

- [11] 张小红, 范颖. 妊娠晚期羊水过少对妊娠结局及围生儿的影响[J]. 中国妇幼保健, 2017, 32(13):2865-2868.
- [12] 段涛, 杨慧霞, 胡娅莉, 等. 胎儿生长受限专家共识(2019版)[J]. 中国产前诊断杂志(电子版), 2019, 11(4):78-98.
- [13] 郑玫, 练带雄. 双胎妊娠期糖尿病的危险因素及妊娠结局影响因素分析[J]. 中国病案, 2019, 20(5):92-95.
- [14] KLEIN K, MAILATH-POKORNY M, LEIPOLD H, et al. Influence of Gestational Diabetes Mellitus on Weight Discrepancy in Twin Pregnancies[J]. Twin Res Hum Genet, 2010, 13(4):393-397.
- [15] 陈小伟, 王念跃. 妊娠期糖尿病对妊娠分娩结局的影响[J]. 国际检验医学杂志, 2017, 38(1):66-67.
- [16] 羊超, 曾泽英, 唐书勤. 合并妊娠糖尿病的高龄孕产妇并发妊娠高血压疾病危险因素分析[J]. 中国医学前沿杂志, 2019, 11(1):147-150.
- [17] 孙文平, 刘洪梅. 血清钙25-(OH) D3 碱性磷酸酶与妊娠期高血压疾病的相关性研究进展[J]. 安徽医学, 2018, 39(2):245-246.
- [18] 李美荃, 张春勇, 计乔平, 等. 血红素铁对妊娠母鼠繁殖成绩及组织铁调基因表达的影响[J]. 动物营养学报, 2017, 29(6):1996-2009.
- [19] RICHARD J. Identification of fetal growth abnormalities in diabetes mellitus[J]. Semin Perinatol, 2002, 26(3):190-195.
- [20] TWARD C, BARRETT J, BERGER H, et al. Does gestational diabetes affect fetal growth and pregnancy outcome in twin pregnancies?[J]. Am J Obstet Gynecol, 2016, 214(5):653. e1-8.
- [21] 钟毓琼, 曾小变, 林养, 等. 妊娠糖尿病患者分娩前后母胎凝血功能动态变化的观察[J]. 广东医科大学学报, 2019, 37(2):124-126.
- [22] 王娇娇, 王心, 尚丽新. 妊娠期糖尿病危险因素及对妊娠结局影响的研究[J]. 人民军医, 2016, 59(1):58-61.

穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理对卒中吞咽障碍患者的效果观察

李前进 (广东医科大学附属第二医院康复医学科(神经康复), 广东湛江 524000)

摘要: 目的 观察穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理对卒中吞咽障碍患者的疗效。方法 96例卒中吞咽障碍患者随机分为观察组和对照组, 分别给予穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理或单纯吞咽-摄食管理, 比较两组疗效及肺炎发生情况。结果 观察组疗效明显优于对照组($P<0.05$), 肺炎发生率明显低于对照组($P<0.05$)。结论 穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理可改善卒中吞咽障碍患者的吞咽功能, 减少肺炎发生。

关键词: 卒中吞咽障碍; 穴位电针刺激; 吞咽-摄食管理

中图分类号: R 246

文献标志码: A

文章编号: 2096-3610(2022)02-0155-03

Clinical efficacy of acupoint electroacupuncture stimulation and swallowing-ingestion management in post-stroke dysphagia

LI Qian-jin (Department of Rehabilitation Medicine (Neurorehabilitation), Second Affiliated Hospital of Guangdong Medical University, Zhanjiang 524000, China)

Abstract: Objective To observe the clinical efficacy of acupoint electroacupuncture stimulation (AEAS) and swallowing-ingestion management (SIM) in post-stroke dysphagia (PSD). Methods Ninety-six PSD patients were randomly treated with SIM with (treatment group) or without (control group) AEAS. Clinical efficacy and pneumonia incidence were compared between 2 groups. Results Compared with control group, clinical efficacy was higher ($P<0.05$), while pneumonia incidence was lower ($P<0.05$) in treatment group. Conclusion Combined AEAS and SIM can improve swallowing function and reduce pneumonia in PSD patients.

Key words: post-stroke dysphagia; acupoint electroacupuncture stimulation; swallowing-ingestion management

