

揞针埋针联合气管推移训练治疗颈椎前路手术后早期吞咽困难 20 例

★ 刘静莉¹ 肖强² 李润香¹ 黄海明¹ 郭剑¹ 刘筠¹ 谢琴¹ (1. 南昌市洪都中医院骨伤二科 南昌 330008; 2. 江西省人民医院骨二科 南昌 330006)

摘要: 目的: 观察揞针埋针联合气管推移训练治疗颈椎前路手术后早期吞咽困难的临床疗效。方法: 选取我院骨科行颈椎前路减压植骨融合术患者 40 例, 随机分为观察组 20 例, 对照组 20 例。所有患者术后常规雾化吸入激素。观察组术前常规护理宣教及气管推移训练, 术后行揞针埋针治疗; 对照组术前常规护理宣教, 术后仅雾化吸入激素, 不做其他处理。结果: 观察组术后早期吞咽困难发生率为 15%, 中重度吞咽困难患者仅 1 例, 吞咽困难者持续时间短, 对照组吞咽困难发生率 45%, 中重度吞咽困难患者 4 例, 比较两组间差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 揞针埋针联合气管推移训练可减少颈椎前路手术后早期吞咽困难发生及减轻吞咽困难的程度, 具有操作方便、痛苦少、无副作用等优点, 适合临床推广。

关键词: 揞针埋针; 气管推移训练; 吞咽困难; 颈椎手术

中图分类号: R259 **文献标识码:** B

吞咽困难是颈椎前路手术的常见并发症之一^[1], 多发生于术后早期^[2], 文献报道的发生率为 3.0%~88.8%^[3-5]。因大多数患者术后吞咽困难可在数月内自行恢复^[2], 该并发症未引起临床医生的足够重视。部分学者甚至认为术后吞咽困难是颈前路手术后不可避免的结果。然而, 吞咽困难可明显降低颈椎前路手术患者术后的生活质量^[5], 影响部分患者的水和食物摄入, 严重者可引起吸入性肺炎等并发症, 甚至迫使手术取出内固定物以缓解症状。吞咽困难的问题近年来逐渐引起临床医护人员的重视。本研究采用揞针埋针联合气管推移训练方法治疗颈椎前路手术后早期吞咽困难, 获满意疗效, 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月—2017 年 1 月入住我院骨科行颈椎前路单节段或双节段减压植骨融合术的颈椎病患者 40 例, 随机分为观察组 20 例、对照组 20 例。其中观察组男 13 例、女 7 例,

平均年龄 (38.55 ± 11.83) 岁; 对照组男 11 例、女 9 例, 平均年龄 (40.7 ± 12.56) 岁。所有病例均由同一组医师进行手术治疗。两组性别、年龄、手术时间等基本因素比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表1 两组患者一般资料比较 ($n=20$)

组别	性别 / 例		年龄 ($\bar{x} \pm s$) / 岁	手术时间 / h
	男	女		
观察组	13	7	38.55 ± 11.83	1.71 ± 0.458
对照组	11	9	40.7 ± 12.56	1.95 ± 0.43
检验统计量	$\chi^2=0.417$		$t=-0.557$	$t=-1.700$
P 值	0.519		0.581	0.097

1.2 颈椎前路手术后吞咽困难的诊断 颈椎前路手术后吞咽困难表现为术后不能吞咽或进食固体或液体食物时出现不适感。临床症状包括吞咽时或吞咽后的反射性咳嗽或呛咳, 饮食或饮水时发生

