

# 通关利窍针刺法对脑卒中后吞咽障碍患者康复的影响

毛林山 王艳娟 冉洁

**摘要** 目的:探讨通关利窍针刺法对脑卒中后吞咽障碍患者康复的影响。方法:选择102例脑卒中后吞咽障碍患者作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组和观察组各51例。对照组在常规治疗基础上采用常规康复训练,观察组在对照组基础上采用通关利窍针刺法,两组连续治疗4 w。比较两组治疗4 w的康复效果;比较两组治疗前、治疗4 w吞咽功能[采用标准吞咽功能评估量表(SSA)评估]、生活质量[采用吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)评估]。结果:治疗4 w后,观察组整体效果优于对照组,总有效率高于对照组( $P<0.05$ );治疗4 w后,两组SSA评分均低于治疗前,且观察组低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ );治疗4 w后,两组SWAL-QOL评分高于治疗前,且观察组高于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:通关利窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍患者的效果较好,可改善吞咽功能,提高生活质量。

**关键词** 脑卒中;吞咽障碍;通关利窍针刺法;吞咽功能;生活质量

脑卒中后吞咽障碍多由脑血管损伤影响吞咽中枢和运动感觉通路导致,患者多表现为吞咽乏力、饮水呛咳等症状,严重影响患者的日常生活<sup>[1]</sup>。康复训练是目前治疗脑卒中后吞咽障碍的常见手段,可促进脑部循环、改善吞咽功能,但随着干预时间延长,患者的依从性降低,常规康复治疗难以达到预期的效果,需寻求其他方法联合治疗<sup>[2]</sup>。中医将脑卒中归属“中风”范畴,多因脏腑失调,气虚血瘀,直冲犯脑,瘀阻脑络、神不导气所致,治疗应以调神通窍、通关醒脑为主<sup>[3]</sup>。通关利窍针刺法具有醒脑开窍、通络调经的效用,符合上述治疗原则。本研究重点分析通关利窍针刺法对脑卒中后吞咽障碍患者康复的影响,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 选择2018年9月—2020年9月就诊于中牟县人民医院康复科的102例脑卒中后吞咽障碍患者,采用随机数字表法分为对照组和观察组各51例。对照组男27例,女24例;年龄55~71岁,平均年龄( $63.25\pm 2.23$ )岁;病程1~3个月,平均病程( $1.67\pm$

0.13)个月。观察组男28例,女23例;年龄56~72岁,平均年龄( $63.62\pm 2.31$ )岁;病程1~4个月,平均病程( $1.73\pm 0.16$ )个月。两组一般资料对比,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可对比性。本研究经医院医学伦理委员会批准[伦理批号:2018审(98)号]。

**1.2 诊断标准** ①脑卒中符合《中国脑卒中早期康复治疗指南》<sup>[4]</sup>中诊断标准,且经影像学确诊。②伴有吞咽障碍,洼田饮水试验<sup>[5]</sup>评定为I级以上。

**1.3 纳入标准** ①符合上述诊断标准;②依从性好,可配合本次研究;③入院前未接受相关康复治疗。

**1.4 排除标准** ①合并咽部感染、溃疡及其他病变患者;②伴有精神障碍患者;③有出血倾向患者;④内分泌系统、造血系统等障碍患者;⑤非脑卒中导致的吞咽障碍患者。

**1.5 剔除和脱落标准** ①误纳入者及未能完成康复流程者;②不耐受针灸者;③出现严重并发症者;④自行退出者。

**1.6 治疗方法** 两组均接受抗血小板聚集、改善脑循环、营养神经治疗等常规药物治疗。

**1.6.1 对照组** 在常规治疗基础上,采用常规吞咽障碍康复训练,具体包含进食训练、冷刺激治疗、软腭上抬训练等,每次30 min,每天1次,每周6次,连续治

疗 4 w。

**1.6.2 观察组** 在对照组的基础上,采用通关利窍针刺法。主穴取内关、人中、三阴交、风池、完骨、翳风、廉泉,同时取咽喉壁点刺,玉液、金津放血。配穴:伴咀嚼运动受限和唇闭合不全,加太阳、地仓、下关、颊车;伴舌体运动受限,加内大迎,并于舌面散在点刺。操作方法:直刺内关穴,深 0.5~1 寸,施以提插捻转泻法 1 min;斜刺人中穴,深 0.3~0.5 寸,施以雀啄泻法,以流泪或眼球湿润为度;向喉结方向斜刺完骨穴、风池穴和翳风穴,深 2~2.5 寸,施以捻转补法 1 min,以咽喉胀麻为宜;斜刺三阴交穴,深 1~1.5 寸,施以提插补法,以下肢抽动 3 次为度;向舌根方向刺廉泉穴,深约 40 mm,施以捻转泻泄法 1 min,留针 30 min;点刺玉液穴和金津穴,以 1~2 mL 出血量为宜;以压舌板压住舌体,点刺双侧咽喉壁 3~5 次。每天 1 次,每周 6 次,连续治疗 4 w。

