

任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍疗效观察

于颢荔, 黄建亮, 刘建英, 方盛

金华市第二医院康复中心, 浙江 金华 321000

[摘要] 目的: 观察任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的疗效。方法: 选取 76 例缺血性脑卒中后吞咽障碍患者, 按随机数字表法分为对照组及观察组各 38 例。对照组给予常规康复训练, 观察组在对照组基础上加用任督通调针刺治疗。观察 2 组临床疗效及不良反应发生情况, 比较 2 组治疗前后中医证候评分、功能性经口摄食量表 (FOIS) 评分、吞咽功能评估量表 (SSA) 评分的变化。结果: 治疗后, 2 组半身不遂、头晕目眩、舌强言謇、辗转不利、肢体偏枯、舌苔薄白痰多的中医证候评分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 观察组上述 6 项中医证候评分均低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组临床疗效总有效率为 89.47%, 对照组为 76.32%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 FOIS 吞咽功能分级均优于治疗前 ($P < 0.05$), 观察组 FOIS 分级优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组 SSA 评分均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 观察组低于对照组 ($P < 0.05$)。观察组不良反应发生率为 5.26%, 对照组为 15.79%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床疗效显著, 可缓解临床症状, 促进吞咽功能恢复, 治疗安全性高。

[关键词] 缺血性脑卒中; 吞咽障碍; 任督通调针刺法; 康复训练; 吞咽功能评估量表

[中图分类号] R246.6; R277.7 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2023) 01-0164-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.01.036

Clinical Effect of Needling Method of Regulating Conception and Governor Vessels Combined with Rehabilitation Training on Dysphagia After Ischemic Stroke

YU Xieli, HUANG Jianliang, LIU Jianying, FANG Sheng

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of the therapy of needling method of regulating conception and governor vessels combined with rehabilitation training on dysphagia after ischemic stroke. **Methods:** A total of 76 patients with dysphagia after ischemic stroke were divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 38 cases in each group. The control group was given routine rehabilitation training, and the observation group was additionally treated with needling method of regulating conception and governor vessels based on the treatment of the control group. The clinical effects and incidence of adverse reactions in both groups were observed, and the changes in the traditional Chinese medicine (TCM) syndrome scores and the scores of Functional Oral Intake Scale (FOIS) and Standardized Swallowing Assessment (SSA) before and after treatment were compared between the two groups. **Results:** After treatment, the TCM syndrome scores of hemiparalysis, dizziness, stiff tongue and dysphagia, dysfunction of turning over, hemiplegia of limbs and thin coated tongue and excessive white phlegm in both groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above scores in the observation group were lower than those in the control

[收稿日期] 2021-11-15

[修回日期] 2022-10-26

[基金项目] 金华市科技计划项目 (2020-4-059)

[作者简介] 于颢荔 (1984-), 女, 主管技师, E-mail: yxl321017@163.com。

group($P < 0.05$). The total clinical effective rate was 89.47% in the observation group, higher than that of 76.32% in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). After treatment, the FOIS grading of swallow function in both groups was superior to that before treatment($P < 0.05$), and the abovegrading in the observation group was better than that in the control group($P < 0.05$). After treatment, the SSA scores in both groups were decreased when compared with those before treatment($P < 0.05$), and the SSA score in the observation group was lower than that in the control group($P < 0.05$). The incidence of adverse reactions was 5.26% in the observation group and 15.79% in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). **Conclusion:** The therapy of needling method of regulating conception and governor combined with rehabilitation training has a significant clinical effect on dysphagia after ischemic stroke, which can improve the clinical symptoms and promote the recovery of the swallow function, with a good safety.

Keywords: Ischemic stroke; Dysphagia; Needling method of regulating conception and governor vessels; Rehabilitation training; Standardized Swallowing Assessment

缺血性脑卒中患者颅内神经受损易引起脑栓塞、脑梗死等,部分脑卒中患者会出现不同程度的吞咽障碍,导致进食困难、咽下梗阻等症状,影响进食、进水,持续时间长,损伤患者神经功能,诱发多种并发症^[1]。有效地康复训练可提高神经系统兴奋程度,抑制反射异常,预防咽下肌群肌肉萎缩,但单一护理干预疗效不佳^[2]。该病归属于中医中风范畴,吞咽障碍属喉痹范畴,患者脏腑虚弱、阴阳失调、瘀血凝滞,致舌窍不灵、阻塞脑络。任督通调针刺法选胸骨处的天突穴,针刺可促进食管蠕动,改善吞咽困难^[3]。本研究观察任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合《中国脑卒中康复治疗指南(2011 完全版)》^[4]和《实用神经病学》^[5]中缺血性脑卒中后吞咽障碍的诊断标准。影像学显示缺血性病灶,起病急、神经功能缺损;吞咽困难、饮水呛咳、声音嘶哑,伴喉、咽喉肌、咬肌、面肌等运动功能障碍,咽反射迟钝。

