

· 综 述 ·

针刺治疗中风后吞咽障碍研究进展※

● 黄金阳 范春香[▲] 陈宝瑾 鲁婵婵 舒 适 王 琦

摘 要 总结近 5 年来针刺治疗中风后吞咽障碍的临床研究,从中医病因病机认识、头针、眼针、舌针、项针、芒针等多方面进行论述,并指出下一步的研究方向和指导措施。

关键词 中风;吞咽障碍;针刺;综述

吞咽障碍是指控制吞咽功能的相关肌肉或大脑皮质、脑干的支配功能减退甚至消失,无法将饮食安全有效地输送到胃^[1]。中风后吞咽困难的发生概率高达 14%~71%^[2],是中风后最主要的并发症之一,成为严重影响中风患者预后的独立危险因素^[3]。该病常因误吸致肺部感染,甚至窒息,或者因假性延髓麻痹导致摄入营养不足,严重损害患者的功能康复。针刺在中风吞咽障碍的临床治疗以及研究中一直起着至关重要的作用,且应用广泛。本文就近 5 年来针刺治疗中风后吞咽障碍的临床研究进行综述如下。

1 中医病因病机认识

吞咽困难在祖国医学中属于“舌暗”“舌謇”“暗哑”“暗瘕”范畴^[4]。中医古籍中有很多有关吞咽障碍的论述,如《素问·脉解》提到“内夺而厥,则为暗瘕,此肾虚也,少阴不至者,厥也”,又如《金匱要略》记载“经络空虚,风邪乘虚入中”“邪入于脏,舌即难言,口吐涎”。结合相关古籍研究,认为其病因主要为肝肾亏虚,风、火、痰、瘀痹阻经络;病机是以阴阳失调,气血逆乱为主,导致机窍失用,咽喉吞咽不利^[5]。治疗当以调整气血阴阳为主。而咽喉部与经络联系密切,如手阳明大肠经“从缺盆上颈,贯颊,入上齿中”,足阳明之脉“循喉咙,

入缺盆”,足少阳胆经“下耳后,循颈,入缺盆”,足太阴脾经“挟咽,连舌本,散舌下”,手少阴心经“其支者从心系,上挟咽”,足少阴肾经“循喉咙,夹舌本”,督脉其分支“其少腹直上,上贯心,入喉”,任脉“循腹里,上关元,至咽喉”,冲脉“从胸中上行,会咽喉”,阴跷脉“至咽喉,会冲脉”,阴维脉“行于腹第三侧线,上咽”。临床上针刺选穴常选用这些经脉上的穴位,取其“经脉所过,主治所及”之意。

2 头针

周天雪等^[6]将对照组在常规治疗的基础上给予吞咽言语诊治仪治疗,治疗组在对照组的基础上加用头针治疗(选取顶颞前斜线下 2/5、颞前线及延髓在体表的投影区,行常规头针刺法),结果治疗组总有效率为 90.32%,明显高于对照组的 66.67% ($P < 0.05$)。李娜等^[7]以出血性脑卒中术后吞咽障碍患者为观察对象,对照组给予吞咽康复训练,治疗组加用头针同步吞咽肌电刺激,头穴取顶颞前斜线和顶颞后斜线,吞咽肌电刺激采用低频电刺激治疗仪,每次 30min,每日 2 次,每

※基金项目 上海市浦东新区卫生系统学科带头人培养计划(No. PWRD2018-08);上海市浦东新区临床中医特色学科建设资助(No. PDZY-2018-0612);上海市浦东新区临床中医重点专病建设资助(No. PDZY-2018-0618);上海市浦东新区临床中医优势品牌培育项目资助(No. PDZY-2018-0202);上海市进一步加快中医药事业发展三年行动计划(2018 年-2020 年)资助[No. ZY(2018-2020)-FWTX-8012];浦东新区科技发展基金项目(No. PKJ2018-Y25);上海市中医特色诊疗技术提升项目资助[No. ZY(2018-2020)-ZYJS-33]

▲通讯作者 范春香,女,医学博士,副主任医师。主要从事中西医结合脑病防治及康复的研究。E-mail:fanxiangl258@163.com

• 作者单位 上海市浦东新区浦南医院(上海 310000)

