

发挥镇痛作用。腕踝部神经末梢、血管丰富,腕踝针疗法通过刺激穴位、调理经气,起到治疗作用^[8]。同时,血瘀型患者经脉阻滞、气机不畅,不通则痛,予加味桃红四物汤以发挥活血化瘀之功。药罐法是利用竹罐局部高温,促进患处局部毛细血管扩张,有利于药物经蒸汽直接吸收,发挥药与罐的双重作用,并且安全无创^[9]。故腕踝针疗法联合中药药罐治疗可共同发挥调和气血、化瘀止痛之功。

本研究结果显示,研究组总有效率高于对照组,VAS评分低于对照组,腰痛、下肢疼痛JOA评分均高于对照组,腰腿痛、腰部板硬、下肢麻木、腰膝沉重评分与TNF- α 、CRP、IL-6水平均低于对照组。提示腕踝针疗法联合中药药罐法治疗血瘀型腰椎间盘突出症患者具有较好的临床疗效,可有效缓解临床症状,减轻疼痛程度与炎症反应,值得在临床应用。

[参考文献]

[1] 谢卫东,吴风军. 丁丙诺啡透皮贴剂辅助射频消融治疗腰椎间盘突出症有效性及安全性[J]. 中国疼痛医学杂志,

2017, 23(8): 589-593.

- [2] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 201-202.
- [3] 余维豪,霍速. 介绍一种腰椎功能评定方法[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(5): 214.
- [4] 穆景颂,倪朝民. 常见病康复诊疗规范——腰椎间盘突出症分级康复诊疗指南解读[J]. 安徽医学, 2017, 38(5): 674-675.
- [5] 赵永. 针灸治疗腰椎间盘突出性疼痛疗效观察[J]. 光明中医, 2017, 32(7): 1016-1018.
- [6] 张永臣,贾红玲,卢承顶. 微针系统治疗腰椎间盘突出症的概况与展望[J]. 四川中医, 2013, 31(2): 156-157.
- [7] 张晓峰. 中医理疗对腰椎间盘突出症患者疼痛及活动功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(18): 2009-2011.
- [8] 李亚红. 腕踝针埋针治疗腰椎间盘突出症的临床体会[J]. 医学信息, 2016, 29(1): 183-184.
- [9] 王冠军,梁晖,解纪惠,等. 活血化瘀法治疗血瘀型腰椎间盘突出症[J]. 吉林中医药, 2016, 36(10): 1016-1019.

(责任编辑:吴凌)

整体观念取穴法结合吞咽治疗仪治疗 脑卒中后吞咽功能障碍疗效观察

李灵浙, 宋丰军, 方君辉, 刘海飞, 叶必宏

温州市中医院, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察整体观念取穴法结合吞咽治疗仪治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床疗效。方法: 选取 60 例脑卒中后吞咽功能障碍患者, 按照随机数字表法分为观察组和对照组各 30 例。对照组采用吞咽治疗仪治疗, 观察组采用整体观念取穴法结合吞咽治疗仪治疗。记录患者治疗前后洼田饮水试验及藤岛一郎吞咽功能评分, 评估治疗效果。结果: 观察组总有效率 93.33%, 愈显率 70.00%。对照组总有效率 83.33%, 愈显率 23.33%。2 组总有效率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 2 组愈显率比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗前, 2 组洼田饮水试验及藤岛一郎吞咽功能评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。治疗后, 2 组洼田饮水试验评分均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 藤岛一郎吞咽功能评分均较治疗前提升 ($P < 0.05$); 观察组洼田饮水试验评分低于对照组 ($P < 0.05$), 藤岛一郎吞咽功能评分高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 整体观念取穴法结合吞咽仪治疗可有效改善脑卒中后吞咽功能障碍患者的吞咽功能。

[关键词] 脑卒中; 吞咽功能障碍; 整体观念取穴法; 吞咽治疗仪; 洼田饮水试验; 藤岛一郎吞咽功能评分

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 05-0165-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.05.044

[收稿日期] 2017-11-07

[基金项目] 浙江省中医药科学研究基金项目 (2015ZB109)

[作者简介] 李灵浙 (1989-), 男, 住院医师, 研究方向: 针灸治疗中风后遗症及颈肩腰腿痛。

[通信作者] 宋丰军, E-mail: 546832696@qq.com.

