

本文引用:肖斐.间歇经口胃管结合“舌三针”治疗急性脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].湖南中医药大学学报,2018,38(11):1308-1311.

## 间歇经口胃管结合“舌三针”治疗急性脑卒中后 吞咽障碍的临床观察

肖斐

(长沙市第一医院,湖南长沙 410000)

**〔摘要〕** **目的** 探讨间歇经口胃管结合舌三针治疗急性脑卒中患者吞咽障碍的临床疗效。**方法** 将入选的90例由急性脑卒中引起的吞咽障碍患者随机分为口胃管组、针刺组和口胃管针刺组,每组30例,其中口胃管组采用间歇经口胃管置管干预,针刺组采用舌三针(上廉泉、左右旁廉泉)治疗方法干预,口胃管针刺组采用间歇经口胃管置管法结合舌三针治疗,干预7d后分别对患者的吞咽功能、并发症发生情况及生活质量状况进行评估。**结果** 口胃管针刺组患者吞咽功能总有效率及生活质量各维度评分均高于口胃管组和针刺组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),口胃管组和针刺组无明显差异( $P>0.05$ );口胃管针刺组并发症发生情况低于口胃管组和针刺组,差异有显著统计学意义( $P<0.01$ ),而口胃管组较针刺组相比,并发症发生率更低( $P<0.05$ )。**结论** 间歇经口胃管结合舌三针治疗具有协同作用,对急性脑卒中患者吞咽障碍的康复有良好疗效,并能有效改善患者生活质量,降低并发症的出现,值得在临床护理中推荐实施。

**〔关键词〕** 脑卒中;吞咽障碍;胃管置管;口胃管;舌三针

**〔中图分类号〕**R245;R743.3

**〔文献标志码〕**B

**〔文章编号〕**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2018.11.020

### Clinical Efficacy of Intermittent Orogastric Tube Placement Combined with "Tongue Triple Acupuncture" in Treatment of Dysphagia After Acute Stroke

XIAO Fei

(The First Hospital of Changsha, Changsha, Hunan 410000, China)

**〔Abstract〕** **Objective** To explore the clinical efficacy of intermittent orogastric tube placement combined with tongue triple acupuncture in the treatment of dysphagia in patients with acute stroke. **Methods** A total of 90 patients with dysphagia caused by acute stroke were randomly divided into orogastric tube group, acupuncture group, and orogastric tube plus acupuncture group, with 30 cases in each group. The orogastric tube group, acupuncture group, and orogastric tube plus acupuncture group were treated by intermittent orogastric tube placement, tongue triple acupuncture (superior Lianquan point and bilateral Lianquan points), and intermittent orogastric tube placement combined with tongue triple acupuncture, respectively. After seven days of treatment, the patients were assessed for swallowing function, complications, and quality of life. **Results** Compared with the orogastric tube group and acupuncture group, the orogastric tube plus acupuncture group had significantly higher overall rate of improvement in swallowing function and scores for all dimensions of quality of life ( $P<0.05$ ), and a significantly lower incidence rate of complications ( $P<0.01$ ). The incidence rate of complications was significantly lower in the orogastric tube group than in the acupuncture group ( $P<0.05$ ), while there were no significant differences between the two groups in the overall rate of improvement in swallowing function and scores for all dimensions of quality of life ( $P>0.05$ ). **Conclusion** There is a synergistic effect when

**〔收稿日期〕**2018-04-27

**〔基金项目〕**湖南省科学基金面上青年基金(2017JJ3338);长沙市科技局课题(Kq1701006)。

**〔作者简介〕**肖斐,女,护士长,主管护师,研究方向:康复护理的临床研究,E-mail:768428816@qq.com。

intermittent orogastric tube placement is combined with tongue triple acupuncture, which shows a good therapeutic effect on dysphagia in patients with acute stroke. Meanwhile, it can effectively improve the quality of life of patients and reduce the incidence rate of complications. Therefore, it holds promise for use in clinical nursing.

