

穴位按摩对脑卒中吞咽障碍患者的干预效果及生活质量改善情况

李霞, 魏娟*

(南京市江宁中医院针灸康复科, 江苏 南京 211102)

【摘要】目的 分析穴位按摩在脑卒中吞咽障碍患者中的应用价值, 以及对其吞咽功能、负性情绪、日常活动能力及生活质量的影响。**方法** 选取 2022 年 7 月至 2024 年 4 月南京市江宁中医院收治的 69 例脑卒中吞咽障碍患者, 以随机数字表法分为对照组 (34 例) 与观察组 (35 例)。对照组患者接受常规护理 (如口腔、营养护理等) 联合康复训练, 观察组患者在对照组的基础上接受穴位按摩, 两组患者均干预 2 周。比较两组患者干预前后吞咽功能、吞咽障碍程度、负性情绪、日常活动能力、生活质量水平, 以及干预期间并发症发生情况。**结果** 与干预前比, 干预后两组洼田饮水试验 (WST) 为 2 级及观察组 WST 分级为 1 级患者占比均升高, 观察组 WST 分级为 4 级患者占比降低, 且干预后观察组 WST 分级优于对照组; 干预后两组患者吞咽障碍程度评分 (VGF)、Barthel 指数、吞咽障碍特异性生活质量量表 (SWAL-QOL) 各维度评分均升高, 焦虑自评量表 (SAS)、抑郁自评量表 (SDS) 评分均降低, 观察组变化幅度较对照组均更大 (均 $P<0.05$); 干预期间两组患者并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$)。**结论** 脑卒中吞咽障碍患者接受穴位按摩干预有利于减轻其吞咽功能障碍程度, 改善负性情绪, 同时可提升患者日常活动能力与生活质量, 且安全性良好。

【关键词】 脑卒中; 吞咽障碍; 穴位按摩; 康复训练

【中图分类号】 R743

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2024.23.0138.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2024.23.043

吞咽障碍是脑卒中常见的并发症之一, 不仅会影响营养摄入, 还可能导致误吸和肺炎, 临床上常采用神经营养支持类方式治疗, 其虽然可以缓解症状, 但作用具有局限性, 患者往往需要结合针对性护理干预以最大限

度地恢复机体功能。常规护理可确保患者的日常需求得到满足, 而康复训练可以增强吞咽相关肌肉的力量和协调性, 提高吞咽的安全性和有效性, 但不同患者吞咽障碍类型和程度有一定差异, 干预的效果难以保证对所有

作者简介: 李霞, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 吞咽护理。

通信作者: 魏娟, 大学本科, 主管护师, 研究方向: 吞咽护理。E-mail: 13770951037@163.com

位妊娠大出血患者的急救响应效率与及时性, 从而缩短救治时间, 优化急救流程, 减少负面情绪, 提高生活质量, 且安全性良好。但本研究的样本量纳入少, 具有一定的局限性, 有待进一步完善研究设计获得更为准确的研究结果。

参考文献

- [1] 赵静. 人文关怀护理对异位妊娠患者术后康复及护理满意度的影响 [J]. 重庆医学, 2022, 51(2): 372-374.
- [2] 浦红丽, 陈小萍, 吴晓芹, 等. 构建手术室标准化急救流程对异位妊娠破裂患者急救效果的影响 [J]. 中国计划生育学杂志, 2023, 31(10): 2398-2404.
- [3] 吕元蕙, 董森. “三定”急救护理在异位妊娠破裂出血患者中的应用 [J]. 中国医药导报, 2021, 18(10): 180-183.
- [4] 谢幸, 苟文丽. 妇产科学 [M]. 8 版. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 42-57.
- [5] 刘丹霞, 张建利. 产前护理对高危妊娠初产妇自我效能及妊娠结

局的影响 [J]. 贵州医药, 2019, 43(6): 993-995.

