

针灸结合吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍的影响研究

董莹莹

(河南科技大学第一附属医院眼科 洛阳 471003)

摘要:目的:探讨脑卒中后吞咽障碍患者给予针灸结合吞咽训练的临床疗效。方法:选取 2017 年 6 月~2018 年 7 月收治的脑卒中后吞咽障碍患者 80 例,按随机数字表法分为观察组和对照组各 40 例。对照组实施吞咽训练康复治疗,观察组在对照组基础上加以针灸治疗,比较两组临床疗效、治疗前后标准吞咽功能评价量表评分及洼田饮水试验评分。结果:观察组临床治疗总有效率高于对照组($P<0.05$);治疗后,观察组吞咽功能评分及洼田饮水试验评分均优于对照组($P<0.05$)。结论:对脑卒中后吞咽障碍患者给予针灸结合吞咽训练临床效果好,可有效改善患者吞咽功能,提高患者生活质量。

关键词:脑卒中;吞咽障碍;针灸;吞咽训练

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2020.06.027

脑卒中又称中风,是一种急性脑血管疾病。脑卒中后患者易发生吞咽障碍,是脑血管疾病常见的并发症^[1]。临床表现为吞咽困难、误吸及误咽,影响患者营养摄入,造成其免疫力降低,提高吸入性肺炎发病率,不利于患者预后^[2]。临床上治疗以吞咽康复训练为主,但临床效果有限。本研究旨在探讨针灸结合吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍患者的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2017 年 6 月~2018 年 7 月我院收治的脑卒中后吞咽障碍患者 80 例为研究对象。纳入标准:(1)符合脑卒中及卒中后吞咽障碍诊断标准;(2)可正常交流;(3)患者及其家属知晓本研究并签署知情同意书。排除标准:(1)合并心、肝、肾功能障碍者;(2)合并精神类疾病者;(3)合并免疫系统、内分泌系统、感染性疾病及恶性肿瘤者;(4)卒中后伴有感觉性失语、运动性失语者;(5)拒绝参加此次研究者。按随机数字表法将患者分为观察组和对照组,各 40 例。观察组男 26 例,女 14 例;年龄 55~80 岁,平均年龄(61.72 ± 4.08)岁;脑梗死 35 例,脑出血 5 例;病程 3~6 周,平均病程(4.23 ± 1.23)周。对照组男 25 例,女 15 例;年龄 56~81 岁,平均年龄(61.83 ± 4.21)岁;脑梗死 36 例,脑出血 4 例;病程 3~7 周,平均病程(4.31 ± 1.29)周。两组患者性别、年龄、疾病类型及病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组 给予吞咽康复训练。(1)直接方法。进食,使患者头部前屈,躯干抬高 30° 呈卧位,根据患者吞咽功能,食物选择液体、糊状、胶冻状食物过渡至固体食物。(2)间接方法。冷刺激,利用冰冷棉棒对咽后壁、舌根及软腭进行刺激,嘱患者做吞咽动

作;舌训练,指导患者进行舌部的旋转、伸翘和后缩运动;门德尔松手法,喉部无法做上抬运动者,给予颈部按摩,帮助上推喉部做吞咽动作;喉部可做上抬运动者,患者做吞咽动作,嘱患者吞咽时将舌抵住腭部,屏住呼吸促使甲状软骨上抬;声带闭合训练,指导患者深呼吸屏气约 3 s,发长音“C”进行多次训练,指导患者重复紧闭声门后进行咳嗽训练;面部肌群训练,指导患者做张口闭口、缩唇、鼓腮吹气等运动。治疗 3 个月。

1.2.2 观察组 在对照组基础上给予针灸治疗。方法:对廉泉、合谷、太冲、双侧风池、双侧夹廉泉、风府、双侧颈百劳等穴位常规针刺,得气后给予平补平泻手法,利用点刺放血法对玉液、金津穴位进行针刺,针刺时间为 3~4 次/周。治疗 3 个月。

1.3 观察指标 (1)比较临床疗效。(2)比较两组标准吞咽功能评价量表(SSA)评分。第 1 部分,评价患者意识、呼吸方式、自主咳嗽、唇闭合控制、软腭运动、咽反射、喉功能、头和躯干控制等,分值 8~23 分;第 2 部分,指导患者重复饮水 3 次,每次 5 ml,对患者吞咽时喉部运动、吞咽时哮喘、重复吞咽及喉功能情况进行评价,记录患者饮水时口角流水情况,分值 5~11 分;如果患者在进行第 2 部分评价时,出现 2 次及以上吞咽功能正常则进行第 3 部分评价,指导患者饮水 60 ml,观察患者吞咽功能及饮水时口角流水情况,分值 5~12 分。吞咽功能评分总分 18~46 分,分值越低代表吞咽功能越好。(3)比较两组洼田饮水试验评分。指导患者饮温水 30 ml,对呛咳及饮水时间进行观察。在 5 s 内 1 次咽下,为 1 分;在 5~10 s 内分 2 次以上咽下,并且没有呛咳,为 2 分;在 5~10 s 内 1 次咽下,发生呛咳,为 3 分;在 5~10 s 内分 2 次以上咽下,发生呛咳,为 4 分;在 10 s 内不能全部咽下,呛咳次数多,为 5 分。分值越低代表吞咽功能越好。

