

针药联合治疗脑卒中吞咽障碍 90 例临床观察*

唐 军, 储 瑾, 王燕平, 孙 熠

(上海市闸北区中心医院中医科, 上海 200070)

摘要: **目的** 观察针刺加中风复元方对缺血性脑卒中所致吞咽障碍的疗效。**方法** 将入选的 90 例患者随机分为针刺组、中药组及针药组, 每组 30 例。针刺组予针刺舌体穴位及廉泉, 中药组予中风复元方口服, 针药组则同时予针刺及中药治疗。在治疗前、治疗后 4 周及治疗后 8 周评定吞咽功能。**结果** 治疗 8 周后针刺组总有效率为 83.33%, 中药组为 76.66%, 针刺加中药组为 93.33%, 统计结果显示 3 个治疗组的吞咽功能评分, 在治疗后均较治疗前降低 ($P < 0.05$), 具有统计学意义; 针药组疗效优于针刺组及中药组 ($P < 0.01$)。**结论** 针药联合可提高脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。

关键词: 卒中; 吞咽障碍; 针刺疗法; 中风复元方

中图分类号: R246.6 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2015)04-0041-03

缺血性脑卒中是目前老龄化社会多发疾病之一。吞咽障碍是其常见的临床症状之一, 其发生率为 30%~65%^[1], 是脑卒中后并发症治疗中最棘手的难题, 西医尚缺乏确切的治疗方法^[2], 主要是病因治疗及对症治疗。我科采用自拟中风复元方中药, 加用舌针为主针刺方法, 治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍, 临床疗效显著, 现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

观察病例共 90 例, 均为本院中医康复科 2013 年 7 月—2015 年 2 月住院患者, 采用随机数字表将患者随机分组, 第 1 组为针刺组, 第 2 组为中药组, 第 3 组为针药组, 每组各 30 例。第 1 组合并高血压病 27 例, 第 2 组合并高血压病 25 例, 第 3 组合并高血压病 24 例。3 组患者性别、年龄、病程、治疗前洼田评分比较, 无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。见表 1。

表 1 3 组患者一般资料比较

组别	病例数			年龄/岁	病程/d	洼田评分
	男	女	合计			
针刺组	16	14	30	67.03±10.11	104.57±222.91	4.07±0.87
中药组	18	12	30	72.47±8.71	123.53±265.45	3.97±0.72
针药组	19	11	30	69.60±8.52	135.73±289.60	3.72±0.83

1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《中国脑血管病防治指南》的诊断标准^[3], 中风病中医诊断标准依据 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组《中风病诊断与疗效评定标准》(试行)中风病的诊断标准^[4], 中医证候符合气虚血瘀。所有患者经头颅 CT 或 MRI 诊断为脑梗塞, 意识清楚, 并伴有吞咽障碍。

吞咽障碍程度评价标准: 治疗前后使用洼田氏饮水试验进行吞咽功能评分, 判断患者吞咽障碍的严重程度。依据洼田氏饮水试验量表^[5]将患者吞咽功能评定, 1 分为正常, 2 分为轻度障碍, 3 分为中度障碍, 3 分以上为重度障碍。

1.3 纳入标准

年龄 40~90 岁; 符合文献[2-3]诊断标准; 初次中风; 经头颅 CT 或 MRI 确诊为脑缺血; 中医辨证符合气虚血瘀的诊断标准; 意识清醒, 能配合检查及治疗的患者, 签署知情同意书。

1.4 排除标准

意识不清、精神障碍、不能配合治疗者; 严重晕针者; 合并有肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病者。

1.5 剔除标准

疗程中自行退出者; 发生严重不良事件者。

* 基金项目: 上海市闸北区卫生局科研课题(中医 2013ZY01)

收稿日期: 2015-06-11

作者简介: 唐军(1972-), 女, 上海浦东人, 主治医师, 研究方向: 中风病中医综合康复治疗。

2 方法

2.1 治疗方法

3 组均予依达拉奉 30mg 加入 0.9% 生理盐水 100mL 静滴, 2 次/d; 天麻素 600mg 加入 0.9% 生理盐水 250mL 静滴, 1 次/d, 14d 为 1 疗程。另根据具体情况予对症治疗, 控制血压、血糖。

