

穴位按摩在脑卒中吞咽功能障碍治疗中的应用价值

濮红萍 史婷奇 李 敏 桂琦琳

(南京大学医学院附属鼓楼医院中医科, 江苏南京 210008)

摘 要 目的:评估穴位按摩在改善脑卒中吞咽功能障碍患者中的应用价值。方法:将 100 例脑卒中吞咽困难患者随机分为治疗组和对照组各 50 例,2 组患者均给予脑卒中基础训练、摄食训练及心理护理,治疗组患者在此基础上给予穴位按摩,2 组疗程均为 21d。治疗期间观察患者吞咽困难程度的改善情况。结果:治疗组患者吞咽困难程度改善优于对照组患者($P<0.05$)。结论:穴位按摩是改善脑卒中患者吞咽困难的有效措施,可以提高脑卒中患者吞咽功能训练的效果。

关键词 脑卒中 吞咽困难 穴位按摩

中图分类号 R743.305

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)05-0066-03

目前,脑卒中(stroke)的高发病率及其致残性并发症已成为全球性的卫生问题,严重影响公众健康和社会发展^[1]。近年的流行病学调查显示,在临床上,吞咽困难(dysphagia)作为脑卒中患者常见的并发症,其发病率高达 51%~78%^[2],它不仅是导致患者营养不良、脱水的常见原因,还有可能诱发吸入性肺炎,甚至窒息^[3]。因此,改善脑卒中患者吞咽困难,对于提高其生活质量,缩短住院时间具有重要意义。研究表明,针刺是治疗脑卒中患者吞咽功能障碍的一种有效手段^[4],然而部分患者因畏惧针刺而不能接受这种治疗方式。本研究采用非侵入性的治疗方式——穴位按摩疗法,以观察其在改善脑卒中患者吞咽功能障碍中的临床疗效。

1 临床资料

2013 年 2 月至 2014 年 12 月期间在南京大学医学院附属鼓楼医院中医科住院的脑卒中患者 100 例,随机分为治疗组和对照组各 50 例。2 组患者在性别、年龄、病程及吞咽功能分级等方面的差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。详见表 1。

表 1 治疗组、对照组患者基本临床特征

组别	例数	性别(男/女)	年龄(岁)	病程(d)	吞咽功能分级(例)		
					3 级	4 级	5 级
治疗组	50	26/24	64.80±13.90	12.24±6.53	22	20	8
对照组	50	23/27	61.38±11.57	14.17±7.23	20	23	7

纳入标准:所有入选患者均具备下列条件:(1)经头颅 CT 或 MRI 检查,符合第四届全国脑血管疾

病会议制定的脑卒中诊断标准^[5];(2)患者病情稳定,意识清楚,有一定的语言交流能力;(3)通过洼田饮水试验筛查^[6],均伴有吞咽功能障碍。排除标准:(1)不符合脑卒中的诊断标准;(2)合并严重心、肝、肾等脏器功能衰竭;(3)严重肺部疾病,气管切开、插管者;(4)恶性肿瘤性疾病;(5)精神失常,不能配合治疗者。本研究是在获得所有患者知情同意的情况下实施。

2 研究方法

2 组患者均采用脑卒中基础训练、摄食训练及心理护理,治疗组患者在此基础上给予穴位按摩疗法。2 组疗程均为 21d。

2.1 基础训练 (1)咽部冷刺激和空吞咽训练:使用棉签蘸少许生理盐水(4℃)后经口腔轻轻刺激软腭、腭弓、咽后壁及舌根,停止刺激后,嘱患者做吞咽动作,每日 3 次,训练 10min;(2)口、舌、下颌肌群训练:嘱患者练习张口、闭唇、鼓腮、伸缩等动作,每日 3 次,训练 10min;(3)呼吸控制训练:患者取坐位,先让患者颈肩部肌肉放松,练习鼻吸气、口呼气,于呼气末,按压其腹部,练习屏气,每日 3 次,训练 10min;(4)咳嗽及发音训练:让患者反复练习咳嗽;同时,让患者用力张口,尽可能延长发“啊”音,每日 3 次,训练 5min;(5)门德尔松法^[7]:对于喉部可以上抬的患者,让其练空吞咽并保持上抬位置,保持 3s,然后完成吞咽;对于喉部无力上抬患者,护理人员按摩其颈部,上抬其喉部,以促进吞咽,每日 3 次,训练 5min。

