

- [17] 吴桂玲. HPLC 测定青海地区锁阳中没食子酸与原儿茶素的含量[J]. 安徽农业科学 2012 40(6):3831-3832.
- [18] 闫朝垒, 朱芸, 王翔飞. RP-HPLC 法测定新疆不同产地锁阳中熊果酸的含量[J]. 北方药学 2013 10(10):7-10.
- [19] 杨瀚, 王荣, 夏鹏霄, 等. 用 HPLC 法同时测定锁阳中的多种有效成分[J]. 药物服务与研究 2014 14(2):122-125.
- [20] 刘晔玮, 陈卫林, 郭玫, 等. 锁阳高效液相指纹图谱研究[J]. 时珍国医国药 2011 22(6):1367-1370.
- [21] Chen SL, Yao H, Han J P, et al. Validation of the ITS2 regions as a novel DNA barcode for identifying medicinal plant species [J]. PLoS ONE 2010 5(1):8613-8621.
- [22] 李伟, 刘广达, 陈青, 等. 锁阳 ISSR-PCR 反应体系的优化研究[J]. 生物技术通报 2012 8(17):1135-1141.
- [23] 侯典云, 宋经文, 石林春, 等. 中药材锁阳的 ITS2 条形码分子鉴定研究[J]. 中国中药杂志 2013 38(23):4028-4053.
- [24] 李振华, 龙平, 邹德志, 等. 基于 ITS 序列位点特异性 PCR 的肉苁蓉与其混伪品的鉴别研究[J]. 中国中药杂志 2014 39(19):3684-3689.
- [25] 贾丹兵, 刘珊, 李乃民, 等. 参姜锁阳益气片的质量控制[J]. 中国医院药学杂志 2011 31(11):940-943.

The Latest Research Progresses on *Cynomorium Songaricum* Rupr.

AN Qiong¹, LI Qian¹, LI Ning², HUANG Rui-ping¹

(1. Hexi University, Zhangye 734000, China; 2. Lanzhou University, Lanzhou 730000, China)

Abstract: The pharmacoactive constituents, chemical extraction technology, and the quality control of *Cynomorium songaricum* Rupr. have been introduced and analyzed in detail according to recent five-year literatures. This research contributes to the development and utilization of *Cynomorium songaricum* Rupr. and lay a foundation for the compatibility and the safe use of it. The future research development of *Cynomorium songaricum* Rupr. was also discussed in this research.

Key words: *Cynomorium songaricum* Rupr.; Chemical constituents; Pharmacological activity; Extraction technology; Quality control

临床报道

中药冷热刺激结合吞咽功能训练治疗卒中后 吞咽功能障碍临床观察

王忠兰, 杨恂, 张大伟, 杨敏, 王晓霞, 安超雯

(甘肃省康复中心医院, 甘肃 兰州 730000)

摘要: 目的: 观察五生饮冷热刺激结合吞咽训练治疗 30 例脑卒中后吞咽功能障碍患者的临床疗效。方法: 选择脑卒中吞咽功能障碍患者 60 例, 随机分为对照组和治疗组各 30 例, 对照组给予吞咽功能训练, 治疗组在对照组基础上进行中药五生饮冷热刺激治疗。2 组均以 1 周为 1 疗程, 治疗 3 个疗程后观察临床疗效。洼田氏饮水试验和吞咽功能评估量表(SSA)变化情况。结果: 治疗组的有效率, 洼田氏饮水试验分级, SSA 评分与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 五生饮冷热刺激结合吞咽功能训练能有效提高临床疗效, 改善脑卒中患者吞咽功能障碍, 值得临床推广应用。

关键词: 五生饮; 冷热刺激; 吞咽功能训练; 脑卒中; 吞咽障碍

中图分类号: R255.2

文献标识码: B

文章编号: 1002-2392(2017)03-0120-03

吞咽障碍是脑卒中常见的症状之一, 研究报道约

30%~78% 卒中患者会发生吞咽障碍^[1], 病情严重会导致脱水、营养不良、吸入性肺炎等严重并发症的发生。近年来, 国内、外学者一致认为早期对脑卒中吞咽功能障碍患者积极治疗, 能显著缩短病程, 改善吞咽障碍功能, 减轻患者家庭及社会负担、降低脑卒中的死亡

收稿日期: 2016-05-19 修回日期: 2016-11-21

基金项目: 甘肃省中管局课题(GZK-2015-56)

作者简介: 王忠兰(1981-), 女, 主治医师, 主要从事传统医学康复方面的工作。

率^[2]。因此,笔者在临床工作期间采用中药五生饮冷刺激结合康复功能训练治疗,疗效满意。现报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2013 年 10 月—2016 年 2 月住院患者 60 例,其中男 36 例,女 24 例,年龄 46~72 岁。随机分为 2 组各 30 例,对照组中男 17 例,女 13 例,年龄 46~70 岁,平均 56.8 岁;病程 4 月~5 年,平均 2.3 年;其中脑梗死 18 例,脑出血 12 例;治疗组中男 19 例,女 12 例,年龄 48~72 岁,平均 57.2 岁;病程 5 月~6.2 年,平均 2.7 年;其中脑梗死 17 例,脑出血 13 例。2 组患者性别、年龄、体征、病程等经统计学分析无差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断及排除标准

