

针刺联合间歇管饲治疗卒中后吞咽障碍的临床疗效观察

杜念念, 万裕萍

【摘要】 目的:探讨“利咽通络”针法联合间歇性管饲治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。**方法:**将 80 名卒中后吞咽障碍患者随机分为观察组与对照组各 40 例。对照组在常规内科治疗及吞咽康复训练基础上应用间歇性管饲治疗,观察组在对照组基础上使用“利咽通络”针刺法治疗,均持续治疗 4 周,比较治疗前后标准吞咽功能评分(SSA)、吞咽障碍特异性生活质量量表评分(SWAL-QOL)、Barthel 指数评分,比较治疗后 2 组临床疗效及不良反应。**结果:**治疗 4 周后,2 组 SSA 评分均较治疗前降低($P<0.05$),且观察组 SSA 评分低于对照组($P<0.05$);2 组治疗后 SWAL-QOL 评分与 Barthel 指数评分均较治疗前升高($P<0.05$),且观察组更高于对照组($P<0.05$)。治疗 4 周后,观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。**结论:**“利咽通络”针法联合间歇性管饲能有效改善卒中后吞咽障碍患者吞咽功能,提高患者生活质量,值得临床推广。

【关键词】 脑卒中;吞咽障碍;利咽通络针法;间歇性管饲

【中图分类号】 R49;R743.3 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2023.05.011

吞咽障碍是脑卒中最常见与最严重的并发症之一,其发生率约为 37%~38%,急性期可高达 60%,使患者面临肺炎、营养不良、抑郁的高风险,导致反复肺部感染、脱水、残疾甚至死亡^[1]。在患者恢复过程中如何尽快拔除鼻饲管,经口进食对患者后期吞咽功能恢复意义重大,也是临床研究热点^[2-3]。针灸已被证明可显著减弱卒中后吞咽困难的风险^[4-5],本研究将“利咽通络”针法联合间歇性管饲用于脑卒中后吞咽障碍患者,以探讨其疗效与安全性,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 收集 2020 年 7 月~2022 年 2 月本院就诊的脑卒中后吞咽障碍患者,共 80 例。诊断标准:符合脑卒中诊断标准和吞咽障碍诊断标准^[6-7]。纳入标准:首次发病,病程 2~12 周,年龄 30~70 岁;意识清楚,病情稳定,可自主配合经口至食道间歇性管饲操作并能参与本研究治疗全过程者;受试者自愿签署知情同意书。排除标准:合并其他引起吞咽障碍疾病者,如头颈部肿瘤、重症肌无力等;其他心脑血管疾病者;精神病患者;严重出血性疾病者;严重脏器功能障碍者;对本研究所用方法不耐受者。患者随机分为对照组与观察组,每组各 40 例。2 组患者一般资料比较差异无统计学意义,见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组 在常规神经内科治疗(脑血管二级预

表 1 一般资料比较

组别	n	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	病程 (d, $\bar{x} \pm s$)	卒中类型(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
观察组	40	23	17	56.90 $\pm$ 4.92	38.58 $\pm$ 6.70	31	9
对照组	40	19	21	54.93 $\pm$ 4.57	39.73 $\pm$ 7.05	29	11
P/χ^2		0.163		0.207	0.156	0.272	

防)及吞咽康复训练基础上,给与经口至食道间歇性管饲治疗^[8]。常规吞咽康复训练包括咽部冷刺激;屏气发声训练;微笑、露齿、鼓腮、皱眉等面部运动;嘱患者张口,伸出舌头向前、向左、向右摇动,再努力用舌尖舔上、下唇;嘱患者头转向患侧,做吞咽动作,使缩小患侧咽腔,扩大健侧,帮助食物通过。经口至食道间歇性管饲:操作前详细评估受试者吞咽功能及承受能力,解释经口间歇性管饲的插管方式及目的,辅助患者将下颌稍抬起、以温水湿润胃管前端,完善插管前准备;将胃管沿吞咽瘫痪侧向咽后壁推进胃管,至咽喉部时(约 8~10cm)行吞咽动作,顺势插入食管。用注食器向胃管内注入患者每餐所需的糊状食物,喂餐完毕后拔出胃管,并以温开水冲洗胃管。胃管注食时间因人而异,一般持续 10~20min,上述治疗均维持 4 周。

