

针刺配合脉冲电疗法治疗中风后 吞咽障碍 70 例临床观察

王 雷* 崔 燕

徐州市中医医院脑病科, 江苏省徐州市中山南路 169 号, 221009

* 通讯作者: yvtian118@sina.com, 13852431395

[摘 要] 目的 观察传统针刺联合脉冲电疗法对中风后吞咽障碍患者的治疗效果。方法 将 140 例中风后吞咽障碍患者随机分为治疗组和对照组各 70 例。对照组采用常规西药治疗, 治疗组在此基础上采用针刺咽喉局部经外奇穴同时配合经皮低频脉冲电治疗。每天 1 次, 5 次为 1 个疗程。4 个疗程后观察疗效, 并根据饮水测试法评价两组患者治疗前后的吞咽功能。结果 治疗组总有效率为 90.0%, 对照组为 62.9%, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。两组患者治疗后吞咽功能评分均较治疗前下降, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$); 治疗后治疗组较对照组下降更明显 ($P < 0.01$)。结论 针刺配合脉冲电疗法能够明显提高中风后吞咽障碍患者的临床疗效。

[关键词] 针刺; 脉冲电疗法; 中风; 吞咽障碍

Clinical Observation on Post-stroke Dysphagia Treated by Acupuncture in Combination with Low Frequency Pulsation Electrotherapy

WANG Lei, CUI Yan

(Xuzhou Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Jiangsu Province 221009)

ABSTRACT **Objective** To study the effect of traditional acupuncture in combination with pulsation electrotherapy on the patients with dysphagia after stroke. **Methods** Totally 140 patients of post-stroke dysphagia were randomized into treatment group and control group with 70 in each. The control group received routine western medicine treatment, based on which, the treatment group received acupuncture at the extraordinary points of throat in combination with percutaneous low frequency pulsation electrotherapy. The treatment was given once a day, 5 times as one course. The effect was observed after 4 courses of treatment and the swallowing function of the patients after treatment was evaluated with water drinking method. **Results** The total effective rate of the treatment group was 90.0% and that of the control group was 62.9%, and the difference between was statistically significant ($P < 0.01$). The score of swallowing function of both groups was all decreased than before treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$ or $P < 0.01$), while the score decrease of the treatment group after treatment was more statistically significant ($P < 0.01$). **Conclusion** Acupuncture in combination with low frequency pulsation electrotherapy can improve significantly the therapeutic effect of the post-stroke dysphagia.

Key Words acupuncture; pulsation electrotherapy; stroke; dysphagia

吞咽障碍是中风后的常见并发症, 主要由脑干与吞咽有关的颅神经核受损引起的延髓麻痹或双侧皮质延髓束损害产生的假性球麻痹引起^[1]。中风后吞咽障碍较之中风后肢体功能障碍恢复更加困难, 并因吞咽障碍导致严重的营养不良、反复发作的吸入性肺炎、甚至窒息, 直接影响中风病的预后。针刺治疗吞咽障碍历史悠久, 为观察其临床疗效, 徐州市中医医院脑病科在临床实践中采用针刺配合脉冲电疗法治疗患者 70 例, 现总结如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据中华医学会第四次全国脑血管学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[2], 经 CT 或 MRI

检查确诊为中风病, 且伴有吞咽障碍、饮水呛咳、下颌反射亢进、咽反射存在。

1.2 排除标准

不适合针刺治疗的中风危重病例; 昏迷、严重痴呆等无法配合指令训练者; 咽部有化脓性感染、精神病患者。

1.3 一般资料

140 例研究病例均为 2007 年 4 月至 2010 年 10 月徐州市中医医院住院患者。全部患者按随机数字表法分为两组, 治疗组 70 例, 男 49 例, 女 21 例; 年龄 42~82 岁, 平均 66.12 岁; 病程平均 65.4 天; 脑梗死 62 例, 脑出血 8 例; 主要病灶在基底节区 39 例, 内囊区 21 例, 脑叶 7 例, 中脑 3 例; 首次发病 12

例, 中风 2 次及以上 58 例; 鼻饲插管者 51 例。对照组 70 例, 男 52 例, 女 18 例; 年龄 43~83 岁, 平均 64.87 岁; 病程平均 71.1 天; 脑梗死 65 例, 脑出血 5 例; 主要病灶在基底节区 34 例, 内囊区 17 例, 脑叶 14 例, 中脑 5 例; 首次发病 14 例, 中风 2 次及以上 56 例; 鼻饲插管者 45 例。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

对照组: 采用常规药物治疗, 主要药物如银杏达莫注射液 (贵州益佰药业股份有限公司生产, 批号 20100212) 30ml 静脉滴注, 每日 1 次; 血栓通注射液 (昆明制药集团股份有限公司, 批号 20100116) 400mg 静脉滴注, 每日 1 次; 奥扎格雷钠 (海南碧凯药业股份有限公司生产, 批号 100424022) 80mg 静脉滴注, 每日 1 次。

