

涤痰汤结合子午流注针刺治疗卒中后环咽肌失缓型吞咽障碍临床研究

朱莉莉, 张垣, 唐李莹

浙江中医药大学附属温州市中医院康复科, 浙江 温州 325000

[摘要] 目的: 观察涤痰汤联合子午流注针刺治疗卒中后环咽肌失缓 (CPD) 吞咽功能障碍患者的临床疗效。方法: 筛选2022年1月—2023年1月温州市中医院收治的84例卒中后CPD患者, 按随机数字表法分为对照组、涤痰汤 (DTD) 组、子午流注针刺 (MLA) 组、涤痰汤联合子午流注针刺 (DTD+MLA) 组, 各21例。4组均给予基础治疗和标准吞咽康复治疗, DTD组给予涤痰汤鼻饲, MLA组给予子午流注针灸治疗, DTD+MLA组给予涤痰汤鼻饲和子午流注针刺治疗, 4组均治疗6周。比较4组治疗前后吞咽功能视频透视检查评分 (VFSS)、简化吞咽评估评分 (SSA)、吞咽质量生命问卷评分 (SWAL-QOL)、吞咽肌群表面肌电信号, 比较4组不良反应。结果: 治疗后, 4组VFSS评分均升高 ($P < 0.05$), 且MLA+DTD组VFSS评分高于其余3组 ($P < 0.05$)。治疗4周、6周后, 4组SSA评分均降低 ($P < 0.05$), 且MLA+DTD组SSA评分低于其余3组 ($P < 0.05$)。治疗后, 4组在空吞咽和吞服5 mL温水时的AEMG值均降低 ($P < 0.05$), MLA组、DTD组、MLA+DTD组空吞咽时的平均吞咽时间均缩短 ($P < 0.05$), DTD组、MLA+DTD组、对照组吞咽5 mL温水时的平均吞咽时间均缩短 ($P < 0.05$); MLA+DTD组在空吞咽和吞咽5 mL温水时的AEMG值低于MLA组和对照组 ($P < 0.05$); MLA+DTD组空吞咽时的平均吞咽时间短于其它3组 ($P < 0.05$), MLA+DTD组吞咽5 mL温水时的平均吞咽时间短于MLA组和对照组 ($P < 0.05$)。治疗4周、6周, MLA组、DTD组、MLA+DTD组SWAL-QOL评分均逐渐升高 ($P < 0.05$), 且MLA+DTD组高于其它3组 ($P < 0.05$), MLA组、DTD组高于对照组 ($P < 0.05$)。4组并发症总发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 涤痰汤联合子午流注针刺可改善卒中后CPD患者吞咽功能, 提高生活质量, 安全性高。

[关键词] 脑卒中后; 环咽肌失缓; 吞咽障碍; 涤痰汤; 子午流注针刺; 吞咽功能; 生活质量

[中图分类号] R246.6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 07-0077-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.07.013

Clinical Study on Treatment of Swallowing Dysfunction in Post-Stroke Patient with Cricopharyngeal Dysphagia with Ditan Decoction Combined with Midnight-Noon Ebb-Flow Acupuncture

ZHU Lili, ZHANG Yuan, TANG Liying

Department of Rehabilitation, Wenzhou Traditional Chinese Medicine Hospital of Zhejiang Chinese Medical University, Wenzhou Zhejiang 325000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of Ditan Decoction (DTD) combined with Midnight-Noon Ebb-Flow Acupuncture (MLA) on the treatment of swallowing dysfunction in post-stroke patients with cricopharyngeal dysphagia (CPD). **Methods:** A total of 84 post-stroke patients with CPD admitted to Wenzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine from January 2022 to January 2023 were randomly divided into the control group, the DTD group, the MLA group, and the DTD plus MLA (DTD+MLA) group, with 21 patients in each group. All four groups received

[收稿日期] 2024-01-29

[修回日期] 2025-01-16

[基金项目] 浙江省温州市科技局基础性医疗卫生科技项目 (Y20211107)

