

·临床研究·

灸药并用法治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察

周城林<sup>1</sup>,熊俊义<sup>2</sup>,陈毅<sup>1</sup>

作者单位  
1. 利川市民族中医院  
湖北 恩施 445400  
2. 湖北省军区第二  
离职干部休养所  
武汉 430000  
收稿日期  
2021-11-09  
通讯作者  
熊俊义  
182288926@qq.  
com

**摘要** **目的:**观察热敏灸配合温胆汤加味雾化吸入对于脑卒中后痰瘀互结型吞咽障碍的疗效。**方法:**随机将脑卒中后痰瘀互结型吞咽障碍的60例患者分为治疗组及对照组各30例,在基础治疗上,治疗组予以热敏灸法配合温胆汤加味雾化吸入,对照组予以吞咽训练法,2周为1疗程,共治疗2个疗程,以临床疗效、藤岛一郎吞咽障碍评价标准积分为疗效标准,同时观察不良反应。**结果:**治疗组的疗效优于对照组( $P<0.05$ ),治疗组总有效率80.0%高于对照组的53.3%( $P<0.05$ );治疗后的藤岛一郎吞咽障碍评价标准评分都有提高( $P<0.05$ ),治疗组优于对照组( $P<0.05$ );2组患者均无明显不良反应。**结论:**热敏灸配合温胆汤加味雾化吸入治疗脑卒中后吞咽障碍(痰瘀互结证)的疗效显著。

**关键词** 脑卒中;痰瘀互结;吞咽障碍;热敏灸;中药雾化;临床观察

**中图分类号** R741;R245.8;R743.3 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.20211056

**本文引用格式:**周城林,熊俊义,陈毅.灸药并用法治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察[J].神经损伤与功能重建,2022,17(5):302-303,309.

脑血管病已经超过心脏疾病、癌病等成为我国人民居首的死亡病因<sup>[1]</sup>。卒中后吞咽障碍的发生率高达64%~78%<sup>[2,3]</sup>,其中症状持续6个月以上的患者占11%~13%<sup>[4]</sup>。吞咽障碍是影响卒中预后的重要因素,尤其是存在于误吸并发生肺部感染等情况的患者中<sup>[5,6]</sup>。笔者在临床工作中以热敏灸法联合温胆汤加味雾化吸入治疗脑卒中后痰瘀互结型吞咽障碍,疗效明显且安全,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2020年3月至2021年3月于利川市民族中医院脑病科和湖北省军区第二离职干部休养所确诊为脑卒中后痰瘀互结型吞咽障碍的住院患者60例,脑卒中诊断符合相关指南中的诊断标准<sup>[7,8]</sup>,脑卒中后吞咽障碍符合人民卫生出版社《神经康复学》中吞咽障碍的诊断标准<sup>[9]</sup>:患者在脑卒中后出现流涎,发声或构音不畅,咀嚼及吞咽异常,进食或饮水发呛,或伴发多次坠积性肺炎,体重减轻,口腔功能障碍等,洼田饮水试验>2级,排除其他导致吞咽障碍的情况。证型标准:主症:偏瘫,舌体歪斜,言语不利或不语,吞咽不下或食水发呛;次症:偏身麻木,头晕目眩或头痛、呕逆,痰多而粘;舌质暗红或暗淡,舌面瘀点、瘀斑或舌下络脉壅滞,舌苔白(厚)腻;脉弦滑或涩。

纳入标准:符合诊断标准及证型标准;年龄40~80岁;病程6月内;吞咽障碍持续7d以上;意识清醒,能正确理解配合治疗并能完成吞咽训练相关动作;能明确探查到热敏穴位;签订知情同意书。排除标准:既往有脑卒中病史且遗留明显后遗症;有其他可引起吞咽困难的原因、严重呼吸道疾病;可能对本研究用物过敏;依从性差或合并精神疾病;重要脏器功能不全。全部患者采用随机数

字表法分成2组各30例:①对照组,男15例,女15例;年龄52~77岁,平均(60.2±12.3)岁;缺血性卒中18例,出血性卒中12例;病程4~153d;②治疗组,男17例,女13例;年龄45~78岁,平均(56.6±10.2)岁;缺血性卒中22例,出血性卒中8例;病程3~169d。2组一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

