

阖降阳明法选穴针刺干预脑干卒中后吞咽障碍 31 例 临 床 研 究

李小霞¹ 吕 英² 黄伟新¹ 陈 毅¹ 杨海芳¹

(1.广东省中医院言语吞咽诊疗中心,广东广州510120;2.南方医院李可中医药学术流派国家传承基地,广东广州510515)

摘 要 目的:分析阖降阳明法选穴针刺干预脑干卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法:回顾性分析63例脑干卒中后吞咽障碍患者。所有患者均接受脑卒中基础治疗和吞咽康复训练,治疗组31例接受阖降阳明法选穴针刺治疗,对照组32例接受常规取穴针刺治疗。2组均每日治疗1次,5次/周,疗程3周。治疗前后运用才藤氏吞咽障碍7级评价法和电视荧光透视检查(VFSS)评分评价并比较2组患者吞咽障碍程度改善情况。结果:治疗后2组患者才藤氏吞咽障碍评级均较治疗前明显改善($P<0.05$),治疗组改善优于对照组($P<0.05$)。治疗后2组患者咽喉期、误咽程度VFSS评分及总分均较治疗前明显升高($P<0.05$),治疗组上述评分及口腔期VFSS评分均明显高于对照组($P<0.05$, $P<0.01$)。结论:在脑卒中基础治疗与吞咽康复训练基础上加用阖降阳明选穴针刺可明显改善脑干卒中后吞咽障碍患者吞咽功能,减少误吸发生率,提高临床疗效。

关键词 脑干卒中后;吞咽困难;选穴;针刺疗法;吞咽训练

中图分类号 R246.6 **文献标志码** A **文章编号** 1672-397X(2021)02-0058-03

基金项目 广州中医药大学高等教育教学研究和改革项目:以临床为导向的吞咽障碍资源库的开发和建设;广东省卫生和计划生育委员会项目(2018 KT1673)

吞咽障碍是指食物由口转移至胃的生理过程中发生的功能障碍^[1],脑卒中是导致吞咽障碍的重要原因之一,其中脑干损伤导致的吞咽障碍存在误吸风险高、所需康复时间长等情况。针刺局部穴位能刺激咽喉部肌肉的感觉纤维,信号通过外周感受器上传进而激活“延髓吞咽中枢模式发生器”,再通过运动传出纤维到达舌咽等外周效应器,引起吞咽动作有序的完成^[2]。《素问·阴阳离合论》将阳明的功能定位为“阳明为阖”,即对应肺、胃、大肠之西方阳明右降之功能^[3]。本研究以“阖降阳明”为本病的治疗原则,通过对阳明与吞咽障碍病因病机的分析,总结出一系列治疗脑干卒中后吞咽障碍的临床效验穴位,并以阳明理论为指导选穴针刺治疗脑干卒中后吞咽障碍患者31例,结果取得较好疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 回顾性分析2018年10月至2020年5月在广东省中医院确诊为脑干卒中后吞咽障碍的患者63例,其中接受阖降阳明法选穴针刺治疗的31例为治疗组,接受常规取穴针刺治疗的32例为对照组。治疗组男20例,女11例;平均年龄(65.45 ± 8.60)岁;平均病程(41.65 ± 32.29)个月;其中缺血性卒中29例,出血性卒中2例。对照组男21例,女11例;平均年龄(64.06 ± 8.33)岁;平均病程

(43.63 ± 39.95)个月;其中缺血性卒中28例,出血性卒中4例。2组患者性别、年龄、病程、卒中类型等一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究通过广东省中医院伦理委员会审查(伦理批号:ZE2020-280)。

1.2 诊断标准 参考《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]中脑卒中后吞咽障碍的诊断标准,并经头部CT或磁共振成像(MRI)确诊为脑干卒中。

1.3 纳入标准 均经过头颅CT或MRI确诊为脑干卒中,病变部位主要为脑桥下段和延髓上段;诊断为吞咽障碍,吞咽障碍治疗前后均进行了才藤氏吞咽障碍7级评价法和电视荧光透视检查;发病后3个月内无二次中风;连续完成3周的针刺治疗;病程7 d~6个月;年龄45~80岁。

