

引用:刘静,惠振亮.颊针联合浓煎剂喷咽对卒中后吞咽障碍患者的影响[J].陕西中医药大学学报,2024,47(4):107-111.

颊针联合浓煎剂喷咽对卒中后 吞咽障碍患者的影响*

刘静 惠振亮**

(陕西省中医医院,陕西 西安 710003)

摘要:目的 观察颊针联合浓煎剂喷咽对卒中后吞咽障碍患者的影响。方法 62例脑卒中后吞咽障碍患者依随机数字表方式分为对照组21例、电针组20例、联合组21例。对照组:基础治疗+吞咽仪治疗;电针组:基础治疗+电针治疗;联合组:基础治疗+颊针浓煎剂喷咽治疗,均治疗4 w。比较三组患者治疗有效率、中医症状积分、SWAL-QOL、藤岛一郎摄食评分。结果 三组患者吞咽功能均得到改善,但联合组优于对照组、电针组,具有统计学意义($P<0.05$)。结论 颊针联合浓煎剂喷咽治疗卒中后吞咽障碍,安全可靠、疗效确切。

关键词:颊针;浓煎剂;喷咽;卒中;吞咽障碍

中图分类号:R245.32 文献标识码:A

文章编号:2096-1340(2024)04-0107-05

DOI:10.13424/j.cnki.jsctcm.2024.04.021

脑卒中是神经系统常见、多发的高致死率、高致残率疾病^[1]。卒中患者常出现偏瘫、吞咽障碍等表现,其中吞咽障碍的发生率可达41%~78%^[2],称为卒中后吞咽障碍(post-stroke dysphagia, PSD)。PSD患者多表现为呛咳、咽下困难、饮食费力等,从而引发吸入性肺炎(卒中患者死亡约34%是由吸入性肺炎引发^[3])、误吸(43%~54%的发生率^[1])营养不良等,严重影响患者的生存质量、降低恢复进程,急需尽早干预^[4]。对于卒中患者来说,恢复其肢体功能和吞咽功能,以尽早回归家庭、社会,二者同等重要。目前,西医以尽早介入药物、吞咽康复训练、电刺激等为主,但吞咽训练因患者理解力、配合度不同,存在较大个体差异^[5]。以上方法虽有一定疗效,但明显的短板为治疗周期长、疗效不理想等。中医虽通过针刺为吞咽恢复提供了疗效确切的方法,却常因针刺的疼痛而使患者放弃治疗。因此,标准、无痛、便捷的治疗尤为必要。本研究旨在观察颊针联合浓煎剂喷咽的疗效,具体如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2021年1月—2022年5月期间,在陕西省中医医院脑病一科住院部收治的卒中后吞咽障碍患者为研究对象,共66例,因未完成观

察而脱落4例。纳入标准:①符合《中国急性脑卒中临床研究规范共识2018》^[6],经影像学检查确诊脑卒中;②符合卒中后吞咽障碍诊断标准:出现进食障碍,饮水呛咳、流涎、声音嘶哑、或口齿不清等表现^[7];③咽反射存在,无舌肌萎缩;④洼田饮水试验Ⅱ级及以上;⑤初次卒中;⑥40~75岁,发病20~90 d;⑦可配合检查、治疗。排除标准:①既往有吞咽障碍;②疾病处于急性期;③严重心、肺、肝、肾功能障碍、衰竭;④病情严重或不能配合检查、治疗;⑤凝血障碍,⑥晕针;⑦严重感染;⑧做过相关治疗或同时行其他试验^[8]。62例患者按照随机数字表分为3组,三组在内科治疗和吞咽康复的基础治疗上分别:对照组(吞咽仪治疗)、电针组(电针治疗)、联合组(颊针+浓煎剂喷咽)。对照组21例,男12例、女9例,平均年龄(54.29 ± 10.49)岁,病程(52.05 ± 19.02)月,洼田饮水试验(Water swallow test, WST)Ⅱ~Ⅲ级5例、Ⅳ~Ⅴ级16例,出血性脑卒中7例,缺血性脑卒中14例;电针组20例,男10例、女10例,平均年龄(57.40 ± 9.65)岁,病程(53.80 ± 22.15)月,WSTⅡ~Ⅲ级6例、Ⅳ~Ⅴ级14例,出血性脑卒中8例,缺血性脑卒中12例;联合组21例,男10例、女11例,平均年龄(54.43 ± 10.00)岁,病程

* 基金项目:陕西省重点研发计划项目(2021SF-371)

