

· 经验交流 ·

吞咽造影评价脐针配合咽三针于脑卒中后 吞咽障碍的临床疗效观察

周文姬 陈忠美 林小余 黄丽琴

随着社会老龄化的发展,脑卒中的发生率逐年升高,有研究表明,在脑卒中患者后遗症期中,吞咽功能存在不同程度障碍的比例高达50%以上^[1],这常导致患者发生脱水、误吸、肺炎、营养不良等后果,增加了患者不良预后及死亡的风险^[2]。本次研究旨在探讨吞咽造影检查辅助下脐针配合咽三针在治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效,为临床治疗脑卒中后吞咽障碍提供一定的临床思路,提高脑卒中后吞咽障碍患者的生活质量。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2018年6月至2020年12月杭州市中医院丁桥院区针灸康复科收治的36例脑卒中患者为研究对象。纳入标准为:①年龄40~80岁;②诊断符合1995年全国第四届脑血管病学术会议通过的各类脑血管病诊断要点,同时经吞咽造影确诊环咽肌不完全开放或不开放,患有环咽肌弛缓症;③本次发病时间在1月~1年;④神志清醒,能配合治疗及检查;⑤患者或患者家属同意参与研究,并签署知情同意书。排除标准为:①既往有咽障碍患病史或咽喉部本身就存在异常;②伴随精神疾病;③硫酸钡造影剂过敏;④有重要脏器功能衰竭或病情危重。采用随机对照原则分为对照组和观察组,每组各18例。对照组男性8例、女性10例;平均(59.83±13.13)岁;病程(7.18±2.79)个月;观察组男性11例、女性7例;平均(62.06±13.42)岁;病程(6.22±3.79)个月。两组患

者的性别、年龄、病程比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 方法 对照组予常规内科及常规吞咽康复训练,内科治疗包括降压、降糖、调脂稳斑、改善循环等。常规吞咽康复训练每日2次,每次30 min,每周5次,共3周,具体内容有:①通过吹起、微笑、缩唇等动作进行面颊、唇的吞咽肌训练,增加唇部力量;②让患者进行舌头的抬起、下压、伸缩、平移等运动,必要时通过舌压板加大难度,提高舌肌力量;③进行声带开合训练:先深呼吸,直到不能再吸入空气,再屏住呼吸5 s后进行均匀的吐气清嗓动作,使声门反复开合;④用冰棉棒刺激咽弓基底部位;⑤发声练习:在患者声门紧闭时突然发声;⑥让患者在吞咽过程中尽量提高咽喉部位,并尽可能延长提高时间;⑦让患者呼吸屏气后进行吞咽,之后自主咳嗽,以达到清除滞留物的目的;⑧不同性状食物调制及进食指导训练。观察组在对照组基础上增加每日1次脐针及咽三针治疗,每周5次,共3周。脐针取穴:山泽通气(艮位和兑位)、水火既济(坎位和离位),针具选用吴江市佳辰牌针灸针,0.25 mm×25 mm,一次性毫针,局部常规消毒,以脐为中心,向四周脐壁横刺,取针顺序为艮位、兑位、坎位、离位,进针深度为10~25 mm为宜,用消毒敷贴覆盖留针30 min。咽三针^[3](廉泉穴和廉泉穴左右旁开1.2寸,下0.5寸的2个穴位,三穴合称为咽三针)及风池穴^[4]治疗,针具选用吴江市佳辰牌针灸针0.25 mm×40 mm一次性毫针,局部常规消毒,咽三针向舌根方向针刺,进针深度为25~30 mm,风池穴向咽后壁方向进针,进针深度为25~30 mm,每10分钟行针1次,共计30 min。

1.3 监测指标

1.3.1 采用吞咽造影分析治疗前、治疗3周后患者

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2021.004.021

基金项目:杭州市科技发展计划项目(20180533B55)

作者单位:310000 浙江杭州,杭州市中医院丁桥院区针灸康复科(周文姬、林小余);杭州市中医院武林院区针灸康复科(陈忠美、黄丽琴)

通讯作者:黄丽琴,Email:46432818@qq.com

的吞咽功能改善情况。用温开水和硫酸钡粉剂制作60%浓度的硫酸钡混悬液,用该混悬液加适量增稠剂奥特顺咽或梳打饼干制作4种不同性状的食团,通过咽动态透视录像造影检查(video fluoroscopy swallowing study, VFSS)检查,观察患者口腔期、咽喉期吞咽情况。评分标准如下:①口腔期:0分:不能将食团送入咽喉;1分:可将食团咀嚼后零碎部分送入咽喉;2分:一次吞咽动作完成后,口腔内残留少部分零碎食物;3分:一次吞咽动作完成后食团可顺利进入咽喉部;②咽喉期:0分:无喉上抬及软腭弓上抬闭合;1分:在多次吞咽后在会厌谷及梨状隐窝存有食物残渣;2分:在多次吞咽后,可将食物全部送入咽喉以下,无残留;3分:一次吞咽就可将食物送入食管^[5]。