- [6] 马娟娟, 张勤华. 针刺改善肾虚肝郁型 IVF-ET 反复移植失败患者子宫内膜容受性、焦虑抑郁状态及妊娠结局的临床研究 [J]. 上海中医药大学学报, 2019, 33(5): 32-38.
- [7] 刘慧慧, 孙雪松. 负性情绪对子宫内膜癌化疗妇女健康相关生活质量的影响 [J]. 中国妇幼健康研究, 2017, 28(8): 1003-1005.
- [8] 卢宗君, 吴海葵, 吴先群. 快速康复护理在腹腔镜下患侧输卵管开窗妊娠病灶清除术治疗异位妊娠患者中的应用 [J]. 临床与病理杂志, 2019, 39(11): 2501-2506.
- [9] 曹冬梅, 陈晓辉, 何家伟. “三定”急救护理在异位妊娠出血患者抢救中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2022, 28(6): 83-86.
- [10] 关格雪, 冯俏娟, 梁进霞. “三定”急救护理在宫外孕破裂大出血患者抢救中的应用 [J]. 齐鲁护理杂志, 2020, 26(8): 60-62.
- [11] 李敏, 蔡懿. 手术室护士急救能力评价指标体系的构建及“三定”急救模式在异位妊娠大出血患者中的应用 [J]. 中国急救复苏与灾害医学杂志, 2022, 17(11): 1497-1514.

患者都有效^[1]。中医认为,脑卒中吞咽障碍主要是由于气血逆乱、脑脉痹阻导致脑神失用,穴位按摩可以疏通经络、调节气血,以达到调节脏腑功能的作用^[2-3]。基于此,本研究旨在探索穴位按摩在脑卒中吞咽障碍患者中的应用价值,以及对其吞咽功能、负性情绪、日常活动能力及生活质量的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2022年7月至2024年4月南京市江宁中医院收治的69例脑卒中吞咽障碍患者,以随机数字表法分为对照组(34例)与观察组(35例)。对照组患者年龄53~76岁,平均 (64.58 ± 2.15) 岁;男性、女性分别为16、18例;脑卒中类型:缺血性脑卒中、出血性脑卒中分别为19、15例。观察组患者年龄54~77岁,平均 (64.14 ± 2.18) 岁;男性、女性分别为18、17例;脑卒中类型:缺血性脑卒中、出血性脑卒中分别为19、16例。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),组间可比。纳入标准:(1)符合西医《缺血性卒中基层诊疗指南(实践版·2021)》^[4]中脑卒中吞咽障碍的诊断标准;符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]中“中风”的诊断标准,辨证分型为气滞血瘀证,伴吞咽障碍,吞咽时会出现胸部不适或疼痛,时有回流,冷饮后加重,舌紫红,苔薄白或舌面有瘀斑,舌下脉络粗暗,脉络细涩;(2)经CT检查确诊;(3)首次发病;(4)以往未进行过喉部切除手术;(5)在洼田饮水试验(WST)^[6]过程中存在咽期异常表现。排除标准:(1)癔症或心理疾病导致的吞咽功能障碍;(2)近期因其他疾病服用过改善吞咽功能障碍药物;(3)合并恶性肿瘤。南京市江宁中医院医学伦理委员会批准研究实施,患者签署知情同意书。

1.2 干预方法 两组患者均接受降糖降压药物、调整酸碱平衡、神经营养支持等治疗,对照组患者接受常规护理联合康复训练,观察组患者在对照组的基础上接受穴位按摩。两组均干预2周。

1.2.1 常规护理 (1)口腔护理:辅助患者每日进行至少2次口腔清洁,若患者不能自行漱口可用纱布蘸取护理液进行口腔擦拭。(2)营养护理:轻度吞咽障碍患者可以给予软食或半流质食物;病情较为严重患者给予鼻饲饮食。(3)吞咽姿势护理:根据患者的具体情况,调整吞咽姿势,如坐位(患者坐在椅子上,背部挺直,头部前倾)、半卧位(患者不能坐起,可以将床头抬高 $30^{\circ} \sim 45^{\circ}$)、侧卧位进食(患侧在上,健侧在下)。(4)心理护理:脑卒中吞咽障碍患者多存在心理负担,护理人员应给予其充分的心理支持(如分享成功案例,鼓励患者树立信心;辅助患者通过冥想缓解紧张情绪)等。

1.2.2 康复训练 (1)基础训练:a.口腔感觉训练,用冰棉棒擦拭患者的软腭、舌根及咽后壁,操作时动作要轻柔;使用不同味道的液体(如酸、苦、辣等)刺激患者的味觉感受器,增强患者吞咽欲望。b.口腔运动训练,口唇运动,包括闭唇、噘嘴、鼓腮动作,增强口唇肌肉的力量和协调性;舌运动,患者伸舌、缩舌、左右摆动舌,提高舌的灵活性和力量;下颌运动,做张口、闭口、左右移动下颌动作,增强下颌关节的活动度和肌肉力量;呼吸训练,患者坐直缓慢吸气使腹部膨胀,再缓慢呼气,增强呼吸肌的力量和协调性。上述运动每组重复10~20次,3次/d。(2)吞咽训练:a.空吞咽训练,患者做空吞咽动作,每次吞咽后休息片刻,再进行下一次吞咽。b.吞咽姿势调整,患者吞咽时低头使下颌贴近胸骨,减少食物误入气道的风险;患者在吞咽时向患侧转头,使食物避开患侧咽腔,进入健侧咽腔,25 min/次,3次/d。

