

· 临床 ·

补中益气汤加减配合康复治疗中风后吞咽障碍

陈红霞*, 李小霞, 郭友华, 谢仁明, 杨海芳

(广东省中医院康复科, 广州 510006)

[摘要] 目的: 研究补中益气汤加减配合康复治疗对中风后吞咽障碍的临床疗效。方法: 采用随机对照研究方法, 将符合纳入标准的患者随机分为治疗组与对照组, 每组各 42 例, 共 84 例。对照组采用吞咽功能训练及咽喉肌经皮电刺激治疗, 治疗组病人在对照组治疗基础上给予口服中药汤剂(补中益气汤加减), 同时给予吞咽功能训练及咽喉肌经皮电刺激治疗, 治疗 3 周前后进行视频吞咽造影检查(VFSS)及标准吞咽功能评估(SSA), 判断其疗效。结果: 2 组治疗后 VFSS 和 SSA, 均较治疗前改善, 差异有统计学意义($P < 0.01$); 其中治疗组对于吞咽功能的改善更明显($P < 0.01$)。结论: 2 种方法均有效, 但补中益气汤加减配合康复治疗对中风后吞咽障碍的疗效更好。

[关键词] 中风; 吞咽障碍; 补中益气汤; 康复治疗

[中图分类号] R287 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2011)09-0239-04

Clinical Observation of Buzhong Yiqi Decoction Combined with Rehabilitation on Patients with Dysphagia after Stroke

CHEN Hong-xia*, LI Xiao-xia, GUO You-hua, XIE Ren-ming, YANG Hai-fang

(Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine, Guangzhou 510120, China)

[Abstract] **Objective:** To study the clinical effect of Buzhong Yiqi Decoction combined with rehabilitation on patients with dysphagia after stroke. **Method:** Randomized controlled study was used in the study. These patients who met the inclusion criteria were randomly divided into treatment group and control group, 42 patients in each group, a total of 84 cases. The treatment group was treated with oral decoction of Chinese medicine combined with rehabilitation training and transcutaneous electrical stimulation of the throat muscles. The control group was treated with rehabilitation training and transcutaneous electrical stimulation of the throat muscles only. Using videofluoroscopic swallowing study(VFSS) and standard swallowing assessment(SSA) we evaluated the effectiveness after 3 weeks treatment. **Result:** After 3 weeks treatment, the assessment score of VFSS and SSA were improved than those of before treatment. There was significant difference before and after treatment, especially for the treatment group($P < 0.01$). Between the treatment and control group, there was also significant difference before and after treatment($P < 0.01$). **Conclusion:** Buzhong Yiqi Decoction combined with rehabilitation has a good effect on patients with dysphagia after stroke

[Key words] Stroke; Dysphagia; Buzhong Yiqi Decoction; rehabilitation

近年来, 中风后吞咽功能障碍的治疗越来越被

重视, 吞咽障碍是中风患者最常见的功能障碍之一, 发生率可达 30% ~ 80%^[1-2]。吞咽障碍常导致多种严重并发症, 如吸入性肺炎、脱水、营养不良、支气管痉挛、窒息, 甚至危及生命以及出现社会隔绝、抑郁等负性社会心理, 从而严重影响患者的身心健康及生存质量。由于中风后吞咽障碍的发生是多因素造

[收稿日期] 2010-11-25

[通讯作者] * 陈红霞, 医学硕士, 主任医师, 硕士生导师, 从事中西医结合神经康复医、教、研工作, Tel: 020-81887233, E-mail: chx2004@126.com

成的,所以,往往需要多种方法综合治疗。我们采用口服补中益气汤加减治疗中风后吞咽障碍取得了较好疗效。

1 临床资料

1.1 一般资料 所有患者为 2009 年 1 月至 2010

年 1 月在我院康复科住院的患者,共 84 例。84 例患者随机分为试验组和对照组两组,两组患者性别、年龄、病程、病因(梗死或出血)、病变部位的一般资料比较,差异均无统计学意义,具有可比性,见表 1。

表 1 两组一般资料比较($\bar{x} \pm s, n = 42$)

组别	性别		年龄/岁	病程/d	病因/例			病位/例
	男	女			脑出血	脑梗死	脑干	大脑半球及皮质
试验	33	9	69.12 ± 1.87	60.21 ± 2.93	14	28	9	33
对照	35	7	67.71 ± 1.65	57.57 ± 2.81	9	33	6	36

1.2 诊断标准

1.2.1 脑卒中(脑梗死及脑出血)诊断标准 参照 1995 年全国第四届脑血管病学术会议通过的《各类脑血管疾病诊断要点》,并经 CT 或 MRI 证实为脑梗死或脑出血。

