

# 醒脑启咽汤联合揸针埋针治疗脑卒中后吞咽障碍 临床效果及安全性观察\*

许晨, 魏继鸿, 李峰

(电子科技大学医学院附属绵阳医院·绵阳市中心医院康复医学科, 四川 绵阳 621000)

**摘要:** 目的: 观察醒脑启咽汤联合揸针埋针治疗脑卒中后吞咽障碍效果及安全性。方法: 将我院收治的 93 例脑卒中后吞咽障碍患者 (2021 年 1 月~2021 年 12 月) 纳入本次实验研究, 并以随机数字表法分为观察组 (46 例) 与对照组 (47 例), 给予对照组患者常规对症治疗及吞咽障碍康复训练, 观察组患者在对照组治疗基础上结合醒脑启咽汤及揸针埋针治疗, 数据比较: 疗效、治疗前后表面肌电图指标变化及中医证候积分 (吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳、痰多而黏等) 变化、洼田饮水试验评分变化及吞咽造影检查 (VFSS) 评分变化、标准吞咽功能评估 (SSA) 变化、吞咽障碍特异性生活质量量表 (SWAL-QOL) 评分变化及不良反应。结果: 观察组与对照组总有效率比较 (95.65%vs82.98%), 观察组更高,  $P<0.05$ ; 治疗前, 两组患者表面肌电图指标及中医证候积分 (吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳、痰多而黏等)、洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分比较,  $P>0.05$ , 各组患者治疗后表面肌电图指标及中医证候积分 (吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳、痰多而黏等)、洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分均改善, 观察组治疗后表面肌电图指标及中医证候积分 (吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳、痰多而黏等)、洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分均优于对照组 ( $P<0.05$ ); 两组均未见严重不良反应。结论: 醒脑启咽汤结合揸针埋针能加速脑卒中后出现吞咽功能方面障碍患者的康复, 其治疗方面的效果得意提升, 症状获得了较好的改善, 提升了日常生活质量, 并且没有出现营养不良情况, 安全可靠。

**关键词:** 脑卒中后吞咽障碍; 醒脑启咽汤; 揸针埋针; 疗效; 表面肌电图

**中图分类号:** R 743.3 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-3649 (2024) 03-0148-04

**Clinical efficacy and safety observation of Xingnao Qiyan decoction combined with pressing needle embedding for the treatment of swallowing disorders after stroke/XU Chen, WEI Jihong, LI Feng// (Department of rehabilitation medicine, Mianyang Central Hospital, Mianyang hospital, Medical College of UESTC, Mianyang Sichuan 621000, China)**

**Abstract:** Objective To observe the effect and safety of Xingnao Qiyan decoction combined with pressing needle embedding in the treatment of dysphagia after stroke. Methods 93 patients with dysphagia after stroke in our hospital (January 2021 to December 2021) were included in this experimental study, and were randomly divided into the observation group (46 cases) and the control group (47 cases). The control group was given conventional symptomatic treatment and rehabilitation training for dysphagia. The observation group was treated with Xingnao Qiyan Decoction and needle embedding therapy on the basis of the control group. Before and after treatment, the changes of surface electromyography indexes and TCM syndrome scores (dysphagia, hoarseness, cough due to drinking water, phlegm and stickiness, etc.), the changes of Watian drinking water test score and swallowing angiography (VFSS) score, the changes of standard swallowing function assessment (SSA), the changes of swallowing disorder specific quality of life scale (swal-qol) score, the incidence of malnutrition and adverse reactions. Results the total effective rate

\* 基金项目: 2018 年四川和卫生计生委委员会科研课题 (普及应用项目) (编号: 18PJ290)。第一作者: 许晨, 本科, 中级, 研究方向: 神经源性膀胱与直肠, 吞咽障碍;  $\Delta$  通讯作者: 李峰, 本科, 副主任中医师, 研究方向: 中医康复, E-mail: 1223468698@qq.com。