1.3.2 误吸情况。0分:大量误吸,无呛咳;1分:大量误吸,有呛咳;2分:少量误吸,无呛咳;3分:少量误吸,有呛咳;4分:无误吸。

1.3.3 疗效评定。痊愈:吞咽困难消失,洼田饮水试验评定1级;显效:吞咽困难明显改善,饮水试验提高2级;有效:吞咽困难好转,洼田饮水试验提高1级;无效:吞咽困难无变化,洼田饮水试验评级无变化。

1.4 统计学方法 采用SPSS 23.0统计软件进行录入和分析。计量资料采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)进行统计描述,当符合正态分布时,采用 t 检验;不符合正态分布时,采用秩和检验;等级资料采用频数进行统计描述,采用非参数检验。设 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后VFSS评分比较见表1

表1 两组患者治疗前后VFSS评分比较/分

组别	口腔期		咽喉期	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	1.28 ± 0.30	2.39 ± 0.38*	0.67 ± 0.21	1.61 ± 0.41*
对照组	1.33 ± 0.24	1.89 ± 0.37	0.71 ± 0.18	0.88 ± 0.22

注: *:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表1可见,两组患者在治疗前口腔期及咽喉期的VFSS评分比较,差异均无统计学意义(t 分别=0.56、0.59, P 均 > 0.05);两组患者在治疗后口腔期及咽喉期的VFSS评分比较,差异均有统计学意义(t 分别=5.32、6.58, P 均 < 0.05)。

2.2 两组患者误吸情况比较见表2

表2 两组患者治疗前后误吸情况比较/分

组别	治疗前	治疗后
观察组	0.83 ± 0.29	2.16 ± 0.37*
对照组	0.91 ± 0.22	1.69 ± 0.42

注: *:与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

由表2可见,两组治疗前误吸情况比较,差异无统计学意义($t=0.57$, $P > 0.05$);治疗后,与对照组相比,观察组误吸情况改善更明显,差异有统计学意义($t=7.24$, $P < 0.05$)。

2.3 两组患者治疗后临床疗效比较见表3

表3 两组患者治疗后临床疗效比较

组别	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	有效率/%
观察组	1	10	6	1	94.44*
对照组	0	3	12	3	83.33

注: *:与对照组比较, $P < 0.05$ 。

由表3可见,治疗后,观察组的有效率高于对照组,差异有统计学意义($Z=-2.66$, $P < 0.05$)。

3 讨论

国内外研究表明,脑卒中的发病逐年升高,而多数患者遗留有吞咽障碍^[6],不仅会造成患者生存质量下降,也给家庭带来巨大的负担。中医将吞咽障碍归属“噎膈”范畴,《景岳全书》提出:“噎膈一证……盖忧思过度则气结,气结则施化不行。酒色过度则伤阴,阴伤则精血枯竭,气不行则噎膈于上,精血枯竭,则燥结病于下”,由此可见,噎膈标实与气结相关,本虚则责之于阴津枯竭。《针灸大成》曰:“廉泉主舌头下肿难言,舌跟缩急不食用,舌纵涎出”“风池主气塞涎不上语”,故廉泉穴及风池具有治疗吞咽困难的作用。脐为任脉之要穴,内通五脏,外达四旁,是人身上的重要枢纽。脐针是通过在脐部实施针术,来达到平衡阴阳,祛除病邪的目的,主要原理是易学八卦五行相克相生,与人体脏腑对应的关系来治疗疾病^[7]。噎膈治疗宜以通为要,山泽通气(艮位和兑位)是通之大法,主治诸般气滞疾病,根据脐内八卦全息理论,艮位为胃,胃气以降为顺,胃经沿咽喉入缺盆;兑位为肺,咽喉为肺之门户,手太阴肺经上循经喉咙,故可通过调节脏腑经气来达到治疗疾病的目的。取坎位,坎位象征水,针刺可治疗机体阴津枯竭之证,补虚治本,坎位与肾相对应,足少阴肾经,从肺入咽喉,夹舌根。此

(下转第359页)

增加相应增多,主要是感染、出血和孕后期可能环扎线切割造成宫颈组织损伤等。近期并发症多发生于术后48 h以内,包括阴道出血、腹痛、胎膜早破、膀胱损伤、早产与流产等;远期并发症多发生于术后48 h之后,包括宫颈管狭窄、胎膜炎症、宫颈管裂伤等^[11]。

