

针刺联合半夏厚朴汤治疗卒中后吞咽障碍的疗效及其对吞咽障碍功能和吸入性肺炎发生的影响

宋莉娟 付菊花 孙亚中

(河南漯河市中医院脑病二科,漯河,462000)

摘要 目的:观察半夏厚朴汤联合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效及其对 HAMA、HAMD 评分、吞咽障碍功能和吸入性肺炎发生的影响。方法:选取 2015 年 8 月至 2018 年 2 月漯河市中医院收治的脑卒中患者 112 例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 56 例,对照组给予常规药物治疗和针刺治疗,观察组在对照组治疗的基础上加用半夏厚朴汤,观察 2 组患者的临床疗效、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、抑郁量表(HAMD)评分、吞咽障碍功能、超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)、去甲肾上腺素(NE)、5-羟色胺(5-HT)及吸入性肺炎发生率变化情况。结果:与治疗前比较,2 组患者治疗后 MDA、HAMA、HAMD 评分明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),SOD、5-HT、NE 明显升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组上述指标变化更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后,2 组患者洼田饮水试验评分明显降低($P < 0.05$),才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度明显增加,差异有统计学意义($P < 0.05$),观察组上述指标变化更明显,差异有统计学意义($P < 0.05$);对照组有 10 例患者出现吸入性肺炎,观察组有 3 例患者出现吸入性肺炎,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗有效率(92.86%)明显高于对照组(78.57%),差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论:半夏厚朴汤联合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍可明显降低患者焦虑、抑郁情绪,改善吞咽功能,降低吸入性肺炎的发生率,从而提高临床治疗效果。

关键词 半夏厚朴汤;针刺;卒中;吞咽障碍;临床疗效;汉密尔顿焦虑量表;抑郁量表;吸入性肺炎;洼田饮水试验

Clinical Effects of Banxia Houpu Decoction Combined with Acupuncture in the Treatment of Dysphagic Stroke Patients and the Influence on Swallowing Disorder Function and the Incidence of Aspiration Pneumonia

Song Lijuan, Fu Juhua, Sun Yazhong

(Department of Encephalopathy, Luohe City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Luohe 462000, China)

Abstract **Objective:** To observe the clinical effects of Banxia Houpu Decoction combined with acupuncture in the treatment of dysphagic stroke patients and the influence on HAMA, HAMD scores, swallowing disorder function and the incidence of aspiration pneumonia. **Methods:** A total of 112 cases with dysphagic stroke patients in Luohe City Hospital of Traditional Chinese Medicine from August 2015 to February 2018 were divided into an observational group and a control group, with 56 cases in each group. The control group was given the routine drug therapy and acupuncture treatment, while the observational group was given Banxia Houpu Decoction based on the treatment of the control group. The clinical effect, HAMA and HAMD scores, swallowing disorder function, SOD, MDA, NE, 5-HT and the incidence of aspiration pneumonia were observed in the 2 groups. **Results:** Compared with before treatment, the MDA, HAMA and HAMD scores decreased obviously in the 2 groups after treatment ($P < 0.05$). SOD, 5-HT, NE increased significantly ($P < 0.05$), and the above indexes of the observational group changed more obvious ($P < 0.05$). The Kubota drinking water test score decreased in the 2 groups after treatment significantly ($P < 0.05$), and the cane classification score, DOSS scale determination and hyoid larynx dynamic degree increased significantly ($P < 0.05$). The above indexes of the observational group changed more obviously ($P < 0.05$). There were 10 patients with aspiration pneumonia of the control group, and there were 3 patients with aspiration pneumonia of the observational group. The difference was statistically significant ($P < 0.05$); the total effective rate of the observational group after treatment (92.86%) was significantly higher than that of the control group (78.57%) ($P < 0.05$). **Conclusion:** Banxia Houpu Decoction combined acupuncture treatment of swallowing disorders after stroke can obviously reduce the patients' anxiety, depression, improve swallowing function, and reduce the incidence of aspiration pneumonia, so as to improve clinical therapeutic effect.

