

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x} \pm s$, $n=35$)

指标	时间	观察组	对照组	t值	P
全血黏度(高切) (mPa·s)	治疗前	5.64±0.68	5.81±0.57	0.667	>0.05
	治疗后	4.90±0.54 ^①	5.23±0.47 ^①	2.727	<0.05
全血黏度(低切) (mPa·s)	治疗前	10.25±1.73	11.04±1.68	1.938	>0.05
	治疗后	9.21±1.79 ^①	10.06±1.41 ^①	2.207	<0.05
血浆黏度(mPa·s)	治疗前	2.17±0.32	2.24±0.28	0.278	>0.05
	治疗后	1.56±0.38 ^①	1.78±0.45 ^①	2.210	<0.05
纤维蛋白原(g/L)	治疗前	0.73±0.20	0.76±0.19	0.214	>0.05
	治疗后	0.41±0.07 ^①	0.52±0.31 ^①	2.048	<0.05

与同组治疗前比较, ^① $P < 0.05$

味微苦,有散瘀止痛、清热凉血之功效;焦山楂味酸,能行气散瘀,常用于瘀血闭经诸证;制首乌味甘、涩、苦,有补精益髓的功效;路路通味苦,可活血镇痛、清热解毒;虎杖味微苦,常用于清热解毒、散瘀止痛;决明子性寒,味微咸,有明目降脂、通便祛浊之功效。全方共奏化浊通脉,行血散瘀之效。

本次研究发现,治疗后观察组的总有效率高于对照组($P < 0.05$);全血黏度(高切)、全血黏度(低切)、血浆黏度和纤维蛋白原水平均低于对照组($P < 0.05$)。提示化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证 TIA,临床疗效显著,可进一步改善患者的血液循环,降低血液黏度,并能对血管内皮起保护作用。治疗后 2

组 hs-CRP 含量均较治疗前降低($P < 0.05$),但组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$),说明两种治疗方法均能有效控制患者体内的炎症反应。

综上,化浊行血汤联合常规药物治疗血浊证 TIA,可有效改善患者的症状,降低血液黏度和控制体内的炎症反应,值得在临床推广应用。

[参考文献]

- [1] 旃培艳,张临洪,徐武平,等.短暂性脑缺血发作后短期脑卒中危险因素及脑动脉狭窄的特点[J].中国老年学杂志,2013,33(24):6265-6266.
- [2] 陈芳,吕海东,秦东香,等.ABCD²评分及责任血管狭窄对短暂性脑缺血发作进展为脑梗死的预测价值[J].中华神经医学杂志,2013,12(3):289-292.
- [3] 吴婷婷,张桂萍.化浊行血汤对急性脑梗死炎症机制影响的临床研究[J].新中医,2014,46(9):41-43.
- [4] 王新志,韩群英,郭学芳.中风脑病诊疗全书[M].北京:中国医药科技出版社,2000:272-273,205.
- [5] 葛凤兰,刘亚静,赵荣国,等.自拟中药汤剂联合西药治疗短暂性脑缺血发作临床疗效观察及安全性评价[J].湖北中医药大学学报,2014,16(5):27-29.

(责任编辑:吴凌,刘迪成)

启咽汤治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床研究

张瑞,孙博,陈红霞

乌鲁木齐市中医医院,新疆 乌鲁木齐 830000

[摘要] 目的:观察启咽汤治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法:将120例缺血性脑卒中后并发吞咽障碍患者随机分为对照组和治疗组各60例。2组均予脑卒中内科常规治疗,同时采用通脑活络法针刺及吞咽训练进行治疗,治疗组在此基础上加用中药启咽汤口服或鼻饲治疗,治疗前后对患者进行洼田饮水试验评分、神经功能缺损评分(NIHSS)、Barthel(BI)指数及中医症状评分的评定,并评价临床疗效。结果:治疗组总有效率为95.0%,高于对照组的80.0%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗前,2组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数、中医症状评分相比,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。疗程结束后,2组洼田饮水试验评分、NIHSS及中医症状评分均较治疗前下调,BI指数则提高,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$);与对照组相比,治疗组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数及中医症状评分改善更加明显,差异均有统计学意义($P < 0.05$, $P < 0.01$)。结论:启咽汤口服配合常规西药、通脑活络法针刺及吞咽训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍,能明显缓解临床症状,恢复患者的吞咽功能,提高生存质量。

