

◆ 养生康复研究 ◆

康复训练配合补阳还五汤加减治疗中风后吞咽困难临床研究

王秀丽¹, 汪芳军¹, 毛福荣², 陈红星³

1. 衢州市第三医院康复科, 浙江 衢州 324000
2. 衢州市第三医院神经内科, 浙江 衢州 324000
3. 衢州市中医医院肾内科, 浙江 衢州 324000

[摘要] 目的: 观察康复训练联合补阳还五汤加减对中风后吞咽困难的临床疗效。方法: 将因脑中风入院并出现吞咽困难后遗症的87例患者, 按随机数字表法分为对照组44例与实验组43例。对照组单独采用康复训练(包括进食以及吞咽功能方面的训练)治疗, 实验组在康复功能训练的基础上联合补阳还五汤加减进行治疗。比较2组治疗前后洼田饮水试验评分, 以及总体疗效与并发症发生情况的比较。结果: 与对照组比较, 实验组治疗后洼田饮水实验评分为1级的人数显著增多, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。实验组总有效率为90.7%, 对照组为79.5%, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。对照组不良反应发生率15.9%, 实验组为4.7%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 康复训练联合补阳还五汤加减在中风后吞咽困难的治疗中能发挥疗效, 能够显著改善患者吞咽功能, 有效改善患者饮水与进食的能力, 提高生活质量, 给患者减少负担与痛苦。

[关键词] 中风; 吞咽困难; 康复训练; 补阳还五汤加减

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2019) 06-0329-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2019.06.101

Clinical Study on Rehabilitation Training Combined with Modified Buyang Huanwu Tang for Dysphagia after Stroke

WANG Xiuli, WANG Fangjun, MAO Furong, CHEN Hongxing

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of rehabilitation training combined with Buyang Huanwu tang for dysphagia after stroke. **Methods:** Divided 87 cases of patients enrolled in the hospital with sequela of dysphagia due to cerebral apoplexy randomly into the control group (44 cases) and the experimenta group (43 cases) according to the random number table. The control group was treated with rehabilitation training (including training in feeding and swallowing function), while the experiment group was treated with Buyang Huanwu tang on the basis of rehabilitation function training. Compared the scores of the water swallow test before and after treatment in the two groups and the overall clinical effect and the occurrence of complications. **Results:** Compared with that in the control group, the number of people who scored level 1 in the water swallow test after treatment in the experiment group was increased significantly, difference being significant ($P < 0.05$). The total effective rate was 90.7% in the experiment group and 79.5% in the control group, difference being significant ($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 15.9% in the control group and 4.7% in the experiment group, difference being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The application of rehabilitation training combined with Buyang Huanwu tang has curative effect for dysphagia after stroke. It can significantly improve the swallowing function of patients, effectively increase the ability to drink and eat of patients, promote the quality of life, and reduce the burden and pain of patients.

Keywords: Stroke; Dysphagia; Rehabilitation training; Modified Buyang Huanwu tang

[收稿日期] 2018-12-21

[作者简介] 王秀丽 (1984-), 女, 主治中医师, 研究方向: 康复。

中风为中医名,又名脑卒中,以突然晕倒、半身不遂、肢体麻木、口舌歪斜等症状为主要表现的神经科疾病,好发于中老年男性。中风后遗症较多,其中吞咽困难为较严重的一种,且发病率较高,占40%~45%。主要是由于中风后控制吞咽功能的舌下神经受损,影响患者的正常吞咽。在临床急性期若不及时缓解,可出现吸入性肺炎、营养不良甚至窒息等并发症,死亡率极高^[1]。西方医学对于中风后吞咽困难的治疗仍未能取得较好疗效,主要采取一些康复训练进行常规治疗。中医学对于中风病的治疗具有较多临床经验,对于中风后遗症也有一系列中医药古方,其中补阳还五汤为流传广泛的一种基础上根据患者不同临床表现进行加减配伍^[2]。笔者采用康复训练联合补阳还五汤加减治疗中风后吞咽困难,现将结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取2017年3月—2018年5月因脑中风入院,并出现吞咽困难后遗症的患者87例,随机分为对照组44例与实验组43例。实验组年龄51~73岁,平均(67.5±16.3)岁;病程20天~4个月,平均(1.5±0.6)个月;男24例,女19例;缺血性中风22例,出血性中风21例。对照组年龄56~73岁,平均(68.1±13.8)岁;病程20天~4个月,平均(1.3±0.7)个月;男25例,女19例;缺血性中风23例,出血性中风21例。2组性别、年龄、病程、中风类型一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),符合研究纳入标准,具有可比性。