Key Words Banxia Houpu Decoction; Acupuncture treatment; Dysphagic stroke patients; Clinical therapeutic effect; HAMA; HAMD; Aspiration pneumonia; Kubota drinking water test score

中图分类号: R245; R289.5 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2019.06.048

基金项目: 2016 年度漯河市青年拔尖人才科研课题(LBJZ201604)

作者简介: 宋莉娟(1977.12—),女,本科,副主任中医师,研究方向: 中医脑病, E-mail: 275703290@qq.com

脑卒中又称中风、脑血管意外,是急性脑血管循环障碍性疾病的总称^[1]。吞咽障碍是脑卒中常见并发症之一,此类患者误吸率高,容易引起吸入性肺炎、脱水、电解质紊乱甚至窒息等并发症,严重影响脑卒中患者的肢体康复功能及生命质量^[2-3]。目前西医主要通过鼻饲管注入营养物质对症支持治疗,而中医在治疗脑卒中后吞咽障碍具有独特的优势,研究表明,针刺治疗脑卒中后吞咽障碍疗效显著^[4]。半夏厚朴汤由半夏、厚朴、茯苓、苏叶和生姜等组成,具有行气散结、降逆化痰的功效^[5-6],关于半夏厚朴汤治疗脑卒中吞咽障碍的研究不多,本研究拟探究半夏厚朴汤联合针刺治疗卒中后吞咽障碍的疗效及其对吞咽功能的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2015年8月至2018年2月漯河市中医院收治的脑卒中患者112例作为研究对象,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组56例。对照组中男32例,女24例;年龄51~72岁,平均年龄 (62.8 ± 4.7) 岁;病程29~67 d,平均病程 (45.2 ± 3.7) d;脑出血者27例,脑梗死者29例;观察组中男34例,女22例;年龄50~73岁,平均年龄 (61.6 ± 5.2) 岁;病程30~69 d,平均病程 (44.8 ± 4.2) d;脑出血者25例,脑梗死者31例;2组患者在性别、年龄、病程、发病类型等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 1)符合第四届全国脑血管病会议制定的脑卒中诊断标准^[7],并经头颅CT或MRI确诊;2)合并不同程度的吞咽困难和饮水呛咳,洼田氏饮水试验评定为3~5级。

1.3 纳入标准 1)意识清楚,生命体征平稳,病程<6个月;2)符合医学伦理学要求,自愿参加本研究,签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)对研究药物过敏者;2)因其他疾病导致的吞咽障碍者;3)合并头颈部肿瘤、食管肿瘤或重症肌无力等;4)合并心、肝、肾等慢性脏器功能衰竭者;5)合并认知功能障碍或失语症者。

1.5 脱落与剔除标准 1)观察期间出现严重不良反应,需立即停药者;2)用药期间未按规定疗程服药;3)服用其他影响疗效判定的药物。

1.6 治疗方法 2组患者均给予内科常规药物治疗,根据患者病情给予降颅内压、维持血压、改善微循环、营养脑神经等对症支持治疗,对照组在常规治疗的基础上给予针刺治疗,取穴包括风池、人中、合谷、哑门、廉泉、风池等。双侧风池穴针尖向喉结方

向刺入,小幅度旋转直到喉咙出现麻胀感,进针深度不超过1.5寸,得气后捻转运针持续1~3 min,廉泉穴针尖向上刺入到舌根部,小幅度捻转,得气后提插捻转运针1~3 min;人中穴向鼻中隔方向斜刺进针,顺时针旋转至眼睛湿润,合并肝肾不足者加三阴、太溪穴,合并痰阻内瘀者加脾俞,肝阳亢进者加行间、太冲,气血亏虚者加血海,以上穴位每天1次,共治疗1个月。观察组在对照组治疗的基础上加用半夏厚朴汤,方剂组成:半夏120 g、厚朴50 g、茯苓70 g、苏叶40 g、生姜80 g。加水1 000 mL浸泡过夜后,煎煮3次,取汁400 mL,分早晚服用。

