

DOI: 10.3969/j.issn.1005-8982.2018.014.022
文章编号: 1005-8982 (2018) 014-0107-05

调神益咽针刺对脑梗死后吞咽障碍 患者的疗效研究

雷行华¹, 何俊¹, 刘春艳¹, 周小东²

(1. 四川省成都市第二中医医院 康复科, 四川 成都 610500, 2. 成都医学院 检验医学院, 四川 成都 610500)

摘要: 目的 探究调神益咽针刺对脑梗死后吞咽障碍患者的疗效。**方法** 选取 2011 年 1 月—2015 年 1 月于四川省成都市第二中医医院收治的 122 例脑梗死后吞咽障碍患者, 采用随机数字表法分为对照组和观察组。两组患者经常规药物和康复治疗, 观察组患者加用调神益咽针刺法治疗, 对照组患者加用常规针刺治疗。对比两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后的标准吞咽功能评定量表 (SSA) 评分、微型营养评价 (MNA) 评分及洼田饮水试验结果。**结果** 治疗后观察组和对照组患者的临床总有效率分别为 93.43% 和 80.31%, 两组患者比较有差异 ($P < 0.05$)。治疗前两组患者的 SSA 评分和 MNA 评分比较无差异 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者 SSA 评分和 MNA 评分较治疗前改善 ($P < 0.05$), 观察组优于对照组。治疗前两组患者的洼田饮水试验结果比较无差异 ($P > 0.05$)。治疗后两组患者的洼田饮水试验结果较治疗前改善 ($P < 0.05$)。**结论** 给予脑梗死后吞咽障碍患者常规治疗联合调神益咽针刺法治疗能够显著改善患者的吞咽功能, 改善营养状态, 提高临床疗效, 在临床上值得进一步推广和使用。

关键词: 脑梗死; 吞咽障碍; 调神益咽针刺法

中图分类号: R743.3

文献标识码: A

Effect of Tiaoshen Yiyan acupuncture on patients with dysphagia after cerebral infarction

Xing-hua Lei¹, Jun He¹, Chun-yan Liu¹, Xiao-dong Zhou²

(1. Department of Rehabilitation, Chengdu Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chengdu, Sichuan 610500, China; 2. School of Laboratory Medicine, Chengdu Medical College, Chengdu, Sichuan 610500, China)

Abstract: Objective To explore the effect of Tiaoshen Yiyan acupuncture in patients with dysphagia after cerebral infarction. **Methods** Totally 122 cases of cerebral infarction patients with dysphagia in Chengdu Second Hospital of Traditional Chinese Medicine between January 2011 and January 2015 were selected as the objects of study. Using the random number table method they were divided into control group and observation group, with 61 cases in each group. The two groups of patients received conventional drug treatment and rehabilitation, the patients of the observation group were added with Tiaoshen Yiyan acupuncture treatment, the patients of the control group received additional conventional acupuncture. Clinical efficacy after treatment, the scores of Standardized Swallowing Assessment (SSA), Mini-nutritional Assessment (MNA) and Kubota water drinking test before and after treatment were compared between the two groups. **Results** After treatment, the total effective rate was 93.43% in the observation group and 80.31% in the control group, the difference was statistically significant ($P < 0.05$). SSA score

收稿日期: 2016-07-14

[通信作者] 周小东, E-mail: zhouxiaod15@163.com; Tel: 13699009404

and MNA score before treatment were not statistically significant between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, SSA score and MNA score were improved in both groups compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the scores in the observation group were better than those in the control group. Kubota water drinking test results of the two groups before treatment were not statistically different ($P > 0.05$). After treatment Kubota water drinking test results of the two groups were improved compared to those before treatment ($P < 0.05$), the results in the observation group were better than those in the control group. **Conclusions** Compared with conventional therapy combined with conventional acupuncture therapy, conventional therapy combined Tiaoshen Yiyuan acupuncture can significantly improve the swallowing function, nutritional status and clinical efficacy in the cerebral infarction patients with dysphagia. Therefore it is worth further promotion and use in clinical practice.