** 通讯作者:惠振亮,硕士,主任医师。E-mail:13772077061@126.com

(53.81 ± 20.27)月, WST II ~ III级 4例、IV ~ V级 17例, 出血性脑卒中 5例, 缺血性脑卒中 16例。三组患者基线资料比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。患者及家属签署知情同意书, 本研究获本院伦理委员会审核批准(AF/SC-04/.01.2)。

1.2 剔除、脱落标准 患者中途退出、转院、患其他病或使用其他治疗方法。

1.3 治疗方法 三组患者给予脑卒中内科治疗: 降压、降糖、调脂稳斑、抗凝等卒中二级预防用药, 吞咽障碍严重者给予鼻饲; 进行吞咽康复训练: 吞咽肌群训练、舌部运动训练、咀嚼训练、咽收缩训练、摄食训练等。每天2次, 每次30 min, 每周连续治疗6 d, 休息1 d, 再进行下一周治疗, 共进行4 w。

1.3.1 对照组 采用美国 Vital stim 便携式吞咽障碍治疗仪, 对舌骨、舌骨下肌肉行电刺激治疗。操作: 患者取舒适体位, 操作者将电极片垂直贴于环状软骨或喉结两侧, 选 AC 模式输出波形, 强度以患者可耐受为度, 或局部肌肉出现收缩。同时鼓励患者做吞咽动作。每天1次, 每次30 min, 每周连续治疗6 d, 休息1 d, 共进行4 w。

1.3.2 电针组 取舌三针^[9](上廉泉: 在颌下正中一寸舌骨与下颌缘之间的凹陷中、上廉泉左、右各旁开0.8寸)、廉泉、风三针^[10](风池、翳风、风府)、天突、金津、玉液。操作: 选用0.25 mm×40 mm的华佗牌一次性无菌针灸针, 用75%的医用酒精对针刺部位皮肤进行常规消毒, 舌三针、廉泉穴向舌根方向刺入, 进针0.8~1.2寸; 风池穴向鼻尖方向斜刺0.8~1.2寸; 翳风穴直刺0.8~1.2寸; 风府穴针尖向下颌方向缓慢刺入0.5~1寸; 天突穴直刺0.3寸后针尖向下沿胸骨柄后向下刺0.8~1.2寸; 针刺入以上穴位出现酸、麻、胀得气感后, 连接SDZ-II型电针治疗仪, 上廉泉穴连接正极, 天突穴连接负极, 选择连续波, 刺激强度为1.5, 输出频率为1 Hz。每天1次, 每次30 min, 每周连续治疗6 d, 休息1 d, 共进行4 w。针刺治疗结束后嘱患者漱口, 用无菌纱布将患者舌体向口腔外上方牵拉固定, 暴露舌下系带两侧静脉, 分别取左侧金津穴、右侧玉液穴, 用无菌三棱针快速点刺出血, 隔日治疗一次, 每周3次, 共进行4 w。

1.3.3 联合组 选取颊针疗法的头穴(颧弓中点上缘向上一寸)、颈穴(颧弓根上缘处)、颈前全息、咽全息、舌全息、上焦(下颌骨冠突后方与颧弓下缘交叉处), 根据病灶位置取同侧治疗, 病情严重者可取

双侧穴位。操作方法: 选用特制的一次性无菌颊针针具, 用75%的医用酒精对针刺部位皮肤进行常规消毒, 直刺进针破皮0.1~0.2寸, 无酸麻胀感、无痛感为取穴无误。针刺无需补泻手法, 同时嘱患者做吞咽动作, 并发“O”音。隔日治疗1次, 每次30 min, 每周治疗3次, 共进行4 w。

将解语丹^[11]加通关散^[12]两方进行加减化裁, 具体用药处方如下: 石菖蒲、丝瓜络各15 g, 丹参、川芎、远志、木香各12 g, 天麻、胆南星、羌活、地龙、白僵蚕、生地各10 g, 全蝎6 g, 白附子3 g, 甘草6 g。以上药物经过严格的浓煎制备后, 使药液浓缩至40 mL。将提前准备好的冰片粉0.3 g, 麝香粉0.1 g与浓煎剂充分混合均匀, 装入带有刻度的医用小喷壶内备用。具体操作为每1 h对患者咽部喷药8 mL, 每天5次。每周连续治疗6 d, 休息1 d, 共进行4 w。