[作者简介] 朱莉莉 (1987-), 女, 主治中医师, E-mail: zll13736932501@163.com。

basic treatment and standard swallowing rehabilitation therapy. The DTD group received nasogastric feeding of Ditan Decoction, the MLA group received Midnight–Noon Ebb–Flow Acupuncture for treatment, and the DTD+MLA group received both nasogastric feeding of Ditan Decoction and Midnight–Noon Ebb–Flow Acupuncture for treatment. All groups were treated for six weeks. The scores of Video Fluoroscopic Swallowing Study (VFSS), Simplified Swallowing Assessment (SSA) and Swallowing Quality of Life Questionnaire (SWAL–QOL), and surface electromyography (sEMG) signals of swallowing muscles were compared before and after treatment among the four groups. Adverse reactions were also compared. **Results:** After treatment, the VFSS scores in all four groups were increased ($P < 0.05$), and the VFSS score in the MLA+DTD group was higher than that in the other three groups ($P < 0.05$). At four and six weeks of treatment, the SSA scores in all four groups were decreased ($P < 0.05$), and the SSA score in the MLA+DTD group was lower than that in the other three groups ($P < 0.05$). After treatment, the average electromyography (AEMG) values during dry swallowing and swallowing of 5 mL of warm water were decreased in all four groups ($P < 0.05$). The mean swallowing time during dry swallowing shortened in the MLA group, the DTD group, and the MLA+DTD group ($P < 0.05$), and the mean swallowing time when swallowing 5 mL of warm water shortened in the DTD group, the MLA+DTD group, and the control group ($P < 0.05$). The AEMG values during dry swallowing and swallowing of 5 mL of warm water in the MLA+DTD group were lower than those in the MLA group and the control group ($P < 0.05$). The mean swallowing time during dry swallowing in the MLA+DTD group was shorter than that in the other three groups ($P < 0.05$), and the mean swallowing time when swallowing 5 mL of warm water in the MLA+DTD group was shorter than that in the MLA group and the control group ($P < 0.05$). At four and six weeks of treatment, the SWAL–QOL scores were gradually increased in the MLA group, the DTD group, and the MLA+DTD group ($P < 0.05$), and the scores in the MLA+DTD group were higher than those in the other three groups ($P < 0.05$); the MLA group and DTD group had higher scores than the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference in the overall incidence of complications among the four groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** Ditan Decoction combined with Midnight–Noon Ebb–Flow Acupuncture can improve swallowing function and quality of life in post–stroke patients with CPD, with high safety.

Keywords: Post–stroke; Cricopharyngeal dysphagia; Swallowing dysfunction; Ditan Decoction; Midnight–Noon Ebb–Flow Acupuncture; Swallowing function; Quality of life

环咽肌失缓(CPD)引起的吞咽障碍可由多种神经疾病引起,如肌萎缩性侧索硬化、帕金森病、脑卒中等,其中脑卒中发生CPD风险最高。对于高龄卒中患者,CPD引起的吞咽障碍易出现吸入性肺炎、窒息等危及生命的并发症。目前西医在CPD治疗方面主要以康复训练为主,但该法疗程较长、依从性差、长期疗效欠佳。随着中医学在卒中后康复的广泛应用,针灸加中药用于治疗卒中后CPD患者吞咽障碍愈发常见,而且疗效确切。《卒中患者吞咽障碍和营养管理的中国专家共识(2013版)》^[1]亦推荐针灸、中药可用于改善患者吞咽功能。针灸学的子午流注理论就是时间针灸医学,是时空和运动的统一。

研究表明相较于常规针刺,子午流注理论指导下的针刺治疗往往具有更好的疗效^[2]。涤痰汤出自《奇效良方》,可豁痰开窍,用于治疗中风痰阻经络诸症。武杰等^[3]研究显示较单独表面肌电生物反馈仪治疗,联合涤痰汤可显著增强患者吞咽功能效应。本研究观察涤痰汤联合子午流注针刺治疗卒中后CPD的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 脑卒中参照《中国脑卒中防治指导规范》^[4](2021年版)中的相关诊断标准。患者出现突发的神经功能缺损症状,如一侧肢体无力或麻木、语言障碍、视力障碍、眩晕等,且经影像学检查确