[收稿日期] 2016-06-01

[基金项目] 乌鲁木齐市中医医院院级课题(201516)

[作者简介] 张瑞(1976-),女,副主任医师,主要从事治疗脑血管疾病临床工作。

[关键词] 缺血性脑卒中; 吞咽障碍; 瘀血阻络型; 中西医结合疗法; 启咽汤; 吞咽训练; 针刺
 [中图分类号] R743.3 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 10-0040-04
 DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.10.017

Clinical Study of Qiyang Tang for Dysphagia after Ischemic Stroke

ZHANG Rui, SUN Bo, CHEN Hongxia

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of Qiyang tang for dysphagia after ischemic stroke. Methods: Divided 120 cases of patients with dysphagia after ischemic stroke into the control group and the treatment group randomly, 60 cases in each group. The stroke conventional therapy of medical department was given to both groups, at the same time use Tongnao Huoluo acupuncture and swallow train for treatment, the treatment group received therapy of Qiyang tang orally or nasogastrically. Sub-water test score, neurologic impairment score (NIHSS), Barthel index (BI) and Chinese medicine symptom score before and after treatment were observed, and clinical effect was evaluated. Results: The total effective rate in the treatment group was 95.0%, which was higher than 80.0% of the control group obviously ($P < 0.05$). Comparing scores of sub-water test, NIHSS, BI, Chinese medicine symptom scores of both groups before treatment, there was no significant difference ($P > 0.05$). After treatment, scores of sub-water test, NIHSS, BI, and Chinese medicine symptom scores of both groups were all lower than those before treatment, scores of BI were higher than that before treatment, differences being significant ($P < 0.05$, $P < 0.01$). The scores of sub-water test, NIHSS, BI, and traditional Chinese medicine symptom scores in the treatment group were improved more obviously than those in the control group ($P < 0.05$, $P < 0.01$). Conclusion: The therapy of Qiyang tang combined with Tongnao Huoluo acupuncture and swallow train for dysphagia after ischemic stroke can relieve clinical symptom obviously, recover swallowing function of patients, and improve life quality.

Keywords: Ischemic stroke; Dysphagia; Syndrome of collateral retardation due to blood stasis; Integrated traditional Chinese and western medicine therapy; Qiyang tang; Deglutition training; Acupuncture

缺血性脑卒中是临床常见的脑血管病,而吞咽障碍是脑卒中患者常见并发症之一,约1/3以上的脑卒中患者会出现不同程度的吞咽障碍^[1],并易造成误吸、误咽或反复的肺部感染及营养不良,影响患者的康复及生存质量,是脑卒中后治疗最棘手的并发症。目前西医治疗吞咽障碍并无确切的治疗方案,主要以对症治疗为主。笔者采用口服或鼻饲启咽汤配合通脑活络法针刺、吞咽训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍,临床疗效明显,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有临床资料来源于2011年6月—2016年1月本院脑血管科收治的缺血性脑卒中患者,共120例,均伴有不同程度的吞咽障碍。按随机数字表法分为治疗组和对照组各60例。对照组男32例,女28例;年龄48~76岁,平均(61.7±9.6)岁;病程0.5~5月,平均(3.1±0.8)月;病变部位:皮质、皮质下11例,脑干6例,丘脑8例,内囊及基底节区35例。治疗组男33例,女27例;年龄49~78岁,平均(62.2±10.3)岁;病程0.5~5.5月,平均(3.3±0.7)月;病变部位:皮质、皮质下13例,脑干5例,丘脑8例,内囊及基底节区34例。2组性别、年龄、病情等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 缺血性脑卒中诊断参照《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)》^[2]中的诊断要点,并经头颅CT或MRI确诊;吞咽功能障碍则采用洼田饮水试验量表^[3]测定。

