

优于对照组。2组临床疗效比较,综合组总有效率明显高于对照组,见表1、2。

表1 2组治疗前后洼田饮水试验评分比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	n	治疗前	治疗后
综合组	63	2.75±1.15	4.66±1.28 ^a
对照组	63	2.66±1.14	2.89±1.35

与对照组治疗后比较,^a $P < 0.05$

表2 2组治疗后临床疗效比较 例

分组	n	基本痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
综合组	63	25	9	5	24	61.9 ^a
对照组	63	10	6	8	39	39.7

与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

针刺可直接改善脑组织缺血、缺氧等病理状态,使可逆性神经细胞复活,纠正和解除抑制性泛化,并使被抑制的神经细胞觉醒^[6]。针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的中医理论基础是经络学说,本病主要与手太阴肺经、足阳明胃经,足太阴脾经、足少阴肾经、足厥阴肝经及任脉有关^[6],本文综合组针刺经络循行部位并配合吞咽功能训练,其总有效率明显优于常规药物治疗的对照组。本文发现卒中后早期应用针灸联合康复训练能

有效改善脑卒中患者的吞咽功能,综合组针刺治疗未发生不良反应,具有较好的安全性和耐受性,可有效改善患者吞咽障碍程度,减少并发症,提高生存质量,对脑卒中患者的预后具有一定的临床意义。

【参考文献】

- [1] Runions S, Rodrigue N, White C. Practice on an acute stroke unit after implementation of a decision-making algorithm for dietary management of dysphagia[J]. J Neurosci Nurs, 2004, 36(4): 200-207.
- [2] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [3] 包华, 杨述鸣, 张小平. 针灸联合康复治疗脑卒中急性期吞咽困难疗效观察[J]. 内蒙古中医药, 2011, 9(18): 41-42.
- [4] 李佩芳, 潘银星, 王颖, 等. 针刺配合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2011, 27(9): 1-5.
- [5] 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.
- [6] 唐巍. 针刺治疗脑卒中中作用机制研究进展[J]. 安徽中医学院学报, 2001, 20(2): 56-59.

经皮穴位电刺激对脑卒中吞咽障碍的影响

龙耀斌, 黄福才

【摘要】 目的: 探讨经皮穴位电刺激结合吞咽功能训练治疗脑卒中慢性期吞咽障碍的疗效。方法: 脑卒中吞咽障碍患者 60 例随机分为观察组和对照组各 30 例, 2 组均按常规进行吞咽功能训练, 观察组同时加用风池、风府、哑门、完骨、翳明、廉泉等穴经皮电刺激治疗。2 组治疗前后采用洼田氏饮水试验评定临床疗效。结果: 治疗 6 周后观察组治愈率及总有效率均明显高于对照组(30.0%、80.0%与 13.3%、43.7%, $P < 0.01$), 且误吸性肺炎发生率亦显著低于对照组(3.3%与 30.0%, $P < 0.05$)。结论: 经皮穴位电刺激结合吞咽训练能明显改善脑卒中后慢性期吞咽困难患者的吞咽功能, 显著降低误吸性肺炎的发生率。

【关键词】 脑卒中; 吞咽障碍; 经皮穴位电刺激; 吞咽训练

【中图分类号】 R49; R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.02.013

脑卒中患者并发吞咽障碍的发生率为 51%~73%^[1], 可导致吸入性肺炎、窒息、营养不良、脱水及心理障碍等并发症。慢性期脑卒中患者的吞咽障碍多由于口咽的协调性差、吞咽延迟等原因。本文拟探讨经

皮穴位电刺激(transcutaneous electrical nerve stimulation, TENS)结合吞咽训练对脑卒中慢性期吞咽障碍的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2009年3月~2011年10月在我科住院的脑卒中患者 60 例, 均符合第四届全国脑血管病

