電針聯合吞咽言語治療儀治療中風後吞咽障礙的臨床研究

Clinical research on the treatment of post-stroke dysphagia using combination of electrical acupuncture and speech therapy

孫海東，王 非 *SUN Haidong, WANG Fei*

（武漢市中醫醫院腦病科）

[摘要] 目的 觀察電針聯合吞咽言語治療儀治療中風後吞咽障礙的臨床療效。方法 將48例患者隨機分為治療組25例與對照組23例，治療組給予常規電針針刺配合吞咽言語治療儀治療；對照組給予常規針刺配合吞咽言語治療儀治療。結果 治療組總有效率96%，對照組為86.96%，兩組差異有顯著性。結論 電針聯合吞咽言語治療儀治療中風後吞咽障礙有良好的效果。

[關鍵詞] 電針；吞咽治療儀；吞咽障礙；療效觀察

由腦卒中所致的吞咽障礙是腦卒中患者的常見併發症之一，有研究顯示該併發症的發生率高達37%~78%[1]，其臨床常見症狀為吞咽梗阻、飲水嗆咳等，患者無法正常進食，多需要鼻飼飲食，易導致營養不良、肺部感染等併發症，甚至可因窒息而死亡。且是腦卒中患者病死率上升的重要因素之一[2]。同時也給患者及家屬帶來嚴重的心理負擔[3]。目前西醫治療該病的常見方法有康復訓練、電刺激、冰刺激、球囊擴張法、高壓氧療法等，但這些方法目前仍缺乏一種療效確切方法。筆者在2018年10月 - 2019年5月採用電針聯合吞咽治療儀治療中風後吞咽障礙23例，取得比較理想的治療效果，現將臨床體會報告如下：

1 資料與方法

1.1 一般資料

兩組病人均為武漢市中醫醫院就診的住院病人。治療組25例，其中男14例，女11例；年齡最小者41歲，最大者80歲，平均（50±12）歲；病程分佈：最短3天，最長65天，平均（49±11）天；對照組23例（因患者死亡脫落2例），其中男13例，女10例；年齡最小者39歲，最大者78歲，平均（52±11）歲；病程分佈：最短13天，最長69天，平均（44±14）天。按就診先後順序隨機分組。兩組一般資料及吞咽功能評定量表（SSA評分）等差異具有可比性（$P > 0.05$）。

1.2 診斷標準

西醫診斷參照衛生部疾病控制司、中華醫學會神經病學分會制訂的《中國腦血管病防治指南（節選）》[4]確診；中醫診斷參照《中醫病證診斷療效標準》[5]，有頭顱CT或MRI結果支持。窪田飲水試驗 ≥2 級；無相關的器質性腦病史者；能夠遵醫囑完成用藥者；患者或家屬簽署知情同意書。

1.3 治療方法

1.3.1治療組 針刺取穴：廉泉、夾廉泉、百會、四神聰、印堂、下關（雙）。針刺方法：百會、四神聰、印堂，常規消毒後，用O.25mm×40mm不銹鋼針平刺，深度約為25mm，針刺得氣後留針30min，留針期間行針3次，採用快速撚轉強刺激手法行針，頻率約每分鐘200次。廉泉、夾廉泉、下關用O.25mm×40mm不銹鋼針直刺，深度約為25mm，針刺得氣後，留針30分鐘；將6805型治療儀上的導線接到夾廉泉，用低頻（2Hz）斷續波通電30分鐘，刺激強度一般以患者自覺舒適為宜，每日一次；針刺結束後將吞咽言語治療儀作用于患者咽部廉泉、夾廉泉、人迎等穴位，電針與吞咽言語治療儀均為1周治療5次，2周為1個療程，共治療2個療程。