周治疗 5 次,共治疗 3 周。结果治疗组总有效率为 95.35%,高于对照组的 80.95% ($P < 0.05$);两组患者的 SSA 量表、FOIS 量表和 SWAL-QOL 量表评分均较治疗前改善 ($P < 0.01$),且治疗组比对照组改善更明显 ($P < 0.01$)。李蕾等^[8]给予对照组吞咽障碍康复训练,给予研究组头针带针康复训练治疗,选取自神庭穴开始至风府穴的头部督脉,每一寸处平刺一针,配穴顶颞前斜线(下 2/5 段)、顶颞后斜线、颞前线,在留针同时进行吞咽障碍康复训练。结果显示研究组总有效率为 96.67%,相较于对照组有效率的 86.67%,差异显著 ($P < 0.05$)。凌水桥等^[9]对治疗组采用头针联合吞咽训练治疗(于顶颞前斜线和顶颞后斜线处从上而下同时连刺 3 针,快速捻转后留针 30min),对照组单纯应用吞咽训练治疗。治疗后治疗组的 CBF、CBV 高于对照组 ($P < 0.05$),MTT 低于对照组 ($P < 0.05$);两组治疗后吞咽功能评分均较本组治疗前降低 ($P < 0.05$),且治疗组降低更明显 ($P < 0.05$);治疗组总有效率为 95.56%,对照组总有效率为 73.33%,两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

3 眼针

姜润哲等^[10]对研究组患者采用眼针运动疗法,选取上焦区、脾穴、心穴、肾穴,针刺得气后留针 10 分钟,带针进行吞咽功能训练;对照组取水沟、廉泉、金津、玉液、咽后壁、风池、翳风穴行常规针刺后行平补平泻手法,得气后留针 30 分钟,起针后进行吞咽康复训练。结果显示,眼针运动疗法治疗中风后吞咽困难疗效明显优于常规针刺疗法 ($P < 0.05$)。耿郡唯等^[11]将治疗组采取彭氏眼针结合会厌逐瘀汤治

疗,分别取双侧上焦区、下焦区、肝区、肾区,而对照组取穴风池、完骨、翳风、天突、廉泉、百会、哑门,中药同治疗组。结果,对照组的总有效率为 84%,治疗组的总有效率为 96%,两组差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。刘超等^[12]给予对照组经颅直流电刺激治疗,而给予研究组眼针结合经颅直流电刺激治疗,眼针选取双侧上焦区、下焦区、肝区、肾区为穴位区,留针 10~15 分钟,10 天为 1 个疗程,共 2 个疗程。结果两组治疗后 SSS 分级均显著低于治疗前,洼田饮水试验分级显著高于治疗前;研究组总有效率和洼田饮水试验分级差值、治疗前后 SSS 分级差值均显著大于对照组 ($P < 0.05$)。李莉等^[13]给予对照组患者体针及口腔冰刺激训练治疗,体针取双侧风池透风府,单穴选取廉泉、夹廉泉、金津、玉液;眼针组在对照组的基础上配合眼针治疗,取双侧肝区、肾区及上焦区,采用平补平泻手法,留针 30min,共 14d。结果眼针组有效率为 95.65%,对照组有效率为 81.82%,治疗后两组患者洼田饮水试验评分低于治疗前,且眼针组低于对照组 ($P < 0.05$)。蔡玉翠^[14]以风痰入络证吞咽困难患者为观察对象,对照组采取常规针灸治疗,选择阳陵泉、太冲、三阴交、丰隆、足三里、梁丘、外关、合谷穴,研究组在对照组基础上加眼针,主穴取双侧下焦区、上焦区,风痰阻络证加双侧肝区、脾区,留针 30min,疗程 14d,结果研究组有效率为 91.67%,对照组有效率为 81.67%,差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

4 舌针

翟明芳等^[15]取用已故名老中医曹汉三经验针法,处方主穴为舌三针(聚泉、海泉、舌边)、水突,配穴

为上廉泉、外金津玉液。肝肾阴虚者,加太溪、照海;痰浊阻窍者,加丰隆、三阴交。其中,聚泉穴、海泉穴及舌边穴三穴行强刺激捻转手法后出针;上廉泉及外金津玉液和水突穴采用强刺激捻转手法后再行留针;其余穴位采用常规针刺手法。结果显示,治疗组愈显率为 80.0%,对照组愈显率为 50.0%,治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。支建梅等^[16]将中风后吞咽困难患者分为联合组、舌针组、穴位贴敷组,其中舌针组予单纯舌针治疗,穴位贴敷组予利咽组方穴位贴敷治疗,联合组予舌针结合利咽组方穴位贴敷治疗。舌针取穴聚泉穴和海泉穴,每日 1 次,每周 5 次;利咽组方源于《瑞竹堂方》中“真方白丸子”进行加减而得,选取治呛穴和人迎穴进行贴敷,每日 1 次,每周 6 次。结果显示,舌针组改善率 71.3%、穴位贴敷组改善率 69.05%,均低于联合组的 90.48% ($P < 0.05$);与舌针组、穴位贴敷组相比,联合组治疗后 SWAL-QOL、VFSS 评分较高,NIH-SS 评分较低,BA、LVA、RVA 水平较高 ($P < 0.05$)。李庆彬等^[17]给予治疗组采取吞咽功能训练联合舌七针,取穴廉泉、左右夹廉泉、左右舌下穴施以体刺,其中夹廉泉接电针(体针及电针 1 次/天,共治疗 14 次),金津、玉液点刺放血(隔日 1 次,共治疗 7 次),对照组单纯采取吞咽功能训练。治疗组治疗后的日常生活力量量表得分低于对照组 ($P < 0.05$);治疗组在治疗后 0、4、6 分水平阶段的患者的吞咽能力均较对照组有显著性的提高 ($P < 0.05$),与对照组均无明显不良反应产生。鲁国志等^[18]予实验组采用舌针疗法,取穴舌下、舌系带两侧,避开金津、玉液穴位,采用拇指向右大弧度捻转,捻转 1~2 次快速出

