

## ·传统医学与康复·

## 针刺配合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察

万春晓<sup>1</sup>

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

选择60例本院神经内科2005年5月—2006年5月住院的脑卒中合并有吞咽障碍,生命体征平稳的患者,符合全国第四届脑血管病会议修订的诊断标准<sup>[1]</sup>,全部经过颅脑CT或MRI确诊为脑出血或脑梗死。排除意识障碍,有急性感染,严重心、肝、肾、肺等疾病,全身状态不佳及患者无治疗动机或意愿的。吞咽功能障碍的诊断标准:吞咽困难,饮水呛咳,声音嘶哑,构音障碍,咽反射减弱或消失<sup>[2]</sup>。患者随机分为治疗组与对照组。治疗组30例,其中男16例,女14例;平均年龄 $63.32 \pm 10.97$ 岁;平均病程14.3d;脑出血9例,脑梗死21例;假性延髓麻痹27例,真性延髓麻痹3例;采用吞咽能力评价标准评定<sup>[3]</sup>,得分为 $2.11 \pm 0.76$ 。对照组30例,其中男17例,女13例;平均年龄 $61.06 \pm 13.21$ 岁;平均病程13.1d。其中脑出血患者7例,脑梗死者23例;假性延髓麻痹29例,真性延髓麻痹1例;采用吞咽能力评价标准评定,得分为 $2.37 \pm 0.85$ 。两组一般情况经统计学分析具有可比性( $P > 0.05$ )。

## 1.2 治疗方法

**1.2.1 治疗组:**采用针刺活血化瘀穴位。取穴:风池、百会、足三里、合谷、太冲。操作:风池:针向喉结方向进针40mm,胀感传向咽部。每日1次,每次30min。百会:沿头皮平刺10mm,进入帽状腱膜,患者胀感明显。足三里:向胫骨方向进针,深度20—30mm,患者胀感明显。合谷:在第二掌骨中点,进针20mm,患者感觉手指麻、胀。太冲:进针20mm,患者感觉足指麻、胀。

**1.2.2 对照组:**针刺颈部穴位。取穴:翳风、天突、人迎、廉泉、金津、玉液。操作:翳风:针向喉结方向进针20mm,小幅度高频率捻针,胀感传向咽部。天突穴:先直刺,然后将针尖向下方,沿胸骨柄下方,气管前方缓慢进针40mm,得气后缓慢出针。廉泉:针向喉头方向进针20mm,患者感觉强烈。每日1次,每次30min。

以上治疗都配合咽部冷刺激进行康复训练。训练时患者仰卧位30°,头部前屈,偏瘫侧肩部垫起,膝关节下放一软垫。用冰过的棉棒接触以前腭弓为中心,包括后腭弓、软腭、腭弓、咽后壁及舌后部的刺激部位,大范围、间断地接触刺激部位,并慢慢移动棉棒前端,左右相同部位交替,上、下午各进行15min。

1.3 吞咽能力评价标准<sup>[3]</sup>

显效:积分增加 $\geq 6$ 分,有效:积分增加3—5分,无效:积分增加1—2分。其中总分达到9—10分者判为基本痊愈。分别在治疗前、治疗后1个月,各进行1次评估。

## 1.4 统计学分析

两组患者治疗前后评分及组间比较,有效率比较采用 $\chi^2$ 检验,数值比较采用 $t$ 检验。

## 2 结果及讨论

结果见表1。两组总有效率比较 $P < 0.01$ 。治疗组和对照组治疗后的吞咽能力评分较前均得到改善( $P < 0.01$ ),但治疗组的评分( $7.56 \pm 1.84$ )显著高于对照组( $4.73 \pm 1.79$ )( $P < 0.01$ )。

表1 两组疗效对比

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	20	2	8	73.3
对照组	30	5	11	14	53.3

总有效率=(显效+有效)/例数 $\times 100\%$

脑卒中所致的吞咽障碍,症状在咽部,病位在大脑。Caroline<sup>[4]</sup>认为吞咽障碍的发生机制是由于双侧皮质或皮质延髓束的上运动神经元损伤,导致具有吞咽功能的舌咽、迷走和舌下颅神经上运动神经元瘫痪,舌运动受限,软腭麻痹,口腔内和咽部的压力不能充分地升高,食物由口腔向咽部和食管移动乏力,通过时间显著延长,滞留增加。脑卒中后常出现吞咽障碍,以吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍为主症,常因误吸入致肺部感染,重症患者也可因痰液阻塞呼吸道导致窒息而危及生命。