1.4 观察指标

1.4.1 临床疗效 根据WST分级作为评价标准: WST达I级, 无吞咽障碍为治愈; WST达II级, 吞咽得到明显改善为显效; WST达III级或评定上升1级, 吞咽得到改善为有效; WST未达上述标准或无变化, 吞咽未得到改善则为无效。有效率=(治愈+显效+有效)/总例数×100%^[13]。

1.4.2 中医症状积分^[14-15] 包括进食呛咳、口角流涎、饮水呛咳、食物滞留等情况, 每项0~4分, 0分为吞咽正常; 最高68分, 表示吞咽严重障碍。

1.4.3 吞咽生活质量量表(Swallowing-quality of life, SWAL-QOL) 该量表共44条目, 11维度, 每条目1~5分, 共44~220分, 分数越高生命质量越好^[16]。

1.4.4 藤岛一郎摄食吞咽障碍评分^[17] 分数越高吞咽功能越好。1分: 患者无法经口进食, 且不能行吞咽训练(长期鼻饲); 2分: 可行简单的吞咽训练, 仍不能经口进食; 3分: 有吞咽动作产生, 仍不可经口进食; 4分: 在康复医师指导下可少量进食; 5分: 可经口进食一两种易吞咽食物; 6分: 可经口进食三种易吞咽食物, 需少量静脉输液营养; 7分: 可经口进食三种易吞咽食物, 不用静脉输液营养; 8分: 可经口进食大部分易吞咽食物; 9分: 在康复医师指导下, 可经口正常进食; 10分: 正常进食。

1.5 统计学方法 采用SPSS 21.0统计学软件进行数据分析处理。计数资料以 $[n(\%)]$ 表示, 采用卡方检验; 计量资料以均数±标准差表示, 用 t 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 三组临床有效率比较 差异有统计学意义 ($P<0.05$), 见表 1。

表 1 三组临床疗效比较[$n(\%)$]

组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	21	1(4.76)	2(9.52)	5(23.81)	13(61.90)	8(38.10)
电针组	20	2(10.00)	4(20.00)	7(35.00)	7(35.00)	13(65.00)
联合组	21	4(19.05)	7(33.33)	7(33.33)	3(14.29)	18(85.71)
χ^2						10.259
<i>P</i>						0.006

2.2 三组中医症状积分比较 治疗后, 三组积分均明显降低 ($P<0.05$), 且联合组降低幅度较另两组更大 ($P<0.05$), 见表 2。

表 2 三组患者中医症状积分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	饮食呛咳	口角流涎	饮水呛咳	食物滞留
对照组	21	治疗前	3.57±0.75	3.43±0.98	3.43±1.03	3.43±1.03
		治疗后	2.81±0.75 *	2.76±0.62 *	2.86±0.96 *	2.86±0.85 *
电针组	20	治疗前	3.45±0.89	3.45±0.83	3.40±0.88	3.45±0.83
		治疗后	2.40±0.68 *	2.25±0.64 *	2.40±0.82 *	2.50±0.61 *
联合组	21	治疗前	3.48±0.81	3.48±0.81	3.33±1.02	3.48±0.93
		治疗后	1.52±0.87 *#	1.52±0.81 *#	1.38±0.74 *#	1.48±0.75 *#

注: 与同组治疗前相比较, * $P<0.05$; 与对照组、电针组比较, # $P<0.05$

2.3 三组 SWAL-QOL 评分比较 治疗后, 三组 SWAL-QOL 评分均得到明显改善 ($P<0.05$), 且联合组较对照组、电针组改善幅度更大 ($P<0.05$), 见表 3。

表 3 三组患者 SWAL-QOL 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	21	102.00±22.12	118.52±28.52 *
电针组	20	103.00±24.48	131.60±29.98 *
联合组	21	104.38±30.01	153.29±24.73 *#
<i>t</i> 值		0.045	8.375
<i>P</i> 值		0.956	0.001

注: 与同组治疗前相比较, * $P<0.05$; 与对照组、电针组比较, # $P<0.05$

2.4 三组藤岛一郎摄食吞咽障碍评分比较 治疗后, 三组摄食吞咽障碍评分均明显改善 ($P<0.05$), 且联合组较对照组、电针组上升幅度更大 ($P<0.05$), 见表 4。

表 4 三组患者藤岛一郎摄食吞咽障碍评分比较($\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	21	2.52±0.87	3.95±0.97 *
电针组	20	2.50±0.89	5.65±0.67 *
联合组	21	2.57±0.81	7.7±1.10 *#
<i>t</i> 值		0.037	8.490
<i>P</i> 值		0.964	0.000