1.3.2對照組 取穴與針刺方法同前，針刺得氣後，留針30分鐘，每日一次，針刺結束後將吞咽言語治療儀

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

作用于患者咽部廉泉、夾廉泉、人迎等穴位，針刺與吞咽治療儀均為1周治療5次，2周為1個療程，共治療2個療程。

1.4 觀察指標

1.4.1標準吞咽功能評價量表（SSA）[6]：在治療前後均採用SSA積分評估患者吞咽功能，該評價量表包括3步，第一步臨床檢查，分數在8-23分，第二步飲水試驗（飲水5ml）5-11分，第三步正常進食5-12分，得分範圍18-46分，分數越高表示患者吞咽功能越差。

1.4.2窪田氏飲水試驗（WST）[7]：在治療前後觀察患者飲水情況，首先讓患者端坐，喝下30ml溫開水，觀察吞咽所需時間及嗆咳情況。其中1級（表示能夠順利地1次咽下）、2級（表示分2次以上咽下，但不嗆咳）、3級（表示能1次咽下，但有嗆咳）、4級（表示分2次以上咽下，也有嗆咳）、5級（表示難以全部咽下，頻頻嗆咳）。

1.5 療效評定標準

痊癒：治療後飲水試驗評估為1級；顯效為經治療後吞咽障礙明顯改善，飲水試驗評估增加2級；有效為吞咽障礙有所改善，飲水試驗評估提高1級；無效為未達到以上標準。

1.6統計學處理：資料採用SPSS22.0統計分析軟體處理。計量資料以（x±s）表示，採用t檢驗。計數資料以率/構成比（%）表示，採用χ2檢驗。P<0.05為差異具有統計學意義。

2 治療結果

組別	n	臨床治癒	顯效	有效	無效	總有效率
治療組	25	12(48%)	7(28%)	5(20%)	1(4%)	96%
對照組	23	8(34.78%)	7(30.43%)	5(21.74%)	3(13.04%)	86.96%

表1：治療前後吞咽障礙臨床療效比較（n，%）

由表1可知，經兩種方法治療，兩組病人的吞咽程度均有好轉，治療組總有效率為96%，對照組總有效率為86.96%，採用χ2檢驗，χ2=4.0162，P=0.0451，兩組比較，差異有統計學意義（P<0.05），治療組總有效率優於對照組。

組別	n	治療前	治療後
治療組	25	29.35±6.55	16.39±4.87
對照組	23	28.77±6.68	22.41±5.44

表2：治療前後SSA評分比較（分，x±s）

由表2可知，治療前兩組患者SSA評分比較差異無統計學意義（P > 0.05）；治療後兩組SSA評分明顯降低，且治療組降低明顯優於對照組（P < 0.05）。

組別	時間	1級	2級	3級	4級	5級	時間	1級	2級	3級	4級	5級
治療組	治療前	0	3	13	6	3	治療後	10	6	6	2	1
對照組	治療前	0	3	11	6	3	治療後	6	8	4	3	2

表3：治療前後WST比較（n）

由表3可知，治療前兩組WST比較無明顯差異（P > 0.05）；治療後兩組WST與治療前比較明顯改善，且治療組分級明顯優於對照組（P < 0.05）。

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved

3 討論

現代社會快節奏的生活方式，使得中風的發病比例越來越大，年齡越來越年輕化，腦卒中後的吞咽障礙的康復顯得日益重要。

祖國醫學中，《內經·靈樞》記載稱「咽喉者，水穀之道也，喉嚨者，氣之所上下者也」。而卒中後的吞咽障礙屬祖國醫學中的「窾痹」、「喉痹」等範疇。其病機多為外邪上犯滯於咽喉，風熱痰瘀阻滯經絡，導致氣血瘀阻，舌部經絡瘀滯，上擾神明，喉舌之竅被阻所致吞咽困難，屬痰瘀阻竅之證[8]。治療則以利咽通竅為主。廉泉穴位於前正中線上，為任脈與陰維脈交點，處於甲狀軟骨和舌骨之間，有頸皮神經、舌下神經分佈，與舌體運動有重要聯繫，夾廉泉在廉泉穴左右各一，可以加強廉泉穴的刺激作用，並起到《黃帝內經》中齊刺之功，針刺該三穴能通經絡、調陰陽、宣氣血、利咽竅等。臨床研究認為，造成吞咽功能障礙的主要因素是卒中致吞咽皮質中樞受損傷，舌咽神經通路及迷走神經出現障礙，支配吞咽的肌群不能正常收縮，致吞咽障礙[9]。現代醫學研究表明，廉泉穴和夾廉泉穴受迷走神經、吞咽神經等支配，針刺局部可以興奮周圍運動神經，刺激舌咽部運動[10]。