诊。吞咽障碍参照《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)》^[5]中相关诊断标准。患者在进食或饮水时出现困难,可能伴有呛咳、吞咽疼痛、食物滞留感等症状,且经吞咽造影检查(VFSS)和软管内窥镜吞咽功能检查(FEES)确诊。

1.2 辨证标准 参照《中医内科学》^[6]中中风痰浊内阻证的辨证标准。症见:口舌歪斜,半身不遂,言语謇涩,饮食呛咳,共济失调等。

1.3 纳入标准 符合上述诊断及辨证标准;年龄30~70岁;不伴有其他神经系统疾患;神志清楚,生命体征平稳;家属和患者本人知晓并同意本研究。

1.4 排除标准 非脑卒中导致的吞咽障碍;神志不清合并中重度言语障碍、认知障碍,不配合治疗;咽喉局部病变及结构性CPD;合并重度感染、恶性肿瘤和颅脑损伤等严重疾病。

1.5 剔除标准 入组后发现不符合纳入标准;患者在参与本研究同时参与其他研究;患者入组后发现患有严重心理疾病;入组后发现服用严重影响本研究有效性及安全性的药物。

1.6 脱落标准 研究期间出现严重并发症,后行专科治疗或死亡;因其他各种原因未完成本研究。

1.7 一般资料 选取2022年1月—2023年1月于温州市中医院康复科就诊并确诊为脑卒中合并CPD的患者84例,按随机数字表法分为对照组、子午流注针刺(MLA)组、涤痰汤(DTD)组、涤痰汤联合子午流注针刺(DTD+MLA)组,各21例。因对疗效不满意脱落2例(对照组和MLA组各1例),同时参与其他研究剔除2例(DTD组1例,DTD+MLA组1例),最终共80例患者完成全程治疗。因临床操作治疗的特殊性,该研究无法实现双盲,故将患者分别安排在4个不同治疗室治疗(彼此之间无法沟通),从而实现单盲,具体治疗方案由患者自主抽签决定。其中MLA组男12例,女8例;平均年龄(60.80±4.49)岁;脑出血10例,脑梗死10例。DTD组男11例,女9例;平均年龄(62.00±4.68)岁;脑出血9例,脑梗死11例。MLA+DTD组男10例,女10例;平均年龄(61.55±3.91)岁;脑出血8例,脑梗死12例。对照组男9例,女11例;平均年龄(63.75±4.10)岁;脑出血12例,脑梗死8例。4组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究经温州市中医院伦理委员会审批通过[科伦预审第(2018)206号]。

2 治疗方法

2.1 对照组 仅接受基础治疗和标准吞咽康复治疗。依据《中国脑卒中防治指导规范》^[4],基础治疗是对患者进行必要的支持性治疗,主要包括降压降脂控糖、改善微循环等药物治疗。标准吞咽康复治疗包括面部、口腔和舌肌的主被动力量训练、进食训练等,每次30 min,每天1次,每周6次,持续6周。

2.2 DTD组 DTD组在对照组基础上接受涤痰汤鼻饲治疗。涤痰汤处方:茯苓15 g,人参18 g,半夏15 g,甘草9 g,枸杞子12 g,胆南星(姜制)15 g,石菖蒲9 g。所有中药由温州市中医院中药房提供并代煎,做成200 mL标准煎剂,每天1剂,早晚饭后分服,持续6周。

2.3 MLA组 MLA组在对照组基础上接受子午流注针刺治疗。根据《纳干反克法表》找出对应开穴作为主穴,同时肾精亏虚配肾俞和太溪、风痰阻络配丰隆和中脘、瘀血阻络配足三里和三阴交,先刺主穴,后刺配穴,以局部出现酸胀感为度,得气后留针20 min,每天1次,每周6次,持续6周。

