

中医综合疗法治疗中风后吞咽障碍临床观察^{*}

王朝霞¹, 庞敬涛², 黎红¹, 刘凯², 杨冉²

(1. 潍坊市中医院, 山东 潍坊 261041; 2. 潍坊医学院, 山东 潍坊 261053)

摘要:目的 观察中医综合疗法对中风后吞咽障碍的影响,以探讨一种有效的治疗方案。方法 将 70 例中风后吞咽障碍患者随机分为治疗组和对照组各 35 例。治疗组采用中药颗粒、针灸及常规治疗;对照组给予康复训练及常规治疗。疗程 4 周。治疗前后分别比较洼田饮水试验、VFSS 评分及吸入性肺炎的发生率。结果 治疗后 2 组患者洼田饮水试验、VFSS 评分较治疗前均有改善,治疗组更为明显,2 组差异有统计学意义($P<0.05$),且治疗组吸入性肺炎的发生率更低。结论 中医综合治疗能有效改善吞咽功能,减少吸入性肺炎的发生,提高患者生活质量。

关键词: 中风; 吞咽障碍; 中医; 针灸; 中药; 综合疗法; 疗效观察

中图分类号: R255.2 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2016)02-0066-04

DOI: 10.19288/j.cnki.issn.1000-2723.2016.02.018

吞咽障碍是中风后常见的并发症之一,在中风急性期,45%的患者伴有吞咽功能障碍,而半数患者的吞咽功能在发病后 6 个月仍不能恢复正常^[1]。吞咽障碍是指下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食道上括约肌和食道功能受损所致的进食障碍^[2]。中风后患者的吞咽功能若得不到有效的康复治疗,可出现营养不良、吸入性肺炎,甚至是吸入异物窒息而死亡,严重影响患者的生活质量^[3]。目前,现代医学尚无特殊有效的治疗方法,而中医疗法对中风后吞咽功能的改善已经得到临床证实^[4-5]。本研究采用中医综合疗法治疗中风后吞咽障碍,取得较好疗效,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集潍坊市中医院脑病科 2014 年 1 月-2015 年 12 月住院及门诊收治的脑卒中后吞咽障碍患者 70 例,病程 1~6 周,患者入院后均经颅脑 CT 或 MRI 检查证实,洼田饮水试验=1 分或者 ≥ 5 级者,患者神志清楚,同时伴有吞咽障碍。随机分为治疗组、对照组各 35 例。治疗组男性 16 例,女性 19 例;年龄 56~75 岁,平均年龄(64.91 $\pm$ 4.28)岁。对照组中男性 14 例,女性 21 例;年龄 49~76 岁,平均年龄

(65.09 $\pm$ 6.10)岁。2 组治疗前洼田饮水试验评估分级,治疗组 4 级 7 例,3 级 17 例,2 级 11 例;对照组 4 级 6 例,3 级 19 例,2 级 10 例。VFSS 评分,治疗组 1.91 $\pm$ 1.01;对照组 2.39 $\pm$ 1.20。2 组病例的性别、年龄、吞咽障碍程度差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

中医诊断标准参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准》^[6],符合痰浊阻窍型证;西医诊断标准^[7]参照 1995 年全国第 4 次脑血管病会议制定的诊断标准,符合《各类脑血管疾病诊断要点》中脑卒中的诊断标准,经颅脑 CT 或 MRI 检查确诊,神志清楚,有吞咽障碍。

1.3 纳入标准

①符合中、西医诊断标准,且经颅脑 CT 或 MRI 检查确诊者;②神志清楚,能理解和执行简单指令,简易智力测试量表(abbreviated mental test, AMT)评分 >7 分;③经过筛查有饮水呛咳、吞咽困难症状,且日本洼田饮水试验评定 ≥ 3 级;④生命体征平稳,无发热和肺部感染;⑤年龄 50~80 岁;⑥病程 ≤ 6 个月;⑦患者自愿参加并签署知情同意书。

^{*} 基金项目:潍坊市卫生局中医药科研项目(2008005)

