

变,减少心理应激,提高战胜疾病的信心,加速负性心理转为良性心理;通过向患者提供宣泄的机会,能帮助其克服抑郁、自卑及焦躁等不良情绪;通过与患者建立良好医患关系,能促其积极配合治疗,并尽量扩大与外界的交往,从而增强社会支持及自身适应能力,同时心理干预还有助于纠正患者不良睡眠行为模式,从而改善睡眠质量,促进生活质量提高。通过动员家属给予患者关心、支持及帮助,有利于提高家庭支持系统整体水平,改善家庭氛围,帮助患者感受家庭、社会温暖,减少失落感,从而更积极、主动地配合医护人员进行系统康复治疗^[5,13]。

本研究结果显示,2 组患者分别经相应治疗后,发现治疗组 HAMD 评分及 GQOLI-74 评分(包括躯体健康、心理健康及社会功能评分)均较治疗前及对照组明显改善,且差异均具有统计学意义($P < 0.05$),表明在常规药物治疗抑郁症患者基础上辅以 rTMS 及心理干预,不仅能进一步改善患者抑郁病情,同时还能显著提高患者生活质量,降低其自杀、自伤风险,促其早日回归家庭及社会,该联合疗法值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, et al. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*, 2005, 28: 1-8.
- [2] 中华医学会精神科分会. 中国精神障碍分类与诊断标准. 第 3 版. 济南: 山东科学技术出版社, 2001: 87.
- [3] 张明园. 精神科评定量表手册. 长沙: 湖南科技出版社, 1998: 122-127.
- [4] 朱毅平, 蔡敏, 林敏, 等. 经颅磁刺激联合帕罗西汀治疗广泛性焦

- 虑的疗效观察. *中华物理医学与康复杂志*, 2011, 33: 125-127.
- [5] 王素祥, 杨艳琴. 早期心理干预对脑卒中后抑郁症的预防作用. *中华物理医学与康复杂志*, 2008, 30: 265-266.
- [6] 徐芝灵, 李家亮. 心理干预联合电针及高压氧治疗脑外伤后抑郁症的疗效观察. *中华物理医学与康复杂志*, 2011, 33: 39-42.
- [7] 严加民. 帕罗西汀合用心理行为干预治疗老年期抑郁症的疗效. *中国健康心理学杂志*, 2008, 16: 926-927.
- [8] Pans T, Barret J. Transcranial magnetic stimulation (TMS) of the human frontal cortex: implications for repetitive TMS treatment of depression. *J Psychiatry Neurosci*, 2004, 29: 268-279.
- [9] Cohen H, Kaplan Z, Kotler M, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the right dorsolateral prefrontal cortex in posttraumatic stress disorder: a double-blind placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 2004, 161: 515-524.
- [10] 王菲, 耿鑫, 陶华英, 等. 重复经颅磁刺激对血管性痴呆大鼠认知功能影响的机制. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32: 730-734.
- [11] Ben SD, Belmaker RH, Grisaru N, et al. Transcranial magnetic stimulation induces alterations in brain monoamines. *J Neural Transm*, 1997, 4: 191-197.
- [12] 刘津, 李笑. 高频重复经颅磁刺激辅助治疗脑卒中后抑郁的临床疗效观察. *中华物理医学与康复杂志*, 2010, 32: 513-515.
- [13] 冒才英, 张旭兰, 合浩, 等. 抑郁症患者及家属的家庭心理干预效果评价. *临床心身疾病杂志*, 2008, 14: 426-428.

(修回日期: 2012-07-20)

(本文编辑: 易 浩)

