

针刺配合康复治疗中风后吞咽障碍 57 例临床研究

尹 丽 丽

(天津中医药大学第一附属医院, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300193)

通讯方式: kintelili@163.com, 13323396580

[摘要] 目的 观察针刺配合康复治疗中风后吞咽障碍的临床疗效。方法 将 113 例患者随机分为针康组 57 例和康复组 56 例。两组患者均给予常规脑血管病治疗方案, 康复组单纯采用康复治疗, 针康组采用醒脑开窍针刺加康复治疗, 针刺与康复均每日 1 次, 两组均 10 天为 1 个疗程, 连续治疗 3 个疗程。两组患者于治疗前后进行标准吞咽功能评分(SSA)、吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)评分并观察肺感染率, 采用洼田饮水试验进行疗效评价。结果 针康组总有效率为 85.96%, 康复组为 69.64%, 针康组总有效率明显优于康复组($P < 0.05$)。两组患者治疗后 SSA 和 SWAL-QOL 评分均较治疗前明显改善($P < 0.01$); 针康组治疗后 SSA 和 SWAL-QOL 评分改善均明显优于康复组($P < 0.01$)。两组患者肺感染率比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$)。结论 针刺配合康复治疗在改善中风后吞咽障碍患者吞咽功能、提高生活质量方面具有确切疗效。

[关键词] 中风; 吞咽障碍; 醒脑开窍; 针刺; 康复

A Clinical Study on Acupuncture Combined with Rehabilitation Therapy for 57 Cases of Swallowing Disorders after Stroke

YIN Lili

(The First Affiliated Hospital of Tianjin University of TCM, Tianjin 300193)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of acupuncture for swallowing disorders after stroke. **Methods** Totally 113 patients were randomized into the combo therapy group (acupuncture + rehabilitation therapy) and rehabilitation group (rehabilitation therapy), with 57 and 56 in each. Both groups were given the conventional therapy for cerebrovascular disease. The rehabilitation group was given rehabilitation therapy and the combo therapy group was given consciousness-restoring and orifice-opening (CROO) acupuncture combined with rehabilitation therapy. The acupuncture and rehabilitation therapy was given to the patients once daily for 3 consecutive treatment courses. One treatment course lasted for 10 days. The standardized swallowing assessment (SSA), quality of life in swallowing disorders (SWAL-QOL) and lung infection rate was observed. The therapeutic effect was evaluated by bedside water swallow test. **Results** The total effective rate of the combo therapy group and rehabilitation group was 85.96% and 69.64% respectively, with a significant difference between groups ($P < 0.05$). The scores of SSA and SWAL-QOL were significantly improved in both groups after treatment ($P < 0.01$), especially in the combo therapy group ($P < 0.01$). There was no significant difference between groups in the lung infection rate ($P > 0.05$). **Conclusion** The CROO acupuncture is effective in improving the swallowing function and QOL for swallowing disorders after stroke.

Keywords stroke; swallowing disorders; consciousness-restoring and orifice-opening; acupuncture; rehabilitation

吞咽障碍是中风的常见并发症, 在中风急性期, 45% 的患者可伴发吞咽障碍, 其中约一半于发病 6 个月后仍然不能恢复正常的吞咽功能^[1]。吞咽障碍是中风治疗的重要环节, 尽早重建吞咽功能, 对预防吸入性肺炎、避免因饮食摄取不足导致的液体缺失和营养不良、提高生存质量、降低死亡率有重要的意义。既往研究证实针刺治疗吞咽障碍疗效确切^[2], 然而仅从吞咽功能的改善方面进行评价尚显不足^[3], 本研究采用随机对照临床研究, 不仅探讨了针刺配合康复治疗中风后吞咽障碍的临床疗效, 而且引入吞咽障碍特异性生活质量量表和肺感染发生率进行评价, 以期能够全面反映针刺配合康复治疗本

病的优势所在。

1 临床资料

1.1 一般资料

113 例研究对象来自 2011 年 1 月至 2012 年 12 月天津中医药大学第一附属医院针灸科病房和门诊的脑卒中患者, 按随机数字法表分为针康组 57 例和康复组 56 例。针康组男 32 例, 女 25 例; 年龄 55~70 岁, 平均 (62.5 ± 6.5) 岁; 病程 8~12 d, 平均 (11.5 ± 2.2) d; 脑梗死 44 例, 脑出血 13 例。康复组男 30 例, 女 26 例; 年龄 52~69 岁, 平均 (60.8 ± 7.4) 岁; 病程 8~10 d, 平均 (10.3 ± 1.3) d; 脑梗死 41 例, 脑出血 15 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。