1.4 排除标准 治疗期间,因病情变化而中断治疗的患者;其他原因导致的吞咽障碍患者;病例资料不齐全者。

2 治疗方法

2组患者在针刺同时均接受了脑卒中基础治疗和吞咽康复训练。脑卒中基础治疗包括脑卒中的二级预防、并发症的处理等。吞咽康复训练采用常规行为治疗方案,根据吞咽生理分期及吞咽各器官在吞咽过程中的作用及障碍表现进行选择。

2.1 治疗组 接受阖降阳明法选穴针刺。操作方法:患者取坐位,局部皮肤消毒后,选用华佗牌无菌针灸针(规格:0.22 mm×20 mm)先刺大杼穴,向下沿背部45°斜刺进针,得气后行快速捻转手法,以泻其气,隔5 min后行针1次,共行针6次,30 min后出针;大杼穴出针后嘱患者平卧位,依次针刺内关、足三里、上巨虚、下巨虚、公孙、太冲、太溪等穴,直刺进针1寸,得气后行平补平泻法,留针30 min。以上穴位皆双侧进针,以针刺局部感觉酸麻重胀为度。1次/d,5次/周,疗程为3周。

2.2 对照组 接受常规选穴针刺^[5]。操作方法:患者平躺位,局部皮肤消毒后,选用华佗牌无菌针灸针(0.22 mm×20 mm)针刺双侧风池、翳风、通里及廉泉、水沟。风池、翳风穴用针尖朝向喉结方向进针约1寸,施小幅度捻转补法;廉泉穴针刺方法为从前下斜向后上向舌根侧方向45°斜刺,进针1寸,施小幅度捻转补法;水沟穴针刺方法为针尖向上斜刺约0.3~0.5寸,快速进针,不行补泻手法;通里穴针刺方法为针尖直刺0.2~0.5寸,施小幅度捻转补法。以上穴位均留针30 min。金津、玉液用三棱针(华佗牌,1.6 mm×100 mm)点刺放血,咽后壁用长针(华佗牌,0.35 mm×75 mm)点刺。除金津、玉液、咽后壁外其他针刺穴位以局部有酸麻重胀为度。1次/d,5次/周,疗程为3周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 才藤氏吞咽障碍7级评价法评级 采用才藤氏吞咽障碍7级评价法评估2组患者治疗前后吞咽障碍程度^[6]。根据进食严重程度分为1~7级,评级越低表示症状越严重。7级:摄食咽下没有困难,不需要康复医学治疗。6级:摄食咽下有轻度困难,摄食时需要改变食物的形态,如因咀嚼不够充分需要吃软烂食物,但是口腔残留的很少,不发生误咽,不一定要进行吞咽训练。5级:吞咽口腔期有中度或重度障碍,需要改善食物的形态;吃饭的时间延长,口腔内残留食物增多,摄食吞咽时需要他人的提示(由于患者注意力不集中等在口腔内时间延长导致吞咽动作启动延迟,这时予以语言提示是有效的)或者监视,不发生误咽。4级:一般摄食方法吞咽时有误咽现象,通过调整患者进食姿势、改变一口量、调整食物形状等代偿方式可充分地防止误咽(对于饮水呛咳的患者,低头姿势能减少呛咳,对于咽收缩肌无力患者,用力吞咽可减少咽喉部的

残留进而减少误吸)。3级:有水的误咽,使用防止误咽的方法也不能改善,改变食物形态有一定的效果,进食时只能咽下部分食物,摄取的能量不充分。2级:有食物误咽,改变食物的形态没有效果,水和营养基本上由静脉供给,从长期进食管理考虑应积极地进行胃造瘘手术。1级:有唾液误咽,有必要进行持续的静脉营养。

