

## ◆ 护理研究 ◆

## 中医康复治疗脑梗死后吞咽障碍临床观察

张迎梅, 曹结卿, 胡采霞

广州中医药大学第二附属医院, 广东 广州 510120

**[摘要]** 目的: 观察中医康复治疗脑梗死后吞咽障碍的临床疗效。方法: 回顾性将 96 例脑梗死后吞咽障碍的患者分为 2 组各 48 例, 对照组给予常规治疗、护理和康复锻炼; 中医康复组在对照组治疗方案的基础上加用中医康复疗法。分析并比较 2 组临床疗效、饮水试验 (WST)、标准吞咽功能评估 (SSA) 积分、吞咽造影检查法 (VFSS 法) 评分、生活质量 (CQOLI-74) 评分。结果: 中医康复组的临床疗效优于对照组 ( $P < 0.05$ ); 治疗后, 与治疗前比较, 2 组 SSA 评分降低, VFSS 评分、CQOLI-74 评分升高, WST 分级情况均明显改善, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ), 且中医康复组改善程度优于对照组, 差异均有统计学意义 ( $P < 0.05$ ); 中医康复组电解质紊乱、营养不良、吸入性肺炎等并发症发生率低于对照组, 差异有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。结论: 中医康复治疗脑梗死后吞咽障碍可改善吞咽功能, 提高生活质量。

**[关键词]** 脑梗死后吞咽障碍; 中医康复疗法; 饮水试验 (WST); 标准吞咽功能评估 (SSA) 积分; 吞咽造影检查法 (VFSS 法) 评分; 生活质量 (CQOLI-74) 评分

**[中图分类号]** R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 11-0210-04  
DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.11.063

## Clinical Observation of Chinese Medicine Rehabilitation for Dysphagia after Cerebral Infarction

ZHANG Yingmei, CAO Jieqing, HU Caixia

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of Chinese medicine rehabilitation for dysphagia after cerebral infarction. **Methods:** Divided 96 cases of patients with dysphagia after cerebral infarction into two groups, 48 cases in each group. The control group received the routine treatment, nursing and rehabilitation exercise, while the Chinese medicine rehabilitation group additionally received Chinese medicine rehabilitation therapy. Analyzed and compared the clinical effect, water swallow test (WST), standardized swallowing assessment (SSA) scores, videofluoroscopic swallowing study (VFSS) scores and comprehensive quality of life inventory-74 (CQOLI-74) scores in both groups. **Results:** The therapeutic effect in the Chinese medicine rehabilitation group was better than that in the control group ( $P < 0.05$ ); after treatment, when comparing with those before treatment, SSA scores in both groups were decreased, VFSS scores and CQOLI-74 scores were increase, and the grading status of WST was significantly improved respectively, differences being significant ( $P < 0.05$ ); the improvements in the Chinese medicine rehabilitation group were better than those in the control group, differences being significant ( $P < 0.05$ ). Incidence of such adverse reactions as electrolyte disorder, malnutrition and aspiration pneumonia in the Chinese medicine rehabilitation group was better than that in the control group respectively, differences being significant ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Chinese medicine rehabilitation for dysphagia after cerebral infarction can improve swallowing function and the quality of life.

**Keywords:** Dysphagia after cerebral infarction; Chinese medicine rehabilitation therapy; Water swallow test (WST); Standardized swallowing assessment (SSA) scores; Videofluoroscopic swallowing study (VFSS) scores; Comprehensive quality of life inventory-74 (CQOLI-74) scores

