

本文引用:李洁,周芳,王小云,马艳,孙瑞.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):181-184.

## 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

李洁,周芳,王小云,马艳,孙瑞\*  
(武汉市中西医结合医院,湖北 武汉 430022)

**〔摘要〕** **目的** 观察化痰通咽汤结合针灸治疗中风后风痰瘀阻证吞咽障碍的临床疗效。**方法** 选取在武汉市第一医院康复医学科住院的证属风痰瘀阻证中风后吞咽障碍患者150例,随机分为对照组和治疗组各75例。治疗组采用针刺结合化痰通咽汤进行治疗,对照组采用针刺治疗,两组均给予神经内科基本治疗和康复治疗,疗程4周,对比临床疗效。**结果** 治疗后两组洼田饮水试验评分,吞咽功能障碍中医评价量表评分,电视X线透视吞咽功能检查,吞咽困难生活质量测量比较差异均有统计学意义,治疗组优于对照组( $P<0.05$ )。**结论** 在神经内科基本治疗和康复治疗基础上综合运用化痰通咽汤结合针灸治疗中风后风痰瘀阻证吞咽障碍患者,能提高疗效,值得推广应用。

**〔关键词〕** 吞咽障碍;风痰瘀阻证;化痰通咽汤;风池;翳风;廉泉;金津玉液

**〔中图分类号〕** R743.3;R245

**〔文献标识码〕** B

**〔文章编号〕** doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2017.02.018

### Clinical Observation of Medicine Combined with Acupuncture on 75 Cases of Stroke Dysphagia Patients with Obstruction of Channels by Wind Phlegm Syndrome

LI Jie, ZHOU Fang, WANG Xiaoyun, MA Yan, SUN Rui\*

(The Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Wuhan, Hubei 430022, China)

**〔Abstract〕 Objective** To observe the clinical effects of Huatan Tongyan decoction combined with acupuncture on stroke dysphagia patients with obstruction of channels by wind phlegm syndrome. **Methods** 150 cases of stroke dysphagia patients with obstruction of channels by wind phlegm syndrome were selected in rehabilitation medicine department of the First Wuhan Hospital. The patients were randomly divided into control group and treatment group, 75 cases in each group. The treatment group was treated with acupuncture and Huatan Tongyan decoction, and the control group was treated with acupuncture. The two groups were given the basic treatment combined with rehabilitation, the course of treatment was for 4 weeks, and the clinical efficacy before and after the treatment was compared. **Results** After treatment, the Kubota water drinking test, the symptom and sign checklist in traditional Chinese medicine of dysphagia after stroke, video fluoroscopy swallowing study (VFSS), swallowing-quality-of-life instrument (SWAL-QOL) in the two groups were statistically significant, the treatment group was better than the control group ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The Huatan Tongyan decoction combined with acupuncture on the basis of the basic treatment and rehabilitation of neurology can improve the curative effect, it is worthy of popularization and application in clinic

**〔Keywords〕** dysphagia; obstruction of channels by wind phlegm syndrome; Huatan Tongyan decoction; Fengchi acupoint; Yifeng acupoint; Lianquan acupoint; Jinjin Yuye acupoint

吞咽障碍是中风后常见并发症之一,严重影响患者的生活质量,延长患者康复治疗时间,升高死亡率<sup>[1-2]</sup>。其严重的危害性及临床症状的复杂性,也

越来越引起国内外专家学者的高度重视。已有研究证实针刺治疗吞咽障碍疗效确切,但针药结合治疗吞咽障碍,鲜有报道。国内周慎从中医学角度研究

**〔收稿日期〕** 2016-02-29

**〔作者简介〕** 李洁,女,主管技师,研究方向:神经康复。

**〔通讯作者〕** \*孙瑞,女,硕士,主治医师, E-mail:758196682@qq.com。

表明,中风后遗症所出现的吞咽困难,其病机与痰浊阻窍、关窍不利有关,与风痰阻络证中风呈正相关<sup>[3]</sup>。我们拟定化痰通咽汤联合针刺对中风后吞咽困难患者进行治疗,取得较好疗效,现报道如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

选取2014年1月至2015年12月在武汉市第一医院康复科病房住院,且符合诊断标准的脑卒中患者150例,按随机数字表法分为治疗组75例和对照组75例。治疗组男39例,女36例;年龄51~73岁,平均(58.71±8.53)岁;病程7~15 d,平均(9.86±2.72) d;脑梗死44例,脑出血31例。对照组男35例,女40例;年龄53~71岁,平均(56.84±9.94)岁;病程8~15 d,平均(8.71±4.26) d,脑梗死43例,脑出血41例。2组患者的一般资料比较差异均无统计学意义( $P>0.05$ )。