注: 与同组治疗前相比较, * $P<0.05$; 与对照组、电针组比较, # $P<0.05$

3 讨论

卒中后大脑组织受创, 损伤延髓运动颅核、疑核和脑桥三叉神经运动核的上运动神经元而诱发“假性球麻痹”; 损伤延髓的疑核、舌下神经、舌咽神经等神经丛或其下运动神经元而诱发“真性球麻痹”, 临床以假性球麻痹多发。从中医病理因病机角度分析, PSD 的发病为在内伤积损、髓海空虚的基础上, 引发气血逆乱, 痰瘀阻塞, 向上直冲犯脑, 并阻塞窍道, 致咽喉关窍不通^[18-19], 启闭功能失司。病位在脑、舌、咽喉。患者常因摄食困难引发营养不良、脱水等一系列问题, 不仅影响疗效, 还可延缓恢复速度, 甚则危及生命^[20]。因此, 发病给予安全、有效、可行的治疗, 不仅能更好的改善患者的吞咽功能和生活质量, 还可增加患者对疾病治疗和对未来生活的信心。

颊针疗法为王永洲教授的实践性成果, 属微针系统, 该针法结合气街理论、人体解剖学、全息理论、大三焦理论等所创立, 具有无痛、标准、安全、精准等优点。本研究取头穴、颈穴、颈前全息、咽全息、舌全息、上焦穴为针刺治疗方案, 其意义在于: 取头穴, 通过直接刺激特定穴位, 达到提高延髓中枢、大脑皮质及管理吞咽功能皮质区域的兴奋性,

加速大脑血流、增加大脑缺血、缺氧区的供血、供氧量;促使出血部位血液循环重建,使离经之血得以消散吸收。如此:则血流通畅而不瘀滞,脑髓组织充养有活力;瘀血消散而不碍经脉,元神得以充养,即可恢复大脑对吞咽功能的有效控制,建立自如支配。选取颈穴、颈前全息、咽全息、舌全息,其意义有三:①改善局部血液循环,为吞咽功能的恢复、吞咽肌群肌肉力量的提高提供有力的营养保障;②全息理论指导的局部多位点刺激,可提高不同吞咽肌群的运动协调性和功能协同作用;③调节经气、通利关窍。取舌全息穴针刺,使舌体更加柔韧灵活,改善吞咽相关肌肉运动^[21-22]。因病位在脑、舌、咽喉,故取上焦穴通利上焦,并辅助诸穴加强吞咽功能康复。如此,各司其职又相得益彰。

浓煎剂方用解语丹出自《永类铃方》,通关散出自《奇效良方》,二者配伍加減,功在祛风化痰,主治中风后言语謇涩,涎唾溢盛,吞咽困难。方中白附子、胆南星祛风化痰开窍,多用于中风痰迷,《药性切用》云胆南星:“专化风痰”;木香行气醒神;石菖蒲、远志入心开窍;天麻息风通络;全蝎、地龙、白僵蚕擅擅息风,且对瘀滞较久的血液疏通力度大^[23];羌活贯通百脉;丝瓜络祛风通络;丹参、川芎活血祛瘀通络,《本草纲目》:地龙,主治急慢惊风、木舌喉痹^[24];配冰片粉、麝香粉开窍醒神。现代中药药理学研究发现,麝香配伍冰片可减轻脑水肿,其作用机理是通过抑制水通道蛋白-4实现的^[25]。诸药通络开窍,祛痰利咽,专注治疗 PSD。中药浓煎剂,有效成分含量高、易吸收、起效快、方便服用的特点^[26]。我国开始研究使用浓煎剂可追溯至上世纪 80 年代^[27],且钟立贤等^[28]研究发现浓煎剂与汤剂中所含的主要成分无差异,用浓煎剂代替汤剂具有可行性。结合 PSD 患者服药困难的特点,用浓煎剂喷咽可达到:①直接作用于病位,起效迅速;②高浓度药物,高效力专;③解除患者因汤药吞咽困难引发呛咳、窒息等危险,安全可靠;④增加患者治疗自信心;五、胃肠功能影响小。

结果显示,颊针联合浓煎剂喷咽治疗 PSD 有积极的干预疗效,且具有安全、便捷、痛苦小的优势,有重要的临床康复治疗意义。

参考文献

[1] 汪稳,奚文举,楼慧,等.脑卒中后吞咽障碍患者的醒脑开

窍针刺疗法结合吞咽功能康复训练的临床研究[J].辽宁中医杂志,2021,48(3):179-182.