1.2.3 穴位按摩 (1)穴位选择,a.廉泉穴:颈部喉结上方,舌骨凹陷处。b.风池穴:颈后区,紧贴枕骨之下。c.翳风穴:颈部耳垂后方,乳突凹陷中。d.合谷穴:手背,第2掌骨桡侧中点。e.内关穴:前臂掌侧,距腕横纹2寸(1寸=3.33 cm)处。(2)按摩方法,患者取坐位,a.拇指指腹点按穴位,力度由轻到重,以患者感到局部酸、麻、胀、重为宜,每次点按1 min左右。b.用双手拇指分别按在相应穴位上,拇指由轻到重进行按揉,每次按摩2~3 min,力度以患者感到酸胀但无明显疼痛为宜。c.餐前2 h开始穴位按摩,按摩顺序可先从廉泉穴开始,依次按摩风池穴、翳风穴、合谷穴及内关穴,每个穴位按摩2 min,按摩过程中与患者进行交流,及时调整按摩力度。1次/d。

1.3 观察指标 (1)WST分级与障碍程度。于干预前后使用WST评估患者吞咽功能,患者取坐位,饮30 mL温开水,记录患者喝水时间和呛水情况,将患者分为1级(顺利地1次将水咽下)、2级(分2次以上不呛咳地咽下)、3级(1次咽下但有呛咳)、4级(分2次以上咽下且有呛咳)、5级(频繁呛咳,不能全部咽下)^[6]。使用吞咽障碍程度评分(VGF)^[7]评估患者吞咽障碍程度,满分10分,得分与吞咽功能成正比。(2)负性情绪与日常活动能力。于干预前后采用焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)^[8]评估患者负性情绪,总分100分,负性情绪与量表得分成正比;采用Barthel指数^[9]评估患者日常活动能力,总分0~100分,日常生活能力与量表得分成正比。(3)生活质量。于干预前后使用吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)^[10]评估患者生活质量水平,包括心理负担(2个条目)、进食时间(2个条目)、吞咽症状(14个条目)、食欲(3个条目)、语言交流(2个条目)、

进食恐惧（5 个条目）、心理健康（5 个条目）、社会交往（5 个条目）、疲劳（3 个条目）、睡眠（3 个条目）、食物选择（2 个条目）11 个维度，条目计 1~5 分，分数越高代表生活质量越好。(4)并发症。干预期间，记录两组并发症（呛咳、皮肤红肿、嗜睡）发生情况，并发症总发生率为各项并发症发生率之和。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 26.0 统计学软件分析数据，计数资料（并发症发生情况）以 [例 (%)] 表示，组间比较采用 χ^2 检验，等级资料（WST 分级）采用秩和检验，组内干预前后比较采用配对 χ^2 检验；计量资料（吞咽障碍程度评分、负性情绪与日常活动能力评分、生活质量评分）经 S-W 法检验证实符合正态分布，用 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组间比较采用独立样本 t 检验，干预前后比较采用配对 t 检验。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者 WST 分级与障碍程度比较 与干预前比，干预后两组 WST 分级为 2 级及观察组 WST 分级为 1 级患者占比均升高，观察组 WST 分级为 4 级患者占比降低，VGF 均升高，且观察组变化幅度较对照组均更大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 1。

2.2 两组患者负性情绪与日常活动能力比较 与干预前比，干预后两组患者 SAS、SDS 评分均降低，Barthel 指数均升高，且观察组变化幅度较对照组均更大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 2。

2.3 两组患者生活质量水平比较 与干预前比，干预后两组患者 SWAL-QOL 各项评分均升高，且观察组变化幅度较对照组均更大，差异均有统计学意义（均 $P < 0.05$ ），见表 3。

