

- 右美托咪定在分娩镇痛中的应用研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(10): 1410-1411.
- [7] 汤征宇, 汪汇泉, 夏晓磊, 等. 经皮神经电刺激的镇痛机制及其临床应用[J]. 生理学报, 2017, 69(3): 325-334.
- [8] Wu ZY, Yang M, Jia J, et al. Effect of transcutaneous electrical nerve stimulation at acupoints on patients with type 2 diabetes mellitus: a randomized controlled trial[J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2015, 35(2): 134-140.
- [9] 马志红, 闫芳, 赵云彦, 等. 经皮穴位电刺激配合瑞芬太尼进行分娩镇痛的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(5): 526-530.
- [10] 安政庄, 杨宗林, 童博, 等. 经皮穴位电刺激(TEAS)复合右美托咪定在分娩镇痛中的应用研究[J]. 陕西中医, 2015, 36(10): 1410-1411.
- [11] 李秀满. 瑞芬太尼静脉镇痛与椎管内镇痛用于分娩镇痛的对比研究[J]. 当代医学, 2015, 21(32): 9-11.
- [12] 梁焕强, 曾广贤, 钟琼兰. 椎管内联合静脉麻醉不同产程行分娩镇痛可行性初探[J]. 中国实用医药, 2015, 10(30): 10-12.
- (责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

项五针为主治疗中风后吞咽障碍风痰瘀阻证临床研究

杨海峰, 刘琰, 彭辉

商丘市第一人民医院康复科, 河南 商丘 476100

[摘要] 目的: 观察项五针为主治疗中风后吞咽障碍风痰瘀阻证的疗效。方法: 选取本院收治的 88 例中风后吞咽障碍风痰瘀阻证患者, 按随机数字表法分为对照组和治疗组各 44 例。2 组均采用缺血性脑卒中常规治疗措施, 治疗组予项五针配合吞咽障碍治疗仪治疗, 对照组采用吞咽障碍治疗仪治疗, 2 组均连续治疗 4 周。比较 2 组治疗前后的洼田饮水试验评分、标准吞咽功能评价量表 (SSA) 评分、风痰瘀阻证症状评分、Barthel 指数 (BI)、吞咽障碍特异性生活质量量表 (SWAL-QOL) 评分及临床疗效。结果: 治疗后, 治疗组总有效率为 93.18%, 高于对照组的 75.00%, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组洼田饮水试验评分、SSA 评分与风痰瘀阻证症状 (头晕目眩、肢体麻木、痰多、舌质暗) 评分均较治疗前降低 ($P < 0.01$); 治疗组 6 项评分均低于对照组 ($P < 0.01$)。2 组 BI 和 SWAL-QOL 评分均较治疗前升高 ($P < 0.01$); 治疗组 2 项分值均高于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 在常规治疗基础上加用项五针配合吞咽障碍治疗仪治疗中风后吞咽障碍风痰瘀阻证, 可有效缓解患者的吞咽障碍和临床症状, 提高日常生活活动能力与生活质量。

[关键词] 脑卒中; 吞咽功能; 风痰瘀阻证; 针刺疗法; 项五针; 生活质量

[中图分类号] R743.3; R246.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 12-0207-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.12.062

Clinical Study on the Five-neck Needle for Dysphagia After Stroke with Wind-phlegm and Blood Stasis Syndrome

YANG Haifeng, LIU Yan, PENG Hui

Abstract: **Objective:** To observe the therapeutic effect of the five-neck needle for dysphagia after stroke with wind-phlegm and blood stasis syndrome. **Methods:** Divided 88 cases of patients admitted into the control group and the treatment group according to the random number table method, 44 cases in each group. Routine measures for ischemic stroke were adopted in the two groups. The treatment group was treated with the five-neck needle combined with deglutition instrument, while the control group was treated with deglutition instrument. The two groups were treated for 4 weeks continuously. Compared the scores of Water Swallow Test, Standardized Swallowing Assessment (SSA), wind-phlegm and

