

针灸分期治疗联合康复疗法对脑卒中后吞咽障碍患者康复效果的影响

孙钢, 吴秋霞, 李敏

(北京怀柔医院, 北京 101400)

【摘要】目的:探讨针灸分期治疗联合康复疗法对脑卒中后吞咽障碍患者康复效果的影响。**方法:**选取2019年1月至2021年12月医院收治的60例脑卒中后吞咽障碍患者为研究对象,根据康复治疗方方案差异分为观察组和对照组,各30例。对照组行常规康复治疗,观察组在对照组基础上联合针灸分期治疗,比较两组治疗前后的吞咽功能、误咽程度、生活质量及康复效果。**结果:**治疗前,两组吞咽功能评分、PAS评分、SWAL-QOL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周后,两组吞咽功能评分和PAS评分较治疗前降低,且观察组吞咽功能评分和PAS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗2周后,两组SWAL-QOL评分较治疗前增高,且观察组SWAL-QOL评分高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。观察组康复治疗总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:**针灸分期治疗联合康复疗法对脑卒中后吞咽障碍患者的效果显著,可减轻吞咽障碍,降低误咽风险,并提高其生活质量。

【关键词】 吞咽障碍; 脑卒中; 康复治疗; 针灸分期

中图分类号: R246.6

文献标识码: B

文章编号: 1671-2242(2023)09-0058-03

脑卒中是我国第一大致死性疾病,发病率、致残率、死亡率较高,可严重影响患者的身心健康与生活质量^[1]。在脑卒中诊治期间,并发症是患者出现不良结局的危险因素,常见类型主要有吞咽障碍、运动障碍、语言障碍等。其中,吞咽障碍可影响康复期营养物质的摄入,增加吸入性肺炎、营养不良风险,呛咳、自主咳嗽异常等症状伴随的不适感,将增加康复期管理难度。目前认为,脑卒中患者出现吞咽障碍主要与吞咽皮质重视、皮质下行纤维损伤等有关^[2]。考虑吞咽障碍对脑卒中患者临床结局的负面影响,临床常用康复训练、药物辅助治疗等方法,但实践发现,此类方法单独应用存在局限性,如康复训练的实际效果存在较大差异,药物治疗可能面临副作用风险。针灸是中医特色疗法之一,以捻转、提插等针刺手法作用于特定穴位,可起到扶正祛邪、平衡阴阳、疏通经络等作用。考虑吞咽障碍不同分期的差异性,该研究以中医经络辨证为基础,拟定脑卒中后吞咽障碍的针灸分期治疗方案,并与康复疗法进行结合,探讨联合治疗对患者康复效果的影响。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料:选取2019年1月至2021年12月我院收治的60例脑卒中后吞咽障碍患者为研究对象,

根据康复治疗方方案差异分为观察组与对照组,各30例。对照组男19例,女11例;年龄45~73岁,平均(64.87±6.15)岁;病程3~9个月,平均(4.95±1.43)个月。观察组男18例,女12例;年龄46~75岁,平均(64.19±6.84)岁;病程3~8个月,平均(4.36±1.75)个月。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。(1)纳入标准:符合脑卒中的临床诊断标准^[3];经洼田饮水试验,确认为吞咽障碍;临床资料完备;意识清楚,认知功能正常,积极配合完成相关训练任务;患者和患者家属详知该次研究的基本内容。(2)排除标准:脑卒中发病次数>1次;其他疾病导致的吞咽障碍;短暂性脑缺血发作;合并其他严重疾病,或出现严重并发症;有认知或沟通障碍,如合并精神疾病;依从性差,不能配合康复治疗者。1.2 方法:入院后,两组患者均接受脑卒中常规治疗,包括超早期溶栓、抗凝、抗血小板聚集、降纤等,同时辅以常规康复训练,以降低肢体运动障碍、语言障碍风险。对照组在此基础上采用康复疗法,具体方法如下。(1)直接训练,10~15 min/次,1次/d。根据洼田饮水试验结果评估进食风险,妥善管理进食体位、进食速度与一口量,必要时指导患者学习体位调整方法与吞咽技巧。初期进食体位以半坐卧位