[2] 王瑾,赵焱,胡珊,等.双侧高频经颅磁刺激联合舌咽针治疗脑卒中后吞咽功能障碍临床研究[J].陕西中医药大学学报,2021,44(5):98-101.

[3] 黄黎,宋梅.脑卒中后吞咽障碍与预后的评估研究[J].陕西医学杂志,2017,46(9):1198-1199.

[4] 赵小慧.吞咽障碍治疗仪联合针刺治疗卒中后吞咽障碍患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(8):50-54.

[5] 周海英,吴云英,吴春兰.电针联合吞咽功能训练治疗脑卒中吞咽功能障碍对患者吞咽功能恢复的影响[J].四川中医,2022,40(1):198-200.

[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.中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J].中华神经科杂志,2018,51(4):247-255.

[7] 马飞翔,陈理,曹桂萍,等.穴位注射联合 Vitalstim 电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照研究[J].中国针灸,2022,42(2):133-142.

[8] 陈可.针灸联合中药冰刺激治疗脑卒中吞咽障碍疗效及安全性分析[J].陕西中医,2019,40(12):1782-1785.

[9] 欧秀君,王璇,陈艳,等.重复经颅磁刺激结合舌三针治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].中国康复医学杂志,2021,36(10):1264-1267.

[10] 张晓霞,杨峥,赵亭.风三针治疗中风后吞咽障碍临床研究[J].陕西中医,2020,41(10):1504-1506.

[11] 吕静,尤路,等.解语丹加減配合言语训练治疗中风后失语风痰瘀阻证临床观察[J].陕西中医,2019,40(11):1531-1533.

[12] 周义杰,胡启洋,韦华军,等.通关散药棒联合靳三针治疗脑卒中后吞咽障碍 30 例[J].中医研究,2018,31(1):25-28.

[13] 杨栋栋,李娜,吕新峰.靶向针刺法配合背俞穴埋线治疗老年性痴呆合并吞咽障碍临床研究[J].陕西中医,2021,42(7):954-957.

[14] 陈国旗,王馨怡,朱海燕,等.头穴透刺联合地黄饮子治疗中风后吞咽困难临床疗效观察[J].针灸临床杂志,2017,33(12):23-25.

[15] 王佳,沈卫东.头针、舌针联合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效研究[J].陕西中医,2019,40(12):1774-1777.

[16] 欧永杰,王艳艳,张世杰,等.咽部冰刺激联合低频脉冲电刺激治疗卒中后吞咽障碍患者的效果[J].中国民康医学,2021,33(8):52-54.

[17] 赵红娟,吕计宝.壮医药线点灸结合针刺治疗中风后吞

- 咽障碍患者临床观察[J].云南中医中药杂志,2021,42(5):60-63.
- [18] 罗菁,崔韶阳,王曙辉,等.中风后吞咽障碍的中医证型分布特点初探[J].中华中医药杂志,2019,34(2):820-823.
- [19] 薛利圆,郭英平,韦玲,等.针刺治疗中风后吞咽障碍研究进展[J].中医药临床杂志,2018,30(12):2178-2181.
- [20] 王海过,刘红,吕清霞.维生素C酸刺激治疗脑损伤后吞咽障碍疗效观察[J].陕西医学杂志,2016,45(2):233-234.
- [21] 黄书丽.磁刺激联合项丛刺疗法治疗脑卒中后吞咽障碍临床分析[J].实用中医药杂志,2022,38(1):3-5.
- [22] 马赛超,陈鑫.高频重复经颅磁刺激联合吞咽康复训练对脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].黑龙江医学,2021,45(2):131-133.
- [23] 李丽丽.补气活血通络汤联合项五针对缺血性中风患者吞咽困难及生活质量的影响[J].陕西中医,2022,41(4):512-514.
- [24] 杨巧萍,郑旭鹏.仙桔利咽方浓煎剂喷咽对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].中国中医药科技,2022,29(2):339-340.
- [25] 周义杰,胡启洋,韦华军.通关散药棒对卒中后吞咽障碍患者吞咽功能的影响[J].江西中医药,2018,49(5):37-39.
- [26] 潘光生.中药浓煎剂的制备工艺改进[J].中成药,1989(2):39-40.
- [27] 庞勃,潘艳琼.中药浓煎剂的研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2017,17(50):16-17.
- [28] 钟立贤,王运荣,李世芳,等.汤剂改进研究——复方小青龙汤浓煎剂的研究[J].中成药,1983(1):7-10
- (修回日期:2023-02-14 编辑:蒲瑞生)