[**Keywords**] stroke; dysphagia; gastric tube placement; orogastric tube; tongue triple acupuncture

吞咽障碍是脑卒中患者常见的并发症之一,发生率高达 30%~45%,易造成机体营养状况差,影响患者康复,还会因进食不当引发吸入性肺炎,甚至危及患者生命<sup>[1]</sup>。针对吞咽障碍的处理,传统鼻饲管进食仍是目前国内医护人员主要的营养支持手段,但仍存在不少弊端<sup>[2]</sup>。近些年间歇经口胃管置管在吞咽障碍患者中的应用逐渐增多,且已有研究报道经口间歇胃管置管能提高吞咽功能和降低肺炎的继发和再发风险<sup>[3-6]</sup>。另外针灸疗法是中国传统医学的重要组成部分,具有疗效好、操作简便、无副作用的技术优势。其中舌三针作为针灸治疗独特手法之一对治疗脑卒中后吞咽障碍有明显疗效<sup>[7]</sup>。而经口胃管结合舌三针对急性脑卒中患者吞咽障碍的分析,国内研究尚未见文献报道。故我科使用间歇经口胃管结合舌三针干预急性脑卒中后吞咽障碍患者,且取得良好结果,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本研究的病例均来自于 2016 年 12 月至 2017 年 12 月在住院的 90 例脑卒中吞咽障碍患者,依据随机数字表法将患者分为口胃管组、针刺组及口胃管针刺组,每组 30 例。研究者详细记录患者年龄、性别及病性等信息。同时遵循单盲的原则,由专门的人员对患者的原始数据资料进行记录、整理及分析,操作人员不参与统计过程。最终对所有资料进行统计学分析,结果显示 3 组患者在性别、年龄和病程等方面比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。详细资料见表 1。

表 1 纳入患者基本资料比较

组别	n	性别/例		年龄/岁			病性/例		再次中风/例
		男	女	最小	最大	$\bar{x}\pm s$	梗死	出血	
口胃管组	30	21	9	51	79	61.05±17.42	23	7	3
针刺组	30	23	7	52	80	60.23±15.13	21	9	3
口胃管针刺组	30	19	11	55	77	63.13±11.26	24	6	5

### 1.2 病例选择标准

1.2.1 诊断标准 (1)脑卒中诊断符合第四届全国脑血管病会议诊断标准,并通过经头颅 CT、核磁共振证实<sup>[8]</sup>;(2)吞咽诊断障碍由我科康复医师对脑卒中患者进行吞咽功能检查、评估饮水试验与吞咽功

能简易筛查表等<sup>[9]</sup>,确诊为吞咽功能障碍。

1.2.2 纳入标准 (1)符合前述诊断标准;(2)年龄 50~80 岁;(3)患者生命体征平稳、意识清晰并能配合治疗;(4)同意治疗并在知情同意书签字。

1.2.3 排除标准 (1)不符合纳入标准条件者;(2)伴有意识障碍及明显认知障碍;(3)伴有严重上消化道出血、食管癌、心血管病等严重器质性病变;(4)咽喉部感染、甲状腺疾患、溃疡、鼻腔、食管术后局部疾患等。

1.2.4 剔除和脱落标准 (1)治疗过程中再发脑血管意外不能继续接受治疗者;(2)中途退出患者;(3)有严重不良反应者;(4)不配合治疗者。

### 1.3 治疗方法

筛选出具有 3 年以上工作经验的临床护士,由研究者对其进行培训,包括经口胃管、经鼻胃管规范化操作流程及注意事项。而针刺疗法的详细操作以及吞咽功能评估邀请针灸康复科治疗师对其进行规范指导。为避免偏倚,研究者不进行干预操作,且不得向操作护士告知实验具体情况,以保证研究的客观性及统一性。

3 组均接受常规内科护理及治疗,并指导患者进行吞咽康复训练如咀嚼训练、咽部冰刺激、空吞咽练习、呼吸与咳嗽训练等。

1.3.1 口胃管组 向患者解释插管目的并取得配合,润滑胃管前端,经口腔插入胃管,轻送胃管于鼻咽部约 14 cm 左右时,患者行吞咽运动时迅速推进胃管(插入深度 45~55 cm),确认胃管插入胃内后经胃管注入流质食物,注完后拔出胃管。注意记录胃管的长度,同时宣教家属每次完成管饲后,摇高床头 30°~90°约 30 min 可以减少误吸的发生。干预 7 d 为 1 个疗程,治疗 2 个疗程,共 14 d。