有学者认为<sup>[5]</sup>,脑干的吞咽中枢在孤束核背侧和附近的网状结构,延髓卒中患者由于咽反射减弱或消失,咽远端蠕动消失,食物不能通过食道上游括约肌,出现吞咽障碍。

随着对中医针灸的研究加深,通过fMRI脑功能成像显示,针刺合谷穴,太冲穴能诱导额叶和枕叶脑组织的血流量和血流容积的增加<sup>[6]</sup>。文献证实,针刺百会穴可以改善神经行为学表现,减轻脑水肿,缩小脑梗死范围,减轻脑细胞超微结构损害<sup>[7]</sup>。针刺百会、合谷穴对脑血流的影响,结果显示针刺该两穴后大脑中动脉血流速度明显加快,血管阻力降低,脑血流量增加<sup>[8]</sup>。由于吞咽障碍是脑卒中所致,通过改善大脑局部的血液循环,可以从根本上改善患者的吞咽障碍。我们选用的活血化瘀穴位已经被证实具有改善大脑血液循环的功能,发现针刺活血化瘀穴位的临床疗效比较好且安全性好。

## 参考文献

- [1] 全国脑血管病会议. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经学杂志, 1996, 29(6):379.
- [2] 陈立典,陶静.应用针刺配合冰刺激治疗急性脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2005,20(11):849.
- [3] 周维金,何静杰,崔利华.脑卒中吞咽障碍的评定与康复治疗[J].现代康复,1999,3(11):1329.
- [4] Carolinf Gordon,Richard Langton newer,Derick Twade.Dysphagia in acute stroked[J].British Medical Journal,1987,295(15):411.
- [5] Marchand F,Perretti M,McMahon SB. Role of the immune system in chronic pain[J].Nat Rev Neurosci,2005,6(7):521-532.
- [6] 许建阳,王发强,王宏,等.针刺合谷与太冲fMRI脑功能成像的比较研究[J].中国针灸,2004,24(4):263-265.

1 无锡市第二人民医院康复医学科,214002

作者简介:万春晓,女,主治医师

收稿日期:2006-10-08

[7] 吴海科, 谭峰, 顾卫, 等. 电针对高血压大鼠脑缺血后再灌注不同时间点脑细胞损伤的干预作用[J]. 中国临床康复, 2006, 10(35): 81—83.

[8] 公维军, 刘宝华. 针刺脑梗死患者头穴以 TCD 观察脑血流速度变化[J]. 针灸临床杂志, 2006, 22(6): 47—48.

## ·短篇论著·

# 老年股骨粗隆间骨折的手术与康复治疗

杜雁<sup>1</sup> 王安庆<sup>1</sup> 唐涛<sup>1</sup> 王飞<sup>1</sup> 刘克敏<sup>1</sup>

随着我国人口的老龄化, 老年人粗隆间骨折的发生率不断升高, 成为骨科的常见损伤<sup>[1]</sup>。由于老年患者多同时患有一种或几种疾病, 所以在围手术期如何予以妥善处理, 减少并发症的发生, 使老年骨折患者尽早康复, 是骨科和康复科医师必须认真考虑的问题。本文回顾性地分析了 102 例老年粗隆间骨折手术后早期介入康复训练的治疗效果。

## 1 资料与方法

本组老年股骨粗隆间骨折共 102 例, 其中男 40 例, 女 62 例, 年龄 60—96 岁, 平均 78.6 岁。按 Evans 分类: I 型 9 例, II 型 18 例, III 型 45 例, IV 型 30 例。患者大多患有不同程度的其它疾病, 其中高血压病 26 例, 糖尿病 21 例, 冠心病 24 例, 脑血管病 18 例, 肺部感染 1 例, 泌尿系感染 3 例, 类风湿病 2 例。伴有高血压和糖尿病两种以上内科病的 29 例。

手术治疗: 术前行牵引维持止痛治疗, 手术治疗方式: 股骨粗隆间骨折空心加压螺钉 4 例, DHS 63 例, DCS 4 例, Gamma 钉 3 例, PFN 8 例, 行人工股骨头置换术 2 例, 单臂外固定架固定 18 例。