2.4 DTD+MLA组 该组同时接受DTD组和MLA组的治疗,操作同DTD和MLA组。持续6周。

3 观察指标和统计学方法

3.1 观察指标 ①VFSS评分。治疗前后将米粉和硫酸钡混悬液配制成4种不同黏稠度的食物,由少到多、由稀到稠由吞咽治疗师喂食4组患者,通过X线摄影技术,观察患者吞咽过程中环咽肌开放、会厌和梨状窝的误吸残留情况,总分为10分,10分为正常,<2分为重度异常,分数越高,吞咽障碍越轻。②标准吞咽功能评价量表(SSA)评分。分别测定治疗前,治疗2周、4周、6周4组SSA评分。检查包括3个步骤,首先咽反射、自主咳嗽、喉功能、软腭运动、唇闭合、头与躯干控制、意识,满分23分;再者吞5 mL水3次,观察喉部的运动情况、重复吞咽情况等,满分11分;若上述没有异常,让患者吞咽60 mL水,再观察吞咽时间、有无呛咳等情况,满分12分;总分46分,分数越低则吞咽功能越好。③吞咽生活质量量表(SWAL-QOL)评分。分别测定治疗前、治疗2周、4周、6周4组SWAL-QOL评分。该问卷由44个问题组成,包括饮食和液体摄入、吞咽不适感、食物的口感和味道等各方面,总分220分,分数越高生活质量越好。④吞咽肌群表面肌

电信号。治疗前后采用绍兴联合医疗器械有限公司生产的UMI-SE-I型遥测表面肌电采集系统记录4组吞咽肌群表面肌电信号。保持室内环境相对安静,仪器7 m范围内无其他的信号干扰,分别采集治疗前后吞服5 mL温水、空吞咽时的表面肌电信号,记录平均吞咽时间和平均振幅数值(AEMG),重复测量3次,取平均值。⑤安全性评价。记录4组在治疗过程中消化功能紊乱、营养丢失等并发症情况。

3.2 统计学方法 应用SPSS26.0统计学软件分析数据。计量资料符合正态分布以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,2组间比较采用成组 t 检验,同组治疗前后比较采用配对样本 t 检验;不符合正态分布的计量资料以中位数(四分位数)[$M(P_{25}, P_{75})$]表示,采用非参数检验;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 治疗结果

4.1 4组治疗前后VFSS评分比较 见表1。治疗前,4组VFSS评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,4组VFSS评分均升高($P < 0.05$),且MLA+DTD组VFSS评分高于其余3组($P < 0.05$)。

表1 4组治疗前后VFSS评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
MLA组	20	2.95 $\pm$ 1.39	5.30 $\pm$ 1.42 ^{①②}
DTD组	20	2.45 $\pm$ 1.43	5.65 $\pm$ 1.60 ^{①②}
MLA+DTD组	20	2.60 $\pm$ 1.31	7.05 $\pm$ 2.01 ^{①②③④}
对照组	20	3.05 $\pm$ 1.57	4.90 $\pm$ 1.02 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$;③与MLA组治疗后比较, $P < 0.05$;④与DTD组治疗后比较, $P < 0.05$

4.2 4组治疗前后SSA评分比较 见表2。治疗前,4组SSA评分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗4周、6周后,4组SSA评分均降低($P < 0.05$),且MLA+DTD组SSA评分低于其余3组($P < 0.05$)。

4.3 4组治疗前后吞咽肌群表面肌电信号比较 见表3、表4。治疗前,4组在空吞咽和吞咽5 mL温水时的AEMG值和平均吞咽时间比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,4组在空吞咽和吞服5 mL温水时的AEMG值均降低($P < 0.05$),MLA组、DTD组、MLA+DTD组空吞咽时的平均吞咽时间均缩短($P < 0.05$),DTD组、MLA+DTD组、对照组吞咽5 mL温水时的平均吞咽时间均缩短($P < 0.05$);

