

“冰火疗法理论”指导下芳香冷疗结合艾灸改善脑卒中患者吞咽障碍的效果观察

陈宴 钱雅丽

(绍兴市中医院 浙江绍兴 312000)

【摘要】目的 观察冰火疗法理论指导下芳香冷疗结合艾灸对改善脑卒中患者吞咽障碍的效果。方法 选取2023年6月至2024年1月,我院收治的80例中风后吞咽障碍患者,随机分为试验组40例,对照组40例。两组均在神经康复科常规基础治疗和吞咽康复训练的基础上,对照组予冰棉签冰刺治疗;观察组在对照组治疗的基础上实施冰火疗法理论指导下芳香冷疗结合艾灸治疗。两组病人按照上述方案,每日1次,1周连续治疗6天,休息2天,总共12次,比较两组患者干预后的吞咽障碍疗效、干预前后生活质量情况。结果 ①治疗前后,试验组患者洼田饮水试验评分高于对照组,对比差异显著($P<0.05$)。②试验组总有效率为92.50%,对照组为77.50%,对比差异显著($P<0.05$)。③试验组吞咽障碍评分优于对照组,对比差异显著($P<0.05$)。④试验组中风后症状评价积优于对照组,对比差异显著($P<0.05$)。结论 冰火疗法理论指导下芳香冷疗结合艾灸能改善脑卒中患者吞咽障碍程度,提高生活质量。

【关键词】 吞咽障碍; 冰火疗法; 芳香冷疗; 艾灸

Under the guidance of "ice and fire therapy theory", aromatic cold therapy combined with moxibustion to improve stroke patients The effect of swallowing disorder was observed

Chen Yan Qian Yali

(Shaoxing City Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shaoxing City, Zhejiang Province 312000)

[Abstract] Objective To observe the effect of aromatic cold therapy combined with moxibustion on the improvement of swallowing disorders in stroke patients. Methods 80 patients with post-stroke swallowing disorders admitted to our hospital from June 2023 to January 2024 were randomly divided into 40 experimental group and 40 control group. After the conventional basic therapy and swallowing rehabilitation training, the control group, the observation group combined aromatic cold therapy on the basis of the control group. According to the above protocol, the two groups were treated once a day for 6 days and rested for 2 days, a total of 12 times to compare the efficacy of swallowing disorders and quality of life before and after the intervention. Results Before and after ① treatment, the drinking water test score of the test group was higher than that of the control group, and the contrast difference was significant ($P < 0.05$). ② The total response rate was 92.50% in the test group and 77.50% in the control group, and the contrast difference was significant ($P < 0.05$). ③ The swallowing disorder score was better than the control group, and the contrast difference was significant ($P < 0.05$). ④ The symptom evaluation of the test group was better than that of the control group, and the contrast difference was significant ($P < 0.05$). Conclusion Under the theory of ice and fire therapy improves the degree of swallowing disorder and the quality of life in stroke patients.

[Key words] swallowing disorder; ice and fire therapy; aromatic cold therapy; moxibustion

吞咽障碍是脑卒中患者最常见并且威胁生命的并发症,发生率约为29%~81%^[1],不同程度的吞咽障碍可导致患者误吸、肺炎、营养障碍等发生,严重影响患者的疾病康复及生存质量,甚至危及患者的生命^[2-3]。在临床实践中,针对脑卒中吞咽障碍患者的护理和康复训练存在较大的差异,这主要是由于医护人员对吞咽障碍的认识不足、康复训练方法不统一、康复训练设备不足等因素所致。这些因素导致患者的康复效果不佳,并发症发生率高,给家庭和社会带来沉重负担。传统的治疗方式主要包括药物治疗和物理治疗,但这些方法往往效果有限,且可能存在副作用^[4]。冰火疗法是河南中医药大学张金生教授创新的吞咽障碍康复疗法,体现“重阴必阳,重阳必阴”的理念,以“冰”疗法(开窍利咽冰棒刺激)与“火”疗法(温灸松肌热疗)反复交替刺激吞咽肌群,从而达到促进吞咽功能恢复的效果,致力于患者早日恢