**1.7 评价指标**

**1.7.1 康复效果** 依据洼田饮水试验评分判定两组患者治疗效果。显效:饮水试验评定较治疗前提升不小于 2 级,患者症状消失;有效:饮水试验评定提高 1 级,症状明显改善;无效:饮水试验评定无变化。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。

**1.7.2 吞咽功能** 于治疗前、治疗 4 w 后,采用标准吞咽功能评估量表(Standardized swallowing assessment, SSA)<sup>[6]</sup>判定两组吞咽功能:量表包含 19 个条目,总分值 18~46 分,分值越高说明吞咽功能越差。

**1.7.3 生活质量** 于治疗前、治疗 4 w 后,采用中文版吞咽障碍特异性生活质量量表(Swallowing-related quality of life, SWAL-QOL)<sup>[7]</sup>判定两组生活质量:量表包括进食恐惧、心理负担等 10 个维度,30 个条目,每个条目 1~5 分,共 150 分,分值越高说明生活质量越好。

**1.8 统计学方法** 采用 SPSS 23.0 软件进行数据处理,计量资料均经 Shapiro-Wilk 正态性检验,符合正态分布的计量资料采用( $\bar{x} \pm s$ )表示,组间用独立样本 *t* 检验,组内用配对样本 *t* 检验;计数资料用%表示,采用  $\chi^2$  检验,等级资料采用秩和检验。*P*<0.05 为差异具有统计学意义。

**2 结果**

**2.1 两组疗效比较** 治疗 4 w 后,观察组的总有效率为 94.12%,对照组的总有效率为 80.39%。两组之

间比较,观察组疗效优于对照组(*P*<0.05)。见表 1。

**表 1 两组疗效比较[n(%)]**

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	51	19(37.26)	29(56.86)	3(5.88)	48(94.12)*
对照组	51	11(21.57)	30(58.82)	10(19.61)	41(80.39)

注:与对照组比较,\**P*<0.05

**2.2 两组吞咽功能比较** 治疗前,两组 SSA 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 4 w 后,两组 SSA 评分均低于治疗前,差异有统计学意义(*P*<0.05),且观察组的 SSA 评分低于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 2。

**表 2 两组 SSA 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$ )**

组别	例数	治疗前	治疗 4 w
观察组	51	31.85±2.53	22.12±1.36**
对照组	51	31.36±2.41	24.35±1.62*

注:与治疗前比较,\**P*<0.05;与对照组比较,\*\**P*<0.05

**2.3 两组生活质量比较** 治疗前,两组 SWAL-QOL 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 4 w 后,两组 SWAL-QOL 评分均高于治疗前,差异有统计学意义(*P*<0.05),且观察组的 SWAL-QOL 评分高于对照组,差异有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

**表 3 两组 SWAL-QOL 评分对比(分, $\bar{x} \pm s$ )**

组别	例数	治疗前	治疗 4 w
观察组	51	63.45±2.63	94.12±3.76**
对照组	51	62.76±2.52	88.35±3.61*

注:与治疗前比较,\**P*<0.05;与对照组比较,\*\**P*<0.05

**3 讨论**

脑卒中后吞咽障碍如不及时采取有效治疗,随着病情的发展,患者易出现营养不良、肺炎等并发症,甚至导致气道堵塞,增加窒息死亡的风险<sup>[8]</sup>。康复训练是目前治疗脑卒中后吞咽障碍的常用方式,可促进脑部微循环,提高吞咽灵活性,但脑卒中后吞咽障碍病程长,停止训练后易复发,单独采用功能训练难以满足患者需求,需寻求其他方式联合治疗<sup>[9]</sup>。

