

〔文章编号〕 1007-0893(2022)02-0080-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2022.02.025

中风后吞咽障碍患者实施补中益气汤联合康复治疗的临床效果

门汝婷 徐 畅 袁 欣

(广州仁爱天河医院, 广东 广州 510630)

〔摘要〕 **目的:** 分析中风后吞咽障碍患者采取补中益气汤加减联合康复治疗对吞咽功能的影响。**方法:** 选取广州仁爱天河医院2019年5月至2020年5月期间收治的80例中风后吞咽障碍患者, 采取简单随机法分为对照组与观察组, 各40例。对照组给予康复治疗, 观察组给予康复治疗联合补中益气汤加减治疗。比较两组患者治疗前后标准吞咽功能评定量表(SSA)、视频吞咽造影检查(VFSS)、吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)。**结果:** 治疗前两组吞咽障碍患者的SSA、VFSS、SWAL-QOL评分比较, 差异无统计学意义($P > 0.05$); 治疗后两组患者的SSA评分均有不同程度降低, VFSS、SWAL-QOL评分有不同程度提高, 且观察组患者的SSA评分低于对照组、VFSS以及SWAL-QOL评分均高于对照组, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论:** 康复治疗和补中益气汤加减在治疗中风后吞咽障碍患者中均具有一定的作用, 但是两种方式联合治疗更加有效, 能够明显改善患者病情, 提升患者的生活质量, 促进患者预后康复。

〔关键词〕 中风; 吞咽障碍; 补中益气汤; 康复治疗

〔中图分类号〕 R 743.3 〔文献标识码〕 B

当前, 我国已经处于老龄化社会, 老龄化社会导致老年人群常见病频发, 其中中风发病率呈逐年递增趋势。该疾病又被称之为脑卒中, 不仅发病急促而且致残率和致死率均较高, 但是随着我国医疗技术水平进步, 中风致死率已经大幅度降低, 但是致残率仍然较高^[1]。其中吞咽障碍属于中风后常见并发症, 该疾病导致患者无法正常、有效的吞咽食物, 容易引起患者营养不良、身体健康状态下降, 随着病情发展还会导致患者出现焦虑、抑郁等不良心理, 给患者身心健康、生活质量造成较大的影响, 由于中风的发生与多种因素有关, 因此在对患者治疗时需要参考患者实际病情, 对其开展不同的治疗手段, 以确保患者能够逐渐康复, 保证患者能够自理生活, 减轻其家庭和社会负担。本研究就康复治疗联合补中益气汤加减进行分析, 以了解联合治疗中风吞咽障碍治疗效果, 现报道如下。

1 资料及方法

1.1 资料与方法

选取广州仁爱天河医院2019年5月至2020年5月期间收治的80例中风后吞咽障碍患者, 采取简单随机法分为对照组与观察组, 各40例。对照组男23例, 女17例; 年龄54~79岁, 平均年龄(63.2±5.4)岁; 出

血型中风19例, 缺血型中风21例。观察组男22例, 女18例; 年龄55~78岁, 平均年龄(63.3±5.5)岁; 出血型中风17例, 缺血型中风23例。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 病例选择

1.2.1 纳入标准 满足疾病诊断标准, 具体参考《脑卒中吞咽障碍临床手册》^[2]; 患者自愿参与研究、患者意识清醒、依从性良好、无其他严重并发症; 辨证为气虚血瘀证, 气虚血瘀证表现为半身不遂、口角流涎、气短无力、舌质黯淡、脉沉细等。

1.2.2 排除标准 精神疾病患者、依从性较差、合并恶性肿瘤患者、合并肝肾功能障碍、心肺功能障碍患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 入院以后均采取康复治疗, 治疗内容包括: 吞咽功能治疗、吞咽姿势训练、感觉刺激等, 具体如下。(1) 吞咽功能治疗: 对患者口腔器官进行运动训练, 训练内容包括唇部、下颚、舌头、软腭等, 指导患者进行声带闭合、喉上台、呼吸训练等, 指导患者进行发音训练, 包括呃舌、咬合力对抗、闭唇鼓腮等。连续交替训练, 同时指导患者采取腹式呼吸, 延长患者呼气时间, 使用推撑法训练患者软腭。(2) 感觉刺激:

〔收稿日期〕 2021-10-20

〔作者简介〕 门汝婷, 女, 主治医师, 主要研究方向是中医内科学。

在患者开始进行吞咽前，刺激患者咽部，使其能够快速启动吞咽，例如在患者进食时，使用汤匙对舌根部进行按压，给予咀嚼的力量，借助咀嚼运动提供最初的口腔刺激，鼓励患者进行动手进食，同时通过刺激患者嗅觉、味觉功能改善吞咽障碍^[3]。（3）吞咽姿势训练：在患者进食时，需要为患者调整正确的姿势，让患者保持健侧位或半坐卧位，调整头部姿势，做好仰头、低头、旋转等动作。所有患者均坚持上述训练 3 周，1 次·d⁻¹，30 min·次⁻¹^[4]，治疗 3 周。（4）表面电刺激疗法：选择 VSM-0704307 型吞咽语言治疗仪，找到大椎穴、廉泉穴以及天突穴，频率设置为 0.05 Hz，2 次·d⁻¹，20 min·次⁻¹，连续 3 周；（5）针灸治疗。选择如下穴位：廉泉穴、承浆穴、风市穴、丰隆穴、合谷穴、风池穴、四神聪穴、百会穴、足三里穴、阳陵泉穴、外关穴、曲池穴，取合适体位，针刺点和毫针消毒后，刺入对应穴位，采取提插捻转手法，以出现酸麻胀痛感为宜，得气后留针 0.5 h，每 15 min 行针 1 次，出针后，针眼用干棉球按压 1 min，1 次·d⁻¹，连续 3 周。

1.3.2 观察组 在对照组的基础上给予补中益气汤加减，组方：北黄芪 45 g，党参、白术各 30 g，砂仁、升麻、柴胡各 10 g，当归、天麻、法半夏、郁金、石菖蒲各 15 g，远志、炙甘草各 5 g。1 剂·d⁻¹，水煎服，取汁 400 mL，200 mL·次⁻¹，分早晚服用，共治疗 3 周^[5]。

1.4 观察指标

观察比较两组患者治疗前后标准吞咽功能评定量表（standardized swallowing assessment, SSA）、视频吞咽造影检查（videofluoroscopic swallowing study, VFSS）、吞咽障碍特异性生活质量量表（dysphagia-specific quality of life scale, SWAL-QOL）评分。SSA 评分标准：由专业训练康复医师对患者治疗前、治疗后进行测评，记录相关信息，评分越高表示吞咽功能障碍越明显。VFSS 评

分标准：采用胃肠机对患者进行 X 线透视检查，并使用摄像机进行同步摄像记录，评分越低表示吞咽功能障碍越明显。SWAL-QOL 评分标准：共 11 个项目，分别是疲劳、睡眠、食欲、社会交往、心理健康、进食恐惧、语言交流、食物选择、症状频率、进食时间、心理负担，各项目评分范围 0~10 分，分数越高代表生活质量越高。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后 SSA、VFSS 评分比较

治疗前两组患者的 SSA、VFSS 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后两组患者的 SSA 评分均有不同程度降低，VFSS 评分有不同程度提高，且观察组患者的 SSA 评分低于对照组、VFSS 评分高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后 SSA、VFSS 评分比较 (*n* = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	SSA	VFSS
对照组	治疗前	33.32 ± 0.60	4.64 ± 0.86
	治疗后	27.32 ± 0.89	6.60 ± 0.64
观察组	治疗前	33.30 ± 0.59	4.50 ± 0.97
	治疗后	22.53 ± 0.95 ^a	8.42 ± 0.85 ^a