### 1.2 纳入标准

(1)参照中华医学会全国第四届脑血管病学术会议修订的《各类脑血管疾病诊断要点》制定,并经CT或MRI检查证实为脑梗死或脑出血<sup>[4]</sup>;(2)中风中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症协作组制定的《中风病诊断与疗效评定标准(试行)》拟定<sup>[5]</sup>。并符合国家中医药管理局1994年发布的《中华人民共和国中医药行业标准·中医病症诊断疗效标准》中医中风病风痰阻络证者:症见半身不遂,口舌歪斜,舌强不语或言语謇涩,偏身麻木,头晕目眩,舌暗淡,苔薄白或白腻,脉弦滑<sup>[6]</sup>;(3)中风后吞咽障碍诊断标准:主要症状为吞咽困难、饮水呛咳、不能进食,伴有不同程度的偏瘫;咽反射存在;既往有高血压病、糖尿病、脑卒中病史;无意识障碍查体见舌肌运动无力,伸舌不灵,但无舌肌萎缩。经洼田饮水试验筛查,评定为3~5级者<sup>[7-8]</sup>。(4)病程<6个月;(5)签署知情同意书,并愿意配合治疗。

### 1.3 排除标准<sup>[9]</sup>

(1)中风后合并中、重度认知障碍或失语症,不能配合评估和治疗者;(2)食道及咽喉部病变导致的吞咽障碍;(3)心脏安置金属支架或起搏器者;(4)患者生命体征不稳定或合并严重肝肾功能障碍、重症感染、严重糖尿病等患者;(5)真性球麻痹患者;(6)对中药成分过敏及晕针的患者。

### 1.4 治疗方法

2组患者均给予常规脑血管病治疗方案,包括营养脑细胞、调节血压血糖、支持对症处理,并进行

常规吞咽训练等。对照组患者采用针刺进行治疗,治疗组在对照组治疗方案的基础上增加化痰通咽汤治疗。针刺1 d/次,中药1剂/d,15 d为1个疗程,疗程间休息1 d,3个疗程后观察疗效<sup>[10]</sup>。

1.4.1 化痰通咽汤方组成及服用方法 化痰通咽汤方组成:陈皮10 g,半夏10 g,白术10 g,胆南星10 g,白僵蚕10 g,天竺黄10 g,郁金10 g,远志10 g,水蛭20 g,川芎10 g。随症加减,临证时参考症、舌、脉以分辨内风、痰浊、瘀血的轻重程度,决定平肝熄风、化痰通络、活血化瘀等药物的使用。瘀血重,舌质紫黯或有瘀斑者,加桃仁、红花、赤芍以活血化瘀;舌苔腻、烦躁不安等有风痰互结者,头晕、头痛加石菖蒲、菊花以平肝熄风化痰。参照《伤寒论》之经方煎服方法<sup>[11]</sup>:上药用适量冷水浸泡30 min,武火烧开,文火煎煮20 min,留取200 mL口服,2次/d,对于留置胃管者给予鼻饲,少量多次喂服。

1.4.2 针刺取穴及治疗 取风池、翳风、廉泉、外金津玉液等穴。患者取坐位,采用0.35 mm×50 mm一次性毫针,以75%乙醇常规消毒后,先取颈部双侧风池、翳风穴,刺入20~30 mm,针尖稍向内下方,各穴施以100 r/min的速率捻转15 s,留针30 min,期间行针3次后出针。再取颈部廉泉、外金津玉液穴,向舌根方向刺入30~35 mm,捻转15 s后出针,最后取咽喉、治呛、发音穴,直刺刺入5~10 mm,各穴均需快速捻转,行针15 s后出针,不留针。行针时如有咳嗽倾向,即刻出针,出针后压迫针孔。1次/d,15 d为1个疗程,休息1 d后进行第2个疗程,共治疗2个疗程后判定疗效。

### 1.5 评定方法

1.5.1 临床疗效评定 (1)治愈:饮水呛咳、吞咽困难症状消失,饮水试验和藤岛一郎吞咽疗效评价正常;(2)好转:饮水、吃饭偶有呛咳,需时较正常延长,饮水试验降低2分,或藤岛一郎吞咽疗效评价提高3分以上;(3)无效:经治疗15 d,饮水呛咳、吞咽困难改善不显著饮水试验降低<2分,或藤岛一郎吞咽疗效评价提高<3分。

1.5.2 洼田饮水试验 采用洼田饮水试验对患者进行疗效评价<sup>[12]</sup>:1级(5分):5 s内30 mL温水顺利咽下;2级(4分):5~10 s内分2次以上不呛地咽;3级(3分):5~10 s内能1次咽下但有呛咳;4级(2分):10 s内分2次以上咽下,有呛咳;5级(1分):屡屡呛咳,10 s内全量咽下。正常为1级;可疑为2级;异常为3级、4级、5级。治疗前、治疗后均以洼田饮水试验评定分级。有效:吞咽障碍明显改善,吞咽

