

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2021.02.007

• 临床报道 •

# 涤痰汤加减辅助透刺吞咽针法治疗 脑卒中后吞咽障碍临床观察

张振风

永城市人民医院康复医学科,河南永城 476600

**关键词** 脑卒中;吞咽障碍;涤痰汤;透刺吞咽针法

**中图分类号** R743.3;R246.6 **文献标志码** A

脑卒中是致残率和致死率最高的疾病之一,给患者、家庭和社会带来巨大精神和经济负担。吞咽障碍是脑卒中后常见的临床并发症,易引发一系列误吸、肺炎、进食吞咽困难等症状,影响患者正常营养摄入,大大增加患者死亡和不良预后的风险<sup>[1]</sup>。现阶段西医治疗脑卒中后吞咽障碍主要是在治疗原发病的基础上给予营养支持、康复训练、神经肌肉电刺激、外科手术等,但疗效不尽如人意<sup>[2]</sup>。针刺为中医传统治疗方法,在吞咽障碍中应用广泛。研究<sup>[3]</sup>表明,康复训练联合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍患者具有不错的临床疗效。基于此,本研究采用涤痰汤加减辅助透刺吞咽针法治疗脑卒中后吞咽障碍患者,旨在探究其应用价值,为该病的后续治疗提供指导。现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取 2018 年 6 月—2020 年 6 月本院收治的脑卒中后吞咽障碍患者 82 例,按照随机数字表法随机分为 2 组,每组 41 例。对照组,其中男 22 例,女 19 例;年龄 $(61.36 \pm 2.41)$ 岁,年龄范围为 48~71 岁;病程 $(2.15 \pm 0.57)$ 个月,病程范围为 1~4 个月;脑出血 5 例,脑梗死 36 例。观察组,其中男 21 例,女 20 例;年龄 $(61.42 \pm 2.36)$ 岁,年龄范围为 49~72 岁;病程 $(2.19 \pm 0.54)$ 个月,病程范围为 1~5 个月;脑出血 6 例,脑梗死 35 例。2 组患者一般资料比较,差异无统计学意义 $(P>0.05)$ 。

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参照《实用内科学》<sup>[4]</sup>中关于出血性脑卒中的诊断标准及《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》<sup>[5]</sup>中关于缺血性脑卒中的诊断标准;吞咽

障碍诊断参照《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)》<sup>[6]</sup>中相关标准。

中医辨证标准参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[7]</sup>中风病气虚血瘀证:主症为口舌歪斜,半身不遂,言语謇涩或不语,感觉减退或消失;次症为面色㿠白,气短乏力,自汗出;舌质淡暗,舌苔白腻或有齿痕,脉沉细。

### 1.3 纳入及排除标准

纳入标准:符合上述诊断标准;入组前未接受其它相关治疗;患者及其家属自愿签署知情同意书,经过本院医学伦理委员会批准。

排除标准:脑部外伤、脑部感染、脑部肿瘤等其他疾病引起的吞咽障碍;合并心肝肾功能严重不全、凝血功能异常、恶性肿瘤患者;对本研究所用药物过敏者;精神异常,无法配合完成治疗者。

### 1.4 治疗方法

所有患者均行西医常规治疗,包括心电监测、降压、降糖、改善脑循环等,予以依达拉奉注射液(湖南五洲通药业有限责任公司,国药准字 H20193377)加入 0.9%氯化钠注射液稀释后静脉滴注,30 mg/次,30 min 内滴完,2 d/次,连续使用 14 d。

对照组患者予以透刺吞咽针法治疗,选取提舌骨 1 穴、提舌骨 2 穴、提喉骨 1 穴、提喉骨 2 穴和环咽肌穴。患者取仰卧位,消毒针刺部位皮肤,毫针刺患者颈部穴位至有阻滞感停止。提舌骨 1 穴直刺进针,深度为 15~20 mm;提舌骨 2 穴于舌骨侧进针,深度为 10~15 mm;提喉骨 1 穴、2 穴及环咽肌穴平刺进针,深度 10~20 mm。进针后快速捻针约 10 s,得气后拔针,针刺时注意角度,避开动脉;以上诸穴每日针刺 1 次,连续 6 d,间隔 1 d,7 d 为 1 疗程,共治疗 4 个疗程。