MLA+DTD组在空吞咽和吞咽5 mL温水时的AEMG值低于MLA组和对照组($P < 0.05$);MLA+DTD组空吞咽时的平均吞咽时间短于其它3组($P < 0.05$),MLA+DTD组吞咽5 mL温水时的平均吞咽时间短于MLA组和对照组($P < 0.05$)。

表2 4组治疗前后SSA评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗2周	治疗4周	治疗6周
MLA组	20	30.35 $\pm$ 2.03	27.35 $\pm$ 2.41	25.70 $\pm$ 2.13 ^①	24.40 $\pm$ 2.09 ^{①④}
DTD组	20	29.15 $\pm$ 2.90	27.30 $\pm$ 2.45	25.10 $\pm$ 1.62 ^{①②}	22.95 $\pm$ 1.28 ^{①②③}
MLA+DTD组	20	29.85 $\pm$ 2.21	26.00 $\pm$ 1.56 ^②	23.15 $\pm$ 2.30 ^{①②③④}	21.05 $\pm$ 2.65 ^{①②③④}
对照组	20	30.30 $\pm$ 2.68	28.85 $\pm$ 2.25	27.15 $\pm$ 1.60 ^①	26.45 $\pm$ 3.09 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$;③与MLA组治疗后比较, $P < 0.05$;④与DTD组治疗后比较, $P < 0.05$

表3 4组治疗前后吞咽肌群表面肌电信号比较
(空吞咽)[($\bar{x} \pm s$), $M(P_{25}, P_{75})$]

组别	例数	AEMG值(μ V)		平均吞咽时间(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
MLA组	20	36.85 $\pm$ 4.69	31.65 $\pm$ 3.27 ^①	3.41 $\pm$ 0.33	3.15[3.07,3.27] ^{①②}
DTD组	20	36.45 $\pm$ 5.18	30.45 $\pm$ 5.28 ^{①②}	3.55 $\pm$ 0.32	3.20[3.01,3.32] ^①
MLA+DTD组	20	37.85 $\pm$ 5.36	27.05 $\pm$ 3.15 ^{①②③}	3.48 $\pm$ 0.42	3.03[2.92,3.11] ^{①②③④}
对照组	20	37.90 $\pm$ 3.45	33.70 $\pm$ 3.95 ^①	3.34 $\pm$ 0.45	3.24[3.14,3.34]

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$;③与MLA组治疗后比较, $P < 0.05$;④与DTD组治疗后比较, $P < 0.05$

表4 4组治疗前后吞咽肌群表面肌电信号比较
(吞咽5 mL温水)[($\bar{x} \pm s$), $M(P_{25}, P_{75})$] 分

组别	例数	AEMG值(μ V)		平均吞咽时间(s)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
MLA组	20	45.10 $\pm$ 6.09	36.35 $\pm$ 5.87 ^{①②}	3.49(3.26,3.73)	3.40 $\pm$ 0.30
DTD组	20	46.60 $\pm$ 5.04	35.45 $\pm$ 4.58 ^{①②}	3.55(3.47,3.64)	3.27 $\pm$ 0.14 ^①
MLA+DTD组	20	45.40 $\pm$ 6.60	32.25 $\pm$ 4.54 ^{①②③}	3.56(3.46,3.78)	3.13 $\pm$ 0.14 ^{①②③}
对照组	20	46.90 $\pm$ 5.12	40.50 $\pm$ 2.69 ^①	3.55(3.36,3.72)	3.40 $\pm$ 0.18 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$;③与MLA组治疗后比较, $P < 0.05$;④与DTD组治疗后比较, $P < 0.05$

4.4 4组治疗前后SWAL-QOL评分比较 见表5。治疗前,4组SWAL-QOL评分比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$)。治疗4周、6周,MLA组、DTD组、MLA+DTD组SWAL-QOL评分均逐渐升高($P < 0.05$),且MLA+DTD组高于其它3组($P < 0.05$),MLA组、DTD组高于对照组($P < 0.05$)。