3.1.2 电视荧光透视检查(VFSS)评分 采用VFSS评分评估吞咽障碍程度^[7]。分别记录2组患者治疗前后口腔期、咽喉期和误咽程度VFSS各项评分和总分,分数越低表示症状越严重。口腔期:不能把口腔内的食物送入咽喉并从口唇流出,或者仅重力作用送入咽喉(0分);不能形成食块流入咽喉,只能把食物形成零零散散状流入咽喉(1分);不能一次就把食物完全送入咽喉,一次吞咽动作后,有部分食物残留在口腔内(2分);一次吞咽就可完成把食物送入咽喉(3分)。咽喉期:不能引起咽喉上举、会厌的闭锁及腭咽闭合,吞咽反射不充分(0分);在会厌谷及梨状隐窝存有多量的残食(1分);少量贮留残食,且反复几次吞咽可把残食全部咽下(2分);一次吞咽就可完全把食物送入食管(3分)。误咽程度:大部分误咽,但无呛咳(0分);大部分误咽,但有呛咳(1分);少部分误咽,无呛咳(2分);少量误咽,有呛咳(3分);无误咽(4分)。

3.2 统计学方法 采用SPSS 19.0软件处理数据。等级资料组间、组内比较使用非参数检验。计量资料采用($\bar{x} \pm s$)表示,组间、组内比较使用两个独立样本 t 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.3 治疗结果

3.3.1 2组患者治疗前后才藤氏吞咽障碍7级评价法评级比较 治疗后2组患者才藤氏吞咽障碍评级改善情况优于治疗前($P<0.05$),治疗组改善优于对照组($P<0.05$),详见表1。

3.3.2 2组患者治疗前后VFSS评分比较 见表2。

表1 治疗组与对照组治疗前后才藤氏吞咽障碍7级评价法评级比较 单位:例

组别	例数	时间	1级	2级	3级	4级	5级	6级	7级
治疗组	31	治疗前	6	9	9	4	3	0	0
		治疗后	0	0	7	8	10	5	1
对照组	32	治疗前	4	11	8	6	3	0	0
		治疗后	1	5	7	9	6	4	0

表2 治疗组与对照组治疗前后VFSS评分比较($\bar{x} \pm s$) 单位:分

组别	例数	时间	口腔期	咽喉期	误咽程度	总分
治疗组	31	治疗前	1.84±0.45	1.23±0.73	1.52±0.77	4.48±1.48
		治疗后	2.06±0.44 ^{△△}	2.48±0.63 ^{*△}	3.20±0.83 [△]	8.20±0.91 ^{*△}
对照组	32	治疗前	1.91±0.47	1.41±0.80	1.88±0.75	5.19±1.57
		治疗后	2.13±0.49	2.13±0.66 [*]	2.84±0.77 [*]	7.21±1.38 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$ 。

4 讨论

现代医学认为脑干卒中后吞咽障碍与吞咽功能相关的迷走神经、三叉神经、舌咽神经以及孤束核和疑核等功能损伤有关,临床表现为咽喉部启动延迟、喉上抬幅度减弱、声门闭合不良、吞咽时有哽噎感、饮水呛咳、环咽肌开放不完全等^[18]。目前治疗本病主要有吞咽康复功能训练、神经肌肉电刺激、环咽肌球囊扩张、针刺、非侵袭性脑刺激技术等^[12],但部分患者效果较差,生活质量明显降低。