收稿日期:2016-03-01

作者简介:王朝霞(1970-),女,山东寿光人,主任中医师,研究方向:中西医结合治疗脑血管病。

E-mail: wangzhaoxia2004@126.com

1.4 排除标准

①严重痴呆、精神障碍失语、完全性失语者不能耐受中药者及药物过敏者等;②合并心、肝、肾、造血系统等严重疾病者;③有明显的口腔或咽喉疾病影响吞咽者;④拒绝按照试验方案治疗和评估者;⑤研究者判断不适合纳入本临床观察的其他情况。

1.5 观察指标

于治疗前和治疗结束后,分别检测以下指标:

①吞咽 X 线电视透视检查(VFSS):在 X 线透视的条件下,让患者吞咽造影剂(50g 硫酸钡加水 100mL,调成糊状,每次吞咽 5mL),然后通过显示器,观察造影剂在口腔—咽喉—食管整个推进移动情况。VFSS 评分:吞咽功能正常为 10 分,轻度吞咽障碍为 7~9 分,中度吞咽障碍 2~3 分,重度吞咽障碍 0 分。

②洼田饮水试验^[8]:患者端坐位,饮温水 30mL,观察全部饮水完成的时间及过程,注意有无呛咳。正常:1 次 5 秒内完成无呛咳;异常:1 级 1 次>5 秒完成或超过 2 次完成,无呛咳;2 级,1 次完成有呛咳;3 级,超过 2 次完成有呛咳;4 级,多次呛咳,不能完成。

③吸入性肺炎发病率。

1.6 治疗方法

治疗组:在采用常规药物治疗的基础上加用中医疗法:①中药汤剂以益气化痰开窍方(按配方由北京康仁堂药业有限公司提供免煎颗粒,所有颗粒换算成饮片量),组方:黄芪 30g,白术 12g,党参 15g,茯苓 12g,陈皮 12g,半夏 12g,郁金 12g,石菖蒲 10g,胆南星 10g,地龙 10g,天麻 10g,甘草 6g。每日 1 剂,分 2 次口服或鼻饲。②针刺取穴:翳风、风府、廉泉、地仓、下关、颊车、合谷、列缺、三阴交等平补平泄,针刺部位有酸、麻、胀、放射感为度,留针 20~30min。

对照组:采用常规药物治疗的基础上单纯采用目前常用的吞咽困难康复包括头部及体位的调整、清嗓与咳嗽训练、呼吸与屏气训练、吞咽的功能训练和食物的吞咽训练^[9-10],每次 40min。治疗 4 周后统计疗效。

1.7 统计学方法

统计学方法:数据使用 SPSS19.0 统计分析软件处理,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验;计量资料符合正态分布者用 t 检验,不服从正态分布者采用秩和检验。

2 结果

2.1 治疗前后 2 组患者洼田吞咽能力评定比较

2 组治疗前经秩和检验比较 $Z=-0.026$; $P=0.979 > 0.05$,2 组数据具有可比性。治疗组治疗前后秩和检验比较 $Z=-4.262$; $P=0.000 < 0.05$,有统计学意义;治疗组治疗前后秩和检验比较 $Z=-2.910$; $P=0.004 < 0.05$,有统计学意义;2 组治疗后经秩和检验比较 $Z=-0.292$; $P=0.036 < 0.05$,有统计学意义。见表 1。

表 1 治疗前后 2 组患者洼田吞咽能力评定比较

组别	<i>n</i>		1 级	2 级	3 级	4 级
治疗组	35	治疗前	0	11	17	7
		治疗后	7	16	11	1
对照组	35	治疗前	0	10	19	6
		治疗后	3	12	17	3

2.2 治疗前后 2 组患者 VFSS 分数比较

2 组治疗前经 t 检验比较 $t=1.340$; $P=0.185 > 0.05$,2 组数据具有可比性。治疗组治疗前后 t 检验比较 $t=-8.859$; $P=0.000 < 0.05$,有统计学意义;治疗组治疗前后 t 检验比较 $t=-4.881$; $P=0.000 < 0.05$,有统计学意义;2 组治疗后经 t 检验比较 $t=2.256$; $P=0.027 < 0.05$,有统计学意义。见表 2。