1.2 方法

2组均给予对症及抗卒中治疗<sup>[7,8]</sup>,病程6d内患者予以鼻饲,直至发病后第7日停用,恢复期患者可不予鼻饲。急性期患者在病后第7日开始本次治疗,其他患者入院即可开始治疗。对照组给予吞咽训练:参照倪朝民主编《神经康复学》中拟定的脑卒中并吞咽障碍的康复方案<sup>[9]</sup>,由同一个专业的康复治疗师进行,保证训练方法、强度的一致性,吞咽训练1次/日,每次45min。治疗组给予热敏灸配合温胆汤加味雾化吸入治疗,热敏灸:参照《热敏灸实用读本》<sup>[10]</sup>,采用“探感定位”的法则,选取脑卒中热敏高发部位<sup>[11]</sup>如百会穴、双侧手三里穴、足三里穴、涌泉穴或颈项部附近的经穴、阿是穴等处予热敏粗探、确定敏化部位,先以回旋灸温润气血,继之以循经往返灸畅达经络、引发经气导传,再以雀啄灸增敏,后以温和灸蓄积经气,使之易于传感,此中告知患者细心体会体感变化并及时沟通,再依据灸感——即“透热、扩热、传热、局部不(微)热远部热,外表不(微)热深部热,其他酸、胀、重、压、痛、麻、冷等非热觉”而逐一标记热敏穴位点,选择2~3个最佳热敏位点施以灸之法;施灸方法同探查法,以皮肤无灼痛为度,施灸时间以“敏消量足”为标准,日灸1次,施灸时需向患者耐心解释各种正常灸感的变化以减少恐慌,增加依从性以提高治疗的质量。雾化吸入:温胆汤加味之方药:法半夏、竹茹、枳实、远志12g,川牛膝、陈皮15g,川芎、菖蒲10g,茯苓8g,

炙甘草 3 g, 生姜 3 片(后下), 大枣 1 枚, 麝香 0.1 g(研末冲)。煎煮法: 上药一日一剂, 加水 300 mL, 浸泡 10 min, 煎至 20 mL 去渣纯化, 麝香粉冲入。雾化方法: 采用氧气雾化吸入的方法: 取煎好的汤药 10 mL, 每次 10 min, 氧流量 6 ~ 8 升/分钟, 一日 2 次, 病情稳定者取端坐位, 其他患者尽量取 60° ~ 80° 半卧位, 嘱其尽量扣紧面罩, 用口深吸气, 鼻呼气, 期间密切观察, 患者如有不适立即停止雾化, 雾化期间可配合吞咽动作。2 周为 1 疗程, 2 组均治疗 2 疗程。

1.3 疗效观察

1.3.1 疗效评定 采用尼莫地平法计算[(治疗前积分-治疗前积分)/治疗前积分×100%]: 痊愈, 中医临床症状、体征消失或基本消失, 增分率 ≥ 60%; 显效, 中医临床症状、体征有所改善, 30% ≤ 增分率 < 60%; 有效, 中医临床症状、体征有所好转, 20% ≤ 增分率 < 30%; ; 无效, 中医临床症状、体征无改善或较前加重, 增分率 < 20%。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.3.2 藤岛一郎吞咽障碍评价标准评分<sup>[12]</sup> 评分为 1 ~ 10 分, 分数越高, 吞咽功能越好, 1 ~ 3 分为重度吞咽功能障碍, 4 ~ 6 分为中度吞咽功能障碍, 7 ~ 9 分为轻度吞咽功能障碍, 10 分为吞咽功能正常, 治疗前后分别评定一次。

1.3.3 安全性观察 记录不良事件, 治疗前后分别检测患者血常规、肝脏、肾脏功能、凝血功能、心电图等。

1.4 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件分析数据, 计数结果以率(百分比)表示,  $\chi^2$  检验; 计量结果以 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示,  $t$  检验; 等级数据用秩和检验,  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2组疗效比较

对照组痊愈 0 例, 显效 7 例(23.3%), 有效 9 例(30.0%), 无效 14 例(46.7%), 有效率为 53.3%; 治疗组痊愈 3 例(10.0%), 显效 11 例(36.7%), 有效 10 例(33.3%), 无效 6 例(20.0%), 总有效率为 80.0%。2 组疗效对比, 差异有统计学意义 ( $Z = -2.464, P = 0.014$ ); 治疗组的总有效率高 于 对 照 组, 差 异 有 统 计 学 意 义 ( $\chi^2 = 4.800, P = 0.028$ )。