针,1次/天,12次为1个疗程,疗程间隔3~5天,治疗2个疗程;对照组采用常规的单纯体针治疗,取外金津穴、玉液穴、廉泉穴、风池穴等,以平补平泻为主。结果,实验组总有效率为96.7%,明显高于对照组的70% ($P < 0.05$)。黄健婷等^[19]将对照组仅采用基础治疗和康复训练,观察组在此基础上加针刺治疗,主穴选用舌三针(廉泉、廉泉左右各旁开0.8寸)、外金津、外玉液、咽后壁、百会、风池、翳风、完骨、合谷、三阴交、大脑皮层运动区下2/5(吞咽运动区),再随证加减,采用平补平泻手法,每10min行针1次,留针30min,每周5次,共8周。结果观察组总有效率为97.06%,对照组为88.57% ($P < 0.05$);两组患者治疗后SSA评分均较治疗前降低,且观察组低于对照组 ($P < 0.05$);两组患者治疗后血清BDNF水平均较治疗前升高,且观察组高于对照组 ($P < 0.05$)。

5 项针

薛长青等^[20]将治疗组采用项针结合低频电刺激治疗(项针选穴:风池、供血、翳明、治呛、廉泉、吞咽、外金津玉液),对照组采用吞咽康复训练治疗(中重度吞咽障碍患者采用间接训练,轻度吞咽障碍患者或经基础训练产生一定吞咽能力患者采用直接训练)。结果显示,治疗组总有效率为93.33%,显著高于对照组的73.33% ($P < 0.05$);治疗后两组吞咽功能等级分布情况比较,差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。张磊等^[21]将脑卒中吞咽障碍患者在常规治疗基础上施行吞咽康复治疗,并将其作为对照组,而研究组在对照组基础上施以项针治疗。项针治疗时,首先针刺廉泉、外玉液和外金津穴,经过捻转后取出针灸针,吞

咽穴位无须静置留针;然后分别取双侧风池、风府、翳明穴刺向咽部,深度约1.5~2.0cm,然后接脉冲针灸治疗仪,30min/次,1次/天,4周为1个疗程。结果观察组总有效率为98.3%,且在治疗中无不良反应发生;对照组总有效率为78.3%,且在治疗中有4例患者发生恶心呕吐以及头晕等不良反应。刘晓艳等^[22]将吞咽障碍患者分成3组,均给予吞咽训练,此外,项针组予项针治疗,电刺激组予Vitalstim电刺激治疗,联合组予项针加Vitalstim电刺激治疗,其中项针取穴廉泉、治呛、吞咽、发音、外金津玉液、治反流、舌中穴,行针得气即出针,风池、风府、供血、翳明穴进针得气后继续留针25~30min,针刺后让患者咳嗽数次,1天1次,每周6天。结果显示联合组治疗后1个月、2个月吞咽功能均明显优于项针组和电刺激组 ($P < 0.05$),而项针组和电刺激组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。王彦华等^[23]将对照组患者给予基础治疗,治疗组在此基础上予项针疗法,主穴取阿呛穴、治呛穴、吞咽穴,其中阿呛穴诱发患者出现剧烈咳嗽后立即出针,治呛穴和吞咽穴留针30min,加配内关、通里、风池等。两组均1天治疗2次,5天为1个疗程,治疗4个疗程后治疗组有效率为93.33%,对照组有效率为56.67%,两组差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。王海琴^[24]采用阿呛穴强刺激法治疗与常规针灸疗法对比。治疗组先在喉结下方的凹陷处,找到阿呛穴,先右手持毫针直刺约12mm,感到落空感后慢慢进针,至有阻力感时再行雀啄强刺激手法,患者出现剧烈咳嗽即出针;对照组在西医治疗基础上采用常规针刺法,取穴风府、风池穴、哑门、廉泉、外金津、外玉液。两组患者均行摄