2.2 摄食训练 选择安静的环境,以便患者集中

注意力,嘱患者取 30°仰卧位,颈部前屈,并嘱患者身体偏向健侧,选择柔软、易于咀嚼的糊状食物为主,进食时应严格控制入口量,初始以 4mL 左右为宜,然后酌情逐渐增加至正常量 20mL;同时,每次进食时将食物放于患者口腔健侧,进食后嘱患者反复做几次空吞咽,以便于食物全部咽下。每日依具体情况训练 1~2 次,每次 30min。在训练过程中,嘱患者将注意力集中于吞咽,而不是咀嚼,如发生呛咳等情况,及时处理,以免引起吸入性肺炎。

2.3 心理护理 首先,耐心听取患者的倾诉,在取得其信任与合作的基础上,加强心理疏导及健康教育,减轻患者的心理负担;其次,增强患者对脑卒中的认识,告知患者脑卒中吞咽困难可以通过积极功能训练而改善,甚至痊愈,激发患者的信心;最后,鼓励患者家属参与制定吞咽功能训练计划,同时,要求及时反馈训练中存在的问题,及时修正训练计划。每周 3 次,每次交流 20min。

2.4 穴位按摩 参照石学敏主编的《针灸学》^[8]中的穴位,取廉泉、风池、风府、哑门穴。操作方法:以按法和揉法组成复合手法,双拇指指腹按压穴位,垂直下压,逐渐用力,按而留之,以不引起肌肉痉挛及明显疼痛为度,每穴按压 20 次,每次按压 5s;然后用手掌大鱼际固定于穴位上,做轻柔缓和的回旋揉动,揉动幅度由小渐大,揉动力度由轻渐重,揉动方向先顺时针后逆时针,各 20 圈。按摩过程中,注意观察患者的反应,按压轻重适度,手法正确,早、晚各 1 次。

3 疗效观察

3.1 疗效评定标准 采用日本洼田饮水试验进行吞咽困难程度的评估^[6]。(1)疗效分级标准:患者取端坐位,按日常习惯饮 30mL 温开水,观察所需时间及呛咳情况。1 级:能顺利地一次将水咽下;2 级:分 2 次以上,能不呛咳地咽下;3 级:能一次咽下,但有呛咳;4 级:分 2 次以上咽下,但有呛咳;5 级:频繁呛咳,不能全部咽下。(2)疗效判断标准:治愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定 1 级;显效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定 2 级;有效:吞咽障碍有所改善,饮水试验评定 3 级;无效:吞咽障碍改善不显著,饮水试验评定 3 级以上。

3.2 统计学方法 所有数据的处理由 SPSS16.0 统计软件完成;计数资料用频数表示;计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料组间比较采用卡方检验,计量资料采用 ANOVA 分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2 组患者治疗后吞咽困难程度的比较 见表 2。

表 2 治疗组、对照组患者治疗后吞咽功能分级比较 例

组别	例数	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级
治疗组	50	23	18	6	2	1
对照组	50	17	19	3	7	4

3.3.2 2 组患者临床疗效比较 见表 3。

表 3 治疗组、对照组患者临床疗效比较 例(%)

项目	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	50	23(46.0)	18(36.0)	6(12.0)	3(6.0)	94.0%*
对照组	50	17(34.0)	19(38.0)	3(6.0)	11(22.0)	78.0%

注:*与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

据报道,对于脑卒中合并吞咽困难的患者,其康复率、死亡率和致残率约各占 1/3,但是,经早期治疗,其中约 85%以上的患者吞咽功能能够恢复正常或减轻^[1,9]。研究表明,功能性康复训练应在脑卒中患者生命体征平稳、神经系统症状不再发展的 48h 内进行,尤其是吞咽功能训练,功能性康复训练介入越早,可塑性就越大,越有利于中枢神经功能的恢复^[10-12]。中医学认为,脑卒中引起的吞咽困难属“喉痹”范畴,其病性总属本虚标实,以肝肾亏虚为本,痰瘀壅阻咽喉为标^[13]。根据人体经络理论,多条经络循行于咽喉,其中一些腧穴具有治疗咽喉疾患的功能,从而为针刺及穴位按摩治疗脑卒中吞咽困难提供了坚实的理论依据。

因针刺为侵入性操作,部分患者因畏惧针刺而不能接受这种治疗方式,故而本研究通过穴位按摩结合吞咽训练方法治疗脑卒中吞咽功能障碍。所选穴位,廉泉是任脉与阴维脉交会穴,该穴位的深处为舌体的根部,与舌体的运动有密切联系;风池是足少阳胆经与阳维脉的交会穴,风府、哑门均为督脉和阳维脉的交会穴,具有熄风化痰通络、开瘕治哑之功^[8,14]。

本研究结果显示,治疗组患者在疗程结束后,其吞咽疗效评估总有效率明显优于对照组患者($P < 0.05$),表明穴位按摩是改善脑卒中患者吞咽困难的有效措施,可以提高脑卒中患者吞咽功能训练的效果。但亦有少部分患者吞咽功能未能明显改善,其原因有待进一步研究探讨。