针刺组: 选取心穴、脾穴、肾穴、聚泉、金津、玉液、廉泉。操作方法: 针刺前先予复方氯己定含漱液清洁口腔, 让患者自然伸舌出口(如舌不能伸出, 由医者左手垫纱布轻轻将舌拉出固定于口外), 选用 0.3mm×50mm 东邦牌一次性针具, 对舌面心穴、脾穴、肾穴、聚泉、快速进针, 使用捻转提插 1min, 不留针。患者舌上翘或由医者用压舌板将舌翘起, 快速点刺金津、玉液, 出血后快速出针, 出血量约 0.1mL 至 0.2mL。取廉泉穴常规消毒, 用上述针具向舌根方向斜刺 1~1.5 寸, 提插泻法。针刺治疗隔日 1 次, 1 个疗程 4 周, 连续 2 个疗程, 共 8 周。

中药组: 益气活血, 自拟中风复元方, 黄芪 30g、白术、当归、狗脊各 15g, 水蛭、三七、地龙、川芎、桃仁、红花各 10g, 每日 2 次, 每次 60mL, 饭后 1h 口服。服药 8 周。

针药组: 予针刺组相同治疗同时给予中风复元方治疗, 治疗时间为 2 个疗程, 共 8 周。

2.2 疗效标准

3 组患者在治疗前、治疗后 4 周、治疗后 8 周, 使用洼田饮水试验进行吞咽功能评分, 评价治疗前后吞咽障碍的功能计分变化情况。最低 1 分, 最高 5 分。评定标准: 基本痊愈: 吞咽障碍消失, 洼田氏饮水试验 1 分; 显效: 吞咽障碍明显改善, 洼田氏饮水试验 2 分; 好转: 吞咽障碍改善, 洼田氏饮水试验由 4、5 分减为 3 分, 或较治疗前提高 1 分; 无变化: 吞咽障碍无改善, 洼田氏饮水试验无变化; 恶化: 洼田氏饮水试验增加 1 分; 死亡。治疗 8 周后, 总有效=痊愈+显效+好转。

2.3 统计学方法

采用 SPSS19.0 统计软件包进行处理, 描述性统计采用交叉表, 计量资料采用 t 检验, 以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示, 等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 治疗前后洼田饮水试验评分比较

3 组在治疗前洼田饮水试验评分比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$); 经治疗后, 3 组在治疗后 4

周、治疗后 8 周时, 洼田饮水试验评分均较治疗前明显下降 ($P<0.05$); 在治疗后 4 周、治疗后 8 周时, 组间比较结果显示, 针药组洼田饮水试验评分下降最为显著 ($P<0.01$)。见表 2。

表 2 3 组治疗前后洼田饮水试验评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
针刺组	30	4.07±0.87	3.23±1.01** Δ	2.50±1.20** Δ
中药组	30	3.97±0.72	3.73±0.74*	3.10±0.85**
针药组	30	3.72±0.83	2.70±0.92** $\Delta\Delta$	1.90±0.89** $\Delta\Delta$

注: 各组治疗前后比较, * $P<0.05$, ** $P<0.01$; 组间比较, $\Delta P<0.05$, $\Delta\Delta P<0.01$

3.2 3 组临床疗效比较

治疗 8 周后, 经疗效评价, 针刺组总有效率 83.33%, 中药组总有效率 76.66%, 针药组总有效率 93.33%(见表 3)。Kruskal-Wallis 检验结果显示, 针药组与中药组、针刺组疗效存在统计学差异, $\chi^2=15.33$ ($P<0.001$), 提示针药组与中药组及针刺组比较, 治疗后洼田氏评分降低更为明显, 临床疗效更为显著。

表 3 3 组疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
针刺组	30	7(23.33)	10(33.33)	8(26.67)	5(16.67)	25(83.33)
中药组	30	2(6.67)	7(23.33)	14(46.67)	7(23.33)	23(76.66)
针药组	30	12(40.00)	12(40.00)	4(13.33)	2(6.67)	28(93.33)

4 讨论

缺血性脑卒中后所致吞咽障碍, 系双侧皮质脑干束受损所致。现代研究表明吞咽中枢具有双侧不对称性分布特点^[6]。当主侧大脑半球受损后另一侧可以代偿, 这使得脑卒中后吞咽功能障碍的恢复成为可能。

