

颈项部穴位深刺联合推拿治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究

孙晓东, 陈涛, 杜振峰, 张士金

郑州人民医院, 河南 郑州 450003

[摘要] 目的: 观察颈项部穴位深刺联合推拿治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法: 选取2022年7月—2024年1月郑州人民医院收治的90例脑卒中后吞咽障碍患者, 按随机数字表法分为观察组、对照1组和对照2组, 每组30例。3组均实施常规治疗, 在此基础上, 对照1组采用推拿治疗, 对照2组采用颈项部穴位深刺治疗, 观察组采用颈项部穴位深刺联合推拿治疗。3组均连续治疗3个月。比较3组临床疗效、标准吞咽功能评价量表(SSA)评分、舌骨活动度、吞咽障碍特异性生命质量量表(SWAL-QOL)评分及不良反应发生情况。结果: 治疗3个月后, 总有效率观察组93.33% (28/30), 均高于对照1组70.00% (21/30)和对照2组73.33% (22/30), 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。3组SSA、SWAL-QOL评分均较治疗前降低, 观察组SSA、SWAL-QOL评分均低于对照1组和对照2组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。3组舌骨向上移位、向前移位值均较治疗前增大, 观察组舌骨向上移位、向前移位值均大于对照1组和对照2组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。3组治疗期间均未出现明显不良反应。结论: 颈项部穴位深刺联合推拿治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效确切, 可有效改善临床症状, 促进吞咽功能恢复, 提高生活质量, 且安全性好。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 颈项部穴位深刺; 推拿; 吞咽功能; 生活质量

[中图分类号] R743.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 04-0073-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.04.015

Clinical Study on Deep Acupuncture on Neck Acupoints Combined with Massage for Post-Stroke Swallowing Disorder

SUN Xiaodong, CHEN Tao, DU Zhenfeng, ZHANG Shijin

People's Hospital of Zhengzhou, Zhengzhou Henan 450003, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of deep acupuncture on neck acupoints combined with massage on post-stroke swallowing disorder. **Methods:** A total of 90 patients with post-stroke swallowing disorder were selected from People's Hospital of Zhengzhou from July 2022 to January 2024 and divided into the observation group, the control group one and the control group two according to random number table method, with 30 cases in each group. All the three groups were treated with conventional treatment. On this basis, the control group one was treated with massage; the control group two was treated with deep acupuncture on neck acupoints, and the observation group was treated with deep acupuncture on neck acupoints combined with massage. All the three groups were treated for three months continuously. The clinical effects, scores of Standardized Swallowing Assessment (SSA), hyoid motion, scores of Swallowing Quality of Life (SWAL-QOL) and the incidence of adverse reactions were compared among the three groups. **Results:** After three-month treatment, the total effective rate was 93.33% (28/30) in the observation group, higher than that of 70.00% (21/30) in the control group one and that of 73.33% (22/30) in the control group two, with statistical significant differences ($P < 0.05$). The SSA and SWAL-QOL scores in the three groups were decreased when

[收稿日期] 2024-08-05

[修回日期] 2024-11-04

[基金项目] 郑州市中医临床技术骨干人才培养项目 (郑卫中管函2024-5); 郑州市中医药学科领军人才培养项目 (郑卫中管函2021-11)

[作者简介] 孙晓东 (1984-), 男, 副主任中医师, E-mail: sunxiaodong198406@126.com。

[通信作者] 陈涛 (1980-), 男, 副主任中医师, E-mail: chensanshoudxy@163.com。

compared with those before treatment, and the SSA and SWAL-QOL scores in the observation group were lower than those in the control group one and the control group two, with statistical significant differences ($P < 0.05$). The values of upward and forward hyoid displacement in the three groups were increased when compared with those before treatment, and the values of upward and forward hyoid displacement in the observation group were higher than those in the control group one and the control group two, with statistical significant differences ($P < 0.05$). There were no obvious adverse reactions in the three groups during treatment. **Conclusion:** Deep acupuncture on neck acupoints combined with massage has a definite clinical effect on post-stroke swallowing disorder, which can effectively relieve clinical symptoms, promote the recovery of swallowing function and enhance the quality of life, with great safety.