参考文献

- [1] Rodgers. Stroke. Handb Clin Neurol, 2013, 110:427
- [2] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications. Stroke, 2005, 36(12): 2756

李志道悬钟穴研究撷粹

田 苑¹ 李 婷¹ 时旭平¹ 李 岩² 李兰媛³

(1.天津中医药大学,天津 300193; 2.天津市公安医院,天津 300042;

3.天津中医药大学第一附属医院,天津 300193)

摘 要 通过对李志道教授论文的研读,总结出其就悬钟穴的3点研究考证:悬钟穴的定位在腓骨前缘,而非腓骨后缘;悬钟穴为“诸阳会”,是阳维脉的起点,而非李时珍所言金门穴;悬钟穴并非绝骨,也非髓会,髓会绝骨之绝骨当为阳辅穴。

关键词 悬钟穴 阳维脉 阳辅 绝骨

中图分类号 R224.2

文献标识码 A

文章编号 1672-397X(2015)05-0068-02

李志道教授考《内经》、《难经》、《针灸甲乙经》,对于悬钟穴有3点新的认识。笔者查阅李志道教授的多篇文献,发现其对一个腧穴的研究能提出如此诸多的见解,乃至对前人之论有所颠覆,实属少见。今撷粹于下,与同道共享。

1 悬钟穴定位应在腓骨前缘

有关悬钟穴的定位是在腓骨前缘还是在腓骨后缘,历来争议很大,临床使用时也不尽统一。邱茂良主编的《针灸学》(1985年10月第1版,2014年1月第44次印刷)是在腓骨后缘:“外踝高点上三寸,腓骨后缘”;石学敏主编的《针灸学》(2007年6月第2版,2009年8月第22次印刷)是在腓骨前缘:“外

踝高点上3寸,腓骨前缘”。而造成几版教材关于悬钟穴定位分歧的主要原因是,在《针灸甲乙经》中只提到悬钟穴在“足外踝上三寸动脉中,足三阳络,按之阳明脉绝乃取之”,即只言明在外踝上三寸,并未言明是在腓骨前缘还是腓骨后缘。李志道教授考《针灸甲乙经》和《内经》原文认为,悬钟穴确在腓骨前缘。《针灸甲乙经》是我国现存最早的针灸学专著,也是最早、最多收集和整理古代针灸资料的重要文献。悬钟穴的定位最早记载于《针灸甲乙经》:“悬钟,在足外踝上三寸动脉中,足三阳络,按之阳明脉绝乃取之。”即悬钟穴位于足外踝上三寸处,此处有动脉搏动,如果按压悬钟穴,则可使足背动脉

[3] Falsetti P, Acciai C, Palilla R, et al. Oropharyngeal dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and clinical predictors in patients admitted to a neurorehabilitation unit. J Stroke Cerebrovasc Dis, 2009, 18(5):329

[4] 莫锐钊, 蒋超. 脑卒中吞咽困难患者的康复护理进展. 护理学杂志, 2009, 24(15):90

[5] 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. 中华神经科杂志, 1996, 29(6):379

[6] 大西幸子, 孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练. 中国康复医学杂志, 1997, 12(3):141

[7] 徐月花. 康复训练综合疗法治疗脑梗死后吞咽困难. 现代中西医结合杂志, 2008, 17(8):1252

[8] 石学敏. 针灸学. 北京: 中国中医药出版社, 2008:105

[9] 朱镛连. 神经康复学. 北京: 人民军医出版社, 2001:551

[10] Alonso de Lecinana -Cases M, Perez -R GE, Diez -Tejedor E. Recommendations for stroke treatment and prevention. Rev Neurol, 2004, 39(5):465

[11] 闫仲超, 许蕾, 许晓花, 等. 综合疗法治疗脑卒中100例疗效观察及综合生活质量评价. 中国医学创新, 2012, 9(4):7

[12] 廖喜琳. 脑卒中病人吞咽障碍的早期康复训练. 全科护理, 2009, 7(3C):834

[13] 王莹, 裴景春. 针灸治疗中风后吞咽障碍研究进展. 实用中医内科杂志, 2011, 25(12):3

[14] 廖色青, 夏令琼, 梁云花. 廉泉风池金津玉液穴位按揉对脑卒中患者吞咽功能的影响. 护理学报, 2013, 20(2A):66

第一作者: 濮红萍(1976—), 女, 本科学历, 主管护师, 护理学专业。

通讯作者: 史婷奇, 副主任护师。blueshooter@sina.com

收稿日期:2015-02-06

编辑:华 由 王沁凯