

补肾利咽汤与揵针埋针联合常规疗法治疗卒中后吞咽障碍临床研究

凌婷婷, 金微微

浙江中医药大学附属温州中医院神经内科, 浙江 温州 325000

【摘要】目的：观察在常规疗法基础上加用补肾利咽汤联合揵针埋针治疗卒中后吞咽障碍肾虚痰瘀阻窍证患者的临床疗效。**方法：**选取86例卒中后吞咽障碍肾虚痰瘀阻窍证患者作为研究对象，以随机数字表法分为对照组和观察组各43例。2组均给予常规西药治疗与康复训练，对照组予揵针埋针治疗，观察组予补肾利咽汤联合揵针埋针治疗。10 d为1个疗程，2组均持续治疗3个疗程。治疗前后应用标准吞咽功能评定量表（SSA）评定吞咽功能恢复情况，比较2组临床疗效与不良反应发生率。**结果：**治疗3个疗程后，观察组临床疗效总有效率高于对照组（ $P<0.05$ ）。2组SSA评分均较治疗前下降（ $P<0.05$ ），观察组SSA评分低于对照组（ $P<0.05$ ）。2组治疗期间的不良反应发生率比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ）。**结论：**在常规西药和康复训练的基础上加用补肾利咽汤联合揵针埋针治疗卒中后吞咽障碍肾虚痰瘀阻窍证患者效果显著，可有效促进吞咽功能恢复，且安全性较好。

【关键词】脑卒中；吞咽障碍；肾虚痰瘀阻窍证；补肾利咽汤；揵针埋针；吞咽功能

【中图分类号】 R743.3 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 0256-7415 (2023) 10-0037-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.10.009

Clinical Study on Bushen Liyan Decoction, Thum-btack Needling for Subcutaneous Embedding Combined with Routine Therapy for Post-Stroke Dysphagia

LING Tingting, JIN Weiwei

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of the additional application of Bushen Liyan Decoction, thum-btack needling for subcutaneous embedding on patients with post-stroke dysphagia with syndrome of kidney deficiency with phlegm stasis obstructing orifices. **Methods:** A total of 86 post-stroke dysphagia patients with syndrome of kidney deficiency with phlegm stasis obstructing orifices were selected as the study objects and divided into the control group and the observation group according to the random number table method, with 43 cases in each group. The two groups were given routine western medicine and rehabilitation training; the control group was treated with thum-btack needling for subcutaneous embedding, and the observation group was given Bushen Liyan Decoction, thum-btack needling for subcutaneous embedding for treatment. With 10 days as a course of treatment, the two groups were treated for 3 courses. Before and after treatment, the recovery of swallowing function was evaluated by Standardized Swallowing Assessment (SSA), and the clinical effects and incidence of adverse reactions were compared between the two groups. **Results:** After 3 courses of treatment, the total effective rate was higher than that in the control group ($P<0.05$). 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 ($P<0.05$). There was no significant difference being found in

【收稿日期】 2022-04-12

【修回日期】 2023-02-21

【作者简介】 凌婷婷（1984-），女，主治医师，E-mail: lingtt2015806@163.com。

the comparison of incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Based on routine western medicine and rehabilitation training, the additional application of Bushen Liyan Decoction, thumb-btack needling for subcutaneous embedding has a definite effect on patients with post-stroke dysphagia with syndrome of kidney deficiency with phlegm stasis obstructing orifices, which can effectively promote the recovery of swallowing function with good safety.