康复训练联合针刺对鼻咽癌放射性损伤后张口困难及生活质量的影响

尹正录 孟兆祥 林舜艳 张熙斌 陈波 柯明慧

【摘要】目的 探讨康复训练联合针刺对鼻咽癌患者放射性损伤后张口困难及生活质量的影响。**方法** 采用随机数字表法将 43 例鼻咽癌放疗后张口困难患者分为治疗组及对照组。2 组患者均给予张口康复训练, 治疗组在此基础上辅以针刺治疗。分别于入组时、治疗 4 个疗程后对 2 组患者进行疗效评定, 包括检测门齿间距变化, 选用 QLQ-C30 癌症患者生存质量核心量表中 5 个功能子量表(包括躯体功能、认知功能、角色功能、情绪功能、社会功能)和总健康状况子量表进行生活质量评定。**结果** 2 组患者分别经 4 个疗程治疗后, 其门齿间距较治疗前均明显增加, 并且以治疗组的增加幅度较显著, 与对照组间差异具有统计学意义($P < 0.05$); 在生活质量改善方面, 2 组患者各项指标评分均较治疗前明显增加($P < 0.05$), 其中治疗组躯体功能及总健康状态评分较对照组增加显著, 组间差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 张口康复训练联合针刺能显著改善鼻咽癌患者放射性损伤后张口困难及生活质量。

【关键词】 针刺; 张口训练; 鼻咽癌; 放射性损伤; 张口困难; 生存质量

鼻咽癌是我国常见恶性肿瘤之一, 目前放射治疗是其首选治疗手段。近年来由于诊疗技术进步、医疗条件改善, 该病患者 5 年生存率已得到明显提升^[1,2], 同时关于鼻咽癌放疗后的

许多晚期后遗症对患者生活质量的影响也愈发受到临床关注^[3]。张口困难是鼻咽癌根治性放疗的晚期并发症之一, 由于患者颞颌关节经高剂量射线照射后可出现反应性渗出、硬化, 颞间软组织纤维化、粘连形成和挛缩, 使得关节活动受限造成张口困难, 轻者表现为张口时颞颌关节处发紧、疼痛, 重者张口时门齿间距日渐缩小, 甚至牙关紧闭, 严重影响患者进食及生活质量^[4]。我科于 2010 年 1 月至 2011 年 6 月期间对 43 例鼻咽癌放疗后张口困难患者进行分组研究, 并对其中 22 例给予

DOI: 10. 3760/cma. j. issn. 0254-1424. 2012. 08. 018

作者单位: 225001 扬州, 江苏省苏北人民医院康复科(尹正录、孟兆祥、张熙斌、陈波、柯明慧), 麻醉科(林舜艳)

通信作者: 孟兆祥, Email: LSY18LSY18@126. com

针刺及张口康复训练,发现临床疗效满意。

对象与方法

一、研究对象

共选取 2010 年 1 月至 2011 年 6 月期间在我院治疗的 43 例鼻咽癌患者,患者纳入标准包括:①经组织学或细胞学检查确诊为鼻咽癌,给予根治性放疗(总剂量 70~74 Gy)且持续 6 个月以上;②鼻咽肿瘤未侵及颞下窝和颞颌关节区;③无颞颌关节病史;④上、下门齿尚存,能够准确测量门齿间距;⑤无明显肿瘤复发征象;⑥愿意参加本研究并签署知情同意书。采用随机数字表法将 43 例患者分为 2 组。治疗组共有患者 22 例,其中男 14 例,女 8 例;年龄 22~68 岁,平均(42.6±7.5)岁;平均入选时间为放疗后(8.6±3.4)月;根据 1997 年国际抗癌联盟(Union for International Cancer Control, UICC)临床分期标准,共有 II 期 9 例,III 期 13 例。对照组共有患者 21 例,其中男 13 例,女 8 例;年龄 20~67 岁,平均(43.6±6.9)岁;平均入选时间为放疗后(8.6±3.4)月;临床分期:II 期 10 例,III 期 11 例。2 组患者年龄、性别、肿瘤分期、病程等经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

治疗组患者给予张口康复训练及针刺治疗,对照组患者单纯给予张口康复训练。

1. 针刺治疗:取穴下关(双侧)、人迎(双侧)、颊车(双侧)、足三里(双侧)。下关位于颧弓与下颌切迹的凹陷处,深刺该穴并产生强烈针感后将针上提少许;人迎在喉结旁、胸锁乳突肌的前缘,取 1 寸毫针直刺约 0.8 寸左右,得气即可;颊车位于咬肌高点,针刺后酸胀明显,可促使口腔内分泌唾液;足三里应给予强刺激手法治疗。配穴取翳风、舌三针(包括上廉泉、外金津、外玉液)、三阴交、太溪、照海、合谷。根据患者具体情况选 2~4 穴,穴位经局部消毒、针刺得气后接通广州产 D8606-II 型电针治疗仪,选用疏密波,持续治疗 30 min。上述治疗每天 1 次,每周治疗 5 d,治疗 10 次为 1 个疗程。

