

穴位贴敷配合康复训练对脑卒中后吞咽障碍的效果观察

赵妍妍¹ 寇娟¹ 黄娣¹ 白艳杰¹ 冯晓东¹

吞咽障碍在急性期脑卒中患者中的发病率达40%—50%^[1],并伴随营养不良、吸入性肺炎、窒息等多种并发症,严重影响患者的生存质量。目前,吞咽障碍的治疗以康复功能训练结合中医针刺为主要方法,但多为短效性的治疗手段。穴位贴敷是传统针灸疗法与药物疗法相结合,具有持续刺激的疗效优势。本研究探讨穴位贴敷结合康复训练对吞咽障碍的有效性,这对拓宽吞咽康复训练思路、增加有效的吞咽康复方法、发扬祖国医学在吞咽康复中的优势都有很大的意义。现将研究结果报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集2010年10月—2011年7月河南中医学院第一附属医院康复中心的脑卒中患者共120例。所有患者均符合2001年第五次脑血管会议诊断标准^[2],全部病例经头部CT或MRI确认;洼田饮水试验^[3]评定存在吞咽障碍。排除严重并发症及意识、严重认知障碍而不能配合的患者。符合以上条件的患者46例,随机分为治疗组 and 对照组各23例;男性28例,女性18例;年龄35—84岁,平均58.43±9.77岁。其中44例首次发病,2例为第二次发病,所有病例吞咽障碍为首发症状。脑出血19例,脑梗死27例;脑半球损伤30例,脑干损伤16例。两组患者年龄、性别、病变部位、发病次数、吞咽障碍程度差异均无显著性意义($P>0.05$),见表1。

1.2 方法

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	脑卒中类型(例)		脑损伤部位(例)		发病次数(例)		治疗前吞咽评分 ($\bar{x}\pm s$)
		男	女		脑梗死	脑出血	脑半球	脑干	首次	第二次	
治疗组	23	15	8	60.10±8.42	14	9	14	9	22	1	4.25±0.74
对照组	23	13	10	56.27±10.36	13	10	16	7	22	1	4.56±0.81

对照组给予常规吞咽功能训练,包括间接训练和直接进食训练。常规训练每次训练时间为30min,1次/日,每周6次,治疗周期为1个月。

间接性训练:①面部肌群训练:进行缩唇、咂唇、鼓腮、微笑等动作的辅助和主动训练。②下颌运动训练:按摩或用冰刺激双侧咀嚼肌,辅助完成下颌的张开和闭合。③舌的控制训练:辅助或主动完成舌体的各方向运动;增加舌灵活性及抗阻训练;用压舌板向下后方压舌前部,辅助完成封闭口腔后部。④喉抬高训练:令患者将手指放在治疗师的甲状软骨上缘,感觉吞咽时喉部向上的运动,然后将自己的手放在甲状软骨上,模仿完成吞咽动作。⑤电刺激:利用Vitalstim吞咽治疗仪刺激咽喉部浅表肌群和与吞咽相关的咀嚼肌、面肌肌群^[4]。⑥寒冷刺激法:用冰棒以软腭为中心,沿腭舌弓、腭咽弓、悬雍垂及舌根进行快速摩擦,并嘱患者做空吞咽动作;或以冰冻的勺凸面或冰棒轻点咽后壁,促进吞咽反射。

进食训练:①体位选择:采取仰卧位30°,颈部支持,头稍前倾,该体位能使会厌部分闭合^[4],食物应从健侧给入至于舌的中后部,易于吞咽动作的启动。②进食的量:选用长柄、勺体较浅的汤匙。进食量应从3—5ml开始,逐渐增加至适

量。③食物性状:将性质均一的半流质食物作为首选,逐渐过渡至软质食物。

治疗组在对照组常规康复训练的基础上,同时配合穴位贴敷。所选穴位为天突、廉泉、人迎。治疗组患者依据中医辨证寒热两型,选取相应的方剂进行穴位贴敷,其中寒证13例给予寒型方(细辛、制附子、半夏、胆南星);热证10例给予热型方(冰片、胆南星、川贝、半夏)。贴敷药物配制:将中药研磨成细粉配以蜂蜜混合,加热后放置室温待用。在患者结束吞咽治疗后按照症型进行贴敷,以敷贴胶布固定,持续6h,1次/日,每周6次,治疗周期为1个月。

1.3 疗效评定

吞咽功能采用藤岛摄食-吞咽功能等级评分^[5]进行评定,由非治疗的评定人员在治疗前、治疗1个月后对所有患者进行评定。疗效判定标准^[6]:显效:积分增加≥6分;有效:积分增加3—5分;无效:积分增加≤2分。其中总分达到9—10分为基本治愈。

1.4 统计学分析

应用SPSS16.0对数据进行统计学分析,数据以均数±标准差表示,计数资料采用 χ^2 表示,组间及组内比较采用 t 检

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.08.023

1 河南中医学院第一附属医院康复中心,河南省郑州市人民路19号,450000

作者简介:赵妍妍,女,主管治疗师;收稿日期:2011-08-28

验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组患者训练前均存在吞咽障碍,差异无显著性意义($P>0.05$)。治疗1个月后,治疗组较治疗前及对照组评分明显提高,见表2。表3为两组患者临床疗效对比,治疗组治疗后的明显好转率和总有效率均明显高于对照组($P<0.05$),差异具有显著性意义。但治疗组内,治疗后寒型方吞咽障碍评

