

体针配合头针治疗卒中后吞咽障碍的临床研究

黄艺

(四川赫尔森康复医院, 四川 成都 610000)

摘要: **目的** 观察体针配合头针治疗卒中后吞咽障碍的临床研究。**方法** 选择我院2021年8月至2022年11月我院卒中后吞咽障碍患者, 采用随机数字表法分为对照组和头-体针组, 对照组采用常规吞咽干预方案, 包括冰刺激、理疗、呼吸训练、舌肌及咀嚼肌运动训练。而头-体针组采用头针配合体针, 2组均干预8周。观察两组干预前后的临床症状积分[声嘶舌蹇、口角流涎、食物滞留、进食饮水呛咳]、藤岛一郎吞咽疗效评分、标准吞咽功能量表(SSA)、吞咽困难生活质量量表(SWAL-QOL)。**结果** 在症状积分方面, 治疗后两组在声嘶舌蹇、口角流涎、食物滞留、进食饮水呛咳四项积分均低于治疗前, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。组间比较, 头-体针组在声嘶舌蹇、口角流涎、进食饮水呛咳三项症状积分低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 而在食物滞留一项症状积分, 头-体针组和对照组差异无统计学意义($P > 0.05$), 在量表评估方面, 干预8周后2组3项量表中, 藤岛一郎评分均高于干预前, SSA均低于干预前, SWAL-QOL均高于干预前, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。组间比较, 头-体针组在藤岛一郎评分和SWAL-QOL均高于对照组, 在SSA低于对照组, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** 体针配合头针治疗卒中后吞咽障碍效果显著, 值得进一步推广。

关键词: 体针; 头针; 脑卒中; 吞咽障碍

中图分类号: R96

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1671-3141.2023.39.017

本文引用格式: 黄艺. 体针配合头针治疗卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. 世界最新医学信息文摘, 2023, 23(39): 101-105.

Clinical Study of Body Acupuncture Combined with Scalp Acupuncture in the Treatment of Dysphagia after Stroke

HUANG Yi

(Sichuan Helsen Rehabilitation Hospital, Chengdu Sichuan 610000)

ABSTRACT: Objective To observe the clinical study of body acupuncture combined with scalp acupuncture in the treatment of dysphagia after stroke. **Methods** The patients with dysphagia after stroke in our hospital from August 2021 to November 2022 were randomly divided into control group and head-body acupuncture group. The control group adopted routine swallowing intervention program, including ice stimulation, physical therapy, respiratory training, tongue muscle and masticatory muscle exercise. In the head-body acupuncture group, scalp acupuncture and body acupuncture were used, and both groups were intervened for 8 weeks. The clinical symptom score (hoarseness, salivation, food retention, choking after eating and drinking water), Fujijima Ichiro swallowing efficacy score, standard swallowing function scale (SSA), and quality of life scale for dysphagia (SWAL-QOL) were observed before and after the intervention were observed. **Results** In terms of symptom score, the scores of hoarseness, salivation, food retention, and choking after eating and drinking in the two groups after treatment were lower than those before treatment, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Compared with the control group, the score of the three symptoms of hoarseness, salivation, eating and drinking cough in the head-body acupuncture group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). However, there was no statistically significant difference between the head-body acupuncture group and the control group in the score of one symptom of food retention ($P > 0.05$). In the evaluation of the scale, the score of Fujijima Ichiro in the two groups was higher than that before the intervention, the SSA was lower than that before the intervention, and the SWAL-QOL was higher than that before the intervention, and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). Compared with the control group, the score and SWAL-QOL of the head-body acupuncture group were higher than those of the control group, and the SSA was lower than that of

the control group, with a statistically significant difference ($P < 0.05$). **Conclusion** Body acupuncture combined with scalp acupuncture has a significant effect on dysphagia after stroke, and is worth further promotion.