2. 张口康复训练:①进行最大幅度张口练习,持续 5 s 后闭嘴,再练习咀嚼、鼓腮、咽津、微笑、屏气及发声动作,上述训练反复进行,每次持续 5~15 min,每天训练 5~6 次;②磨牙训练,嘱患者口唇闭合,上牙与下牙交替进行侧向与前伸动作,使牙齿咬合面受到摩擦,在做各方向动作时,下颌前牙需越过覆盖的上颌前牙,每一动作保持 3 s 后还原,连续训练 5 次;③练习舌前伸、后缩、卷动等动作,每日数次,并配合颈部肌肉锻炼,如头颈向左右侧弯、旋转等,每次持续 10~15 min,动作速度宜缓慢,幅度不宜过大;④颞颌关节处及周围局部轻柔按摩(沿肌纤维方向进行按摩),当出现皮损时须等创面痊愈后再进行按摩,每次持续 5~15 min,每天按摩 3~5 次。待每次张口康复训练完毕后,立即咀嚼 2 片口香糖持续 15 min。

三、疗效评价标准

于治疗前、治疗 2 个疗程及 4 个疗程后检测 2 组患者门齿间距变化情况^[5];采用癌症患者生存质量核心量表(quality of life questionnaire core-30, QLQ-C30)中的 5 个功能子量表(包括躯体功能、认知功能、角色功能、情绪功能及社会功能)和总健康状况子量表对患者生活质量进行评定,5 个功能子量表分别设 4 个答案:没有(1 分)、有点(2 分)、相当(3 分)、非常(4

分),总健康状况子量表则设 7 个答案:很差(1 分)、比较差(2 分)、欠佳(3 分)、一般(4 分)、还好(5 分)、比较好(6 分)、很好(7 分)。上述各量表得分越高表示患者整体生活质量及功能越好。

四、统计学分析

采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行数据分析,计量资料比较采用卡方检验,计数资料比较采用独立样本 t 检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

一、治疗前后 2 组患者门齿间距比较

治疗前 2 组患者门齿间距组间差异无统计学意义($P>0.05$);2 组患者分别经 2 个疗程治疗后,发现治疗组门齿间距有所增加,与治疗前比较,差异具有统计学意义($P<0.05$);对照组门齿间距较治疗前有增加趋势,但差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者分别经 4 个疗程治疗后,发现治疗组门齿间距较治疗 2 个疗程时进一步增大($P<0.01$);对照组门齿间距也进一步增大,与治疗前比较,差异具有统计学意义($P<0.05$)。通过组间比较发现,治疗组门齿间距在治疗 4 个疗程时较对照组明显增加,组间差异具有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表 1。

表 1 2 组患者治疗前、后门齿间距比较(cm, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 2 个疗程	治疗 4 个疗程
治疗组	22	3.10±0.74	3.24±0.18 ^a	3.58±0.25 ^{abc}
对照组	21	3.09±0.29	3.13±0.06	3.24±0.38 ^a

注:与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗 2 个疗程时比较,^b $P<0.05$;与对照组相同时间点比较,^c $P<0.05$

二、治疗前后 2 组患者生活质量评分比较

治疗前 2 组患者躯体功能、认知功能、角色功能、情绪功能、社会功能及总健康状况评分组间差异均无统计学意义($P>0.05$)。2 组患者分别经 2 个疗程治疗后,发现其各项指标评分均较治疗前明显增加($P<0.05$)。2 组患者分别经 4 个疗程治疗后,其各项指标评分均较治疗前进一步改善($P<0.05$),并且以治疗组躯体功能及总健康状况评分的改善幅度较显著,与对照组间差异具有统计学意义($P<0.05$),具体数据见表 2。