Keywords: Stroke; Dysphagia; Syndrome of kidney deficiency with phlegm stasis obstructing orifices; Bushen Liyan Decoction; Thumb-btack needling for subcutaneous embedding; Swallowing function

吞咽障碍是脑卒中后常见并发症,多因患者脑部组织缺血性坏死,引发延髓麻痹、神经系统损伤以及吞咽功能受损,不仅导致咽喉肌、咀嚼肌等部位瘫痪,还会引发吸入性肺炎、发音障碍等情况,降低患者的生活质量^[1]。临床治疗卒中后吞咽障碍以药物、针刺以及康复训练等综合治疗措施为主,其中揸针埋针是治疗卒中后吞咽障碍的重要治疗方式,通过科学、有序地刺激穴位,促进神经传导功能恢复,改善临床症状,在卒中后吞咽障碍患者中具有较为广泛的应用^[2]。相关研究指出,单纯针刺治疗卒中后吞咽障碍患者的临床疗效存在个体差异,稳定性不理想,需联合其他措施提高治疗效果^[3]。卒中后吞咽障碍归属于中医学喉痹、中风范畴。肾虚痰瘀阻窍证是常见证型,治疗宜补肾化痰、活血祛瘀、通咽利窍^[4]。孙梁等^[5]用补肾利咽汤联合低频脉冲穴位电刺激治疗脑卒中恢复期吞咽功能障碍取得较好疗效。本研究在常规现代医学疗法和康复训练的基础上分别采用揸针埋针、补肾利咽汤联合揸针埋针治疗肾虚痰瘀阻窍型卒中后吞咽障碍患者,观察不同疗法的治疗效果,结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 采用《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[6]中的缺血性脑卒中诊断标准。经吞咽造影检查以及洼田饮水试验评定为吞咽障碍。

1.2 辨证标准 采用《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》^[7]中的肾虚痰瘀阻窍证辨证标准。主症:半身不遂,口眼歪斜,感觉减退,偏身麻木,言语艰难或不语;次症:腰膝酸软,头晕目眩,饮水发呛,痰多流涎;舌脉象:舌质暗、苔白腻,脉细涩。

1.3 纳入标准 符合以上诊断标准与辨证标准;处

于康复期;在浙江省中医药大学附属温州中医院建卡,定期复查;依从性良好,可配合完成本次研究的治疗和检查;严格遵从医嘱,用药行为良好;遵循自愿原则,签署知情同意书。

1.4 排除标准 因其他疾病导致吞咽障碍;认知功能障碍或患复发性脑卒中;合并肝、肾等脏器功能障碍;存在喉颈部创伤史、手术史;合并心力衰竭、冠心病等心血管疾病;存在肢体功能缺陷,缺乏基础自理能力;伴有精神分裂症、抑郁症等精神类疾病;针刺穴位有皮损;凝血机制障碍者。

1.5 剔除标准 符合纳入标准,但因个人原因未完成研究;本研究未结束又参与其他研究。

1.6 一般资料 选取 2021 年 2—12 月浙江中医药大学附属温州中医院收治的 86 例卒中后吞咽障碍患者作为研究对象,以随机数字表法分为对照组和观察组各 43 例。对照组男 25 例,女 18 例;年龄 52~81 岁,平均 (66.38 ± 4.13) 岁;吞咽障碍病程 10~71 d,平均 (29.48 ± 6.51) d。观察组男 24 例,女 19 例;年龄 51~74 岁,平均 (67.05 ± 4.08) 岁;吞咽障碍病程 12~68 d,平均 (30.02 ± 6.62) d。2 组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究经浙江中医药大学附属温州中医院医学伦理委员会审核批准(WZY2022-KT-004-01)。

2 治疗方法

2 组患者均接受常规西药治疗和康复训练。西药治疗:阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司,国药准字 J20130078,规格:100 mg/片),每次口服 100 mg,每天 1 次,连续服用 3 周;肝素钠注射液(江苏万邦生化医药股份有限公司,国药准字 H32020612,规格 2 mL:12 500 U),皮下注射给

