

# 吞咽训练配合针灸治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍

周惠嫦,张盘德

[摘要] 目的 探讨吞咽训练配合针灸治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍的疗效。方法 38 例鼻咽癌放疗所致的吞咽障碍患者分为综合治疗组和针灸组,综合治疗组接受针灸和吞咽训练,针灸组仅接受针灸治疗,以饮水试验和 X 线动态造影影像检查来评价疗效。结果 治疗后,两组饮水试验评分均明显改善( $P < 0.01$ ),但综合治疗组优于针灸组( $P < 0.05$ )。X 线动态造影影像检查评定,两组治愈率分别为 70.0%和 38.9%,无显著性差异( $P = 0.089$ )。结论 吞咽训练加针灸能提高鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者的吞咽能力,效果优于单纯针灸治疗。

[关键词] 鼻咽癌;吞咽障碍;吞咽训练;针灸

Effect of swallowing training combined with acupuncture on dysphagia in nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy ZHOU Hui-chang, ZHANG Pan-de. Department of Rehabilitation, the First People's Hospital of Foshan, Foshan 528000, Guangdong, China

[Abstract] Objective To evaluated the effect of swallowing training and acupuncture on dysphagia in nasopharyngeal carcinoma after radiotherapy. Methods Thirty-eight post-radiotherapeutic nasopharyngeal carcinoma patients were divided into 2 groups: comprehensive group (n=20) were treated with swallowing training and acupuncture therapy, acupuncture group (n=18) were treated with acupuncture only. The patients were assessed with water-swallow test and videofluoroscopy (VFS) before and after treatment. Results Both groups improved their score of water-swallow test after treatment ( $P < 0.01$ ), but the scores of comprehensive group were better than that of acupuncture group( $P < 0.05$ ). Under the VFS, the cure rate was 70.0% or 38.9% respectively( $P = 0.089$ ). Conclusion Swallowing training can improve the swallow ability of bulbar palsy patients.

[Key words] nasopharyngeal carcinoma; dysphagia; swallowing training; acupuncture

中图分类号:R739.63 文献标识码:A 文章编号:1006-9771(2006)01-0058-02

[本文著录格式] 周惠嫦,张盘德.吞咽训练配合针灸治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍[J].中国康复理论与实践,2006,12(1):58—59.

鼻咽癌是我国南方的高发恶性肿瘤,发病率以广东省为最高<sup>[1]</sup>。以放射治疗为主的综合治疗方法仍是鼻咽癌的首选治疗手段<sup>[2]</sup>。有研究显示,放疗后多数患者出现吞咽障碍,甚至引起吸入性肺炎、营养不良<sup>[3]</sup>。我们采用吞咽训练加针灸治疗,结果如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 38 例患者均为鼻咽癌放疗后的放射性脑病,分为综合治疗组和针灸组。综合治疗组 20 例,针灸组 18 例。平均年龄 51 岁,平均病程(开始放疗至首次康复评估)65 个月。所有患者均有严重的饮水呛咳、吞咽困难,伴有构音障碍、咽反射迟钝或消失,大部分患者康复治疗前用鼻胃管鼻饲。两组术前性别、年龄、病程及病情比较无显著性差异,具有可比性。见表 1。

表 1 2 组患者治疗前一般情况比较(例)

组别	n	男	女	年龄(岁)	病程(月)	鼻饲
综合治疗组	20	11	9	50.60±8.49	65.51±12.05	13
针灸组	18	11	7	51.61±7.92	66.33±10.28	12
统计量			0.145	0.378	0.228	0.012
P			0.703	0.707	0.821	0.914