KEY WORDS: body acupuncture; scalps; stroke; dysphagia

0 引言

脑卒中，是一类常见的老年性疾病，随着全世界不可逆地进入深度老龄化社会，本病发病率在逐渐上升^[1-2]。而有研究指出^[3]，卒中后出现不同程度的吞咽障碍的发病率在一半以上；然而由于卒中后同时会出现运动、感觉、言语、认知等多种障碍，大多医务人员对吞咽障碍关注度有待提高。并且，吞咽障碍会造成营养不良、吸入性肺炎、电解质紊乱等诸多并发症。因此，对吞咽障碍的及时高效干预，是当前治疗卒中、提高卒中患者生活质量的必要环节。多项研究指出^[4-5]，传统手段中的针刺技术可以改善脑卒中的吞咽功能障碍，保障摄食的顺利进行。然而过去针刺多为单类针刺手法，其治疗效果有待优化。而本研究采用体针配合头针治疗卒中后吞咽障碍，取得较为不错的疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2021年8月至2022年11月我院脑卒中吞咽障碍患者100例。入选标准：（1）符合脑卒中的相关诊断标准^[6]，并经影像学证据证实为脑卒中；（2）患者年龄小于80岁，且生命体征稳定；（3）患者首次发病；（4）经评定存在吞咽和饮水困难；洼田饮水试验评定 ≥ 3 级；（5）神志清醒，且无认知障碍；本研究通过医院伦理委员会批准。排除标准：（1）生命体征暂不稳定患者；（2）合并严重心、肝、肾功能不全；（3）存在食管等结构异常者。剔除标准：（1）治疗期间出现严重不良反应，无法继续治疗；（2）患者在治疗过程

中不配合干预或因其他原因自行退出治疗；（3）干预过程中自行接受其他治疗。将100例纳入患者使用随机数字表法分为对照组和头-体针组各50例，在整个治疗期间，对照组脱落3例，头-体针组脱落1例，最终对照组47例，头-体针组49例。其中，对照组男性26例，女性21例，年龄（ 65.06 ± 3.71 ）岁，卒中部位在皮质21例，在小脑13例，在皮质下13例，病程（ 28.17 ± 2.26 ）日，BMI（ 20.92 ± 1.35 ） $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，洼田饮水试验Ⅲ级30例，Ⅳ级11例，Ⅴ级6例。头-体针组男性27例，女性22例，年龄（ 65.48 ± 3.06 ）岁，卒中部位在皮质23例，在小脑14例，在皮质下12例，病程（ 28.40 ± 1.95 ）日，BMI（ 20.68 ± 1.20 ） $\text{kg} \cdot \text{m}^{-2}$ ，洼田饮水试验Ⅲ级33例，Ⅳ级10例，Ⅴ级6例。2组患者在年龄、性别、卒中部位、BMI、洼田饮水试验分级等资料具有可比性（ $P > 0.05$ ）。

1.2 治疗方法

两组患者均进行脑卒中临床路径干预。针对吞咽障碍，对照组采用常规的吞咽治疗，包括冰刺激、电刺激、舌肌咀嚼相关核心肌群的运动训练。而头-体针组采用在对照组基础上上加用头针配合体针，头针选择百会、四神聪，同时搭配双侧顶颞前斜线和顶颞后斜线下五分之二区域。其中百会穴平刺0.5寸，四神聪则向百会穴方向透刺，双侧顶颞前后斜线进针与头皮呈 30° ，针尖破皮达到帽状腱膜后作220次/min的快速捻转2min；体针选择翳风、天突、金津、玉液、廉泉、通里、风池。采用0.30mm \times 40mm毫针对廉泉、哑门、通里、风池、翳风进行常规针刺，留针30min；采用三棱针对金津、玉液点刺后以轻微出血为度，其后嘱咐患者做吞咽动作。上述治疗2日1次，一

周治疗3次。2组共干预8周。

1.3 观察指标

症状评分：参照《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[7]，具体对声嘶舌謇、口角流涎、食物滞留以及进食饮水呛咳的严重程度从低到高分别计予0~6分。