[收稿日期] 2018-08-16

[作者简介] 杨海峰 (1968-), 男, 副主任医师, 研究方向: 神经系统疾病、骨伤科疾病与康复。

blood stasis syndrome, Barthel index(BI) and Swallowing Quality Of Life Questionnaire(SWAL-QOL), as well as the clinical effect before and after treatment in the two groups. **Results:** After treatment, the total effective rate was 93.18% in the treatment group, higher than that of 75.00% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). Scores of Water Swallow Test, SSA and wind-phlegm and blood stasis syndrome(dizziness, numbness, phlegm and dark tongue) in the two groups were decreased when compared with those before treatment($P < 0.01$). The above scores in the treatment group were lower than those in the control group($P < 0.01$). Scores of BI and SWAL-QOL in the two groups were increased when compared with those before treatment($P < 0.01$). The above two scores in the treatment group were higher than those in the control group($P < 0.01$). **Conclusion:** Based on the routine treatment, the additional therapy of five-neck needle combined with deglutition instrument for dysphagia after stroke with wind-phlegm and blood stasis syndrome, can effectively relieve the dysphagia and clinical symptoms of patients, and improve the daily ability and quality of life.

Keywords: Stroke; Swallowing function; Wind-phlegm and blood stasis syndrome; Acupuncture therapy; Five-neck needle; Quality of life

吞咽障碍为中风常见并发症之一, 据报道其发生率高达30%~45%^[1]。临床资料显示, 吞咽困难可引起误吸, 使患者对饮食产生恐惧, 造成机体营养不良及抵抗力下降等, 同时吞咽障碍可诱发肺炎, 甚至导致窒息, 是中风病后期的主要致死因素之一^[2]。目前临床治疗中风后吞咽障碍以对症干预为主, 如改善脑代谢、清除自由基以及吞咽康复训练等, 有一定的积极作用, 但部分患者的整体效果和生活质量尚待提高^[3]。将吞咽障碍治疗仪电极片放于患者颈部喉软骨部位, 通过输出低频脉冲电流对吞咽功能相关肌肉、神经电刺激, 可实现吞咽肌群的正常收缩, 促进受损神经复苏, 建立正常有效的吞咽所要求的肌肉运动模式, 与传统疗法相比更安全、有效^[4]。针刺治疗中风后吞咽障碍疗效确切, 随着现代康复医学的发展, 针刺配合康复疗法的临床趋势逐渐受到认可^[5]。因此本研究在吞咽障碍治疗仪基础上采取“项五针”为主治疗中风后吞咽障碍风痰瘀阻证, 取得了显著的治疗效果, 现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 筛选2016年11月—2018年1月本院收治的中风后吞咽障碍患者, 共88例, 按随机数字表法分为对照组和治疗组, 每组44例。对照组男28例, 女16例; 年龄55~68岁, 平均(62.05±7.88)岁; 缺血性脑卒中病程16~52天, 平均(43.01±5.56)天; 吞咽功能^[6]: II级15例, III级24例, IV级5例。治疗组男26例, 女18例; 年龄57~69岁, 平均(62.44±7.92)岁; 缺血性脑卒中病程15~51天, 平均(42.98±4.82)天; 吞咽功能: II级16例, III级21例, IV级7例。2组上述基本临床资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$)。

1.2 诊断标准 ①依据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[7]拟定缺血性脑卒中诊断标准, 且参照头颅核磁共振成像(MRI)或CT检查确诊。②依据《摄食-吞咽障碍康复实用技术》^[8]拟定吞咽障碍诊断标准: 表现为吞咽困难、构音障碍、饮水反呛、声音嘶哑以及咽反射减弱或消失。

1.3 辨证标准 根据《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[9]

拟定风痰瘀阻证辨证标准。主症: 半身不遂, 口舌歪斜, 言语謇涩或不语, 感觉减退或消失; 次症: 头晕目眩, 痰多而黏, 舌质暗淡、舌苔薄白或白腻, 脉弦滑。

1.4 纳入标准 符合脑卒中及吞咽障碍诊断标准, 辨证属风痰瘀阻证者; 年龄50~70岁, 性别不限; 吞咽功能为II~IV级者; 入院时病情稳定, 且意识清楚者; 缺血性脑卒中初次发病, 且病程少于6月; 取得患者家属知情, 且签署知情同意书。