脑干卒中后吞咽障碍可归属于中医学“噎膈”“喉痹”等范畴,主要有胃气上逆、痰湿中阻、寒湿逆上等证型,气机失降、逆气上冲为脑干卒中后吞咽障碍的主要病机。《素问·骨空论》^[8]云“冲脉为病,逆气里急”,李东垣释:“凡逆气上冲,皆冲脉逆也;逆气里急,膈咽不通”。冲脉被称为“十二经脉之海”“五脏六腑之海”和“经络之海”,因其重在通行血脉,又被称为“血海”,冲脉气机失常则其“渗诸阳、灌诸精”功能发挥失常,表现为头晕、头痛、言语欠清、表达困难、呛咳等症状,同时冲脉向下不能渗灌三阴则出现肢体乏力,患肢麻木、冰凉等表现。《素问·举痛论》^[8]曰“冲脉……随腹直上”,冲脉出于腹气街,与足阳明胃后天水谷之气相合于气街而循腹上行,水谷之气充则阳明气血旺盛,再灌注于腹气街,使冲脉气血旺盛继而充养经脉所到之处。《灵枢·海论》^[9]曰“胃者水谷之海,其输上在气街冲,下至三里;冲脉者,为十二经脉之海,其输上在于大杼,下出于巨虚之上下廉”,冲脉和足阳明胃经后天水谷之气在腹部气街相合,大杼、足三里、巨虚、上下廉同时为冲脉和足阳明胃经经气所到之处,因此,阳明经通过大杼、足三里和上下巨虚等穴与冲脉发生联系。足阳明胃经与足太阴脾经为表里经,公孙为足太阴脾经络穴,八脉交会穴,通于冲脉,与内关相应。冲脉下行至足后,在此濡养脾、肝、肾三条阴经,且与三阴经交会于三阴交穴,可见冲脉与三阴经之生理病理相互影响。内关通阴维脉,阴维络诸阴经“与任脉会于天突、廉泉”^[10],故选择公孙与内关治疗卒中后逆气上冲导致的吞咽障碍,同时也能改善脑干卒中后出现的语言障碍、头晕、头痛等症状。吞咽障碍“喉上提速度减慢”“喉上抬幅度不足”中咽喉部肌力下降和肢体麻木乏力属中医学“痿症”范畴。足阳明胃经为水谷之海,气血生化之源,通过调理阳明气血功能状态来恢复其濡养肌肉筋脉、四肢百骸和脏腑的作用。本研究阖降阳明理论为指导治疗脑干卒中后吞咽障碍,主要从症状和体征来分析相应的病机线路,以调整整体气机为治疗原则,恢复阳明阖降功能是主要的治疗方法,重在恢复阳明阖降道路

的通畅。

VFSS评分是吞咽障碍评估的金标准。才藤氏吞咽障碍7级评价法是从患者的进食情况,包括是否有咽下困难、是否有误吸、是否需要改变食物形状和调整进食姿势以及是否需要管饲等方面进行评估,与患者的生存质量密切相关^[6]。研究表明,喉上提速度减慢是导致误吸的独立危险因素^[11]。本研究中患者治疗后咽喉期、误咽程度VFSS评分的提高和才藤氏吞咽障碍评价分级的提升均有效反映了患者误吸的减少和吞咽功能的改善。

本研究结果表明,在脑卒中基础治疗和吞咽康复训练基础上加用阖降阳明选穴针刺可明显改善脑干卒中后吞咽障碍患者吞咽功能,减少误吸发生率,提高临床疗效。下一步将设计前瞻性随机对照研究,增加功能性磁共振等观察指标,以探索阳明理论指导针刺治疗脑干卒中后吞咽障碍的神经机制。

参考文献

- [1] 窦祖林.吞咽障碍评估与治疗[M].2版.北京:人民卫生出版社,2017.
- [2] 李宝栋,白晶,刘涛,等.“皮层-咽部-舌根”序贯针刺法联合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(32):3599.
- [3] 吕英.中气与临床[M].广州:广东科技出版社,2019:33.
- [4] 王新德.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [5] 王启才.针灸治疗学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:284.
- [6] 桑德春,朴春花.脑血管病吞咽障碍的康复评定[J].中国临床康复,2003,7(1):55.
- [7] 麦艺颖,戴萌,谢纯青,等.电视透视吞咽检查定量评价脑干梗死患者吞咽障碍特点的临床研究[J].中华物理医学与康复杂志,2018,40(2):87.
- [8] 田代华,整理.黄帝内经素问[M].北京:人民卫生出版社,2005.
- [9] 田代华,刘更生,整理.灵枢经[M].北京:人民卫生出版社,2005:78.
- [10] 王罗珍.奇经八脉考校注[M].上海:上海科学技术出版社,1990:24.
- [11] 张婧,于丹丹,杨波,等.喉上提速度减慢是卒中后误吸的独立危险因素[J].中国卒中杂志,2007,2(3):197.

第一作者:李小霞(1982—),女,医学硕士,主治医师,研究方向:脑损伤导致的吞咽言语障碍的中西医康复临床研究。

通讯作者:杨海芳,医学博士,副主任中医师。
yanggongdafu@126.com

收稿日期:2020-09-17

编辑:蔡强