1.2 诊断标准

中风西医诊断标准:参照中华医学会全国第四届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]制定,并经 CT 或 MRI 检查证实为脑梗死或脑出血。

中风中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]拟定。

中风后吞咽障碍诊断标准:脑血管病后出现饮水呛咳、进食困难等,咽反射存在。经洼田饮水试验^[6]筛查。患者端坐,饮用 30 ml 温开水,观察所需时间和呛咳情况。1 级(优):能顺利地 1 次将水饮下;2 级(良):分 2 次以上,能不呛咳地咽下;3 级(中):能 1 次咽下,但有呛咳;4 级(可):分 2 次以上咽下,但有呛咳;5 级(差):频繁呛咳,不能全部咽下。正常:1 级,5 s 之内;可疑:1 级,5 s 以上或 2 级;异常:3~5 级。

1.3 纳入标准

①符合以上诊断标准;②年龄 40~80 岁;③病程<180 d;④可以完成吞咽功能评分并能配合治疗者;⑤神志清楚,生命体征平稳;⑥患者或家属签署知情同意书。

1.4 排除标准

①短暂性脑缺血发作,蛛网膜下腔出血,腔隙性脑梗死,无症状性脑梗死;②经检查证实神经功能缺损由其他原发性神经系统疾患如脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病以及心脏病、代谢障碍等其他系统疾病引起者;③合并有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发病及精神病者。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:两组患者均给予常规脑血管病治疗方案^[1]。

康复组单纯采用康复治疗。康复治疗采用目前常用的吞咽困难康复治疗方法,包括咳嗽与清嗓训练、呼吸训练、头部及体位的调整 and 保持、屏气训练、吞咽的功能训练和食物的吞咽训练^[7],每次 40 min。

针康组采用醒脑开窍针刺法和康复治疗。针刺法如下:取穴:内关(双侧)、水沟、三阴交(患侧)、极泉(患侧)、委中(患侧)、尺泽(患侧)、风池(双侧)、完骨(双侧)、翳风(双侧)、廉泉、旁廉泉(廉泉穴左右旁开各 0.8 寸)、金津、玉液。采用苏州医疗用品厂生

产的华佗牌一次性无菌针灸针,规格 0.30 mm×40 mm,0.30 mm×70 mm。操作手法如下:内关:直刺 0.5~1 寸,采用提插捻转泻法,施手法 1 min;水沟:向鼻中隔方向斜刺 0.3~0.5 寸,采用雀啄泻法,以流泪或眼球湿润为度,每二三天 1 次;三阴交:沿胫骨后缘与皮肤呈 45°角斜刺,进针 1~1.5 寸,行提插补法,使患者下肢抽动 3 次为度;极泉:下移 2 寸,直刺 1~1.5 寸,用提插法,使患者上肢抽动 3 次为度;尺泽:屈肘 120°取穴,直刺 1 寸,用提插法,使患者前臂手指抽动 3 次为度;委中:提插泻法,使下肢抽动 3 次为度;风池、完骨、翳风:针向喉结,震颤徐入 2.5~3.0 寸,施小幅度高频率捻转补法 1 min,以咽喉麻胀为宜。廉泉及旁廉泉:针向舌根方向 2.5~3.0 寸,提插泻法 1 min。金津、玉液:用三棱针点刺出血 1~2 ml。咽后壁点刺:患者张口,用压舌板按压舌根,暴露咽后壁,取 3.0 寸毫针对准咽后壁散刺,点 3~5 次。康复治疗同康复组,针刺与康复均每日 1 次。两组均 10 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.2 观察指标及方法

标准吞咽功能评分(SSA)^[3],由 3 部分组成:①临床检查,包括意识、头与躯干的控制、呼吸、唇的闭合、软腭运动、咽反射和自主咳嗽;②患者吞咽 5 ml 水 3 次,观察有无喉运动、重复吞咽、吞咽时喘鸣及吞咽后喉功能等情况;③如上述无异常,患者吞咽 60 ml 水,观察吞咽需要的时间、有无咳嗽等。该量表最低分为 17 分,最高分为 46 分,分数越高说明吞咽功能越差。

吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)^[8],该量表由 44 个条目组成,每个条目分 5 个等级进行评分,由差到好依次分值为 1~5 分。患者自我评估积分越高,则吞咽状况越好,生活质量越好。