綜上所述，電針聯合吞咽治療儀治療卒中後吞咽功能障礙，通過改善患者神經功能，從而緩解臨床症狀，提高吞咽功能，以此改善提高患者的生活質量。我們將逐漸加大樣本量，擴大研究範圍，結合更多的治療方式、方法，進行進一步研究。

參考文獻：

[1] Rofes L ·Muriana D ·Palomeras E ·et al. Prevalence·risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients : A cohort study [J]. Neurogastroenterology & Motility，2018：e133138.

[2] 張強，劉苗，孟祥剛等.針刺治療難治性腦卒中慢性期中重度吞咽障礙 [J]. 吉林中醫藥，2019，39(12):1668-1670.

[3] Hong S H，Ding S S，Wu F，et al． Efficacy and safety of manu-al acupuncture manipulations with different frequencies on epigastric pain syndrome (EPS) in functional dyspepsia (FD) patients: study protocol for a randomized controlled trial 〔J〕． Trials，2017，18 (1) : 100-102

[4] 衛生部疾病控制司，中華醫學會神經病學分會． 中國腦血管病防治指南(節選) 〔J〕． 中國現代神經疾病雜誌，2006，6(5) : 403 - 425，

[5] 國家中醫藥管理局，中醫病證診斷療效標準〔M〕，南京: 南京大學出版社，1994: 232，

[6] Lam PM，Lai CK. The validation of the Chinese version of the Swallow Quality-of-Life Questionnaire (SWAL-QOL) using explora- tory and confirmatory factor analysis〔J〕. Dysphagia，2011，26 (2) : 117-124.

[7] 劉鳳爽，李萬婷，張曉雪等.以深刺翳風穴為主治療腦卒中後假性球麻痹致吞咽障礙的臨床研究 [J]. 山西中醫學院學報，2018, 19(2):53-55.

[8] 孫潔，李則衡，魏濤等，深層咽肌神經刺激療法對腦卒中後吞咽障礙患者吞咽功能和營養狀態的影響〔J〕，中華全科醫學，2018，16(10) : 1718 - 1721，

[9] 董升陽，韋玲，韓潤霞，針刺治療中風後吞咽障礙的臨床治療研究進展〔J〕，四川中醫，2018，36(7) :214 - 216，

[10] 鄧永政，秦達，楊秀琪，舌三針配合生物電刺激治療中風後假性球麻痹吞咽障礙的增效觀察〔J〕，遼寧中醫雜誌，2017，44(5) : 1059 - 1061，

Abstract: Objective: To observe clinical efficacy of the electro-acupuncture combined with vocastim-master for treating dysphagia after apoplexy.Methods: 48 cases of patients were randomly divided into two groups (The treatment group 34 cases, the control group 30 cases), The treatment group treated by electro-acupuncture combined with vocastim-master; The control group treated by routine acupuncture combined with vocastim-master. Results: After treatment, the Total effective rate in treatment group was 94.12%, which was superior to that of the control group (76.67%). The difference was statistically significant (P < 0.05). Conclusion: Electro-acupuncture combined with vocastim-master is a good effect on the treatment of dysphagia after apoplexy.

Key words: electro-acupuncture; vocastim-master; dysphahgia after apoplexy; Clinical observation;

（編委：汪慧敏審校2021.10.20）

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKCTM All Rights Reserved