1.3.2 针刺组 患者低枕仰卧位,常规消毒后,治疗师取舌下上廉泉、左右旁廉泉三穴进行针刺,选用安迪牌一次性针刺毫针,直径为 0.25 mm,长度为 40 mm,在针刺过程中(第 10 min,第 20 min 及第 30 min 3 个时间点)均运用平补平泻法快速捻转。行针时间以患者得气为度,留针时间为 30 min,每天 1 次,7 d 为 1 疗程,治疗 2 个疗程,共 14 d。针刺组不经口胃管进食,而采用普通经鼻胃管鼻饲法进行进食。

1.3.3 口胃管针刺组 间歇口胃管方法同口胃管

组进行操作,且每日配合舌三针治疗,每天1次,7d为1个疗程,治疗2个疗程,共14d。

#### 1.4 疗效观察

**1.4.1 吞咽功能评估** 采用由藤岛一郎吞咽评分标准<sup>[10]</sup>,评分为0~10分,分数越低,吞咽障碍程度越重。1~3分为重度吞咽障碍,不能经口进食;4~6分为中度吞咽障碍,可经口进部分食物,还需静脉注入部分营养;7~9分为轻度吞咽障碍,可经口进食,可不行康复训练;10分为进食吞咽的能力完全正常。疗效判定用前后吞咽障碍改变的程度代表临床效果<sup>[11]</sup>,痊愈:达到7级,可经口进食无困难;显效:吞咽评分提高3~5分,但未到7级;有效:吞咽评分提高1~2分,但未到7级;无效:吞咽评分无变化。

**1.4.2 并发症情况** 根据对患者临床症状的观察情况记录患者是否发生并发症包括吸入性肺炎、胃食管反流、消化道出血。

**1.4.3 采用简明健康调查 SF-36 表** 评估患者治疗前后的生活质量状况,分别包括生理功能、生理职能、社会功能、精神健康、躯体疼痛、情感职能、活力及总体健康等8个方面。

#### 1.5 统计学处理

所有数据均输入计算机,用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示。所有资料进行正态性检验;符合正态分布者,多组计量资料采用单因素方差分析(One-way ANOVA),方差齐者用LSD和SNK法,方差不齐者用Tamhane's T2或Dunnett's T3法;不符合正态分布者采用秩和检验。等级资料采用秩和检验。所有数据使用SPSS 21.0 for Windows软件进行处理。

## 2 结果

### 2.1 病例完成情况

共剔除患者4例,其中口胃管组1例、针刺组1例、口胃管针刺组2例,均因在治疗过程中接受了其他改善吞咽功能的治疗措施而被剔除。共脱落病例7例,其中口胃管组2例因其他原因提前出院、1例中途转科治疗;针刺组2例均因不能耐受针刺疼痛而不愿治疗;口胃管针刺组1例因不能耐受针刺疼痛而放弃治疗,1例因病情恶化而出院。故本研究共脱失患者11例,占总人数12.22%,脱失率小于20%,统计结果较可靠。详见表2。

表2 3组患者病例完成情况

组别	n	剔除/例	脱落/例	完成/例	完成率/%
口胃管组	30	1	3	26	86.67
针刺组	30	1	2	27	90.00
口胃管针刺组	30	2	2	26	86.67

### 2.2 3组患者吞咽功能疗效

如表3所示,口胃管针刺组总有效率高于口胃管组和针刺组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );口胃管组与针刺组总有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

表3 3组患者吞咽功能疗效的比较

组别	n	无效/例	有效/例	显效/例	痊愈/例	有效率/%
口胃管组	26	4	4	5	13	84.61
针刺组	27	5	5	4	13	81.48
口胃管针刺组	26	2	3	6	15	92.31* $\Delta$

注:与口胃管组比,\* $P<0.05$ ,与针刺组比 $\Delta P<0.05$ 。

### 2.3 3组患者并发症发生情况

如表4所示,口胃管针刺组并发症发生率低于口胃管组和针刺组,差异有显著统计学意义( $P<0.01$ );口胃管组与针刺组总并发症发生率差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表4 3组患者并发症发生情况 [例(%)]

组别	n	吸入性肺炎	胃食管反流	消化道出血	总并发症
口胃管组	26	3(11.54)	3(11.54)	0(0.00)	7(23.08)
针刺组	27	3(11.11)	3(11.11)	2(7.41)	8(29.62)*
口胃管针刺组	26	2(7.69)	1(3.85)	0(0.00)	3(11.54)** $\Delta\Delta$