表 1 两组患者 WST 分级与障碍程度比较

组别	例数	干预前 WST 分级 [例 (%)]					干预后 WST 分级 [例 (%)]					VGF(分, $\bar{x} \pm s$)	
		1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	干预前	干预后
对照组	34	0(0.00)	0(0.00)	15(44.12)	14(41.18)	5(14.70)	3(8.82)	9(26.47)*	9(26.47)	10(29.42)	3(8.82)	4.35 \pm 0.17	6.52 \pm 0.15*
观察组	35	0(0.00)	0(0.00)	15(42.86)	15(42.86)	5(14.28)	8(22.86)*	15(42.86)*	9(25.71)	2(5.71)*	1(2.86)	4.31 \pm 0.25	7.73 \pm 0.08*
Z/t 值				0.065					2.955			0.775	41.977
P 值				>0.05					<0.05			>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P < 0.05$ 。WST：洼田饮水试验；VGF：吞咽障碍程度评分。

表 2 两组患者负性情绪与日常活动能力比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	SAS 评分		SDS 评分		Barthel 指数	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	50.45 \pm 3.08	37.20 \pm 3.21*	53.21 \pm 2.18	33.16 \pm 3.28*	61.95 \pm 8.63	71.30 \pm 5.35*
观察组	35	50.50 \pm 3.44	24.18 \pm 2.05*	52.92 \pm 2.36	25.20 \pm 3.16*	62.11 \pm 8.55	79.63 \pm 5.45*
t 值		0.064	20.140	0.530	10.267	0.077	6.405
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P < 0.05$ 。SAS：焦虑自评量表；SDS：抑郁自评量表。

表 3 两组患者生活质量水平比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	心理负担		进食时间		吞咽症状		食欲		语言交流		进食恐惧	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	3.14 \pm 0.30	5.27 \pm 1.01*	4.24 \pm 0.43	6.17 \pm 0.24*	46.22 \pm 2.38	55.20 \pm 1.20*	7.27 \pm 1.56	9.18 \pm 1.08*	5.63 \pm 1.03	6.20 \pm 0.72*	11.97 \pm 1.16	16.10 \pm 1.32*
观察组	35	3.12 \pm 0.18	6.92 \pm 1.00*	4.21 \pm 0.13	7.67 \pm 0.42*	46.33 \pm 2.45	63.30 \pm 1.06*	7.48 \pm 1.36	11.04 \pm 1.09*	5.54 \pm 1.32	7.37 \pm 0.55*	12.02 \pm 1.36	18.32 \pm 1.11*
t 值		0.337	6.819	0.395	18.143	0.189	19.739	0.597	7.119	0.315	7.599	0.164	7.569
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

组别	例数	心理健康		社会交往		疲劳		睡眠		食物选择	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	34	11.63 \pm 2.16	15.10 \pm 1.18*	10.43 \pm 1.24	14.10 \pm 1.13*	8.98 \pm 1.14	9.60 \pm 0.42*	5.63 \pm 1.22	7.10 \pm 0.42*	3.24 \pm 0.12	5.24 \pm 1.42*
观察组	35	11.60 \pm 2.36	20.30 \pm 1.13*	10.56 \pm 1.36	19.27 \pm 1.08*	9.02 \pm 1.14	11.30 \pm 0.23*	5.43 \pm 1.36	9.04 \pm 0.78*	3.20 \pm 0.20	8.10 \pm 0.16*
t 值		0.055	18.699	0.415	19.432	0.146	20.935	0.642	12.809	1.004	11.841
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与干预前比，* $P < 0.05$ 。

2.4 两组患者并发症发生情况比较 干预期间, 两组患者并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 见表 4。

3 讨论

脑卒中通常会导致中枢神经系统受损从而引发吞咽障碍, 常规治疗适用范围较广, 但患者易出现胃肠道反应和代谢紊乱等现象, 故需联合针对性的护理干预方式来满足脑卒中后吞咽障碍患者需要。常规护理为患者康复提供了基础保障, 但通常干预周期较长, 短期效果不显著, 从而使患者产生担忧情绪, 导致其依从性下降, 因此有必要探索其他的干预方式。

中医认为, 人体经络是气血运行的通道。穴位是经络上的特定部位, 通过按摩穴位可以调节经络气血的运行, 通路开窍, 活血化瘀; 对于脑卒中吞咽障碍患者, 按摩特定穴位可以改善脑部供血, 从而恢复吞咽功能相关的神经和肌肉的正常功能^[11]。按摩廉泉穴利喉舒舌、消肿止痛, 可改善患者吞咽功能; 按摩风池穴可疏通经络、醒脑开窍, 可以缓解脑卒中患者的头痛、眩晕; 按摩翳风穴可祛风通络、疏通局部经络气血, 促进咽喉部功能的恢复; 按摩合谷穴具有镇静止痛、疏风解表的功效; 按摩内关穴可宁心安神、理气止痛^[12]。本研究中, 与对照组比, 干预后观察组患者 Barthel 指数、SWAL-QOL 各项评分均更高, SAS、SDS 评分均更低。干预期间两组并发症总发生率比较, 差异无统计学意义, 这提示脑卒中吞咽障碍患者接受穴位按摩有利于改善其负性情绪和日常活动能力, 提高生活质量, 且安全性良好。

