

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.05.012

针刺配合吞咽康复治疗中风后假性球麻痹 吞咽困难患者 40 例临床观察

陈诗玲^{1,2}, 倪光夏^{*}

(1. 南京中医药大学第二临床医学院, 江苏省南京市仙林大道 138 号, 210023; 2. 香港博爱医院中医部)

摘要 目的 观察针刺配合吞咽康复治疗中风后假性球麻痹吞咽困难患者的临床疗效。方法 将 80 例中风后假性球麻痹吞咽功能异常患者随机分为治疗组及对照组各 40 例。对照组在基础治疗同时给予吞咽康复疗法, 治疗组在对照组基础上给予针刺治疗, 取完骨、风池、翳风、廉泉和咽后壁穴, 第 1 个针刺疗程 (10 次) 为每天 1 次, 第 2 个针刺疗程 (10 次) 为隔天 1 次, 两个疗程间隔 1 周。于治疗前及治疗 1、2 个疗程和随访时 (完成两个疗程后 3 个月) 进行澳洲皇家布里斯班医院吞咽功能评定表 (RBHOMS)、食物性状和饮料黏稠度评分, 并于研究期间观察并发症、体重指数 (BMI) 及死亡情况。结果 治疗组在治疗 1、2 个疗程及随访时 RBHOMS 评分较治疗前提高, 食物性状 (治疗 2 个疗程及随访时)、饮料黏稠度评分降低 ($P < 0.01$)。治疗组随访时较对照组 RBHOMS 评分升高、食物性状及饮料黏稠度评分降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗 2 个疗程 BMI 较治疗前降低, 而对照组治疗 2 个疗程及随访时 BMI 均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。两组吸入性肺炎及死亡情况比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 针刺配合吞咽康复疗法对中风后假性球麻痹吞咽功能有良好的复康效果, 其远期疗效优于单纯吞咽康复治疗。

关键词 中风; 假性球麻痹; 吞咽困难; 针刺

中风后假性球麻痹患者吞咽困难发生率高达 50% ~ 73%, 至今无完全有效的治疗方案^[1]。针刺对神经性吞咽困难的疗效经临床床边评估发现可高达 80% 以上^[2], 对中风后吞咽困难患者, 针灸是简便安全的治疗选择。本研究探讨针刺对中风后假性球麻痹吞咽困难的临床疗效及对减轻其并发症的可能作用, 以供临床推广使用。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准参照《各类脑血管病诊断要点》^[3], 按照患者病史、临床检查以及相关的医学影像学确诊为脑梗死或脑出血, 同时确定吞咽困难为由假性延髓麻痹引起。中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准 (试行)》^[4]。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断标准; 2) 病情稳定, 生命体征平稳; 3) 意识清醒, 认知能力正常, 简易智力测试量表 (香港版本)^[5] > 6 分; 4) 病程 ≤ 1

年; 5) 年龄 18 岁以上; 6) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 脑干梗死、广泛脑部梗死者; 2) 正使用溶栓治疗者; 3) 妊娠或哺乳期妇女; 4) 颈项和咽喉部有感染性疾病, 或溃疡破损等而不能进行针刺治疗者; 5) 由其他疾病造成吞咽困难者; 6) 身体营养状况严重不良, 或伴有重度器官及循环系统疾病, 内分泌和造血系统疾病, 肿瘤和传染性疾病者。

1.4 一般资料

患者来源于 2014 年 12 月至 2016 年 6 月香港沙田医院、香港博爱医院及香港社区中医诊所的住院及中医门诊, 按随机区组设计分为治疗组和对照组各 40 例, 纸上注有随机数字并密封于不透光信封内, 由并非作评估检查的研究员保存。治疗组中男 18 例, 女 22 例; 年龄 50 ~ 95 岁, 平均 (76.58 ± 10.77) 岁; 病程 20 ~ 38 天, 平均 (35.13 ± 18.23) 天; 脑梗死 28 例, 脑出血 12 例; 简易智力测试量表平均 (7.15 ± 2.08) 分。对照组中男 22 例, 女 18 例; 年龄 39 ~ 94 岁, 平均 ($73.90 \pm$

* 通讯作者: xgn66@163.com, (025) 85811552

12.59) 岁; 病程 22 ~ 41 天, 平均 (36.22 ± 17.08) 天; 脑梗死 30 例, 脑出血 10 例; 简易智力测试量表平均 (7.13 ± 2.78) 分。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

两组均给予基础治疗: 包括抗血小板聚集、降血脂、稳定血压、减轻颅内压力、改善脑循环以及维持水、电解质、酸碱值平衡稳定等。对吞咽困难严重者可予以鼻胃管补充水份及营养。