1.2.2 中医中风病诊断标准 参照 1996 年国家中医药管理局脑病急症协作组拟定的《中风病诊断与疗效评定标准》。

1.2.3 吞咽障碍诊断标准 符合《中国康复医学诊疗规范》吞咽障碍定义。

1.3 纳入标准 符合脑卒中诊断标准,符合中风病中医诊断标准;符合吞咽障碍诊断标准;意识清醒、能配合吞咽评估和治疗;病程 15 d ~ 3 个月;年龄 35 ~ 80 岁。

1.4 排除标准 合并有其他疾病如鼻咽癌放疗术后、运动神经元病、帕金森病和帕金森综合征等导致的吞咽障碍;不配合检查和治疗者;患有严重心、肾等脏器功能障碍,生命体征不稳定者;起搏器及颈动脉或椎动脉支架植入术后患者;治疗区域皮肤感染或破损的患者;对泛影葡胺过敏患者。

2 试验方案

2.1 试验设计 纳入病例采用随机数字法随机分组,把符合入选条件的病人按进入研究的先后顺序以 1:1 的比例,由专人按事先做好的随机信封上的序号,拆封取卡,按卡片上的分组情况分为治疗组及对照组。每组 42 例。

2.2 治疗方法 两组均给予中风病二级预防基础治疗及吞咽障碍行为治疗和表面电刺激治疗,治疗组在此基础上予中药治疗。

2.2.1 吞咽障碍行为治疗

2.2.1.1 口腔器官运动训练 包括唇、下颌、舌、软

腭的感觉和运动训练、喉上抬、声带闭合的训练以及呼吸训练、Masake、Shaker 等训练方法。如连续交替发“u”“i”,呃唇训练;压舌板放嘴唇左边,嘱患者用力闭紧嘴唇,快速拉出压舌板,嘱患者用嘴唇的咬合力进行对抗,然后放到右边再做;下颌向左右两边移动并维持 5 s;夸张的做咀嚼动作;闭唇鼓腮,维持 5 s,然后做漱口动作;舌头的前伸、后缩、左右侧摆训练,以及发音训练;交替发“ga”、“ka”、“ha”,连续交替发“ka”“la”;控制吞咽时的呼吸,如用吹蜡烛、吹气球等,同时运用腹式呼吸,延长呼气的时;用推撑法、快速短促发“a”训练软腭闭合。

2.2.1.2 感觉促进综合训练 即患者开始吞咽之前给予感觉刺激,使其能够快速的启动吞咽。如把食物送入口中时,增加汤匙下压舌部的力量;给予需要咀嚼的食物,借助咀嚼运动提供最初的口腔刺激;鼓励患者自己动手进食,利用冰棉棒刺激或冰水漱口等。同时利用嗅觉和味觉刺激改善吞咽反射。

2.2.1.3 呼吸道保护手法 主要包括声门上吞咽法、超声门上吞咽法、用力吞咽法和门德尔松吞咽法。

2.2.1.4 吞咽姿势的调整 改变患者进食时的身体姿势如进食时采用健侧卧位的侧位半坐卧位,调整头部姿势,包括仰头、低头和头的旋转。

上述训练每次 30 min,每日 2 次,每周 11 次(周六下午及周日全天休息),共 3 周。

2.2.2 表面电刺激治疗 采用 vocaSTIM-Master 吞咽言语治疗仪(德国 Physiomed 公司生产,型号 VSM-0704307 gb)进行电刺激治疗。刺激部位 1:刺激电极位于下颌和喉部,阴极位于颈后;刺激部位 2:刺激电极位于患侧耳屏前,阴极位于健侧相同部位。刺激波形为锯齿波,上升沿 1 000 ms,频率 0.25

Hz。每次 20 min,每日 2 次,每周 10 次,共 3 周。

2.2.3 中药治疗 补中益气汤加减:北黄芪 45 g,党参 30 g,白术 30 g,砂仁 10 g(后下),升麻 10 g,柴胡 10 g,当归 15 g,天麻 15 g,法半夏 15 g,石菖蒲 15 g,郁金 15 g,远志 5 g,炙甘草 5 g。每日 1 剂,分 2 次口服或鼻饲,共 21 d。

2.3 评定方法

2.3.1 标准吞咽功能评估法 (Standardized swallowing assessment, SSA) 治疗前后各评估 1 次。由 1 名经培训的康复医师对入选患者进行评价,并填写记录表。

