

● 针推医学 ●

深刺颈项部腧穴治疗 脑卒中后吞咽障碍 30 例临床观察

赵珊珊¹, 郑健刚²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300073;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[摘要] 目的:观察深刺颈项部腧穴治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床疗效。方法:将 60 例脑卒中后吞咽障碍患者随机分为治疗组和对照组各 30 例,治疗组给予 60~70mm 深刺颈项部穴位治疗,对照组给予 30~40mm 浅刺治疗。2 组均在治疗前及治疗 20d 后分别采用洼田饮水试验评分量表以及藤岛一郎吞咽疗效评价标准判断治疗前后吞咽程度变化。结果:总有效率治疗组为 90.0%,对照组为 66.7%,2 组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。治疗 20d 后 2 组的洼田饮水试验评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.01, P < 0.05$)。结论:颈项部穴位深刺比浅刺改善脑卒中后吞咽困难的临床疗效更为显著。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 针刺疗法

[中图分类号] R246.6 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.037

吞咽困难是脑卒中常见的一种后遗症,现代医学认为是假性球麻痹所致的吞咽颅神经与脑干神经核的损伤引起的延髓麻痹或双侧皮质延髓束损伤,致使支配咽喉部肌群运动以及支配舌肌功能的神经核受到损害,患者不能吞咽就不能保证足够的进食,造成营养不良,抵抗力下降,吞咽呛咳会使食物进入气管或肺部,引起窒息或肺部感染^[1-2]。据相关资料报道,22%~65%会发生不同程度的吞咽困难^[3]。许多临床实践证明针灸是卒中后吞咽困难的有效治疗方法^[4-6]。笔者采用深刺颈项部腧穴治疗脑卒中后吞咽障碍 30 例,取得了较好的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 2 月至 2016 年 12 月在天津中医药大学第一附属医院针灸科住院患者 60 例,按入院先后顺序采用随机数字表法及单盲法随机分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男 20 例,女 10 例;脑梗死 25 例,脑出血 5 例;病变部位位于脑干者 9 例,大脑半球者 21 例;年龄最大 72 岁,最小 45 岁,平均(54.97 ± 5.46)岁;病程最长 23 个月,最短 14d,中位病程(72.53 ± 38.13)d。对照组男 18 例,女 12 例;脑梗死 23 例,脑出血 7 例;

病变部位位于脑干者 8 例,大脑半球者 22 例;年龄最大 73 岁,最小 44 岁,平均(55.17 ± 4.73)岁;病程最长 25 个月,最短 11d,中位病程(72.37 ± 37.10)d。所有患者在就诊 48h 内运用洼田氏饮水试验进行评分。2 组患者的性别、年龄、病程、卒中类型、病变部位比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照“中国脑血管病防治指南·摘要(三)”^[7]标准拟定。假性球麻痹诊断标准参照史玉泉编著的《实用神经病学》^[8]拟定。(1)症状:具有吞咽或咀嚼困难,饮水呛咳,构音障碍;(2)体征:软腭反射消失,咽反射减弱;(3)起病特点:急性起病且多伴有诱发因素;(4)影像学检查:头颅 CT 或 MRI 检查诊断为脑梗死或脑出血。

1.3 纳入标准 (1)符合上述诊断标准,病程在 14d~半年,年龄在 80 岁以内;(2)洼田饮水试验评定为 2 级以上,吞咽功能评估证实存在吞咽困难;(3)患者的生命体征较为平稳无认知障碍,首次合并吞咽障碍,同时符合吞咽困难的相关定义^[9];(4)患者认知功能正常,MMSE 评分 > 24 分;(5)患者及家属同意治疗方案并签署知情同意书。

1.4 排除标准 (1)口腔、食管及神经系统肌肉

第一作者:赵珊珊,女,2015 级硕士研究生,研究方向:针灸推拿学

通讯作者:郑健刚,男,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针灸治疗脑病, E-mail: jgzhen2008@163.com

疾病导致吞咽困难;(2)伴有心、肝、肾等重要器官的功能衰竭需要其他治疗;(3)伴有脑器质性精神障碍;(4)伴有痴呆或认知障碍不能配合治疗;(5)依从性差或中途加用非规定范围内的其他治疗。

1.5 剔除标准 (1)出现严重不良事件;(2)治疗过程中出现2次及以上晕针现象,患者拒绝继续原治疗方案;(3)主动退出观察。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组患者均参照“中国急性缺血性脑卒中诊治指南”^[10]予以吸氧,卧床休息,调整血压,改善脑循环,抗血小板聚集,营养神经,调节血脂,降低血糖,防治脑水肿,营养支持及维持水、电解质平衡等对症处理。2组均用石学敏院士所创立醒脑开窍针刺疗法。肢体活动障碍均予肢体常规针刺,上肢取穴:肩髃、臂臑、曲池、手三里、外关、合谷;下肢取穴:血海、梁丘、足三里、阴陵泉、阳陵泉、绝骨、三阴交、太冲;头面部取百会、四神聪、水沟;语言不利者加点刺舌面(舌体中、前及两侧边缘)及金津、玉液穴点刺出血。