**[收稿日期]** 2018-07-11

**[作者简介]** 张迎梅 (1981-), 女, 主管护师, 研究方向: 神经系统疾病的中西医结合护理。

脑梗死是由于脑栓塞或脑动脉狭窄甚至闭塞,引起脑动脉供血减少,导致脑组织发生缺血缺氧性损害<sup>[1]</sup>。脑梗死是脑卒中的主要类型,约占70%,已经成为我国居民致死致残的首要病因<sup>[2-3]</sup>。吞咽障碍是脑梗死后最常见的并发症之一,据统计,脑卒中后吞咽障碍发生率高达30%~78%<sup>[4]</sup>。脑梗死后吞咽功能障碍可以导致误吸发生吸入性肺炎,进食困难发生电解质紊乱、营养不良等,成为脑梗死后主要死亡原因<sup>[5]</sup>。据调查,约34%脑梗死患者死于吸入性肺炎<sup>[6]</sup>。吞咽障碍还可以导致患者出现抑郁、焦虑等不良情绪,影响其身心健康,降低患者的生活质量,严重影响患者的预后。因此,改善脑梗死患者的吞咽功能对提高生活质量,促进康复,改善预后具有一定的意义<sup>[7]</sup>。现代医学治疗脑梗死后吞咽障碍主要以康复锻炼、手术为主,尚缺乏特效药物。针灸、穴位按摩、穴位贴敷等中医康复方法对治疗吞咽障碍具有良好的疗效,可以改善吞咽功能。本研究拟探讨中医康复治疗脑梗死后吞咽障碍的临床疗效,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 ①脑梗死诊断标准:参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》<sup>[8]</sup>,所有患者均经头颅CT和MRI检查明确病灶在延髓。②吞咽障碍诊断标准:参照《吞咽障碍评估与治疗》<sup>[9]</sup>为依据。

1.2 纳入标准 ①年龄40~75岁;②符合脑梗死和吞咽障碍的诊断标准;③生命体征平稳,意识清醒,可以配合治疗;④洼田氏饮水试验评分>3分者;⑤吞咽造影检查法(VFSS法)评分<9分者;⑥病程15天~3月。

1.3 排除标准 ①年龄<40岁或>75岁;②生命体征不平稳,意识不清;③合并严重的肝肾功能不全、急性心肌梗死、重症肺炎、脑疝、出血性脑梗死、颅脑肿瘤者;④有严重失语、失用、视听障碍等妨碍评估进行的躯体功能缺陷;⑤真性球麻痹者;⑥妊娠或哺乳期妇女。

1.4 一般资料 回顾性分析2016年6月—2018年3月在本院神经内科住院部及门诊收治的脑梗死后吞咽功能障碍患者,共96例。随机分为2组,对照组48例,男31例,女17例;年龄46~75岁,平均(54.24±13.65)岁;病程21~90天,平均(41.25±12.68)天;其中轻度吞咽障碍12例,中度吞咽障碍26例,重度吞咽障碍10例。中医康复组48例,男29例,女19例;年龄45~76岁,平均(53.84±12.71)岁;病程20~82天,平均(39.87±14.85)天;其中轻度吞咽障碍10例,中度吞咽障碍27例,重度吞咽障碍11例。2组性别、年龄、病程、吞咽障碍程度等一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

2.1 基础干预 (1)基础治疗:所有患者均参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2014》<sup>[8]</sup>给予脑梗死二级预防方案:①降压:个体化降压治疗,使血压控制在140/90 mmHg以下;②调

脂稳斑:阿托伐他汀钙片(辉瑞制药有限公司,国药准字H20051408),每次20 mg,每天1次,口服;③控制血糖:视具体情况选择口服降糖药或胰岛素将血糖控制于正常范围(3.9~6.1 mmol/L);④抗血小板聚集:硫酸氢氯吡格雷片[赛诺菲(杭州)制药有限公司,国药准字J20130083],每次75 mg,每天1次,口服;⑤补充叶酸:叶酸片(北京北大药业有限公司,国药准字H20064208),每次0.4 mg,每天1次,口服;⑥营养神经:依达拉奉(南京先声东元制药有限公司,国药准字H20050280),每次30 mg,加入100 mL生理盐水中,静脉滴注,每天2次。(2)基础护理:所有患者均给与基础护理:①心理护理:脑梗死后吞咽障碍患者容易出现抑郁、焦虑或厌食等情绪,护理人员应与患者建立良好的关系,耐心倾听患者的诉说,详细向患者解释疾病的起因及治疗,建立战胜疾病的信心,保持客观、开朗的情绪。②鼻饲护理:中重度吞咽障碍患者给予留置胃管,流质饮食,温度38℃,以防烫伤黏膜;鼻饲量从少量开始,逐渐增加,最高每次鼻饲量不超过200 mL,鼻饲速度不宜过快,15~20 min内鼻饲完毕;待患者吞咽功能改善后拔除胃管;③口腔护理:吞咽障碍患者经口进食容易遗留食物残渣和鼻饲进食者均给予口腔护理,生理盐水清洁口腔,每天3次。