2.3.2 视频吞咽造影检查 (videofluoroscopic swallowing study, VFSS) 治疗前后各做 1 次。采用日本东芝公司生产日立胃肠机(型号 TU-6000)进行 X 线透视检查,用佳能 HF11 摄像机进行同步摄录。检查时让患者咽下不同性状由 76% 复方泛影葡胺调制的食物,整个过程由康复科医师给出口腔期、咽期及误吸程度的评分。由 1 名放射科技师操作,康复科医师和放射科医师共同得出评估结果。

2.4 统计学方法 所有数据用 SPSS 11.0 版软件处理,计量资料采用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验。同时进行 SSA 和 VFSS 两种评估方法的 Pearson 相关性检验。

3 结果

3.1 两组治疗前后 SSA 积分比较 两组患者治疗前 SSA 总分基线比较差异无统计学意义;两组患者治疗前后自身比较,SSA 总分均降低,经配对 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗后组间比较,用成组 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.01$),表明试验组治疗效果优于对照组,见表 2。

表 2 两组 SSA 总分治疗前后比较($\bar{x} \pm s, n = 42$) 分

组别	治疗前	治疗后
试验	33.31 ± 2.94	25.79 ± 4.14 ^{1,2)}
对照	32.38 ± 2.70 ^{1,2)}	26.33 ± 3.76 ¹⁾

注:与治疗前比较¹⁾ $P < 0.01$;与治疗组对照组比²⁾ $P < 0.01$ (表 3 同)。

3.2 两组治疗前后 VFSS 积分比较 两组患者治疗前 VFSS 总分基线比较差异均无统计学意义;两组患者治疗前后自身比较,VFSS 总分均升高,经配对 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.01$),治疗后组间比较,试验组积分增高程度大于对照组,用成组 t 检验,差异有统计学意义($P < 0.01$),表明试验组治疗

效果优于对照组。见表 3。

表 3 两组 VFSS 总分治疗前后比较($\bar{x} \pm s, n = 42$)

组别	治疗前 VFSS 评分	治疗后 VFSS 评分
试验	4.89 ± 1.56	8.12 ± 1.35 ^{1,2)}
对照	4.23 ± 1.17	6.88 ± 1.09 ¹⁾

3.3 两组治疗前后 SSA 评分与 VFSS 评分的相关性分析 两种评估方法总分相关性分析,结果显示两组评估方法治疗前和治疗后总分分别相关性检验均有统计学意义($P < 0.01$),表明标准吞咽功能评估 SAA 与吞咽造影检查 VFSS 评分呈高度负相关。

4 讨论

吞咽是在正常的神经支配下,口腔、咽喉及食道肌肉的循序有力的舒缩,才能将食物顺利地推往胃中。咀嚼肌的磨碎、舌肌的搅拌运送、喉头肌的上抬、声门、会厌的关闭与环咽肌的开合以及食道肌肉的蠕动下送,无论哪个环节,若肌肉无力,均会出现吞咽障碍,吞咽通常比说话需要更大的肌肉收缩、活动度,以及更高的压力^[3]。

中医学中虽无吞咽障碍之称,但古籍中的一些记载发现言语、吞咽与气的关系。如《灵枢·忧愤无言》篇:“咽喉者,水谷之道;喉咙者,气之所以上下也;会厌者,声音之门户也;……口唇者,声音之扇也;舌者,声音之机也;悬壅垂者,声音之关也;颊颞者,分气之所泄也;横骨者,神气所使主发舌者也”。说明口舌咽喉部与饮食、发声、言语有密切关系,与气的虚实及升降出入直接相关。中风后吞咽障碍主要表现为饮食呛咳,口腔及舌肌咀嚼及推动无力,甚至咽下困难致口涎较多或喉中痰声,同时往往伴有言语及构音功能障碍。所以,关于中风后吞咽困难在历代医籍中多散见于“舌强言蹇”中。本病的病机:虽未明言中气不足,但已有相关论述,如《脾胃论·脾胃虚则九窍不通论》所谓“清气不升,九窍为之不利”。朱凤霞等认为:“脾主肌肉,又主四肢,故中焦脾胃精气不升则胸膈以上,心肺、头面、四肢九窍经络失养,导致上焦病发,或上焦病正虚邪实而羁留不愈”^[4]。《丹溪手镜·卷之中·中风十八》中指出:“胃虚中风,脉应人迎两关,并浮而大,饮食不下……喎斜不随”。国医大师任继学在论述中风病机时说:“脾经受阻,元神不能统于脾(脾之神曰‘意’),意失则窍络失用,舌下廉泉开,脾意失约,其症必见唇缓流涎,吞咽困难”^[5]。