治疗组: 在对照组治疗基础上同时配合针刺、低频脉冲电治疗。针具: 苏州医疗用品厂生产的华佗牌不锈钢针灸针, 规格: 0.35mm×20mm, 0.35mm×40mm。针刺选穴: 廉泉、廉泉左、廉泉右 (廉泉左右旁开 1 寸), 喉四针 (喉结上下左右旁开 0.5 寸), 风池 (双), 水突 (双), 新设 (双)。操作方法: 风池: 针尖朝向鼻尖直刺 2 寸, 施行快速捻转震颤手法, 得气后再将针轻提至皮下, 分别朝向对侧眼内眦方向和下颌方向行合谷刺法, 以产生酸胀走行感为佳。廉泉: 在舌骨上缘凹陷处直刺进针 2 寸, 行提插捻转手法, 得气后将针提至皮下, 分别朝向金津、玉液做合谷针刺。喉四针: 上组在甲状软骨上缘外侧, 胸锁乳突肌前缘取穴。押手将颈动脉向外推开, 紧贴甲状软骨进针, 针尖略向外倾斜, 直刺 0.6 寸, 并向上、向下探刺。下组在甲状软骨下缘外侧, 胸锁乳突肌前缘取穴。避开动脉紧贴甲状软骨进针, 直刺 0.4 寸, 得气后再稍向上、向下探刺。新设: 在风池穴直下项后发际下 1.5 寸, 约当第 4 颈椎横突端取穴。直刺 2 寸, 得气后再分别向下颌方向、喉结方向做合谷刺。左右廉泉: 在舌骨上缘凹陷处旁开 1 寸, 直刺 1 寸, 再向下颌方向、喉结方向做合谷刺。针刺上组穴位, 留针 40min, 留针时给予低频脉冲电治疗。将治疗仪 (KD-2A 型经皮神经电刺激仪, 北京耀洋康达医疗仪器有限公司生产) 的两组负极连接左右廉泉, 正极连接喉四针甲状软骨上缘两穴。另两组负极接喉四针甲状软骨下缘两穴, 正极接两侧新设穴。频率 2Hz, 电流强度 6.4~10mA, 每次刺激时间 2~

3s, 间歇时间 5~6s, 以见到患者咽部肌肉收缩为佳。每天 1 次, 5 次为 1 个疗程, 疗程间休息 2 天, 共进行 4 个疗程。

2.2 观察指标及方法

治疗前后分别采用日本洼田俊夫的饮水测试法^[3]评定两组患者吞咽功能。患者取坐位, 用药杯取 30ml 温开水, 嘱其喝下, 根据患者饮水时间、饮水状况、有无呛咳等进行评分。1 分: 5s 内喝完, 无呛咳、停顿; 2 分: 1 次喝完, 但超过 5s, 或分 2 次喝完, 无呛咳、停顿; 3 分: 能 1 次喝完, 有呛咳; 4 分: 分 2 次以上喝完, 有呛咳; 5 分: 呛咳多次发生, 全部喝完有困难。

2.3 疗效判定标准

参考文献^[3]制定。治愈: 吞咽障碍消失, 饮水试验 1 分; 显效: 吞咽障碍明显改善, 饮水试验 2 分; 有效: 吞咽障碍改善, 饮水试验由 4、5 分减为 3 分; 无效: 吞咽障碍无改善, 饮水试验无变化。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 10.0 统计软件进行分析, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 比较采用配对 t 检验; 计数资料采用卡方检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 治疗组总有效率 90.0%, 对照组为 62.9%, 治疗组优于对照组 ($P<0.01$)。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	70	15 (21.4)	34 (48.6)	14 (20.0)	7 (10.0)	63 (90.0)
对照组	70	4 (5.7)	16 (22.9)	24 (34.3)	26 (37.1)	44 (62.9)

3.2 两组患者治疗前后吞咽功能比较

治疗组患者治疗前后吞咽功能评分分别为 (4.05 ± 0.31) 分、(2.20 ± 0.35) 分, 差异有统计学意义 ($P<0.01$); 对照组患者治疗前后分别为 (4.01 ± 0.48) 分、(3.25 ± 0.53) 分, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。两组治疗后比较差异有统计学意义 ($P<0.01$)。

4 讨论

多病灶的中风患者常因皮质—延髓通路受损发生假性球麻痹。严重者因吞咽障碍产生营养不良, 免疫力低下, 反复的肺部感染, 甚至窒息。以往单纯的药物加营养治疗疗效较差, 长时间可引起会厌肌的废用性萎缩, 导致吞咽功能的完全丧失。针刺治

疗吞咽障碍有悠久的历史和良好的效果。《类经图翼》有记载“风池,治中风不语,汤水不能入口”。《铜人腧穴针灸图经》也有“廉泉治口禁,舌根急缩,下食难”的记载。中医认为本病病机是由于痰瘀壅遏,经络痹阻不通所致。