本病属祖国医学“中风、瘖痱、喉痹”范畴, 《金匱要略·中风历节病》载: “邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎”。中风后吞咽障碍核心病机以元气虚为本^[7], 风、火、痰、瘀阻滞经络为标, 经气不通, 气血不畅, 上扰神明, 闭塞咽关舌窍所致。病位在心(脑), 涉及脾、肾等脏腑, 症状表现在咽部。我科自拟中风复元方, 以黄芪为主药, 强调益气补肾药与活血化瘀药的相辅相成, 运用红花、水蛭、地龙等活血通络之品, 经临床研究证实其作用机制之一是使患者血液中纤溶酶原激活物抑制剂 PAI 含量明显降低, 而组

织型纤溶酶原激活物 tPA 活性显著升高,通过调节纤溶系统水平来改善缺血性脑卒中病情^[8]。现代药理研究表明,黄芩、红花、水蛭、地龙对脑缺血再灌注损伤具有保护作用^[9-12]。

根据针灸理论及现代医学舌咽神经和舌下神经的分布规律取穴,针刺相应腧穴,增强神经反射性,促进肌肉的灵活性和协调性,最终改善吞咽功能^[13]。廉泉为任脉经穴,是任脉与阴维脉交会穴,针刺廉泉有疏经活络利咽之功,为主治吞咽困难,言语不利之要穴^[14]。舌通过经络、经别、经筋的循行,与脏腑相联系。手少阴心经挟咽喉上行,经别系舌本;足太阴脾经上挟咽,连舌本,散舌下;足少阴肾经循咽喉,挟舌本。通过针刺舌体上心、脾、肾穴位,刺激与舌有联系的经络,达到疏通经气、通利关窍之用。金津、玉液刺络放血,能调十二脏腑气机,理十二经脉气血,疏通经络,气通血濡,则病自去。从解剖学看,吞咽运动依赖舌肌和咽肌,由舌下神经、迷走和舌咽神经支配。针刺舌体特定穴位及咽喉部肌群,直接刺激舌下神经、迷走和舌咽神经,加强局部血液循环,形成对中枢神经的刺激和促通作用,促进吞咽反射弧的重建与恢复。针刺治疗能够很好的对受损神经起到恢复,并促使失去功能或者处于抑制状况的神经快速恢复,从而提高临床治疗效果^[15]。

本研究结果显示,3 组治疗后洼田饮水试验评分均较前一时点显著降低,针药组在降低洼田饮水试验评分方面较针刺组及中药组更优。针刺与中风复元方协同,综合治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍,其总有效率优于单纯针刺及单纯口服中药,针刺联合中风复元方治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍值得进一步推广应用。

参考文献:

- [1] 饶明俐. 中国脑血管防治指南摘要[J]. 中风与神经疾病杂志,2005,22(5):388.
- [2] 程红亮,崔乐乐,张闻东. 芒针透刺治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究 [J]. 云南中医学院学报,2014,37 (1):45-48.
- [3] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:30-39.
- [4] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [5] 大西幸子,孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志,1997,12(3):141-142.
- [6] 贾海燕. 脑卒中后吞咽功能障碍的评估和治疗进展[J]. 国外医学神经病学·神经外科学分册,2002,29 (2):119-122.
- [7] 钱建峰,贾慧,孙风平. 试述以“虚”为核心的中风病机观 [J]. 中医药学报,2011,39(2):67-68.
- [8] 王中华,徐倍倍,林松艳,等. 中风复元方对缺血性脑卒中患者纤溶酶原激活系统的影响[J]. 长春中医药大学学报,2008,24(5):499-500.
- [9] 郭超,全黎,杨兴斌,等. 毛蕊异黄酮对大鼠脑缺血再灌注损伤的保护作用 [J]. 中华神经外科疾病研究杂志,2011,10(1):35-36.
- [10] 罗嘉,周黎明,方治平,等. 红花注射液对大鼠局灶性脑缺血后细胞凋亡的影响[J]. 四川中医,2004,22(2):28-29.
- [11] 李克明,武继彪,隋在云,等. 微粉水蛭对脑缺血再灌注损伤大鼠的影响[J]. 中药药理与临床,2011,27(4):57-58.
- [12] 杨明,杨虹,陈锦香. 地龙提取液对兔急性脑缺血再灌注损伤的保护作用 [J]. 吉林医学,2011,32 (19):3848-3849.
- [13] 孙华. 比较针灸治疗在脑卒中后吞咽困难患者的重要性 [J]. 中西医结合研究,2011,3(2):97-98.
- [14] 黄晓汕,田青,莫润宇,等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志,2013,27(2):143-144.
- [15] 张桂芳,王骐,郝孝盈,等. 针灸配合吞咽治疗仪治疗急性脑卒中球麻痹 35 例疗效观察 [J]. 中医药导报,2013,19(8):69-70.