注:与口胃管组比,\*\* $P<0.01$ ,\* $P<0.05$ ,与针刺组比, $\Delta P<0.05$ , $\Delta\Delta P<0.01$ 。

### 2.4 3组患者生活质量评分比较情况

如表5所示,3组生活质量各分项目评分较治疗前均有所提高( $P<0.05$ ),但口胃管针刺组生活质量各评分高于口胃管组和针刺组,差异具有统计学意义( $P<0.05$ );而口胃管组与针刺组生活质量各评分差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

目前,临床上基本仍采用传统鼻胃管进食作为脑卒中吞咽障碍患者主要的营养支持手段,虽此方法解决了患者的饮食问题,但仍存在不少弊端及并发症<sup>[2]</sup>,如舒适度不够、影响外观、影响社会交往及易出现各种并发症,而间歇口胃管是一种新型营养方法,即患者需进食时护理人员将胃管经口腔插入至食管或胃内,再将流质食物经管注入到胃内,注完后立即拔出,可弥补传统鼻胃管进食的缺陷,也是一种治疗吞咽障碍的方法<sup>[12-13]</sup>。

本实验结果显示:口胃管结合针刺组与针刺组相比,藤岛一郎吞咽评分更高,生活质量各维度评分均增加,并发症发生率更低,说明间歇口胃管能改善患者的吞咽功能、提高患者生活质量并有效降低并发症发生率,这也与国内外其他研究结果一致<sup>[4,14]</sup>,分析其原因可能是:(1)正常的进食是从口腔到咽及



表 5 3 组患者生活质量各维度评分比较

(分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	口胃管组(n=26)		针刺组(n=27)		口胃管针刺组(n=26)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
生理功能	55.82±5.41	60.04±8.18*	57.02±8.15	61.23±5.32*	55.92±7.63	65.05±7.42* <sup>△▲</sup>
生理职能	60.25±7.13	66.52±10.24*	61.26±4.83	67.23±8.43*	60.57±8.04	72.23±11.13* <sup>△▲</sup>
总体健康	54.24±4.42	62.14±5.39*	53.63±6.15	60.65±6.46*	55.01±7.35	67.05±7.32* <sup>△▲</sup>
社会功能	55.28±3.97	62.78±6.47*	54.19±8.12	63.45±8.60*	56.18±3.57	68.05±5.36* <sup>△▲</sup>
精神健康	54.52±7.29	63.63±9.28*	53.97±4.22	62.56±9.22*	55.12±5.25	68.13±11.26* <sup>△▲</sup>
躯体疼痛	68.13±10.02	74.37±7.36*	69.26±6.54	76.32±3.92*	67.88±8.06	80.35±4.38* <sup>△▲</sup>
情感职能	60.83±5.12	67.63±7.18*	61.79±7.19	66.33±6.52*	63.01±4.16	70.31±7.11* <sup>△▲</sup>
活力	50.86±6.18	56.41±6.16*	52.42±6.91	58.45±8.34*	53.16±5.11	62.31±9.27* <sup>△▲</sup>

注:与治疗前相比,\* $P < 0.05$ ;与口胃管组比, $\Delta P < 0.05$ ,与针刺组比 $\blacktriangle P < 0.05$ 。

食管最后达到胃,而患者间歇口胃管同样经口腔到达胃部,且进食完后马上拔出,正符合生理进食途径和规律;(2)间歇经口胃管能保证食管上下括约肌的功能,进食后食管下括约肌仍处于关闭状态,故在一定程度上减少了进入的食物或返流物在咽部残留,从而降低了吸入性肺炎的发生率;(3)由于脑卒中后吞咽障碍患者大多出现咽反射减弱或消失,故进行经口胃管插管时一般不会出现较强烈的不适,而通过反复插管刺激能一定程度上促进咽喉周围肌肉运动功能以及诱发吞咽动作的启动,这与现代言语吞咽康复中的冰刺激原理相似<sup>[15]</sup>。