收稿日期: 2021-07-17

作者简介: 李前进(1983—), 男, 学士, 主治医师, E-mail: 260426727@qq.com

伴随人口老龄化进程的加快,脑卒中患者逐年增加。吞咽障碍是脑卒中常见并发症,易引发营养不良、窒息及吸入性肺炎等,严重影响患者的生活质量^[1]。临床治疗脑卒中后吞咽障碍尚无特效药,常规摄食训练可在一定程度上恢复患者的吞咽功能,但疗程长,效果有限,患者难以长期坚持^[2-3]。近年来,穴位电针刺激逐渐用于治疗脑卒中后吞咽障碍,通过增强感觉刺激、增加吞咽相关肌群肌力、促进吞咽反射建立,发挥治疗作用^[4]。本研究采用穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理治疗卒中吞咽障碍患者,取得了较好的效果,现将结果报道如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2019年1月至2020年1月在我院接受治疗的96例卒中吞咽障碍患者,随机分为观察组和对照组,每组48例。纳入标准:符合《中国脑卒中早期康复治疗指南》脑梗死临床诊断标准^[5],初发脑卒中,经诊断确诊为吞咽障碍;无精神疾病以及认知功能障碍;患者或家属签署知情同意书。排除标准:合并吸入性肺炎、脱水、营养不良者;合并心、肺、肝、肾等重要器官功能障碍者;罹患头颈部肿瘤、食管肿瘤等疾病者;体内配戴心脏起搏器、矫形器以及其他金属植入物者。观察组男27例,女21例;年龄55~70岁,平均(62.6±3.2)岁;病程5~30 d,平均(10.29±2.56)d。对照组男28例,女20例;年龄55~70岁,平均(63.6±3.7)岁;病程5~30 d,平均(10.16±2.74)d。两组一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$)。研究获得本院医学伦理委员会批准。

1.2 方法

观察组给予穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理。吞咽-摄食管理:(1)管饲护理。指导中、重度吞咽障碍者及其家属正确掌握鼻饲量、间隔时间、食物性状和吸入性肺炎的关系;宣教管饲知识以及注意事项,管饲前将床头抬高并清除咽分泌物,并于管饲前后将温开水注入胃管内,严格控制灌注速度和灌注量,每天护理口腔3次。(2)感觉促进训练。给予患者吞咽前的感觉刺激,食物入口过程中,使用汤匙对舌部施加下压力量;使用蘸柠檬汁或少许水的冰冻棉棒刺激舌根、软腭、咽后壁,然后进行空吞咽,每天训练3次,每次10 min。(3)吞咽器官训练。加强软腭、舌、唇、下颌及声带闭合运动,增强肌群的协调性及力量感,促进生理功能改善,如唇部练习、咽和喉部功能训练、腭咽闭合训练、舌训练、呼吸训练等,每天2次,每次5~10 min。(4)吞咽姿势改变。改变患者的身体姿

势及头部方向,促进吞咽障碍症状缓解;身体姿势调整过程中,令患者坐位下进食,或者将床头抬高至30~60°,保持颈部前倾,垫起偏瘫侧的肩部,于患者健侧喂食;调整头部姿势过程中,可旋转头颈部、低头吞咽、侧方吞咽、头部后仰、交互吞咽或空吞咽。(5)入口量和食物选择。患者食物的形态由其吞咽障碍程度决定,中度吞咽障碍者可予以半流质饮食,进食量从小量逐渐增加,每次吞咽食物后,重复几次空吞咽动作,咽下全部食物,进食后做好口腔清洁;吞咽-摄食管理过程中,指导并鼓励患者适应饮食习惯,对于饮食速度过快者,提醒其放慢速度。连续治疗4周。穴位电针刺激:患者坐位,取天突、廉泉、双侧风池并消毒,用50.0 mm×0.4 mm毫针刺入约25~40 mm,针尖向内下方,施以捻转手法,速度约为100 r/min,时间约为15 s;再取舌下玉液、金津,沿着舌根方向用毫针刺入约25~40 mm,同样手法捻转15 s,得气后接通电针治疗仪,调整其频率至1 000 Hz,每次治疗30 min;沿颈项部中线两侧排列的针体上放置正负电极,天突和廉泉不需要接通电极,每天治疗1次,连续治疗6 d(1个疗程),休息1 d,展开第2个疗程,一共4个疗程。

对照组仅给予吞咽-摄食管理,方法同观察组,连续干预4周。

1.3 观察指标及评价标准

连续治疗4周后,比较两组的临床疗效^[6]。治愈:无吞咽困难现象,5 s内将30 mL温水1次喝完;显效:吞咽困难现象改善,5 s内分2次将30 mL温水喝完,未发生呛咳;有效:吞咽困难有所缓解,30 mL温水1次喝完,出现呛咳;无效:上述标准均未出现。统计两组治疗后30 d内肺炎的发生情况。

1.4 统计学处理

应用SPSS22.0统计软件进行数据分析,计数资料用例表示,采用 χ^2 检验;有序分类资料采用秩和检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效

观察组的临床疗效明显优于对照组($P<0.05$),见表1。

2.2 肺炎发生情况

表1 两组临床疗效的比较 (例)

组别	n	治愈	显效	有效	无效
观察组	48	21	16	8	3
对照组	48	15	14	6	13

两组比较: $Hc=4.05$, $P<0.05$

观察组3例发生肺炎,对照组11例,观察组肺炎发生率明显低于对照组($\chi^2=5.35, P<0.05$)。

3 讨论

脑卒中患者因舌下神经、迷走神经或大脑皮层皮质受损导致吞咽肌群功能障碍和吞咽反射功能障碍,进而出现吞咽困难现象^[7]。脑卒中吞咽障碍会导致患者的呼吸道保护性反射处于空缺状态,出现误咽及误吸等问题,进而诱发卒中吞咽障碍相关性肺炎,不利于患者获得良好的预后^[8]。吞咽训练是治疗脑卒中后吞咽障碍的常规手段,可改善吞咽障碍。钱珊等^[9]研究表明,单纯使用吞咽训练起效慢,患者常中途放弃,影响康复进程。

