

● 医学护理 ●

引用:刘梦婷,万长秀.舌针结合运动想象疗法干预中风后吞咽障碍30例[J].湖南中医杂志,2021,37(8):99-101,108.

舌针结合运动想象疗法干预中风后吞咽障碍30例

刘梦婷¹,万长秀²

(1. 湖北中医药大学,湖北 武汉,430065;2. 湖北省中医院,湖北 武汉,430061)

[摘要] 目的:观察舌针结合运动想象疗法干预中风后吞咽障碍的有效性和安全性。方法:将中风后吞咽障碍患者60例分为观察组和对照组,每组各30例。对照组采用常规疗法联合舌针干预,观察组在对照组的基础上联合运动想象疗法干预,以1周为1个疗程,共4个疗程。观察2组的综合疗效及洼田饮水试验评分、标准吞咽功能(SSA)评分、特异性吞咽障碍生活质量量表(SWAL-QOL)评分,并评定不良反应与并发症。结果:总有效率观察组为83.33%(25/30),对照组为63.33%(19/30),2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2组洼田饮水试验、SSA、SWAL-QOL评分干预前后组内比较及干预后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。结论:舌针结合运动想象疗法可有效改善中风后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量,减少不良反应与并发症的发生率,值得临床推广应用。

[关键词] 中风;吞咽障碍;舌针;运动想象疗法

[中图分类号] R277.739 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2021.08.036

中风发病率、致残率、病死率不断升高,已越来越受到人们的关注。中风是中国目前主要的死亡原因,约占死亡人口的20%,吞咽障碍是中风患者常见并发症之一,其导致的吸入性肺炎、营养不良等并发症严重影响患者的功能康复和生活质量^[1-2]。由于吞咽神经生理机制的复杂性,且尚未建立规范化的吞咽障碍康复干预方法,如何选择行之有效的中风后吞咽障碍干预方法是医护人员所面临的首要问题。本研究采用舌针结合运动想象疗法干预中风后吞咽障碍30例,取得显效,并与常规疗法联合舌针干预的30例作对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2019年3~8月湖北省中医院收治的中风后吞咽障碍住院患者60例,采用随机数字表法将其分为观察组与对照组,每组各30例。观察组中,男17例,女13例;平均年龄(58.36 ± 4.32)岁;平均病程(51.53 ± 5.28)d。对照组中,男16例,女14例;平均年龄(52.57 ± 3.58)岁;平均病程(53.29 ± 3.47)d。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 中医诊断标准 符合《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]中的有关标准。主症:猝然发病,或神志

昏蒙或意识清醒,口舌歪斜,言语謇涩、不语,半身不遂、感觉异常。次症:眩晕,头痛,饮水发呛,吞咽不利,目偏不瞬,共济失调。2个主症以上,或者1个主症加上2个次症,即可明确诊断。在满足中风病诊断的基础上,患者存在饮水发呛、和(或)吞咽不利的临床症状则显示出吞咽困难。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)首发或再次中风(2周 $\leq$ 病程 $\leq$ 6个月);3)年龄18~70岁;4)洼田饮水试验分级 $\geq$ Ⅲ级^[4];5)患者知情同意,并签署知情同意书;6)意识清楚,能理解和执行治疗师指令。

1.4 排除标准 1)神志不清或语言理解障碍,不能正确表述自己的意见;2)大面积脑梗死患者(梗死超过半球2/3体积);3)脑外伤、脑肿瘤及脑炎并发脑梗塞或脑出血;4)伴有发热,严重糖尿病;5)严重心肺肝肾疾病;6)妊娠期或哺乳期妇女;7)精神疾病,不能配合研究;8)使用了影响临床观察的药物。