表 5 4 组治疗前后 SWAL-QOL 评分比较($\bar{x} \pm s$)						分
组 别	例数	治疗前	治疗 2 周	治疗 4 周	治疗 6 周	
MLA 组	20	92.25 ± 8.25	132.85 ± 16.13	168.35 ± 14.97 ^{①②}	175.15 ± 17.60 ^{①②④}	
DTD 组	20	96.00 ± 9.76	135.90 ± 14.93	170.40 ± 11.52 ^{①②}	183.65 ± 10.04 ^{①②③}	
MLA+DTD 组	20	93.00 ± 9.25	155.10 ± 14.93 ^②	186.40 ± 13.08 ^{①②③④}	203.60 ± 10.30 ^{①②③④}	
对照组	20	96.00 ± 10.04	126.50 ± 15.29	148.20 ± 20.13 ^①	160.60 ± 20.32 ^①	

注：①与本组治疗前比较， $P < 0.05$ ；②与对照组治疗后比较， $P < 0.05$ ；③与 MLA 组治疗后比较， $P < 0.05$ ；④与 DTD 组治疗后比较， $P < 0.05$

4.5 4 组并发症发生率比较 见表 6。对照组并发症总发生率为 20%，MLA 组并发症总发生率为 10%，DTD 组并发症总发生率为 10%，MLA+DTD 组并发症总发生率为 5%，MLA+DTD 组并发症总发生率低于其余 3 组，但差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 6 4 组并发症发生率比较						例
组 别	例数	消化功能紊乱	营养不良	吸入性肺炎	总计(%)	
MLA 组	20	1	1	0	10	
DTD 组	20	1	1	0	10	
MLA+DTD 组	20	1	0	0	5	
对照组	20	2	1	1	20	
χ^2 值						2.186
P 值						0.610

5 讨论

吞咽障碍是脑卒中常见的并发症，发病率高达 57%~78%^[7]，其中 CPD 导致的吞咽障碍是康复的难点。随着人口老龄化加剧，脑卒中患者明显增多，CPD 发病率亦随之上升。CPD 可能导致吸入性肺炎、误吸等多种并发症，因此脑卒中后 CPD 患者的吞咽障碍病死率较高；同时 CPD 导致的吞咽障碍以咽期为主^[8]，常难以自行恢复，因此对于脑卒中后 CPD 患者的吞咽障碍需较早介入治疗。卒中后 CPD 患者吞咽障碍多归属于中医学喉痹范畴。多因肾精亏虚不能上荣于脑；或气虚血瘀，脑络受阻；或脾肾亏虚兼痰浊瘀血闭阻清窍所致。病位在咽、舌、脑，与五脏相关。中医认为人与天地相应，诊病时尤其重视外在环境和内在机体的有机联系。子午流注是指人体十二经脉气血按照十二时辰中阴阳盛衰变化而呈现相应的变化，分为纳支法和纳甲法，其中纳甲法在临床运用较为广泛。依据子午流注纳甲法理论^[9]，在气血灌注盛衰开阖的最佳时机行针刺疗法，可更好的疏通经络、促进气血运行。研究表明，当应用纳甲法按时推算所取穴位不符合治则时，应加

以辨证选穴^[10]，因此本研究配肾俞和太溪补肾填精，配丰隆和中脘益气、祛风化痰，配足三里和三阴交化瘀通络。本研究结果显示，子午流注针法可改善 CPD 患者的营养不良，纠正人体负氮平衡，改善营养指标和体质量，提高免疫力，同时可以逐步恢复患者的吞咽功能。