1.7 观察指标 1)观察2组患者焦虑、抑郁评分:采用汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、抑郁量表(HAMD)进行判定,HAMA评分 ≥ 14 分为焦虑症,HAMD评分 ≥ 8 分为抑郁症,满足其中一个条件即可判定为焦虑或抑郁状态;2)观察2组患者洼田饮水试验评分、才藤分级评分、DOSS评分及舌骨喉动度测定。洼田饮水试验方法:让患者喝下30 mL温开水,1级:可以将水1次性咽下;2级:2次或2次以上咽下,无呛咳;3级:可1次性将水咽下,会出现呛咳;4级:将水分2次及以上咽下,会出现呛咳;5级:呛咳次数增多且无法将水全部咽下。才藤分级:根据吞咽障碍程度、易导致误吸的食物种类、有无口腔及咽部残留等将其吞咽功能分为7个等级;吞咽障碍的结局和严重度量表(DOSS)测定:根据吞咽过程中有无误吸、返流、呛咳等情况将其吞咽功能分为7个等级;舌骨喉动度测定:根据患者安静状态下吞咽3 mL半流质饮食时舌骨及甲状软骨向前,向上移动的距离进行比较。3)观察2组患者超氧化物歧化酶(SOD)、丙二醛(MDA)、去甲肾上腺素(NE)、5-羟色胺(5-HT)水平变化情况;4)2组患者吸入性肺炎发生率。

1.8 疗效判定标准 显效:患者的吞咽障碍完全消失,对其进行饮水试验测定为1级。有效:患者的吞咽障碍得到了一定的改善,饮水试验为2级。无效:患者的吞咽功能没有得到改善,饮水试验在3级以上。

1.9 统计学方法 采用SPSS 18.0统计软件处理数据,计量资料采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,进行 t 检验;计数资料采用百分率表示,进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后HAMA、HAMD评分比较

2组患者治疗前HAMA、HAMD评分比较,差异

无统计学意义($P>0.05$);与治疗前比较,2组患者治疗后 HAMA、HAMD 评分明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组治疗后 HAMA、HAMD 评分明显低于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 2组患者治疗前后 HAMA、HAMD 评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	HAMA 评分	HAMD 评分
对照组($n=56$)		
治疗前	16.8±4.2	11.4±2.6
治疗后	11.5±2.7*	8.2±1.5*
观察组($n=56$)		
治疗前	16.2±4.6	11.6±2.4
治疗后	8.2±1.6*△	5.4±0.7*△

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

2.2 2组患者洼田饮水试验、才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度比较 2组患者治疗前洼田饮水试验评分、才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组患者洼田饮水试验评分明显降低,差异有统计学意义($P<0.05$),才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度明显增加,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组上述指标变化更明显,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 2组患者 SOD、MDA、NE、5-HT 比较 2组患者治疗前 SOD、MDA、NE、5-HT 水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗后,2组患者 MDA 明显降低($P<0.05$),SOD、5-HT、NE 明显升高($P<0.05$),观察组上述指标变化更明显,差异有统计学意义

($P<0.05$)。见表3。

2.4 2组患者吸入性肺炎比较 对照组有10例患者出现吸入性肺炎,观察组有3例患者出现吸入性肺炎,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

2.5 2组患者临床疗效比较 观察组治疗有效率(92.86%)明显高于对照组(78.57%),差异有统计学意义($P<0.05$)。见表5。

3 讨论

脑卒中是临床常见病,其致残率及死亡率极高。脑卒中患者容易出现各种负面情绪变化,其中焦虑、抑郁症状是最常见的^[8]。50%脑卒中患者可出现焦虑、抑郁情绪,而合并吞咽功能障碍患者的焦虑、抑郁情绪发生率更高^[9]。脑卒中多起病较急,面对突然发生的肢体功能障碍、生活不能自理等突发病状,患者的内心难以承受,对预后的担心,害怕自己身体残疾给家庭及社会带来沉重负担,患者极易产生恐惧、悲观及烦躁心理。研究发现,抑郁症可伴有氧化应激系统的激活,造成中枢神经系统损伤^[10]。马占强等^[11]对慢性抑郁大鼠模型大脑海马的研究发现,在抑郁大鼠体内,SOD 活性明显降低,MDA 含量显著升高。提示大鼠脑内出现脂质过氧化反应,其氧化应激系统已失衡。