2.2 对照组 所有患者给予吞咽功能锻炼:①唇部运动训练:双唇含压舌板,轻拉压舌板行唇阻抗训练,维持5 s后放松,重复10次。②舌肌运动训练:舌前、两侧口角伸,舌顶上鄂、卷舌、舔唇1周,每次20 s,重复10次。③面部肌肉训练:张口至最大,下颌部左右移动,鼓腮,吸允,吹气等动作,每次20 s,重复10次。④呼吸道训练:深吸气5 s后咳嗽,再呼气,每次重复5 min,每天10次。⑤摄食训练:端坐位或仰卧位30°,头居中,颈部稍前倾,从糊状或黏稠食物如豆腐脑或蒸鸡蛋,过渡到软质食物,最后为流质或普食。从少量5~6 mL过渡到10~20 mL。从健侧舌头后部进食,嘱患者反复吞咽,以利于食物重复进入食道。⑥Shaker训练:仰卧位,肩部紧贴床面,抬头看足尖,维持1 min后放松,每组20次,每天3组。⑦Mendeisohn训练:吞咽唾液时,感觉有喉部上提时保持喉上提的位置数3~5 s,每组20次,每天3组。共治疗4周后评估疗效。

2.3 中医康复组 所有患者在基础治疗、护理和对照组吞咽锻炼的基础上给予中医康复治疗:(1)中药离子导入治疗:①穴位:风府、廉泉。②电极板位置:正极-风府,负极-廉泉。③中药:丹红注射液(菏泽步长制药有限公司,国药准字Z20026866)。④操作方法:仰卧位,穴位常规消毒后,抽取丹红注射液4 mL浸润药垫后,放置于上述穴位,将正极置于风府,负极置于廉泉,选择超声中频:800 kHz,超声强度以患者能耐受为度。每次20 min,每天2次。(2)穴位按摩:①穴位:廉泉、翳风、天突、风池、风府;②操作方法:用一指禅推法、揉法、按法,以出现咽喉、舌根麻胀,吞咽动作,耳后

及后头部出现酸胀热感为佳,以不引起患侧肌肉痉挛、健侧肌肉过度收缩为度,每天1次,每穴按摩约5 min。(3)中药药棒咽喉部刺激:①药物:白僵蚕、石菖蒲、胆南星各10 g,加水煎煮至50 mL;冰片0.3 g,麝香0.1 g,研末后溶于5 mL白酒,与药液混和。低温冷冻保存备用。②操作方法:用棉签蘸取药汁后依次在两侧软腭弓、舌根后部、咽喉壁缓慢滑动,同时嘱患者配合完成吞咽动作,重复6次。共治疗4周后评估疗效。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①观察2组临床疗效。②饮水试验(Water swallowing test, WST)<sup>[10]</sup>:根据饮水情况分为5级,级别越高,吞咽障碍越严重。③标准吞咽功能评估(Standardized swallowing assessment, SSA)积分<sup>[11]</sup>:采用3步法评估吞咽功能,最低分18分,最高分46分,分数越高,吞咽功能越差。④吞咽造影检查法(Videofluoroscopic Swallowing Study, VFSS法)评分<sup>[12]</sup>:将吞咽造影检查转化为评分,总分为10分,分数越高,吞咽功能越好。⑤生活质量(CQOLI-74)评分<sup>[13]</sup>:该量表包括躯体功能、心理功能、社会功能及物质生活状态4个维度,分数越高,则生活质量越好。

3.2 统计学方法 运用SPSS24.0软件进行统计分析,计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用独立样本t检验;计数资料用率(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验;等级资料采用Mann-Whitney秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照文献[9]拟定。痊愈:WST评定1级,吞咽障碍基本消失。显效:WST试验提高至少2级,吞咽障碍明显好转。有效:WST试验提高1级,吞咽障碍有所好转。无效:WST试验无改变,吞咽障碍无好转。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治疗后,总有效率中医康复组97.92%,明显优于对照组83.33%,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	48	9	12	19	8	83.33
中医康复组	48	15	18	14	1	97.92 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2组SSA、VFSS、CQOLI-74评分比较 见表2。治疗后,2组SSA评分均较前治疗前降低,VFSS、CQOLI-74评分均较治疗前升高,且中医康复组改善程度优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.4 2组WST分级情况比较 见表3。治疗后,2组WST分级均较治疗前改善,且中医康复组WST分级改善程度明显优于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4.5 2组营养不良、吸入性肺炎、电解质紊乱发生率等比较 对