药,每次 5 000 U,每天 1 次,连续用药 10 d。

康复训练措施主要包括口颜面功能训练、进食训练与感官刺激训练。口颜面功能训练包括口腔器官渐进式肌肉训练、屏气发声运动训练。口腔器官渐进式肌肉训练,①口腔体操:唇、舌、下颌等器官向多方向伸展、收缩,加强软腭抬高训练。②口腔肌肉主动抗阻训练:舌体上抬,抵住上腭,以 15~20 次为 1 组,每天训练 4~5 组;吹蜡烛,根据病情改变,逐渐扩大患者与蜡烛之间的距离;吹气球训练,直观记录患者所吹气球的体积变化。每次训练 20 min,每天 1 次。进食训练:健侧喂食,食物状态逐渐从糊状、泥状过渡到液体或小颗粒固体食物。感官刺激训练:用小棒对面颊部、唇部、舌部进行触觉刺激,以蘸冰水的棉棒行咽部冷刺激,用蘸有不同味道的棉棒进行舌部味觉刺激。每天 2 次,每次 40 min,每周持续训练 6 d。1 周为 1 个疗程,持续训练 3 个疗程。

2.1 对照组 采用揸针埋针治疗。选穴:廉泉穴、上廉泉穴、两侧翳风穴、第 2~5 颈夹脊穴、阿是穴。埋针前以 75%乙醇消毒穴位皮肤,埋针后均留针 24 h,埋针期间每天按压 4 次,每次 1 min。10 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

2.2 观察组 在对照组基础上加用补肾利咽汤治疗。处方:黄芪 35 g,制何首乌、益智仁、赤芍各 20 g,石菖蒲、丹参、僵蚕、川芎、地龙、鸡血藤、炙甘草各 15 g。随症加减:肢体肿胀、异常疼痛者加细辛 5 g,徐长卿、透骨草各 15 g,炮附子(先煎) 10 g;大便难出者加大黄 10 g。每天 1 剂,水煎取汁约 300 mL,分早晚 2 次温服。10 d 为 1 个疗程,连续治疗 3 个疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①洼田饮水试验^[8]。患者取端坐位,饮用 40 mL 温水,观察并记录患者的饮水情况。患者能一次性顺利将水咽下,但存在噎呛,计 1 级;能一次性喝完,但用时超过 6 s,计 2 级;需要分 2 次咽下,且伴有较强烈的噎呛,计 3 级;需要分 2 次及以上才可将水喝完,且咽水过程存在强烈噎呛,计 4 级;饮水过程中持续噎呛,不能全部喝完,计 5 级。级别越高表示吞咽情况越差。于治疗 3 个疗程后评定。②吞咽功能恢复情况。于治疗前、治疗 3 个疗程后采用标准吞咽功能评定量

表(SSA)^[9]测定患者的吞咽功能,该量表分为初步临床检查(8 个项目),8~23 分;饮 10 mL 水 3 次,对重复吞咽时的喉部运动功能、咳嗽、噎呛等情况进行评估,5~11 分;饮 100 mL 水,对能否完全咽下、饮水所需时间、是否咳嗽等情况进行评估,5~12 分。量表总分值 18~46 分,得分越高表示吞咽功能越差。③不良反应。观察并记录 2 组患者治疗期间皮下血肿、吸入性肺炎、恶心呕吐等不良反应的发生情况。

3.2 统计学方法 应用 SPSS25.0 统计学软件分析数据。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验。计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 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 治愈:吞咽障碍症状完全消失,洼田饮水试验评估结果为 1 级;显效:吞咽障碍症状明显改善,洼田饮水试验评估结果降低 2 级;有效:吞咽障碍症状仅部分缓解,洼田饮水试验评估结果降低 1 级;无效:吞咽障碍症状无变化。于治疗 3 个疗程后评定。

4.2 2 组临床疗效比较 见表 1。治疗 3 个疗程后,观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表 1 2 组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	43	5(11.63)	26(60.47)	10(23.26)	2(4.65)	41(95.35)
对照组	43	3(6.98)	18(41.86)	13(30.23)	9(20.93)	34(79.07)
χ^2 值						5.108
P 值						0.024