Keywords: cerebral infarction; dysphagia; Tiaoshen Yiyuan acupuncture

脑梗死后常见的并发症之一为吞咽障碍,这是由于脑梗死患者多为老年人,局灶性损害导致吞咽障碍发生率较高^[1]。有研究指出,约 30% ~ 50% 的脑梗死患者发生吞咽障碍,因而临床误吸率较高,容易导致脱水、吸入性肺炎、电解质紊乱、营养不良及心理障碍等并发症,对患者的正常生活及生命产生严重威胁^[2]。临床上对脑梗死后吞咽障碍患者的治疗主要为康复治疗,但康复器材普遍费用昂贵,多数患者无法承担,且部分患者需要进行胃造瘘进食和鼻胃管进食等,康复治疗无法达到令人满意的临床疗效^[3]。近年来,针灸治疗因较高的安全性,较佳的临床疗效而被广泛应用于对脑梗死后吞咽障碍患者的治疗中。调神益咽针刺在以往主要用于对中风的治疗中,具有较好的临床疗效^[4]。为了进一步提高脑梗死吞咽障碍患者的临床疗效,本研究对调神益咽针刺法与常规针刺法治疗脑梗死后吞咽障碍的疗效进行了对比。现分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2011 年 1 月-2015 年 1 月于四川省成都市第二中医医院收治的 122 例脑梗死后吞咽障碍患者。采用随机数字表法分为对照组和观察组,每组 61 例。观察组患者中男性 46 例,女性 15 例;年龄 45 ~ 80 岁,平均 (65.90 ± 11.87) 岁;平均病程 (38.55 ± 9.03) d。对照组患者中男性 43 例,女性 18 例;年龄 45 ~ 80 岁,平均 (68.26 ± 11.66) 岁;平均病程 (41.65 ± 9.16) d。纳入标准:①经 MRI 或头颅 CT 诊断为脑梗死^[5];②病程为 1 ~ 3 个月且首次发病;③经电视透视吞咽检查诊断为吞咽功能障碍^[5];④年龄 ≥ 45 周岁;⑤

各项生命体征平稳;⑥自愿参加本研究并已经签署知情书。排除标准:①合并认知功能障碍;②合并恶性肿瘤;③合并严重的肺、心、肝及肾功能障碍;④合并严重的皮肤感染或肺部感染;⑤严重的精神疾病。两组患者的一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。具有可比性。

1.2 方法

1.2.1 常规药物治疗和康复治疗 ①药物治疗:控制电解质紊乱、控制水紊乱、防治感染及脱水降颅内压等;②康复训练:电刺激、吞咽训练、发音训练、舌部肌肉运动训练、颊部肌肉及口轮匝肌运动训练、喉抬高运动、屏气和发声训练及咽部冷刺激与空吞咽训练。

1.2.2 观察组 调神益咽针刺法:①器材:华佗牌一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司),针尖及针长规格:0.35 × 25 mm、0.35 × 40 mm、0.35 × 75 mm。②穴位:以神庭穴、百会穴、上廉泉穴、印堂穴、天柱穴、风池穴及完骨穴为主穴,以玉液穴、金津穴、照海穴、列缺穴及咽后壁点刺为辅穴,并采用补泻手法留针 20 min。同时依据患者辨证随证加减:风痰阻络加合谷穴、丰隆穴;气血血瘀加血海穴、气海穴及足三里穴;肝阳暴亢加太溪穴、太冲穴;阴虚风动加风池穴、太溪穴;痰热腑实加内庭穴、曲池穴及丰隆穴。③治疗:对皮肤进行常规消毒后进针,针刺百会穴,穴位与针尖之间保持 15 ~ 30°,沿皮下平刺约 1 寸(1 寸 = 3.33 cm),局部有麻胀酸感,以 200 r/min 的速度快速捻转针灸针,每次行针约 2 min,每隔 10 min 行针 1 次。印堂穴直刺约 0.1 ~ 0.3 寸,神庭穴沿百会穴方向透刺 1 寸,捻转泻法;完骨穴、风池穴及天

