

“中风复元方”联合低频电刺激治疗气虚血瘀型卒中后吞咽障碍 35 例临床研究

王中华¹ 秦海莉² 魏德芝¹ 韩华翌¹ 王育卿¹ 张梅¹
储瑾¹ 唐军¹ 姚虹霞¹ 王燕平¹

(1. 上海市静安区闸北中心医院, 上海 200070; 2. 上海市宝山区顾村镇社区卫生服务中心, 上海 201906)

摘要 目的: 观察中药汤剂中风复元方联合低频电刺激治疗气虚血瘀型卒中后吞咽障碍患者的临床疗效。方法: 70 例气虚血瘀型卒中后吞咽障碍患者随机分为治疗组和对照组, 每组 35 例。对照组给予低频电刺激治疗, 1 次/d; 治疗组在对照组治疗的基础上联合中药汤剂中风复元方口服, 每日 1 剂, 2 组疗程均为 8 周。观察并比较 2 组患者治疗前后洼田饮水试验评分、标准吞咽功能评估量表 (SSA) 评分变化情况, 并评估临床疗效。结果: 治疗 8 周后, 治疗组总有效率为 88.57%, 明显高于对照组的 71.43% ($P < 0.05$)。2 组患者治疗后洼田饮水试验评分、SSA 评分均较治疗前明显下降 ($P < 0.05$), 治疗组评分明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 在低频电刺激基础上加用中风复元方能够显著改善气虚血瘀型卒中后吞咽障碍患者吞咽功能, 并提高临床疗效。

关键词 中风后遗症; 吞咽障碍; 气虚血瘀; 补阳还五汤; 低频电刺激

中图分类号 R255.205 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X (2020) 07-0067-03

基金项目 上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划 [ZY (2018-2020) -FWTX-8013]

吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一, 发生率可高达 37%~78%^[1-2]。卒中后吞咽障碍的危害性极大, 轻者影响患者的预后和康复, 重者有可能危及患者的生命。目前针对本病的治疗仍是脑卒中康复的难点和重点, 现代医学治疗主要包括吞咽康复训练、物理治疗、手术治疗等^[3], 虽然已经取得了一定的成效, 但仍存在疗效不稳定、容易复发等问题, 且有些治疗措施价格昂贵, 副作用较大。近年来上海市静安区闸北中心医院中医科以益气活血为治则, 在王清任补阳还五汤的基础上总结出中风复元方, 此方为治疗卒中后吞咽障碍 (气虚血瘀型) 临床效验方。既往临床实验研究也已证实中风复元方治疗缺血性脑卒中后吞咽功能障碍疗效确切^[4-5]。笔者结合近 2 年临床实践发现, 中风复元方配合低频电刺激治疗能明显改善卒中后患者的吞咽功能, 现将相关临床研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 1 月至 2019 年 7 月上海市静安区闸北中心医院中医康复科住院的确诊为卒中后吞咽障碍且符合“气虚血瘀型”证候的患者 70 例, 按就诊顺序编号随机分为治疗组与

对照组, 每组 35 例。治疗组男 28 例, 女 7 例; 平均年龄 (65.45 ± 6.23) 岁; 平均病程 (40.58 ± 24.36) 月; 其中缺血性卒中 27 例, 出血性卒中 8 例。对照组男 27 例, 女 8 例; 平均年龄 (64.36 ± 5.14) 岁; 平均病程 (42.24 ± 25.28) 月; 其中缺血性卒中 26 例, 出血性卒中 9 例。2 组患者性别、年龄等一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 根据《各类脑血管病诊断要点》^[6]中脑卒中后吞咽障碍的诊断标准, 并经头部 CT 或核磁共振成像 (MRI) 确诊。(1) 构音障碍, 吞咽及饮水困难; (2) 吞咽相关肌肉运动障碍, 且无舌肌萎缩及束颤; (3) 咽反射和软腭反射减弱或消失; (4) 一侧或两侧锥体束征阳性; (5) 吞咽困难发生在脑卒中后, 与其具有明显相关性。

1.2.2 中医证候标准 根据《中医病证诊断疗效标准》^[7]中风病气虚血瘀证分型标准: 口舌歪斜, 言语蹇涩或不语, 无力吞咽, 口角流涎, 伴见偏身麻木, 面色白, 气短乏力, 自汗出, 心悸便溏, 手足肿胀, 舌质黯淡, 舌苔薄白或白腻, 脉沉细、细缓或弦细。

