

通络。诸药配伍,使胸阳振、痰浊降、阴寒消、气机畅、瘀血除,则胸痹心痛诸症可除。

本研究结果显示,在常规西药治疗基础上加用化痰消瘀法治疗痰瘀互结型冠心病心绞痛,患者的治疗总有效率得到明显提高,心绞痛发作次数少于对照组,发作时间短于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组各项症状改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组各项心电图指标的改善情况均优于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。可见,中西医联合用药能提高临床疗效,改善冠心病心绞痛患者的心绞痛症状,减少发作时间,值得在临床推广应用。

[参考文献]

[1] 卓思源. 中医药治疗冠心病心绞痛近况[J]. 中国中医急

症, 2007, 16(5): 594-595.

[2] 曹洪欣, 张毕敏. 痰瘀互结与冠心病发病机理辨识[J]. 中医药学刊, 2001, 19(6): 544-545.

[3] 杨荣来. 王凤荣教授从“痰瘀相关”论治冠心病经验撷菁[J]. 辽宁中医药大学学报, 2012, 14(6): 136-137.

[4] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 慢性稳定性心绞痛诊断与治疗指南[J]. 中华心血管病杂志, 2007, 35(3): 195-206.

[5] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 67-72.

[6] Custodis F, Laufs U. Conservative therapy of patients with stable coronary heart disease[J]. Herz, 2012, 37(1): 85-96.

[7] 陈永华. 中西医结合治疗冠心病心绞痛临床研究[J]. 中医学报, 2014, 29(2): 269-273.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练 治疗脑梗死后吞咽障碍临床观察

钟杭科

诸暨市第四人民医院, 浙江 诸暨 311835

[摘要] 目的: 观察活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能、神经功能及生活质量的影响。方法: 将 102 例脑梗死后吞咽障碍风痰瘀阻证患者随机分为对照组和观察组各 51 例。对照组给予吞咽功能训练, 观察组则加用活血通窍饮 I 号方内服治疗, 2 组连续治疗 2 周。对比 2 组治疗后的效果, 用洼田饮水试验、美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS) 及脑卒中专用生活质量量表 (SS-QOL) 评定患者治疗前后的吞咽障碍情况、神经功能缺损程度与生活质量。结果: 治疗后, 观察组总有效率 92.2%, 对照组总有效率 76.5%, 2 组相比, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组洼田饮水试验吞咽功能分级情况优于对照组 ($P < 0.05$)。2 组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于治疗前, SS-QOL 评分均高于治疗前, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。观察组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于对照组, SS-QOL 评分高于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练治疗脑梗死后吞咽障碍疗效肯定, 有利于减轻患者的吞咽障碍, 改善神经功能, 提高患者的生活质量, 凸显出中西医结合治疗脑梗死并发症的优势与特色。

[关键词] 脑梗死; 吞咽障碍; 风痰瘀阻证; 活血通窍饮 I 号方; 吞咽功能训练; 洼田饮水试验; 神经功能缺损; 生活质量

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 03-0053-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.014

[收稿日期] 2017-11-03

[作者简介] 钟杭科 (1980-), 男, 主治中医师, 主要从事针灸推拿科临床工作。

Clinical Observation of Recipe I of Huoxue Tongqiao Yin Combined with Swallowing Function Training for Dysphagia after Cerebral Infarction