1.2 诊断标准 按照《各类脑血管疾病诊断要点》^[3]与中对于中风后吞咽困难的诊断标准:洼田饮水实验评分为3级及其以上的急性期患者,头颅CT或磁共振成像(MRI)确诊为脑中风。

1.3 辨证标准 按《中风中医辨证施治》^[4]中肝阳暴亢证辨证标准:半身不遂、口舌歪斜,言语不利,面红目赤,舌红、苔黄,脉弦。

1.4 纳入标准 符合脑中风诊断标准;出现吞咽困难;初次接受诊疗;无心肝肾疾病;同意进行该研究。

1.5 排除标准 不遵从医嘱者;除中风外其他原因引起的吞咽困难;严重心肝肾疾病;对本研究使用药物不耐受。

2 治疗方法

2.1 对照组 单独进行康复训练治疗。①进食训练:进食姿势保持坐位或者半卧位,食物从流食到半流食最后过渡到固体食物,进食量由少到多进行逐渐增加,控制速度,便秘发生呛咳。②吞咽功能训练:嘱患者采取空吞咽的办法,以提高软腭和咽部的敏感度,进一步促进咽部肌肉群的收缩。康复训练每天1次,一次时间保证30 min以上,半月为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 实验组 在康复训练的基础上,联合补阳还五汤加减进行治疗,处方:黄芪60 g,当归尾、赤芍、川芎、桃仁、地龙、丹参各10 g,红花5 g,鸡血藤15 g构成主方,在主方基础上根据患者不同临床表现进行加减配伍,言语不利患者加石菖蒲、远志,口舌歪斜者加白附子、全蝎,大小便失禁者加益

智仁、桑螵蛸,肢体麻木者加木瓜、威灵仙。将组方中所有药材水煎服,每天1剂,分为早晚2次服用,半个月为1个疗程,共治疗2个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 治疗后洼田饮水试验评分比较;联合治疗后评价临床疗效;比较治疗后并发症情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS22.0统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料采用 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 洼田氏饮水试验 参考洼田氏饮水试验方法^[5],嘱患者取端坐位,饮50 mL温开水,由一名专业医生观察患者发生呛咳情况。1级:1次咽下,无呛咳发生;2级:2次及其以上咽下,不发生呛咳;3级:可一次性咽下但有呛咳;4级:2次及其以上咽下伴随呛咳;5级:咽下困难且频繁呛咳。

4.2 疗效标准 参考文献[6],痊愈:无吞咽障碍,饮水实验评分为1级;显效:吞咽障碍明显改善,饮水实验评分2级;有效:吞咽障碍较好转,饮水实验评分3级;无效:吞咽障碍无改善甚至加重,饮水实验评分4~5级。

4.3 2组洼田氏饮水试验评分比较 见表1。与对照组比较,实验组治疗后洼田饮水实验评分为1级的人数显著增多,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	时间	例数	1级	2级	3级	4级	5级	1级率(%)
实验组	治疗前	43	0	0	24	14	5	0
	治疗后	43	15	15	6	6	1	34.9 ^①
对照组	治疗前	44	0	0	18	20	6	0
	治疗后	44	6	13	10	13	2	13.6 ^②

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

4.4 2组临床疗效比较 见表2。实验组总有效率为90.7%,对照组为79.5%,差异有统计学意义($P<0.05$)。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	44	7(15.9)	11(25.0)	17(38.6)	9(20.5)	35(79.5)
实验组	43	10(23.3)	19(44.2)	10(23.2)	4(9.3)	39(90.7) ^①

与对照组比较,① $P<0.05$

4.5 2组并发症发生情况比较 见表3。对照组不良反应发生率15.9%,实验组为4.7%,2组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。