脑卒中后出现吞咽功能障碍是因为脑干、皮质延髓束损伤,吞咽中枢病变引起吞咽过程变慢,而延髓病变可引起吞咽反射消失,表现为口唇张合功能障碍、咽肌软腭麻痹。吞咽反射是全身最复杂的神经反射之一,食物在口腔咀嚼后形成食糜,通过舌运动推向咽部,从而引发吞咽反射,吞咽反射是由多组

表2 2组患者洼田饮水试验、才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度比较($\bar{x}\pm s$)

组别	洼田饮水试验(分)	才藤分级评分(分)	DOSS 评分(分)	舌骨喉动度(mm)
对照组($n=56$)				
治疗前	4.2±0.8	3.4±0.5	3.8±0.9	4.5±0.7
治疗后	3.0±0.4*	4.7±0.7*	4.9±1.2*	6.8±1.2*
观察组($n=56$)				
治疗前	4.1±0.6	3.3±0.4	3.9±0.8	4.6±0.8
治疗后	1.9±0.2*△	5.9±0.8*△	6.2±1.5*△	9.3±2.3*△

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

表3 2组患者 SOD、MDA、NE、5-HT 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	SOD(U/mL)	MDA(mmol/L)	NE(ng/mL)	5-HT(mg/L)
对照组($n=56$)				
治疗前	54.2±6.4	11.6±3.5	126.7±23.9	78.2±8.6
治疗后	76.2±8.5*	8.2±2.6*	157.2±21.6*	98.3±12.4*
观察组($n=56$)				
治疗前	53.9±5.2	11.8±3.7	128.8±24.5	78.5±9.7
治疗后	98.2±11.4*△	5.2±1.8*△	188.6±17.4*△	126.2±15.7*△

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

表 4 2 组患者吸入性肺炎比较[例(%)]

组别	吸入性肺炎(%)	χ^2 值	<i>P</i> 值
对照组(<i>n</i> = 56)	10(17. 86)	4. 264	0. 038
观察组(<i>n</i> = 56)	3(5. 36)		

表 5 2 组患者治疗后临床疗效比较

组别	显效(例)	有效(例)	无效(例)	治疗有效率(%)
对照组(<i>n</i> = 56)	26	18	12	78. 57
观察组(<i>n</i> = 56)	32	20	4	92. 86 *

注:与对照组比较, * *P* < 0. 05

肌肉共同完成的神经反射,包括舌骨上肌群及下肌群,舌骨喉复合体上抬使会厌软舌覆盖喉口,预防误吸,舌骨上肌群可牵拉舌骨向上移动,在咽期防止误吸。研究发现,早期呼吸功能训练可有效降低脑卒中后吞咽障碍患者吸入性肺炎的发生率,并改善吞咽功能^[12]。

脑卒中后吞咽障碍在中医学上归属于“中风”“暗瘕”范畴,风、火、痰、瘀为其主要病因,《金匱要略》中记载:“邪侵入脏,舌即难言,口吐涎”,即为此证。风火上扰清窍,致脉络阻滞,窍闭神匿,神不导气,气则包括语言、吞咽功能等。老年患者体衰,元气亏虚,痰瘀阻滞则气血混乱,机窍失灵,咽喉失用。针刺风池穴可以祛痰开咽、润肝利肾,廉泉穴则具畅通咽喉、理舌舒气之功,可治“下咽困难、舌根后坠、口息”,针刺丰隆穴则消痰利脾健胃,以奏开窍醒神、豁痰利咽之功效。研究发现,针刺可以调节脑卒中后的能量机制,调节神经肽、递质平衡,增强吞咽皮质中枢功能,使吞咽皮质中枢部位血氧活性增强^[13]。半夏厚朴汤出自《金匱要略》,是治疗痰瘀气阻的常用方,全方具有散气疏结、退逆化痰的作用,而中风患者脾胃虚弱,痰瘀肺结,或出现脏腑失调,咽喉下咽不利,阻滞经络,气血失调,上扰神明,碍喉阻舌则吞咽困难,病变在脑^[14]。方中半夏为君药,有祛痰疏结之功效,厚朴性温实苦,协助半夏消逆疏结,为臣药,茯苓健脾润肺,生姜性温祛火,有调胃消逆、祛痰疏结之效,苏叶自带芳香,利于食欲,共为佐药^[15]。研究发现,半夏厚朴汤可增加大鼠海马内超氧化物歧化酶(SOD)和减少丙二醛(MDA)的表达^[16],促进抑郁大鼠行为活动增加。