Keywords: Stroke; Swallowing disorder; Deep acupuncture on neck acupoints; Massage; Swallowing function; Quality of life

脑卒中后患者中枢神经损伤导致舌体活动障碍及吞咽肌群协调性下降等出现吞咽障碍,表现为吞咽困难、饮水呛咳、舌强语謇等症状^[1]。现阶段,针对脑卒中后吞咽障碍尚无有效的治愈方案,以饮食调理、药物等进行对症治疗,虽可逐渐恢复患者的吞咽功能,但效果有限^[2-3]。脑卒中后吞咽障碍归属于中医学中风、喉痹、暗瘕等范畴,多因脏腑虚衰,风、火、痰、瘀阻滞经络,邪入脏腑,使脑络受阻、咽喉不利,临床当以调理脏腑气血、醒脑开窍利咽等为治则^[4-5]。推拿具有疏通经络、调整脏腑功能的作用,已被证实治疗脑卒中后吞咽障碍有较好的疗效^[6]。但此方法也存在一定的局限,若操作不当会影响治疗效果。赵珊珊等^[7]指出,颈项部穴位深刺具有得气快、刺激强等特点,可发挥通经导气、调理脏腑、平衡阴阳等作用。为提高脑卒中后吞咽功能的改善效果,笔者开展颈项部穴位深刺联合推拿治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 符合文献[8]中脑梗死的诊断标准:具有脑梗死高危因素;局灶性神经功能缺失;头颅CT或MRI检查提示存在梗死灶。符合文献[9]中脑出血的诊断标准:急性起病;头颅CT或MRI检查显示出血灶;局灶性神经功能缺损;排除非血管性病因。

1.2 纳入标准 符合诊断标准;脑卒中后出现吞咽障碍;病情稳定,处于恢复期;年龄 ≥ 45 岁;认知功能正常;患者及家属均签署研究知情同意书。

1.3 排除标准 非因脑卒中引起的吞咽障碍;有脑

血管疾病史且神经功能受损;有喉部手术史;使用鼻饲管或留置胃管;合并食管肿瘤或其他食道疾病;有针刺或推拿禁忌证;舌肌萎缩或震颤。

1.4 一般资料 采用前瞻性随机对照研究的方法,选取2022年7月—2024年1月郑州人民医院收治的90例脑卒中后吞咽障碍患者,按随机数字表法分为观察组、对照1组和对照2组,每组30例。观察组男17例,女13例;年龄46~71岁,平均 (58.67 ± 4.21) 岁;脑卒中类型:脑梗死22例,脑出血8例;脑梗死病灶:前循环11例,后循环7例,腔隙性4例;脑出血部位:基底节区3例,脑叶1例,脑干2例,小脑2例;吞咽障碍持续时间1~6个月,平均 (3.20 ± 1.10) 个月;吞咽障碍严重程度:轻度6例,中度17例,重度7例。对照1组男15例,女15例;年龄45~70岁,平均 (57.80 ± 4.16) 岁;脑卒中类型:脑梗死24例,脑出血6例;脑梗死病灶:前循环10例,后循环8例,腔隙性6例;脑出血部位:基底节区2例,脑叶1例,脑干1例,小脑2例;吞咽障碍持续时间1~6个月,平均 (3.40 ± 1.16) 个月;吞咽障碍严重程度:轻度4例,中度14例,重度12例。对照2组男14例,女16例;年龄45~73岁,平均 (59.10 ± 4.23) 岁;脑卒中类型:脑梗死23例,脑出血7例;脑梗死病灶:前循环10例,后循环9例,腔隙性4例;脑出血部位:基底节区3例,脑叶1例,脑干1例,小脑2例;吞咽障碍持续时间1~6个月,平均 (3.33 ± 1.18) 个月;吞咽障碍严重程度:轻度5例,中度12例,重度13例。3组一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。本研究

经郑州人民医院医学伦理委员会审批通过[审批号：伦(审)ZZ2022061202]。

2 治疗方法

3组均实施常规治疗。①健康教育：普及脑卒中后吞咽障碍相关知识、治疗方法等。②心理疏导：做好患者及家属的心理疏导工作，增强患者康复信心，使其主动配合康复训练。③饮食指导：指导患者半卧位进食，先进食容易吞咽的食物(例如米汤、果汁、蔬菜汁、牛奶等)，而后逐渐改为半流质饮食(例如稀面条、鸡蛋羹、稀粥等)。④强化呼吸训练和唇舌部位训练、摄食训练：呼吸训练和唇舌部位训练每天10次，摄食训练可于患者进食时开展。⑤助吞咽治疗仪(无锡环航科技有限公司，型号DK-801T)促进患者吞咽功能恢复，间隔刺激时间3~5 s，每次45 min，每2天治疗1次。连续治疗3个月。