Clinical Observation of Acupoint-selecting Method Based on the Concept of Wholism Combined with Swallowing Therapeutic Instrument for Post-stroke Swallowing Dysfunction

LI Lingzhe, SONG Fengjun, FANG Junhui, LIU Haifei, YE Bihong

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of acupoint-selecting method based on the concept of wholism combined with swallowing therapeutic instrument for post-stroke swallowing dysfunction. **Methods:** Divided 60 cases of patients with post-stroke swallowing dysfunction into the observation group and the control group randomly, 30 cases in each case. The control group was given swallowing therapeutic instrument for treatment, while the observation group was additionally given acupoint-selecting method based on the concept of wholism for treatment. Recorded the scores of water swallow test and Fujishima's swallowing function grades of patients before and after treatment, and evaluated the clinical effect. **Results:** The total effective rate was 93.33% in the observation group and 83.33% in the control group, difference being insignificant ($P > 0.05$). The cured and remarkably effective rate was 70.00% in the observation group and 23.33% in the control group, difference being significant ($P < 0.01$). Before treatment, there was no significant difference being found in the scores of water swallow test and Fujishima's swallowing function grades of both groups ($P > 0.05$). After treatment, the scores of water swallow test in both groups were lower than those before treatment ($P < 0.05$), and Fujishima's swallowing function grades in both groups were higher than those before treatment ($P < 0.05$); the scores of water swallow test in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$), and Fujishima's swallowing function grades in the observation group were higher than those before in the control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Acupoint-selecting method based on the concept of wholism combined with swallowing therapeutic instrument can effectively improve the swallowing function of patients with post-stroke swallowing dysfunction.

Keywords: Stroke; Swallowing dysfunction; Acupoint-selecting method based on the concept of wholism; Swallowing therapeutic instrument; Water swallow test; Fujishima's swallowing function grades

卒中后吞咽功能障碍是指中风引起的食物下咽或咽下易呛为主要表现的并发症^[1], 多由两侧大脑半球或脑干部病变引发, 是脑卒中最常见的并发症之一。吞咽困难导致的并发症常见有营养不良、吸入性肺炎、水和电解质紊乱等, 严重影响患者的生活质量。本研究自 2015 年 1 月—2017 年 6 月采用整体观念取穴法结合吞咽治疗仪治疗脑卒中后吞咽功能障碍, 取得了较好的临床疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月—2017 年 6 月本院康复科治疗的 60 例脑卒中后吞咽功能障碍患者, 按照随机数字表法分为观察组和对照组各 30 例。观察组男 20 例, 女 10 例; 缺血性脑卒中 20 例, 出血性脑卒中 10 例; 年龄 44~75 岁, 平均(62.40±9.04)岁; 病程 5~11 周, 平均(7.80±1.76)周。对照组男 23 例, 女 7 例; 缺血性脑卒中 22 例, 出血性脑卒中 8 例; 年龄 45~74 岁, 平均(59.30±9.27)岁; 病程 5~11 周, 平均(7.96±1.75)周。2 组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《中国脑血管病防治指南》^[2]中脑卒中的相关诊断标准, 并经颅 CT 和(或)MRI 扫描确诊; 吞咽障碍参考《实用神经病学》^[3]中脑卒中后假性球麻痹的诊断标准: 脑卒中后出现吞咽困难、饮水即呛、构音障碍等症状。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准; ②年龄 < 75 岁; ③病情稳定, 配合检查和治疗; ④发病 1 年以内; ⑤洼田饮水试验评估吞咽功能评定 3 级以下; ⑥自愿参加本研究, 并签订知情同意书。

1.4 排除标准 ①其他原因引起的吞咽功能障碍及真性球麻痹患者; ②严重认知功能障碍、失语及视听障碍不能配合治疗者; ③合并严重心、肝、肾等系统疾病; ④针灸治疗禁忌者; ⑤合并咽喉部局部病变。