作者单位:佛山市第一人民医院康复科,广东佛山市 528000。作者简介:周惠嫦(1971-),女,广东佛山市人,主管技师,主要从事言语吞咽康复治疗。

1.2 治疗方法 综合治疗组患者接受针灸、按摩及吞咽训练,针灸组接受针灸、按摩。每天 1 次,每周 6 次,12 次为 1 个疗程。

1.2.1 针灸 舌针治疗:用消毒纱布将患者舌体轻轻牵出,右手持 30 号 1.5 寸毫针,在舌面进针,取舌的后 1/3 和舌体两侧,10°~15°角的向舌根部进针 1.2 寸,以上各穴均为点刺不留针。舌三针:在上廉泉穴,并由此左右各半寸各取一穴,取 30 号 2 寸毫针,进针深度为 1.5 寸,进针方向均向舌根部。电针治疗:选取翳风、颊车、听宫,30 号 1 寸毫针,进针深度为 0.8 寸,连续波,频率 20 Hz,20 min。

1.2.2 按摩 由物理治疗师给患者做颞下颌关节部位和颈部软组织按摩、关节松动手法。

1.2.3 吞咽功能的训练 ①口唇、下颌的运动:首先用指尖、冰块叩打唇周,然后按摩和抗阻力运动,最后嘱患者交替噘起嘴、咧开嘴、鼓起腮、咂咂唇;下颌运动:张口闭口、左右移动、前后移动、上下扣齿;每天进行 1~2 次,每次 20 回。②舌的运动训练:首先做短暂的牵拉和抗阻力运动,然后要求患者把舌做水平、后缩及侧方、舔绕唇、弹响舌的主动运动。每天进行 1~2 次,每次 20 回。③咽、喉部的训练:用冰冻的棉签轻轻刺激软腭、舌根及咽后壁,嘱患者做空吞咽训练;Pushing 手法即双手用力推墙壁或桌子的同时发“a”音;

Mendelsohn 手法:当咽喉上提时,用手握住咽喉部,使它在上提位置保持数秒钟,让患者有意识地保持上抬位置。经过反复练习,当患者掌握了吸吮和喉抬高后,指导患者在吸吮后立即喉抬高,这两个动作协调一致可产生吞咽动作。④吞咽技巧:声门上吞咽:让患者练习深吸气后极力闭气,闭气时努力向前挤压杓状软骨吞咽,吞咽后让患者马上咳嗽;极力吞咽:首先让患者舌头前伸,然后舌根极力后缩吞咽,或让患者鼓腮,缩腮时用力吞咽。进食时采取吞咽和空吞咽交替进行,半流食物或固体与小口液态食物交替进食。

1.3 评估方法 采用饮水试验<sup>[4]</sup>和 X 线动态造影录像检查( videofluoroscopy, VFS) 进行评价。VFS 疗效评价标准<sup>[5]</sup>:治愈:口、咽通过时正常,无钡剂残留梨状窝、会厌谷,无误吸。有效:口、咽通过时较疗前缩短 50 %以上,无会厌谷及梨状窝钡剂残留及误吸。无效:口、咽通过时较疗前缩短 50 %以下或会厌谷、梨状窝钡剂残留、误吸或根本咽不进。康复治疗前和每个疗程结束时各评定 1 次。

1.4 统计学方法 用 SPSS 10.0 统计软件进行分析,饮水试验评分用 Mann-Whitney 秩和检验,诊断结果比较用 Pearson Chi-Square 检验。VFS 疗效评定按百分比统计,做 Pearson Chi-Square 检验。以  $P < 0.05$  为有显著性差异。

2 结果

治疗前两组患者饮水试验得分无显著性差异( $P > 0.05$ )。综合治疗组平均训练 24.3 次,针灸组平均治疗 25.8 次。治疗后两组患者饮水试验得分比治疗前都有降低,但综合治疗组饮水功能好转的例数显著多于针灸组( $P < 0.001$ )。见表 2。

根据饮水试验诊断,治疗前 2 组患者全部为吞咽障碍,治疗后综合治疗组有 7 例(35.0 %)恢复正常,10 例可疑,5 例异常,而针灸组只有 2 例(11.1 %)恢复正常,两组比较有显著性差异( $\chi^2 = 6.22, P = 0.045$ )。

VFS 检查疗效评定:综合治疗组治愈 14 例,有效 6 例,有效率为 100 %,针灸组治愈 7 例,有效 9 例,无效 2 例,总有效率为 88.9 %,两组间无显著性差异( $\chi^2 = 4.84, P = 0.089$ )。