柱穴沿喉结方向针刺, 玉液穴、金津穴、咽后壁点刺及放血; 其他穴位进针后行手法得气, 每日 1 次留针, 每次 20 min。

1.2.3 对照组 常规针刺法: ①器材: 华佗牌一次性无菌针灸针 (苏州医疗用品厂有限公司), 针尖及针长规格: 0.35 mm × 25.00 mm、0.35 mm × 40.00 mm、0.35 mm × 75.00 mm。②穴位: 以风池穴、上廉泉穴、内关穴、翳风穴、通里穴及水沟穴为主穴; 以玉液穴、金津穴及咽后壁点刺为辅, 并采用补泻手法留针 20 min。③随证加减: 风痰阻络加合谷穴、丰隆穴; 气血血瘀加血海穴、气海穴及足三里穴; 肝阳暴亢加太溪穴、太冲穴; 阴虚风动加风池穴、太溪穴; 痰热腑实加内庭穴、曲池穴及丰隆穴。④进针: 对皮肤进行常规消毒后进针, 完骨穴、翳风穴及风池穴沿喉结方向针刺; 玉液穴、金津穴、咽后壁点刺及放血; 其他穴位进针后行手法得气, 20 min/次, 1 次/d 留针。

1.3 观察指标

对比两组患者治疗后的临床疗效, 治疗前后的标准吞咽功能评定量表 (standardized swallowing assessment, SSA) 评分、微型营养评价 (mini nutritional assessment, MNA) 评分及洼田饮水试验结果。①临床疗效: 吞咽障碍消失且洼田饮水试验结果正常为治愈; 吞咽障碍改善且洼田饮水试验结果提高 >2 级为显效; 吞咽障碍改善且洼田饮水试验结果提高 >1 级为有效; 吞咽障碍改善不明显且洼田饮水试验结果无显著提高为无效; ②SSA 评分: 包括临床检查、60 ml 水试验及 5 ml 水试验; ③MNA 评分: 包括人体测量、饮食评估、整体评估及主观评估; ④洼田饮水试验: 患者饮下 30 ml 温开水, 对呛咳和所用饮水时间进行观察。将吞咽功能分为 5 级: 无呛咳且能够在 ≤ 5 s 顺利饮下水为 1 级; 有呛咳且 ≤ 5 s

能够 1 次完成饮水或者无呛咳能够在 >5 s 将水 2 次饮下为 2 级; 有呛咳且 >5 s 能够 1 次饮下水为 3 级。有呛咳且 >5 s 能够 2 次将水饮下为 4 级。

1.4 统计学方法

数据分析采用 SPSS 19.0 统计软件, 计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 比较用 t 检验, 计数资料以率表示, 比较用 χ^2 检验, 等级资料比较用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较

观察组患者治疗后痊愈 12 例 (19.67%)、显效 29 例 (47.54%)、有效 16 例 (26.22%)、无效 4 例 (6.57%), 总有效率 93.43%。对照组患者治疗后痊愈 3 例 (4.91%)、显效 24 例 (39.34%)、有效 22 例 (36.06%)、无效 12 例 (19.69%), 总有效率 80.31%, 两组患者总有效率比较, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.925, P = 0.021$)。

2.2 两组患者治疗前后 SSA、MNA 评分比较

两组患者治疗前 SSA、MNA 评分比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组患者治疗后 SSA、MNA 评分比较, 差异有统计学意义 ($t = 2.517$ 和 $2.365, P = 0.019$ 和 0.031)。两组患者治疗前后的 SSA、MNA 评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后 SSA、MNA 评分较治疗前改善, 且观察组优于对照组。见表 1。

2.3 两组患者洼田饮水试验结果比较

两组患者治疗前洼田饮水试验结果比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组患者治疗前后洼田饮水试验结果比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后洼田饮水试验结果较治疗前改善, 且观察组优于对照组。见表 2。

表 1 两组患者治疗前后 SSA、MNA 评分比较 ($n = 61$, 分, $\bar{x} \pm s$)