讨 论

近年来随着鼻咽癌患者治愈率及生存率日益提高,人们逐渐开始重视因放疗副反应对患者社会活动、工作能力、情绪及心理状态的影响,将如何改善患者生活质量作为治疗时必须考虑的重要因素之一^[6]。张口困难是鼻咽癌根治性放疗晚期并发病之一。有文献报道,鼻咽癌患者经根治性放疗 6 个月后,其张口困难发生率高达 14.9%,2 年后发生率为 66.4%^[7]。由于患者颞颌关节及咀嚼肌受放疗射线影响,可发生肌肉萎缩、关节退行性变和纤维化,导致颞颌关节功能障碍,诱发张口困难,患者最初表现为张口时颞颌关节发紧、疼痛,继续发展则形成颞颌关节活动受限,张口门齿间距日渐缩小,说话时口齿不清,严重者甚至牙关紧闭、进食困难,导致患者营养不良甚至发生恶病质^[8];而且张口困难一旦发生很难逆转,给患者带来极大痛苦,对其生活质量造成严重影响。

表 2 2 组患者治疗前、后 QLQ-C30 量表评分结果比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体功能	认知功能	角色功能	情绪功能	社会功能	总健康状态
治疗组							
治疗前	22	82.22 ± 5.89	81.06 ± 5.06	84.83 ± 4.25	77.22 ± 4.74	79.06 ± 6.31	81.85 ± 6.15
治疗 2 个疗程	22	84.17 ± 6.19 ^a	82.12 ± 3.41 ^a	84.49 ± 5.31 ^a	80.23 ± 3.21 ^a	80.43 ± 3.25 ^a	83.24 ± 5.61 ^a
治疗 4 个疗程	22	86.13 ± 1.27 ^{ab}	84.29 ± 3.06 ^a	85.87 ± 2.64 ^a	83.14 ± 2.06 ^a	81.13 ± 1.10 ^a	86.15 ± 6.34 ^{ab}
对照组							
治疗前	21	82.25 ± 4.97	82.10 ± 6.29	83.85 ± 3.60	78.22 ± 6.15	78.06 ± 5.08	80.71 ± 7.15
治疗 2 个疗程	21	84.01 ± 3.25 ^a	82.92 ± 5.30 ^a	84.06 ± 3.54 ^a	79.57 ± 3.50 ^a	80.56 ± 3.60 ^a	82.35 ± 4.82 ^a
治疗 4 个疗程	21	84.16 ± 2.51 ^a	83.32 ± 4.03 ^a	86.10 ± 2.04 ^a	82.32 ± 2.53 ^a	81.47 ± 2.05 ^a	84.85 ± 6.11 ^a

注:与治疗前比较,^a $P < 0.05$;与对照组治疗 4 个疗程时比较,^b $P < 0.05$

相关文献报道,康复训练对接受放疗的鼻咽癌患者张口障碍具有显著改善作用^[4],通过对鼻咽癌放疗患者进行张口康复训练,有利于促进血液循环,改善关节功能,经常做咀嚼动作,可刺激唾液分泌,湿润咽喉部,避免舌干燥;通过张口动作使舌体、牙龈及周围肌肉得到锻炼,防止口腔功能退化;通过经常练习微笑、鼓腮等动作可改善咀嚼肌、舌肌肌力和肌张力,能预防因颞颌关节及其周围肌肉组织纤维化而诱发的张口困难;通过强化舌头在口腔内各方向运动,能防止因舌肌萎缩引发的功能退化;每日进行颈部运动,可防止因颈部关节肌肉纤维化而诱发的颈部软组织挛缩及活动受限。本研究结果显示,2 组患者分别经张口康复训练后,其门齿间距均较治疗前明显改善,进一步证明张口康复训练对鼻咽癌放疗患者张口困难具有显著治疗作用。

中医古籍中并无鼻咽癌病名,可分属于中医学“鼻衄”、“鼻渊”、“失荣”、“鼻痔”、“恶核”、“瘰疬”、“上石疽”、“真头痛”等范畴^[9]。鼻咽癌放疗患者头面部感受“热毒”之邪(放射性损伤)致经络失荣、经气阻滞、经筋失养、肌肉干枯挛缩而发病,以津液耗伤、阴血亏损、脾胃失调为主要病机。根据“经络所过,主治所及”和“腧穴所在,主治所在”原理,采用局部针刺和远端取穴相结合方法,针刺取穴下关、颊车、人迎等,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;又可刺激下颌舌骨肌、舌肌,使舌的活动功能增强,改善张口及吞咽动作协调性。人迎穴为足阳明、足少阳经之会,针刺该穴具有解痉功效,能缓解肌肉紧张、阻断异常神经传导,可用于治疗颜面部阴阳失和、气血失调等疾患。针刺足三里可调理脾胃、补中益气;针刺三阴交、照海、太溪等穴具有滋阴养血、缓柔筋脉之功效^[10]。本研究治疗组在张口康复训练基础上辅以穴位针刺治疗,发现患者治疗后其门齿间距较治疗前及对照组均明显改善,提示针刺联合张口康复训练治疗鼻咽癌放疗患者张口困难具有协同作用,能进一步提高疗效。

