DOI:10.13193/j.issn.1673-7717.2026.02.042

针刺治疗卒中后吞咽障碍对患者吞咽功能及生活质量的影响研究

张雯舒,王宇,陈飞宇,刘小平,吴玉丽,袁健辉
(浙江中医药大学附属杭州市中医院,浙江 杭州 310007)

摘要:目的 研究针刺应用于卒中后吞咽障碍患者对其吞咽功能及生活质量的影响。方法 选取2023年1月—2024年2月医院诊治的卒中后吞咽障碍患者92例,随机均分为两组,每组46例,对照组给予常规干预方法,观察组在对照组的基础上增加针刺治疗,治疗时间8周。观察比较两组患者的疗效、吞咽功能、食物的吞咽情况、生活质量以及不良反应情况。结果 观察组总有效率95.65%(44/46)、显著高于对照组82.61%(38/46),组间差异有统计学意义($P<0.05$)。治疗前两组洼田饮水试验(Water swallow test,WST)评分、标准吞咽功能评价量表(Standardized swallowing assessment,SSA)评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组WST评分和SSA评分均显著低于对照组[(2.75±0.28)、(27.80±2.31)分 vs (3.05±0.40)、(29.61±2.72)分]($P<0.05$)。治疗前两组Gugging吞咽功能评估量表(Gugging swallowing screen,GUSS)评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组GUSS总分高于对照组[(11.78±3.47)分 vs (9.62±2.81)分]($P<0.05$)。治疗前两组吞咽特异性生活质量量表(Swallowing quality of life, SWAL-QQL)评分差异无统计学意义($P>0.05$),治疗后观察组SWAL-QQL评分均显著高于对照组[(112.71±10.48)分 vs (106.42±9.10)分]($P<0.05$)。两组均无严重不良反应发生。结论 针刺应用于卒中后吞咽障碍患者效果满意,能够显著提升患者的吞咽功能,改善食物的吞咽情况,提高其生活质量,并且安全性良好。

关键词:卒中;吞咽障碍;针刺;吞咽功能;生活质量
中图分类号:R255.2 **文献标志码**:A **文章编号**:1673-7717(2026)02-0238-03

Study on Effect of Acupuncture on Swallowing Function and Quality of Life in Patients with Dysphagia After Stroke

ZHANG Wenshu, WANG Yu, CHEN Feiyu, LIU Xiaoping, WU Yuli, YUAN Jianhui
(Hangzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhejiang Chinese Medical University, Hangzhou 310007, Zhejiang, China)

Abstract: *Objective* To study the effect of acupuncture on swallowing function and quality of life in patients with dysphagia after stroke. *Methods* Ninety-two patients with post-stroke dysphagia diagnosed and treated in the hospital from January 2023 to February 2024 were randomly divided into two groups, with 46 cases in each group. The control group was given the routine intervention, and the observation group was given acupuncture on the basis of the control group. The treatment time was 8 weeks. The curative effect, swallowing function, swallowing of food, quality of life and adverse reactions were observed and compared between the two groups. *Results* The total effective rate of the observation group was 95.65% (44/46), which was significantly higher than that of the control group (82.61%, 38/46). The difference between the two groups was statistically significant ($P<0.05$). After treatment, the Water Swallow Test (WST) score and standardized swallowing assessment (SSA) score of the observation group were significantly lower than those of the control group [(2.75±0.28) points, (27.80±2.31) points vs (3.05±0.40) points, (29.61±2.72) points] ($P<0.05$). There was no significant difference in Gugging Swallowing Screen (GUSS) score between the two groups before treatment ($P>0.05$). After treatment, the total GUSS score of the observation group was higher than that of the control group [(11.78±3.47) points vs (9.62±2.81) points] ($P<0.05$). There was no significant difference in Swallowing Quality of Life (SWAL-QQL) scores between the two groups before treatment ($P>0.05$). After treatment, the SWAL-QOL scores of the observation group were significantly higher than those of the control group [(112.71±10.48) points vs (106.42±9.10) points] ($P<0.05$). No serious adverse reactions occurred in both groups. *Conclusion* The clinical efficacy of acupuncture combined with extracorporeal shock wave in the treatment of upper limb muscle tension after stroke is satisfactory. It can significantly improve the swallowing function of patients and improve the swallowing of food and daily living ability, and has good safety.