1.2.2 观察组 在对照组的基础上予以“利咽通络”针法治疗,由头针(百会、神庭、双侧运动区下 2/5)、舌三针及翳风透喉结组成。百会、神庭、翳风穴位定位参照“十一五”《针灸学》教材,头针取焦氏头针双侧运动区下 2/5,舌三针取靳三针穴组内舌三针^[9]。操作:辅助患者摆好体位,局部安尔碘常规消毒,选取 0.25 mm $\times$ 25cm 环球牌一次性针灸针,头针平刺入 10~15mm,舌三针向舌根方向刺入 15~20mm,留针期间行小幅度提插捻转约 15s;翳风透喉结选取 0.3 $\times$ 50mm 环球牌一次性针灸针,从翳风穴刺向喉结方向快速进针后缓慢推进 35~40mm,运用小幅

收稿日期:2022-08-27

作者单位:荆州市中医医院,湖北 荆州 434400

作者简介:杜念念(1984-),男,主治医师,主要从事吞咽康复方面的研究。

通讯作者:万裕萍, jzjyk@qq.com

度、高频率捻转手法约 1min 后出针。治疗时间:针刺频次 5 次/周,舌三针留针 20min,共治疗 4 周。

1.3 评定标准 ①标准吞咽功能评分(standardized swallowing assessment,SSA):SSA 分为三部分,总分为 46 分,分数高低与吞咽障碍程度成正比^[10]。②吞咽障碍特异性生活质量量表(swallowing-quality of life,SWAL-QOL):SWAL-QOL 是由 11 个维度和 44 个条目组成,总分为 220 分,包括症状、食物选择、语言交流等,分数高低与吞咽障碍患者生活质量成正比^[11]。③巴氏指数(Barthel index,BI):满分为 100 分,分数越低则生活能力越差。④临床疗效:临床疗效评价依据治疗 4 周结束时 SSA 较治疗前分数变化值,其最低分为 17 分,设定减分率计算方法为:(治疗前评分-治疗后评分)/(治疗前评分-17)×100%。依据 SSA 分数值治疗前后变化的减分率制定疗效评价等级方法^[12]。⑤记录治疗期间不良反应。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 24.0 统计学软件进行统计分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间均数比较采用独立样本 *t* 检验,组内均数比较采用配对样本 *t* 检验,通过卡方检验对等级资料进行统计学分析,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 4 周后,2 组 SSA 评分均较治疗前降低($P < 0.05$),且观察组 SSA 评分低于对照组($P < 0.05$);2 组治疗后 SWAL-QOL 评分与 BI 评分均较治疗前升高($P < 0.05$),且观察组更高于对照组($P < 0.05$),见表 2。治疗 4 周后,观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。2 组患者观察期间均未见明显不良反应。

表 2 2 组各项评分治疗前后比较 分, $\bar{x} \pm s$

组别	<i>n</i>	时间	SSA	SWAL-QOL	BI
观察组	40	治疗前	35.13±1.77	97.03±20.91	50.90±20.37
		治疗后	20.97±2.94 ^{ab}	179.95±24.32 ^{ab}	77.80±10.91 ^{ab}
对照组	40	治疗前	34.58±1.53	161.13±29.21	45.70±16.82
		治疗后	22.65±3.81 ^a	154.45±26.37 ^a	70.20±15.10 ^a

与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组比较,^b $P < 0.05$

表 3 2 组临床疗效比较 例

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效率%
观察组	40	5	27	5	3	92.5 ^a
对照组	40	3	17	13	7	82.5

与对照组比较,^a $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中后吞咽障碍的病理生理机制主要为脑、舌、咽及其附属结构之间的神经出现损伤,进而吞咽相关肌肉协调性下降而导致发病^[13]。中医学中脑卒中后吞咽障碍隶属“瘖痺”范畴,其神机失用,气血不和,脏