复健康生活^[5]。中医芳香疗法理论是中医药学理论的重要组成部分,其中,可以结合中药材特有的芳香气味,或者采用专业工艺提取出芳香精油,以合适的方式作用于病变部位,达到治疗的效果^[6]。本研究对脑卒中后患者实行芳香冷疗结合艾灸治疗吞咽障碍,观察吞咽功能改善情况,以期为提高其生活质量提供循证依据。

1 对象与方法

1.1 对象

研究对象均来源于本院神经康复科2023年6月至2024年1月收治的中风后吞咽困难患者80例,采用随机发分为2组,每组各40例。患者均自愿参加研究并签署知情同意书。纳入标准:符合卒中中西医诊断标准^[7];伴有不同程度

吞咽障碍；洼田饮水试验^①评级均在2级以上；年龄≤80岁；患者神志正常，言语清晰，行为配合；自愿受试，对研究知情同意，对研究人员的治疗与评价依从性好。排除标准：患者生命体征极度不稳定，为危重症患者。患者伴有重度智力障碍、精神障碍、语言障碍，无法配合详细的调研和评估；患者伴有器质性疾病；皮肤过敏、局部皮肤破损或感染者；经期、妊娠及哺乳期妇女。

1.2 方法

两组均在神经内科常规基础治疗和吞咽康复训练的基础上开展。

1.2.1 对照组

①患者取坐位或半坐位，使用低温冷冻棉棒深入患者口腔内部，刺激软腭、腭舌弓、腭咽弓、咽后壁及舌后根5个部位。每次涂擦后，需要更换棉棒，指导患者循序渐进的练习吞咽动作；②用冰棉棒从上到下，按摩唾液腺，位置选择需要从患者感到麻痹的一侧；③冰刺激30分钟/次。

1.2.2 试验组

实施中医冰火疗法理论指导下的吞咽康复护理。患者取卧位或半坐位，①“冰疗法”：采用预制中药冰棉棒：取薄荷叶10g，金银花、艾叶各5g，在使用方式上与对照组一致；②“火疗法”：在颈部廉泉穴、双侧翳风穴及风池穴位上施行雀啄灸，在温度上应当询问患者是否有明显的灼烧感受，以患者耐受性为基础，每次约3分钟即可；③“冰火”芳香疗法30分钟/次。

1.2.3 疗程

两组均为每天1次，6次为1个疗程，休息2天后，进行第2个疗程治疗，治疗2个疗程。

1.3 评价指标

1.3.1 吞咽障碍疗效

根据洼田饮水，调研2个疗程。痊愈：患者的吞咽功能

基本恢复正常，洼田饮水评级1级有效；患者症状有所改善，且洼田饮水评级2级；无效：患者治疗后症状变化不大。

采取洼田饮水试验统计患者吞咽功能I、II、III、IV级的比率：患者可一次性饮下30ml水无呛咳为I级；分两次饮下无呛咳为II级；一次性饮下有呛咳为III级；未达上述标准为IV级。

对患者开展吞咽功能障碍（VFSS）评分。检查时，辅助患者坐在踏板上，保持头颈部纵轴与踏板面垂直。随后指导患者依次口服不同剂量含碘对比剂，观察患者吞咽器官的功能状况。

1.3.2 中风后症状评价积分量表

对比患者的进食方式、营养状况、活动度、言语功能、精神心理等方面了解患者的症状是否存在有更严重的倾向或好转趋势，按照量表中挪列的具体问题进行评价，在干预前和干预2个疗程后，进行观察组同对照组评分比较。

1.4 统计学方法

采用SPSS 26.0统计分析本次实验的数据，其中计量资料用 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，通过t值验证，计数资料用 $[n(\%)]$ 表示，通过卡方检验（ χ^2 检验）验证，若两组数据之间存在统计学差异，则 $p < 0.05$ 。