而舌三针是靳三针疗法之一,是由广州中医药大学著名的靳瑞教授及其弟子在临床实践中记录的针刺配方。本研究结果显示:口胃管结合舌三针治疗组与口胃管组相比对脑卒中患者吞咽障碍疗效更显著,说明口胃管结合舌三针治疗对吞咽障碍起协同作用,同时证明了舌三针的有效性。从解剖结构上分析,舌三针即舌下上廉泉、左右旁廉泉三穴均位于舌骨与甲状软骨之间,正当舌根部,与舌的运动相关;而其深部有迷走、吞咽神经等经过,这些结构均是实现正常吞咽功能的基础。针刺局部可兴奋周围神经运动纤维,使神经反射弧形成神经冲动,缓解神经元麻痹,亦可促进残存的神经元突起生长、轴突延长,从而达到重建功能、促进吞咽功能恢复的作用<sup>[16-17]</sup>。

综上所述,间歇口胃管能提高患者舒适度,减轻痛苦,保持患者形象,增加康复信心;而舌三针是一项操作简单、临床上易行有效的针刺方法,且实验结果显示间歇经口胃管结合舌三针法具有协同作用,能有效提高脑卒中后吞咽障碍患者的吞咽功能及生活质量,在治疗过程中能有效降低吸入性肺炎、胃食管反流及消化道出血等一系列并发症的出现,故值得在临床护理中推荐实施。

#### 参考文献:

[1] 方 针,何帮剑.针刺配合冰刺激对脑卒中后吞咽困难的疗效观察[J].中国康复理论与实践,2011,17(2):161-162.

- [2] IRENE CAMPBELL-TAYLOR, GRANT W. NADON, ANNE L. et al. Oro-esophageal tube feeding: an alternative to nasogastric or gastrostomy tubes.[J]. Dysphagia, 2008, 2(4):220-221.
- [3] FUNAHASHI M, NAKAJIMA S, ISHIHARA K, et al. [Intermittent use of an oral catheter for feeding dysphagic children][J]. No to Hattatsu Brain & Development, 2009, 17(1):3.
- [4] YOU D S, CHUN M H, KIM H J, et al. The Effectiveness of Oro-Esophageal Tube Feeding with Dysphagia after Brainstem Stroke[J]. 2011,35(1):27-33.
- [5] KIM J, HAN G S, LEE G J, et al. The Feasibility and Outcome of Oro-esophageal Tube Feeding in Patients with Various Etiologies[J]. Dysphagia, 2015, 30(6):680-685.
- [6] HAN T R, PAIK N J, PARK J W. The Follow-up of Oro-Esophageal (OE) Tube Feeding[J]. 2001, 25(1):58-61.
- [7] 彭荣光.电针“舌三针”治疗脑卒中后吞咽困难临床疗效观察[D]. 广州:广州中医药大学,2014.
- [8] 中华医学会神经病学分会神经康复学组.中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)[J].中国康复理论与实践,2012,4(4):55-76.
- [9] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组.中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识(2017 年版)[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(12):881-892.
- [10] 藤岛一郎.脑卒中的摄食咽下障碍[M].东京:医齿药出版社,1999:87.
- [11] 林小玲,赵银仙,汪咏梅,等.早期摄食功能训练对卒中后吞咽障碍患者康复的护理研究[J].中华现代护理学杂志,2007,8(4):673-674.
- [12] 曾 西,王德军,王留根,等.间歇口腔营养管辅助进食对脑卒中吞咽障碍患者营养状况的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2011,33(9):703-705.
- [13] 徐红波,邵伟华,范松华,等.间歇口腔-胃管营养法对卒中后吞咽功能障碍疗效的 Meta 分析[J].齐齐哈尔医学院学报,2017,38(8):872-875.
- [14] 刘素华,张捷洪,王玉龙.脑损伤吞咽障碍患者间歇性经口或鼻胃管营养的效果[J].护理实践与研究,2017,14(6):153-154.
- [15] 董小方,刘延锦.脑卒中吞咽障碍患者间歇经口至食管管饲体验的质性研究[J].中华现代护理杂志,2017,23(26):3367-3370.
- [16] 贾金金,吴立峰.舌三针配合 Vitalstim 吞咽治疗仪治疗急性缺血性脑梗死后吞咽障碍的临床观察[J].中国中急症杂志,2018,27(3):515-518.
- [17] 艾 潇,黄伟新,王 琳.基于数据挖掘技术分析针灸治疗脑卒中吞咽障碍的用穴规律[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):441-445.

(本文编辑 匡静之)