收稿日期: 2011-11-21

作者单位: 广西医科大学第一附属医院康复医学科, 南宁 530021

作者简介: 龙耀斌(1974-), 男, 副教授, 主要从事神经康复方面的研究。

会议制定的诊断标准,并位经脑部 CT 或 MRI 确诊,均首次发病,伴有吞咽功能障碍。随机分为 2 组各 30 例。①观察组,男 17 例,女 13 例;年龄 35~72 岁,平均(60.11±15.35)岁;病程 31~130d,平均(90.32±32.13)d;真性球麻痹 5 例,假性 25 例。②对照组,男 16 例,女 14 例;年龄 33~75 岁,平均(61.09±14.73)岁;病程 35~127 d,平均(88.55±30.44)d;真性球麻痹 4 例、假性 26 例。2 组一般资料比较差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 方法 2 组均进行吞咽功能训练,观察组同时配合经皮穴位电刺激治疗。①吞咽功能训练。间接训练:口腔功能训练,如缩唇、抿唇,舌尖上抬、伸缩舌、侧方主动运动等口颜面肌肉训练,或用冰棉棒刺激舌、软腭、咽部;发声训练,20~30 min,每日训练 1 次。直接训练:病情好转后开始阶段性摄食训练,患者取坐位或用 30~60°颈部前屈位,先给予冻胶样食物,逐渐过渡到糊状及固体食物,每日训练 3~5 次。②经皮穴位电刺激。患者取坐位或仰卧位,取风池、风府、哑门、完骨、翳明、廉泉等为主穴,肝阳上亢配太冲穴,气虚血瘀配足三里穴,阴虚风动配太溪穴。采用日本产 TM-21 型 Silver Spike Point(SSP)治疗仪,5 通道输出,每通道 2 个电极,带负压吸盘的棘状镀银电极,用最小的负压强度依次把电极吸附在下颌和喉区所选择的穴位上,频率 4 Hz,波形为双向对称方波,波宽为 250 μ s,强度 0~100 mA,刺激强度低于运动阈,30 min,每日 1 次。

1.3 评定标准 ①吞咽障碍程度:采用洼田氏饮水试验,观察患者端坐位喝下 30 ml 温开水所需时间及呛咳情况。1 级,能顺利地 1 次咽下;2 级,5~10 s 内分 2 次以上不呛地咽下;3 级,能 1 次咽下,但有呛咳;4 级,分 2 次以上咽下也有呛咳;5 级:全量咽下困难,频频呛咳。②临床疗效:痊愈,吞咽困难消失,饮水试验评定 1 级;有效,吞咽困难改善,饮水试验评定 2 级;无效,吞咽困难改善不显著,饮水试验评定 >3 级。③肺部感染发生率:观察 2 组患者住院期间误吸性肺炎的发生率。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 10.0 统计软件进行分析,计量资料采用百分率表示, χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 6 周后,2 组吞咽障碍程度均较治疗前明显改善,且观察组显著优于对照组;治疗后,2 组临床疗效比较,观察组痊愈及总有效率明显高于对照组。见表 1,2。

住院期间观察组发生误吸性肺炎 1 例,对照组 9 例,观察组误吸性肺炎发生率明显低于对照组(3.3%与 30.0%, $P<0.05$)。

表 1 2 组治疗前后吞咽障碍程度分级比较 级,例

组别	n	治疗前					治疗后				
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
观察组	30	0	0	7	17	6	9 ^{ab}	15 ^{ab}	3 ^{ab}	3 ^{ab}	0 ^{ab}
对照组	30	0	0	8	16	6	4 ^a	9 ^a	6	7 ^a	4

与治疗前比较,^a $P<0.05$,与对照组比较,^b $P<0.01$

表 2 2 组治疗后临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	有效	无效	痊愈率%	总有效率%
观察组	30	9	15	6	30.0 ^a	80.0 ^a
对照组	30	4	9	17	13.3	43.7

与对照组比较,^a $P<0.01$

3 讨论

Park 等^[2]对 4 例脑卒中吞咽障碍患者双侧咽腭弓进行 TENS 电刺激后所有患者的食物传递时间均缩短,渗入、误吸减少,表明刺激信息经舌咽传入通路进入吞咽中枢模式发生器而改善吞咽延迟。Ludlow 等^[3]对慢性吞咽障碍患者,下颌和喉区使用 TENS,给予低的刺激刺激阈值水平可以减少严重吞咽障碍患者的误吸和滞留。但给予最大耐受刺激量时出现舌骨下降。Gallas 等^[4]研究发现在吞咽时进行颌下电刺激,能提高吞咽的协调性。

中医认为本病病机为本虚标实,肝肾亏虚、气血虚弱为本,痰瘀阻络为标。本文观察组取风池、翳明、完骨以调肝熄风、豁痰利咽,取风府、哑门穴补脑益髓,调理气血,故能标本兼治。从解剖结构上看,风池穴深层有椎动脉,翳明穴深层可及颈内动脉,电刺激颈项部腧穴可改善脑部供血,促进中枢神经功能的恢复。假性球麻痹电刺激后可调节皮质和脑干网状结构中的吞咽中枢对于吞咽反射的控制作用,协调吞咽肌的运动;真性球麻痹电刺激可直接促使损伤的周围神经恢复^[5]。电刺激后进行口腔功能训练、口颜面肌肉训练促进反射弧重建,冰棉棒刺激舌、软腭和咽部可诱发咽反射,兴奋高阈值的 C 感觉神经纤维,易化 γ 运动神经。促进吞咽运动皮质的功能重组和中枢神经系统的可塑性变化。本文发现在脑卒中吞咽障碍常规治疗的基础上,加用经皮穴位电刺激能明显改善吞咽功能,显著降低误吸性肺炎的发生率。