对照组在基础治疗同时给予吞咽康复治疗^[6-7]: 言语治疗师检查及评定后给患者选用合适的训练方法, 包括口唇舌运动训练、Shaker 训练、温度刺激、用力吞咽、改善体位姿态吞咽及屏气训练等。每天 1 次, 每次 30 min。

治疗组在基础治疗及吞咽康复治疗的第 1 天开始给予针刺治疗。取穴双侧完骨、风池、翳风及廉泉和咽后壁 (腭垂下, 两侧腭咽弓中央)。患者应放松地处于平卧或者是半坐卧的体位, 针具选用药师堂不锈钢针灸针, 规格为 0.3 mm × 40 mm。完骨、风池、翳风向喉结方向针入 0.8 ~ 1.2 寸, 廉泉向舌根方向刺入 0.8 ~ 1.2 寸, 均使用平补平泻手法, 局部有酸麻胀重感, 若不得气则采用刮柄法、循法等方法催气。得气后于完骨、风池、翳风及廉泉使用长城牌 KWD808I 型号电针治疗仪, 选取频率 5 Hz 的疏密波作电针治疗, 强度以患者耐受为度, 留针 30 min。针刺咽后壁, 使用压舌板压下舌头中后部, 采用规格为 0.3 mm × 75 mm 针灸针, 往咽后壁快速地点刺 10 次, 针刺咽后壁或可引发咳嗽或呕吐反射。以上腧穴除咽后壁之外, 均需严格地进行消毒后方可进行针刺的治疗。第 1 个针刺疗程 (10 次) 为每天治疗 1 次, 第 2 个针刺

疗程 (10 次) 为隔天进行治疗, 两个疗程间暂停针刺 1 周。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 澳洲皇家布里斯班医院吞咽功能评定表 (RBHOMS)^[8] 评分 该表从严重程度的吞咽困难到正常吞咽功能分为 4 个级别, 再按临床表现和特征细分为 10 分。A (1 ~ 3 分): 不可进食; B (4 分): 开始尝试进食; C (5 ~ 7 分): 确认可进食; D (8 ~ 10 分): 持续可进食。治疗前及治疗 1、2 个疗程和随访时 (治疗结束后 3 个月) 各评分 1 次。

2.2.2 食物性状及饮料黏稠度评分 按照医院提供给患者的膳食质地, 经言语治疗师检查后决定患者临床可安全地进食食品的质地和性状情况从好到差, 评为 1 ~ 7 分, 1 分为正常人食物性状, 2 ~ 5 分为软滑质地食物, 6 分为全糊状食物, 7 分为鼻胃管灌食。同样, 饮用液体黏稠度情况给评分, 从好到差, 评为 1 ~ 6 分, 1 分为正常人饮用之清水, 2 ~ 5 分为于清水添加 10 ~ 25 ml 食用增稠剂, 使水质地变得较稠厚, 6 分为鼻胃管灌食。治疗前及治疗 1、2 个疗程和随访时 (治疗结束后 3 个月) 各评分 1 次。

2.2.3 体重指数 (BMI) 治疗前、治疗 2 个疗程及随访 (治疗结束后 3 个月) 各统计 1 次。

2.2.4 安全性指标 包括治疗期间吸入性肺炎发生情况、死亡情况及针刺治疗不良反应记录。

2.3 统计学方法

应用 SPSS 17.0 统计学软件。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 两组间数据使用独立样本 t 检验, 组内自身治疗前后比较使用配对样本 t 检验, 计数资料使用 χ^2 检验。

3 结果

3.1 两组患者治疗前后不同时间 RBHOMS、食物性状、饮料黏稠度评分比较

表 1 示, 两组治疗前各评分比较差异均无统计

表 1 两组中风后假性球麻痹患者治疗前后不同时间 RBHOMS、食物性状、饮料黏稠度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	RBHOMS 评分	食物性状评分	饮料黏稠度评分
治疗组	治疗前	40	5.30 ± 1.79	4.63 ± 2.03	3.68 ± 1.66
	治疗 1 个疗程	40	5.78 ± 2.02*	4.50 ± 2.21	3.33 ± 1.93*
	治疗 2 个疗程	39	6.13 ± 2.02*	3.74 ± 2.29*	2.82 ± 1.97*
	随访时	33	7.45 ± 1.39*△△	2.66 ± 1.39*△△	2.03 ± 1.78*△
对照组	治疗前	40	5.53 ± 1.68	4.45 ± 2.10	3.13 ± 1.95
	治疗 1 个疗程	40	5.50 ± 1.68	4.45 ± 2.15	3.00 ± 2.05
	治疗 2 个疗程	39	5.49 ± 1.73	4.23 ± 2.19	3.08 ± 1.98
	随访时	30	5.27 ± 1.68	4.52 ± 2.05	3.07 ± 2.03

