●医学护理●

引用:胡雅倩,陈偶英,叶新萍,罗云涛. 耳穴压豆结合神经肌肉电刺激干预风痰入络型脑卒中吞咽障碍 30 例[J]. 湖南中医杂志,2023,39(5):102-105.

耳穴压豆结合神经肌肉电刺激干预风痰入络型脑卒中吞咽障碍 30 例

胡雅倩[1],陈偶英[1],叶新萍[2],罗云涛[1]
(1. 湖南中医药大学,湖南 长沙,410208;
2. 湖南中医药大学第一附属医院,湖南 长沙,410007)

[摘要] 目的:观察耳穴压豆结合神经肌肉电刺激干预风痰入络型脑卒中吞咽障碍患者的疗效。方法:将 60 例风痰入络型脑卒中吞咽障碍患者随机分为观察组和对照组,每组各 30 例,对照组采用基础护理结合神经肌肉电刺激干预,观察组在对照组基础上结合耳穴压豆干预,2 组疗程均为 4 周。比较 2 组干预前后综合疗效、中医证候积分、标准吞咽功能评定量表(SSA)评分、生活质量(SWAL-QOL)评分的变化,以及干预期间吸入性肺炎、误吸等不良反应事件的发生率。结果:总有效率观察组为 96.7%(29/30),对照组为 86.7%(26/30),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组患者中医证候积分、SSA 评分、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($P<0.05$)。吸入性肺炎、误吸等不良反应事件发生率观察组为 10.00%(3/30),对照组为 23.33%(7/30),2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。结论:耳穴压豆结合神经肌肉电刺激可提高风痰入络型脑卒中吞咽障碍患者的临床疗效,改善中医证候、吞咽功能和生活质量。

[关键词] 脑卒中吞咽障碍;风痰入络证;耳穴压豆;神经肌肉电刺激
[中图分类号]R277.733 [文献标识码]A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2023.05.028

脑卒中后吞咽障碍是脑卒中常见的并发症,可伴发多种后遗症。有研究表明,脑卒中后有 37.0%~78.0%的患者会出现吞咽障碍,约 50%的患者在脑卒中后 1 个月仍有吞咽困难[1]。其造成的饮水呛咳、反复发热,甚至引发吸入性肺炎、窒息等情况,严重影响患者生活质量,延长住院时间,有时甚至会危及患者生命。研究显示风痰入络证是脑卒中后吞咽障碍患者的主要证型[2]。中医特色诊疗手段如中药、针灸等在脑卒中后吞咽障碍患者康复治疗中具有显著疗效。耳与脏腑经脉、脑神经均有着密切的联系[3],因此刺激耳穴能够对吞咽相关的神经,如舌咽、迷走神经等产生作用。且耳穴贴压操作简便,方便患者自行予以持续刺激。本研究采用耳穴压豆结合神经肌肉电刺激干预风痰入络型脑卒中后吞咽障碍 30 例,并与西医常规治疗进行对照,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2022 年 3 月至 2022 年 12 月由湖南中医药大学第一附属医院收治的风痰入络型脑卒中吞咽障碍患者 60 例,依据计算机产生的随机数按入院顺序将其随机分为观察组和对照组,每组各 30 例。观察组中,男 22 例,女 8 例;平均年龄(61.9±8.54)岁;平均体质量指数(BMI)(22.49±2.97)kg/m^2;平均病程(44.43±21.31) d。对照组中,男 20 例,女 10 例;平均年龄(60.57±11.3)岁;平均 BMI(22.6±2.76)kg/m^2;平均病程(43.4±21.9)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。本研究经我院医学伦理委员会审核批准(批件号:HN-LL-YJSLW-2022-210)。

第一作者:胡雅倩,女,2020 级硕士研究生,研究方向:中西医结合护理
通信作者:叶新萍,女,副主任护师,硕士研究生导师,研究方向:中西医结合护理、健康管理,E-mail:3032365461@qq.com