2 结果

2.1 一般资料

两组患者一般资料相比较，差异均无统计学意义（ $P > 0.05$ ），表明两组患者的基线资料具有可比性。如下表1。

2.2 洼田饮水试验评分比较

试验组洼田饮水试验更高（ $P < 0.05$ ）。见表2。

2.3 吞咽障碍评分比较

试验组吞咽障碍评分较对照组提高（ $P < 0.05$ ）。见表3。

表1 两组患者基本信息统计表

组别	例数	年龄范围(岁)	平均年龄(岁)	病程范围(d)	平均病程(d)	男女人数
试验组	40	52-79	72.63 ± 6.93	6-18	11.39 ± 3.18	22: 18
对照组	40	56-79	72.53 ± 5.57	6-18	12.85 ± 2.25	21: 19
t		/	0.883	/	0.398	0.215
p		> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05	> 0.05

表2 两组患者洼田饮水有效性比较(例, %)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效
对照组	40	10 (25.0%)	21 (52.5%)	9 (22.5%)	29 (77.5%)
试验组	40	20 (50.8%)	17 (42.5%)	3 (7.5%)	37 (92.5%)
X ²					6.754
p					< 0.05

表3 两组患者吞咽障碍评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	洼田饮水实验		吞咽功能障碍(VFSS)评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组(n=40)	3.61 ± 0.63	1.86 ± 0.62	6.42 ± 1.06	3.35 ± 1.69
试验组(n=40)	3.65 ± 0.51	1.41 ± 0.28	6.61 ± 1.13	1.51 ± 0.22
t	0.398	4.184	0.324	6.828
p	> 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.05

2.4 症状评价积分比较

试验组中风后症状评价积分较对照组提高 ($P < 0.05$)。

见表4。

表4 两组患者治疗前后中风后症状评价积分比较
($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	40	8.80 ± 3.56	10.05 ± 2.73
试验组	40	8.55 ± 2.61	11.31 ± 2.14
t		0.987	2.297
p		> 0.05	< 0.05

3 讨论

吞咽障碍是脑卒中后常见并发症之一,目前临床上对吞咽障碍的患者治疗方案多为采取留置胃管、禁止经口饮食等护理方案。鼻饲护理作为卒中后不能经口进食患者的营养管理方案,不仅能保障营养供给,还能预防吸入性肺炎,但是期间也会有患者表示不适,如引起粘膜干燥,损伤咽喉以及夜间引起胃食管返流^[9],且长期疗效仍不理想,不利于吞咽功能的康复等。在康复训练中能够激发患者相关神经细胞、中枢神经的改善,并促使患者语言功能、运动功能的恢复,有助于提升患者的日常生活能力。对于存在吞咽障碍的患者,应避免误吸造成的窒息,可采用鼻饲流质饮食等方式进行营养支持。同时,排痰障碍者应注意吸痰,保持呼吸道通畅,预防吸入性肺炎的发生。

张金生教授认为,中风后吞咽困难既有本虚标实的病理机制,又有特殊症候的演变机理。冰火“冷热”疗法,基于“凡病药之不及,针之不到,火所治之”和“经脉所过,主

治所及”的原则,针对吞咽困难局部症状表现,采取冷热交替,促进吞咽功能恢复的一种特色疗法^[10],有显著的疗效;芳香疗法是一种古老的方法,主要借助芳香植物中萃取的精油为媒介,制成适当的剂型,以吸入、沐浴、按摩等多种途径吸收入体内,将其用于卒中后后遗症的治疗已取得良好疗效^[11]。本研究采用芳香冰疗与艾灸火疗冷热交替联合重点穴位进行精准刺激来促进卒中后吞咽障碍快速康复。艾灸选取风池穴、翳风穴、廉泉穴,现代有研究表明,刺激风池穴产生的兴奋经舌下神经、舌咽神经、迷走神经和(或)三叉神经传入到达上运动神经元,使吞咽肌群反应增强,重塑吞咽功能有关^[12];翳风穴下有舌下神经、舌咽神经、迷走神经、面神经干等分布,刺激此穴可改善局部的神经调节及代谢,兴奋抑制状态的皮质脑干束,诱导吞咽动作的产生^[13];《铜人腧穴针灸图经》载:“廉泉可治口噤,舌根急缩,下食难”,廉泉是任脉与阴维脉的交会穴,可治舌咽局部病症^[14],与督脉相交可以调理任督二脉,使得阴阳得以调和,而气机自顺,中风渐愈,则咽喉关窍通利。本研究芳香冷疗术中用中药冰棉棒中,其有助于达成疏散风热、芳香理气的功效。此外,将冷刺激与药物疗效相结合,有助于提升患者咽部与软腭的敏感性,从而诱导吞咽反射,有助于达成吞咽训练的目的,帮助患者更好地进食。