1.5 排除标准 伴口腔、咽喉疾病者; 既往有吞咽功能障碍病史者; 精神疾病患者; 伴心、肺、肝、肾以及造血系统等严重疾病者; 短暂性缺血发作(TIA)者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组参照《中国脑卒中康复治疗指南》^[9]采取缺血性脑卒中常规治疗措施。降血压: 鼻饲卡托普利片(海南普利制药股份有限公司), 每次12.5 mg, 每天2次; 调血脂: 鼻饲阿托伐他汀钙片(北京嘉林药业股份有限公司), 每次20 mg, 每天1次; 控制血糖: 予甘精胰岛素注射液(Sanofi-Aventis Deutschland GmbH), 每晚1次, 睡前皮下注射, 起始剂量为0.2 U/(kg·d), 以空腹血糖4.0~6.5 mmol/L为目标值予调整剂量, 每超过1.0 mmol/L甘精胰岛素加1 U, 出现低血糖, 空腹血糖<3.9 mmol/L则减少2~4 U, 每3天调整一次; 抗血小板聚集: 鼻饲阿司匹林肠溶片(沈阳奥吉娜药业有限公司), 每次1片, 每天1次。

2.2 治疗组 以项五针配合吞咽障碍治疗仪治疗。项五针治疗取穴: 哑门、风府、天柱、廉泉、治呛(天柱下1寸)。操作方法: 患者取半卧位, 选用0.30 mm×40 mm一次性毫针(吴江市佳辰针灸器械有限公司), 垂直进针, 深度均1~1.5寸, 得气后以每分钟100次的频率捻转30 s, 留针30 min, 每隔15 min行针1次, 共行针3次, 每天1次, 每周治疗5次。项五针治疗结束后, 予吞咽障碍治疗仪治疗, 前颈部常规消毒, 沿前正中线依次放置两对电极, 第一对电极置于舌骨水平

上方,第二对电极置于甲状软骨与环状软骨之间和环状软骨下;脉冲比率设置为300ms,每次刺激30min,每周5次。

2.3 对照组 仅采取吞咽障碍治疗仪治疗,具体操作同治疗组。

2组均连续治疗4周。

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^[6]:患者取坐位,饮入30mL温开水,记录呛咳次数和所需时间;V级:10s内全量咽下比较难,伴多次呛咳,记8分;IV级:5~10s分2次或2次以上咽下,伴呛咳,记6分;III级:5~10s一次性咽下,但伴呛咳,记4分;II级:5~10s分2次或2次以上咽下,无呛咳,记2分;I级:5s内将30mL温水一次性顺利咽下,记0分。②标准吞咽功能评价量表(SSA)评分^[6]:采取2步评价法,第1步:对患者的头部、唇及躯干控制情况、声音强弱、呼吸方式、意识水平、自主咳嗽及咽反射进行评分。第2步:患者吞咽水5mL,观察吞咽时喉部运动及有无咳嗽、哽咽、声音质量变化及口角流水;未见异常者吞咽水60mL,检测是否能全部饮完及有无咳嗽、哽咽及声音质量变化。SSA分值范围为17~46分,得分越高,提示吞咽功能越差;于治疗前后评价。③风痰瘀阻证症状评分:参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[8]拟定标准。对头晕目眩、痰多、肢体麻木、舌质暗进行分级评分,无为0分,轻度为1分,中度为2分,重度为3分。④日常生活活动能力评分:采取Barthel指数(BI)计分法^[10]评定,评价指标包括进食、洗澡、大小便、用厕、穿衣、修饰、转移、活动/行走以及上下楼梯等,满分为100分,分数越高,提示功能障碍程度越轻,于治疗前后评定。⑤吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)评分^[11]:评价指标包括饮食情况、心理压力、情绪情感状态、社会功能以及交流障碍5个方面,每方面分值范围1~5分,分数越高,提示生活质量越好,于治疗前后评定。