食训练。研究显示两组均能明显改善患者吞咽功能,两组治疗后VFSS评分、洼田氏饮水试验评分均明显改善,且治疗组比对照组改善更明显 ($P < 0.05$)。李晓宁教授^[25]指出中风后吞咽障碍主要病机为“脏腑失调、元神之府失用、经筋失调”,而现代医学则认为舌骨、喉骨向前向上提拉无力、咽缩肌收缩无力以及环咽肌失弛缓等为导致吞咽困难的重要原因,他综合传统中医理论和现代解剖学研究成果,开创性地将与吞咽相关的解剖结构划分成“三区”,并且以肾、心、胃脏腑经脉在颈部分布确立“三线”,创立“透刺吞咽针法”,透刺具有一针透多经或多穴的作用,每获良效。

6 芒针

孙强等^[26]将中风后假性球麻痹吞咽障碍患者随机分为芒针透刺治疗组和普通针刺对照组,两组患者均给予个体化的西医基础治疗,针对患者偏瘫肢体予以中医针刺治疗。芒针透刺治疗组选取天突、全知、风府、廉泉、足三里透三阴交;普通针刺对照组以内关、水沟、通里、金津、玉液以及咽后壁为主穴。每天1次,10次为1个疗程,经过2个疗程后两组患者洼田饮水试验吞咽障碍程度等级和标准吞咽功能评定量表评分均有所降低,且芒针透刺治疗组降低的幅度要大于普通针刺对照组,两组患者治疗后组间比较差异显著 ($P < 0.05$)。王再岭等^[27]予芒针组取用芒针弯刺天突穴;毫针组取穴风池、水沟、上廉泉、通里行常规针刺,咽后壁点刺,金津、玉液用三棱针点刺放血。每日1次,治疗2周。结果两组患者治疗后SSA评分和MBI评分均较治疗前改善 ($P < 0.01$),且芒针组改善更明显 ($P < 0.05$);芒针组愈显率为

56.0%, 显著高于毫针组的 30% ($P < 0.05$)。李响等^[28]给予治疗组患者进行芒针(使用 28 号的 5 寸芒针以患者胸骨柄内侧垂直进针, 约 3 寸左右, 出现胸前胀闷感时取出芒针; 使用 6 寸芒针从足三里斜刺进入患者体内 5 寸, 透向三阴交, 留针 30min) 配合康复训练, 而对照组进行常规药物治疗和康复训练。结果治疗组总有效率为 94%, 明显高于对照组的 71% ($P < 0.05$); 治疗组在治疗后的吞咽功能以及 1 年后的吞咽功能恢复情况优于对照组 ($P < 0.05$)。

7 小结

针刺治疗中风后吞咽障碍在临床上一直发挥着重要作用, 且穴位选择和治疗方法具有多样性和灵活性, 目前临床以两种或多种不同方法的联合治疗较多, 疗效明确并且为广大患者所接受, 针刺疗法在临床治疗中已形成了显著优势。但目前临床研究中亦存在不少问题亟待进一步完善: ①临床研究样本量普遍较少, 缺少多中心大样本量的系统研究; ②中风后吞咽障碍的临床疗效评价标准规范不统一, 可比性差; ③疗程普遍较短, 疗程不一致, 缺少远期临床疗效观察; ④目前针刺治疗中风后吞咽困难的方法众多, 与咽喉部相关联的经络很多, 从总体上看针刺选穴多选用胆经、肾经、督脉、任脉、三焦经、胃经的穴位, 目前缺乏这方面经络相关的临床研究。在今后的研究中需要采用具有循证医学证据的疗效评价标准, 努力开展多中心、大样本临床研究, 随访远期疗效, 争取以后制定出规范的最佳诊疗方案。

参考文献

[1] 周咏梅, 李 锐. 脑卒中患者吞咽障碍研究进展[J]. 现代临床医学, 2012, 38(4): 304 - 307.

[2] 邓红琼, 李 宁. 脑卒中后吞咽障碍的发生机制研究进展[J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2014, 16(9): 1000 - 1001.

[3] Poisson P, Laffond T, Campos S, et al. Relationships between oral health, dysphagia and undernutrition in hospitalized elderly patients[J]. Gerodontology, 2016, 33(2): 161 - 168.

[4] 中国中医科学院, 中国针灸学会. 中医循证临床实践指南: 针灸[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 126.