ZHONG Hangke

Abstract: **Objective:** To observe the effect of recipe I of Huoxue Tongqiao yin combined with swallowing function training on swallowing function, nerve function, and quality of life in treating patients with dysphagia after cerebral infarction. **Methods:** Divided 102 cases of patients with dysphagia after cerebral infarction with syndrome of wind-phlegm stasis into the control group and the observation group randomly, 51 cases in each group. Both groups were given swallowing function training, while the observation group additionally received recipe I of Huoxue Tongqiao yin for treatment. The treatment of both groups continuously lasted for 2 weeks. Compared the effect of two groups after treatment, and evaluated the dysphagia, degree of neurologic impairment, and quality of life by means of water swallow test, National Institute of Health stroke scale(NIHSS), and stroke special quality of life scale(SS-QOL). **Results:** After treatment, the total effective rate was 92.2% in the observation group and was 76.5% in the control group, the difference being significant ($P < 0.05$). The classification of swallowing function of water swallow test in the observation group was better than that in the control group ($P < 0.05$). The scores of water swallow test and NIHSS in two groups were both lower than those before treatment, while the scores of SS-QOL were higher than those before treatment, differences being significant ($P < 0.05$). The scores of water swallow test and NIHSS scores in the observation group were both lower than those in the control group, while the SS-QOL scores were higher than those in the control group, differences being significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of recipe I of Huoxue Tongqiao yin combined with swallowing function training shows significant curative effect in treating dysphagia after cerebral infarction, and it is good for reducing dysphagia of patients, improving nerve function, and developing their quality of life so as to highlight the advantages and characteristics of the integrated Chinese and western medicine treatment for cerebral infarction complications.

Keywords: Cerebral infarction; Dysphagia; Syndrome of wind-phlegm stasis; Recipe I of Huoxue Tongqiao yin; Swallowing function training; Water swallow test; Neurologic impairment; Quality of life

吞咽障碍是脑卒中常见的并发症之一,临床发病率 22%~65%,部分患者的吞咽障碍症状在发病后 1 周内会消失,但仍有 10%~20%的患者持续存在此症^[1-2]。持续存在的吞咽障碍又会引起吸入性肺炎、脱水、营养不良等并发症,致死亡率增加,严重影响患者的生存质量^[3]。笔者从事脑卒中及其并发症的临床诊治工作多年,结合临床实践,以自拟活血通窍饮 I 号方联合吞咽功能训练对脑梗死后吞咽障碍患者进行治疗,效果满意,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2016 年 1 月—2017 年 3 月于本院就诊的 102 例脑梗死后吞咽障碍患者,按照随机数字表法分为对照组和观察组。对照组 51 例,男 33 例,女 18 例;年龄 45~75 岁,平均(60.2±4.3)岁;病程 7~50 天,平均(20.3±1.4)天。观察组 51 例,男 35 例,女 16 例;年龄 45~75 岁,平均(61.3±4.0)岁;病程 7~49 天,平均(21.2±1.1)天。2 组一般资料经统计学软件 SPSS20.0 处理,差异均无统计学

意义($P > 0.05$),说明 2 组之间具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[4]、《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[5]中脑梗死的诊断标准确诊。临床多见吞咽困难、进食缓慢,多伴有饮水呛咳、流涎、构音障碍、声音嘶哑、咽反射迟钝等症状,伴有痰多、黄而黏,头晕目眩,大便秘结,舌质暗淡、舌苔薄白或白腻,脉弦滑,中医辨证为风痰瘀阻证。洼田饮水试验筛查存在吞咽障碍,分级评定属 III~V 级^[6]。

1.3 纳入标准 年龄 45~75 岁;符合上述诊断标准,中医辨证为风痰瘀阻证;存在吞咽障碍;经头颅 CT 或 MRI 证实,病情稳定,神志清楚;自愿参与研究,认真阅读知情同意书并签字。

1.4 排除标准 依从性差、耐受性欠佳;合并有严重肝肾功能不足,心血管、造血系统疾病;咽喉部畸形;意识不清;卒中前已存在吞咽障碍。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予吞咽功能训练:①呼吸训练:指

导患者进行屏气-发声训练,患者坐在椅子上,双手支撑椅面做推压运动,后松手呼气。②发音练习:从单音训练到近似音分化训练,进行词和语句的复述训练。③舌肌训练:用湿纱布包住舌头,引导患者进行卷曲、上抬、顶上颚等各个方向运动。④软腭训练:借助压舌板压住舌头,用冰冻棉签在软腭迅速摩擦刺激,引起反射,做吞咽动作,指导患者发“啊”“喔”等声音。⑤喉肌训练:用手指握喉结上下活动,点头空吞咽,诱发吞咽反射。咽部冷刺激法:用冰冻棉签蘸取少许水轻轻刺激舌根、软腭、咽后壁,叮嘱患者进行空吞咽,借助寒冷刺激强化吞咽反射,诱发吞咽。连续治疗2周。