腑经脉失调,应行醒脑开窍、益肾生髓、通经活络利舌之治法。针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的安全性及有效性已被广泛证实,且研究表明随患者神志转清、病情稳定后,越早介入针灸,其疗效越好^[14],脑卒中后吞咽障碍患者接受针灸治疗后,可能重建上运动神经元和运动神经细胞核之间的联系,脑干听觉诱发电位的潜伏期与振幅也得到改善,最终促进中枢神经系统功能的恢复^[15]。本研究中“利咽通络”针法能通过激活吞咽运动区及周围组织增强皮层对相关器官的调控,从而提高吞咽功能。

研究表明,使用频次最高的腧穴均位于颈项、舌咽部,本研究中舌三针的选取体现“腧穴所在,主治所及”的治疗规律,可起到疏调颈咽部经络、鼓动气血、通畅气机之效^[16]。现代研究亦证实针刺舌三针可刺激吞咽活动相关的肌肉从而系统调节大脑功能,并且能刺激岛叶功能,激活内脏神经功能,导致咽缩肌及环咽肌开放,促进食物向食管传递^[17]。翳风穴为手足少阳经交会穴,在颜面口舌疾病的治疗中发挥重要作用,其浅层分布耳大神经与颈外经脉属支,深层分布耳后动脉、面神经等,针刺此穴可起到调节局部血液循环、改善神经调节等作用^[18]。针刺深度与疗效密切相关,冯声旺等^[19]证实深刺翳风对吞咽障碍患者的治愈率及有效率明显高于常规针刺法,翳风深刺透喉结使利咽开窍之功更甚。舌三针联合翳风深刺透喉结,颈咽部腧穴配合使用协同增效,共同调节神经功能,有利于局部瘫痪肌肉功能恢复,从而改善吞咽障碍。

目前卒中后吞咽障碍患者主要以基础吞咽治疗配合留置胃管以解决患者进食问题,然而如何尽快拔除患者鼻饲管,尽早恢复经口进食意义重大。本研究采取“利咽通络”针法联合间歇性管饲为治疗手段,进食时经口插入上食道,不进食时拔出,其与正常口腔进食路径一致,在非喂食期间可保持食管括约肌闭合。与过往鼻饲管相比,能有效避免胃食管反流、咽部细菌定植以及皮肤黏膜溃疡等影响;同时在插管过程中可在口腔内反复进行舌咽肌的刺激训练,增强舌肌相关部位肌力恢复,改善口咽的运动能力,从而改善吞咽功能。既往研究表明间歇性管饲联合针刺或中药治疗可改善患者吞咽功能,减少肺部感染几率,提升治疗效果及远期疗效^[20-21]。本研究也证实了间歇性管饲结合常规吞咽康复可以改善吞咽功能,但相较而言“利咽通络”针法联合间歇性管饲对于患者吞咽机能恢复更为有效。