综上所述,阴式子宫峡部环扎术治疗CIC安全可靠,临床效果满意,可作为治疗CIC孕妇的首选术式。

参考文献

- 1 金晓莹,张松英.子宫颈机能不全及其手术治疗进展[J].中华医学杂志,2014,94(35):2796-2798.
- 2 郑秀琼,谢熙,刘超斌,等.子宫颈环扎术治疗妊娠期子宫颈机能不全的临床价值[J].中国妇产科临床杂志,2017,18(2):170-172.
- 3 李妍,李娜.不同孕周和不同治疗时机行宫颈环扎术治疗子宫颈机能不全的效果及对妊娠结局的影响[J].中国妇幼保健,2017,32(18):4557-4559.
- 4 Harger JH.Cerclage and cervical insufficiency: An evidence-based analysis[J].Obstetrics Gynecology, 2002, 100(6):1313-1327.
- 5 张松英,金晓莹,梁峰冰,等.改良经阴道峡部水平子宫颈环扎术[J].中华妇产科杂志,2014,49(4):309-311.
- 6 张松英,金晓莹,徐文治.孕前经阴道子宫颈峡部环扎术治疗宫颈机能不全[J].中国实用妇科与产科杂志,2014,30(2):99-101.
- 7 Seo K, Dohi S, Ishikawa T, et al. Modified laparoscopic cervicoisthmus cerclage in early pregnancy for refractory cervical incompetence: A case report[J].J Obstet Gynaecol Res, 2019, 45(8):1597-1602.
- 8 Shor S, Zimmerman A, Maymon R, et al. Combined therapy with vaginal progesterone, Arabin cervical pessary and cervical cerclage to prevent preterm delivery in high-risk women[J].J Matern Fet al Neonatal Med, 2019, 9(2):1-5.
- 9 李天照,肖豫.宫颈环扎术的过去、现状和将来[J].国际妇产科学杂志,2016,43(6):605-608.
- 10 Ciancimino L, Laganà AS, Imbesi G, et al. Evaluation of maternal-fetal outcomes after emergency vaginal cerclage performed with shirodkar-McDonald combined modified technique[J].J Clin Med Res, 2015, 7(5):319-323.
- 11 Namouz S, Porat S, Nan O, et al. Emergency cerclage: literature review[J].Obstet Gynecol Surv, 2013, 68(5):379-388.

(收稿日期 2019-11-25)

(本文编辑 蔡华波)

(上接第356页)

外,根据脐地支进针法,兑位(酉时)为肾经经气所过之时,也具有调节肾经经气作用,故针刺兑位、坎位,可以通过调节肾经经气治疗咽喉疾病,起到了“经气所过,主治所及”的作用。离位为心,心经支脉上挟咽,通达咽喉,另坎位与离位,起到“水火既济”之意,引阴阳相交,调整人体阴阳。本次研究结果表明,经过3周治疗后,观察组在VFSS评分、误吸情况、临床疗效方面均优于对照组,可见脐针配合咽三针在治疗脑卒中后吞咽障碍具有一定的优势。此外,针灸成本低廉,一定程度上可减轻患者的经济负担,值得临床借鉴。

综上所述,脐针配合咽三针治疗能改善脑卒中后患者的吞咽障碍,提高患者生活质量,但是,本研究仍存在一些不足,包括样本量不足,观察指标限制等因素,还有待进一步研究。

参考文献

- 1 Cabib C, Ortega O, Kumru H, et al. Neurorehabilitation strategies for poststroke oropharyngeal dysphagia: From compensation to the recovery of swallowing function[J]. Ann N Y Acad Sci, 2016, 1380(1):121-138.
- 2 袁春兰,彭化生.导尿管气囊扩张术不同介入时机对脑卒中后环咽肌失弛缓症疗效的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2013,35(2):126-129.
- 3 刘孔江,赵扬.咽三针治疗中风吞咽困难76例[J].南京中医药大学学报(自然科学版),2000,16(6):361-361.
- 4 惠振,候腾,张敬华.中风球麻合剂联合咽三针治疗脑梗死后吞咽障碍的临床观察[J].中医临床研究,2017,9(29):63-65.
- 5 恽晓平.康复疗法评定学[M].第2版.北京:华夏出版社,2006:530.
- 6 Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36(12): 2756-2763.
- 7 齐永.论脐针疗法中的方位补泻[J].中国针灸,2006,26(5):371-373.

(收稿日期 2020-12-17)

(本文编辑 蔡华波)