* 基金项目: 江西省卫计委中医药科研计划项目 (2015A223)。

** 第一作者: 刘静莉 (1976—), 女, 主管护师。研究方向: 创伤骨科护理。Tel: 15079152050, E-mail: kyxq168@126.com。

*** 通信作者: 肖强 (1975—), 男, 硕士, 主任医师。研究方向: 脊柱外科。Tel: 13870660570, E-mail: kyxq168@126.com。

哽噎,食物粘着于咽喉部的感觉,喉部有肿块感,吞咽时疼痛感,反复发作的吸入性肺炎或胸部梗阻感等。术后 1 月内出现吞咽困难者,定义为术后早期吞咽困难。

1.3 纳入标准 临床表现符合上述诊断标准,年龄在 18~65 岁之间的患者。

1.4 排除标准 ①年龄在 18 岁以下或 65 岁以上者,或为妊娠期、哺乳期妇女。②具有严重的原发性心血管病变、肝脏病变、肾脏病变、血液学病变、肺脏疾病、或影响其生存的严重疾病,如肿瘤或艾滋病。③精神或法律上的残疾患者。④怀疑或有酒精、药物滥用病史,或者根据研究者的判断、具有降低入组可能性或使入组复杂化的其他病变,如工作环境经常变动等易造成失访的情况。⑤已知对针刺晕针者、麻醉药物、头孢类抗生素有过敏史者或严重过敏体质者。⑥辨证不属中医肺气亏虚、阴虚肺燥、肝火犯肺型者。⑦需行颈椎前路多节段(≥ 3)减压手术或需颈椎前后联合手术患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 观察组 经医院伦理委员会审核通过,观察组患者自愿接受揸针埋针联合气管推移训练。术前气管推移训练由指定的一名骨科护师完成,使用大拇指指腹从右向左缓缓推移甲状软骨,以跨越颈前正中线为度,每日 2 次,每次 15 下。该训练由术前 4 天开始,持续 3d,术前 1 天休息。②术后予以采用清铃揸针埋针疗法,取穴为颈 4 夹脊穴、三廉泉(正廉泉、上廉泉、前廉泉)、心俞、脾俞。③常规气道雾化护理,一日 2 次。正廉泉:位于前正中线上,喉结上方,当舌骨体上缘中点处。前廉泉:位于前正中线上,在下颌部,正当颈后一寸凹陷中。上廉泉:位于前正中线上,正当前廉泉与正廉泉连线中点处。颈 4 夹脊穴:位第 4 颈椎棘突下旁开 0.5 寸。心俞穴:第 5 胸椎棘突下,旁开 1.5 寸。脾俞:第 11 胸椎棘突下,旁开 1.5 寸。将皮肤常规消毒清洁干燥后,将清铃揸针(日本株式会社生产,四川唯高科技公司代理,1.5mm $\times$ 0.2mm)垂直埋入心俞、脾俞、颈 4 夹脊穴、三廉泉,留针 24h。每日 1 次,7 次为一疗程。

1.5.2 对照组 常规气道雾化护理,一日 2 次。1 周为一疗程。

两组均治疗 1 个疗程。

1.6 吞咽困难评价指标 采用国际通用的 Bazaz 分级系统来划分术后吞咽困难的程度:无:吞咽液体及固体食物均无困难;轻度为吞咽液体食物无困难,固体食物偶尔困难;中度为吞咽液体食物无或

偶尔困难,固体食物易困难(仅对特定食物);重度为吞咽液体食物容易或频繁困难,固体食物困难(对大多数食物)。评价记录两组中吞咽困难患者的程度及持续时间。

1.7 统计学方法 采用 SPSS18.0 统计学软件(SPSS 公司,美国)进行统计学分析。组间均数比较用 t 检验,两组间吞咽困难发生率、发生程度比较用卡方检验。 $P \leq 0.05$ 为差异具有统计学意义, $P \leq 0.01$ 为差异具有显著统计学意义。

2 结果

2.1 两组吞咽困难发生率的比较 见表 2。术后当天吞咽困难发生率观察组为 15%,中重度患者 1 例;对照组为 45%,中重度患者 4 例,两组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 两组患者吞咽困难发生率比较($n=20$) 例

组别	无	轻度	中度	重度	吞咽困难发生率/%
观察组	17	2	1	0	15
对照组	11	5	2	2	45
χ^2					4.286
P 值					0.038

2.2 两组吞咽困难持续时间的比较 见表 3。两组术后早期吞咽困难患者中,观察组持续时间 1d 的 2 例,7d 后无吞咽困难;对照组持续时间 1d 的 8 例,7d 后仍有吞咽困难者 4 例,术后 1 月内均恢复正常。

表3 两组患者吞咽困难持续时间比较 例

组别	n	术后 1d	术后 3d	术后 7d
观察组	3	2	1	0
对照组	9	8	6	4
χ^2		4.800	4.329	4.444
P 值		0.028	0.037	0.035

3 讨论

吞咽困难是颈椎前路手术的常见并发症之一,多发生于术后早期,且此阶段症状常最重。吞咽困难可明显降低颈椎前路患者术后的生活质量,影响部分患者的水和食物摄入,严重者可引起吸入性肺炎等并发症,甚至迫使手术取出内固定物以缓解症状。颈椎前路手术后吞咽困难确切的发病机制与危险因素不明确,多数学者认为,颈椎前路手术中对患者气管和食管的牵拉是造成术后吞咽困难的主要原因之一。文献报道术后早期吞咽困难发生率为 50.2%^[2],笔者研究发现未行干预的情况下术

后早期吞咽困难发生率为 45.0%，与文献报道结果接近。

颈椎前路术后吞咽困难是由多种因素造成的一种术后并发症，具体发生机制仍不清楚，文献中有关吞咽困难预防和治疗的报道很少，而且在具体的方法上存在一定争议，也没有统一的肯定的效果^[5]。国内沈洪^[6]提出术前进行规范的食管气管推移训练可以有效降低颈椎前路术后吞咽困难程度，但不能降低术后吞咽困难的发生率。本研究采用揸针埋针联合气管推移训练方法治疗颈椎前路手术后早期吞咽困难，观察组术后早期吞咽困难发生者中，持续 1d 的 2 例，7d 后无吞咽困难，术后患者吞咽困难发生率仅 15%，程度明显减轻，且均在 1 周内恢复正常，与对照组比较有统计学差异。