1.2 辨证标准 符合气虚络瘀型喉痹辨证标准^[6]。半身不遂、失语、舌强言謇、辗转不利、肢体偏枯,面色萎黄,舌质淡紫或有瘀点,舌苔薄白、痰多,脉细涩或弱。

1.3 纳入标准 经影像学检查头颅 CT 或 MRI 显示

符合上述诊断及辨证标准,生命体征平稳;有脑梗死或脑出血病灶;采用电视透视 X 线检查动态评估口、咽、食管上部分吞咽功能,吞咽障碍病程 < 6 个月;无针刺禁忌证;患者及家属知情同意;依从性好。

1.4 排除标准 出现严重器质性心肝肺肾功能不全疾病;合并其他神经系统疾病导致吞咽障碍;合并食管动力性疾病、肺部疾病;血液系统、自身免疫系统、代谢障碍;严重认知功能障碍;药物禁忌证。

1.5 一般资料 选取 2019 年 6 月—2021 年 6 月金华市第二医院收治的 76 例缺血性脑卒中后吞咽障碍患者,按随机数字表法分为对照组及观察组各 38 例。对照组男 21 例,女 17 例;年龄 52~81 岁,平均(61.09±5.58)岁;吞咽障碍病程 2~11 周,平均(8.14±1.96)周。观察组男 22 例,女 16 例;年龄 53~81 岁,平均(61.07±5.46)岁;吞咽障碍病程 2~12 周,平均(8.13±1.92)周。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 对照组 给予改善脑循环、脑代谢的治疗,降脂、调节血糖、补液、抗血小板聚集和营养支持等,根据患者病情行常规康复训练。①面部训练:微笑、皱眉、鼓腮后吐气等动作训练患者舌部、舌骨、软腭等部位的运动力量、幅度。②感官刺激:

采用气流、冰刺激患者舌根、咽喉部,加强反射性能,采用电刺激仪刺激患者舌骨肌。③吞咽功能训练:空吞咽加强患者咽缩肌收缩能力、运动的自主协调能力,采用吹口哨、吹气、张嘴、微笑等方式行口唇运动训练;张开合下颌、空咀嚼或嚼口香糖行下颌、咀嚼运动训练;尽力向前向两侧伸舌、摆舌、舔唇,舌尖顶面颊部、抵压硬腭部行舌运动训练;吸吮、鼓腮、吞咽等动作行颊肌、喉部运动训练,尽力咳嗽,避免呛咳、误吸。④饮食训练:经口摄取与和输液或鼻饲并用,食物从半固形到固体食物。⑤进食训练:进餐前充分休息,进餐环境安静,进食时间 ≤ 30 min,采用坐位或半坐位,头稍转向健侧,自主进食,医护协助;进食前后生命体征平稳,无明显疲劳感。

2.2 观察组 在对照组基础上加用任督通调针刺法联合治疗。患者取仰靠坐位,1.5寸毫针(华佗牌,规格:0.25 mm $\times$ 0.40 mm)针刺天突穴,缓慢刺入轻轻捻转,产生闷胀感时缓慢取针,再针刺廉泉穴,反复提插数次,在咽部针刺0.5寸,感到酸胀时留针30 min,针刺百会穴、脑户穴,平刺后捻转,得气后留针30 min,头向前倾,采用捻转泻法针刺哑门穴,进针1寸刺1 min。每天1次,每周6次,1个疗程4周。

2组均连续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候评分。比较2组治疗前后中医证候评分,包括半身不遂、头晕目眩、舌强

言謇、辗转不利、肢体偏枯、舌苔薄白痰多,评分为0~6分,分数越高代表症状越严重。②功能性经口摄食量表(FOIS)评分^[7]。根据患者经口进食情况采用FOIS对患者吞咽功能分级,从1级~7级为不能经口进食到管饲进食液体,再到食物经口进食到无限制。评分为0~7分,分数等级越高吞咽功能越好。③吞咽功能评估量表(SSA)评分。采用SSA评估患者吞咽功能恢复情况,分为初步测评(7~21分)、3次饮用5 mL水(6~13分)、3次饮用60 mL水(4~9分),总分分值17~43分,分数越高代表恢复效果越差。④不良反应。包括晕针、头晕、恶心等。⑤临床疗效。

3.2 统计学方法 应用SPSS21.0统计学软件进行分析处理。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 显效:中医证候基本消失,SSA下降率 $\geq 90\%$,进食正常;有效:中医证候和吞咽功能显著改善,能自主进食;无效:中医证候无改善甚至加重,吞咽功能严重受限^[6]。