2 干预方法

2.1 对照组 采用常规疗法联合舌针。1)常规方法干预。所有患者应用国家中医药管理局重点针灸专科中风病中医临床路径常规干预方案^[5]。

①常规针灸干预,针刺头面及肢体穴位;②予营养神经及改善血液循环药物;③常规康复理疗,包括偏瘫肢体功能训练、吞咽功能障碍训练、言语训练等。康复训练内容根据患者的实际情况及训练进展,选择相适应的训练方法。2)舌针。采用《实用舌针学》^[6]中的“脑血管意外”干预方案。①取穴:选取廉泉、聚泉、海泉、金津、玉液穴。②定位:参照2006年中华人民共和国国家标准(GB/T 12346-2006)《腧穴名称与定位》进行定位^[7]。廉泉:在颈前区,喉结上方,舌骨上缘凹陷处,前正中线上;聚泉:在口腔内,舌背正中缝的中点处;海泉:在口腔内,舌下系带的中点处;金津:在口腔内,舌下系带左侧的静脉上;玉液:在口腔内,舌下系带右侧的静脉上。③患者取平卧位,身心放松,对操作者双手和所取穴位常规消毒后,取1.5寸一次性无菌毫针分别进行点刺。廉泉进针后分别向舌根正中及左、右两侧点刺,进针深度为1.2~1.5寸;聚泉进针后沿舌体向舌根方向点刺,进针深度为0.8~1.2寸;海泉、金津、玉液均浅刺。聚泉、海泉、金津、玉液点刺后有少量出血,应提前告知患者。所有穴位均采用平补平泻法。每天1次,1周6次,干预4周。

2.2 观察组 在对照组的基础上联合运动想象疗法干预。根据患者的吞咽障碍、误吸及呛咳程度,从食物形态、餐具选择、摄食姿势3个方面进行运动想象疗法。1)食物形态。依据患者吞咽能力,遵循先易后难的原则。不同形态的食物行阶梯式推进,即首选想象最易吞咽的半流质食物,吞咽功能有所改善后逐渐增加软食,最后是普通食物。2)进食餐具。包括吸管、勺子、叉子、筷子、刀具等。3)进食体位。采用半卧位(30°~60°),颈后垫软枕使头部略前屈,偏瘫侧用枕头垫起。运动想象场景:1)想象情景一。与口腔、舌部运动有关的动作,如鼓腮,可以想象成在生日宴会上吹蜡烛;瘪腮可以想象成用吸管喝牛奶;张嘴可以想象成打哈欠;缩唇可以想象成吹口哨;伸舌及卷舌可以想象成进食后舔上下嘴唇等,口唇舌体下颌关节的运动作用为改变咀嚼吞咽相关肌力运动。2)想象情景二。刺激吞咽反射发生及产生吞咽动作,如想象进食三餐,以患者喜欢吃的食物为主。早餐:稀饭、面包、馒头、水饺等;中餐:米饭、青菜、豆芽、肉片、鱼块等;晚餐:面条、土豆片、蛋花羹、藕丁等。水果:葡萄、西瓜、苹果、桔子、香蕉等。每天1次,持续30 min。7 d为1个疗程,共4个疗程。

3 效果观察

3.1 观察指标 1)洼田饮水试验评分。采用“洼田饮水试验”测试吞咽功能评级。患者取端坐位,饮30 ml温开水,观察吞咽所需时间和呛咳情况。Ⅰ级:能在5s之内顺利1次将水咽下;Ⅱ级:分2次以上,不呛咳咽下;Ⅲ级:能1次咽下,有呛咳;Ⅳ级:分2次以上咽下,有呛咳;Ⅴ级:频繁呛咳,不能全部咽下^[4]。2)标准吞咽功能(SSA)评分。①确保患者身体条件能够进行筛查的一般性评估,包括意识水平、头部和躯干部控制、唾液控制、呼吸、软聘功能、喉功能、咽反射及自主咳嗽,评分为8~23分。②啜饮一汤匙水3次(约每天5 ml),观察患者有无喉运动,是否有反复喉部运动,有无咳嗽,有无喘鸣及吞咽后嗓音情况等,评分为5~11分。③在上述2个步骤无异常的情况下,嘱其饮水60 ml,观察患者全部饮完的时间,有无咳嗽、喘鸣及吞咽后声音情况等,评分为5~12分。评分越高,表明吞咽功能越差^[8]。3)特异性吞咽障碍生活质量量表(SWAL-QOL)评分。该量表由44个条目组成,从吞咽负担、吞咽症状、进食时间、进食意愿、食物选择、语言交流、饮食恐惧、社会功能、心理健康、疲劳以及睡眠11个维度全面概括吞咽障碍患者的生活质量。采用Likert 5级评分原则,每个条目分5个等级进行评分,由差到好分值依次为1~5分。分数越高代表生活质量越好,共计220分^[9]。4)安全性评价。观察2组干预过程中皮下出血、疼痛、晕厥、心律失常等不良反应的发生情况^[10],以及有无呛咳,吸入性肺炎、营养不良等并发症的发生。