1.2　诊断标准

1.2.1　西医诊断标准　符合《各类脑血管疾病诊断要点(1995)》[4]中的诊断标准:患者在脑卒中后出现流口水、发声或构音障碍、咀嚼及吞咽困难、进食或饮水呛咳、反复肺部感染、体质量下降、口腔失用等障碍、洼田饮水试验≥3 级。

1.2.2　中医诊断标准　符合《中医内科病证诊断疗效标准》[5]中的中风病诊断标准,且患者意识清楚(中经络),同时具有吞咽困难、构音障碍、饮水呛咳等主要症状。中医证型符合风痰入络证的辨证标准,主症:半身不遂,肌肤不仁,口舌歪斜,舌强言謇;次症:头晕目眩,手足拘急;舌脉:舌苔白腻,脉弦滑。具备 2 个主症、1 个以上次症,或具备 1 个主症、2 个以上的次症,同时均符合舌脉表现者,即可明确辨证。

1.3　纳入标准　1)符合上述西医诊断标准和中医辨证标准;2)症状包括吞咽障碍的脑出血和脑梗死;3)年龄 18~80 岁,性别不限;4)患者意识清晰、认知正常,具备一定的沟通与交流能力;5)患者自确诊以来未接受过耳穴压豆及神经肌肉电刺激治疗,或发病至今吞咽障碍症状控制不佳者;6)患者发病在 2 周到 3 个月之间,排除自愈带来的干扰;7)自愿参与本研究,并签署知情同意书。

1.4　排除标准　1)由脑卒中以外原因导致的吞咽困难;2)存在严重的呼吸、心血管、消化及内分泌系统的疾病;3)发病以来同时接受了其他中医外治法,如穴位按摩等可能影响实验准确性的疗法;4)处于哺乳期或有习惯性流产的妇女;5)有出血倾向,耳郭或局部皮肤有破损、溃烂者;6)体内置入心脏起搏器者。

2　干预方法

2.1　对照组　予以基础护理和神经肌肉电刺激干预。1)基础护理干预。①生活起居:病室环境应安静,光线柔和,空气流通,温湿度适宜。痰多不能自主咳嗽者给予翻身拍背,以利咳出,防止窒息。②病情观察:观察患者有无误吸,呛咳等情况,若患者出现面色发绀、表情痛苦、呼吸困难等表现,可能为窒息征兆,需要及时处理。③饮食护理:饮食以清淡、易消化、富含营养为原则,可使用祛风化痰通络之品如梨、香菇、黑豆、藕等。忌食牛羊、狗肉,并观察舌苔、脉象,以防转为痰热实证。④情志护理:移情相制、顺情从欲。脑卒中患者因有吞咽上的不适感,容易出现情绪不稳定、易烦易怒的情况,严重时甚至不配合治疗,故在与患者沟通时应以快乐缓解压抑,并理解患者的心境变化。⑤用药护理:中药汤剂等宜偏凉服,少量频服,可鼻饲,或者吸管给药,避免因吞咽不利导致呛咳而造成的误吸。⑥康复训练:协助患者尽早开展吞咽康复训练,如促进吞咽功能及代偿方法的训练[6]。⑦对症护理:做好口腔护理,注意观察患者的口腔黏膜有无异常。根据病情可分别给予金蒲散含漱剂、丁香漱口液等预防口腔感染。⑧健康教育:住院期间对照顾者做好防误吸知识及基本护理技能指导,应强调从入院起就为患者量身定做出院计划,出院计划包括护理教育和技能培训两大部分内容,如自我管理能力、家属的照顾能力培训。2)神经肌肉电刺激治疗。神经肌肉电刺激治疗仪(常州雅思医疗器械有限公司),治疗时波宽设定为 700 μs/cm,电刺激频率设定为 40~50 Hz,波幅设定为 0~25 mA,以双通道刺激方式。操作时,协助患者取舒适坐、卧位,清洁局部皮肤后,将电极片粘贴于患者耳后乳突部位用于脑电治疗。将另外电极片固定粘贴于患者双侧下颌舌骨肌运动点,位于舌骨上、颈正中线旁开各 2cm 左右。连接治疗仪并启动。根据患者耐受性合理选择治疗强度,当患者有抓挠感或轻微刺痛、烧灼感时,表明收缩运动达到适当水平,维持该水平刺激。治疗过程中,观察患者状态并指导患者做协同吞咽动作,告知患者在出现肌肉抓捏、挤压感时应进行空吞咽动作。电刺激治疗持续 30 min/次,1 次/d。