西医诊断符合全国第四次脑血管病学术会议修订的脑卒中定义^[3],且均为吞咽功能障碍者,均经 CT 或 MRI 证实。中医诊断参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 版)关于“中风病诊断疗效评定标准(试行)”诊断标准,且辨证为痰瘀互结型^[4]。排除标准:①严重心肝肾功能不全者;②中医辨证非痰瘀互结型者;③妊娠及哺乳期妇女;④有恶性肿瘤者;⑤有神经、精神系统疾病及智者;⑥有对药物过敏者;⑦不遵从医师治疗或中途退出试验者。

1.3 方法

1.3.1 对照组

给予单纯的吞咽功能训练,如舌肌训练、颊肌咀嚼肌运动训练、发音运动训练以及呼吸道的训练等,每日 2 次,每次 30 min。

1.3.2 治疗组

在对照组治疗的基础上给予中药五生饮加减治疗,日 1 剂,水煎 2 h,煎煮后药液取汁,部分用于冰棉棒冷刺激,部分用于热敷。方药组成:黄芪 30 g,生附子 12 g,生半夏 12 g,生川乌 9 g,生禹白附子 9 g,生南星 12 g,干姜 12 g,山萸肉 15 g,炙甘草 6 g。有并发症者给予药物加减治疗,如伴有意识不清者,加菖蒲 15 g,生石膏 15 g;痰多者加杏仁 15 g,细辛 6 g,桂枝 12 g,麻黄 9 g,防风 9 g;气虚血瘀者加人参 15 g,当归 15 g,川芎 15 g,燥屎内结者加生大黄 12 g。两组均以 1 周为一个疗程,治疗 3 个疗程。

1.3.3 中药冷热刺激法

用蘸过中药的冰棉棒刺激以前腭弓为中心,包括后腭弓、软腭、腭弓、咽后壁及舌后部的部位,同时嘱患者进行吞咽,并将冰化水咽下,然后用热中药外敷甲状

软骨至下颌下方的皮肤,结合吞咽训练交替反复此操作,以达到中药治疗的双重目的。

1.4 临床疗效标准

参照文献:①痊愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定为 1 级;②显效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定提高 2 级以上;③有效:吞咽障碍改善,饮水试验评定提高 1 级;④无效:吞咽障碍无改善,饮水试验评定无进步。

1.5 观察指标

治疗结束后观察两组患者的临床疗效,洼田氏饮水试验和吞咽功能评估量表(SSA)变化情况。

1.6 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件处理数据,计数资料采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,比较两独立样本采用 t 检验;以 $P<0.05$ 作为检验水准。

2 结果

2.1 两组患者治疗后疗效比较

治疗后治疗组有效率达 93.33%,对照组有效率达 80.0%,二者比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗后临床疗效比较 [例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组	30	6(20.0)	8(26.67)	10(33.3)	6(20.0)	24(80.0)
治疗组	30	10(33.3)	12(40.0)	6(20.0)	2(6.67)	28(93.33)*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.2 两组患者治疗后洼田氏饮水试验结果比较

治疗后治疗组洼田氏饮水试验分级明显好转,以 I、II、III 级为主,与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗后洼田氏饮水试验结果比较 [例(%)]

组别	例数	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
对照组	30	8(26.67)	6(20.0)	6(20.0)	5(16.67)	5(16.67)
治疗组	30	12(40.0)*	9(30.0)*	8(26.67)*	1(3.33)*	0*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

2.3 两组患者治疗后标准吞咽功能评估量表(SSA)比较

治疗后治疗组第 1 周、第 2 周、第 3 周 SSA 评分分别为(27.3 $\pm$ 4.6)分、(22.8 $\pm$ 3.6)分、(20.1 $\pm$ 2.2)分,与对照组比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 3 两组治疗标准吞咽功能评估量表(SSA)比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗第 1 周	治疗第 2 周	治疗第 3 周
对照组	30	29.8 $\pm$ 5.6	26.2 $\pm$ 4.3	23.6 $\pm$ 2.8
治疗组	30	27.3 $\pm$ 4.6*	22.8 $\pm$ 3.6*	20.1 $\pm$ 2.2*

注:与对照组比较,* $P<0.05$

3 讨论

吞咽功能障碍是脑卒中患者最常见的一种临床表现,由于下颌、双唇、舌、软腭、咽喉、食管括约肌或食管的功能受损,导致进食困难^[5],从而不能安全有效地将食物经口送到胃内以取得足够的营养和水分。如果不及治疗,后期会出现不同程度的并发症。目前临床上报道治疗较多,但疗效不一,由于患者个体差异较大,对某些治疗方法不敏感,从而导致病情延误,增加脑卒中致死率^[6-7]。

研究表明^[8],吞咽康复训练对脑卒中吞咽障碍具有较好的疗效,训练越早,疗效越好,也能减少误吸、吸入性肺炎等并发症发生。而应用中药冷热刺激结合吞咽功能训练治疗吞咽功能训练疗效更加肯定。