注：SSA — 吞咽功能评定量表；VFSS — 视频吞咽造影检查。与对照组治疗后比较，^a*P* < 0.05。

2.2 两组患者治疗前后各项 SWAL-QOL 评分比较

治疗前两组患者各项 SWAL-QOL 评分比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，治疗后观察组患者各项 SWAL-QOL 评分均高于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 SWAL-QOL 评分比较 (*n* = 40, $\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	疲劳	睡眠	食欲	社会交往	心理健康
对照组	治疗前	3.12 ± 0.13	3.25 ± 0.24	3.25 ± 0.26	3.54 ± 0.10	3.58 ± 0.13
	治疗后	4.52 ± 1.15	4.26 ± 1.31	4.30 ± 1.15	4.28 ± 1.14	4.63 ± 1.05
观察组	治疗前	3.15 ± 0.10	3.18 ± 0.21	3.20 ± 0.23	3.49 ± 0.16	3.50 ± 0.12
	治疗后	6.33 ± 1.15 ^b	6.24 ± 1.13 ^b	6.15 ± 1.15 ^b	6.28 ± 1.10 ^b	6.31 ± 1.05 ^b

组别	时间	进食恐惧	语言交流	食物选择	症状频率	进食时间	心理负担
对照组	治疗前	3.22 ± 0.15	3.31 ± 0.15	3.28 ± 0.16	3.96 ± 0.15	3.87 ± 0.15	3.74 ± 0.24
	治疗后	4.58 ± 1.13	4.26 ± 1.14	4.78 ± 1.21	4.58 ± 1.20	4.37 ± 1.16	4.91 ± 1.10
观察组	治疗前	3.20 ± 0.13	3.29 ± 0.14	3.30 ± 0.15	3.95 ± 0.12	3.85 ± 0.13	3.77 ± 0.20
	治疗后	6.36 ± 1.05 ^b	6.98 ± 1.13 ^b	6.57 ± 1.02 ^b	6.51 ± 1.12 ^b	6.84 ± 0.13 ^b	6.81 ± 0.15 ^b

注：SWAL-QOL — 吞咽障碍特异性生活质量量表。与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05。

3 讨论

正常情况下，吞咽主要由神经支配，口腔、咽喉、

食道等肌肉形成有力的舒张和收缩，从而起到推动食物、进食的效果。无论是进食的哪个方面活动，都需要神经

参与,而中风后会对患者脑部功能产生损伤,尤其是重要的神经系统^[6]。很多中风患者抢救成功后会存在不同程度的吞咽障碍,对其身心健康、精神均会造成极大压力^[7]。中医学并无吞咽障碍这一说法,但是有关记载显示言语、吞咽功能与气有关。说明咽喉部功能与饮食、发声、语言等密切相关,而气之虚实、升降直接关系到吞咽功能^[8-9]。

中风后吞咽障碍的康复治疗以训练方式为主,指导患者患肢慢慢恢复正常的运动,使坏死的神经细胞的兴奋度、反应度提高,进而促进神经元功能恢复。康复训练首先可强化肢体协调性,其次通过饮食指导、体位管理,提高吞咽安全性。体征稳定的状态下取坐位进食,根据实际情况遵守少食多餐原则,对饮食一口量、进食速度均予以控制,恢复身体整体功能以及自理能力,同时提高语言交流能力,使患者心理负担、对他人的依赖感降低,减少进食恐惧。康复治疗可发挥一定的作用,但单独应用效果一般。从中医学角度分析,中风后吞咽障碍类似于喉痹,选择补中益气汤对证治疗。此方剂出自于《内外伤辨惑论》,主治脾虚气陷证,包括多种中药材,其中北黄芪的主要作用是补气升阳、利水消肿、固表止汗、补益健脾,党参可养血益气、生津止渴,白术可补气健脾,当归有润燥滑肠、补血和血作用,天麻可熄风定惊,石菖蒲能益智醒神、开胃化湿,郁金的利胆疏肝、活血行气之效较为理想,法半夏在风痰头痛治疗中效果优越,可化痰燥湿,砂仁有调脾消食的作用,升麻能解毒清热,柴胡可疏肝解郁,炙甘草能和胃健脾、益气复脉,远志安神益智作用可观。从现代药理学角度分析,补中益气汤健脾益气、除热甘温,同时保护脏器,中医学认为吞咽障碍和中气不足有关,故治疗要点是补中益气,调理脾胃。