本研究发现,观察组治疗后 HAMA、HAMD 评分明显低于对照组(*P* < 0. 05),治疗后,2 组患者洼田饮水试验评分明显降低,才藤分级评分、DOSS 评分及舌骨喉动度明显增加,观察组上述指标变化更

明显,观察组 MDA 水平明显低于对照组, SOD、5-HT、NE 水平明显高于对照组,观察组吸入性肺炎的发生率明显低于对照组,观察组的临床有效率明显高于对照组,表明半夏厚朴汤联合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍可明显降低患者焦虑、抑郁情绪,改善吞咽功能,降低吸入性肺炎的发生率,从而提高临床治疗效果。

参考文献

[1]王东,张咏,林春龙,等. 急性脑卒中患者鼻饲与肺部感染的临床研究[J]. 中国实用神经疾病杂志,2018,21(8):830-833.

[2]单媛媛,甘谱琴,王婷. 脑卒中后吞咽障碍康复训练研究简况[J]. 中医药临床杂志,2018,30(3):390-393.

[3]戴克银,彭晓林. 老年脑卒中伴吞咽障碍患者营养干预效果及预后影响因素[J]. 中国老年学杂志,2018,38(6):1286-1288.

[4]陈丹,郭海英. 针刺结合康复训练治疗卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍疗效观察[J]. 中国针灸,2018,38(4):364-368.

[5]林兆强. 六君子汤合半夏厚朴汤治疗胃癌术后抑郁症疗效观察[J]. 临床合理用药杂志,2018,11(8):59-60.

[6]司马倩,梁超. 半夏厚朴汤合黄芪建中汤加减治疗瘰疬症(脾虚肝郁证)的临床观察[D]. 成都:成都中医药大学,2014.

[7]黄炫霖,李文,秦惠,等. 高压氧治疗对脑卒中后抑郁临床疗效观察及对患者神经功能的影响[J]. 国际精神病学杂志,2018,45(1):134-136,140.

[8]罗秀玲. 信息—动机—行为模型持续干预对卒中后早期偏瘫患者下肢功能及心理的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2018,26(5):692-696.

[9]韩丹,康宏,于静. 脑梗死后合并睡眠障碍者睡眠结构与生活质量的相关性[J]. 中国实用神经疾病杂志,2018,21(4):373-376.

[10]董文芳,程安龙,王新莹,等. 利培酮对老年脑卒中合并精神疾病患者精神状态和炎性状态的影响[J]. 国际精神病学杂志,2018,45(1):117-120.

[11]马占强,李瑞鹏,李月碧,等. 半夏厚朴汤抗抑郁作用--改善脑内氧化应激水平[J]. 药学与临床研究,2014,22(3):205-208.

[12]宋瑞军,戴志凌,陈镇海,等. 早期呼吸功能训练对脑卒中吞咽障碍患者吸入性肺炎发生率的影响[J]. 中国继续医学教育,2015,7(33):224-225.

[13]耿庆霞,张晓娜. 疏肝调神针刺法治疗围绝经期高血压的临床疗效观察[D]. 济南:山东中医药大学,2018.

[14]张铎,徐祉君,陈瑞萍,等. 舒利迭吸入剂联合半夏厚朴汤治疗支气管哮喘 32 例疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2018,30(1):111-114.

[15]张元兵,徐超,刘良倚. 半夏厚朴汤治疗阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征相关性慢性咳嗽初探[J]. 中华中医药杂志,2017,32(10):4522-4524.

[16]燕军玲. 半夏厚朴汤加减治疗功能性消化不良伴抑郁的效果[J]. 河南医学研究,2019,28(6):1091-1093.