本研究结果显示,治疗组疗效明显优于对照组,主要在于综合了3种特色疗法。①针刺采用了合谷刺法。“合谷刺者,左右鸡足,针于分肉之间,以取肌痹,应脾气”,“重者鸡足取之”(《灵枢·卫气失常》)。合谷刺适用于痹之重者,中风后的吞咽障碍也属于喉痹之范畴,咽喉肌肉麻痹也应归属肌痹,故适用于合谷针刺法。②取穴以经外奇穴为主。循行至咽喉的主要经脉有任脉、足阳明脉和足少阴脉(最终也落于任脉)。足阳明脉循喉咙,络脉上络头顶和诸经之气,下络喉咽;经别循咽。《灵枢》记载足阳明经脉主治病中即有喉痹^[4]。取足阳明脉的水突穴一是局部取穴,并应脾胃之气;二是在解剖上水突穴下布有舌下神经和迷走神经的喉上神经支和喉下神经支,支配环甲肌、咽下缩肌及所有的喉肌。任脉的廉泉经气直通咽喉,下有舌下神经分布,是吞咽反射的传入神经纤维。左右廉泉及喉四针穴下为三叉神经及面神经,支配二腹肌及下颌舌骨肌等舌骨上肌群。吞咽反射的反射中枢在延髓,传出神经纤维为迷走神经。通过对上述穴位的刺激,可使舌骨上肌群收缩,上提舌骨,使舌升高,推挤食团入咽,咽缩肌有顺序的从上向下收缩,迫使食物由咽部到食道^[5],以重建反射弧,促进吞咽功能的恢复。风池为治疗中风之

要穴,新设在风池直下,也在足太阳循行线路上。足太阳经脉入络脑,足太阳经筋结于舌本。有研究表明,针刺风池可降低外周阻力,降低颈部软组织的紧张状态,改善椎—基底动脉的血流供应,从而改善脑组织的缺血、缺氧,促进皮质—脊髓束神经功能的恢复^[6]。③采用了现代物理疗法。低频脉冲电治疗通过颈部电极,输出低频电流,对喉返神经、舌下神经、舌咽神经等与吞咽、言语功能相关的神经进行被动刺激,缓解神经元麻痹,促进麻痹受损的神经功能恢复,强化吞咽肌群和构音肌群的运动功能,甚至能直接产生空吞咽动作。以上疗法相互配合,可疏通局部闭阻之经气,改善咽喉部血流,实现吞咽反射弧的恢复和重建,达到提高临床疗效及患者生存质量的目的。

参考文献

- [1]大西幸子,孙后良.摄食—吞咽障碍康复实用技术[M].北京:中国医药科技出版社,2004:3-6.
- [2]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[J].中华神经科杂志,1996,29(6):397.
- [3]大西幸子,孙后良.脑卒中患者摄食—吞咽障碍的评价与训练[J].中国康复医学,1997,12(3):141-143.
- [4]李鼎.经络学[M].上海:上海科学技术出版社,1985:30.
- [5]郑健仲,田时雨.神经病诊断学[M].上海:上海科学技术出版社,1987:200.
- [6]石学敏,杨兆钢,周继增,等.针刺治疗假性延髓麻痹325例临床和机理研究[J].中国针灸,1999,19(5):291-293.

(收稿日期:2011-03-28;修回日期:2011-06-16)

[编辑:崔京艳]

(上接第2105页)

- [7]张万岱,陈治水,危北海,等.慢性胃炎的中西医结合治疗方案(草案)[J].中国中西医结合消化杂志,2004,12(5):314-317.
- [8]Choudhary CK, Bhanot UK, Agarwal A, et al. Correlation of H. pylori density with grading of chronic gastritis[J]. Indian J Pathol Microbiol, 2001,44(3):325-328.
- [9]Miehke S, Kibler K, Kim JG, et al. Allelic variation in the cagA gene of Helicobacter pylori obtained from Korea compared to the United States[J]. Am J Gastroenterol, 1996,91(7):1322-1325.
- [10]Yamaoka Y, Kodama T, Gutierrez O, et al. Relationship between Helicobacter pylori iceA, cagA, and vacA status and clinical outcome: studies in four different countries[J]. J Clin Microbiol, 1999,37(7):2274-2279.

- [11]姜成,林瑜,刘芬,等. HLA-DR 抗原在不同中医证候幽门螺杆菌感染胃痛患者胃上皮中的表达[J]. 中华中医药杂志,2009,24(11):1506-1508.
- [12]姜成,王晓宁,刘芬,等. 幽门螺杆菌 cagA 基因和胃上皮核因子- κ B 表达与慢性胃痛证型的关系[J]. 陕西中医, 2009,30(9):1247-1249.
- [13]冯玉彦,杨倩,刘建平,等. 慢性萎缩性胃炎中医证型与幽门螺杆菌感染相关性研究[J]. 辽宁中医杂志,2005,32(8):754-755.
- [14]邹兰亭,李春婷,李国春,等. CagA⁺ 幽门螺杆菌感染的慢性萎缩性胃炎与中医证型的关系研究[J]. 辽宁中医药大学学报,2008,10(11):9-11.

(收稿日期:2011-03-02;修回日期:2011-05-03)

[编辑:邓 媛]