以上 3 个量表分别在入组时和治疗结束后进行评定。

肺感染率^[9]:记录治疗期间发生肺感染的患者例数,计算肺感染率(肺感染率=肺感染例数/该组总例数)。

2.3 疗效评定标准

采用洼田饮水试验进行疗效评价^[6]。无效:治疗前后无等级变化;有效:吞咽障碍明显改善,吞咽能力评定吞咽分级提高 1 级;显效:吞咽能力评定吞咽障碍缓解 2 级,或接近正常。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据处理。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料比较采用 χ^2 检验,等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示,针康组总有效率明显高于康复组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
针康组	57	22(38.60)	27(47.37)	8(14.04)	49(85.96)
康复组	56	12(21.43)	27(48.21)	17(30.36)	39(69.64)

3.2 两组患者治疗前后 SSA、SWAL-QOL 评分比较

表 2 示,两组患者治疗前 SSA、SWAL-QOL 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);两组患者治疗后 SSA、SWAL-QOL 评分均较治疗前明显改善($P < 0.01$);针康组治疗后 SSA 和 SWAL-QOL 评分改善均明显优于康复组($P < 0.01$)。

表 2 两组患者治疗前后 SSA、SWAL-QOL 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	SSA	SWAL-QOL
针康组	治疗前	57	31.28±3.8	104.23±21.54
	治疗后	57	23.65±2.3 ^{*△}	172.67±19.45 ^{*△}
康复组	治疗前	56	30.87±2.2	106.01±25.44
	治疗后	56	26.59±3.1 [*]	163.45±17.17 [*]

注:与本组治疗前比较, $*P < 0.01$;与康复组治疗后比较,

$\triangle P < 0.01$

3.3 两组患者肺感染率比较

针康组 57 例,肺感染 15 例,占 26.32%;康复组 56 例,肺感染 17 例,占 30.36%,两组患者肺感染率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。

4 讨论

中风后吞咽障碍是指因神经系统损伤,吞咽肌群失去上位神经元支配而功能失调表现出的吞咽障碍。

本研究结果提示,针刺配合康复疗法可以明显改善患者吞咽功能,提高生活质量,其疗效明显优于单纯康复疗法($P < 0.05$)。但两组患者肺感染率比较差异无统计学意义($P > 0.05$),究其原因可能为:

① 吞咽障碍虽然是肺感染的主要原因,但不是唯一原因,其他如意识障碍、卧床、呕吐等均是肺感染的

危险因素,本研究未控制其他因素的影响,可能导致假阴性结果;② 早期误吸已经导致肺感染发生,吞咽功能的改善不能减少已经发生的肺感染患者例数。

在本研究中,特意纳入了生活质量量表的评分。现代医学强调“生物—心理—社会”医学新模式,除了疾病本身的治疗外,更加注重疾病对患者心理状态的影响和患病后患者对社会的适应能力。因此,在对中风患者的神经功能缺损进行评价的同时,还应从整体机能、社会功能等生活质量方面进行评价。吞咽功能障碍影响了患者的日常生活活动能力和生存质量以及整体机能的恢复,而随着吞咽功能的改善均得到了不同程度的提高。因此,在治疗策略的选择上应该从患者的各个方面进行综合考虑,采用综合的治疗手段,使患者的功能障碍得到有效地恢复。

参考文献

- [1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:30-42.
- [2] 卞金玲,张春红,李金波,等. 醒脑开窍法治疗中风后中重度吞咽障碍疗效观察[J]. 中国针灸,2005,25(5):307-308.
- [3] 韩瑞. 脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 安徽医学,2009,30(12):1381-1386.
- [4] 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]. 中国实用内科杂志,1997,17(5):312-315.
- [5] 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(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [6] 大西幸子,孙启良. 脑卒中患者摄食—吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志,1997,12(3):141-143.
- [7] 尚克中,程英升. 吞咽障碍诊疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:300-305.
- [8] 夏文广,郑婵娟,朱遂强,等. 脑卒中后吞咽障碍综合康复治疗的评价[J]. 华中科技大学学报(医学版),2010,39(5):614-619.
- [9] 中华人民共和国卫生部. 医院感染诊断标准(试行)[J]. 中华医学杂志,2001,81(5):314-320.

(收稿日期:2012-12-17;修回日期:2013-02-23)

[编辑:王利芬]

欢迎邮购《中医杂志》光盘合订本

1951—1986 年(4 张光盘)480 元;1987—1994 年(1 张光盘)260 元;1995—2004 年(1 张光盘)280 元。光盘合订本为计算机用数据光盘,收入了同期出版的全部《中医杂志》的内容,可对所有文章进行任意字检索,方便实用。

汇款地址:北京东直门内南小街 16 号中医杂志北京医海林音像书店,邮政编码:100700,电话:(010)64035632。网址: <http://www.jtcm.net.cn>。