1.4 疗效判定标准 治愈：洼田饮水试验结果正常，患者吞咽困难、饮水呛咳症状消失；显效：洼田饮水试验评分明显升高，患者吞咽困难、饮水呛咳症状明显改善；有效：洼田饮水试验评分上升，患者吞咽困难、饮水呛咳症状有所缓解；无效：洼田饮水试验评分无改变，患者吞咽困难、饮水呛咳症状无改变，甚至加重。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

1.5 统计学处理 数据采用 SPSS20.0 统计学软件分析处理。计数资料以率表示，采用 χ^2 检验；计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验。 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗后，观察组临床总有效率为 95.00%，高于对照组的 80.00%，差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]						
组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	40	9(22.50)	17(42.50)	12(30.00)	2(5.00)	38(95.00)
对照组	40	2(5.00)	12(30.00)	18(45.00)	8(20.00)	32(80.00)
χ^2						4.114
P						0.043

2.2 两组 SSA 评分比较 治疗前两组 SSA 评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后两组 SSA 评分均较治疗前改善，且观察组评分优于对照组($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组 SSA 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	32.23± 7.08	21.65± 2.31
对照组	40	31.58± 7.25	25.87± 3.11
t		0.406	6.889
P		0.686	0.000

2.3 两组洼田饮水试验评分比较 治疗前两组洼田饮水试验评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)；治疗后两组洼田饮水试验评分均较治疗前改善，且观察组优于对照组($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组洼田饮水试验评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)			
组别	n	治疗前	治疗后
观察组	40	3.63± 0.75	1.43± 0.42
对照组	40	3.58± 0.72	1.86± 0.54
t		0.304	3.975
P		0.762	0.002

3 讨论

吞咽障碍是由多种原因引起，发生于不同部位的吞咽时咽下困难^[3-5]。中医学将脑卒中后吞咽障碍归为“喉痹、中风及暗瘕”，主要发病机制为气血亏虚，脉络痹阻，舌咽气机受阻而发病^[6]。任脉、足阳明

胃经、足太阴脾经、手少阴心经、足少阴肾经、手太阴肺经及足厥阴肝经等经络均经咽喉部，故采用针灸点刺法可疏经络，理气血，达到利咽通窍效果。

本研究结果显示，观察组患者临床治疗总有效率为 95.00%，高于对照组的 80.00%，说明对于脑卒中后吞咽功能障碍患者以康复训练结合针灸治疗，可改善其吞咽功能。与黄健婷等^[7]研究结果基本一致。治疗后，观察组患者 SSA 评分及洼田饮水试验评分均优于对照组，说明康复训练结合针灸治疗可有效改善患者饮水呛咳、吞咽困难等临床症状。有研究显示^[8]，玉液、金津穴位于颈神经分支和颈外动脉分支处，利用点刺法对穴位行针，可帮助改善患者脑部缺血，促进中枢神经功能恢复。覃亮等^[9]的研究中指出，对廉泉、双侧夹廉泉穴进行针刺，可对喉上神经起到刺激作用，对吞咽障碍有直接或间接改善作用。针刺合谷、太冲穴，可帮助患者疏通经络、活血化瘀，同时具有利关节与行气血的作用^[10]。风池穴位于足少阳经及阳维脉交汇处，对此穴行针可清利头目、熄风通络。针刺风府、颈百劳两穴有治疗舌缓及平喘化痰消肿的作用^[11]。对相关穴位进行针刺联合康复训练，可明显改善局部血液循环，修复神经，改善吞咽障碍，降低并发症发生率。综上所述，治疗脑卒中后吞咽障碍患者采用针灸结合吞咽训练临床疗效明显，可改善患者吞咽功能及预后。

参考文献

[1]王珊珊,顾莹,刘敏,等.口肌生物反馈训练结合常规吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(1):27-29

[2]李军,李毓新,吉智.综合康复训练对老年吞咽障碍患者并发症及康复效果的影响[J].中国老年学杂志,2018,38(22):5498-5499

[3]俞茗文,万萍.脑损伤后咽期吞咽障碍的康复治疗研究进展[J].中国康复,2017,32(6):581-521

[4]张廷碧,温璐璐,陈秀明,等.经颅直流电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(12):950-953

[5]唐李莹,陈炳,张垣,等.吞咽康复训练对老年脑卒中吞咽功能障碍患者生活质量的影响[J].中国老年学杂志,2019,39(9):2087-2090

[6]陈丹,郭海英.针刺结合康复训练治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍疗效观察[J].中国针灸,2018,38(4):364-368

[7]黄健婷,罗晓丹,崔韶阳,等.针刺结合康复训练对缺血性脑卒中患者吞咽障碍临床疗效观察及对血清 BDNF 的影响[J].中华中医药杂志,2019,34(2):830-833

[8]王舒环,张浩洋,刘海涛,等.针刺治疗脑卒中后吞咽障碍取穴规律文献研究[J].中医杂志,2017,58(16):1412-1415

[9]覃亮,张选平,杨信才,等.深刺廉泉与翳风穴对脑卒中后吞咽障碍的影响[J].针刺研究,2019,44(2):144-147

[10]方君辉,宋丰军,陈炳,等.颈项针联合电刺激对脑卒中吞咽障碍临床效果和脑血流的影响[J].中华中医药学刊,2019,37(2):474-479

[11]幸冰峰,周歆,邓先琴.通督调神针法联合吞咽训练对缺血性脑卒中吞咽障碍患者的疗效及对脑血流和血清神经营养因子的影响[J].针刺研究,2019,44(7):506-511

(收稿日期: 2019-12-20)