2 治疗方法

2 组患者均予常规治疗, 包括低盐低脂饮食, 有基础疾病的给予相应的药物治疗, 如: 降血压、降血脂、降糖等, 肢体功能障碍者进行康复训练。

2.1 对照组 采用美国 DJO 吞咽障碍治疗仪治疗, 操作方法: 清洁消毒颈部气管两侧皮肤, 擦干, 治疗

时,患者头部中立位。将通道1的两个电极均放置于中线右侧,通道2的电极方置于中线左侧,最下方位于甲状软骨上切迹上方水平,电极片位于胸锁乳突肌前。电极放好后,用导线连接仪器和电极,打开电源,设定参数,两个电极交替逐渐增加强度,至患者适宜为度。嘱患者做快速吞咽动作,每天治疗2次,每次30 min,1周治疗5天。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上加用整体观念取穴法。取穴:主穴取双侧风池、翳风、关元、足三里;口腔前期配颊车、地仓、舌面散刺;口腔期配金津、玉液;咽期配廉泉、咽后壁点刺;食管期配人迎。针刺操作:患者取仰卧位,根据穴位的不同选取适宜的一次性不锈钢针灸针,风池向喉结方向透刺约50~70 mm,行捻转手法,针感向咽喉部放射为佳,针感未至,行雀啄法,气至止;翳风略靠近乳突基底部,向对侧人迎穴方向透刺,进针约50~75 mm,行捻转手法,患者可产生酸、麻、重、胀感,基本针感可放散至咽喉或舌根部,如未向咽喉或舌根部放散,可行提插手法,至出现放散针感;关元、足三里直刺,得气即可;廉泉向舌根方向透刺约50~70 mm,不提插捻转;人迎用拇指或食指将颈总动脉轻推向外侧,针刺方向略向内直刺20~30 mm,施小幅度捻转,使咽喉部产生酸胀感;金津、玉液,用三棱针点刺出血;咽后壁点刺:患者张口,用压舌板压住舌体,暴露咽后壁,快速点刺双侧咽后壁;舌面散刺:用干净的纱布将舌头轻轻拉出,在舌面上快速点刺;颊车向地仓透刺,同时地仓透颊车,得气即可。留针的穴位每10 min行针1次,留针30 min,每天1次,每周治疗5次。

以上治疗方法均治疗4周后进行疗效评定。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①洼田饮水试验评分^[4]:让患者端坐,喝下30 mL温开水,观察所需时间及呛咳情况。1级:可在5 s内1次喝完,无呛咳、停顿;2级:5 s以上1次完成或超过2次完成,无呛咳;3级:能1次完成,有呛咳;4级:超过2次完成,有呛咳;5级:多次呛咳,不能全部咽下。②藤岛一郎吞咽功能评分^[5]:1分:不适合任何吞咽训练,且不能经口进食;2分:误咽严重,仅适合基础吞咽训练,但仍不能经口进食;3分:误咽减少,可进行摄食训练,但仍不能经口进食;4分:在安慰中可少量进

食,但仍需静脉或胃管补充营养;5分:一餐食物经口进食,需部分补充营养;6分:三餐食物经口进食,需部分补充营养;7分:三餐食物经口进食,不需静脉或胃管补充营养;8分:除特别难吞咽的食物外,均可经口进食;9分:经口进食,但需临床观察指导;10分:正常的摄食。

3.2 统计学方法 采用SPSS19.0统计学软件处理数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 根据主症的改善情况及藤岛一郎吞咽功能评价标准拟定。痊愈:3项主症(吞咽困难、饮水即呛、构音障碍)消失,口咽部运动、感觉正常,饮食正常,无呛咳;显效:3项主症及口咽部运动、感觉异常明显好转,吞咽功能评分提高 ≥ 2 级;有效:3项主症及口咽部运动、感觉异常好转,吞咽功能评分提高1级;无效:症状、体征无好转。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率93.33%,愈显率70.00%。对照组总有效率83.33%,愈显率23.33%。2组总有效率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);2组愈显率比较,差异有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	例数				总有效
		痊愈	显效	有效	无效	
观察组	30	3(10.00)	18(60.00)	7(23.00)	2(6.67)	28(93.33)
对照组	30	1(3.33)	6(20.00)	18(60.00)	5(16.66)	25(83.33)

4.3 2组治疗前后洼田饮水试验及藤岛一郎吞咽功能评分比较 见表2。治疗前,2组洼田饮水试验及藤岛一郎吞咽功能评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组洼田饮水试验评分均较治疗前降低($P < 0.05$),藤岛一郎吞咽功能评分均较治疗前提升($P < 0.05$);观察组洼田饮水试验评分高于对照组($P < 0.05$),藤岛一郎吞咽功能评分低于对照组($P < 0.05$)。

5 讨论

脑卒中引起吞咽困难,主要见于舌咽、迷走和舌下神经的核性或核下性损害的真性延髓麻痹,或是两侧大脑皮质、皮质脑干束损害产生的假性延髓麻痹^[6]。临床上,脑卒中后合并的吞咽困难以假性球麻痹最为

表2 2组治疗前后洼田饮水试验及藤岛一郎

吞咽功能评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	时间	n	洼田饮水试验评分	藤岛一郎吞咽功能评分
观察组	治疗前	30	4.67±1.78	2.45±0.45
	治疗后	30	2.39±1.65 ^{①②}	5.95±1.28 ^{①②}
对照组	治疗前	30	4.73±1.65	2.85±0.38
	治疗后	30	3.45±1.92 ^①	4.77±1.12 ^①