Keywords: stroke; dysphagia; acupuncture; swallowing function; quality of life

基金项目:浙江省中医药科技计划项目(2003ZL524)
作者简介:张雯舒(1990-),女(满族),内蒙古赤峰人,主治中医师,硕士,研究方向:针灸治疗卒中。

吞咽障碍是卒中常见的并发症之一，患者不能安全有效地将食物由口腔输送到胃内取得足够营养和水分，据《中国吞咽障碍康复管理指南(2023版)》[1]中相关数据提示，脑卒中患者急性期吞咽障碍患病率约为42%，患病率之高亟需引起关注。吞咽障碍需要长期的康复干预过程，其不仅会影响食物的摄入和营养的吸收，还可以导致食物误吸入气管引发吸入性肺炎，严重者甚至引起窒息而危及生命，因此正确、有效的治疗方案尤为重要[2-4]。近年来，中医药逐渐在卒中后吞咽障碍的治疗中发挥了越来越重要的作用，其治疗方法多样，包括针刺、艾灸、中药等[5-6]。也有研究指出针刺及康复治疗是中医药治疗卒中后吞咽障碍的研究热点，但相关研究发表的文献数仍较低，值得深入研究[7]。本研究观察针刺应用于卒中后吞咽障碍患者对其吞咽功能及生活质量的影响，现总结分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2023年1月—2024年2月医院诊治的卒中后吞咽障碍患者92例，纳入标准：①患者均符合《中国脑血管病防治指南》[8]中脑卒中诊断标准；②均符合《中医内科学》[9]中有关舌蹇诊断标准；③生命体征平稳并且意识清楚；④患者和/或家属知情并同意参加研究内容。排除标准：①恶性肿瘤或其他心肺等重要器官存在严重器质性疾病患者；②脑卒中以外其他各种原因导致的吞咽功能障碍患者；③血液系统疾病或凝血功能异常患者；④存在针刺治疗禁忌证患者。将所有患者按照随机数字表法均分为两组，每组46例。观察组中，男27例，女19例；年龄47～79岁，平均(68.9±6.4)岁；病程1～34 d，平均(12.3±2.5)d。对照组中，男29例，女17例；年龄46～80岁，平均(69.3±7.0)岁；病程1～31 d，平均(12.0±2.8)d。两组一般资料差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。此次研究内容经医院医学伦理委员会审核批准。

1.2 方法 对照组给予常规干预方法，包括抗血小板、降压、神经保护等药物治疗，吞咽功能康复训练：指导患者进行腹式呼吸训练增强肺活量；协助患者以冰棉签刺激软腭、舌根、咽后壁等部位诱发吞咽，10次为1组；指导患者主动进行唇部、舌头的主动及抗阻运动；教会患者正确进行咬合、张口、吸吮等动作锻炼吞咽相关肌群；指导患者进行流质到半固体再到固体食物的摄入锻炼，包括点头吞咽、侧屈吞咽等。每次康复训练20 min左右，2次/d，治疗时间8周。

观察组在对照组的基础上增加针刺治疗，取风池穴、风府穴、廉泉穴、哑门穴、通里穴、金津穴、太冲穴、天柱穴，穴位处消毒处理，以0.22 mm×40 mm一次性无菌针刺针进行针刺，进针后风池穴、风府穴、哑门穴给予捻转补法，廉泉穴、通里穴、天柱穴给予泻法，其余穴位平补平泻手法施针，留针30 min，1次/d，治疗5 d/周，总治疗时间8周。