1.3 纳入标准 符合西医脑卒中后吞咽障碍和中医中风气虚血瘀证诊断标准;意识清醒且能配合治疗;年龄在40~70岁、病程<6个月;病人及家属知情同意,并签署治疗知情同意书。

1.4 排除标准 短暂性脑缺血发作、脑栓塞、蛛网膜下腔出血患者;存在意识障碍者,精神病患者,重型抑郁症患者及认知功能明显下降者;妊娠期及哺乳期妇女;排除其他原因引起的肌张力障碍及真性球麻痹患者;合并有严重心、肝、肾、血液系统、呼吸系统等疾病者;吞咽障碍与脑卒中不相关,由其他原因引起者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 予中风复元方联合低频电刺激治疗。中风复元方由上海市静安区闸北中心医院中药房统一煎制,药物组成:黄芪30 g、白术10 g、水蛭3 g、三七2 g、当归15 g、地龙10 g、郁金10 g、石菖蒲15 g、远志12 g、胆南星10 g。水煎,每日1剂,每次100 mL,分早晚2次服。低频电刺激治疗:采用吞咽神经和肌肉电刺激仪(苏州好博医疗器械有限公司,机器型号:HB61CP)治疗,清洁颈部皮肤,将电极贴在舌骨上肌群体表位置,额定频率为50 Hz,每日1次,每次20 min。

2.2 对照组 予低频电刺激治疗,方法同治疗组。2组疗程均为8周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 2组治疗前后分别采用洼田饮水试验量表及标准吞咽功能评估量表(SSA)进行吞咽功能评分。

3.1.1 洼田饮水试验评分^[8] I级:将30 mL水一次喝完,不发生呛咳,计1分;II级:需超2次吞咽才能将30 mL水饮完,不伴呛咳,计2分;III级:仅需1次吞咽即可将30 mL水全部咽下,伴呛咳,计3分;IV级:需要超过2次吞咽将30 mL水饮完,伴呛咳,计4分;V级:不能将30 mL水完全饮完,吞咽过程中不断呛咳,计5分。

3.1.2 SSA评分^[9] SSA分三部分,最低分为18分,最高分为46分,分数越高说明吞咽功能越差。第一部分:临床检查,包括意识、头与躯干的控制、呼吸、唇的闭合、软腭运动、喉功能、咽反射和自主咳嗽,总分8~23分;第二部分:让患者吞咽5 mL水3次,观察有

无喉运动、重复吞咽、吞咽时喘鸣及吞咽后声音改变等情况,总分5~11分;第三部分:如上述无异常,让患者吞咽60 mL水,观察吞咽需要的时间、有无咳嗽等,总分5~12分。

3.2 疗效判定标准 参照《临床诊断及疗效判断的四级加权评分法介绍》^[10]制定疗效评定标准。痊愈:吞咽障碍完全消失,洼田饮水试验得分1分;显效:吞咽障碍明显改善,洼田饮水试验得分2分;好转:吞咽障碍改善,洼田饮水试验得分由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,洼田饮水试验无变化;恶化:洼田饮水试验增加1分;死亡。其中无变化、恶化、死亡归纳为无效。治疗8周后进行疗效判定,总有效=痊愈+显效+好转。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行分析。计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验,计数资料比较选用 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组患者治疗前后洼田饮水试验评分、SSA评分比较 2组患者治疗前洼田饮水试验评分、SSA评分比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。2组患者治疗后洼田饮水试验评分、SSA评分较治疗前均明显降低($P < 0.05$),治疗组低于对照组($P < 0.05$)。见表1。

3.4.2 2组患者临床疗效比较 治疗8周后治疗组临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表1 治疗组与对照组治疗前后洼田饮水试验评分、SSA评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	洼田饮水试验评分		SSA评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	35	4.16±0.63	3.07±0.67 [△]	30.76±6.58	18.47±3.51 [△]
对照组	35	4.07±0.58	3.58±0.94 [*]	31.25±6.74	23.25±4.26 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$ 。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 单位:例(%)

组别	例数	痊愈	显效	好转	无效	总有效
治疗组	35	6(17.14)	15(42.86)	10(28.57)	4(11.43)	31(88.57) [△]
对照组	35	3(8.57)	7(20.00)	15(42.86)	10(28.57)	25(71.43)

注:与对照组比较, $\Delta P < 0.05$ 。

4 讨论

卒中后吞咽障碍主要是由卒中后双侧皮质脑干束损害产生的假性球麻痹引起,也包括一部分核及核下神经损害引起的真性球麻痹,卒中部位主要在脑干及大脑半球,分别为67%和25%^[11-12]。低频电刺激治疗为目前应用较广且疗效确切的物理疗法,通