1.3 辨证标准 参照《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[4]瘀血阻络型中风的辨证标准,可见进食或饮水后出现呛咳、噎塞,吞咽后声音嘶哑等临床表现。

1.4 纳入标准 ①符合以上诊断标准及辨证标准,并为初次脑卒中,临床表现有吞咽障碍及咽反射迟钝,吞咽功能障碍属Ⅱ~Ⅲ级;②年龄45~80岁;③目前意识清醒,生命体征平稳,神经系统体征不再进展,能配合治疗;④经本院医学伦理委员会同意,患者签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①脑卒中后遗留意识障碍患者;②合并肝、肾功能不全或其他系统严重原发性疾病,合并恶性肿瘤患者;③3月内服用过影响吞咽功能的药物;④临床资料不全或疗程中自行退出者。

2 治疗方法

2.1 对照组 ①予脑卒中内科常规治疗,阿司匹林片(黑龙江百泰药业有限公司)口服,每次0.1g,每天1次;瑞舒伐他汀钙片(南京先声东元制药有限公司)口服,每次10mg,每天1

次；丁苯泰软胶囊(石药集团恩必普药业有限公司)口服，每次2粒，每天3次；并配合稳定血压、血糖，控制感染，维持水、电解质平衡及对症支持治疗；②通脑活络法针刺治疗：选风池(双)、四神聪、百会、太阳、人中、上廉泉、外金津、玉液等项颈部穴位为主，针刺前先用漱口水清洁口腔，行针手法以患者能耐受为宜，行针得气后留针20~30 min，每天1次；③吞咽训练：湿棉签反复刺激患者的咽后壁、腭弓及舌根，指导患者做吞咽动作5 min以强化吞咽反射；指导患者进行鼓腮、吸吮、微笑、咀嚼等动作进行颊肌训练；指导患者反复进行舌体伸展、卷曲等运动以训练舌肌；指导患者进行呼吸训练，让患者深吸一口气后憋住，慢慢吞咽唾液后再呼气；采用门德尔松手法^[6]进行喉上提训练，延长环咽肌打开的时间；指导患者尽量加大张口动作，加强口唇及下颌肌肉运动，增强声门的闭锁能力。

2.2 治疗组 在对照组基础上予中药启咽汤治疗。基本方：石菖蒲、生地黄各20 g，当归、赤芍、桔梗各12 g，玄参、郁金、桃仁、红花、柴胡各10 g，炙甘草、阿魏、全蝎、水蛭各6 g。随症加减：肝气郁滞可加郁金、柴胡各15 g；脾虚乏力加太子参、茯苓、白术各15 g；痰多咳嗽加浙贝母、桑白皮各9 g；大便干结加大黄6 g，天花粉15 g。每天1剂，水煎取汁200 mL，分次频服或鼻饲。

2组疗程均为90天。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用洼田饮水试验评定吞咽功能^[7]，让患者饮30 mL温开水，观察饮水分次及呛咳的发生时间或频率，并以此将吞咽功能分为5级，记为1~5分，等级(分数)越高，代表吞咽功能越差；②治疗前后评定患者的神经功能缺损评分(NIHSS)^[8]，包括语言、意识水平、运动功能等，分值越高，代表神经功能损伤越严重；③治疗前后对患者进行Barthel(BI)指数评定^[9]，以评价日常生活活动能力，分值越高，代表活动能力越强；④治疗前后评定患者的中医症状评分，主症包括肢体不遂，口眼喎斜，次症则为伴随症状，根据症状严重程度记为1~4分，总分40分，分值越高，代表症状越严重。