2.1 对照1组 在常规治疗基础上采用推拿治疗。患者取仰卧位，面部选取承浆、颊车、下关，颈部选取天突、人迎、廉泉，项部选取哑门、大椎、风池。①面部三穴：医者双手中指和无名指指面从颊车向下关直推20~30次；大拇指揉按承浆、颊车和下关，揉2次，按1次，每个穴位10~20次。②颈部三穴：医者双手大拇指侧面从廉泉向天突交替直推20~30次，大拇指点按天突、人迎和廉泉，每个穴位10~20次，大拇指揉每个穴位10~20次。③项部三穴：四指指面从哑门揉至大椎20~30次；用中指勾揉哑门、大椎和风池，轻柔2次，重勾1次，每个穴位10~20次。上述穴位按揉、点按或勾揉力度以穴位有酸胀感为宜，推穴力度以皮肤出现潮红为宜。早晚各推拿1次，连续治疗3个月。

2.2 对照2组 在常规治疗基础上采用颈项部穴位深刺治疗。患者取仰卧位，选取双侧风池、完骨、翳风穴，使用适合长度的一次性无菌针灸针(马鞍山邦德医疗器械有限公司)。风池穴向喉结方向刺入1.5~2寸，完骨穴向耳垂方向刺入约1.5寸，翳风穴向咽部刺入1.5~2寸，施以小幅度、高频率捻转补法，手法持续1~3 min，以咽喉麻胀为宜。每天治疗1次，15次为1个疗程，每个疗程结束后停3~5 d，连续治疗3个月。

2.3 观察组 在常规治疗基础上采用颈项部穴位深刺联合推拿治疗，先进行颈部穴位深刺治疗，后进行推拿治疗，治疗方法同对照1组与对照2组。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。治疗3个月后评估。②吞咽功能。治疗前、治疗3个月后采用标准吞咽功能评价量表(SSA)评估，量表从临床检查(8~23分)、饮水测试(5~11分)和正常进食(5~12分)3个方面综合判定，总分18~46分，评分越高表明吞咽功能越差^[10]。③舌骨活动度。治疗前、治疗3个月后，在X线透视下测量吞咽时舌骨向上移位和向前移位情况。④生活质量。治疗前、治疗3个月后采用吞咽障碍特异性生命质量量表(SWAL-QOL)评估，量表从负担状况、摄食欲望、持续摄食时间等项目进行综合评定，总分220分，评分越高表明生活质量越差^[11]。⑤不良反应。记录治疗3个月期间肺部感染、吸入性肺炎、咽喉部发炎等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS25.0统计学软件分析数据。计量资料经Shapiro-Wilk进行正态性检验，服从正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示，3组间比较采用单因素方差分析，两两比较采用LSD-*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。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《吞咽障碍评估与治疗》^[12]评估临床疗效。痊愈：临床症状完全消失，洼田饮水试验分级为1级；显效：临床症状显著改善，洼田饮水试验分级提高2级，但未达到1级；有效：临床症状有所改善，洼田饮水试验分级提高1级，但未达到2级；无效：洼田饮水试验分级无变化，临床症状无改善。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。

4.2 3组临床疗效比较 见表1。治疗3个月后，总有效率观察组93.33%，均高于对照1组70.00%和对照2组73.33%，差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

表1 3组临床疗效比较						例(%)
组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照1组	30	1(3.33)	8(26.67)	12(40.00)	9(30.00)	21(70.00)
对照2组	30	1(3.33)	9(30.00)	12(40.00)	8(26.67)	22(73.33)
观察组	30	3(10.00)	16(53.33)	9(30.00)	2(6.67)	28(93.33) ^{①②}

注：①与对照1组比较， $P < 0.05$ ；②与对照2组比较， $P < 0.05$

4.3 3组治疗前后SSA评分比较 见表2。治疗前，

3组SSA评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗3个月后,3组SSA评分均较治疗前降低,观察组SSA评分均低于对照1组和对照2组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表2 3组治疗前后SSA评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	SSA评分
对照1组	治疗前	30	35.64±3.41
	治疗3个月后	30	26.24±2.74 ^①
对照2组	治疗前	30	36.15±3.40
	治疗3个月后	30	25.16±2.55 ^①
观察组	治疗前	30	35.27±3.38
	治疗3个月后	30	22.33±2.06 ^{①②③}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照1组治疗3个月后比较, $P<0.05$; ③与对照2组治疗3个月后比较, $P<0.05$