分级提高1级及以上;无效:治疗前后无变化。

1.5.3 X线透视吞咽功能检查 两组患者均进行电视X线透视吞咽功能检查(videofluoroscopic swallowing study, VFSS),由一名资深的主治医师对患者的VFSS情况进行评定。吞咽3 mL 76%泛影葡胺,根据录像仪判断患者有无明显误咽,若无明显的误咽则继续让其吞咽30 mL,观察患者的吞咽情况并评分<sup>[13]</sup>。

1.5.4 中风后吞咽功能障碍中医评价量表 此量表共分为8个项目,主要为声嘶语謇、舌强、口角流涎、食物残留、刺激后干咳、清嗓咳痰、吞咽时喉上抬、进食呛咳、饮水呛咳,根据患者症状程度不同,评分标准分为:0、2、4、6、8、10五个等级,总分60分,分数越高,表示病情越重<sup>[14]</sup>。

1.5.5 吞咽困难生活质量测量工具 SWAL-QOL量表(swallowing-quality-of-life instrument, SWAL-QOL)有11个维度,44个条目,其中8个为吞咽相关的维度;1个吞咽症状频率维度;2个普通维度。这11个维度包括:进食时间、症状频率、食欲、心理负担、食物选择、语言交流、恐惧、心理健康、社会交往、疲劳、睡眠。每个条目分5个等级进行评分,由差到好依次分值为1~5分,1分代表功能很差,5分代表功能完全正常<sup>[15-16]</sup>。采用Likert评分,分5个等级,分值分别为0、25、50、75、100分,得分越高生活质量越好。

## 1.6 统计学方法

采用SPSS 22.0版统计软件包对数据进行统计学分析。计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料用“ $\bar{x}\pm s$ ”表示,组间比较采用 $t$ 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 两组患者临床疗效比较

治疗后,治疗组有效率85.33%,明显高于对照组66.67%,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表1。

表1 两组患者临床疗效比较 (例)

组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
对照组	75	15	8	25	27	66.67
治疗组	75	20	13	31	11	85.33*

注:与对照组比较,\* $P<0.05$ 。

### 2.2 洼田饮水试验及VFSS评分结果

治疗后,两组患者洼田饮水试验、VFSS评分较治疗前均有一定程度的升高,差异均有统计学

意义( $P<0.05$ );治疗组与对照组洼田饮水试验、VFSS评分比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。见表2。

表2 两组洼田饮水试验、VFSS评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	洼田饮水试验评分		VFSS评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	75	1.89±0.74	4.01±0.96*	5.33±1.75	6.75±1.31*
治疗组	75	1.15±0.67	3.89±1.27* <sup>△</sup>	5.64±0.83	8.29±1.46* <sup>△</sup>

注:组内与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;组间与对照组比较, $\Delta P<0.05$ 。

### 2.3 吞咽功能障碍中医评价量表评分结果

治疗后,2组患者的吞咽功能障碍中医评价量表评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ );治疗组治疗后与对照组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。见表3。

表3 两组患者治疗前后吞咽功能障碍中医评价量表评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	75	35.73±4.51	24.15±6.32*
治疗组	75	34.93±5.02	21.37±4.53* <sup>△</sup>

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

### 2.4 SWAL-QOL评分结果

治疗后,2组患者的SWAL-QOL评分与组内治疗前比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。治疗组治疗后与对照组比较,差异具有统计学意义( $P<0.05$ )。见表4。

表4 两组患者治疗前后SWAL-QOL评分比较 (分,  $\bar{x}\pm s$ )

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗后
对照组	75	129.74±28.26	149.03±25.67*
治疗组	75	131.27±26.65	155.39±28.51* <sup>△</sup>

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组治疗后比较, $\Delta P<0.05$ 。

## 3 讨论

临床对中风后吞咽障碍针刺治疗疗效显著,多采用常见穴位治疗,其中风池穴为足少阳胆经与阳维脉交会穴,同时与足厥阴肝经相表里,针刺风池穴可平肝熄风、化痰利咽;翳风穴为手少阳三焦经穴,有利咽开窍之功,从现代的解剖学角度看,翳风所在的解剖结构有舌下神经、舌咽神经等分布,其解剖位置决定了主治功能,进一步印证了“经脉所过,主治所及”;任脉廉泉穴位可以促进第3对脑神经功能的恢复。针上廉泉为经外奇穴,针刺能利咽活络,但针刺治疗存在取穴标准不一,技术手法参差不齐,疗效