目前,大量研究证实通过康复训练能够改善患者吞咽障碍,而补中益气汤加减则具有调节气机、涤痰开窍之效,从而能够调整患者整体机能,帮助患者恢复肌肉血运功能,改善气虚血瘀之证。补中益气汤加减能够刺激消化、祛痰化浊、升清理气之效,配合康复治疗方式,能够显著提高临床疗效^[10-11]。

本研究结果提示,治疗前两组吞咽障碍患者的SSA、VFSS、SWAL-QOL评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后两组患者的SSA评分均有不同程度降低,VFSS、SWAL-QOL评分有不同程度提高,且

观察组患者的SSA评分低于对照组、VFSS以及SWAL-QOL评分均高于对照组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。提示说明补中益气汤加减在治疗中风后吞咽障碍中能够达到令人满意的效果,该药物对改善患者吞咽障碍具有积极作用。

综上所述,对中风后吞咽障碍患者采取早期康复治疗有助于改善患者病情,在此基础上给予补中益气汤加减能够进一步提升疗效,从而帮助患者提高预后康复效果。

〔参考文献〕

- (1) 何欧琴,周可慧,王玮. 脑卒中伴吞咽障碍患者的康复治疗(J). 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(15): 13.
- (2) 张婧,陆菁菁. 脑卒中吞咽障碍临床手册(M). 北京: 人民卫生出版社, 2008.
- (3) 鲁芳勤,刘涛杰. 经颅直流电刺激在急性脑梗死后吞咽障碍康复治疗中的应用分析(J). 医学理论与实践, 2020, 33(1): 159-161.
- (4) 刘悦文,郭琪,于莹. 老年人口咽吞咽障碍的筛查工具及康复治疗方法的研究进展(J). 中国康复医学杂志, 2020, 35(3): 361-365.
- (5) Simonelli M, Giovanni RI, Iosa M, et al. A stimulus for eating. The use of neuromuscular transcutaneous electrical stimulation in patients affected by severe dysphagia after subacute stroke: A pilot randomized controlled trial (J). NeuroRehabilitation, 2019, 44(1): 103-110.
- (6) 薛芬,杨付连,鲁娟娟,等. Rood技术联合经口间歇胃管置管在脑卒中后吞咽障碍患者康复治疗中的应用(J). 临床医学研究与实践, 2019, 4(23): 27-28.
- (7) 闫思念,吴毅. 非侵入性脑刺激技术对脑卒中导致的吞咽障碍康复治疗研究进展(J). 中国康复医学杂志, 2019, 34(11): 1374-1377.
- (8) 孙建琴,陈艳秋,白慧靖. 少肌性吞咽障碍的评估营养与康复治疗(J). 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(12): 952-955.
- (9) 张冉,陈亚平,徐文. 声带麻痹合并后组颅神经损伤患者发音和吞咽障碍康复治疗(J). 听力学及言语疾病杂志, 2019, 27(4): 425-428.
- (10) Vose AK, Marcus A, Humbert I. Kinematic Visual Biofeedback Improves Accuracy of Swallowing Maneuver Training and Accuracy of Clinician Cues During Training in Stroke Patients with Dysphagia (J). PM & R, 2019, 11(11): 1159-1169.
- (11) 房芳芳,王孝文,鞠学红. 脑卒中后吞咽障碍的发生机制及康复治疗研究进展(J). 山东医药, 2019, 59(31): 103-106.