4.4 3组治疗前后舌骨活动度比较 见表3。治疗前,3组舌骨活动度比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗3个月后,3组舌骨向上移位、向前移位值均较治疗前增大,观察组舌骨向上移位、向前移位值均大于对照1组和对照2组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表3 3组治疗前后舌骨活动度比较($\bar{x}\pm s$) mm

组别	时间	例数	舌骨向上移位	舌骨向前移位
对照1组	治疗前	30	11.62±2.36	2.42±0.63
	治疗3个月后	30	14.77±2.25 ^①	5.51±1.24 ^①
对照2组	治疗前	30	11.74±2.40	2.45±0.60
	治疗3个月后	30	14.82±2.24 ^①	5.68±1.30 ^①
观察组	治疗前	30	12.03±2.48	2.44±0.58
	治疗3个月后	30	17.33±3.11 ^{①②③}	6.82±1.49 ^{①②③}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照1组治疗3个月后比较, $P<0.05$; ③与对照2组治疗3个月后比较, $P<0.05$

4.5 3组治疗前后SWAL-QOL评分比较 见表4。治疗前,3组SWAL-QOL评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗3个月后,3组SWAL-QOL评分均较治疗前降低,观察组SWAL-QOL评分均低于对照1组和对照2组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

4.6 不良反应 3组治疗期间均未出现明显不良反应。

5 讨论

脑卒中后吞咽障碍病位在脑及舌咽,与心、肝、

表4 3组治疗前后SWAL-QOL评分比较($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	例数	SWAL-QOL评分
对照1组	治疗前	30	137.63±14.06
	治疗3个月后	30	82.63±10.39 ^①
对照2组	治疗前	30	138.63±15.27
	治疗3个月后	30	80.17±9.84 ^①
观察组	治疗前	30	137.42±15.16
	治疗3个月后	30	74.34±9.32 ^{①②③}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$; ②与对照1组治疗3个月后比较, $P<0.05$; ③与对照2组治疗3个月后比较, $P<0.05$

脾、肺、肾密切相关,由于外邪阻滞于脑络,导致脑脉瘀阻、气血不通,以致咽中塞窒不通,发为吞咽障碍^[13-14]。本研究采用颈项部穴位深刺联合推拿治疗,其中颈项部穴位深刺具有得气快、刺激强等特点,可以通经导气,促进气血运行。风邪为脑卒中后吞咽障碍重要的病理因素,故选取穴位风池,此穴为治风要穴,可清利头目、通利脑窍。有研究显示,针刺风池可清内外之风,深刺此穴具有通关利窍、降逆开闭的作用,可促进吞咽功能恢复^[15]。完骨为足少阳胆经腧穴,主治中风、喉痹等,《素问·缪刺论》提到“邪客于手少阳之络,令人喉痹、舌卷、口干心烦”。故深刺完骨可祛除客于少阳之邪气,具有通络利窍的作用。翳风具有散风活络、通关利窍的作用,深刺此穴,针感可达咽部,缓解咽部疼痛,协调吞咽肌,促进吞咽功能恢复^[16-17]。从解剖学角度分析,风池、完骨和翳风均属于颈项部腧穴,穴位下有颈内动静脉、舌咽迷走神经等血管和神经走行,针刺上述3个穴位可对这些血管和神经产生直接刺激,加快颈项部血液循环,促进脑组织血液流动,一方面可改善脑卒中症状,另一方面可将神经冲动信号传导至中枢神经系统,促进中枢神经系统修复和重建,进而调节控制吞咽反射的吞咽中枢,最终达到改善吞咽功能的目的^[18]。

推拿具有疏通经络、平衡阴阳等作用。本研究中,面部选取承浆、颊车和下关,其中承浆为任脉穴位,可生津敛液、舒筋活络,推拿此穴可促进口腔唾液分泌;颊车和下关均为足阳明胃经穴,具有通络利窍之功效,推拿此二穴可疏通面部经络,促进咬肌松解。颈部选择天突、人迎和廉泉,其中天突具有宣通肺气、消痰止咳的功效,此穴位于颈前

区, 向内对应气道, 推拿此穴可缓解吞咽障碍导致的咽喉疼痛; 人迎、廉泉有清利咽喉、消肿止痛的作用。项部选择哑门、大椎和风池, 其中哑门、大椎均为督脉穴位, 具有开窍醒神的作用; 风池为治风之要穴, 推拿此穴位可疏通项部经络, 通利脑窍。通过直推、揉按、点按等手法刺激上述穴位, 具有利喉、舒舌、止痛等作用, 有利于缓解咽喉症状, 促进吞咽功能恢复。