不够确切等,以上不足一定程度影响了中风后吞咽障碍患者的康复进程<sup>[17]</sup>。

本研究在针刺基础上,针对中医病机联合化痰通咽汤方治疗风痰阻络证中风后吞咽障碍,结果发现洼田饮水试验评分、VFSS评分及SWAL-QOL评分均显著提高,中医评价量表评分降低,证实联合治疗疗效显著。化痰通咽汤方组方严谨,疗效明显,临证时应参考症、舌、脉以分辨内风、痰浊、瘀血的轻重程度,而决定平肝熄风、化痰通络、活血化瘀等药物的使用。方中半夏、胆南星、远志燥湿化痰,降逆止呕;白僵蚕以祛风止痉,化痰散结,解毒利咽;郁金行气解郁,清心凉血,疏肝利胆;天竺黄活血舒经,止咳;白术健脾除湿以绝生痰之源;又配以川芎、水蛭行气活血化痰之效;全方共奏活血利咽,通络舒经之功效。这种内外兼治的联合方案可大大提高治疗效果并提高生活质量。

研究表明,针药结合疗法可发挥内外兼顾、协同改善风痰阻络证中风后吞咽障碍,恢复患者吞咽功能的作用。两种中医治疗手段互相弥补固有的不足之处,发挥各自的治疗优势,使得风痰阻络证中风后吞咽困难的患者得到最优化的治疗,加快了康复的进程。此外,卒中后吞咽障碍不是单纯影响患者的进食状态,患者从生理、心理和社会功能各方面均受影响<sup>[18]</sup>。本研究采用了吞咽困难生活质量测量工具对患者进行生活质量的评定,能够较全面对患者进行评估,达到临床康复治疗的终极目的。

综上所述,在西医常规治疗基础上配合针刺及中药汤剂联合治疗中风后吞咽障碍,能明显促进吞咽功能的恢复,减少临床相关并发症,改善患者营养状况,提高患者的生存质量,值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1] Meng NH, Wang TG, Lien IN. Dysphagia in patients with brain stem stroke: incidence and outcome [J]. Am J Phys Med Rehabil, 2000, 79(2): 170-175.

- [2] 汪洁. 吞咽的生理机制与卒中后吞咽障碍[J]. 中国卒中杂志, 2007, 2(3): 220-225.
- [3] 周慎, 易振佳, 刘伍立, 等. 757例中风后遗症中医证候与中风主症的相关性分析[J]. 湖南中医药导报, 2003, 9(8): 11-13, 23.
- [4] 全国第四届脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中国实用内科杂志, 1997, 17(5): 312-315.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [6] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1994(17): 64-66.
- [7] 大西幸子, 孙启良. 脑卒中患者摄食-吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志, 1997, 12(3): 141-143.
- [8] 万青. 卒中后吞咽障碍的临床评估和治疗[J]. 中国卒中杂志, 2007, 12(3): 231-235.
- [9] 姜海华, 郭元敏, 郑逸华, 等. 开口利咽汤结合针刺刺激治疗风痰阻络型脑卒中后吞咽障碍患者的疗效[J]. 浙江中医药大学学报[M], 2015, 39(4): 320-322.
- [10] 饶明俐. 中国脑血管病防治[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2007: 30-42.
- [11] 向忠军, 李杰, 瞿延辉, 等. 《伤寒论》之经方煎服及调护方法浅谈[J]. 湖南中医药大学学报, 2016, 36(2): 13-15.
- [12] 许若晴, 范刚启. 卒中后吞咽障碍针灸治疗时机的研究进展[J]. 中国针灸, 2012, 32(11): 1054-1056.
- [13] 朱海暴, 周黎, 张冠文, 等. 结合康复对卒中后吞咽障碍及卒中后肺炎的影响[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(11): 1016-1018.
- [14] 李重庆. 舌三针结合康复训练治疗不同期中风后吞咽困难的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2012: 61-65.
- [15] Mchorney CA, Bricker DE, Kramer AE, et al. The SWALQOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults I. Conceptual foundation and item development[J]. Dysphagia, 2000, 15(3): 115-121.
- [16] Finizia C, Rudberg I, Bergqvist H, et al. A cross-sectional validation study of the Swedish version of SWAL-QOL[J]. Dysphagia, 2012, 27(3): 325-335.
- [17] 李利红, 党宇生, 叶天申, 等. 低频脉冲穴位电刺激配合康复训练对脑卒中患者吞咽功能的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2012, 34(4): 275-277.
- [18] 管小莉, 汪晖, 黄海珊, 等. 脑卒中吞咽障碍患者生存质量研究进展[J]. 护理学杂志, 2015, 30(1): 111-113.

(本文编辑 匡静之)