1.3 观察指标 (1)临床疗效：根据《中风病诊断与疗效评定标准》[10]对患者主要症状口角流涎、语言不利、半身不遂、口眼歪斜进行评分，与治疗前相比，治疗后中医症状积分下降>70%为显效、下降30%～70%为有效、下降<30%或加重为无效[11]。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。(2)吞咽功能：采用洼田饮水试验(Water swallow test，WST)评分、标准吞咽功能评价量表(Standardized swallowing assessment，SSA)评分。WST评分是患者端坐状态下喝下30 mL温开水，观察所需时间和呛咳情况，分为5级依次对应1、2、3、4、5分，评分越高吞咽障碍越严重[12]；SSA量表评定内容包括意识、头躯干控制、呼吸、唇闭合、软腭等初步评价，患者饮用5 mL温开水时喉部运动、重复吞咽、吞咽后喘鸣及喉功能，以及饮用60 mL温开水吞咽需要的时间和有无咳嗽等情况，总分10～46分，评分越高吞咽障碍越严重[13]。(3)食物的吞咽情况：进行Gugging吞咽功能评估量表(Gugging swallowing screen，GUSS)评分，以直接吞咽试验和间接吞咽试验评估患者对各种性状食物的吞咽情况，总分20分，分值越高、对食物的吞咽情况越好[14]。(4)生活质量：以吞咽特异性生活质量量表(Swallowing quality of life，SWAL-QQL)评估，WAL-QOL表共包括心理负担、进食时间、食欲、食物选择、语言交流、进食恐惧、心理健康、社会交往、疲劳、睡眠和吞咽症状11个维度总计44个题目，每个题目根据个体实际情况依次对应1～5分，总分44～220分，评分越高则表示生活质量越好[15]。(5)不良反应：观察记录治疗过程中有无头晕、恶心呕吐、皮疹、皮下瘀紫、局部麻木等不良反应情况发生。

1.4 统计学分析 采用SPSS 22.0统计软件包分析数据，计数资料用例(%)表示、进行χ^2检验，计量资料经检验呈正态分布均以($\bar{x}\pm s$)表示、行t检验，以$P<0.05$表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 疗效比较 观察组总有效率95.65%，显著高于对照组的82.61%，组间差异有统计学意义($P<0.05$)。见表1。

表1 两组卒中后吞咽障碍患者的疗效比较

单位：例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	46	21(45.65)	23(50.00)	2(4.35)	44(95.65)
对照组	46	18(39.13)	20(43.48)	8(17.39)	38(82.61)
χ^2值					4.039
P值					0.045

2.2 吞咽功能比较 治疗前两组WST评分、SSA评分差异无统计学意义($P>0.05$)，治疗后观察组WST评分和SSA评分均显著低于对照组($P<0.05$)。见表2。

表2 两组卒中后吞咽障碍患者WST评分、SSA评分比较($\bar{x}\pm s$)

单位：分

组别	例数	WST评分		SSA评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	46	3.91±0.94	2.75±0.28*	36.55±4.12	27.80±2.31*
对照组	46	3.86±0.97	3.05±0.40*	35.87±4.03	29.61±2.72*
t值		0.251	4.167	0.800	3.440
P值		0.802	<0.001	0.426	0.001

注：*与同组治疗前比较，$P<0.05$。

2.3 食物的吞咽情况比较 治疗前两组GUSS评分差异无统计学意义($P>0.05$)，治疗后观察组GUSS总分高于对照组(11.78±3.47)分 vs (9.62±2.81)分($P<0.05$)。见表3。

表3 两组卒中后吞咽障碍患者GUSS评分比较($\bar{x}\pm s$)

单位：分

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
观察组	46	6.03±2.26	11.78±3.47	8.599	<0.001
对照组	46	5.91±1.95	9.62±2.81	7.335 7	<0.001
t值		0.273	3.281	-	-
P值		0.786	0.002	-	-