本研究结果显示, 观察组总有效率均高于对照1组和对照2组, 提示颈项部穴位深刺联合推拿可有效改善脑卒中后吞咽障碍患者的临床症状, 治疗效果优于单独使用颈项部穴位深刺或推拿治疗。SSA专门用于评估吞咽功能, 舌骨活动度可反映吞咽情况。治疗3个月后, 观察组SSA评分均低于对照1组和对照2组, 舌骨活动度均大于对照1组和对照2组, 提示颈项部穴位深刺联合推拿治疗可进一步改善患者的吞咽功能。SWAL-QOL评分可评估吞咽障碍对患者日常生活的影响。治疗3个月后, 观察组SWAL-QOL评分均低于对照1组和对照2组, 提示颈项部穴位深刺联合推拿治疗可提高患者的生活质量。此外, 颈项部穴位深刺和推拿均属于中医外治疗法, 通过外在刺激疏通经络, 患者接受度高, 两者联合治疗安全性高。

综上所述, 颈项部穴位深刺联合推拿治疗脑卒中后吞咽障碍临床疗效确切, 可有效改善临床症状, 促进吞咽功能恢复, 提高生活质量, 且安全性好。

[参考文献]

- [1] 许德慧, 孙洁, 姚珊, 等. 缺血性脑卒中后吞咽障碍发生情况、危险因素及VFSS对吞咽功能的评估价值研究[J]. 中国全科医学, 2023, 26(1): 35-37.
- [2] 林天怡, 王道清. 脑卒中患者吞咽功能障碍诊断与治疗的研究进展[J]. 医学综述, 2023, 29(7): 1365-1371.
- [3] 颜渊红, 陈祥科, 赵光强. 镜像疗法引导的运动想象训练联合体外膈肌起搏器对脑卒中后吞咽障碍病人吞咽功能及生活质量的影响[J]. 安徽医药, 2023, 27(11): 2229-2232.
- [4] 蒋亚楠, 赵敏, 董紫琪, 等. 中医药治疗脑卒中后吞咽障碍的CiteSpace可视化分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2023, 21(17): 3140-3145.
- [5] 吴霞, 王寅, 李英, 等. 通督调神针刺疗法联合吞咽治疗仪对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及肌电图的影响[J]. 海南医学, 2022, 33(14): 1781-1784.
- [6] 张薇, 高跃强, 沈海清. 手法按摩联合舌三针埋线对脑梗死吞咽障碍气虚血瘀证患者生活质量及吞咽功能的影响[J]. 中医药导报, 2023, 29(7): 114-116.
- [7] 赵珊珊, 郑健刚. 深刺颈项部腧穴治疗脑卒中后吞咽障碍30例临床观察[J]. 湖南中医杂志, 2018, 34(4): 86-88.
- [8] 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.
- [9] 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. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(12): 994-1005.
- [10] 伍少玲, 马超, 黄粉燕, 等. 标准吞咽功能评定量表的临床应用研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(6): 396-399.
- [11] 谭嘉升, 丘卫红, 刘中良, 等. 中文版吞咽生命质量量表信度和效度的研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(9): 669-673.
- [12] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 77-80.
- [13] 曹菁菁, 陈伟, 徐化宇, 等. 三部开窍利咽针刺辅助吞咽功能训练治疗急性缺血性脑卒中后吞咽功能障碍的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2024, 40(1): 27-32.
- [14] 陈刘璇子, 廖焦鲁, 王竹行, 等. 脑卒中后吞咽功能障碍经针刺结合电刺激治疗对患者吞咽功能、生命质量-吞咽评分的影响分析[J]. 实用医院临床杂志, 2023, 20(3): 51-54.
- [15] 单晓倩, 陈晓琳, 郝楠, 等. 风池穴治疗卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2023, 39(7): 97-101.
- [16] 张为民, 岳盼盼, 任杰, 等. 头项针联合对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(2): 315-318.
- [17] 罗艳, 徐双景, 丁渊, 等. 吞咽分期深刺法联合舌针治疗卒中后吞咽障碍的疗效及对脑血流量的影响[J]. 针灸临床杂志, 2022, 38(3): 34-38.
- [18] 姚珊, 郭鹏飞, 许德慧, 等. 项丛刺疗法治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床效果[J]. 中国医药导报, 2022, 19(25): 119-123.

(责任编辑: 刘迪成)