2.2 观察组 在对照组基础上加用活血通窍饮 I 号方内服治疗,处方:桃仁、地龙、赤芍、远志、石菖蒲、郁金各 15 g,胆南星、僵蚕、当归、川芎各 10 g,法半夏、陈皮各 9 g,红花 5 g,全蝎 3 g。随症加减:气虚甚者加炒党参 15 g,黄芪 20 g;阴虚者加生地黄 30 g,麦冬 15 g。每天 1 剂,水煎后去渣取汁,每天早晚各服 1 次,连续治疗 2 周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①采用吞咽障碍床旁筛查评估量表-洼田饮水试验^[6]评估患者的吞咽功能。观察患者喝 30 mL 水后的吞咽、呛咳情况,根据吞咽障碍程度轻重进行分级、评分。I 级:一次喝完,无呛咳,记为 1 分;II 级:分至少两次喝完,无呛咳,记为 2 分;III 级:一次喝完,有呛咳,记为 3 分;IV 级:分至少两次喝完,有呛咳,记为 4 分;V 级:无法全部喝完,呛咳不断,记为 5 分。②采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)^[7]评价 2 组患者治疗前后的神经功能缺损程度,分值越高,表示神经功能缺损程度越严重。③采用脑卒中专用生活质量量表(SS-QOL)^[8]评价与生活质量相关的 12 个领域共 49 个项目,主要包括语言、视觉、情绪、运动、体能、上肢功能、自理能力、社会活动、家庭活动、思维能力、性格、工作能力等,每项由差至好分别记为 1~5 分,得分越高,表示生活质量越好。

3.2 统计学方法 采用 SPSS20.0 软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 *t* 检验,数据均符合正态分布;计数资料采用 χ^2 检验;等级资料采用 Ridit 分析。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准^[9] 显效:吞咽障碍症状基本消失,洼田饮水试验分级提高 1~2 级,无并发症;有效:症状有所好转,洼田饮水试验分级提高 1 级;无效:各方面无变化。

4.2 2 组疗效比较 见表 1。观察组总有效率 92.2%,对照组总有效率 76.5%,2 组相比,差异有统计学意义($\chi^2=4.744, P < 0.05$)。

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	51	23	16	12	76.5
观察组	51	36	11	4	92.2 ^①

与对照组比较,① $P < 0.05$

4.3 2 组治疗后吞咽功能分级比较 见表 2。治疗后,观察组洼田饮水试验吞咽功能分级情况优于对照组($P < 0.05$)。

组别	n	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	51	15	7	9	12	8
观察组	51	22	12	10	6	1

4.4 2 组治疗前后洼田饮水试验、NIHSS 及生活质量评分比较 见表 3。治疗后,2 组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于治疗前,SS-QOL 评分均高于治疗前,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。观察组洼田饮水试验评分、NIHSS 评分均低于对照组,SS-QOL 评分高于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

组别	n	时间	洼田饮水试验评分	NIHSS	SS-QOL
对照组	51	治疗前	3.93±0.52	20.54±7.22	120.66±20.47
		治疗后	1.46±0.37 ^①	11.36±4.45 ^①	152.13±15.29 ^①
观察组	51	治疗前	4.01±0.54	20.60±7.34	121.14±21.62
		治疗后	0.82±0.25 ^②	4.21±2.60 ^②	198.22±34.52 ^②

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

5 讨论

现代医学认为,脑梗死后脑组织缺氧、缺血、充血、水肿等,造成双侧皮质延髓束受损,引起假性延髓麻痹,同时损及脑干舌下神经、吞咽神经、迷走神经等导致神经功能受损,是脑梗死后发生吞咽障碍的

主要机制^[9]。目前治疗手段有限,临床采取的吞咽功能训练旨在通过颊部、面口唇、舌部的运动,促进吞咽和构音器官的血液微循环,从而改善咽部肌肉的灵活协调性,但是单纯应用疗效欠佳^[10]。近年来,中西医结合论治脑卒中并发症积累了丰富的经验,凸显出明显的优势与特色^[11]。