2.2 治疗组 在基础治疗的基础上加颈项部腧穴深刺治疗。穴取:风池(双侧)、完骨(双侧)、翳风(双侧),患者仰卧位,选取华佗牌0.3mm×75mm一次性毫针刺。风池、完骨穴针刺方向朝喉结,进针60~70mm,施小幅度高频率捻转补法;翳风穴针刺方向朝舌根,进针60~70mm,施小幅度高频率捻转补法。3穴均以咽喉麻胀感或出现吞咽动作为度。

2.3 对照组 在基础治疗的基础上加颈项部腧穴浅刺治疗。选取0.3mm×45mm一次性针灸针,针刺深度为30~40mm。取穴和针刺方法同治疗组。

2组患者均每天治疗1次,10d为1个疗程,1个疗程后休息1d再进行第2个疗程治疗,2个疗程后统计疗效。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)洼田氏饮水试验及分级^[11]: 可让患者一次性喝下大约30mL左右的温开水,观察并记录所需时间及呛咳情况。据此将吞咽功能分为5级。1级:5s内将水1次顺利喝完,无呛咳,计0分;2级:5s内将水1次喝完,有呛咳,或5s以上将水分2次喝完,无呛咳,计2分;3级:5s以上将水

1次喝完,有呛咳,计4分;4级:5s以上将水分2次以上喝完,有呛咳,计6分;5级:屡屡呛咳,10s内全部咽下困难,计8分。(2)藤岛一郎吞咽疗效评价标准^[12]:不适合任何训练,且不能经口进食计1分;仅适合基础吞咽训练,仍不能经口进食计2分;可有吞食动作,但不能经口进食计3分;在安慰中可少量进食,但仍需静脉营养计4分;一两种食物经口进食,需部分静脉营养计5分;3种食物经口进食,需部分静脉营养计6分;3种食物经口进食,不需静脉营养计7分;除特殊难吞咽食物外,均经口进食计8分;可经口进食,但需要临床观察指导计9分;正常摄食吞咽能力计10分。

3.2 疗效标准 治愈:饮水呛咳、吞咽困难症状消失,藤岛一郎吞咽疗效评价正常9~10分;显效:饮水、吃饭无呛咳,可进食软流质,藤岛一郎吞咽疗效评价提高6~8分;好转:饮水、吃饭偶有呛咳,需时较正常延长,藤岛一郎吞咽疗效评价提高3~5分;无效:经治疗后饮水呛咳、吞咽困难改善不显著,藤岛一郎吞咽疗效评价提高<3分。

3.3 统计学方法 应用SPSS 19.0统计软件进行数据处理,计量资料采用 t 检验,数据分析结果以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,组间比较应用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验,组间等级资料的比较采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组吞咽疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为66.7%,组间比较,差异有统计学意义。(见表1)

表1 2组吞咽疗效比较[n(%)]

组别	n	治愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	30	2(6.7)	15(50.0)	10(33.3)	3(10.0)	27(90.0) ^a
对照组	30	1(3.3)	8(26.7)	11(36.7)	10(33.3)	20(66.7)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后洼田饮水评分比较 2组评分治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表2)

表2 2组治疗前后洼田饮水评分比较($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	20d后
治疗组	30	4.87 ± 1.79	2.61 ± 1.53 ^{ab}
对照组	30	5.30 ± 1.55	3.65 ± 1.43 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨 论

脑卒中后吞咽困难常伴随声音嘶哑、饮水呛咳、构音障碍等,属于中医学“暗瘕”“喉痹”范畴。其病因病机属本虚标实,病理因素可归纳为虚、风、痰、火,病位在舌咽、脑,与心、肝、脾、肺、肾相关^[13]。现代医学认为卒中后吞咽困难的发生机制主要是由于假性球麻痹所致的吞咽颅神经与脑干神经核的损伤引起的延髓麻痹或双侧皮质延髓束损伤,致使支配咽喉部肌群运动以及支配舌肌功能的神经核受到损害,引起参与吞咽动作的各个环节功能失调^[14]。