我们认为:中风是以气血不足,肝肾亏虚为基

DOI:CNKI:11-3495/R.20110314.0944.015

疏血通注射液对老年高血压患者 肾素-血管紧张素系统及其活性的影响

全毅红^{1*}, 秦洁¹, 樊怡¹, 郑国华², 雷学剑², 文宠¹, 潘红¹

(1. 武汉市中心医院, 武汉 430014; 2. 湖北中医药大学, 武汉 430065)

[摘要] 目的:观察疏血通注射液对老年高血压患者立位肾素(PRA)活性、血管紧张素Ⅱ(AngⅡ)及内皮素(ET)、一氧化氮(NO)含量的影响,探讨疏血通注射液的降压机制。方法:高血压病患者随机分为治疗组40例和对照组36例。治疗组采用疏血通注射液、卡托普利结合治疗,对照组单用卡托普利治疗,14d为1疗程。观察治疗前后患者血压、血浆PRA,ET,AngⅡ,NO水平及血脂、血液流变学指标的变化。结果:治疗组血浆ET,AngⅡ水平降低,PRA,NO水平升高($P < 0.01$),血浆ET,NO,PRA水平变化与对照组比较有显著性差异($P < 0.05$);血浆AngⅡ水平变化与对照组比较无显著性差异。治疗组血液流变学及血脂水平较治疗前明显改善,与对照组比较差异显著($P < 0.01$)。结论:疏血通注射液能使老年高血压患者肾素-血管紧张素系统(RAS)及其活性有明显改善,提高NO水平,降低血浆ET,AngⅡ含量,改善血液流变性、降低血脂及调节内皮功能,有效降低血压。

[关键词] 疏血通注射液;老年高血压;肾素-血管紧张素系统;内皮素;一氧化氮

[中图分类号] R285.5 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2011)09-0242-04

[收稿日期] 2010-12-30

[基金项目] 武汉市卫生局科研计划课题[武卫(2007)43号]

[通讯作者] *全毅红,硕士,副主任医师,硕士生导师,从事中医研究和临床,Tel:13886122027,E-mail:yihongqqq@hotmail.com

[网络出版时间] 2011-03-14 09:44

础,而中风后瘫痪卧床,又可使已虚之气更虚,正所谓“久卧伤气”。气虚则鼓动无力,脏腑经络功能减退;气化无力则出现津液输布不利,聚而成痰。中气是指中焦脾胃之气和脾胃等脏腑对饮食的消化运输、升清降浊等生理功能,也可称脾气。脾气主升,若中气不足,一是推动激发功能减退,使机体各种功能低下并肌肉无力;二是气化功能减退,使水液停而生痰;三是肌肉消减无力,吞咽困难。故认为气虚特别是中气不足与吞咽的关系最为密切。其主要病机是中气不足,痰浊阻窍。临床所见,中风后吞咽障碍患者,往往伴有倦怠乏力,语声低微,流涎,喉中痰声,舌胖淡,苔腻等气虚挟痰之象。

目前中风后吞咽困难的现代康复手段主要为电刺激及手法治疗,虽然已取得了一定的疗效,但对属于中医中气不足者,仅给予局部刺激,没有对患者的整体机能进行调整,往往效果欠理想且疗程也较长。

基于以上理论,经过多年临床实践,我们在总结学术带头人黄培新教授对中风后吞咽障碍经验的基础上,研制出以补中益气、涤痰开窍为法,以补中益气汤加化痰开窍之品为方,配合现代康复手段治疗中风

后吞咽障碍。本研究结果表明,虽然试验组及对照组经3周治疗后,与治疗前相比SAA与VFSS评分都有改善($P < 0.05$),但试验组更为明显,治疗后两组比较 $P < 0.05$,说明补中益气汤加减配合康复治疗对中风后吞咽障碍疗效优于单纯康复治疗组。

[参考文献]

- [1] Ickenstein G W, Stein J, Ambrosi D, et al. Predictors of survival after severe dysphagic stroke[J]. J Neurol, 2005, 252:1510.
- [2] Martino R, Foley N, Bhogal S, et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis, and pulmonary complications[J]. Stroke, 2005, 36:2756.
- [3] 中华人民共和国卫生部医政司中国康复医学诊疗规范[M]. 北京:华夏出版社,42.
- [3] Jeri A Logemann. 周芳绮,陈秀文,曾凤菊,等译. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 台湾:台湾心理出版社, 2005:40.
- [4] 朱凤霞. 上焦病治以补中益气汤[J]. 中华实用医药杂志, 2005(9):21.
- [5] 任继学经验集[M]. 北京:人民卫生出版社, 2000:111.

[责任编辑 何伟]