照组发生营养不良5例,吸入性肺炎4例,电解质紊乱6例,其并发症发生15例,占31.25%;中医康复组发生营养不良2例,吸入性肺炎1例,电解质紊乱2例,其并发症发生5例,占10.42%,中医康复组并发症发生率低于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表2 2组SSA、VFSS、CQOLI-74评分比较( $\bar{x} \pm s, n=48$ )分

组别	SSA		VFSS		CQOLI-74	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	31.25±6.54	23.87±7.34 <sup>①</sup>	5.21±2.24	8.67±2.54 <sup>①</sup>	56.32±13.68	70.84±16.87 <sup>①</sup>
中医康复组	32.74±8.16	19.34±6.13 <sup>②</sup>	5.39±1.83	6.31±1.85 <sup>②</sup>	56.51±11.52	82.68±16.52 <sup>②</sup>

与治疗前比较,① $P < 0.05$ ;与对照组治疗后比较,② $P < 0.05$

表3 2组WST分级情况比较

组别	n	治疗前					治疗后				
		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
对照组	48	0	2	2	25	19	10	21	8	5	4
中医康复组	48	0	1	2	24	20	14	30	2	1	1

5 讨论

脑梗死后吞咽功能障碍是由于脑组织发生缺血缺氧性损害,致上运动神经元对延髓等下运动神经元控制失调,导致舌肌、颊肌、咽喉肌等吞咽肌群协调失衡不能完成吞咽过程,主要表现为进食困难、饮水呛咳、构音障碍<sup>[14]</sup>。吞咽障碍不仅可以导致患者发生厌食症、焦虑、抑郁、急躁等不良的心理情绪,影响心理健康,影响康复。而且可以影响语言功能恢复,导致发生营养不良、吸入性肺炎、电解质紊乱等并发症,促使患者死亡,严重影响预后,降低生活质量。因此,积极干预脑梗死后吞咽障碍,对提高生活质量、促进康复和改善预后具有重要的意义。目前,治疗上以药物和康复训练为主,药物主要以营养神经为主,但是效果不甚显著<sup>[15]</sup>。康复训练主要通过适当反复训练,刺激中枢神经系统通路恢复,促进吞咽肌群肌力恢复,改善吞咽功能。但是康复训练有效的实施需要一定的时间,也需要家属掌握吞咽锻炼方法并加以配合,在一定程度上限制其临床应用。因此,寻找其他有效的促进吞咽功能恢复的方法具有一定的意义。

脑梗死后吞咽障碍属中医学噎膈、喉痹等范畴,中医学认为,其病因病机总属阴阳气血失调,脏腑功能逆乱,气机阻滞,痰血痰湿阻滞脑络,闭塞咽喉经络,从而发生吞咽困难。治疗上以活血化瘀、通经活络为主要原则。“腧穴所在,主治所及”,督脉由风府入脑,总督一身之阳经,风府属督脉,与阴维脉交会。任脉主一身之阴经,直达咽喉,廉泉属任脉,与阴维脉交会。中频通过对神经和肌肉刺激,改善血液循环,调节肌肉张力,可以兴奋吞咽肌群,促进吞咽功能恢复。丹红注射液由丹参和红花组成,具有活血化瘀、通经活络等功效,现代研究发现,丹红注射液具有改善脑循环,抗血小板聚集,