注: RBHOMS, 澳洲皇家布里斯班医院吞咽功能评定表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组随访时比较, △ $P < 0.05$; △△ $P < 0.01$

学意义 ($P > 0.05$)。治疗组在治疗 1、2 个疗程及随访时 RBHOMS 评分均较治疗前提高, 饮料黏稠度评分较治疗前降低 ($P < 0.01$); 治疗组治疗 2 个疗程及随访时食物性状评分亦较治疗前降低 ($P < 0.01$)。对照组各评分在治疗 1、2 个疗程后及随访时与治疗前比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组在随访时与对照组比较, RBHOMS 评分升高、食物性状及饮料黏稠度评分降低 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

3.2 两组患者治疗前后不同时间 BMI 比较

表 2 示, 两组治疗前 BMI 比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗组治疗 2 个疗程 BMI 较治疗前降低 ($P < 0.05$); 对照组治疗 2 个疗程及随访时 BMI 均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。两组治疗 2 个疗程及随访时 BMI 比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 两组中风后假性球麻痹患者治疗前后不同时间 BMI 比较 (kg/m^2 , $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	治疗 2 个疗程	随访时
治疗组	21.97 $\pm$ 3.99 (40)	21.26 $\pm$ 3.72* (39)	21.60 $\pm$ 3.57 (33)
对照组	22.28 $\pm$ 4.84 (40)	21.61 $\pm$ 4.17* (39)	21.47 $\pm$ 4.05* (30)

注: BMI, 体重指数; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; () 内为例数

3.3 两组安全性指标比较

两组于第 1 疗程时发现吸入性肺炎 8 例 (治疗组 3 例, 对照组 5 例); 第 2 疗程时 2 例 (均为对照组); 随访时 2 例 (两组各 1 例)。随访时治疗组死亡 2 例, 对照组死亡 4 例。两组患上吸入性肺炎及死亡情况比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

4 讨论

假性球麻痹是指脑部上运动神经元性延髓出现麻痹皮质脑干束受损所产生的一类症状, 常因中风后发生, 临床可见延髓操控之吞咽神经、舌下神经以及迷走神经等支配延髓核上运动的神经元出现瘫痪, 使咽喉、软腭及舌肌出现运动不灵, 导致吞咽和构音、发音困难^[8]。中风后假性球麻痹引起的吞咽困难, 中医尚无统一命名的病名, 参考相关的文献^[9], 选取完骨、风池、翳风、廉泉及咽后壁为主治腧穴, 按照中医学的整体性辨治及近部取穴原则, 腧穴均位于头项咽喉处, 按经络分布, 所选穴对中风伴发吞咽困难有祛风利咽、醒脑开窍之功。针刺翳风、风池、完骨可刺激分布在附近的吞咽、三叉、迷走及脊神经等, 有助于改善咽喉部肌

肉的缩放以及协调性, 从而恢复因中风而影响的吞咽功能^[11]; 同时对改善大脑损伤后的血流变及血液供应有效, 亦有减少脑细胞凋亡的作用, 此外脑部病损区域血液及血氧供应改善, 有效促进病损处建立新的侧支循环, 对调节及恢复运动神经元的功能也可能有效^[11-12]。现代研究表明, 廉泉为针对吞咽困难最常用的腧穴, 针刺此穴能刺激咽上缩肌、咽中缩肌、茎突咽肌及附近分布的神经, 可能有助于改善因中风而导致的咽部肌肉运动及感觉迟缓之情况, 提高咽部收缩及咽和喉上抬的肌力和幅度, 使吞咽动作能顺利进行^[12]。

针刺治疗有可能促使不同的皮层功能区域间神经网络的代偿能力, 从而调节或复苏脑组织及神经的机能, 减轻中风后脑部组织梗死及细胞凋亡所带来的后果, 并且有可能促进神经细胞的再生功能, 调节大脑皮质和皮质下通路及调整脑皮质与网状结构中吞咽中枢, 使因病理状况而被减弱的吞咽反射得到改善, 调整舌咽反射的阈值, 口、舌、咽等和吞咽有关的肌肉可重新在神经协调控制下, 改善自主、有意识的运动功能, 以达到吞咽困难康复的目的^[13-14]。

RBHOMS 可从患者进食情况及临床检查的特征进行评价, 记录不同时间及原因的吞咽功能改变情况, 以及有助于预测误吸的发生和可预测出院时的吞咽及营养状况, 所得的资料更详尽、广泛及更切合临床应用。至于食物性状和饮料黏稠度评分方面, 本研究以医院供应之餐单为依据, 结合 RBHOMS 和治疗师的检查后给予分数, 因此更能反映患者的实际吞咽状况。研究结果显示, 针刺配合吞咽康复治疗对中风后吞咽功能恢复较单纯吞咽康复治疗为优, 并且在随访时对吞咽的改善仍优于单纯吞咽康复治疗, 说明其对中风后吞咽困难有短期及长期疗效。此外对吸入性肺炎和死亡情况的影响两种治疗方法无明显差异。