笔者认为术前气管推移训练操作可提高患者在手术中对气管牵拉的耐受性，术中血压、心率、呼吸及吞咽次数变化较小，减少了手术的风险，且因手术中出血量少，术野暴露好，利于手术的进行，其原因可能是气管推移训练后使手术侧的内脏鞘和动脉鞘的间隙逐渐增大，四周组织变得疏松，减低术中牵拉对食管气管的损伤。同时，针灸能调节或兴奋咽部神经，加强与吞咽有关的肌肉运动的协调性，从而改善吞咽困难。揸针作为一种特殊的针灸针，揸针埋针具有全天候 24h 治疗作用。此外，揸针埋针不仅操作方便，无痛苦，无副作用，且可产生持续而稳定刺激，不断地促进经络气血的运行，激发人体正气。而且，在埋针期间不影响患者活动。国内学者沈瑾^[7]运用揸针埋针治疗脑卒中后吞咽困难，取穴为颈 4 夹脊穴、“舌三针”（廉泉穴、廉泉左右旁开 1 寸各取 1 穴）、心俞、脾俞、阿是穴，获较好的疗效。陈青^[8]运用针灸与康复训练治疗中风后吞咽困难，取穴廉泉、玉液、外金津等穴，疗效满意。目前尚未见运用针灸治疗颈椎前

路手术后吞咽困难的报道。笔者采用揸针埋针联合术前气管推移训练对颈椎前路手术后早期吞咽困难主动干预治疗，通过调整治理全身功能，从而调动人体的抗病御邪功能，达到平衡阴阳、平衡心理和吞咽功能早期康复的目的。

综上所述，揸针埋针联合气管推移训练能明显改善颈椎前路手术后早期吞咽困难的程度，缩短吞咽困难者持续时间，具有操作方便，痛苦少，无副作用等优点，具有较好的临床应用价值。

参考文献

- [1] Baron EM, Soliman AM, Gaughan JP, et al. Dysphagia, hoarseness, and unilateral true vocal fold motion impairment following anterior cervical discectomy and fusion[J]. Ann Otol Rhinol Laryngol, 2003, 112(11):921-926.
- [2] Bazaz R, Lee MJ, Yoo JU. Incidence of dysphagia after anterior cervical spine surgery: a prospective study[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2002, 27(22):2 453-2 458.
- [3] Fehlings MG, Smith JS, Kopjar B, et al. Perioperative and delayed complications associated with the surgical treatment of cervical spondylotic myelopathy based on 302 patients from the AOSpine North America Cervical Spondylotic Myelopathy Study[J]. J Neurosurg Spine, 2012, 16(5):425-432.
- [4] Kalb S, Reis MT, Cowperthwaite MC, et al. Dysphagia after anterior cervical spine surgery: incidence and risk factors[J]. World Neurosurg, 2012, 77(1):183-187.
- [5] Riley LR, Skolasky RL, Albert TJ, et al. Dysphagia after anterior cervical decompression and fusion: prevalence and risk factors from a longitudinal cohort study[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2005, 30(22):2 564-2 569.
- [6] Chen Z, Wei X, Li F, et al. Tracheal traction exercise reduces the occurrence of postoperative dysphagia after anterior cervical spine surgery[J]. Spine (Phila Pa 1976), 2012, 37(15):1 292-1 296.
- [7] 陈青, 王艳芳. 针灸与康复训练治疗中风后吞咽困难[J]. 湖北中医杂志, 2012, 34(7):69-69.
- [8] 沈瑾, 张大同, 裘涛. 揸针埋针候气治疗脑卒中后吞咽障碍 20 例疗效观察[J]. 浙江中医杂志, 2014, 42(2):127-127.

(收稿日期: 2017-07-15) 编辑: 万崇毅

征稿启事

《江西中医药》(月刊)所设的重点栏目有《盱江医学》《明医心鉴》等。《盱江医学》主要介绍与江西盱江医学相关的临床、药学、养生、文化等各类研究论文;其地域涉及广昌、南丰、南城、黎川、资溪、金溪、乐安、宜黄、崇仁、临川、东乡、丰城、清江(樟树)、进贤、新建、南昌等县市;其人物包括祖籍在盱江流域以及在该流域有医事(药事)活动的医家和文化名人。《明医心鉴》以介绍名老中医经验和中医临证心得为主,重点刊载中医关于疑难病的诊疗经验,要求观点、方法新颖,经验独到。