综上所述,本研究证实了“利咽通络”针法联合间歇性管饲法能够有效改善患者吞咽功能,提高卒中后吞咽障碍患者生活质量。但目前受限于样本量较小,

其远期疗效缺乏确切的评估;且本研究仅为疗效评估,缺乏机制探索,期待未来扩大样本量,联合脑功能磁共振等神经影像、神经电生理方面进一步揭示其内在的作用机制。

【参考文献】

- [1] Meng PP, Zhang SC, Han C, et al. The Occurrence Rate of Swallowing Disorders After Stroke Patients in Asia: A PRISMA-Compliant Systematic Review and Meta-Analysis[J]. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2020, 29(10):105113-105113.
- [2] 陈凤侠,房金勇,李红玲. 靶向针刺联合经颅磁刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国康复, 2020, 35(6):291-294.
- [3] 王寅,何宇峰,凌水桥,等. 廉泉穴不同针刺深度联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍患者临床疗效研究[J]. 中国康复, 2021, 36(6):335-338.
- [4] Qiao J, Wu ZM, Ye QP, et al. Relationship between Post-Stroke Cognitive Impairment and Severe Dysphagia: A Retrospective Cohort Study[J]. Brain Sci, 2022, 12(6):803-803.
- [5] Lu Y, Chen Y, Huang D, et al. Efficacy of acupuncture for dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis[J]. Ann Palliat Med. 2021, 10(3):3410-3422.
- [6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(9):710-715.
- [7] 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12):881-892.
- [8] 王如贵. 综合康复治疗与脑卒中后吞咽困难的研究[J]. 现代预防医学, 2005, 10(9):1089-1091.
- [9] 石学敏. 针灸学[M]. 第 2 版. 北京:中国中医药出版社, 2007:63-122.
- [10] 张通. 脑卒中的功能障碍与康复[M]. 北京:科学技术文献出版社, 2006:447-449.
- [11] 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.
- [12] 包宗昭,李成林. 临床诊断及疗效判断的四级加权评分法介绍[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2000, 15(2):164-166.
- [13] 祁玉军,潘秋银,王文远,等. 项丛刺疗法对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及呼吸功能的影响[J]. 中国针灸, 2021, 41(12):1303-1307.
- [14] 王欢,周鸿飞,李春日,等. 针刺结合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍 Meta 分析[J]. 针灸临床杂志, 2019, 35(10):75-81.
- [15] Zhang PD. Comparative observation on the effect of acupuncture and swallowing training in auxiliary treatment of dysphagia during stroke recovery[J]. Proceedings of the first dysphagia forum, 2009, 12(5):827-831.
- [16] 杨圣洁,高瑞骏,卢岩. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍用穴规律研究[J]. 中国中医急症, 2018, 27(6):979-981, 999.
- [17] 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(02):144-147.
- [18] 张茜,付海燕,刘欢,等. 针刺结合神经肌肉电刺激对脑卒中后咽期吞咽障碍的影响[J]. 中国康复, 2016, 31(1):39-41.
- [19] 冯声旺,曹淑华,杜淑佳,等. 针刺配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(4):347-350.
- [20] 潘海英,张楠,赵晶,等. 经口间歇管饲联合自拟宣窍利咽汤治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效[J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33(5):552-556.
- [21] 张艳琴. 针刺结合间歇经口至食管管饲技术对脑卒中吞咽功能障碍的影响研究[J]. 全科护理, 2020, 18(11):1381-1383.

· 外刊拾粹 ·

通过神经阻滞治疗耳鸣

最近的数据表明,耳鸣感知与听觉皮层的过度活跃和大脑功能连接的改变有关。本研究探讨了神经阻滞和神经刺激相结合的治疗方法的疗效。受试者为 63 名顽固性或复发性耳鸣患者。受试者接受单侧或双侧神经阻滞,0.5%利多卡因施用于面神经(第七颅神经)和耳颞神经(三叉神经的分支下颌神经的分支)。然后,研究者在没有手法或电针刺激的情况下放置针头,刺激面神经和耳颞神经 20~40 分钟。在最初的 2~3 周内,该治疗每周进行 2~3 次。在确认耳鸣明显持续减少或消失后,治疗次数减少到每周 1 或 2 次,然后每周或每 2 周 1 次。对上述患者随访一年。主要结果是耳鸣 VAS(T-VAS)。亚急性组的 T-VAS 评分从基线时的 7.13 降低到随访时的 0.6,慢性组从基线时 7.73 降低到 3.25(两组均 $P<0.001$)。第 4 次治疗后,亚急性组的平均 T-VAS 从基线时的 7.13 降至随访时的 2.4,慢性组从基线时 7.73 降至 3.25(两组均 $P<0.001$)结论:这项针对顽固性耳鸣患者的研究发现,在听觉和非听觉神经刺激中结合改良神经阻滞可以改善耳鸣症状。

(张长杰译)

Sirth S, et al. Integrative Treatment for Tinnitus Combining Repeated Facial and Auriculotemporal Nerve Blocks with Stimulation of Auditory and Non-Auditory Nerves. Front Neurosci. 2022, 10, 3389/fnins. 2022. 758575.

中文翻译由 WHO 康复培训与研究合作中心(武汉)组织

本期由中南大学湘雅二医院张长杰教授主译编