藤岛一郎吞咽疗效评分：本量表分为1~9分，本量表分值与疗效呈正相关^[8]。

标准吞咽功能量表（Standardized Swallowing Assessment, SSA）：本量表总分在17~46分，本量表分值与吞咽功能呈负相关^[9]。

吞咽困难生活质量量表（Swallowing-quality of life, SWAL-QOL）以观察生活质量改善情况，本量表共44个条目，每个条目赋予1~5分，分值与生活质量呈正相关^[10]。

1.4 统计学处理

应用 SPSS 21.0 统计软件进行处理，计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用两样本 t 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前和干预8周临床症状积分治疗后两组在声嘶舌謇、口角流涎、食物

滞留、进食饮水呛咳4项积分均低于治疗前，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。组间比较，头-体针组在声嘶舌謇、口角流涎、进食饮水呛咳三项症状积分低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)；而在食物滞留1项症状积分，头-体针组和对照组差异无统计学意义 ($P > 0.05$)，见表1。

2.2 两组患者干预前和干预8周的量表评估

干预8周后两组3项量表中，藤岛一郎评分均高于干预前，SSA均低于干预前，SWAL-QOL均高于干预前，差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。组间比较，头-体针组在藤岛一郎评分和SWAL-QOL均高于对照组，在SSA低于对照组，差异有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表2。

3 讨论

吞咽功能障碍不仅严重威胁脑卒中患者的生存质量，同时容易诱发坠积性或吸入性肺炎、窒息，有数据统计，伴有吞咽障碍的脑卒中患者，其死亡率远远高于不伴有吞咽障碍者^[11-13]。因此，大多数学者均认可将吞咽障碍作为脑卒中死亡的独立危险因素^[14-16]。可见，对吞咽障碍的及时高效干预，是当前治疗卒中、提高卒中患者生活质量的必要环节。

表 1 两组患者治疗前后临床症状积分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | 临床症状积分 | | | |
|-------|----|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | 声嘶舌謇 | 口角流涎 | 食物滞留 | 进食饮水呛咳 |
| 对照组 | 47 | 干预前 | 3.14 ± 0.26 | 3.22 ± 0.29 | 3.36 ± 0.21 | 4.05 ± 0.29 |
| | | 干预 8 周后 | 2.16 ± 0.21 [*] | 2.11 ± 0.31 [*] | 1.88 ± 0.20 [*] | 3.50 ± 0.20 [*] |
| 头-体针组 | 49 | 干预前 | 3.11 ± 0.27 | 3.18 ± 0.30 | 3.35 ± 0.22 | 4.09 ± 0.28 |
| | | 干预 8 周后 | 1.26 ± 0.19 [#] | 1.56 ± 0.28 [#] | 1.85 ± 0.18 [*] | 2.14 ± 0.21 [#] |

注：与治疗前相比，* $P < 0.05$ ；与对照组相比，# $P < 0.05$ 。

表 2 两组患者干预前和干预 8 周的量表评估 (分, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | n | 时间 | 量表评价 | | |
|-------|----|---------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | | | 藤岛一郎评分 | SSA | SWAL-QOL |
| 对照组 | 47 | 干预前 | 3.15 ± 0.26 | 36.53 ± 3.26 | 112.61 ± 9.27 |
| | | 干预 8 周后 | 4.51 ± 0.37 [*] | 26.92 ± 3.18 [*] | 119.35 ± 9.41 [*] |
| 头-体针组 | 49 | 干预前 | 3.11 ± 0.25 | 35.96 ± 3.17 | 114.27 ± 8.13 |
| | | 干预 8 周后 | 5.92 ± 0.46 [#] | 19.28 ± 3.02 [#] | 127.83 ± 8.46 [#] |