【参考文献】

- [1] Cola MG, Daniels SK, Corey DM. Relevance of Subcortical Stroke in Dysphagia[J]. Stroke, 2010, 41(3): 482-486.
- [2] Park CL, O' Neill PA, Martin DF. A pilot exploratory

- study of oral electrical stimulation on swallow function following stroke: an innovative technique[J]. *Dysphagia*, 1997,12(3):161-166.
- [3] Ludlow CL, Humbert IJ, Saxon KG, et al. Effects of surface stimulation both at rest and during swallowing in chronic pharyngeal dysphagia [J]. *Dysphagia*, 2007, 22(1):1-10.
- [4] Gallas S, Marie JP, Leroi AM, et al. Sensory transcutaneous electrical stimulation improves poststroke dysphagic patients[J]. *Dysphagia*, 2010;25(4):291-297.
- [5] 张维, 刘志顺, 孙书臣, 等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍机理探讨[J]. *中国针灸*, 2002, 22(6):405-407.

心理干预联合高压氧治疗耳带状疱疹后遗神经痛

杨和平

【摘要】 目的:观察心理干预联合高压氧治疗对耳带状疱疹后遗神经痛的疗效。方法:耳带状疱疹后遗神经痛患者60例随机分为2组各30例,均行高压氧治疗,观察组同时给予认知干预、心理支持及健康教育等心理治疗。结果:治疗4周后,观察组治愈及总有效率均明显优于对照组(26.7%、96.7%与6.7%、70.0%, $P<0.01$)。结论:心理干预联合高压氧治疗耳带状疱疹后遗神经痛疗效较好,值得临床推广应用。

【关键词】 耳带状疱疹;后遗神经痛;高压氧;心理干预

【中图分类号】 R49;R752.12 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2012.02.014

带状疱疹,尤其是特殊部位的带状疱疹,常并发有后遗神经痛,严重影响患者的生活质量。本文采用心理干预联合高压氧治疗耳带状疱疹后遗神经痛30例,疗效较好,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008年1月~2010年1月在我科就诊的耳带状疱疹患者60例,均符合耳带状疱疹的诊断标准^[1],并经药物治疗疗效不佳者。随机分为2组各30例,①观察组:男16例,女14例;平均年龄52.6岁;病程2~8个月,平均3个月。②对照组:男20例,女10例;平均年龄49.9岁;病程1~7个月,平均2.5个月。2组一般资料比较差异无统计学意义。

1.2 方法 2组均行高压氧治疗,观察组同时联合心理干预治疗。①高压氧治疗:采用HKO-28型多人空气加压舱,于20 min内将舱内压力升至 2×10^5 Pa (2ATA),患者戴面罩吸纯氧20 min,休息5 min改吸舱内压缩空气,反复3遍,缓慢减压3 min至正常压力后出舱,每天1次,每次1 h。②心理治疗:认知治疗,纠正患者的各种负性认知,通过交谈,找出影响患者心理行为的错误思维方式和歪曲的认知,并通过认知重

建对其加以纠正,降低消极情绪反应。心理支持治疗,帮助患者获取积极的认知应对和行为应对,鼓励患者树立战胜疾病的信心,向患者介绍高压氧治疗效果及可能出现的不适感、并发症、副作用及其处理方法。健康教育,有针对性地向患者及家属讲解疾病的性质、病程、预后及治疗方法等有关知识,介绍如何掌握良好的应对技巧、寻求社会支持,学会如何控制自己的不良情绪对心身的影响等,提高治疗的依从性。暗示治疗,转移止痛,根据患者喜好,选放一些轻快高调的音乐,或看笑话、幽默小说,听相声,或闭目想愉快的事情以转移疼痛;语言暗示止痛,暗示患者进行自身调节,配合治疗就一定战胜疾病;药物暗示止痛,必要时给予多种维生素片替代止痛药,暗示患者为高效止痛和提高免疫力的药。

1.3 疗效标准 治疗前后采用VAS评分评定患者疼痛程度,总分0~10分,0分为无痛,10分为最大程度疼痛。疗效指数= $[(\text{治疗前总分}-\text{治疗后总分})/\text{治疗前总分}] \times 100\%$ 。疗效指数 $\geq 90\%$ 为痊愈,疗效指数 $60\% \sim 89\%$ 为显效,疗效指数 $30\% \sim 59\%$ 为好转,疗效指数 $< 30\%$ 为无效。

1.4 统计学方法 采用SPSS 13.0统计软件分析,计数资料以百分率表示, χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

收稿日期:2011-08-10

作者单位:长江航运总医院武汉脑科医院耳鼻喉科,武汉430022

作者简介:杨和平(1955-),男,副主任医师,主要从事耳鼻喉科微创手术方面的研究。