3.2 统计学方法 本研究采用SPSS17.0统计软件进行数据处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验；计数资料比较采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《吞咽障碍评估与治疗》^[10]拟定。痊愈：吞咽障碍消失，洼田饮水试验评分1分；显效：吞咽障碍明显改善，洼田饮水试验评分2分；好转：吞咽障碍改善，洼田饮水试验评分由4、5分减为3分，或较治疗前提高1分；无变化：吞咽障碍无改善，洼田饮水试验评分无变化，甚至出现恶化或死亡。总有效率=(痊愈例数+显效例数+好转例数)/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗组总有效率为95.0%，

高于对照组的80.0%，差异有统计学意义($\chi^2=4.11, P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	好转	无变化	总有效率(%)
对照组	60	13	16	19	12	80.0
治疗组	60	22	25	10	3	95.0 ^①

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数比较 见表2。治疗前，2组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数相比，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。疗程结束后，2组洼田饮水试验评分及NIHSS均较治疗前下调，BI指数则提高，差异均有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)；与对照组相比，治疗组洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数改善更加明显，差异均有统计学意义($P < 0.05, P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后洼田饮水试验评分、NIHSS、BI指数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	洼田饮水试验评分	NIHSS	BI指数
对照组	60	治疗前	4.03 \pm 0.77	14.04 \pm 3.24	41.75 \pm 6.89
		治疗后	2.84 \pm 0.65 ^②	12.39 \pm 1.56 ^①	47.49 \pm 7.01 ^①
治疗组	60	治疗前	4.05 \pm 0.80	14.13 \pm 3.58	42.14 \pm 7.27
		治疗后	1.95 \pm 0.54 ^{③④}	10.28 \pm 1.24 ^{③④}	53.60 \pm 5.32 ^{③④}

与治疗前比较，① $P < 0.05$ ，② $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，③ $P < 0.05$ ，④ $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后中医症状评分比较 见表3。2组治疗前中医症状评分相比，差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后，2组患者的临床症状均较治疗前明显好转，中医症状评分下调，差异均有统计学意义($P < 0.01$)；与对照组相比，治疗组下调更加明显，差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后中医症状评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	中医症状评分
对照组	60	治疗前	31.04 \pm 4.11
		治疗后	21.25 \pm 4.10 ^①
治疗组	60	治疗前	30.85 \pm 4.72
		治疗后	14.43 \pm 3.87 ^{②③}

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

5 讨论

吞咽障碍是缺血性脑卒中患者常见的严重并发症之一，系双侧皮质脑干束受损所致，发生率可达30%~50%^[7]。吞咽功能是一种由神经系统调节的反射活动，脑卒中造成迷走神经、舌咽神经及舌下神经损害，并影响延髓反射功能，造成吞咽相关的肌肉运动协调性降低，引起吞咽障碍^[8-9]，多数患者伴有构音障碍和摄食困难，引起脱水、电解质紊乱和营养不良，严

重者还能由于吸入性肺炎造成死亡。研究表明, 吞咽中枢具有双侧不对称性分布特点, 因此当一侧大脑半球受损后, 另一侧可以代偿, 故脑卒中后吞咽障碍临床恢复是可能的^[10]。

吞咽训练的目的在于改善患者的摄食吞咽功能, 早日拔除胃管, 减少和防止并发症, 增强患者治疗的信心。吞咽训练通过对面部及舌咽肌肉的反复刺激及运动练习, 使吞咽肌群的灵活性、反射性提高, 改善运动肌群肌力, 并且吞咽训练越早, 功能恢复越好, 因此吞咽训练是缺血性脑卒中治疗中的重要组成部分。