4.3 2 组治疗前后 SSA 评分比较 见表 2。治疗前,2 组 SSA 评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗 3 个疗程,2 组 SSA 评分均较治疗前下降($P < 0.05$),观察组 SSA 评分低于对照组($P < 0.05$)。

表 2 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 3 个疗程	t 值	P
观察组	43	39.01±4.14	23.57±3.21	12.882	<0.001
对照组	43	38.51±4.03	27.52±3.88	19.327	<0.001
t 值		0.568	5.144		
P 值		0.572	<0.001		

4.4 2组不良反应发生率比较 见表3。2组治疗期间的不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表3 2组不良反应发生率比较 例(%)

组别	例数	皮下血肿	吸入性肺炎	恶心呕吐	合计
观察组	43	2(4.65)	1(2.33)	2(4.65)	5(11.63)
对照组	43	1(2.33)	0	1(2.33)	2(4.65)
χ^2 值					0.622
P 值					0.430

5 讨论

从中医学角度分析,卒中后吞咽障碍的病因为肾阴亏虚致精血亏损,脉络中血液不足,致使血行不畅而导致瘀血形成;精血不足需脾主运化之气补足亏损,日久伤脾,导致脾气亏虚,难以运化水湿,水湿积聚体内,故而生痰;痰、瘀互结,上扰神明,致闭阻舌、咽之症^[10]。病机以肾阴亏虚为本,痰瘀互结为标,本虚标实。中医学讲究标本同治,针对肾虚痰瘀阻窍证,应以滋补肾阴、活血、化痰、通窍之法治疗。

本研究结果显示,观察组临床疗效总有效率高于对照组,提示补肾利咽汤内服与揞针埋针联合常规疗法对卒中后吞咽障碍具有良好的治疗效果。分析原因,补肾利咽汤中,制何首乌、黄芪乃君药,制何首乌可行补肾、助气行血之效;黄芪补中益气,可使虚乏之气得以补足,助气血运行,冲散瘀滞,复神明之清,解舌、咽困厄之难。益智仁、丹参、赤芍为臣药,益智仁有温补肾阳之效;丹参有活血、化痰、通络之效;赤芍更添解散瘀滞之能。石菖蒲、僵蚕、川芎、地龙、鸡血藤为佐,石菖蒲可化痰益智,助益复通神明之清,亦可活血化瘀,除经络瘀滞之困。僵蚕祛风止痛,化痰散结;川芎活血、行气;地龙通经活络;鸡血藤补血活血通络。五药合之,可行活血、补肾、化痰、通络之效。炙甘草为使,调和诸药。现代药理研究发现黄芪可抑制缺血性脑神经的炎症反应、氧化应激反应,缓解神经细胞凋亡,对神经起保护作用^[11]。何首乌中的大萘酚可抑制乙酰胆碱酯酶活性,提高脑组织耐缺氧能力,减少神经元损伤,缓解肌肉麻痹^[12]。

揞针埋针是将揞针埋入皮下组织,通过长期刺激皮部和络脉起到疏通经络、调节气血、平衡阴阳

的效果^[13-14]。廉泉穴是阴维脉、任脉之交会穴,该穴深处有吞咽神经走行,刺激该穴可以有效提升吞咽肌群的协调能力,改善吞咽障碍,行清咽利喉、通调舌络之用^[15]。翳风穴属手少阳三焦经,为吞咽、迷走等多条神经的出颅位置,可刺激神经功能恢复,调节吞咽功能,具有调理气机、疏通瘀滞之用,可解痰瘀阻窍之难,故针刺该穴可缓解舌、咽麻痹之症^[16]。夹脊穴属经外奇穴,第2~5颈夹脊穴深层走行颈神经分支,局部刺激可作用咽喉部位,激活吞咽肌群,恢复吞咽功能^[17]。阿是穴定位以痛为准,乃气血不通之处,针刺之可行活血化瘀之效,缓解舌、咽难利。笔者认为,埋针刺激上述诸穴,可以提高吞咽肌群的控制能力,促进血液循环,增加营养供给,加速神经修复,从而改善患者的吞咽障碍。本研究结果显示,治疗3个疗程后,观察组SSA评分低于对照组,提示加用补肾利咽汤联合揞针埋针治疗效果显著,可有效促进吞咽功能恢复。2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示补肾利咽汤联合揞针埋针治疗安全性较好。