过刺激完整的外周运动神经来激活肌肉的电刺激,以强化无力的肌肉,帮助吞咽相关肌肉恢复运动控制^[13]。

卒中后吞咽障碍可归属于中医学“中风舌本病”范畴,又名“喉痹”“舌謇”“暗瘕”等。本病多由饮食不节、情志失调、恣酒纵欲等不良生活习惯和情绪导致,证属本虚标实,以元气虚为本,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。在疾病恢复期尤以气虚血瘀证型居多,可达73%以上^[14-15],故治当以益气活血通络为主。中风复元方由补阳还五汤化裁而来。方中黄芪大补元气,气行则血畅;白术补中益气;当归、三七养血活血,水蛭、地龙破血逐瘀通络,使得瘀血去、新生血;石菖蒲、郁金、胆南星、远志祛痰开窍。诸药合用共奏益气活血、通络祛痰之效。

洼田饮水试验是早期筛查评估卒中后吞咽障碍最常用的方法,该方法灵敏度高、操作简便、安全,在临床上应用广泛^[16]。SSA是由ELLUL等设计并提出,目前国外应用较广泛^[17]。SSA评估吞咽相关结构的功能、意识状态、自主咳嗽能力、体位控制等,具有较好的信度和效度,评估更全面和客观。本课题研究采用双量表评估筛查,证实可以提高确诊率,降低漏诊率。此外使用SSA评估,可以了解患者的吞咽障碍原因和进食能力,实施有针对性的饮食及康复干预,减少误吸的发生^[18]。

综上,本研究结果显示2组患者治疗后洼田饮水试验、SSA评分均较治疗前明显下降,治疗组明显低于对照组,治疗组临床总有效率显著高于对照组,表明低频电刺激治疗基础上加用中风复元方可以改善卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能,提高临床疗效。但本研究样本量较小,且未进行远期随访及日常生活能力的观察,有待丰富样本量做进一步研究。

参考文献

- [1] MARTINO R, FOLEY N, BHOGAL S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36 (12): 2756.
- [2] HAN T R, PAIK N J, PARK J W. Quantifying swallowing function after stroke: a functional dysphagia scale based on videofluoroscopic studies[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2001, 82 (5): 677.
- [3] 何桂兰. 脑卒中吞咽障碍患者康复及护理研究进展[J]. 中医药导报, 2012, 18 (7): 94.
- [4] 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.
- [5] 储瑾, 唐军, 姚红霞, 等. 中风复元方联合针灸治疗脑卒中吞咽障碍的临床观察[J]. 湖北中医药大学学报, 2016, 18 (5): 85.
- [6] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29 (6): 379.
- [7] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [8] 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.
- [9] LI L, LI Y, HUANG R, et al. The value of adding transcutaneous neuromuscular electrical stimulation (VitalStim) to traditional therapy for post-stroke dysphagia: a randomized controlled trial[J]. Eur J Phys Rehabil Med, 2015, 51 (1): 71.
- [10] 包宗昭, 李成林. 临床诊断及疗效判断的四级加权评分法介绍[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2000, 5 (2): 164.
- [11] 李红玲, 吴冰洁, 张彤, 等. 脑卒中患者的摄食-吞咽障碍[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2002, 24 (5): 279.
- [12] 窦祖林, 兰月, 万桂芳. 神经性吞咽障碍的康复治疗及其进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2006, 28 (11): 788.
- [13] 王巧灵, 陈麟. 舌三针配合Vitalstim电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38 (2): 183.
- [14] 钞建峰, 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.
- [15] 陶根鱼, 杜晓泉. 益气活血法在缺血性中风病中的地位[J]. 陕西中医学院学报, 1998, 21 (3): 1.
- [16] 国锋, 郝迎春. 洼田氏饮水试验在脑卒中患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2016, 22 (17): 65.
- [17] SMITH H A, LEE S H, O' NEILL P A, et al. The combination of bedside swallowing assessment and oxygen saturation monitoring of swallowing in acute stroke: a safe and humane screening tool[J]. Age Ageing, 2000, 29 (6): 495.
- [18] 孙丽凯, 陈俊春. 误吸风险评估与饮食分级护理预防高龄患者误吸[J]. 护理学杂志, 2015, 30 (7): 38.

第一作者: 王中华(1977—), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向: 中风病中西医康复临床及基础研究. 13917698431@163.com

修回日期: 2019-11-07

编辑: 蔡强