穴位电针刺激疗法有利于患者建立吞咽必需的咽喉肌肉功能性运动模式,可改善吞咽功能。袁绘等^[10]研究发现,单纯对脑卒中后吞咽障碍患者使用吞咽功能康复训练,其吞咽功能改善情况明显不及接受神经肌肉电刺激疗法的患者,而且患者肺部感染发生率较高。另王迪等^[11]研究发现,脑卒中后吞咽障碍患者使用电针疗法联合吞咽康复训练治疗,有助于提高患者吞咽功能评分,缩短鼻饲管使用时间。本研究采用穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理治疗卒中吞咽障碍患者,结果显示观察组的临床疗效优于对照组,肺炎发生率低于对照组($P<0.05$),说明联合治疗效果显著。吞咽-摄食管理能够促使脑组织残余细胞功能优化,充分发挥神经亚细胞代偿功能,恢复脑组织残余细胞功能,建立反馈通路,促进大脑皮质恢复,重建吞咽反射功能^[12]。管饲护理时及时清除患者多余的唾液,避免唾液反流或者误吸;每次吞咽食物后,嘱其反复空咽几次,确保食物全部咽下,防止食物滞留;吞咽器官训练、吞咽姿势改善可强化肌群的协调性及肌群的力量,促进吞咽生理功能的改善和恢复,提高呼吸系统的反应性,促使分泌物有效排除,避免误吸;进食前后均清理口腔和咽部,可有效预防肺部感染^[13]。穴位电针可增加对穴位的刺激,促进局部血液循环,兴奋神经肌肉组织,增加肌肉收缩频率,增强咽部肌力。此外,不断对大脑高级运动中枢进行强化刺激,利于重新组合神经系统,促进中枢至咽喉运动形成新的传导通路,提高脑结构及脑功能的可塑性,进而改善吞咽功能。整个过程是利用腧穴的“双向调节作用”以及“远治作用”。选取的穴位可直接对延髓产生效应,进而调控吞咽中枢,促进吞咽肌群运动协调性提高,

降低吞咽相关肌群张力,改善脑区局部血流代谢障碍,重建吞咽反射弧功能^[14]。

综上所述,穴位电针刺激联合吞咽-摄食管理能够改善卒中吞咽障碍患者的吞咽功能,降低肺炎的发生。

参考文献:

- [1] 李金秋,朱智敏,尹晓晓.针刺法联合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后咽期吞咽障碍的临床观察[J].广东医科大学学报,2020,38(5):624-627.
- [2] 麦小燕,孔佩,时文华.综合护理干预在急性缺血性脑卒中中的应用[J].广州医科大学学报,2019,228(4):146-148.
- [3] 闫志刚.针灸联合中医康复训练治疗脑卒中吞咽障碍的疗效分析[J].当代医学,2021,27(3):123-124.
- [4] 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):183-187.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会神经康复学组,中华医学会神经病学分会脑血管病学组.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405-412.
- [6] 张涛,邓静.洼田饮水试验结合吞咽训练对缺血性卒中吞咽障碍患者吞咽功能和摄食情况的影响[J].中国实用医药,2020,15(22):176-178.
- [7] 张金凤,赵爱霞,梁赢,等.脑卒中吞咽困难患者发生误吸的影响因素及护理措施[J].护理实践与研究,2021,18(6):815-819.
- [8] 钱珊,王蜀昌,刘信东,等.电针和神经肌肉电刺激治疗急性脑卒中后吞咽障碍效果观察[J].临床误诊误治,2019,32(2):74-77.
- [9] 李银霞,邓碧坚,陈滢,等.康复护理联合电针穴位刺激对脑卒中后吞咽障碍患者相关并发症的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2019,40(4):522-524.
- [10] 袁绘,于龙娟,谢珊,等.神经肌肉电刺激联合吞咽法治疗急性缺血性脑卒中后吞咽障碍的疗效分析[J].第二军医大学学报,2018,39(9):1052-1055.
- [11] 王迪,孙忠人,魏庆双,等.电针为主治疗卒中后吞咽障碍的临床研究进展[J].国际中医中药杂志,2020,42(1):90-93.
- [12] 常娥.神经肌肉电刺激联合摄食训练在脑卒中后吞咽障碍病人中的应用效果[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(2):337-340.
- [13] 何小燕,钟建兵,刘剑.电生理疗法联合吞咽-摄食训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J].中华老年多器官疾病杂志,2019,18(5):360-364.
- [14] 时沛,陈怡萌.电针联合吞咽治疗仪治疗脑卒中患者吞咽障碍的疗效观察[J].按摩与康复医学,2021,12(15):1-3,6.