文献报道用浅刺治疗脑卒中后吞咽障碍的较多,而用深刺治疗该症的较少,深刺具有进针深,得气快,刺激强的特点,能够更好地通经导气,促进经气的运行,协调脏腑的功能,调整机体气血、阴阳的偏盛偏衰,升提中焦之气,使疾病向好的方向转变^[15]。《素问·刺要论》载:“病有浮沉,刺有浅深,各至其理,无过其道。”《素问·阴阳应象大论》载:“善诊者,察色按脉,先别阴阳”,阴阳是八纲辨证的总纲,中医学对不同疾病的阴阳属性有不同的认识。舌咽部为足三阴经所过之处,属阴分,吞咽障碍是喉口不能下咽食水,喉、口为“窍”,窍属阴。《灵枢·阴阳清浊》载:“刺阴者,深而留之”。故针刺治疗吞咽障碍宜深刺。现代研究认为针刺能增加患者脑部血液循环,改善局部微循环,针刺相应腧穴,能增强神经反射性,提高与神经肌肉的控制能力,最终促进症状恢复^[16]。治疗组采用深刺颈项部穴位治疗,愈显率明显高于对照组。从现代医学解剖学角度来看,颈项部腧穴在解剖学定位上会经过诸如颈内动静脉,椎动静脉,枕小神经,枕大神经,舌咽、迷走神经等特定神经、血管,因其针刺深、刺激量大可能对这些特定的神经、血管产生更强的刺激,因而可以更好地改善后循环缺血,进而促进脑组织的血液循环,改善病变脑组织局部缺氧缺血状态,从而影响血管生长因子的代谢,促进新的血管生成和侧支循环的建立,另一方面通过深刺激将神经冲动传导到中枢神经,使中枢神经系统发挥修复及整合作用来保护神经元,从而完成对中枢神经的修复和促通作用,调节控制吞咽反射的皮质和脑干网状结构中的吞咽中枢,恢复脑干的传导和反射功能,缓解局部肌肉痉挛,恢复肌力,促进咽部肌肉协调运动,最终使吞咽功能得以改善。结果显示深

刺治疗中风后吞咽障碍疗效显著,能更有效改善患者症状。

治疗组针刺风池、翳风穴,进针深度是传统针法进针深度的2倍以上,选穴少,疗效高,但要严格掌握进针方向、进针深度,操作手法及施手法时间是收效之关键。

参考文献

- [1] Finestone HM, Greene - Finestone S. Rehabilitation medicine: 2. Diagnosis of dysphagia and its nutritional management for stroke patients[J]. CMAJ, 2003(169):1041 - 1044.
- [2] 张婧. 卒中后吞咽困难的识别和管理指南[S]. 中国卒中杂志, 2007,2(3):249 - 262.
- [3] 中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室,等. 中国脑卒中康复治疗指南[S]. 中国康复理论与实践, 2012,18(4):301 - 318.
- [4] Ramsey DG, Smithard DG, Kalra L. Early assessments of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients[J]. Stroke, 2003(34):1252 - 1257.
- [5] 孟迎春,王海泉. 舌咽局部深刺治疗中风后吞咽障碍 85 例(英文)[J]. WorldJournalofAcupuncture - Moxibustion, 2015(4):20 - 24.
- [6] 于川,申斌,许世闻. 针灸治疗脑卒中后吞咽困难的系统评价[J]. 上海针灸杂志, 2016(9):1126 - 1129.
- [7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南·摘要(三)[S]. 中风与神经疾病杂志, 2006,23(1):4 - 8.
- [8] 史玉泉,周孝达. 实用神经病学(3版)[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004:249 - 250.
- [9] 万青. 卒中后吞咽障碍的临床评估和治疗[J]. 中国卒中杂志, 2007,2(3):231 - 235.
- [10] 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[S]. 中国全科医学, 2011,14(35):4013 - 4017.
- [11] 国锋,郝迎翠. 洼田氏饮水试验在脑卒中患者中的应用[J]. 齐鲁护志, 2016(17):65 - 67.
- [12] 杨广军,苏明浩,王永慧,等. 经皮电刺激与冰刺激治疗脑卒中假性球麻痹吞咽障碍疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2015(19):2131 - 2133.
- [13] 孙宏建,郭丰存,郭燕洁,等. 脑卒中后吞咽障碍的病机探讨[J]. 中医研究, 2016,3(1):6 - 7.
- [14] 张婧. 卒中损伤部位与吞咽困难的关系[J]. 中国卒中杂志, 2007,3(2):214.
- [15] 代朴丁. 长针疗法探讨[A]. 第九次全国中医外治学术年会暨“耳穴诊疗技术防治疾病应用”学习班论文汇编[C]. 2013,3(1):296 - 300.
- [16] 石学敏,杨兆钢,周继增,等. 针刺治疗假性延髓麻痹 325 例临床和机理研究[J]. 中国针灸, 1999(8):491 - 493.