2.2　观察组　在对照组的基础上结合耳穴压豆治疗。取穴依据:1)相应部位选穴。根据患病部位,即头病取头、脚病取脚的方法选取“脑干、脑点”等穴;根据病变在耳穴的相应阳性反应点选取,机体患病后,耳郭相应的部位会出现变色、变形、丘疹、疼痛等阳性反应点,可选取脑干、皮质下、肝、心等穴位。2)脏腑辨证选穴。风痰入络证与肝郁化火生风、肝风夹痰、横窜经络、血脉瘀阻、气血不能濡养机体有关,脏腑涉及肝、脾,故取耳穴肝、脾。3)现代医学理论选穴。正常吞咽过程的发生与大脑皮质吞咽中枢、脑干吞咽中枢及参与吞咽的颅神经有关,结合该神经机制,可选取皮质下脑干、口、舌、咽喉、食道、面颊等穴。4)临床应用选穴。依据临床研究经验选取皮质下、脑干、口、面颊、舌、咽喉等穴位[7-9]。基于临床研究与上述选穴依据,结合耳穴作用与辨证,选取“皮质下、脑干、咽喉、口、舌、肝、脾”作为耳穴组方。主穴取皮质下、脑干、咽喉、口、舌,配穴取肝、脾。操作流程为使用 75%乙醇严格消毒双侧耳郭 2 次后,探测各穴位阳性反应点并进行标记,取王不留行贴于上述穴位。同一操作者以中等力度按压贴处约 1~3 min,

以患者耳部有酸麻热胀放射感为度,告知其每天于三餐后及睡前自行按压 4 次,每次每穴按压 30 下,一次取一侧耳朵,双耳交替,3 d 更换一次。

2 组均干预 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 中医证候积分 参照《中药新药临床研究指导原则》[10]制定,于干预前后计算中医证候的改善情况、反映证候的特异性与临床疗效。主症按照无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分,次症按照无、轻、中、重度分别计 0、1、2、3 分,分值越高,说明症状越严重。证候积分减少率=(干预前积分-干预后积分)/干预前积分×100%。

3.1.2 吞咽功能 使用标准吞咽功能评定量表(SSA)评估患者的吞咽功能。该量表包括初步评估、饮一匙水(量约 5 ml)、饮一杯水(量约 60 ml)三部分,分数范围在 18~46 分,分数越高,表示吞咽功能越差。研究表明此法不仅敏感性和特异性较高,而且还具有较好的信度和效度[11]。

3.1.3 生活质量 采用吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)进行评分。该评分包括进食欲望、症状、食物形态、社会交往及睡眠等 11 个维度,共 44 项。最低分为 44 分,最高为 220 分,分值越高表明患者生存质量越好[12]。

3.1.4 不良反应事件 记录 2 组干预期间不良反应事件发生情况,包括误吸、吸入性肺炎等。

3.2 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则》[10]制定。痊愈:中医临床症状、体征消失或基本消失,中医证候积分减少率≥95%;显效:中医临床症状、体征明显改善,中医证候积分减少率≥70%、但<95%;有效:中医临床症状、体征均有好转,中医证候积分减少率≥30%、但<70%;无效:中医临床症状、体征均无明显改善,中医证候积分减少率<30%。

3.3 统计学方法 采用 SPSS 25.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,2 组数据若符合正态分布,则采用独立样本 t 检验,若非正态分布,则实施两独立样本对比的秩和检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;$P<0.05$ 为差异有统计学意义。