表 2 治疗前后 2 组患者 VFSS 分数比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
治疗组	35	1.91 $\pm$ 1.01	5.76 $\pm$ 2.32
对照组	35	2.39 $\pm$ 1.20	4.49 $\pm$ 2.39

2.3 治疗前后 2 组患者吸入性肺炎发病率

经 χ^2 检验 $\chi^2=6.293$; $P=0.012 < 0.05$,治疗组吸入性肺炎的发病率明显低于对照组,差异有统计学意义,见表 3。

表 3 治疗前后 2 组患者吸入性肺炎发比较

组别	<i>n</i>	吸入性肺炎人数(%)
治疗组	35	6(17.14)
对照组	35	13(37.14)

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中的常见并发症,根据其临床表现,吞咽障碍属祖国医学中风、喉痹、暗瘕等范畴^[1]。诚如《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》记载:“清气不升,九窍为之不利。”脾气亏虚,风痰阻窍与吞咽密切相关,益气化痰开窍方用黄芪、白术、党参、茯苓、补后天之气共为君药,取气行痰消之意;陈皮、半夏、郁金、石菖蒲、胆星 5 药配伍相得益彰,化痰开窍启闭之力增强,共为臣药;天麻、地龙祛风通络共为佐药;甘草调和诸药。诸药合用,补而不滞,温而不燥,共奏益气化痰开窍之效。《医学纲目》说:“舌根急缩,廉泉三分,得气即泻。”翳风、风府、地仓、下关、颊车均治中风口噤不开之要穴,古有“口面合谷收,头项寻列缺”之说。王丽平^[12]等研究表明针刺具有短期改善中风后吞咽障碍的趋势。唐军^[13]等指出,采用活血通络中药可以调节纤溶系统水平从而改善缺血性脑卒中病情,并指出针刺治疗对受损神经起到恢复作用,针药联合可更好的提高脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。

洼田吞咽能力评定量表可信度较高,且操作简便,并能对住院期间患者发生误吸、肺炎等不良事件及出院时的营养状态提供预后信息。VFSS 被认为是诊断吞咽障碍的“金标准”^[14],VFSS 检查能更直观、准确地评估口腔期、咽期和食管期的吞咽情况,对于诊断、干预手段的选择和咽期吞咽障碍的管理意义重大^[15]。研究表明^[16],经 VFSS 检测时间参数发现食物在咽部通过时间超过 5 秒的中风病人,约 90% 发生吸入性肺炎。

综上所述,本研究采用洼田饮水试验及 VFSS 评价临床疗效。结果表明,治疗组及对照组经 4 周治疗后,与治疗前相比洼田饮水试验及 VFSS 评分都有改善,治疗组更为明显且肺炎吸入的发生率更低。由此可以推断,中医综合治疗对中风后吞咽障碍疗效优于单纯康复训练的对照组。

参考文献:

[1] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版

社,2007:30-42.

[2] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京:华夏出版社,1997:42.

[3] Bagg S, Pombo AP, Hopman W. Effect of age on functional outcomes after stroke rehabilitation [J]. *Stroke*, 2002, 33(1): 179-185.

[4] GUO Miao, ZHANG Xiaoxia. A study on progress of dysphagia after stroke[J]. *Clinical Journal of Chinese Medicine*, 2012, 4(4): 20-22.

[5] 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.

[6] 国家中医药管理局. 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.

[7] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经外科杂志, 1996, 29(6): 379-380.

[8] 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: 43-44.

[9] 刘琴. 康复训练治疗急性脑梗死患者吞咽困难的疗效观察[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2009, 12(16): 6-8.

[10] 尚克中, 程英升. 吞咽障碍诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 300-305.

[11] 张焕琨. 舌三针和项三针治疗中风后吞咽困难的临床研究[J]. 中国医药导报, 2013, 34(16): 110-112.

[12] 王丽平, 解越. 针灸治疗卒中后吞咽困难的系统评价[J]. 中国针灸, 2006, 26(2): 141-146.