(编辑:徐建平)

(英文摘要见第 56 页)

- [14] 林庆. 小儿脑性瘫痪的定义诊断条件及分型 [J]. 中华儿科杂志, 2004, 3(4): 262-264.
- [15] 林庆, 李松, 刘建蒙, 等. 我国六省区小儿脑性瘫痪患病率及临床类型的调查分析[J]. 中华儿科杂志, 2001, 39(10): 613-615.
- [16] 黄霞. 祖国医学在脑瘫治疗上的应用前景[J]. 浙江中医学院学报, 2003, 7(27): 4-6.
- [17] 许建阳, 门镇, 王藏, 等. 针刺合谷穴后效应的脑功能成像研究[J]. 上海针灸杂志, 2005, 24(10): 33-35.
- [18] 秦油河. 脊柱肌力平衡术矫正儿童麻痹性腰椎侧凸[J]. 医学康复, 1992, 9(1): 6-8.
- [19] 李维汉, 张跃云, 陈军, 等. 肌力平衡术治疗先天性马蹄内翻足远期疗效评价[J]. 医学临床研究, 2008, 25(5): 873-875.
- (编辑: 徐建平)

Massage Manipulation of Spinal-Pelvic Regulating Balance in Treating 30 Children with Spastic Cerebral Palsy

ZHANG Hongan¹, ZHENG Jinhong¹, YUE Qianjun², WANG Dongyang¹,
ZHOU Xuelong^{3△}, WANG Zhanyou¹, XIE Lishuang¹

(1. Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001 China;

2. Dong guan Maternal and Child Health Care Hospital, Dong guan 523000, China;

3. The First Affiliated Hospital of Guangxi University of Traditional Chinese Medicine, Nanning 530001, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the therapeutic effect of Massage Manipulation of Spinal-Pelvic Regulating Balance (SPRB) on spastic cerebral palsy (CP). **Methods** A total of 60 children with CP were randomly assigned to the treatment group and the control group equally. All were treated with rehabilitation training but massage with SPRB was carried out additionally for those in the treatment group five times every week and 3 months as a therapeutic course. Clinical efficacy was assessed adopting the gross motor function measurement (GMFM-66) and the revised Ashworth scale (MAS) before and after treatment. **Results** All children showed significant improvements in GMFM-66 after treatment. Compared with baseline the improvement was statistically significant ($P < 0.01$). Significant difference was also found between the group in MAS and in GMFM scores after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Massage with SPRB manipulation shows a better effect than Rehabilitation Training therapy alone treating spastic CP.

KEY WORDS: spastic cerebral palsy; massage manipulation of Spinal-Pelvic regulating balance; GMFM-66 score; ashworth scale

(原文见第 41 页)

Clinical Observation on Acupuncture plus Traditional Chinese Medicine for Dysphagia after Stroke

TANG Jun, CHU Jin, WANG Yanping, SUN Yi

(Department of Traditional Chinese Medicine, Central Hospital of Zhabei District, Shanghai 20070, China)

ABSTRACT: **Objective** To observe the effects of acupuncture plus Zhongfeng Fuyuan Formula for Dysphagia after Stroke. **Methods** Totally 90 cases were randomized into three groups, acupuncture group (30 cases), traditional Chinese medicine group (30 cases), acupuncture plus traditional Chinese medicine group (30 cases). Before treatment, after treatment for four weeks and eight weeks, the effect was evaluated according to the swallowing test of the three groups. **Results** After treatment for eight weeks, the total effective rate of swallowing test was 83.33% in the acupuncture group, 76.66% in the traditional Chinese medicine group, 93.33% in the acupuncture plus traditional Chinese medicine group with significant difference among the three ($P < 0.01$). **Conclusion** acupuncture plus Zhongfeng Fuyuan Formula is effective for dysphagia after stroke.

KEY WORDS: stroke; dysphagia; acupuncture therapy; Zhongfeng Fuyuan formula