生活质量是患者对疾病及相关治疗所产生的在躯体、心理、社会功能等方面影响的主观认识和体验^[11],同时生活质量也是评价患者健康状况及医疗护理质量的重要指标^[12]。随着当前医学模式的转变及对健康的重新认识,在鼻咽癌临床治疗或护理过程中,不应只重视患者生存期,同时还应关注患者生活质量。本研究采用的中文版 QLQ-C30 量表具有良好的信度、效度和反应度,能作为评价我国头颈癌患者生活质量的重要工具之一^[13]。通过分析本研究 2 组患者治疗前、后 QLQ-C30 各量表

评定结果,发现 2 组患者在放疗后因张口困难等原因使其生活质量显著恶化,其躯体功能、认知功能、角色功能、情绪功能、社会功能等均有不同程度下降;通过给予针刺及张口康复训练联合治疗后,不仅增加了患者门齿间距,对其生活质量也具有显著改善作用,其疗效明显优于单纯张口康复训练。

综上所述,本研究结果表明,联合针刺与张口康复训练治疗鼻咽癌放疗患者张口困难具有显著疗效,能明显提高患者门齿间距及生活质量,值得临床推广、应用。

参 考 文 献

- [1] Yi JL, Gao L, Huang XD, et al. Nasopharyngeal carcinoma treated by radical radiotherapy alone: ten-year experience of a single institution. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 2006, 65: 161-168.
- [2] 高运生, 胡超苏, 应红梅, 等. 1837 例鼻咽癌疗效的回顾性分析. *中华放射肿瘤学杂志*, 2008, 17: 335-339.
- [3] Talmi YP, Horowitz Z, Bedrin L, et al. Quality of life of nasopharyngeal carcinoma patients. *Cancer*, 2002, 94: 1012-1017.
- [4] 赵京文, 高黎, 黄晓东. 张口功能锻炼预防鼻咽癌放疗后张口困难. *中华放射肿瘤学杂志*, 2005, 14: 199-200.
- [5] 殷蔚伯, 谷铁之. 肿瘤放射治疗学. 3 版. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002: 1110-1111.
- [6] 万崇华, 罗家洪, 杨铮, 等. 癌症病人生活质量测定与应用. 北京: 科学出版社, 2007: 294-295.
- [7] 任浙平, 李先明, 钟鹤立, 等. 鼻咽癌放疗后张口困难的临床观察与分析. *肿瘤防治研究*, 2004, 31: 504-505.
- [8] 严洁华, 潘国英. 鼻咽癌//谷铁之, 殷蔚伯, 刘泰福. 肿瘤放射治疗学. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1993: 470-473.
- [9] 王士贞. 中医耳鼻喉科学. 北京: 中国中医药出版社, 2003: 216-217.
- [10] 杨艳杰, 郭惠学, 王丽莉. 针灸按摩治疗鼻咽癌放疗后纤维化的临床观察. *中国实用医药*, 2010, 10: 21-22.
- [11] 万崇华. 生命质量测定与评价方法. 昆明: 云南大学出版社, 1999: 21-23.
- [12] 翁丽芳, 杨洁芝, 胡丽娟, 等. 冠状动脉搭桥术后患者社会支持、应对方式与生存质量的相关性研究. *现代临床护理*, 2009, 10: 5-6.
- [13] 张伟军, 王继群, 王兆武, 等. 鼻咽癌放疗后继发性鼻窦炎影响因素的分析. *中华放射医学与防护杂志*, 2003, 23: 33-35.

(修回日期: 2012-07-10)

(本文编辑: 易 浩)