为主,嘱患者将头颈部适当前倾,使对应区域的肌肉维持松弛状态。选择食物时,遵循易于咀嚼、不易黏附、柔软等基本原则,结合患者的饮食习惯、吞咽测试结果,合理安排每餐饮食,初期一口量为1~4 ml,后根据患者的进食情况逐渐增量。吞咽技巧训练的主要内容为空吞咽、点头样吞咽、交叉吞咽等。(2)间接训练,25~40 min/次,1次/d。口腔操训练,嘱患者尽量张口,达极限状态后逐渐放松,下颌向两侧做规律运动;唇运动训练,动作包括闭唇、振唇、嘴角上抬;舌运动,嘱患者伸出舌头,向各个方向做主动运动,若伸舌困难,由专科护士用纱布包裹舌头,进行被动活动;咽部冷刺激,使用冷冻处理的棉棒,轻触软腭、咽后壁,适度刺激后嘱患者做空吞咽动作,期间严格控制棉棒轻触时间,避免损伤咽部。治疗7 d为1个疗程,共连续治疗2个疗程。观察组在对照组基础上联合针灸分期治疗,根据中医经络辨证方法取穴,具体如下。(1)认知期,取通里、内关、百会为穴,辅以风池、太冲。(2)口腔准备期/口腔期,取地仓、人中、承浆为穴,辅以玉液、金津、上廉泉。(3)咽期,取风池、翳风、廉泉为穴,辅以天突、玉液等,同时远端辨证配穴,肝肾亏虚型加肾俞、肝俞,风痰阻络型加中脘、丰隆。(4)食管期,取中脘、双侧曲池、合谷为主,辅以三阴交、通里。采用一次性无菌针灸针对上述穴位进行针刺治疗,针具规格:0.3 mm × 40 mm ~ 0.3 mm × 100 mm。曲池穴直刺1~2.5寸,内关穴、通里穴、肾俞穴、中脘穴直刺0.5~1寸,太冲穴直刺0.5~0.8寸,人中穴向上斜刺0.3~0.5寸,行平补平泻法,得气后留针30 min;百会穴平刺0.5~1寸,行捻转泻法,得气后留针30 min;地仓穴向颊车方向平刺1~1.5寸,行小幅度的捻转,有针感即止,留针30 min;廉泉穴向舌根方向斜刺1~1.5寸,中强度刺激,行弧度刮针法,得气后留针20 min;风池穴、翳风穴向喉结方向斜刺1~2.5寸,天突穴向胸骨后斜刺1~1.5寸,小幅度高频率捻转补法,施手法1 min;三阴交穴45°斜刺1~1.5寸,行提插补法,上廉泉穴向舌根斜刺1.5~2寸,行提插泻法;肝俞穴向外(肩胛骨方向)斜刺1.0~1.5寸,得气后行提插捻转手法;合谷穴向后溪穴斜刺1~1.5寸,先行平补平泻法,有麻胀感后单向顺时针捻转1周,留针30 min。治疗7 d为1个疗程,共连续治疗2个疗程。

1.3 观察指标:(1)吞咽功能,分别于治疗前、治疗2个疗程后,采用洼田饮水试验^[4]结果进行评估。测试时嘱患者端坐,饮下30 ml温开水,观察饮水时间

与呛咳情况。评估标准:I级,可1次咽下;II级,需分2次咽下,期间无呛咳;III级,可1次咽下,但有呛咳;IV级,需分2次以上咽下,伴有呛咳;V级,频繁呛咳,不能完全咽下。将评估等级转化为评分,I~V级分别对应1~5分。(2)误咽程度,分别于治疗前、治疗2个疗程后,采用Rosenbek渗透-误咽程度量表(PAS)^[5]进行评估。PAS量表分8级,分别对应1~8分,得分越高,则误咽程度越严重。(3)生活质量,分别于治疗前、治疗2个疗程后,采用吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)进行评估,量表共进食时间、症状频率等11个维度,共44个条目,经换算后,总分100分,得分越高,则生活质量越好。(4)康复效果,根据治疗前后吞咽功能评分变化、症状改善情况进行评估,具体判断标准如下:显效,洼田饮水试验较治疗前降低>2级,相关症状明显改善,进食期间未见吸入性肺炎等并发症;有效,洼田饮水试验较治疗前降低1~2级,相关症状有所改善,进食期间偶尔轻度并发症,但不影响后续治疗;无效,洼田饮水试验较治疗前无降低,或相关症状无改善,或并发吸入性肺炎。总有效率=(显效例数+有效例数)/组例数×100%。

1.4 统计学方法:采用SPSS 25.0统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以率表示,组间比较采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组吞咽功能比较:治疗前,两组吞咽功能评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周后,两组吞咽功能评分较治疗前降低,且观察组吞咽功能评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1 两组治疗前后洼田饮水试验评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
观察组	30	4.35 ± 0.42	1.34 ± 0.29	32.302	0.000
对照组	30	4.51 ± 0.37	1.95 ± 0.33	28.282	0.000
t		1.566	7.605		
P		0.123	0.000		

2.2 两组误咽程度比较:治疗前,两组PAS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周后,两组PAS评分较治疗前降低,且观察组PAS评分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

2.3 两组生活质量比较:治疗前,两组SWAL-QOL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗2周后,两组SWAL-QOL评分较治疗前增高,且观察组SWAL-QOL评分高于对照组,差异有统计学意义

义 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 2 两组治疗前后误咽程度评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	30	4.83 ± 0.92	2.04 ± 0.59	13.982	0.000
对照组	30	4.87 ± 0.85	2.54 ± 0.66	11.859	0.000
<i>t</i>		0.175	3.094		
<i>P</i>		0.862	0.003		