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 96.7%,高于对照组的 86.7%,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	显效	有效	无效	总有效
观察组	30	4(13.3)	10(33.4)	15(50.0)	1(3.3)	29(96.7)
对照组	30	1(3.3)	3(10.0)	22(73.4)	4(13.3)	26(86.7)
χ^2 值						8.298
P 值						0.033

3.4.2 2 组干预前后中医证候积分比较 干预后,2 组患者中医证候积分均较干预前降低,且观察组降低幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 2)

表 2 2 组干预前后中医证候积分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	25.03±5.28	9.70±2.73[ab]
对照组	30	25.70±5.23	13.70±4.30[a]

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

3.4.3 2 组干预前后 SSA 评分比较 干预后,2 组患者 SSA 评分均较干预前降低,且观察组降低幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 3)

表 3 2 组干预前后 SSA 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	30.27±2.80	22.7±2.01[ab]
对照组	30	29.57±3.57	24.8±2.97[a]

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

3.4.4 2 组干预前后 SWAL-QOL 评分比较 干预后,2 组患者 SWAL-QOL 评分均较干预前提高,且观察组上升幅度大于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。(见表 4)

表 4 2 组干预前后 SWAL-QOL 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	干预前	干预后
观察组	30	123.90±13.50	167.63±13.56[ab]
对照组	30	131.51±20.90	152.40±21.08[a]

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

3.4.5 2 组不良反应事件发生率比较 干预期间,观察组和对照组不良反应事件发生率分别为 10.00%(误吸 2 例、吸入性肺炎 1 例)和 23.33%(误吸 4 例、吸入性肺炎 3 例),2 组比较,差异无统计学意义($P>0.05$),且不良反应事件的发生与干预措施无关。

4 讨 论

随着医疗水平的提高,目前脑卒中的病死率虽较前减少,但在幸存脑卒中患者中,吞咽障碍是其遗留的最常见症状,在某些患者中甚至是突出的症状或唯

一症状[13-14]。联合中医药治疗方法在干预脑卒中吞咽障碍过程中的作用具有独特优势。中医学中并无对应的“吞咽障碍”中医病名,但可根据其临床表现特点将其归为“中风”“噎膈”“喉痹”“风痱”“喑痱”等范畴。风痰阻络证病机之本为阴阳不调,气血瘀滞,痰浊内生,阻滞经络,上逆犯脑所致。素体痰湿内盛,或嗜食肥甘厚味,致中焦失运,聚湿生痰,痰郁化热,热极生风,终致风痰搏结而发病。风痰流窜经络,血脉痹阻,气血不通,故风痰阻络证患者表现出的全身及局部痰浊证候最为明显。朱丹溪在《丹溪心法》中亦提出:“中风大率主血虚有痰,治痰为先,次养血活血”,故治法当以祛风化痰通络为治法。耳穴与五脏属于沟通表里的重要部位,是机体功能与病理的外在表现,通过穴位的按压、刺激作用有效地作用于全身经络脏腑、推动气血运行的同时,还能调节脏腑功能,平衡阴阳,调理气机,通经活络。现代研究显示,耳甲区是体表唯一有迷走神经分布的区域,刺激耳甲区可激活迷走神经耳支,刺激从外周向中枢神经系统自下而上进行,再经传出纤维将冲动发送到对应的系统外周器官[15-17]。因此刺激耳穴可在脑及其相关疾病的治疗中发挥重要作用。神经肌肉电刺激治疗是目前治疗吞咽障碍的常见手段,通过输出电流对与吞咽功能有关的神经如喉返神经、舌下神经等进行刺激,以加强吞咽肌肉的活动,从而改善患者的吞咽功能,重新建立或恢复吞咽反射弧,疗效肯定。