营养神经,增加脑血流量等作用,可以促进神经功能恢复<sup>[16]</sup>。中药离子导入可将电刺激、腧穴和中药三种作用有机结合,可以调节阴阳气血平衡,活血化瘀,兴奋吞咽肌群,促进吞咽功能恢复。廉泉是任脉、阴维脉交会穴,具有收引阴液,利咽开音之功效;翳风、风池属手足少阳经,有开窍益音之功;风府居位居督脉,具有散风熄风、通关开窍之功;天突具有宽胸理气、通利咽喉、利咽开音之效;上述穴位均是控制吞咽肌群的舌下、舌咽、迷走神经等经过之处,按摩上述穴位可以疏通经络气机,刺激中枢神经,促进吞咽反射弧的恢复和重建。白僵蚕息风解痉、化痰散结;石菖蒲开窍化湿、宁神益智;胆南星清热化痰、息风定惊;麝香开窍、活血通经、消肿止痛;冰片开窍醒神、清热止痛。诸药合用,具有开窍、化痰、利咽之功。同时并刺激可以利用肌肉遇冷收缩的原理,刺激吞咽肌群,促进肌肉运动,提高咽后壁、软腭的敏感性,重建中枢神经系统吞咽反射弧,改善吞咽功能。因此,中医康复可以有效促进吞咽肌群运动,

重建中枢神经系统吞咽反射弧,促进吞咽功能恢复。本研究将中药离子导入、穴位按摩、中药药棒并刺激等中医康复联合治疗脑梗死后吞咽障碍患者。结果发现,中医康复组 97.92%,优于对照组 83.33%,SSA、VFSS、CQOLI-74 评分和 WST 分级改善程度明显优于对照组,营养不良、吸入性肺炎、电解质紊乱等并发症发生率低于对照组,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。提示中医康复可以促进吞咽功能恢复。

综上所述,中医康复治疗脑梗死后吞咽障碍可以改善吞咽功能,提高生活质量。

### [参考文献]

- [1] 中华医学会神经病学分会. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2014[J]. 中华神经科杂志, 2015, 48(4): 246-257.
- [2] Palomäki H, Berg A, Meririnne E, et al. Complaints of poststroke insomnia and its treatment with mianserin[J]. *Cerebrovascular Diseases*, 2003, 15(2): 56-62.
- [3] 蒋安杰, 裴正斌. 急性脑卒中病灶发生部位与患者的睡眠障碍[J]. 中国组织工程研究, 2005, 9(20): 80-81.
- [4] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia After Stroke Incidence, Diagnosis, and Pulmonary Complications [J]. *Stroke*, 2005, 36(12): 2756.
- [5] 毛立亚, 毛忠南, 张晓凌, 等. 电针夹廉泉穴为主治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国中西医结合杂志, 2016, 36(5): 632-634.
- [6] 汪洁, 吴东宇. 吞咽障碍的电刺激治疗研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2009, 24(6): 573-575.
- [7] 叶祥明, 周亮, 王元姣, 等. 综合康复治疗对脑卒中后吞咽障碍患者营养状况及医疗费用的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2010, 32(9): 682-685.
- [8] 张良善. 补阳还五汤对脑梗死恢复期患者神经功能及生活质量的影响[J]. 中国药业, 2013, 22(20): 106.
- [9] 程晋诚. 前纵韧带——颈长肌复合体重建对颈前路减压融合术后吞咽功能影响的临床研究[D]. 合肥: 安徽医科大学, 2015.
- [10] 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.
- [11] Lam PM, Lai CK. The validation of the Chinese version of the Swallow Quality-of-Life Questionnaire (SWAL-QOL) using exploratory and confirmatory factor analysis[J]. *Dysphagia*, 2011, 26(2): 117-124.
- [12] 冯声旺, 曹淑华, 杜淑佳, 等. 针刺配合吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍: 随机对照研究[J]. 中国针灸, 2016, 36(4): 347-350.
- [13] Castillo P, Cockburn B, Perugia I, et al. An a Priori Error Analysis of the Local Discontinuous Galerkin Method for Elliptic Problems [J]. *Siam Journal on Numerical Analysis*, 2001, 38(5): 1676-1706.
- [14] Park JS, An DH, Oh DH, et al. Effect of chin tuck against resistance exercise on patients with dysphagia following stroke: A randomized pilot study[J]. *Neurorehabilitation*, 2018, 42(2): 191-197.
- [15] 梁盛华, 刘强, 李婷妍. 脑卒中后吞咽障碍临床治疗进展[J]. 内科, 2014, 9(1): 88-90.
- [16] 任攀, 周明学, 刘卫红, 等. 丹红注射液治疗心脑血管疾病的药理作用研究进展[J]. 现代生物医学进展, 2016, 16(31): 6197-6200.

(责任编辑: 刘淑婷)