另外, 本研究中, 干预后观察组患者 WST 分级、VGF 均优于对照组, 这提示穴位按摩的应用, 对于改善患者吞咽功能, 减轻吞咽障碍程度具有显著成效。分析原因可能为, 刺激颈部的风池穴和翳风穴可能影响支配咽喉部肌肉的神经, 改善肌肉的协调性和力量, 从而提高吞咽功能, 改善 WST 分级; 此外, 通过按摩廉泉穴、合谷穴, 可以促进颈部和头部的血液循环, 改善受损组织的代谢和修复, 进一步改善 WST 分级; 穴位按摩通过对翳风穴进行刺激, 可激活感觉神经纤维、影响自主神经系统的平衡, 将信号传入中枢神经系统, 能够调节大脑皮层的兴奋性, 促进神经可塑性的发生, 从而改善患者的吞咽功能^[13]。

综上, 脑卒中吞咽障碍患者接受穴位按摩有利于减轻其吞咽功能障碍、负性情绪, 同时可提升日常活动能力与生活质量, 且安全性良好, 值得临床推广应用。

参考文献

[1] 金海涛, 王非, 张雯. 针刺联合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究 [J]. 山东中医杂志, 2024, 43(3): 225-230.

[2] 唐千力, 李军文, 白静蓉, 等. 穴位按摩联合运动想象对缺血性脑卒中后吞咽功能障碍患者康复效果的影响 [J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20(2): 28-33.

[3] 钟洁平, 秦莲花, 张奕玲, 等. 咽部肌群电刺激联合穴位按摩治疗老年脑卒中后吞咽功能障碍的临床分析 [J]. 中国医刊, 2023, 58(7): 788-792.

[4] 中华医学会, 中华医学会杂志社, 中华医学会全科医学分会, 等. 缺血性卒中基层诊疗指南 (实践版·2021)[J]. 中华全科医师杂志, 2021, 20(9): 947-958.

[5] 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 204-205.

[6] 武文娟, 毕霞, 宋磊, 等. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值 [J]. 上海交通大学学报 (医学版), 2016, 36(7): 1049-1053.

[7] 夏文广, 郑婵娟, 华强, 等. 吞咽障碍评价标准评定脑卒中后吞咽障碍患者的信度和效度分析 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2009, 31(12): 817-819.

[8] 王龙, 张雪, 韩晶, 等. 中国癌症患者病情知情程度与生活质量焦虑抑郁情绪及尊严感的相关性研究 [J]. 河北医学, 2019, 25(12): 1945-1950.

[9] 韦艳燕. 认知行为干预对脑卒中吞咽障碍患者负性情绪及日常生活能力的影响 [J]. 中国实用护理杂志, 2016, 32(28): 28-32.

[10] 王爱霞, 刘延锦, 董小方. 吞咽障碍生活质量量表中文版用于卒中患者的信效度测评 [J]. 护理学杂志, 2015, 30(17): 10-13.

[11] 孙丽娜. 综合康复训练联合穴位按摩干预脑卒中吞咽障碍患者疗效观察 [J]. 辽宁中医药大学学报, 2023, 25(4): 14-16.

[12] 骆丽, 陈绿叶, 张国栋, 等. 穴位按摩联合动作观察疗法治疗脑卒中偏瘫上肢功能障碍疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2024, 33(9): 1245-1248.

[13] 王江玲, 戴新娟, 施琪, 等. 穴位按摩治疗脑卒中后吞咽障碍效果的 Meta 分析 [J]. 护理研究, 2020, 34(5): 821-827.

表 4 两组患者并发症发生情况比较 [例 (%)]

组别	例数	呛咳	皮肤红肿	嗜睡	总发生
对照组	34	2(5.82)	1(2.94)	1(2.94)	4(11.76)
观察组	35	1(2.86)	0(0.00)	1(2.86)	2(5.72)
χ^2 值					0.216
P 值					>0.05