2.4 生活质量比较 治疗前两组SWAL-QQL评分差异无统

计学意义($P>0.05$),治疗后观察组SWAL-QOL评分均显著高于对照组($P<0.05$)。见表4。

表4 两组卒中后吞咽障碍患者治疗前后SWAL-QOL评分比较($\bar{x}\pm s$) 单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后	t值	P值
观察组	46	91.33±8.70	112.71±10.48	10.646	<0.001
对照组	46	92.05±8.49	106.42±9.10	7.831	<0.001
t值		0.402	3.074	-	-
P值		0.689	0.003	-	-

2.5 不良反应发生率比较 观察组出现恶心呕吐1例、皮疹1例、皮下瘀紫1例,不良反应发生率为7.69%(3/46);对照组出现头晕2例、恶心呕吐2例、局部麻木1例,不良反应发生率为12.82%(5/46)。两组比较差异无统计学意义($\chi^2=0.137$,$P=0.711>0.05$)。两组患者出现的不良反应症状均较轻微,不影响治疗,均无严重不良反应发生。

3 讨论

卒中后吞咽障碍多由于卒中导致的脑损伤影响运动、感觉皮质、皮质脑干束、脑干吞咽神经核等吞咽神经通路的相关部位,继而导致吞咽相关肌群的运动、感觉障碍等。其在中医学中归属于舌謇范畴,主要是由于脑脉痹阻所致脑髓不足,人体阴阳平衡失调,以致气血亏损,气滞血瘀,引起的舌咽功能失用。病症在咽喉,病位在大脑,病机为本虚标实[16]。虚为肝肾阴虚,脏腑虚衰,而实为风、火、痰、瘀阻滞经络,邪入脏腑,致使脑络受阻,喉机不利,治疗当重在导气利窍、通络启闭[17]。

针刺是治疗卒中后吞咽障碍的有效手段,《针灸甲乙经》中有记载"暴喑不能言,喉嗌痛,刺风府",《类经图翼》记载有"风池治中风不语,牙关紧闭,汤水不能入口"。针刺作用机制是通过脑血管微循环的改善、吞咽神经通路的激活,达到促进吞咽肌肉活动能力的效果[18-20]。研究中观察组取穴风池、风府、廉泉、哑门、通里、金谷、太冲、天柱针刺治疗,结果在疗效、吞咽功能、食物吞咽情况及生活质量方面与对照组相比均更具优势,提示了针刺治疗卒中后吞咽障碍的显著优势。针刺所取穴位中,风池穴清透明目、祛风解毒、通利宫窍[21],风府穴散风息风、通关开窍,廉泉穴利喉舒舌、消肿止痛,哑门穴散风息风、开窍醒神,通里穴宁心安神、利窍开音、通络止痛[22],金津穴清热消肿、祛邪开窍[23],太冲穴通络止痛、清热利湿,天柱穴祛风解表、舒筋活络[24]。以上多为头颈部穴位,通过针刺祛除脑络瘀阻,恢复相关脑区功能,再通过补益脏腑经络气血,疏通口舌咽喉之窍,使得患者吞咽功能得以恢复。基础实验表明,刺激风池穴可调节脑组织胶质纤维酸性蛋白、神经元特异性烯醇化酶和脑源性神经营养因子表达水平,降低神经元凋亡水平[25];汪庆庆等[26]曾有研究指出风府穴解剖位置独特,刺激该穴位可激活吞咽相关神经调控系统,改善脑部供血供氧,抑制神经炎症反应,从多方面挽救受损脑组织,进而促进吞咽功能恢复;针刺廉泉穴能够直接刺激颏舌肌和咽缩肌等局部肌肉,配合金津穴疏通舌部局部经络,祛瘀开窍,改善吞咽功能[27]。