3.2 疗效标准 根据患者的吞咽困难症状改善情况、洼田饮水试验结果拟定。痊愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定为Ⅰ级;有效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定为Ⅱ级,或未达到Ⅱ级但较干预前提高Ⅰ级或Ⅰ级以上;无效:吞咽障碍改善不明显,饮水试验评定为Ⅲ级及以上。

3.3 统计学方法 采用SPSS 20.0统计软件对数据进行统计学分析。计量资料用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,方差齐者采用 t 检验,方差不齐者采用非参数检验。计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 干预结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率观察组为83.33%,对照组为63.33%,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	痊愈	有效	无效	总有效
观察组	30	6(20.00)	19(63.33)	5(16.67)	25(83.33) ^a
对照组	30	4(13.33)	15(50.00)	11(36.67)	19(63.33)

注:与对照组比较,^a $P<0.05$ 。

3.4.2 2 组干预前后洼田饮水试验、SSA、SWAL-QOL 评分比较 干预后 2 组洼田饮水试验、SSA、SWAL-QOL 评分均较干预前有所改善,且观察组评分优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。(见表 2)

表 2 2 组干预前后洼田饮水试验、SSA、SWAL-QOL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	时间节点	洼田饮水试验	SSA	SWAL-QOL
观察组	30	干预前	4.09±0.56	52.3±3.1	137.8±13.9
		干预后	1.76±0.78 ^{ab}	38.7±2.9 ^{ab}	187.0±14.2 ^{ab}
对照组	30	干预前	4.13±0.94	53.5±2.6	134.7±14.3
		干预后	3.16±0.45	45.3±2.8 ^a	162.9±16.2 ^a

注:与本组干预前比较,^a $P<0.05$;与对照组干预后比较,^b $P<0.01$ 。

3.4.3 2 组不良反应及并发症发生情况比较 观察组 30 例中,未出现晕厥、心律失常等情况。患者诉有疼痛感,但可以忍受。对照组无明显不良反应。2 组不良反应比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。观察组发生呛咳 5 例,自行缓解;2 组患者的营养状况稳定。

4 讨 论

中风又名脑中风、卒中或脑卒中,是在气血失调、阴阳失衡的基础上遇劳倦内伤、忧思恼怒、气候变化、嗜食烟酒或病久失治等诱因,进而引起脏腑阴阳失调,气血逆乱直冲犯脑,导致脑脉痹阻或血溢脑脉之外而发病,临床以半身不遂、口眼歪斜、神志昏蒙、舌强言謇或不语、偏身麻木为主症。该病起病急、变化快、病情危重、易损害神志,多见于体质虚弱的中老年人。作为全球 60 岁以上人群死亡病因第二的疾病,中风已严重威胁着人类健康和生活质量。吞咽障碍是中风后常见并发症之一,在中风患者中发病率高达 51%~73%^[11]。若患者无法正常地摄食入胃,可导致吸入性肺炎、营养不良、电解质紊乱等严重并发症,增加了患者肺部感染和营养不良的风险。Smithard DG 等^[12]研究表明,与吞咽功能正常患者相比,吞咽障碍患者的肺炎发病率升高了 17%。此外,吞咽障碍的发生会延长患者的住院天数,增加医疗费用负担。

现代中医对于中风后吞咽障碍的干预方法,包

括中药、针灸及康复等多种干预方式,其中针灸疗法对于中风后吞咽障碍的干预效果尤为明显,并且操作简便、毒副作用少,在临床上容易被患者接受。多项研究表明,针刺舌体可醒脑开窍、舒通经络、活血化瘀,能治疗咽喉相关疾病,对促进患者康复具有积极作用。如高楠等^[13]采取的舌针(心穴、脾穴、肾穴)配合吞咽治疗仪疗法、黄丽贤等^[14]所用的舌七针疗法(廉泉、左右夹廉泉、金津等),治疗中风后吞咽障碍均取得显著疗效,可改善中风后吞咽障碍症状、患者营养状况,降低误吸发生率,对患者康复具有积极意义。