针刺治疗以经络学说为理论基础, 十二经脉中足阳明胃经、足太阳脾经、足厥阴肝经、足少阴肾经以及任脉均直接连于咽喉部, 故针刺相应腧穴, 可增强神经反射能力, 促进咽喉部肌群的灵活性和协调性, 改善吞咽功能^[11]。针刺风池、四神聪、百会、太阳等头部穴位, 能通经活络、醒脑开窍, 解除脑血管痉挛, 促进侧枝循环的建立, 改善脑组织的血液供应, 有助于脑神经功能恢复, 起到通脑活络的功效; 人中为强刺激穴, 刺激该穴可促进受损神经细胞苏醒, 恢复咽部神经支配^[12]; 上廉泉为任脉经穴, 针刺廉泉有疏经活络、利咽的功效, 为治疗吞咽困难、言语不利之要穴^[13]; 刺激外金津、玉液等项颈部穴位有疏通经气、通利关窍之用, 直接刺激舌下神经、迷走神经和舌咽神经, 使受损神经恢复。

就中医学而言, 本病属中风、喉痹范畴。中风病机在于肝肾不足, 痰瘀阻络, 病性属本虚标实, 以肝肾不足为本, 风、火、痰、瘀阻滞咽舌窍经络为标^[14]。治疗上当以活血化瘀、补虚通络、祛痰开窍为主。启咽汤是治疗饮水反呛的主要方剂, 方中桔梗乃启咽圣药, 主升降肺气, 调畅气机; 桃仁、红花、赤芍、全蝎、水蛭活血破瘀、启咽利窍; 郁金、柴胡疏肝理气解郁, 并引活血祛瘀药物上达咽喉部以通利咽喉; 石菖蒲祛痰开窍; 阿魏消积破气; 生地黄、玄参滋阴增液, 可利咽润喉; 当归活血养血; 炙甘草益气调中, 调和诸药。全方共奏启咽利窍、活血化瘀、祛痰开窍之功。

结合本研究结果, 笔者认为, 启咽汤内服配合通脑活络法针刺、吞咽训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍, 能明显缓解患者的临床症状, 恢复患者的吞咽功能, 提高生存质量, 值得进一步研究。

[参考文献]

[1] Khedr EM, Abo-Elfetoh N, Rothwell JC. Treatment of poststroke dysphagia with repetitive transcranial magnetic stimulation [J]. *Acta Neurol Scand*, 2009, 119 (3):

155- 156.

- [2] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. *中华神经科杂志*, 1996, 29(6): 381- 383.
- [3] 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- 142.
- [4] 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.
- [5] 李卫平, 王江林, 黄娟, 等. 针刺与吞咽训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍疗效分析[J]. *西南军医*, 2012, 14(4): 587- 589.
- [6] 龚祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 62- 65, 243- 251.
- [7] Smith- Hammond CA, Goldstein LB, Zajac DJ, et al. Assessment of aspiration risk in stroke patients with quantification of voluntary cough[J]. *Neurology*, 2001, 56(4): 502- 506.
- [8] Puisieux F, Dandrea C, Baconnier P, et al. Swallowing disorders, pneumonia and respiratory tract infectious disease in the elderly[J]. *Rev Mal Respir*, 2011, 28(8): 76- 93.
- [9] Cabre M, Serrapat M, Palomera E, et al. Prevalence and prognostic implications of dysphagia in elderly patients with pneumonia[J]. *Age and Ageing*, 2010, 39(1): 39- 45.
- [10] 唐军, 储瑾, 王燕平, 等. 针药联合治疗脑卒中吞咽障碍 90 例临床观察[J]. *云南中医学院学报*, 2015, 38(4): 41- 43.
- [11] 孙华. 比较针灸治疗在脑卒中后吞咽困难患者的重要性[J]. *中西医结合研究*, 2011, 3(2): 97- 98.
- [12] 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.
- [13] 黄晓汕, 田青, 莫润宇, 等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍随机平行对照研究[J]. *实用中医内科杂志*, 2013, 27(2): 143- 144.
- [14] 钱建峰, 贾慧, 孙风平. 试述以“虚”为核心的中风病机观[J]. *中医药学报*, 2011, 39(2): 67- 68.

(责任编辑: 吴凌)