[5] 纪翠霞, 刘龙民. 中风后吞咽障碍的中医治疗概况[J]. 中国中医急症, 2019, 28(4): 747 - 752.

[6] 周天雪, 李莉娟, 冯恩辉, 等. 头针配合言语语治仪治疗卒中后吞咽障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(6): 859 - 863.

[7] 李 娜, 甄文剑, 文 博. 早期头针同步吞咽肌电刺激治疗出血性脑卒中术后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国中医急症, 2018, 27(1): 127 - 129.

[8] 李 蕾, 王丽红, 王 秩, 等. 头针带针康复治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[A]. 山东针灸学会第九届学术年会. 2017 年中国中医药研究促进会针灸康复分会第二届学术年会论文集[C]. 2017: 268 - 271.

[9] 凌水桥, 王 静. 头针联合吞咽训练治疗卒中后吞咽障碍的临床疗效及对患者脑皮层血流量和吞咽功能的影响[J]. 河北中医, 2019, 41(3): 448 - 455.

[10] 姜润哲. 眼针运动疗法治疗中风后吞咽困难临床研究[D]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2017.

[11] 耿郡唯, 王鹏琴. 眼针结合会厌逐瘀汤治疗脑卒中后吞咽障碍临床观察[J]. 亚太传统医药, 2017, 13(19): 127 - 128.

[12] 刘 超, 万明珠, 关红丽, 等. 眼针结合经颅直流电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍临床效益研究[J]. 辽宁中医杂志, 2018, 45(8): 1722 - 1725.

[13] 李 莉, 王 刚, 支世保, 等. 眼针治疗脑卒中后吞咽困难 46 例[J]. 河南中医, 2016, 36(12): 2117 - 2119.

[14] 蔡玉翠. 眼针治疗中风风痰入络证患者吞

咽困难的临床疗效观察[J]. 中国医药指南, 2017, 15(24): 193.

[15] 翟明芳. 曹氏舌三针联合吞咽功能训练治疗中风后吞咽困难的临床研究[D]. 咸阳: 陕西中医药大学, 2016.

[16] 支建梅, 卜秀焕, 刘 更, 等. 舌针结合利咽组方穴位贴敷治疗中风后吞咽困难临床研究[J]. JCAM, 2018, 34(5): 18 - 22.

[17] 李庆彬, 黄丽贤, 王 亮, 等. 功能训练联合舌针治疗多脑卒中吞咽障碍疗效研究[J]. 中华中医药学刊[J]. 2018, 36(7): 1686 - 1689.

[18] 鲁国志, 李素梅, 董淑华. 舌针治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J]. 内蒙古中医药, 2017, (14): 103 - 104.

[19] 黄健婷, 罗晓舟, 崔韶阳, 等. 针刺结合康复训练对缺血性脑卒中患者吞咽障碍临床疗效观察及对血清 BDNF 的影响[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(2): 830 - 833.

[20] 薛长青, 李冬岩. 项针结合低频脉冲电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J]. 中国现代药物应用, 2018, 12(1): 34 - 35.

[21] 张 磊, 王湘臻, 王庆明, 等. 项针结合吞咽康复理疗对脑卒中后吞咽困难的临床效果研究[J]. 中国实用医药, 2018, 13(31): 41 - 42.

[22] 刘晓艳, 梁玲毓, 周世超, 等. 项针结合 Vitalstim 电刺激治疗脑外伤后吞咽障碍的研究[J]. 现代中西医结合杂志, 2016, 25(1): 18 - 24.

[23] 王彦华, 周红霞, 杨国防, 等. 项针为主治疗脑卒中后吞咽困难 30 例[J]. 中医研究, 2017, 30(6): 68 - 70.

[24] 王海琴. 阿哈穴强刺激法联合摄食训练对中风后吞咽困难的疗效观察[J]. JCAM, 2017, 33(9): 44 - 47.

[25] 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探讨[J]. 中国针灸, 2019, 39(5): 519 - 522.

[26] 孙 强. 芒针治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍的临床研究[D]. 合肥: 安徽中医药大学, 2017.

[27] 王再岭, 马金娜, 宁丽娜. 芒针弯刺天突穴治疗脑梗死后吞咽障碍临床疗效观察[J]. 中国针灸, 2016, 36(10): 1019 - 1022.

[28] 李 响, 杨宪章, 张洪蕊, 等. 脑卒中导致吞咽障碍的芒针配合康复训练疗法研究[J]. 中国医药指南, 2017, 15(19): 19 - 20.

(收稿日期: 2019 - 07 - 12)
(本文编辑: 蒋艺芬)