综上所述,神经康复科患者的治疗需要护理人员联合专业人员共同给予建议,包括对患者的心理疏导、饮食管理、康复训练等。针对吞咽障碍的治疗可以采取中医特色手段,将芳香冷疗结合艾灸作为改善脑卒中后吞咽功能障碍患者病情的方式,促使其吞咽功能逐步恢复,确保临床治疗能达到预期效果,具有推广价值。

参考文献:

- [1]王珏,王颖,沈国静,等.脑卒中患者吞咽障碍管理最佳证据总结[J].护士进修杂志 2024(04): 1-12.
- [2]臧全雪.探讨早期标准化康复护理联合摄食训练在脑卒中伴吞咽障碍患者中的运用[J].中国标准化, 2022, (10): 206-208.
- [3]De Stefano A, Dispenza F, Kulamarva G, et al. Predictive factors of severity and persistence of oropharyngeal dysphagia in subacute stroke[J]. Eur Arch Otorhinolaryngol, 2021, 278(3): 741-748.
- [4]张美娜.精准康复,让卒中患者不再“因噎废食”[J].家庭医药.就医选药, 2024(03): 34-35.
- [5]杜娟,李海松,田果.中医冰火疗法理论指导下的吞咽康复护理干预中风后吞咽障碍临床研究[J].新中医, 2021, 53(20): 165-170.
- [6]郑瑶,陈芬,李菁.中医芳香冷疗联合常规吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍临床研究[J].新中医, 2022, 54(06): 76-79.
- [7]陈怀珍.《急性缺血性脑血管病中西医诊疗指南》解读[J].中医药临床杂志, 2013, 25(11): 949-954.
- [8]仓基艳,王晓艳,周甜.基于洼田饮水试验的渐进式康复护理在脑梗死患者中的应用效果[J].中西医结合护理(中英文), 2024, 10(03): 100-102.
- [9]许晨,魏继鸿,李峰.醒脑启咽汤联合揅针埋针治疗脑卒中后吞咽障碍临床效果及安全性观察[J].四川中医, 2024, 42(03): 148-151.
- [10]崔显勋,何勇,张丽娜,等.张金生教授运用冰火疗法治疗卒中后吞咽困难的经验[J].中医临床研究, 2018, 10(36): 23-25.
- [11]陈紫君,俞银华,金金,等.精油芳香疗法联合穴位按摩对减轻脑卒中后抑郁的效果观察[J].护理与康复, 2016, 15(05): 403-406.
- [12]黄启君,杨杰,刘振寰,等.鼠神经生长因子穴位注射治疗儿童脑瘫伴言语障碍62例疗效观察[J].中国儿科杂志, 2013, 9(3): 30-32.
- [13]刘凤爽,李万婷,张晓雪,等.以深刺翳风穴为主治疗脑卒中后假性球麻痹致吞咽障碍的临床研究[J].山西中医学院学报, 2018: 19(02): 49.
- [14]梁雪松,阎路达,张瑜,等.恢刺廉泉穴治疗脑卒中后吞咽障碍:随机对照试验[J].中国针灸, 2022, 42(07): 717-720.

基金项目:浙江省中医药科技计划,项目编号:2023ZL182。