摄食吞咽能力。

②洼田饮水试验:Ⅰ级,顺利 1 次将水喝完;Ⅱ级,2 次喝完无呛咳,或分次喝完无呛咳;Ⅲ级,1 次喝完,但有呛咳;Ⅳ级,2 次以上喝完且有呛咳;Ⅴ级,常常有呛咳。2)采用体质量指数变化情况评价患者营养状态,体质量指数(kg/m²)=体质量(kg)/身高(m)²。

3.2 疗效标准 采用日本藤岛一郎吞咽困难分级量表评分评定。显效:吞咽功能评分提高 5~7 分,或接近正常;有效:吞咽障碍明显改善,吞咽功能评分提高 2~4 分;无效:吞咽障碍无明显变化,吞咽功能评分提高 1 分。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 20.0 统计学软件进行分析,计量资料以均数±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 检验及非参数秩和检验;*P*<0.05 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组综合疗效比较 总有效率治疗组、对照组分别为 88.9%、80.0%,2 组比较,差异有统计学意义(*P*<0.05)。(见表 1)

表 1 2 组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
治疗组	36	27(75.0)	5(13.9)	4(11.1)	32(88.9) ^a
对照组	35	13(37.1)	15(42.9)	7(20.0)	28(80.0)

注:与对照组比较,^a*P*<0.05。

3.4.2 2 组治疗前后藤岛一郎吞咽困难分级量表评分比较 2 组治疗前藤岛一郎吞咽困难分级量表评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05)。治疗后,2 组评分均较治疗前显著提高,且治疗组高于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.01)。(见表 2)

表 2 2 组治疗前后藤岛一郎吞咽困难分级量表评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i> 值	<i>P</i> 值
治疗组	36	4.33±0.84	8.30±0.80 ^{ab}	-18.85	<0.01
对照组	35	4.47±0.86	7.11±1.12 ^a	-9.60	<0.01
<i>t</i> 值		0.71	5.16		
<i>P</i> 值		0.48	<0.01		

3.4.3 2 组治疗前后饮水试验评级比较 2 组治疗前洼田饮水试验评级结果比较,差异无统计学意

义($P>0.05$); 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($P<0.01$)。(见表3)

表3 2组治疗前后饮水试验评级比较(例)

组别	例数	治疗前					治疗后					Z值	P值
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V		
治疗组	36	0	0	7	13	16	23	9	1	1	2	-6.675	<0.01
对照组	35	0	0	6	11	18	13	8	6	3	5	-5.199	<0.01
Z值				-0.544			-2.614						
P值				0.586			0.009						

3.4.4 2组治疗前后体质量指数比较 2组治疗前体质量指数比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后, 2组体质量指数均显著提高, 且治疗组高于对照组, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表4)

表4 2组治疗前后体质量指数比较($\bar{x}\pm s, \text{kg}/\text{m}^2$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
治疗组	36	22.23±2.53	23.94±2.54	-6.14	<0.01
对照组	35	21.95±1.42	22.77±1.34	-6.61	<0.01
t值		0.60	3.49		
P值		0.55	<0.01		

4 讨 论

吞咽障碍是脑卒中急性期最常见的并发症之一^[2], 脑卒中后吞咽障碍属中医学“舌謇”“喉痹”“暗瘕”等病范畴, 其病变部位在脑, 与口、舌、咽喉等密切相关。临床文献研究显示, 在治疗卒中后吞咽障碍时, 联合应用针刺治疗可提高现代康复治疗的临床疗效^[8]。针刺取效的主要机制在于通过提高大脑皮质的兴奋性, 改善病变脑组织的微循环及新陈代谢, 增强脑细胞的活性, 重建和修复病变脑组织的神经反射通路, 进而促进患者的吞咽功能康复^[9]。舌三针有通脑醒神、激发舌咽经气之功效^[7]; 廉泉为任脉之穴, 有舒筋活络利咽的作用, 为主治语言不清、吞咽困难之要穴, 针刺廉泉可以激发舌咽神经、舌下神经、迷走神经的兴奋性, 并通过传入神经元上传到大脑皮层和延髓, 进而促进受损的皮质脑干束得以修复^[10]。金津、玉液属经外奇穴, 针之可以通经活络、调畅气血。诸穴合用可促进吞咽功能的恢复。随意饮水方案是吞咽障碍直接治疗的方法之一, 即鼓励吞咽障碍饮水呛咳的患者在保证口腔清洁护理的前提下随意饮入少量清洁水, 同时帮助患者改善吞咽功能。这种方法既可以避免大量误吸所引起的吸入性肺炎的风险, 又可以增加吞咽相关器官肌肉运动的协调性, 促进患者主动吞咽, 为经口进食打下良好的基础^[3]。

本研究结果显示, 治疗组总有效率明显高于对照组, 藤岛一郎吞咽困难分级量表评分、洼田饮水试验分级均优于对照组, 提示针刺结合吞咽随意饮水方案能更有效地改善患者的吞咽功能。同时, 本研究也观察到治疗组患者体质量指数高于对照组, 从一定层面上说明本方法对患者的营养状态亦有改善作用。

综上所述, 针刺结合吞咽随意饮水方案可使脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能、营养状态得到有效改善, 加快患者吞咽恢复, 值得临床进一步推广。

参考文献

- [1] 窦祖林. 吞咽障碍的评估与治疗[M]. 2版. 北京: 人民卫生出版社, 2019.
- [2] 陈丹, 郭海英. 针刺结合康复训练治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍疗效观察[J]. 中国针灸, 2018, 38(4): 364-368.
- [3] 周莉, 朱奕, 王彤. 随意饮水计划对脑卒中吞咽呛咳患者的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2013, 28(12): 1157-1159.
- [4] 吴江, 杨弋, 饶明俐. 中国脑血管疾病分类 2015[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(3): 168-171.
- [5] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000: 7-18.
- [6] 李胜利. 语言治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 217-223.
- [7] 陈立早, 张泓. 舌三针联合背俞穴埋线治疗中风后假性球麻痹吞咽困难临床观察[J]. 中医药导报, 2010, 16(7): 72-73.
- [8] 赵东风, 邹莹洁, 张泓, 等. 针刺治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效的系统评价[J]. 湖南中医药大学学报, 2019, 39(8): 986-993.
- [9] 陆军伟, 孙建华. 针灸治疗假性球麻痹所致的吞咽困难选穴规律研究[J]. 南京中医药大学学报, 2009, 25(1): 62-64.
- [10] 丁德权, 谭峰, 张明霞, 等. 电刺激加电针对急性脑梗死后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国医药科学, 2011, 1(13): 60-61.

(收稿日期: 2020-11-02)

本草驱蚊有妙招(二)

艾蒿烧烟驱蚊 端午节前后, 多地民俗常用艾蒿数枝挂于门旁, 具有祛邪和防虫的作用。艾蒿燃烧后形成的烟雾中富含挥发油, 带有极强的芳香气味, 具有杀灭或抑制细菌、真菌的作用。陆游有诗曰: “泽国故多蚊, 乘夜吁可怪。举扇不能却, 燔艾取一快。” 至今我国北方人民夏日仍喜用艾草熏烟驱蚊, 花期的茵陈蒿也可用来熏蚊。艾叶也是制作香囊和香薰制品的主要原材料之一。(http://www.cntem.com.cn/news.html?aid=172172)