5 讨论

中风为脑血管意外常见病,好发于中老年男性患者,中风后遗留较多后遗症,其中吞咽困难发生率较高,且危害性也极

表3 2组并发症发生情况比较 例

组别	例数	肺炎	营养不良	其他	总发生率(%)
对照组	44	3	3	1	15.9
实验组	43	1	0	1	4.7 ^①

与对照组比较, ① $P < 0.05$

高。若在其发病急性期未能及时控制, 可产生肺炎、营养不良甚至窒息, 严重危害患者生命。中医学认为, 该病临床表现在咽部, 病因在脑部, 其病机是脑中风导致机体气血逆乱, 痰血瘀阻所致⁷。西方医学证明脑部损伤可引起迷走神经和舌下神经受损, 从而影响其吞咽功能。但目前西医对于该病的治疗尚缺乏有效手段, 主要采取康复锻炼进行康复治疗为主。康复训练包括以下2种, 进食训练: 进食姿势保持坐位或者半卧位, 食物从流食到半流食最后过渡到固体食物, 进食量由少到多进行逐渐增加, 控制速度, 避免发生呛咳。吞咽功能训练: 嘱患者采取空吞咽的办法, 以提高软腭和咽部的敏感度, 进一步促进咽部肌肉群的收缩。中医学理论中对于中风后吞咽困难的治疗具有许多经验, 前人留下较多中医药方剂, 其中补阳还五汤为流传广泛的一种。其配伍为黄芪、当归尾、赤芍、川芎、桃仁、地龙、丹参、红花、鸡血藤构成主方, 在主方基础上根据患者不同临床表现进行加减配伍。其中黄芪为扶正固本的中药材, 归脾、肺经, 药理研究表明黄芪有效成分为皂苷类、黄酮类化合物, 可双向调节血压, 扩张脑血管, 改善脑血管微循环; 当归归脾经、可燥湿润肠, 可调节血压; 川芎可扩张血管、降血压, 且具有止痛行气功效; 桃仁具有降血压以及抗炎作用; 地龙以及红花具有降血压的作用; 丹参中脂溶性主要为共轭醌、酮类化合物, 可起到化痰安神功效; 鸡血藤可活血通络, 治疗肢体麻木。以上药物配伍而成补阳还五汤主方, 具有调节血压, 行气活血的功效, 从源头治疗中风后吞咽困难。但将其两者联合治疗中风后吞咽困难的研究较少, 因此笔者开展其研究, 观察其疗效。

中风后吞咽困难, 主要引起吞咽功能的损害, 本研究采取日本洼田饮水试验评分来评价吞咽功能。此外, 该病急性期可

产生较多严重并发症, 主要有肺部炎症、营养不良等情况, 因此本研究还观察在治疗期间并发症发生的情况。与对照组比较, 实验组治疗后洼田饮水实验评分为1级的人数显著增多, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 此外, 与对照组相比, 实验组总有效率高, 且并发症发生率低, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。表明康复训练联合补阳还五汤加减在中风后吞咽困难的治疗中能发挥疗效, 能够显著改善患者吞咽功能, 有效改善患者饮水与进食的能力, 提高生活质量, 给患者减少负担与痛苦, 值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 班东林. 中风后遗症康复治疗研究综述[J]. 中医药学报, 2013, 41(2): 112-114.
- [2] 方相, 林咸明. “醒脑开窍”针刺法结合补阳还五汤加味治疗中风偏瘫[J]. 浙江临床医学, 2016, 18(10): 1896-1897.
- [3] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [4] 骆路明, 谢刚泰, 代明星. 中风中医辨证施治[J]. 四川中医, 2003, 21(1): 20-21.
- [5] 毕小敏. 脑卒中吞咽困难的早期康复治疗[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2001, 4(1): 82-83.
- [6] 韩淑凯, 宗雪娇, 郝海燕, 等. 自拟加味止痉散配合口针疗法对卒中致假性球麻痹患者吞咽功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2015, 31(1): 105-106.
- [7] 李鹏, 骆彤, 阮明军. 中风病的中医五脏病因病机探讨[J]. 中医药临床杂志, 2017, 29(7): 1004-1005.

(责任编辑: 吴凌, 李海霞)