分(8.36 ± 1.37)与热型方吞咽障碍评分(8.29 ± 1.47)比较,差异无显著意义($P>0.05$)。

表2 两组患者治疗前后吞咽障碍评分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	23	4.25 ± 0.74	8.57 ± 1.12^{①②}
对照组	23	4.56 ± 0.81	6.18 ± 1.01

①与治疗组治疗前比较 $P<0.05$;②与对照组治疗后比较 $P<0.05$

表3 两组疗效对比统计

组别	例数	显效		有效		无效		总有效率(%)
		例	%	例	%	例	%	
治疗组	23	15	65.22 ^①	6	26.09	2	8.69	91.30 ^①
对照组	23	9	39.13	9	39.13	5	21.74	78.26

①治疗后与对照组相比较 $P<0.05$ 。明显好转率=显效人数/总人数 $\times 100\%$;总有效率=(显效+有效)/总人数 $\times 100\%$

3 讨论

脑卒中后吞咽障碍的康复主要包括常规吞咽功能训练、电刺激和针刺治疗等方法,治疗效果已得到证实^[7-9]。但是,各种训练方法治疗时间相对较短,导致疗效不持久,而穴位贴敷治疗可以实现长达几个小时甚至一天的持久刺激,有力地保证了治疗效果的持续稳定。

穴位贴敷是中医的一种外治方法,是融经络、穴位、药物为一体的复合性治疗方法,认为其可能的机制有以下方面:穴位的刺激与调节作用;药物吸收后的药效作用;两者的综合叠加作用,因此其最大的优势在于持续性刺激,经络、药物的共同作用使治疗效果最大化。选取天突、廉泉、人迎为治疗脑卒中后吞咽障碍的主要处方穴^[10],从解剖角度认为,这些穴位下方有舌下、舌咽、迷走神经经过,刺激舌咽神经可使吞咽更易进行,迷走神经发出的喉上神经纤维是构成吞咽启动的主要传入通路^[11]。刺激这些穴位的同时能激活脑干网状结构系统,形成对中枢神经的刺激和促进,促进吞咽反射弧的恢复和重建^[12]。此外这些穴位均在咽喉局部,有利于药物以最短途径进入机体,发挥治疗效果。我们以《张氏医通》贴敷方剂为基础^[13],依据中医辨证给予对应的药方进行穴位贴敷,更能体现中医特色,且效果肯定^[14]。从实验结果中显示,配合穴位贴敷的治疗组患者,1个月后吞咽功能的改善较治疗前及对照组均有显著差异,治疗组的总有效率(91.3%)显著高于对照组(78.3%),疗效具有显著意义($P<0.05$)。但寒热两型患者在治疗后进行的吞咽功能评分对比显示,对吞咽障碍的改善并无明显差异($P>0.05$)。

目前针对脑卒中后吞咽障碍,袁梦郎^[15]从循证医学的角度已经证实针灸结合功能训练的效果,电刺激对吞咽障碍的改善也已经得到认可。通过此次研究,我们探究一种新的方法对吞咽障碍起到一定的治疗效果,尤其是对治疗后持续性刺激作用的效果做了一定的尝试性研究。但本研究尚存在一些不足,治疗组寒热两型患者入选病例较少,对数据统计

存在一定的影响;对药物的有效性观察不足;缺乏循证医学研究的支持。在今后的研究中将进一步改进贴敷药物的剂型,使其发挥更大药效;增加与其他疗法技术的对照观察,以证明穴位贴敷对改善吞咽障碍的有效性。

参考文献

- [1] Paciaroni M, Mazaotta G, Corer F, et al. Dysphagia following stroke[J]. Eur Neurol, 2004, 51(3):162.
- [2] 中华神经科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379.
- [3] 杨叶珠, 顾旭东, 时美芳, 等. VitalStim 电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(2): 147—148.
- [4] 汪洁. 卒中后吞咽障碍的康复治疗[J]. 中国临床康复, 2002, 6(11):1553—1555.
- [5] 大西幸子, 孙启良. 摄食-吞咽障碍康复实用技术[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2000.
- [6] 万春晓. 针刺配合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(8):746.
- [7] 顾莹, 邹英, 吕涌涛等. 脑卒中吞咽障碍早期综合康复的方法及疗效[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(1):71—72.
- [8] 汪洁, 吴东宇. 吞咽障碍的电刺激治疗研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(6):573—575.
- [9] 陆敏, 孟玲, 彭军. 神经肌肉电刺激疗法与电针治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效对比研究[J]. 中国康复医学杂志, 2010, 25(2): 135—138.
- [10] 何竟, 何成奇. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍临床选穴规律和刺灸方法探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6):550—551.
- [11] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009. 59—62.
- [12] 汪进丁, 徐丽君. 脑卒中吞咽障碍的病理生理机制研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7):666—667.
- [13] 朱现民, 刘淹清. 奇效冬病夏治[M]. 河南科学技术出版社, 2010. 45.
- [14] 邹积宝, 孙永强. 中药穴位贴敷治疗支气管哮喘研究进展[J]. 中医外治杂志, 2009, 18(1):52—53.
- [15] 袁梦郎, 杨丞, 闵金海, 等. 针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效的 Meta 分析[J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(5):467—470.