随着医学的不断发展,单一的舌针疗法已不能满足患者的健康需求,而运动想象疗法现已成为中风康复的热点。运动想象疗法是指通过调动患者机体感官(听觉、视觉、触觉、嗅觉、味觉、动觉)模仿实际执行动作时间和空间特性,诱导大脑皮质相同区域接受康复训练修改^[15]。有研究表明,想象活动时生理变化、脑电波活动的通路和区域大部分与实际动作时的相似^[16],是对大脑内部的一种刺激,因此运动想象可以促进潜伏通路和休眠突触的活化,有助于病灶周围脑功能重组,替代已受损的神经功能,改善神经及其支配肌肉的功能。运动想象疗法不受患者残存运动功能的限制,适合于脑卒中的任何阶段,又因其不需要特殊设备及场地,能积极发挥患者的主观能动性。有诸多学者用神经影像学方法证实运动想象疗法对中风偏瘫患者康复治疗的疗效确切^[17-19]。

本研究结果显示,采用舌针联合运动想象疗法干预的观察组在综合疗效、洼田饮水试验评分、SSA 评分、SWAL-QOL 评分均优于对照组,说明本干预方案能够有效减轻患者的吞咽困难、改善临床症状,提高患者治疗效果和生活质量,降低医疗并发症的发生,其疗效和安全性较高,值得临床推广应用。

参考文献

[1] GONZALEZ-FERNANDEZ M, OTTENSTEIN L, ATANELOV L, et al. Dysphagia after stroke: an overview[J]. Curr Phys Med Rehabil Rep, 2013, 1(3): 187-196.

[2] 霍阳, 高智玉, 高旭光, 等. 急性脑卒中患者预后的影响因素分析[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(3): 240-224.

[3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.

[4] RAMSEY DJ, SMITHARD DG, KALRA L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients[J]. Stroke, 2003, 34(5): 1252.

(下转第 108 页)

行,在术后 30 min,若患者生命体征平稳,便可进行。

胃泌素是由 17 个氨基酸残基组成的一种胃肠激素,主要由胃窦及小肠上部黏膜的 G 细胞分泌,具有促进胃肠运动及刺激胃酸、胃蛋白酶和胰酶分泌的作用,可促进胃肠黏膜生长,从而营养胃肠及胰腺等器官。胃肠道运动受自主神经调控,迷走神经系统兴奋可促进胃肠蠕动,加快胃排空。心率变异性指标可反映人体自主神经活动情况^[11-14],从而评估交感与副交感的平衡。术后早期胃肠功能紊乱患者因术后迷走神经抑制而导致胃肠功能障碍。本研究通过心率变异性分析指标,间接监测迷走神经兴奋性。干预后观察组的 HF、RMSSD、PNN50 均高于对照组($P<0.05$),表明电蜡疗联合中药脐敷可有效调节自主神经功能,兴奋迷走神经,加速胃肠蠕动,对胃肠功能的恢复具有一定价值。

本研究结果表明,蜡疗联合大承气汤加减外用神阙穴贴敷可改善腰椎开放手术后患者胃肠功能,提高血清胃泌素水平,且该干预方式无胃肠道负担,操作简便,经济实惠,患者易于接受。但本研究样本量较少,观察时间较短,所得结论具有一定局限性,其远期疗效及安全性有待加大样本量及进行多中心研究。

参考文献

[1] 陈淑招,黄章云,胡佳. 穴位贴敷对腰椎间盘突出症患者术后

(上接第 101 页)

- [5] 邹忆怀,毕齐,谢雁鸣. 中医临床路径在中风病康复中的应用[J]. 中医杂志,2010,51(S1):14-16.
- [6] 孙介光,孙雪然. 实用舌针学[M]. 北京:人民军医出版社,2008:132.
- [7] 黄龙祥,赵京生,吴中朝,等. 2006 年版国家标准《腧穴名称与定位》编制说明[J]. 中国针灸,2009,29(11):924-926.
- [8] 王素芳,常晋霞. 标准吞咽功能评定量表在脑卒中患者饮食管理中的应用[J]. 长治医学院学报,2017,31(5):382-384.
- [9] 和茵,李春. 吞咽障碍评估表在脑卒中患者的应用效果[J]. 实用临床护理学电子杂志,2017,2(50):206,222.
- [10] 李庆彬,黄丽贤,王亮,等. 功能训练联合舌针治疗多脑卒中吞咽障碍疗效研究[J]. 中华中医院学报,2018,36(7):1686-1689.
- [11] ROSEMARY M, NORINE F, SANJIT B, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2015, 36(36):2756-2763.
- [12] SMITHARD DG, O'NEILL PA, PARKS C, et al. Complications and outcome after acute stroke [J]. Does dysphagiamatter, Stroke, 2017, 27(7):1200-1204.
- [13] 高楠,马海波,张宪忠,等. 舌针加吞咽障碍治疗仪治疗中风后吞