表 3 两组治疗前后生活质量评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	30	53.72 ± 9.85	78.14 ± 14.58	7.602	0.000
对照组	30	54.16 ± 10.03	70.33 ± 11.92	5.685	0.000
<i>t</i>		0.171	2.271		
<i>P</i>		0.865	0.027		

2.4 两组康复效果比较: 观察组治疗总有效率高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 见表 4。

表 4 两组康复效果比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
观察组	30	14(46.67)	15(50.00)	1(3.33)	29(96.67)
对照组	30	9(30.00)	13(43.33)	8(26.67)	22(73.33)
χ^2					4.706
<i>P</i>					0.030

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中常见并发症, 主要表现为进食呛咳、声音嘶哑、吞咽困难等, 可严重影响进食时间与进食量。脑卒中后吞咽障碍的发生机制较为复杂, 如吞咽皮质中枢单侧或双侧损伤, 可导致吞咽过程延迟或不能正常启动, 继而出现吞咽障碍; 皮质脊髓束中白质疏导损伤后, 吞咽中枢与皮质下纤维的接触被迫中断。西医针对吞咽障碍治疗以康复训练为主, 如基础训练、摄食训练, 期间通过进食环境的管理、危险因素的控制, 预防吞咽困难相关风险。考虑个体吞咽障碍的差异性, 以及风险因素的独特性, 吞咽障碍患者的康复疗法设计, 常以各类量表的评估结果、吞咽功能的测试结果等为依据^[6]。但单纯依靠康复训练方法的效果有限, 难以充分满足患者的康复治疗需求, 部分患者接受常规康复治疗的效果欠佳。

中医认为, 脑卒中后吞咽障碍属于“舌蹇”“喉痹”等范畴, 其病机为本虚标实, 主要表现为舌咽功能失用。针灸可激活吞咽中枢神经, 增强深度感受器兴奋水平, 对吞咽障碍的改善有积极作用。按中医辨证思想, 不同分期的证候存在差异, 根据所处分期与临床症状, 合理配穴并实施分期针灸方案, 可最大化针灸在吞咽功能康复治疗中的作用。该分期方案中, 认知期、口腔准备期/口腔期的治则为“通络启闭”“导气利窍”, 选穴以督脉、手厥阴、少阴经穴等

为主; 咽期重局部治疗, 配穴以咽喉、颈项等部位的关键穴位为主, 选穴的侧重点为改善咽喉部功能; 食管期吞咽困难相关症状基本消除, 但仍需关注脏腑功能、精血耗伤, 故选穴以任脉、阳明经为主, 前者可调节阴经气血、补益元气, 后者可化痰通络、行气活血。

本研究结果显示, 观察组吞咽功能评分低于对照组 ($P < 0.05$), 与汪稳等^[7]的研究结果一致, 说明针灸治疗对患者的吞咽功能有一定的改善效果; 观察组 PAS 评分低于对照组 ($P < 0.05$), 提示分期针灸有助于降低误咽风险。本研究结果显示, 观察组 SWAL-QOL 评分高于对照组 ($P < 0.05$), 与黄建福等^[8]的研究结果一致, 说明针灸分期治疗与康复疗法结合, 可提高患者的生活质量。本研究结果显示, 观察组总有效率高于对照组 ($P < 0.05$), 证明针灸分期治疗与康复疗法的结合, 对吞咽障碍患者的康复有积极作用。

综上所述, 针灸分期治疗联合康复疗法对脑卒中后吞咽障碍患者的效果显著, 可减轻吞咽障碍, 降低误咽风险, 并提高其生活质量, 可考虑在临床推广应用。

【参考文献】

- [1]《中国脑卒中防治报告 2020》编写组, 王陇德.《中国脑卒中防治报告 2020》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2022, 19(2): 136-144.
- [2]唐晨, 孔静渊, 冯卫星. 舌针治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究进展[J]. 国际中医中药杂志, 2022, 44(6): 708-711.
- [3]中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [4]朱亚芳, 张晓梅, 肖瑞, 等. 经口摄食功能评估量表与洼田饮水试验应用于急性脑卒中患者中的信效度研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(3): 318-321, 329.
- [5]杜丽洁, 姜增誉, 王娇, 等. Rosenbek 渗透/误吸量表在脑卒中误吸筛查中的应用[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015(10): 1225-1226.
- [6]牛丽, 李彦杰, 秦合伟, 等. 脑卒中后吞咽障碍康复评估和治疗研究进展[J]. 中国医药导报, 2020, 17(28): 48-51, 63.
- [7]汪稳, 奚文举, 楼慧, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者的醒脑开窍针刺疗法结合吞咽功能康复训练的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(3): 179-182
- [8]黄建福, 刘建浩, 谭春风, 等. 头部针灸联合吞咽功能治疗仪治疗缺血性脑卒中吞咽障碍的效果[J]. 中国医药导报, 2020, 17(20): 80-84.

(收稿日期: 2022-09-20)