参考文献

- [1] HAN TR, PAIK NJ, PARK JW. Quantifying swallowing function after stroke: a functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies [J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82(3): 677-682.
- [2] NOWICKI NC, AVERILL A. Acupuncture for dysphagia following stroke [J]. Med Acupunct, 2003, 14(3): 17-19.
- [3] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点 [J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4] 国家中医管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效

- 评定标准(试行) [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [5] CHU LW, PEI CKW, HO MH, et al. Validation of the Abbreviated Mental Test (Hong Kong) in the elderly medical patient [J]. HKMJ, 1995, 1(3): 207-211.
- [6] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 243-251.
- [7] 李胜利. 语言治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 196-207.
- [8] WARD E, CONROY A. Validity, reliability and responsiveness of the Royal Brisbane Hospital Outcome Measure for Swallowing [J]. Asia Pacific J Speech Lang Hear, 1999, 4(2): 109-129.
- [9] 郑诚东, 蒋建章, 刘梅仕. 临床神经病学 [M]. 哈尔滨: 黑龙江科学技术出版社, 2002: 159.
- [10] 陈诗玲, 倪光夏. 针刺治疗神经性吞咽困难选穴规律文献研究 [J]. 中医杂志, 2015, 56(15): 1335-1338.
- [11] 楚佳梅. 项针对假性延髓麻痹病人 TCD 的影响 [J]. 针灸临床杂志, 2005, 21(8): 4.
- [12] 汪军. 针刺配合吞咽治疗仪对脑卒中后吞咽障碍的影响 [J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(4): 225-227.
- [13] 白艳杰. 针刺结合康复训练对改善脑卒中后吞咽障碍的疗效观察 [J]. 中国实用神经疾病杂志, 2011, 14(11): 72-74.
- [14] 周志军. 翳风穴电针治疗脑卒中吞咽障碍患者 60 例体会 [J]. 中国临床康复, 2004, 8(19): 3848-3849.

Clinical Observation on 40 Cases Dysphagia Due to Pseudobulbar Palsy after Stroke Treated by Acupuncture Combined with Swallowing Rehabilitation Therapy

CHEN Shiling^{1,2}, NI Guangxia¹

(1. Second School of Clinical Medicine, Nanjing University of Chinese Medicine, Nanjing, 210023; 2. Department of Chinese Medicine, Pok Oi Hospital in Hong Kong)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture combined with swallowing rehabilitation therapy in patients with dysphagia due to pseudobulbar palsy after stroke. **Methods** Eighty patients with dysphagia due to pseudobulbar palsy after stroke were randomized into treatment group and control group, with 40 cases in each group. The control group received basic treatment plus swallowing rehabilitation, based on which the treatment group was also given acupuncture. For acupuncture, bilateral Wangu (GB12), Fengchi (GB20), Yifeng (SJ17), Lianquan (RN23) and pharyngeal posterior wall points were selected. During the first course (10 times), the acupuncture was applied once a day, and after one-week interval, the acupuncture was applied once every other day as the second course (10 times). Royal Brisbane Hospital Outcome Measure for Swallowing (RBHOMS) and food property and drink viscosity score were assessed before treatment, after the first and the second course and in the follow-up (3 months after two-course treatment). During the study period, the complications, body mass index (BMI) and deaths were also observed. **Results** For the treatment group, after the first and the second course and in the follow-up, the RBHOMS were higher than that before treatment; the food property score (after the second course and in the follow-up) and the drink viscosity score were lower significantly ($P < 0.01$). In the follow-up, the RBHOMS in the treatment group was higher than that in the control group, and the food property score and the drink viscosity score were significantly lower ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). After the second course, BMI in the treatment group was lower than that before treatment, while in the control group, the BMI after the second course and in the follow-up were both lower than that before treatment ($P < 0.05$). There was no significant difference of the incidence rate of aspiration pneumonia and mortality rate between the two groups. **Conclusion** The acupuncture combined with swallowing rehabilitation therapy seems effective for rehabilitation of dysphagia due to pseudobulbar palsy after stroke, and its long-term effect seems better than swallowing rehabilitation therapy alone.

Keywords stroke; pseudobulbar palsy; dysphagia; acupuncture

(收稿日期: 2016-09-13; 修回日期: 2016-10-12)

编辑: 叶晨