胃肠功能恢复的影响[J]. 福建医药杂志,2016,38(3):90-92.

- [2] 陈贵廷,杨思澍. 实用中西医结合诊断治疗学[M]. 北京:中国医药科技出版社,1991:1266-1271.
- [3] 中国行为医学科学编辑委员会. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社,2005:223-224.
- [4] 吴少祯. 常见疾病诊断与疗效判定(标准)[M]. 北京:中医药出版社,1990:305-308.
- [5] 黄金珍,何杏梅. 中医贴敷护理方案对腰椎全麻术后患者胃肠道功能紊乱的防治研究[J]. 中医临床研究,2016,8(23):57-58.
- [6] 刘西建,韩涛. 中药穴位贴敷研究现状及思路[J]. 中医药信息,2014,31(5):130-132.
- [7] 王艳宏,王锐,管庆霞,等. 中药经皮给药的研究思路[J]. 中华中医药学刊,2010,28(9):1906-1908.
- [8] 余世锋,许能贵. 穴位贴敷临床研究方法探讨[J]. 新中医,2010,42(6):104-105.
- [9] 陈桂兰. 艾灸神阙、足三里穴合腹外常规护理干预腹部术后胃肠功能的评价[J]. 山西中医,2014,30(6):61-62.
- [10] 郑丽芬. 腹部术后神阙穴经皮给药促进胃肠功能恢复的临床观察[J]. 中国中医药科技,2015,1(22):65-67.
- [11] LIATIS S, TENTOLOURIS N, KATSILAMBROS N. Cardiac autonomic nervous system activity in obesity [J]. Pediatr Endocrinol Rev, 2004, 1(8):476-483.
- [12] 陈志云,袁华平,麻新梅,等. 动态心电图心率变异性的临床应用价值[J]. 中国病案,2004,5(6):46-47.
- [13] 胡凤明,周庆华. 焦虑症患者心率变异性与自主神经功能的相关性研究[J]. 中国基层医药,2010,17(19):2628-2630.
- [14] 吴金彦,王国付,钦光跃. 睡眠呼吸暂停/低通气综合征患者心率变异的临床观察[J]. 心脑血管病防治,2004,4(5):36-38.

(收稿日期:2020-12-07)

咽障碍临床观察[J]. 中国中医学急症,2014,23(2):265-267.

- [14] 黄丽贤,范庆菁,齐宝云,等. 舌七针疗法治疗中风后吞咽障碍疗效观察[J]. 北京中医药,2018,37(9):894-896.
- [15] FUSCO A, GALLOTTA MC, IOSA M, et al. The dynamic motor imagery of locomotion is task-dependent in patients with stroke[J]. Restor Neurol Neurosci, 2016, 34(2):247-256.
- [16] THRANE AS, RAPPOLD PM, FUJITA T, et al. Critical role of aquaporin-4(AQP4) in astrocytic Ca^{2+} signaling events elicited by cerebral edema[J]. Proc Natl Acad Sci, 2014, 108(2):846-851.
- [17] DE VRIES S, TEPPER M, FEENSTRA W, et al. Motor imagery ability in stroke patients: the relationship between implicit and explicit motor imagery measures [J]. Front Hum Neurosci, 2015, 9:19(7):790-799.
- [18] LAFLEUR MF, JACKSON PL, RICHARDS C, et al. Motor learning produces parallel dynamic functional changes during the execution and imagination of sequential foot movement [J]. Neuroimage, 2013, 16(1):142-157.
- [19] 况莉,何英姿,曹燕. 运动想象疗法对脑卒中患者步行功能影响的 Meta 分析[J]. 中国护理管理,2018,18(7):915-921.

(收稿日期:2021-01-12)