由上可见,针刺应用于卒中后吞咽障碍患者效果满意,能够显著提升患者的吞咽功能,改善食物的吞咽情况,提高其生活质量,并且安全性良好。

参考文献

[1] 中国康复医学会吞咽障碍康复专业委员会. 中国吞咽障碍康复管理指南(2023版)[J]. 中华物理医学与康复杂志,2023,45(12):1057-1072.
[2] 李宏伟,王栩,樊颖,等."深刺纳阳"针法联合中频电脑治疗仪治疗卒中后患者吞咽障碍疗效观察[J]. 陕西中医,2024,45(4):554-557.
[3] 崔玉荣,景蓉,杨莉,等. 脑卒中后吞咽障碍患者治疗的研究进展[J]. 临床医学进展,2024,14(4):1928-1933.
[4] 金海涛,王非,张雯. 针刺联合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 山东中医杂志,2024,43(3):225-230.
[5] 蒋亚楠,赵敏,董紫琲,等. 中医药治疗脑卒中后吞咽障碍的CiteSpace可视化分析[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(17):3140-3145.
[6] 鄂泓成,王恩龙. 基于数据挖掘的中医药治疗卒中后吞咽障碍的用药规律分析[J]. 中医临床研究,2023,15(4):54-59.
[7] 荣妍,曹瑞,路颖,等. 卒中后吞咽障碍的中医药诊疗现状研究:一项基于CiteSpace软件的可视化文献分析[J]. 内蒙古中医药,2023,42(9):136-141.
[8] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:321-349.
[9] 周仲瑛. 中医内科学[M]. 北京:中国中医药出版社,2007:306.
[10] 李平,吴钟璇,张云如,等. 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.
[11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1994: 251-252.
[12] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 2版. 北京:人民卫生出版社,2017:188.
[13] 贾建平. 神经病学[M]. 6版. 北京:人民卫生出版社,2008:49.
[14] 柏慧华,祝晓娟,张成欢,等. GUSS量表用于颅脑损伤患者吞咽功能风险评估的信效度分析[J]. 护理学杂志,2017,32(18):36-39.
[15] 张玉梅,宋鲁平. 康复评定常用量表[M]. 2版. 北京:科学技术文献出版社,2019:11-13.
[16] 谢凯放,陈永华,张智磊. 肝豆汤治疗威尔逊病吞咽障碍的作用机制探讨[J]. 中医药临床杂志,2022,34(12):2335-2342.
[17] 姚文娟,陈棋. 利咽开窍针法联合吞咽-摄食康复训练与常规疗法治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 新中医,2022,54(16):156-161.
[18] 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]. 中医药信息,2023,40(7):86-90.
[19] 高婷,张晶晶,李蕾. 近五年针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 山西中医药大学学报,2023,24(1):114-118.
[20] 李香颖,何克林,梁梦雅,等. 基于文献计量学分析针灸治疗卒中后吞咽障碍的研究动态[J]. 浙江中医药大学学报,2024,48(3):341-349,357.
[21] 单晓倩,陈晓琳,郝楠,等. 风池穴治疗卒中后吞咽障碍的研究进展[J]. 针灸临床杂志,2023,39(7):97-101.
[22] 杨海波,徐朝辉,甄玉婷,等. 针刺通里和大钟穴为主治疗血管性痴呆的临床研究[J]. 上海针灸杂志,2022,41(12):1166-1170.
[23] 黄小丽,欧素琼,朱燕花,等."咽三针"点按联合"金津、玉液"放血治疗脑卒中后吞咽障碍疗效分析[J]. 中医临床研究,2021,13(1):40-42.
[24] 洪灿,苟春雁. 王毅刚临床运用天柱穴经验举隅[J]. 实用中医药杂志,2023,39(2):402-404.
[25] 王琼芬,王风波,王科,等. 电针风池对急性脑梗死大鼠脑星形胶质细胞和神经元的保护效果[J]. 中国康复理论与实践,2021,27(3):302-309.
[26] 汪庆庆,程红亮. 风府穴治疗中风后吞咽障碍应用探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2023,25(9):184-188.
[27] 康星宇,郭壮丽,高呈飞,等. 电针夹廉泉穴治疗脑卒中后口咽期吞咽障碍的临床研究[J]. 中华物理医学与康复杂志,2023,45(2):119-124.