3.2 统计学方法 所得数据用SPSS18.0统计软件处理。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用t检验;计数资料以百分比表示,采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 临床治愈:吞咽障碍症状基本消失,洼田饮水试验评定为I级。有效:吞咽障碍症状明显改善,洼田饮水试验评定为II级。无效:吞咽障碍改善不明显,洼田饮水试验评定在III级及以上。

4.2 2组吞咽功能疗效比较 见表1。治疗组总有效率为93.18%,高于对照组的75.00%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 2组吞咽功能疗效比较 例

组别	n	临床治愈	有效	无效	总有效率(%)
对照组	44	8	25	11	75.00
治疗组	44	22	19	3	93.18 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后吞咽功能评分比较 见表2。治疗后,2组洼田饮水试验评分和SSA评分均较治疗前降低($P < 0.01$);治疗组2项评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表2 2组治疗前后吞咽功能评分比较 $(\bar{x} \pm s, n=44)$ 分

组别	时间	洼田饮水试验	SSA
对照组	治疗前	5.35 ± 0.61	35.98 ± 4.14
	治疗后	4.40 ± 0.51 ^①	22.41 ± 2.95 ^①
治疗组	治疗前	5.30 ± 0.59	35.91 ± 4.03
	治疗后	2.12 ± 0.25 ^{①②}	18.22 ± 2.21 ^{①②}

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

4.4 2组治疗前后风痰瘀阻证症状评分比较 见表3。治疗后,2组风痰瘀阻证症状(头晕目眩、痰多、肢体麻木、舌质暗)评分均较治疗前降低($P < 0.01$);治疗组以上症状评分均低于对照组($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后风痰瘀阻证症状评分比较 $(\bar{x} \pm s, n=44)$ 分

组别	时间	头晕目眩	痰多	肢体麻木	舌质暗
对照组	治疗前	2.61 ± 0.30	2.60 ± 0.29	2.68 ± 0.28	2.57 ± 0.27
	治疗后	1.35 ± 0.15 ^①	1.33 ± 0.14 ^①	1.51 ± 0.17 ^①	1.44 ± 0.16 ^①
治疗组	治疗前	2.66 ± 0.31	2.57 ± 0.28	2.63 ± 0.27	2.60 ± 0.28
	治疗后	0.71 ± 0.08 ^{①②}	0.77 ± 0.09 ^{①②}	0.79 ± 0.09 ^{①②}	0.72 ± 0.08 ^{①②}

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

4.5 2组治疗前后BI和SWAL-QOL评分比较 见表4。治疗后,2组BI和SWAL-QOL评分均较治疗前升高($P < 0.01$);治疗组2项分值均高于对照组($P < 0.01$)。

表4 2组治疗前后BI和SWAL-QOL评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	n	时间	BI	SWAL-QOL
对照组	44	治疗前	51.88 ± 5.72	12.05 ± 1.55
		治疗后	75.68 ± 7.91 ^①	17.22 ± 1.92 ^①
治疗组	44	治疗前	51.98 ± 5.79	12.12 ± 1.68
		治疗后	86.03 ± 9.12 ^{①②}	22.15 ± 2.85 ^{①②}

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

5 讨论

中风后吞咽障碍在中医学归属于喉痹、舌强言蹇、暗哑等疾病范畴,病位在大脑,标在舌咽部,病机为本虚标实,本虚体现为肝肾不足、气血衰少、髓海空虚,标实主要指风、痰、瘀血互结。多因机体阴阳乖戾,真阴不足,髓海空虚,痰瘀阻络,脑窍闭塞,元神受扰,同时风、火、痰、瘀闭阻咽喉,舌咽失濡,气机闭塞不通,而致清窍失宣、咽喉开闭失司。故应以调理髓海、通经利窍、开关启闭为主要治则。

本研究所选的“项五针”取穴为天柱、哑门、风府、廉泉、治呛,其中风府为督脉和阳维脉的交会穴,针刺该穴可益髓开窍、祛瘀通络;廉泉是任脉和阴维脉之交会穴,针刺该穴可调气机、畅音关、开音户、通音扇、利孔窍;哑门属督脉,其经脉上入脑髓,针刺该穴可疏通督脉、补髓填精;天柱属足太阳膀胱经穴,位于项部,足太阳膀胱经络脑,经筋结于舌本,针刺该穴能够利咽通窍;治呛穴位于舌骨与甲状软骨上切迹之间,是治疗吞咽困难的经验穴,通过调整咽缩肌和茎突咽肌的舒缩以改善吞咽功能。诸穴合用,共奏益髓开窍、通经利咽、通窍启闭之功效。