组别	SSA 评分		t 值	P 值	MNA 评分		t 值	P 值
	治疗前	治疗后			治疗前	治疗后		
观察组	27.18 ± 4.57	21.70 ± 3.10	2.001	0.046	20.41 ± 3.44	23.27 ± 3.36	2.573	0.011
对照组	27.24 ± 3.73	23.45 ± 3.25	2.317	0.035	18.78 ± 3.96	21.07 ± 3.56	2.495	0.023

表 2 两组患者洼田饮水试验结果比较 [$n=61$, 例 (%)]

组别	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
观察组					
治疗前	0 (0.00)	0 (0.00)	19 (31.14)	24 (39.34)	18 (29.52)
治疗后	18 (29.50)	20 (32.78)	11 (18.03)	12 (19.69)	0 (0.00)
对照组					
治疗前	0 (0.00)	0 (0.00)	17 (27.86)	24 (39.34)	20 (32.80)
治疗后	18 (29.50)	15 (24.61)	11 (18.03)	17 (27.86)	0 (0.00)
Z 值	1.951	1.834	2.085	2.357	2.214
P 值	0.035	0.041	0.022	0.015	0.019

3 讨论

脑卒中患者迷走神经、舌咽神经和舌下神经的核下性或核性损害造成的真性延髓麻痹, 皮质脑干束损害和双侧大脑皮质脑干束损害造成的假性延髓麻痹, 因而部分脑梗死患者发病后累及脑干、大脑皮质、皮质下行纤维及脑神经等与大脑皮质相关的部位, 对患者的吞咽功能产生影响, 因此部分脑梗死患者存在不同程度的吞咽障碍^[6-7]。脑卒中吞咽障碍的主要临床表现为进食不顺利、饮水呛咳、舌运动功能障碍、流涎、吞咽困难、呕吐及言语不利等^[8]。脑梗死在中医上被认为是由饮食不节、劳逸失度、外邪侵袭及情志失调而导致脏腑阴阳失调、肝阳暴张、气血上逆、风火痰瘀、肝风内动及蒙蔽神窍而引起的, 因此中医对于脑梗死吞咽障碍患者治疗的主要机制在于元神失用、神不导气、咽窍不利^[9]。中医上多给予脑梗死患者针刺治疗, 而传统的针刺因对穴位的选取和手法等均有严格的要求而存在一定的危险性, 且患者觉敏感, 常常需要忍受较大的痛感^[10]。为进一步提高脑梗死吞咽障碍患者的临床疗效, 本研究对调神益咽针刺法与常规针刺法治疗脑梗死后吞咽障碍的疗效进行了对比。

有研究指出, 督脉在脑卒中的治疗中具有十分重要的意义, 神庭穴是督脉上与足阳明经穴、足太阳穴相互交会的穴位, 也是督脉天部聚集气血的虚风^[11]; 百会穴为督脉经之穴, 能够调理脑神, 在各类脑髓疾病的治疗中均有重要意义; 督脉循行线上的印堂穴是经外奇穴; 照海穴和列缺穴是主肺系、胸膈和咽后疾病的八脉交会穴; 风池穴是阳维脉和足少阳胆经的交会穴, 与吞咽功能具有一定的相关性, 上廉泉穴的深部能够到达舌体的根部, 在舌的运动中发挥重要作用