中风在祖国古籍中早有记载,其中《金匱要略》提及“难言”“口吐涎”等中风症状。从中医整体角度而

言,中风病位在脑,为本虚标实之证,多由脏器功能失调,日久耗损真阴,气血失调,痹阻机窍,治疗应以调神通窍、通关醒脑为主<sup>[10]</sup>。针刺具有成本低、安全性高等特点,是中医治疗脑卒中后吞咽障碍的常见疗法,如早在《备急千金要方》中就记载了用百会、风池穴治疗“汤水不能入口”之法。石学敏院士以中医经络学说为理论依据,提出了“通关利窍”概念,强调治疗本病需“虚实并重”,以通关利窍、滋补三阴为法,其取穴、手法严谨,疗效确切<sup>[11]</sup>。本研究所选用的通关利窍针刺法是基于石学敏院士“醒脑开窍”针刺法而提出的一种针刺疗法。本法中所取内关穴可安神理气;人中穴可醒脑开窍;三阴交穴可行气活血、疏通经络;风池穴可通利官窍;完骨穴可疏导水液;翳风穴可益气补阳;廉泉穴可通调舌络、清利咽喉;玉液穴、金津穴可清热泻邪。针刺以上穴位可起到醒脑开窍、通络调经的功效<sup>[12]</sup>。

本研究结果显示,治疗4 w后观察组SSA评分低于对照组,且整体效果优于对照组,说明通关利窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍患者可提高疗效、改善吞咽功能。通关利窍针刺法通过针刺人中、风池、翳风等穴位可调理心气,促进气血运行,增加局部脑血流量,使缺血组织维持有效的血供,减轻缺血引起的神经功能损伤,同时作用于咽部神经,强化咽部肌群,恢复吞咽放射弧,进而改善吞咽功能<sup>[13-14]</sup>。康复训练可提高神经系统的兴奋程度,抑制异常反射,增加咽下肌肉组织运动协调性,与通关利窍针刺法联用可协同促进吞咽功能的恢复,故疗效显著<sup>[15]</sup>。本研究发现,治疗4 w后观察组SWAL-QOL评分高于对照组,提示通关利窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍可提高患者生活质量。通关利窍针刺法通过刺激对应穴位可改善脑部血液循环,促进脑组织的修复,纠正神经递质代谢紊乱,保护缺血性脑损伤,故其与康复训练联用可有效改善患者生活质量<sup>[16]</sup>。

综上所述,通关利窍针刺法治疗脑卒中后吞咽障碍患者疗效确切,可改善吞咽功能,提高生活质量。

## 参考文献

- [1]宗敏茹,庞 灵,郑兰娥,等.间歇性管饲结合吞咽训练对脑卒中吞咽障碍患者的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(12):932-933.
- [2]吴 英,陈香凤,董 军,等.吞咽功能训练操应用于老年脑卒中吞咽障碍患者中对吞咽功能及依从性的影响[J].实用医学杂志,2018,34(5):851-853,856.
- [3]周 红,栗先增,周金洁,等.早期中医康复对脑卒中患者吞咽障碍及生活质量的影响[J].中国临床保健杂志,2018,21(1):96-99.
- [4]中华医学会神经病学分会,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.中国脑卒中早期康复治疗指南[J].中华神经科杂志,2017,50(6):405.
- [5]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.
- [6]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.
- [7]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.
- [8]陈惜珠,袁仕国.呼吸功能训练对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能的恢复作用[J].解放军预防医学杂志,2018,36(5):687-688.
- [9]李 晶,王静琳.脑卒中后吞咽障碍的康复治疗与护理[J].护士进修杂志,2018,33(19):1787-1788.
- [10]王 宇,周家伟,马 洁,等.中风中医经典方药分析[J].辽宁中医药大学学报,2018,20(11):18-121.
- [11]申鹏飞,石学敏.通关利窍针刺法对脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能及血氧饱和度影响的临床研究[J].新中医,2009,41(2):88-90,8.
- [12]张 强,刘 苗,孟祥刚,等.针刺治疗难治性脑卒中慢性期中重度吞咽障碍[J].吉林中医药,2019,39(12):1668-1670.
- [13]张 丹,张春红,孟智宏.“通关利窍”针刺法配合康复训练治疗缺血性中风后吞咽障碍的疗效观察[J].中华中医药杂志,2018,33(4):1649-1652.
- [14]曾连有,徐志均,黄玉梅.通关利窍针刺法联合康复训练对中风后吞咽障碍患者SSA及MBI评分的影响[J].光明中医,2020,35(7):1023-1025.
- [15]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.
- [16]卢 鑫,申晓稚,鲁玉婷.通关利窍针刺法配合康复训练治疗缺血性中风后吞咽障碍临床观察[J].实用中医药杂志,2019,35(11):1403-1404.

(收稿日期:2021-10-27)

(本文编辑:黄明愉)