研究表明，涤痰汤可调节血清生长分化因子 15 及中枢神经特异蛋白 S100 β 蛋白水平，改善 CPD 患者神经功能，进而改善吞咽功能^[11]。方中茯苓、半夏、胆南星、石菖蒲可开窍醒脑、祛痰通络、柔舌通经，人参、枸杞可补益气血，全方可有效改善脑区供血。本研究结果显示，与对照组比较，MLA 组和 DTD 组都能进一步改善 CPD 患者的吞咽功能，且疗效基本相当；而与 MLA 组和 DTD 组相比，MLA + DTD 组可以加速吞咽功能恢复，相应提高患者的生活质量。研究表明针刺配合涤痰汤加减可提高卒中后吞咽障碍患者神经营养因子、神经生长因子水平，降低神经元特异性烯醇化酶水平，从而改善卒中后吞咽障碍患者神经细胞营养，促进神经细胞修复，减轻吞咽障碍症状^[12]。

表面肌电技术能定性定量地反映肌肉功能和活动状态，是一种非侵入性、无辐射评估吞咽功能的方法^[13]。AMEG 可反映吞咽时激活的肌肉活动单位数量及类型；吞咽动作每次正常时间为 1~2 s，时间越长，吞咽障碍就越重，因此本研究选取 AEMG 和平均吞咽时间作为结局指标。本研究结果显示，MLA+DTD 组在空吞咽和吞咽 5 mL 温水时 AEMG 值显著低于 MLA 组和对照组；MLA+DTD 组空吞咽时的平均吞咽时间显著短于 MLA 组、DTD 组和对照组，MLA+DTD 组吞咽 5 mL 温水时的平均吞咽时间显著短于 MLA 组和对照组。提示涤痰汤联合子午流注针刺治疗可显著缓解患者吞咽肌群的痉挛，缩短吞咽的时间。同时 MLA+DTD 组并发症发生率低于其余 3 组，

提示本法具有良好的安全性。

综上所述,涤痰汤联合子午流注针刺治疗卒中后CPD患者吞咽障碍疗效显著,可改善患者生活质量,且安全性较好。

【参考文献】

- [1] 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.
- [2] 胡月, 李征, 蒋运兰, 等. 子午流注针法治疗失眠症临床疗效的Meta分析[J]. 兰州大学学报(医学版), 2019, 45(6): 22-29.
- [3] 武杰, 王玉, 刘建, 等. 涤痰汤加减联合表面肌电生物反馈对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能的效应观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(12): 3338-3342, 3348.
- [4] 杨璞. 最新版《中国脑卒中防治指导规范》发布[N]. 家庭医生报, 2021-11-29(1).
- [5] 中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组. 中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017年版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-885.
- [6] 王永炎, 鲁兆霖. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 299-304.
- [7] 蒋玮, 李东倩, 魏霞, 等. 改良 VitalStim 电针治疗脑卒中后环咽肌失弛缓的临床研究[J]. 海军军医大学学报, 2022, 43(12): 1372-1377.
- [8] 樊留博, 韩文胜, 沈佳雯, 等. 基于 B/M 型超声数字化评估脑卒中后吞咽障碍患者咽期吞咽动力学特征[J]. 温州医科大学学报, 2023, 53(2): 142-145, 151.
- [9] 陈萌, 于永铎, 隋楠, 等. 基于子午流注理论探讨化痰通便汤治疗慢传输型便秘的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2020, 47(2): 143-144.
- [10] 官宏, 张学成, 张永臣, 等. 齐鲁现代针灸针法撷英[J]. 中国针灸, 2023, 43(2): 217-222.
- [11] 耿丹, 李洪波, 田云, 等. 涤痰汤联合吞咽-摄食训练治疗脑卒中后吞咽障碍对患者舌骨喉活动度及血清 GDF-15、S100 β 蛋白的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2021, 38(9): 1792-1798.
- [12] 倪璐, 蒋涛, 张闻东, 等. 涤痰汤加减配合针刺治疗卒中后吞咽障碍痰瘀阻络证的临床疗效[J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27(18): 101-106.
- [13] 孙全义, 陈雪丽, 李春梅, 等. 表面肌电技术在缺血性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用[J]. 广西医科大学学报, 2021, 38(6): 1172-1176.

(责任编辑: 钟志敏)