观察组患者在对照组治疗基础上联合涤痰汤进行加减治疗,方药组成为茯苓 15 g、枳实 15 g、陈皮 12 g、人参 12 g、半夏 15 g、胆南星 12 g、竹茹 12 g、生姜 10 g、石菖蒲 10 g、甘草 10 g。随证加减:气虚者加黄芪 15 g;阴虚者加生地 10 g;血虚者加当归、丹参 12 g;痰热者加鲜竹沥 10 g。上述药物,水煎取汁,每日 1 剂,早晚分服。2 组患者均连续治疗 4 周。

1.5 观察指标

洼田饮水试验<sup>[8]</sup>:患者取端坐位,喝下 30 mL 温开水,能够 1 次顺利饮下、无呛咳为 1 分;分 2 次饮下、不呛咳为 2 分;能 1 次饮下但存在呛咳、声音嘶哑为 3 分;2 次以上饮下且存在呛咳、声音嘶哑为 4 分;不能全部饮下为 5 分。

标准吞咽功能评价量表<sup>[9]</sup>:用于评估患者吞咽功能,评定内容由易到难,可避免引起部分重度吞咽障碍患者的强烈反应,评分越高表明患者吞咽功能越差。

1.6 统计学方法

采用 SPSS 25.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,组内比较采用配对  $t$  检验,组间比较采用成组  $t$  检验;以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

治疗前,2 组患者洼田饮水试验及标准吞咽功能评价量表评分比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );治疗 4 周后,2 组患者洼田饮水试验及标准吞咽功能评价量表评分均较治疗前明显下降,且观察组显著低于对照组( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 2 组患者吞咽功能比较( $n=41$ ,分, $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 时间  | 洼田饮水试验      | 标准吞咽功能评价量表   |
|-----|-----|-------------|--------------|
| 对照组 | 治疗前 | 4.60±0.37   | 37.92±5.31   |
|     | 治疗后 | 2.95±0.61*  | 29.56±4.21*  |
| 观察组 | 治疗前 | 4.63±0.35   | 38.43±5.25   |
|     | 治疗后 | 2.14±0.46*△ | 21.64±3.63*△ |

与治疗前比较\* $P < 0.05$ ;与对照组比较△ $P < 0.05$

3 讨论

祖国医学认为,脑卒中后吞咽障碍属“喉痹”范畴,其与患者气虚血瘀、风痰瘀阻等状态有关,患者元气亏虚、气血不畅,治疗应以化痰、补气、通络为主<sup>[12]</sup>。李晓宁教授根据传统中医理论和现代解剖学研究成果,创立“三区三线”学说,形成独具特色的“透刺咽

针法”,用于治疗脑卒中后吞咽障碍,每获良效。提舌骨 1 穴、提舌骨 2 穴、提喉骨 1 穴、提喉骨 2 穴、环咽肌穴为“颈前区 5 穴”,为通过吞咽造影及肌电图检查选取的与吞咽有关的重要解剖点,是治疗脑卒中后吞咽障碍的重要穴位。其中针刺提舌骨 1 穴可改善患者舌骨运动乏力状况,针刺提舌骨 2 穴可改善咽中缩肌收缩无力及迷走神经喉部分支损伤,针刺提喉骨 1 穴、2 穴可治咽下缩肌收缩无力,针刺环咽肌穴可改善环咽肌失弛缓,利于患者吞咽功能恢复<sup>[10]</sup>。