注：与治疗前相比，* $P < 0.05$ ；与对照组相比，# $P < 0.05$ 。



而本研究对照组采用常规干预手段,如指导患者进行口舌、咽喉等核心肌群的运动训练,从外周到中枢来刺激神经重建,同时也可以防止相应肌群的废用性萎缩,提高其控制能力与协调灵活性,最终实现吞咽反射弧的功能重建与恢复^[17-19]。其次,再来看头-体针组,在中医学看来,本病属于“喑瘖”范畴,《黄帝内经》描述为“内夺而厥,即为喑瘖”,表明“喑瘖”是因中风厥证而引起;而多数医家均认为本病本虚标实,内有肝肾亏虚,元气不足;外有风、痰、火等外邪瘀阻脑窍,而脑为髓海和元神之府,脑的功能障碍继而导致脉络闭塞,口咽等部位的血运气机失调,出现相应功能障碍^[20]。

而头针的核心理念认为,大脑皮质与头皮之间存在投射关系,通过对头皮的刺激,能够发挥“近治作用”直接调节大脑功能。现代实验研究也证实,头针可以有效改善脑循环,提高神经生长因子表达,降低脑血管炎性免疫反应^[21]。而本研究中的选择百会、四神聪以及双侧顶颞前斜线、顶颞后斜线下2/5区域,其中,百会乃百脉朝会之穴,直入脑府,与脑功能关系密切;且百会隶属督脉,《黄帝内经》对其描述为:“督脉者……上贯心后入喉,上颐而环唇”,明确指出吞咽与督脉存在实质联系。而四神聪乃百会前后左右各开1寸,采用四神聪向百会透刺,能加强协同效果。而按照头针理论,顶颞前斜线与顶颞后斜线下2/5区域相当于口、舌、咽等器官投影到头皮的区域,也是头针理论中的语言区^[22]。而本研究中,体针选择翳风、金津、玉液、廉泉、通里、风池,其中天突为任脉与阴维脉之交会穴,是咽喉病症治疗的要穴,用该穴可宣肺止咳,清咽开音;金津和玉液均为经外奇穴,用该穴可清泻热邪,通经活络;廉泉属任脉经穴,用该穴可利咽生津;风池穴深处可以直接刺激颈上交感神经节等等^[23-24]。从数据来看,头-体针组在藤岛一郎评分和SWAL-QOL均高于对照组,在SSA

低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$);同时头-体针组在声嘶舌謇、口角流涎、进食饮水呛咳三项症状积分低于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$),可见,头-体针组效果更优。综上所述,体针配合头针治疗脑卒中后吞咽障碍效果显著,能改善其症状积分和功能评估,值得进一步推广。

参考文献

- [1] 金曼,朱晓萍. 积极老龄化视角下上海农村居家老年脑卒中患者健康管理影响因素的质性研究[C]//第五届上海国际护理大会论文摘要汇编(下).[出版者不详],2022:559.
- [2] 霍贝贝. 老龄化因素对脑损伤后肢体运动功能康复的脑重塑及电针干预的实验研究[D]. 上海中医药大学,2020.
- [3] 刘丹,李礼,王丽,等. 基于真实世界数据的针刺治疗卒中后吞咽障碍预后的影响因素分析[J]. 重庆医学,2022,51(02):228-233.
- [4] 李婷婷,冯路达,孙千惠,等. 针刺及电针治疗脑卒中后吞咽障碍随机对照试验Meta分析及GRADE证据级别评价[J]. 世界中西医结合杂志,2021,16(05):804-811+816.
- [5] 王欢,周鸿飞,李春日,等. 针刺结合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍Meta分析[J]. 针灸临床杂志,2019,35(10):75-81.
- [6] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性脑梗死诊治指南撰写组. 中国急性脑梗死诊治指南2010 [J]. 中国全科医学,2011,14(35):4013-4017.
- [7] 高树中,杨骏. 针灸治疗学[M]. 北京:中国中医药出版社,2016:39.
- [8] 中华人民共和国卫生部. 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,2002:230-233.
- [9] 王佳,沈卫东. 头针、舌针联合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍疗效研究[J]. 陕西中医,2019,40(12):1774-1777.
- [10] 苏文渊,罗伦,蒋敏,等. 舌三针埋线疗法联合高频重复经颅磁刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究[J]. 湖南中医药大学学报,2021,41(08):1230-1234.
- [11] 李洁,周芳,王小云,等. 针药结合治疗风痰阻络证中风后吞咽障碍患者75例临床观察[J]. 湖南中医药大学学报,2017,37(2):69-72.
- [12] 程河,陈雨临,李青. 神经肌肉电刺激疗法联合针灸、康