[13] 唐军, 储瑾, 王燕平, 等. 针药联合治疗脑卒中吞咽障碍 90 例临床观察[J]. 云南中医学院学报, 2015, 38(4): 41-43.

[14] Ramsey DJ, Smithard DG, Kalra L. Early assessment of dysphagia and aspiration risk in acute stroke patients[J]. *Stroke*. 2003, 34(5): 1252-1257.

[15] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识(2013 年版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2013, 35(12): 916-929.

[16] Johnson ER, McKenzie SW, Sievers A. Aspiration pneumonia in stroke [J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 1993, 74(9): 973-976.

(编辑:徐建平)

Clinical Observation of Traditional Chinese Medicine Comprehensive Treatment of Swallowing Disorders

WANG Zhaoxia¹, PANG Jingtao², LI Hong¹, LIU Kai², YANG Ran²

(1. Weifang Hospital of Traditional Chinese Medicine, Weifang 261041, China;

2. Weifang Medical University, Weifang 261053, China)

ABSTRACT: Objective To observe effect of integrated therapy of traditional Chinese medicine on swallowing disorder after stroke. **Methods** 70 patients with swallowing disorder after stroke was randomly divided into treatment group ($n=35$) and the control group ($n=35$). The treatment group was treated with Chinese medicine granules, acupuncture and conventional treatment and the control group with rehabilitation training and conventional treatment, both of them for 4 weeks. We compared the water swallow tests, Videofluoroscopic swallowing study (VFSS) and the incidence of aspiration pneumonia before and after treatment. **Results** The scores of water swallow tests and Videofluoroscopic swallowing study (VFSS) were significantly improved after treatment in both groups, And the treatment group improved more significantly ($P<0.05$). Patients in treatment group had higher score of water swallow tests and Videofluoroscopic swallowing study (VFSS) and lower incidence of aspiration pneumonia than control group ($P<0.05$). **Conclusion** The integrated traditional Chinese medicine therapy is effective in improving swallowing function, reducing the occurrence of aspiration pneumonia and improving the quality of life.

KEY WORDS: stroke; dysphagia; traditional Chinese medicine; acupuncture; Chinese material medica; comprehensive therapy; efficacy observation

(上接第 39 页)

[14] 权勤波,李启红. HPLC 法测定胃炎康胶囊中芍药苷,盐酸小檗碱及甘草酸的含量 [J]. 药物分析杂志,2012,32(1):120-122.

[15] 赵严丽,陈淑娟. 高效液相色谱法测定消渴平胶囊中盐

酸小檗碱含量[J]. 中国药业,2014,23(1):10-11.

[16] 赵严丽,魏燕珍. 高效液相色谱法测定糖维胶囊中盐酸小檗碱含量[J]. 中国药业,2015,24(4):45-46.

(编辑:徐建平)

Determination of Berberine Hydrochloride in Zhixie Baotong Granule by HPLC

LIU Jia, LU Xueping, CUI Tao, PENG Lingfang

(Yunnan Baiyao Group Innovation and R&D Center, Yunnan Institute of Materia Medica, Yunnan Province
Company Key Laboratory for TCM and Ethnic Drug of New Drug Creation, Kunming 650111, China)

ABSTRACT: Objective To establish a HPLC method for the determination of berberine hydrochloride in Zhixie Baotong granule. **Methods** The HPLC system consisted of the Ecosil C₁₈ (4.6mm×250mm, 5μm) column, the mobile phase consisted of acetonitrile-0.05 mol/L KH₂PO₄ (50:50), the flow rate was 1.0 mL/min, the UV detector was set at 350nm. **Results** The linear response range was 0.038~1.910 μg ($r=0.9999$). The average recovery of puerarin was 98.25%, and RSD=1.61%. **Conclusion** The method is simple, rapid, accurate and repeatable. It can be applied in determination of berberine hydrochloride in Zhixie Baotong granule.

KEY WORDS: berberine hydrochloride; Zhixie Baotong granule; HPLC