表 2 治疗前后两组患者饮水试验得分比较(例)

组别	时间	1	2	3	4	5
综合治疗组	治疗前	0	0	0	9	11
	治疗后	7	10	2	1	0
针灸组	治疗前	0	0	0	10	8
	治疗后	2	7	4	4	1

秩和检验 综合治疗组治疗前后比较,  $z = 3.057, P < 0.01$ ; 针灸组治疗前后比较,  $z = 5.259, P < 0.001$ ; 两组治疗后比较,  $z = 3.228, P <$

0.001。

3 讨论

鼻咽癌放疗可引起第 9、10、11、12 对颅神经的损伤,引起患者进食时误吸、误咽、吞咽困难。

我们通过口唇、下颌和舌的训练,能改变咀嚼吞咽相关肌力运动,促进舌对食团的控制,加强食团在口腔内的推进,提高舌根的回缩力量。咽喉的冰块按摩可提高软腭和咽部的敏感度,增强吞咽反射。Pushing 手法能阻止食物进入气管,并保证咽部内压,从而减少误咽、误吸。Mendelsohn 手法能增加舌的驱动力,强化喉部上抬。针灸则采用就近取穴,既能刺激舌下神经、舌咽神经和迷走神经,形成对中枢神经的刺激作用,促进吞咽反射弧的重建与恢复;又可以刺激下颌舌骨肌、舌肌,使舌的活动功能增强,改善舌肌萎缩,协调和改善吞咽动作。舌三针的穴位应深刺,浅刺则难以发挥疏通咽部经气作用<sup>[6-7]</sup>。

饮水试验是最常用的吞咽功能评定方法,而 VFS 是评价吞咽功能、判断误吸更客观的方法。我们用 VFS 评价两组治疗后的吞咽功能比较,尽管综合治疗组的治愈率和有效率均高于针灸组,但统计学分析没有显著差异,原因是 VFS 检查时患者 1 次吞服的钡剂只有 5 ml,大大小于饮水试验用的 30 ml,使吞咽障碍程度较轻的患者可以顺利吞咽。另外,我们采用的疗效评价等级只有 3 级,比较粗糙,可考虑采用更先进的评定量表进行评定<sup>[8]</sup>。

针灸疗法是康复训练功效的有力互补,康复训练使针灸治疗作用更加完善<sup>[5,9]</sup>。本研究提示针刺与吞咽训练结合治疗对于改善鼻咽癌放疗导致的吞咽障碍有明显优势,体现了针刺与康复结合治疗这一先进的康复理念。

[参考文献]

[1] 黄光武. 鼻咽癌研究现状与进展[J]. 广西医学, 2004, 26(1): 3 - 5.  
[2] 谷铎之,殷蔚伯,余子豪,等. 肿瘤放射治疗学[M]. 第 2 版. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993: 452 - 471.  
[3] Wu CH, Hsiao TY, Ko JY, et al. Dysphagia after radiotherapy: endoscopic examination of swallowing in patients with nasopharyngeal carcinoma[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2000, 109(3): 320 - 325.  
[4] 何静杰. 吞咽障碍的康复[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(3): 189 - 190.  
[5] 刘志顺, 刘保延, 张维, 等. 针刺治疗中风慢性期中重度吞咽障碍临床研究[J]. 中国针灸, 2002, 22(5): 291 - 294.  
[6] 方丽波, 王拥军. 脑卒中后吞咽困难的康复及治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(5): 404 - 405.  
[7] 刘孔江. 针刺与康复训练治疗中风后吞咽困难研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2004, 2(11): 659 - 601.  
[8] 李冰洁, 张通. 脑损伤所致吞咽障碍的评定技术[J]. 中国康复理论与实践, 2004, 10(11): 670 - 671.  
[9] 邹子奇, 靳新霞. 康复训练配合针刺治疗脑卒中吞咽功能障碍[J]. 中国康复理论与实践, 2002, 8(1): 29.

(收稿日期: 2005-10-08)