该病归属于中医学“中风-喉痹”范畴,与风、火、痰、瘀、虚五种病因有密切关系,病变涉及心、肝、脾、肾等脏^[9-10]。由于中老年人阴气自半,阳气衰减,出现阴阳失调,阳虚不能运化水湿,水停痰凝,气血阻滞,导致痰瘀互结,阻滞经脉,经脉失养遂发本病。方选李可创立五生饮加减治疗,方中黄芪为君药,大补脾气,脾气旺盛运化水液功能增强;辅以生附子、生半夏、生川乌、生禹白附子、生南星化痰开凝散结;干姜性温,温肺化饮;炙甘草健脾和中,调和诸药。共奏健脾化痰,开凝散结之效。本次研究采用中药冷热刺激结合吞咽功能训练治疗,冷热刺激训练是以冷热交替以及中药五生饮独特的祛风化痰祛瘀功能,可以使吞咽反射易于发生、吞咽动作有力、体内风痰之邪易于祛除,起到冰火携手、解锁咽喉、化痰开窍、祛瘀除湿的作用,从而达到治疗吞咽功能障碍的目的。研究结果表明,治疗后治疗组有效率达 93.33%,对照组有效率达 80.0%,二者比较差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组洼田氏饮水试验分级明显好转,以 I、II、III 级为主,与

对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$);治疗后治疗组第 1 周、第 2 周、第 3 周 SSA 评分分别为(27.3 ± 4.6)分、(22.8 ± 3.6)分、(20.1 ± 2.2)分,与对照组比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$),与文献报道相符^[11]。

综上所述,中药五生饮冷热刺激结合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽功能障碍疗效显著,能明显提高卒中患者的临床疗效,改善吞咽障碍,值得临床推广应用。

参考文献:

- [1] 韩蓉蓉. 脑梗塞合并假性球麻痹致吞咽困难的康复治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2000, 15(2): 105-106.
- [2] 潘素兰. 早期介入康复训练及护理对脑卒中后患者并发吞咽功能障碍的影响[J]. 护理进修杂志, 2012, 9(11): 40-41.
- [3] 中华神经科学会. 脑血管疾病分类、诊断要点、神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 376-383.
- [4] 郑筱萸. 中药新药临床指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-104.
- [5] 王珊珊, 白田雨, 刘敏, 等. 肌电生物反馈和针刺结合康复功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2014, 36(2): 129-131.
- [6] 董静, 刘兢, 李晓军, 等. 六泉穴解感刺法治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的临床价值探讨[J]. 中医药信息, 2016, 33(5): 106-108.
- [7] 黄昕, 刘冠治, 赵晶, 等. 针刺对脑梗死后假性球麻痹吞咽困难的疗效观察[J]. 中医药信息, 2015, 32(4): 105-106.
- [8] 谭小燕, 谭远皎, 梁美琛. 低频电刺激联合冰刺激及吞咽康复训练治疗脑卒中患者吞咽功能障碍的疗效观察[J]. 中国医药导刊, 2015, 17(4): 349-350.
- [9] 佟帅, 吕海波, 刘建桥. 针刺结合吞咽功能训练治疗脑卒中后(咽期)吞咽障碍临床疗效观察[J]. 中医药学报, 2014, 42(2): 129-131.
- [10] 刘渝册, 聂艳华, 郝永强, 等. 六泉穴解感刺法治疗脑卒中后吞咽困难并发肺部感染疗效观察[J]. 中医药学报, 2016, 44(6): 108-110.
- [11] 李曙光. 冰刺激治疗脑干梗死患者吞咽障碍的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2010, 8(8): 994-995.

Observation of Hot and Cold Stimulation of WuSheng Yin Combined with Swallowing Training for Swallowing Dysfunction after Stroke

WANG Zhong-lan, YANG Xun, ZHANG Da-wei, YANG Min, WANG Xiao-xia, AN Chao-wen
(Gansu Rehabilitation Center Hospital, Lanzhou 730000, China)

Abstract: Objective: To observe the clinic efficacy of Wusheng Yin combined with swallowing training for swallowing dysfunction after stroke. Methods: 60 patients with swallowing dysfunction after cerebral apoplexy were randomly divided into the control group and the treatment group. The control group was given swallowing function training, whereas the treatment group was given hot and cold stimulation of Wusheng Yin on this basis. Clinical curative effects were observed and Kubota's drinking water test and the changes of standard swallowing assessment (SSA) score were analyzed after three weeks. Results: There were significant differences of clinical efficacy, the grade of Kubota's drinking water test and SSA score between the treatment group and the control group($P < 0.05$). Conclusion: Hot and cold stimulation of Wusheng Yin combined with swallowing function training can effectively improve the clinical curative effect, and improve swallowing dysfunction in patients with cerebral apoplexy, which is worthy of clinical popularization and application.

Key words: Wusheng Yin; Hot and cold stimulation; Swallowing function training; Stroke; Swallowing dysfunction