中医学无吞咽障碍之病名,根据其症状可归属于喉痹、暗瘕等范畴。中医学认为,脑梗死后吞咽障碍的病位虽多在脑、舌咽,却与心、脾、肝、肾密切相关,如《诸病源候论·风舌强不得语候》中所云:“今心脾二脏受风邪,故舌强不得语也。”又如《医林绳墨》中所云:“涎痰壅盛,则舌强而难吞”。可见,本病为本虚标实之证,患者多因正气不足,风、火、痰、瘀等外邪和病理产物趁虚而入,导致人体气血、阴阳、寒热失调,清窍闭阻,窍闭神匿,神不导气,经络失用,口、舌、咽喉等关窍失灵^[12]。故临床治之当以醒脑开窍、利窍通络为要。笔者认为,该病的发病机制是以脏腑功能亏虚、气血不足为本,以风痰瘀阻为标,故自拟活血通窍饮I号方治之。方中当归、川芎、桃仁、红花、赤芍均主入血分,补中有行,养血与祛瘀同施,使气行又无伤阴之弊,活血而无耗血之虑;全蝎为虫类药,功可通络散结、熄风止痉;胆南星、法半夏重在清热化痰、熄风定惊,善解风痰热滞;僵蚕、地龙性味咸寒,可清热祛风、通行经络、祛痰散结;远志、石菖蒲通心窍、交心肾,具有益肾健脑、开窍宁神之功;郁金可行气解郁,凉血破瘀;陈皮健脾行气、燥湿化痰。全方标本兼治、攻补兼施,共奏醒脑定志、行血逐瘀、通利血脉、豁痰开窍之功。

本研究结果显示,治疗后,观察组疗效优于对照组($P < 0.05$),洼田饮水试验吞咽功能分级情况优于对照组($P < 0.05$),洼田饮水试验评分、NIHSS评分均低于对照组($P < 0.05$),SS-QOL评分高于对照组($P < 0.05$)。可以总结出,自拟活血通窍饮I号方联合吞咽功能训练协同作用满意,其效果优于单纯应用吞咽功能训练,有利于减轻患者的吞咽障碍,改善神经功

能,提高患者的生活质量,凸显出中西医结合内外科合治脑梗死并发症的优势与特色,有一定的临床推广价值。

[参考文献]

- [1] 杨文爽,郭声敏,郑思琳. 脑卒中患者吞咽障碍评估工具研究进展[J]. 护士进修杂志, 2017, 32(2): 124-127.
- [2] 金泽,陈静,包大鹏,等. 电针治疗中风后假性延髓麻痹吞咽障碍30例临床观察[J]. 中日友好医院学报, 2017, 31(3): 173-175.
- [3] Rowat A. Dysphagia, nutrition and hydration post stroke[J]. Br J Nurs, 2014, 23(12): 634.
- [4] 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]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 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.
- [6] Osawa A, Maeshima S, Tanahashi N. Water-swallowing test: screening for aspiration in stroke patients [J]. Cerebrovasc Dis, 2013, 35(3): 276-281.
- [7] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
- [8] Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al. Development of a stroke-specific quality of lifescale [J]. Stroke, 1999, 30(7): 1362-1369.
- [9] 李丽娜. 涤痰汤合通窍活血汤联合吞咽功能训练对脑梗死后吞咽障碍的疗效观察[J]. 陕西中医, 2016, 37(5): 526-528.
- [10] 邓行行,吴灿. 醒脑开窍针刺法联合 Vitalstim 吞咽治疗仪治疗脑卒中吞咽障碍临床研究[J]. 中医学报, 2017, 32(3): 466-469.
- [11] 雷雨颖,郭晓萱. 下颌收拢抗阻力运动在老年脑梗死后吞咽障碍者中的应用效果[J]. 中国老年学杂志, 2017, 37(10): 2443-2445.
- [12] 刘敬,姚辉. 石学敏运用“通关利窍”针刺法治疗中风后假性延髓麻痹述要[J]. 安徽中医药大学学报, 2017, 36(2): 3-6.

(责任编辑:吴凌)