4.2 2组治疗前后中医证候评分比较 见表1。治疗前,2组中医证候各评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组半身不遂、头晕目眩、舌强言謇、辗转不利、肢体偏枯、舌苔薄白痰多的中医证候评分均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组上述6项中医证候评分均低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	时间	例数	半身不遂	头晕目眩	舌强言謇	辗转不利	肢体偏枯	舌苔薄白痰多
对照组	治疗前	38	5.24 $\pm$ 0.42	5.14 $\pm$ 0.52	4.95 $\pm$ 0.45	4.70 $\pm$ 0.32	4.50 $\pm$ 0.38	4.33 $\pm$ 0.48
	治疗后	38	2.25 $\pm$ 0.15 ^①	2.55 $\pm$ 0.31 ^①	1.56 $\pm$ 0.35 ^①	1.59 $\pm$ 0.28 ^①	1.64 $\pm$ 0.29 ^①	1.67 $\pm$ 0.34 ^①
观察组	治疗前	38	5.21 $\pm$ 0.43	5.16 $\pm$ 0.53	4.97 $\pm$ 0.47	4.71 $\pm$ 0.34	4.52 $\pm$ 0.37	4.31 $\pm$ 0.51
	治疗后	38	1.15 $\pm$ 0.10 ^{①②}	1.55 $\pm$ 0.21 ^{①②}	0.96 $\pm$ 0.29 ^{①②}	0.90 $\pm$ 0.13 ^{①②}	0.87 $\pm$ 0.18 ^{①②}	0.85 $\pm$ 0.23 ^{①②}

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

4.3 2组临床疗效比较 见表2。观察组临床疗效总有效率为89.47%,对照组为76.32%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

4.4 2组治疗前后FOIS分级比较 见表3。治疗后,2组FOIS吞咽功能分级均优于治疗前($P <$

0.05),观察组FOIS分级优于对照组($P < 0.05$)。

4.5 2组治疗前后SSA评分比较 见表4。治疗前,2组SSA评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组SSA评分均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组低于对照组($P < 0.05$)。

表2 2组临床疗效比较

例

组别	例数	显效	有效	无效	总有效[例(%)]
对照组	38	16	13	9	29(76.32)
观察组	38	19	15	4	34(89.47) ^①

注：①与对照组比较， $P < 0.05$

表3 2组治疗前后 FOIS 分级比较

例

组别	时间	例数	FOIS 分级						
			1级	2级	3级	4级	5级	6级	7级
对照组	治疗前	38	12	22	4	0	0	0	0
	治疗后	38	0	8	15	9	3	3	0
观察组	治疗前	38	13	20	5	0	0	0	0
	治疗后	38	0	0	0	7	11	16	4

表4 2组治疗前后 SSA 评分比较($\bar{x} \pm s$)

分

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	38	32.57 ± 5.14	26.68 ± 2.07 ^①
观察组	38	32.66 ± 5.18	20.97 ± 1.20 ^②

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P < 0.05$

4.6 2组不良反应发生率比较 观察组2例发生轻度晕针，对照组出现头晕3例、恶心3例，观察组不良反应发生率为5.26%，对照组为15.79%，2组比较，差异有统计学意义($P < 0.05$)。

5 讨论

脑卒中后吞咽障碍为缺血性脑卒中患者常见症状，支配吞咽肌的颅神经发生中枢性或周围性损伤，引起口咽部感觉、肌肉功能障碍，舌运动受限、口腔内压未升高，软腭无知觉，造成吞咽困难，影响患者康复。康复训练包括电刺激、冷刺激、进食训练、摄食-吞咽障碍康复训练等方式，可改善吞咽障碍，训练舌肌、咀嚼肌等，提高吞咽灵活性，但经康复训练后仍有10%的患者不能经口进食，加用针刺疗法可提高疗效^[8]。

该病归属于中医喉痹、舌謇、风痲等范畴，病根在脑，病症在咽喉舌，病机为风、痰、瘀阻滞经络，痰浊瘀阻窍闭，咽喉开闭失司，致吞咽困难、呛咳。治疗以标本兼治为原则，以活血化瘀、舒筋通络为主。针刺直接刺激脑部至咽部的经络穴位，任督通调针刺法针刺天突穴、廉泉穴、百会穴、脑户穴、哑门穴，可疏通经络、调和气血、利咽通窍，改善痰湿内阻，改善脑组织缺血、缺氧等，调