本研究结果显示,单用神经肌肉电刺激治疗虽能够改善患者吞咽功能、提升生活质量,但各项指标的改善程度均不如联用耳穴压豆的观察组,且在降低中医证候积分方面,观察组疗效更好。说明在给患者进行耳穴压豆操作治疗过程中,结合患者的具体中医证型进行取穴,疗效更具针对性。本研究耳穴组方中皮质下、脑干为对应的患病部位,口、舌、咽喉直接参与吞咽过程,肝穴平肝息风、疏肝理气以治标;脾穴燥湿化痰、升清降浊,增强化源以治本,全方共奏祛风化痰理气之功。干预过程中 2 组的不良反应事件发生情况比较,并无统计学意义($P>0.05$)。

综上所述,耳穴压豆结合神经肌肉电刺激治疗能够有效改善干预风痰入络型脑卒中吞咽障碍患者的临床症状,降低中医证候积分,改善吞咽功能,提升生活质量,且具有操作简单方便、不易对患者造成损伤、感染风险小、患者接受度高、成本低廉等优势,可有效延缓病情发展,减轻患者经济负担,值得临床推广应用。

参考文献

[1] FINNEGAN BS, MEIGHAN MM, WARREN NC, et al. Validation study of kaiser permanente bedside dysphagia screening tool in acute stroke patients[J]. Permanente Journal, 2020, 24(5): 1.

[2] 罗菁,崔韶阳,王曙辉,等. 中风后吞咽障碍的中医证型分布特点初探[J]. 中华中医药杂志,2019,34(2):820-823.

[3] 高玲,谢峦,李相良,等. 耳穴磁贴联合导管球囊扩张术治疗脑卒中后环咽肌功能障碍:随机对照试验[J]. 中国针灸,2022,42(10):1083-1088.

[4] 中华神经科学会,中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点(1995)[J]. 临床和实验医学杂志,2013,12(7):559.

[5] ZY/T001.1-94,中风的诊断依据、证候分类、疗效评定——中华人民共和国中医药行业标准《中医内科病证诊断疗效标准》[S].

[6] 崔雪岩,张金华,周小琰,等. 老年脑梗死患者康复护理方案的构建及应用[J]. 中华护理杂志,2023,58(3):268-275.

[7] 陈连珠,肖卫红,林婉真,等. 耳穴贴压对中风后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J]. 中医药通报,2022,21(12):33-35.

[8] 刘风珍,张晓辰,余峰,等. 耳穴贴压联合颈部穴位按摩治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 河南中医,2022,42(1):129-133.

[9] TANG Q, LIANG B, LIANG R, et al. Study on optimization and evaluation system of traditional Chinese medicine rehabilitation program for swallowing disorder after stroke[J]. Medicine (Baltimore), 2021, 100(19): e25731.

[10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002.

[11] 伍少玲,马超,黄粉燕,等. 标准吞咽功能评定量表的临床应用研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2008(6):396-399.

[12] MCHORNEY CA, ROBBINS J, LOMAX K, et al. The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. documentation of reliability and validity[J]. Dysphagia, 2002, 17(2): 97-114.

[13] 刘云娥,孙方贞,王丽娜,等. 我国脑卒中病人隐性误吸筛查及干预的研究进展[J]. 护理研究,2022,36(13):2361-2363.

[14] JONES CA, COLLETTI CM, DING MC. Post-stroke dysphagia: Recent insights and unanswered questions[J]. Curr Neurol Neurosci Rep, 2020, 20(12): 61.

[15] 荣培晶,张悦,李少源,等. 经皮耳穴迷走神经刺激治疗脑及相关疾病的现状与展望[J]. 世界科学技术—中医药现代化,2019,21(9):1799-1804.

[16] 张紫璇. P2X7R/NLRP3/IL-1β 信号通路介导经皮耳穴电刺激对 ZDF 大鼠中枢抗抑郁机制[D]. 北京:中国中医科学院,2022.

[17] BUTT MF, ALBUSODA A, FARMER AD, et al. The anatomical basis for transcutaneous auricular vagus nerve stimulation[J]. J Anat, 2020, 236(4): 588-611.

(收稿日期:2023-03-21)

[编辑:韩晗]