与同组治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.05$

常见。吞咽困难是脑卒中患者生活质量下降的主要影响因素之一。根据脑卒中后吞咽功能的自然预后提示, 急性期脑卒中吞咽困难患者的吞咽功能前1周内逐渐好转, 90%的患者2周内可部分恢复吞咽功能, 约50%以上的患者在发病的6个月内吞咽功能不能恢复到正常状态。由此可见, 脑卒中发病的2~3周内, 若吞咽异常越严重, 吞咽功能的恢复时间则更长久。

中医学中没有脑卒中及假性延髓麻痹病名, 但依据患者的主要症状, 脑卒中在中医学中归属于中风范畴, 吞咽困难归属于噎膈、喉痹等范畴。其病因病机为肝肾不足, 气血衰少, 风、火、痰瘀阻在舌体、咽喉等所致, 属本虚标实、上盛下虚之证。《素问·脉解》有暗瘵之名: “内夺而厥, 则为暗瘵, 此肾虚也。”《奇效良方》曰: “暗瘵之状, 舌暗不能语, 足废不能用”, 暗瘵多为中风之后, 风痰内扰, 瘀阻经络, 或肾虚精亏所致, 与饮食劳倦、五志过极、脾胃损伤等密切相关。中医学认为, 本病与肝、脾、肾相关, 其病位在大脑、咽喉及舌, 为本虚标实之证。本为肝脾肾亏虚, 标为瘀血与痰浊互结, 蒙闭清窍, 使咽喉部气血逆乱, 经络闭阻而致, 治疗以补益肝肾、祛瘀化痰、通关利窍为原则。

中医的整体观念, 就是重视人体是一个有机的整体, 治疗上标本兼治, 整体调节。标即针对病邪, 选用局部选穴或随证选穴以疏导经气, 导邪排出; 本是指以正气为本, 选取固护先天之气(元气)和后天之气(胃气)的穴位, 以调动机体正气, 增强机体抵抗病邪能力。笔者基于标本兼治的整体观念, 辨证选穴。风池属足少阳胆经穴, 《类经图翼》中载有: “风池治中风不语, 汤水不能入口”, 《针灸资生经》记载“风池主喉痹”, 风池亦有调肝熄风、利咽开窍之功;

《针灸甲乙经》首见翳风穴, 主治“口僻不正, 失欠脱颌, 口噤不开”。针刺翳风可通调气血, 调节三焦气机, 有通咽利喉、舒舌利音的效果; 足三里是足阳明胃经的合穴, 中医学认为, 脾胃为后天之本, 足三里能补益脾胃; 关元是小肠的募穴, 小肠之气结聚此穴并经此穴输转至皮部。古人称为人身元阴元阳交关之处, 有培补元气之功效。风池、翳风以针对咽喉障碍之标, 同时选用足三里、关元针对脑卒中后气血虚弱之本。依据解剖组织学及神经生理学可见, 风池、翳风的进针深度可透达颈夹脊深层, 针感可波及整个咽喉部, 引起椎动脉的扩张, 改善椎-基底动脉系统供血状况, 进一步提高大脑供血量。颊车、地仓、金津、玉液、廉泉、咽后壁点刺、人迎疏通经络。风池、翳风、足三里、关元四穴同用, 整体观念取穴, 标本兼治。局部的针刺刺激, 增强脑组织摄取氧的能力, 减少了神经元和胶质细胞的死亡, 同时促进了受损的神经元修复、再生, 帮助反射弧恢复或重建, 促进吞咽功能恢复以及吞咽动作的完成^[7]。

本研究结果表明, 整体观念取穴法针刺结合吞咽治疗仪可有效改善脑卒中后吞咽功能障碍患者的吞咽功能。

[参考文献]

- [1] 张通. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
- [2] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 30-39.
- [3] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1994: 120.
- [4] 恽晓平. 康复疗法评定学[M]. 北京: 华夏出版社, 2005: 530.
- [5] 夏文广, 郑婵娟, 华强, 等. 吞咽障碍评价标准评定脑卒中后吞咽障碍患者的信度和效度分析[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(12): 817-819.
- [6] 宋书昌, 卢智, 王志勇, 等. 针刺治疗脑卒中后吞咽障碍研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2013, 11(12): 1511-1513.
- [7] 王昊, 陆春华, 王凯. 脑卒中后吞咽障碍的评估现状与研究进展[J]. 中国康复, 2014, 29(6): 418-420.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)