- 复基础训练治疗脑卒中吞咽障碍疗效观察[J].湖北中医杂志,2018,40(01):40-43.
- [13] 李智,周鸿飞.针灸治疗中风后吞咽障碍研究进展[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(08):210-213.
- [14] 曹芳,周三连,翟佳佳,等.脑卒中患者发生吞咽障碍的影响因素及其风险预测列线图模型构建与验证[J/OL].实用心脑血管病杂志:1-6[2023-01-26].
- [15] 张娟,徐雨玲,邱云.脑卒中患者发生吞咽障碍的影响因素分析[J].心血管康复医学杂志,2022,31(06):685-688.
- [16] 孙彩杰,占婷婷,王丽丽,等.基于Logistic回归构建脑卒中后吞咽障碍的预测模型[J].承德医学院学报,2022,39(06):494-498.
- [17] 张娜,陆莹,熊友红,等.揸针联合口部运动疗法治疗小儿脑瘫流涎:随机对照试验[J].中国针灸,2022,42(05):515-519.
- [18] 王桂碧.针刺结合现代康复医学治疗脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J].中西医结合心脑血管病杂志,2016,14(07):733-736.
- [19] 周月凌,叶刚.针刺运动疗法配合刺血疗法治疗脑卒中后吞咽障碍62例疗效观察[J].内蒙古中医药,2014,33(17):63-64.
- [20] 李章晗,黎华茂,艾年年.醒脑开窍针刺法联合呼吸训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J].针刺研究,2021,46(10):875-879+884.
- [21] 陈璐,张根明.针灸综合康复方案治疗中风后吞咽障碍疗效观察[J].中国中医急症,2016,25(6):1111-1113.
- [22] 李彦娇,汪杏,杨鹏程,等.方氏头针联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍[J].中医学报,2021,36(08):1782-1785.
- [23] 刘洋,李星萍,韩江琴,等.针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的临床研究进展[J/OL].中医药信息:1-5[2023-01-26].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/23.1194.R.20230111.1027.018.html>
- [24] 胡志伟,谷晓娟,王一平,等.针刺联合表面肌电生物反馈疗法与Shaker训练对鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J].上海针灸杂志,2022,41(11):1095-1099.

(上接第 81 页)

- Sci,2012,91(19):959-967.
- [43] 赵春薇,倪海祥.炎症相关生物标志物对糖尿病肾病的诊断价值[J].浙江中西医结合杂志,2021,31(4):387-390.
- [44] Kalantarina K, Awad AS, Siragy HM. Urinary and renal interstitial concentrations of TNF- α increase prior to the rise in albuminuria in diabetic rats[J]. Kidney Int,2003,64(4):1208-1213.
- [45] Murakami M, Kamimura D, Hirano T. Pleiotropy and Specificity: Insights from the Interleukin 6 Family of Cytokines[J]. Immunity,2019,50(4):812-831.
- [46] Song N, Thaiss F, Guo L. NF- κ B and Kidney Injury[J]. Front Immunol, 2019,10:815.
- [47] 罗欣月,李华,柳茜,等.核因子 κ B在糖尿病肾病中的调控机制研究进展[J].医学综述,2021,27(14):2864-2869.
- [48] Heljić M, Brazil DP. Protein kinase B/Akt regulation in diabetic kidney disease[J]. Front Biosci (Schol Ed), 2011,3(1):98-104.