综上所述,在常规西药治疗和康复训练的基础上加用补肾利咽汤联合揞针埋针干预肾虚血瘀痰阻型卒中后吞咽障碍患者效果显著,可有效促进吞咽功能恢复,且安全性较好。笔者认为,临床可根据患者的实际情况,优先接受补肾利咽汤联合揞针埋针治疗。因本研究选取的样本量相对较少,且疗程相对较短,所获得的研究数据可能存在一定的偏差,今后的研究应增加样本量,延长疗程,以进一步明确补肾利咽汤联合揞针埋针的治疗效果。

【参考文献】

- [1] 教传旭,桑博文,李锐,等.透刺咽喉针法治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J].针灸临床杂志,2022,38(3):8-12.
- [2] 江方辉,应忠明,施玲玲.揞针埋针联合吞咽康复训练治疗脑卒中吞咽障碍的效果观察[J].中华全科医学,2021,19(3):483-485.
- [3] 李红睿,徐磊,范连彬,等.醒脑开窍针法联合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中华全科医学,2020,18(9):1563-1565.
- [4] 霍绮雯,黄燕冰,林东雄,等.吞咽分期深刺法治疗脑卒中后吞咽障碍[J].中医学报,2020,35(2):420-424.
- [5] 孙梁,盛启平,王珊珊,等.补肾利咽汤联合低频脉冲穴位电刺激治疗脑卒中恢复期吞咽功能障碍临床研究[J].国际中医中药杂志,2021,43(7):643-647.

- [6] 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- [7] 李平, 吴钟璇, 张云如, 等. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [8] 张婧, 王拥军, 崔韬. 脑卒中后吞咽困难9个量表的信度及效度研究[J]. 中国临床康复, 2004, 8(7): 1201-1203.
- [9] 马月利, 张黎明, 祝勤雅, 等. 标准吞咽功能评定量表应用于高龄患者吞咽功能评估的信效度研究[J]. 护理学报, 2012, 19(5): 65-67.
- [10] 郑立君, 禄璇, 牛延峰. 醒脑开窍针刺法辅治脑卒中后吞咽障碍对吞咽功能及日常生活能力的影响[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(1): 65-66.
- [11] 李娜, 穆亚平, 刘春英, 等. 黄芪甲苷对新生大鼠缺氧缺血性脑损伤NLRP3炎性小体表达的影响[J]. 中国当代儿科杂志, 2021, 23(4): 402-409.
- [12] 李东辉, 王临艳, 吴红伟, 等. 大黄酚药理作用研究进展[J]. 中华中医药学刊, 2021, 39(12): 66-69.
- [13] 王茸, 许军峰. 醒脑开窍针法联合揞针埋针治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍30例临床观察[J]. 中医杂志, 2021, 62(23): 2068-2072.
- [14] 卢焕章, 李嘉怡, 吴瑞兰, 等. 揞针埋针联合中药热奄包对肠癌围化疗期胃肠道反应及生活质量的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 31(13): 1828-1832.
- [15] 王寅, 何宇峰, 凌水桥, 等. 廉泉穴不同针刺深度联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍患者临床疗效研究[J]. 中国康复, 2021, 36(6): 335-338.
- [16] 赵海丰, 王立恒, 伊璠. 不同深度针刺风池、翳风穴治疗脑卒中后吞咽障碍的临床随机对照研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16(3): 522-526.
- [17] 张铭铭, 杨杰. 穴位注射联合针刺治疗脑梗死后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(12): 2232-2234.

(责任编辑: 吴凌)