2.2 2组吞咽障碍评分比较

治疗前, 2 组吞咽障碍积分差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ); 治疗后, 2 组的积分均较治疗前有提升 ( $P < 0.05$ ), 且治疗组的吞咽障碍积分高于对照组 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。

表 1 治疗前后 2 组藤岛一郎吞咽障碍评分比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

| 组别  | 例数 | 治疗前       | 治疗后                    |
|-----|----|-----------|------------------------|
| 对照组 | 30 | 4.56±1.03 | 6.56±1.15 <sup>①</sup> |
| 治疗组 | 30 | 4.03±1.21 | 8.56±1.32 <sup>②</sup> |

注: 与治疗前比较, <sup>①</sup> $P < 0.05$ ; 与对照组比较, <sup>②</sup> $P < 0.05$

2.3 2组不良反应比较

2 组均未见明显不良反应。

3 讨论

脑卒中是神经源性吞咽障碍的首位原因<sup>[13]</sup>, 现代药物治疗对本病的疗效不佳, 目前临床多以康复训练为主, 但远期疗效欠佳。有研究显示视频透视球囊扩张、外科手术、神经电刺激、神经肌肉反馈等技术在治疗本病方面也有一定疗效<sup>[14-16]</sup>, 但因未进行大样本随机对照试验, 故相关证据支撑力不强。

中医疗法在本病的治疗中有其独特的优势。本病在祖国医学的历史中, 并没有详细标名, 现代多将其归属“喑痱”, “中风舌本病”, “喉痹”等相关疾病范畴。时代变迁, 生活改善, 而人们运动量少, 肥胖逐渐普遍, 而“肥人多痰湿”, 因此可以认为痰、湿越来越成为当代患病之关键。饮食不节, 脾胃健运失当, 湿浊不去, 痰饮内生, 久则阻滞经脉, 血脉日渐不畅, 瘀必从生, 而瘀阻脉道, 津液难行, 日久则极易聚痰, 由此痰瘀互结、病情日重, 且此两端致病因素, 每使疾病变化多端; 又据中医基础理论, 所有“离经之血”及“血流不畅、留滞脉中之血”均为瘀血, 可以这么认为: 出血性卒中即为“离经之血”, 缺血性卒中即为“血滞脉中”, 此二者发病均离不开一个“瘀”字。而脾喜燥恶湿, 主升、主肉, 痰湿蕴脾, 痰瘀互结, 阻碍运化, 每致肌弱无力, 咽喉肌肉乏力, 喉关不利则推动饮食物不能, 则吞咽费力而动作难以完成; 痰瘀与脑卒中密切相关, 且与脑卒中后吞咽障碍关联亦切, 故笔者推断痰瘀互结、喉关不利是脑卒中后吞咽障碍的病机之一, 故而通关化痰、祛瘀通络可作为其治疗法则。“温胆汤”首载于《集验方》, 是自古以来的治痰名方, 也是治痰的基本方, 本研究选用《三因方》所载温胆汤为基本方, 加活血祛瘀, 通关利喉之品共奏通关化痰、祛瘀通络之效。方中法半夏辛温而燥湿化痰、降逆以为君药, 臣以竹茹微寒而性润防止半夏温燥太过又能清热化痰, 半夏与竹茹伍用, 温凉、润燥并举, 化痰之力更著; 陈皮温而偏燥, 枳实微寒, 二者寒温并进, 理气则血顺, 健脾则化湿而断绝痰生之本; 茯苓健脾而利水, 加强君药之效; 煎加生姜制约君药之毒性并和胃, 大枣固护胃气, 脾胃安则痰浊自去, 炙甘草起调和之效, 综合全方, 温凉兼进而化痰, 脾胃和降则痰浊不生, 实为化痰良方; 酌加川芎活血行气而疏通脉络, 川牛膝活血祛瘀而导血下行以解巅顶之疾, 使气行血畅, 气血调达则身自安康; 远志辛温通利, 逐痰涎、利咽喉并宣发肺气; 石菖蒲化湿和胃并通咽窍; 麝香走窜以通咽窍。诸药相合, 共奏通关化痰、祛瘀通络之功。之所以采取雾化吸入的给药方法, 是因为雾化能使药物微粒直接作用于咽喉及肺部, 目前被广泛应用于呼吸、血液循环、神经、运动、内分泌等系统的疾病治疗中, 有其应用基础<sup>[17]</sup>。