康复治疗: 若术中判断骨折固定稳固, 次日则可让患者坐起, 行身体适应性训练。包括通过主动和被动呼吸练习预防心肺系统的并发症; 在有效镇痛的前提下, 由物理治疗师指导患者进行腓肠肌、股四头肌、股二头肌和臀大肌等的等长收缩练习; 在治疗师的协助下进行患髋屈曲练习<sup>[2]</sup>。在术后 3—7 天, 可根据患者的骨折类型、骨折固定牢固程度、内固定物选择及骨质疏松情况, 特别是骨折复位中内侧股骨距小粗隆处皮质骨支撑稳定程度, 来决定患者术后离床时间, 何时负重及负重量多少。早期负重可先扶拐或助行器站立, 之后平衡杠内站立, 再过渡到行走训练。

评价标准: 疗效评价采用 Clawson 评估分级法<sup>[3]</sup>: I 级: 骨折严重畸形愈合, 不能离床或借助轮椅活动, 髋关节功能受限, 伴有持续性疼痛; II 级: 骨折轻度畸形愈合, 能借助双拐步行, 髋关节活动轻度受限, 偶尔有疼痛, 但可忍受; III 级: 骨折无畸形愈合, 能借助单拐步行, 髋关节活动受限 10°—20°, 偶有不适或轻度的疼痛, 生活可自理; IV 级: 骨折无畸形愈合, 行走不需借助、不跛行、无关节活动受限。按上述分级方法, 再分成优、良、差 3 级。恢复到受伤前状态者为优; 下降 1 级为良; 下降 2 级为差, 优和良为临床疗效满意。

## 2 结果与讨论

102 例患者, 随访 6 个月至 12 年, 平均 20 个月, 疗效优

59 例, 良 31 例, 差 12 例, 优良率达 90%。64% 的患者获得功能实用性步行, 对疗效满意。

本组病例约 78% 合并高血压、糖尿病、心脏病、脑血管病、肺炎等内科病, 其中 28.4% 合并两种以上, 而且老年骨折患者极易出现心理障碍, 因此, 除认真地进行脏器功能检查, 邀请内科医师进行相应的治疗外, 围手术期的系统康复护理、心理治疗非常重要<sup>[4]</sup>。

本组治疗显示, 无移位稳定股骨粗隆间骨折可选择多根空心加压螺钉治疗; DHS 从治疗效果及术后功能恢复来看, 被认为是理想的内固定物之一<sup>[5]</sup>; PFN 是股骨近端髓内固定系统, 比较符合生物力学原理, 但其钉尾易造成粗隆部骨折; 外固定架对高龄体弱、合并内科疾病、难以耐受长时间手术者适用; 人工股骨头置换对于个别类型股骨粗隆间骨折可选用。通常采用双动半髋人工股骨头置换, 因手术相对简便, 术后也便于早期康复锻炼。但目前争议较大, 应慎用。

通过康复训练可以刺激手术区的新陈代谢, 促进患者的功能恢复。患肢早期部分负重, 只要疼痛能耐受, 就可以扶拐或在助行器下站立、平衡杠内站立、行走。不要轻率地禁忌患肢早期站立及部分负重, 对于老年患者来说, 只要能站立、能部分负重, 就能迅速地克服患者由于骨折和手术带来的心理障碍, 增强自信心, 达到心理康复目的。术后早期离床还可以防止卧床引起的肌肉进行性萎缩、下肢静脉血栓、压疮及肺部感染等<sup>[6]</sup>。骨折的部位、类型、手术方式及骨质疏松的程度决定了骨折内固定的稳定程度, 从而影响功能和预后。从出院时功能恢复来看, 本组 64% 左右患者可获得功能性实用步行能力, 即通过手杖、拐、步行器等独立在病房和训练室反复往返步行。高龄患者, 由于伤前就行动不便, 运动迟缓, 术后功能恢复较伤前会有所下降, 本组随访中发现 36% 的患者需日常生活介助。

## 参考文献

- [1] 蔡靖宇, 朱庆生. 股骨近端骨折的治疗进展[J]. 临床骨科杂志, 2002, 2(5): 155—157.
- [2] 卓大宏主编. 中国康复医学[M]. 华夏出版社 2004. 1061—1064.
- [3] Clawson DK. Trochanteric fracture treated by the sliding screw plate fixation method[J]. Trauma, 1964, 4: 737—752.
- [4] 董纪元. 老年人股骨转子间骨折围手术期的治疗分析[J]. 中华骨科杂志, 2000, 20(8): 476.
- [5] 孟和. 中国骨折复位固定器疗法[M]. 北京医科大学、中国协和医科大学联合出版社, 1999. 158—1603.
- [6] 黄公怡. 转子间骨折[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(10): 637.

1 中国康复研究中心骨科, 北京市丰台区角门北路 10 号, 100077

作者简介: 杜雁, 女, 主治医师

收稿日期: 2007-07-10