节咽部神经功能，加速吞咽反射弧修复和重建，安全有效、不良反应少^[9]。

本研究结果显示，治疗后2组半身不遂、头晕目眩、舌强言謇、辗转不利、肢体偏枯、舌苔薄白痰多的中医证候评分均降低，观察组均低于对照组($P < 0.05$)；观察组临床疗效总有效率为89.47%，高于对照组76.32%($P < 0.05$)，说明任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床疗效显著，可降低中医证候评分，缓解临床症状。吞咽为中枢神经系统、不同感觉运动神经共同支配，任督通调针刺法针刺天突穴熄风化痰，针刺百会穴开闭醒神，搭配针刺可开窍醒神、化痰熄风通络^[10]。治疗后2组 FOIS 分级均优于治疗前，观察组优于对照组($P < 0.05$)；治疗后2组 SSA 评分均下降，观察组低于对照组($P < 0.05$)。说明任督通调针刺法联合康复训练可改善患者吞咽功能，有利于患者临床恢复。摄食-吞咽障碍康复训练为刺激中枢神经系统建立新运动投射区，引起新的神经冲动，改善中枢神经系统通路，修复突触链和神经细胞；锻炼面部肌肉、咀嚼肌、吞咽肌、舌根部、咬肌、口唇等位置有利于改善神经元麻痹，促进肌肉自由活动，缓解肌肉萎缩，提高吞咽反射活性，帮助吞咽功能恢复。任督通调针刺法选择胸骨处的天突穴，头颈动脉位于深层，锁骨上内侧神经位于浅层，针刺可加速食管蠕动，改善吞咽障碍；针刺喉结处的廉泉穴有颏舌骨肌、颌骨肌可刺激神经中枢，调节舌下、舌咽神经，加快血流速度，改善吞咽功能、构音障碍；后发际的百会穴处有额神经、颞浅静脉，针刺可改善失语症状。针刺头部的脑户穴可促进脑组织血流，修复神经反射通路，改善咽部神经；针刺项部的哑门穴可降低周围组织压迫^[11]。观察组患者不良反应发生率5.26%，低于对照组15.79%($P < 0.05$)，说明本研究所用的治疗方法并发症少、安全可靠。卒中治疗中长期鼻饲会造成胃黏膜溃疡、出血，吞咽障碍造成患者营养摄取困难，支气管痉挛、气道阻塞，导致营养不良、肺内感染、脱水，会诱发卒中相关性肺炎，加重病情。康复训练采取饮食训练，对肌群活动方法行指导训练，可恢复肢体运动等功能，加用任督通调针刺法联合治疗，减轻不良

反应^[12]。

综上,任督通调针刺法联合康复训练治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床疗效显著,可缓解临床症状,促进吞咽功能恢复,治疗安全性高。

[参考文献]

- [1] 唐志明,安德连,温红梅,等. 脑卒中吞咽障碍患者舌压和舌骨运动与咽期活动的量化关系[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(12): 889-893.
- [2] 乐革芬,余鹏,汪欢,等. 成人脑卒中患者吞咽障碍管理的证据总结[J]. 护理学杂志, 2019, 34(7): 42-46.
- [3] 王炯妹. 任督通调针刺法联合单元综合疗法治疗卒中后吞咽障碍[J]. 中医学报, 2020, 35(11): 2459-2463.
- [4] 中华医学会神经病学分会神经康复学组, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组, 卫生部脑卒中筛查与防治工程委员会办公室. 中国脑卒中康复治疗指南(2011完全版)[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(4): 301-318.
- [5] 吕传真,周良辅. 实用神经病学[M]. 上海: 上海科学技术出版

社, 2014: 432-438.

- [6] 卒中患者吞咽障碍和营养管理中国专家组. 卒中患者吞咽障碍和营养管理的中国专家共识(2013版)[J]. 中国卒中杂志, 2013, 8(12): 973-983.
- [7] CRARY M A, MANN G D, GROHER M E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2005, 86(8): 1516-1520.
- [8] 梁盛华,刘强,李婷好,等. 吞咽功能训练联合舌肌训练治疗脑卒中后吞咽障碍患者的效果观察[J]. 安徽医药, 2018, 22(2): 283-285.
- [9] 王琪,满斌,许军峰. “通关利窍”针刺法治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍[J]. 吉林中医药, 2019, 39(11): 1469-1472.
- [10] 乐维,裴磊,施赟华. 温针灸联合神经肌肉电刺激治疗卒中后吞咽功能障碍临床研究[J]. 新中医, 2020, 52(18): 126-128.
- [11] 卓缘圆,张金文,郭悦宝,等. 杨卓欣教授“调任通督”针刺法的理论内涵和应用[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(1): 97-100.
- [12] 陶菊,陈霞,尹丹丹,等. 早期综合护理干预在缺血性脑卒中吞咽障碍患者中的应用效果[J]. 安徽医学, 2019, 40(6): 690-693.

(责任编辑: 吴凌, 郭雨驰)