针灸疗法是中医的重要组成部分, 具有简、便、廉、验的特点, 对于防病治病有重要作用。针灸分为针法和灸法两种疗法, 灸法有别于针法, 且无针法“畏针”之弊, 且如古籍《皇帝内经·灵枢·官能》云: “针所不为, 灸之所宜”, 其适应证亦有别于针法, 古籍《医学入门》有云: “凡病, 药之不及, 针之不到, 必需灸之”, 在临床某些领域更易于让患者接受, 疗效甚者可以补充针法的不足。艾灸疗法是以艾条热刺激体表而引起经气的运行以治病防病的方法, 具有多重效力, 无论寒热、虚实、表里、阴阳之证均可用之。对于痰湿之证, 采用灸法能发挥“温化痰湿”之功效, 对于

治性及复发性TN提供了一些经验。综上,目前对于三叉神经痛的外科治疗仍以MVD为主,但对于MVD后无效或复发的患者,三叉神经PSR为一种有效且安全的外科治疗方法。

参考文献

[1] 郭楠,秦响,汪秀玲. MRI 3D-TOF联合3D-FIESTA对原发性三叉神经痛三叉神经形态学和疼痛程度相关性的研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2021, 16: 48-50.

[2] Ul HN, Ali M, Khan HM, et al. IMMEDIATE PAIN RELIEF BY MICROVASCULAR DECOMPRESSION FOR IDIOPATHIC TRIGEMINAL NEURALGIA[J]. J Ayub Med Coll Abbottabad, 2016, 28: 52-55.

[3] Fang L, Ying S, Tao W, et al. 3D CT-guided pulsed radiofrequency treatment for trigeminal neuralgia[J]. Pain Pract, 2014, 14: 16-21.

[4] Kanpolat Y, Savas A, Bekar A, et al. Percutaneous controlled radiofrequency trigeminal rhizotomy for the treatment of idiopathic trigeminal neuralgia: 25-year experience with 1,600 patients[J]. Neurosurgery, 2001, 48: 524-532, 532-534.

[5] Skirving DJ, Dan NG. A 20-year review of percutaneous balloon

compression of the trigeminal ganglion[J]. J Neurosurg, 2001, 94: 913-917.

[6] Regis J, Metellus P, Hayashi M, et al. Prospective controlled trial of gamma knife surgery for essential trigeminal neuralgia[J]. J Neurosurg, 2006, 104: 913-924.

[7] Young JN, Wilkins RH. Partial sensory trigeminal rhizotomy at the pons for trigeminal neuralgia[J]. J Neurosurg, 1993, 79: 680-687.

[8] Terrier LM, Amelot A, Francois P, et al. Therapeutic Failure in Trigeminal Neuralgia: from a Clarification of Trigeminal Nerve Somatotopy to a Targeted Partial Sensory Rhizotomy[J]. World Neurosurg, 2018, 117: e138-e145.

[9] 于炎冰,张黎,徐晓利,等. 显微血管减压术后复发三叉神经痛的手术治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2006, 22: 538-540.

[10] Gao J, Fu Y, Guo SK, et al. Efficacy and Prognostic Value of Partial Sensory Rhizotomy and Microvascular Decompression for Primary Trigeminal Neuralgia: A Comparative Study[J]. Med Sci Monit, 2017, 23: 2284-2291.

[11] 刘银,于炎冰,张黎. 乙状窦后入路三叉神经感觉根部分切断术治疗三叉神经痛的进展[J]. 中华神经外科杂志, 2020, 36: 538-540.

[12] Cho DY, Chang CG, Wang YC, et al. Repeat operations in failed microvascular decompression for trigeminal neuralgia[J]. Neurosurgery, 1994, 35: 665-669, 669-670.