涤痰汤具有豁痰清热、利气补虚之效,主治中风痰迷心窍,舌强不能言,为临床常用方剂。方中胆南星清热化痰、息风定惊,半夏燥湿化痰、降逆止呕,陈皮理气健脾、燥湿化痰,枳实破气消积、化痰除痞,竹茹清热化痰、除烦止呕,人参大补元气、补脾益肺、生津止渴、安神益智,茯苓利水胜湿、健脾宁心,石菖蒲开窍醒神、化湿和胃、宁神益智,生姜温中止呕、温肺散寒,甘草补脾益气、祛痰止咳、调和药性;诸药联用,共奏化痰、除湿、活血、通络之功。气虚者加黄芪可以补气固表;阴虚者加生地可清热生津;血虚者加当归、丹参可补气血;痰热者加竹沥可滑痰、降火。现代药理学研究表明,半夏可刺激患者喉上神经,利于增强患者吞咽能力,且半夏有较强的祛痰作用,可帮助中风患者祛除痰液,缓解病症<sup>[11]</sup>;石菖蒲可作用于患者中枢神经系统,其内细辛醚成分可促进患者受损脑神经组织恢复,帮助患者恢复吞咽功能<sup>[12]</sup>;人参可增强患者造血能力,调节心脑血管供血及供氧,降低脑卒中再发生率<sup>[13]</sup>。本研究结果显示,治疗 4 周后,观察组患者洼田饮水试验及标准吞咽功能评价量表评分显著低于对照组;表明涤痰汤加减辅助透刺咽针法治疗脑卒中后吞咽障碍患者可有效提高患者饮水能力、改善患者吞咽功能。究其原因可能为,针刺可刺激患者脑神经,促进神经功能恢复,而涤痰汤在减轻患者的中风症状方面具有优势,二者联用,可有效改善患者吞咽功能。

综上所述,涤痰汤联合透刺咽针法治疗脑卒中后吞咽障碍效果较好,可有效提高患者吞咽功能。

参 考 文 献

[1] 中国卒中吞咽障碍与营养管理共识专家组,中国卒中学会,国家神经系统疾病临床医学研究中心,等.中国卒中吞咽障碍与营养管理手册[J].中国卒中杂志,2019,14(11):1153-1169.  
[2] 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)第二部分治疗与康

- 复管理篇[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2018, 40(1): 1-10.
- [3] 向连, 向凤玲. 康复训练联合针刺治疗脑卒中后吞咽障碍患者的临床观察[J]. 中西医结合研究, 2019, 11(2): 86-88.
- [4] 林果为, 王吉耀, 葛均波. 实用内科学[M]. 15 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 2704-2706.
- [5] 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.
- [6] 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)第一部分评估篇[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892.
- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 99-101.
- [8] 朱亚芳, 张晓梅, 肖瑞, 等. 经口摄食功能评估量表与洼田饮水试验应用于急性脑卒中患者中的信效度研究[J]. 中国全科医学, 2018, 21(3): 318-321, 329.
- [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] 吴磊, 梅继林, 梁雪松, 等. 李晓宁教授运用“透刺吞咽针法”治疗脑卒中后吞咽障碍经验撷菁[J]. 中国针灸, 2019, 39(5): 519-522.
- [11] 左军, 牟景光, 胡晓阳. 半夏化学成分及现代药理作用研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2019, 21(9): 26-29.
- [12] 邵福平, 田蕾, 田妹, 等. 中药石菖蒲的研究进展[J]. 中医药导报, 2018, 24(22): 65-69.
- [13] 于雪妮, 冯小刚, 张建民, 等. 人参化学成分与药理作用研究新进展[J]. 人参研究, 2019, 31(1): 47-51.

(收稿日期: 2020-12-17)

## 《中西医结合研究》实行网站投稿

《中西医结合研究》杂志自 2020 年 1 月 1 日起实行网上投稿系统投稿, 登录网站 [ritcwm.com](http://ritcwm.com), 按要求注册成为本刊作者即可投稿, 欢迎广大作者踊跃投稿! 咨询电话: 027-69378380, E-mail: [ritcwm@163.com](mailto:ritcwm@163.com)。

(本刊编辑部)