用^[12]。针刺疗法将中医理论作为理论指导, 以针刺为治疗方式来防治疾病。临床上针刺疗法具有疗效显著、安全经济及适应症广泛等优点, 且其依据传统理论将针刺进体内纵横交叉的主要经络上的若干穴位内, 能够帮助患者保持体内阴阳两气的平衡状态, 从而促进气脉通畅, 促使机窍灵活, 促进吞咽功能恢复。而脑梗死吞咽障碍患者多存在局部经络瘀滞、舌体僵硬不灵、咽喉壁感觉消失或减退及舌下静脉迂曲的现象, 因而中医上多对玉液穴、金津穴和咽喉壁点刺放血, 帮助患者疏通舌咽部的气血^[13-14]。本文研究结果显示, 治疗后观察组和对照组患者的临床总有效率分别为 93.43% 和 80.31%, 两组患者的 SSA 评分、MNA 评分及洼田饮水试验结果较治疗前均改善 ($P<0.05$), 且观察组优于对照组。相对于对照组的常规针刺法来说调神益咽针刺法能够通过迷走神经感觉纤维分布区和舌咽区的穴位进行针刺, 将兴奋通过神经元传入大脑皮质或者延髓中, 帮助调节中枢神经系统的兴奋性, 通过建立正常皮质下纤维投射来促进运动神经元功能的恢复, 修复脑卒中患者的吞咽反射, 协调其吞咽运动, 进而达到通利咽窍、调神导气的临床效果, 促进患者吞咽功能的恢复^[15]。

综上所述, 给予脑梗死后吞咽障碍患者常规治疗联合调神益咽针刺法治疗较常规治疗联合常规针刺治疗能改善患者的吞咽功能, 改善营养状态, 提高临床疗效, 在临床上值得进一步推广和使用。

参 考 文 献:

- [1] OSHIMA F, YOKOZEKI M, HAMANAKA M, et al. Prediction of dysphagia severity: an investigation of the dysphagia patterns in patients with lateral medullary infarction[J]. Internal medicine,

- 2013, 52(12): 1325-1331.
- [2] SIA I, CARVAJAL P, LACY A A, et al. Hyoid and laryngeal excursion kinematics - magnitude, duration and velocity - changes following successful exercise-based dysphagia rehabilitation: MDTP[J]. Journal of Oral Rehabilitation, 2015, 42(5): 331-339.
- [3] 陈剑飞, 徐建忠, 马建强, 等. 吞咽训练联合表面肌电生物反馈方案应用于脑梗死吞咽障碍患者的效果 [J]. 中国基层医药, 2015, 22(3): 432-434.
- [4] 王琪. 通关利窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(8): 721-723.
- [5] 柳惠玲, 槐永军, 汪荷, 等. 颈动脉超声与头颅 MRI 筛查老年无症状脑梗死的临床意义 [J]. 临床军医杂志, 2014, 42(6): 568-569.
- [6] 曾艳芳, 谈晓牧, 童燕娜, 等. 神经肌肉电刺激治疗对脑梗死吞咽障碍患者情感障碍的疗效 [J]. 临床荟萃, 2014, 29(10): 1155-1157.
- [7] 刘文权, 徐武华, 吴婉霞, 等. 神经肌肉电刺激联合吞咽训练对脑梗死后吞咽障碍的疗效 [J]. 实用医学杂志, 2013, 29(11): 1780-1782.
- [8] 纪蓉, 宋爱霞, 戈蕾, 等. 老年脑梗死隐性误吸病人应用 FOCUS PDCA 指导下护理的临床观察 [J]. 护理研究, 2016, 30(3): 850-852.
- [9] 侯腾, 范刚启. 针刺治疗脑梗死后吞咽障碍方案的初步优选 [J]. 上海针灸杂志, 2014, 33(7): 604-606.
- [10] 栗漩, 赖新生. 通督调神法电针治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察 [J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(6): 3-6.
- [11] 梁进娟. 通督启闭针法配合康复训练治疗脑梗塞后吞咽障碍的临床观察 [J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(4): 29-31.
- [12] 赵家莹. 针刺任督脉经穴对脑干吞咽中间神经元的调节作用 [D]. 广州: 广州中医药大学, 2015: 35-46.
- [13] 陈坚. 针刺预防脑梗死伴吞咽障碍患者发生卒中相关性肺炎的疗效 [J]. 成都中医药大学学报, 2015, 38(2): 55-58.
- [14] 丁潇. 针刺联合吞咽训练治疗脑梗死后吞咽障碍 30 例临床观察 [J]. 河北中医, 2015, 37(8): 1214-1215.
- [15] 戴金依. 醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍 1 例 [J]. 吉林中医药, 2013, 33(4): 418-419.

(李科 编辑)