(本文编辑:王晶)

(上接第303页)

瘀血停滞之证,采用灸法可以产生“温运气血”的作用。有动物试验<sup>[18]</sup>表明,艾灸疗法能起到“活血化瘀”的作用,通过多种环节改善血运,作用于瘀血证,疗效确切。灸法疗效的发挥,取决于很多方面,其中能否准确定穴、能否有效激发经气传感、能否达到有效治疗量是关键点。热敏灸法<sup>[10]</sup>是灸法的一种,热敏灸理论认为敏化态腧穴是人体穴位的一种特殊的状态,是通过艾灸产生的“透热、传热、扩热、局部不(微)热远部热、外表不(微)热深部热、非热觉”六种特殊感觉即为热敏灸感而再次定位的穴位,通过灸感定位处理了传统灸法无法切确定位的弱点,且以灸感为经络经气传动的准则,强调“气至病所”,解决了传统灸法仅有热感,而无法明确是否有传感的弊端,以“敏消量足”为度,解决了传统灸法无法准确定量的弊端,且疾病状态下,热敏灸感的出现概率较生理状态下能提高大约60%,因此多数患者能较轻松地探查到敏化态穴位,这为临床的推广、运用提供了可能<sup>[19]</sup>。因此,本研究运用热敏灸“温化痰湿”以化痰、“温通气血”以行瘀治疗脑卒中后痰瘀互结型咽喉障碍,本研究以“敏消量足”为度,并发现热敏穴位高发地带为百会、风池、手三里、足三里、阳陵泉等处,与相关研究一致<sup>[11]</sup>。

综上所述,采取热敏灸法“温化痰湿”以化痰、“温通气血”以行瘀,配合温胆汤加味雾化吸入以“通关化痰”治疗脑卒中后痰瘀互结型咽喉障碍安全、有用,能有效改善此类患者的吞咽功能,值得推广及进一步研究。

参考文献

[1] 王陇德,刘建民,杨弋,等. 我国脑卒中防治仍面临巨大挑战——《中国脑卒中防治报告2018》概要[J]. 中国循环杂志, 2019, 34: 105-119.

[2] Yoshimura Y, Wakabayashi H, Bise T, et al. Prevalence of sarcopenia and its association with activities of daily living and dysphagia in convalescent rehabilitation ward inpatients[J]. Clin Nutr, 2018, 37:

2022-2028.

[3] Shiraishi A, Yoshimura Y, Wakabayashi H, et al. Prevalence of stroke-related sarcopenia and its association with poor oral status in post-acute stroke patients: implications for oral sarcopenia[J]. Clin Nutr, 2018, 37: 204-207.

[4] 尹昕,梁庆成. 脑卒中后吞咽困难的研究进展[J]. 临床神经病学杂志, 2016, 29: 395-397.

[5] 陈央微,徐洛丹. 早期鼻饲介入对脑卒中吞咽障碍并发肺部感染的影响[J]. 吉林医学, 2014, 35: 3357-3357.

[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: 881-892.

[7] 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: 666-682.

[8] 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. 中国脑出血诊治指南(2019)[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52: 994-1005.

[9] 倪朝民. 神经康复学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2008: 48-49, 68-69.

[10] 陈日新,陈明人,康明非. 热敏灸实用读本[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 3-22.

[11] 谢洪武,陈日新,付勇,等. 热敏灸治疗脑卒中30例临床观察[J]. 中医杂志, 2013, 54: 1021-1024.

[12] 张惠利,朱立春,卜秀焕,等. 中风后吞咽困难评价量表的研究进展[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2014, 12: 1390-1391.

[13] 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, 9: 1000-1001.

[14] 孙洁,黄颖,盛超,等. 卒中后吞咽障碍患者行电视荧光放射技术检查的对比剂研究[J]. 神经损伤与功能重建, 2020, 15: 548-549, 555.

[15] Yabunaka K, Konishi H, Nakagami G, et al. Video fluoroscopy-guided balloon dilatation for treatment of severe pharyngeal dysphagia[J]. Diagn Interv Radiol, 2015, 21: 173-176.

[16] 牛丽,李彦杰,秦合伟,等. 脑卒中后吞咽障碍康复评估和治疗研究进展[J]. 中国医药导报, 2020, 17: 48-51, 63.

[17] 李思聪,陶永康. 中药雾化吸入的临床应用[J]. 华西药理学杂志, 2019, 34: 532-537.

[18] 唐照亮. 艾灸对血瘀证活血化瘀作用的研讨[J]. 安徽中医学院学报, 2007, 26: 21-24.

[19] 陈日新. 以腧穴热敏化为入门向导,开创艾灸调控人体机能新天地[J]. 江西中医学院学报, 2007, 19: 57-60.

(本文编辑:王晶)