本研究结果显示,治疗后,治疗组洼田饮水试验评分、SSA评分、风痰瘀阻证症状评分均低于对照组,提示了“项五针”为主治疗中风后吞咽障碍可有效缓解患者的临床症状和改善吞咽功能。治疗组吞咽功能疗效优于对照组,说明“项五针”为主的疗法可提高临床疗效。

中风后吞咽障碍的患者不能正常进食,会对其生活质量、精神情绪产生严重影响,影响预后。随着社会不断进步,现代医学强调“生物-心理-社会”的医学新模式,对健康的定义不仅是身体上健康,更注重精神层次的健康状态^[13]。本研究采用可信度较好的BI计分法和SWAL-QOL量表评定患者日常生活能力和生活质量的改善情况^[14]。BI计分法在临床常用于评价神经功能缺损患者的日常生活活动能力,SWAL-QOL量表包括心理负担、言语交流、心理健康、害怕恐惧感以及社会交往等指标,总体上属主观指标,是临床评价患者生活质量的有效指标^[15]。本研究结果显示,治疗后,治疗组BI和SWAL-QOL评分均高于对照组,提示了“项五针”为主的疗法可促进患者生活活动能力和生活质量的改善。

综上所述,在常规治疗基础上加用“项五针”配合吞咽障碍治疗仪治疗中风后吞咽障碍风痰瘀阻证,可有效缓解患者的吞咽障碍和临床症状,提高日常生活活动能力与生活质量。鉴于本研究纳入样本数较少,且观察时间较短,故上述疗效尚待多中心、大样本以及较长时间的随访观察进行验证。

[参考文献]

- [1] 毛立亚,毛忠南,张晓凌,等.电针夹廉泉穴为主治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2016,36(5):632-634.
- [2] 夏文广,郑婵娟,夏隽晖,等.循经辨证针刺治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照研究[J].中国针灸,2016,36(7):673-678.
- [3] 陈红霞,李小霞,郭友华,等.补中益气汤加减配合康复治疗中风后吞咽障碍[J].中国实验方剂学杂志,2011,17(9):239-242.
- [4] 丁玲玲,徐红梅,刘从秀,等.吞咽障碍治疗仪在肝豆状核变性吞咽障碍中的临床应用[J].中医药临床杂志,2015,27(10):1457-1459.
- [5] 朱海暴,张冠文,李晏,等.电刺激联合吞咽康复训练治疗卒中后吞咽障碍的疗效及卒中后肺炎发生率的观察[J].疑难杂症杂志,2012,11(4):257-259.
- [6] 大西幸子,孙启良.摄食·吞咽障碍康复实用技术[M].赵峻,译.北京:中国医药科技出版社,2000:7-18.
- [7] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组.中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J].中华神经科杂志,2010,43(2):146-153.
- [8] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002:99-104.
- [9] 中华医学会神经病学分会.中国脑卒中康复治疗指南[J].中国康复理论与实践,2012,18(4):301-318.
- [10] 马月利,张黎明,祝勤雅,等.标准吞咽功能评定量表应用于高龄患者吞咽功能评估的信效度研究[J].护理学报,2012,5(19):65-67.
- [11] Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation[J]. J Clin Epidemiol, 1989, 42(8): 703-709.
- [12] Mchorney CA, Bricker DE, Kramer AE, et al. The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development[J]. Dysphagia, 2000, 15(3): 115-121.
- [13] 徐邵红,田闪,胡瑞萍,等.脑卒中吞咽障碍康复治疗的客观疗效与主观疗效差异性分析[J].康复学报,2016,26(5):17-20.
- [14] 萧言崧,杜健茹,章娟娟.深刺咽部穴位对老年中风后吞咽障碍的近远期疗效[J].中国医药导报,2016,13(7):96-99.

(责任编辑:吴凌)