- [12] Grandmont P D, Feine J S, R Taché, et al. Within-subject comparisons of implant-supported mandibular prostheses: Psychometric evaluation [J]. J Dent Res, 1994, 73 (5): 1096-1104.
- [13] Jenkinson T R, Mallorie P A, Whitelock H C, et al. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index [J]. J Rheumatol, 1994, 21 (9): 1694-1698.
- [14] Garrett S L, Jenkinson T R, Kennedy L G, et al. A new approach to defining disease status in AS: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) [J]. J Rheumatol, 1994, 21 (12): 2286-2291.
- [15] 李晓玲, 赵恒立, 宋志超, 等. 补肾强督汤对强直性脊柱炎患者炎症因子、腰椎功能的影响 [J]. 世界中医药, 2020, 15 (10): 1447-1450.
- [16] 朱俊岭, 周建尧, 阎小萍, 等. 补肾强督方联合柳氮磺吡啶治疗强直性脊柱炎 30 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2018, 59 (11): 956-959.
- [17] 雍晨, 鲁璐, 汪悦. 基于网络药理学研究土茯苓的活性成分及药理机制 [J]. 辽宁中医杂志, 2019, 46 (9): 1926-1930.
- [18] 梁伟东, 彭剑虹. 运用 1H-NMR 技术研究补肾强督法对强直性脊柱炎代谢组学的分析 [J]. 世界科学技术: 中医药现代化, 2020, 22 (11): 3936-3944.

(收稿日期 2023-10-07)

of observation group (95.65%) was higher than control group (82.98%),  $P < 0.05$ ; Before treatment, the sEMG index and TCM syndrome score (dysphagia, hoarseness, cough due to drinking water, phlegm and sticky, etc.), Watian drinking water test score, VFSS score, SSA and swal-qol score of the two groups were compared,  $P > 0.05$ . After treatment, the sEMG index and TCM syndrome score (dysphagia, hoarseness, cough due to drinking water, phlegm and sticky, etc.), Watian drinking water test score, VFSS score After treatment, the surface electromyography index and TCM syndrome score (dysphagia, hoarseness, cough due to drinking water, phlegm and stickiness), Watian drinking water test score, VFSS score, SSA and swal-qol score in the observation group were better than those in the control group,  $P < 0.05$ ; The incidence of malnutrition in the observation group was lower than that in the control group (0.00% vs 8.51%),  $P < 0.05$ ; No serious adverse reactions were observed in both groups. Conclusion Xingnao Qiyan decoction combined with pressing needle embedding can better promote the rehabilitation of patients with dysphagia after stroke, improve the treatment effect, better swallowing function recovery, improve symptoms, improve the quality of life, and have no malnutrition and adverse reactions, which is safe and reliable.

**Keywords:** dysphagia after stroke; Xingnao Qiyan Decoction; Press needle burying needle; Curative effect; Surface electromyography; Malnutrition; Adverse reactions

脑卒中后吞咽障碍为脑卒中患者较为常见并发症, 该疾病对患者身心健康影响严重, 部分患者出现营养不良情况, 危害严重<sup>[1]</sup>。目前, 临床治疗脑卒中后吞咽障碍主要以康复训练为主, 时间较长, 康复效果难以达到预期, 患者满意率较低, 故而临床十分关注吞咽障碍患者的恢复<sup>[2]</sup>。中医对脑卒中后吞咽障碍具有较深认识, 该病属于中医喉痹、暗瘕等范畴, 其发病是由患者中风后气血逆乱、瘀血与痰浊互结, 上扰舌本, 阻塞患者喉舌之窍, 导致患者舌体与咽喉失去所用, 故而出现吞咽障碍。故而中医治疗该病当以活血化瘀、祛痰开窍、通经活络之法<sup>[3-4]</sup>。醒脑启咽汤、揸针埋针结合具有较好通经活络、祛痰开窍、化痰之功效, 可较好改善患者吞咽功能, 治疗脑卒中后吞咽障碍效果显著<sup>[5]</sup>。故而本次纳入93例脑卒中后吞咽障碍患者予以相应的分组研究, 探究揸针埋针结合醒脑启咽汤联合使用的效果及其作用相关的机制, 报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 将我院收治的93例脑卒中后吞咽障碍患者(2021年1月~2021年12月)纳入本次实验研究, 并以随机分成2组。观察组46例患者里面女男比例为21:25, 最大年龄为73岁, 最小年龄为44岁, 平均为(61.19±2.55)岁, 吞咽障碍病程1~18d, 平均为(8.23±1.25)d, 脑卒中类型: 脑出血11例, 脑梗死35例。对照组47例患者里面女男比例为22:25例, 最大年龄为74岁, 最小年龄为43岁, 平均为(61.52±2.28)岁, 吞咽障碍病程2~18d, 平均为(8.11±1.41)d, 脑卒中类型: 脑出血14例, 脑梗死32例。比较各组患者吞咽障碍的具体病程、脑卒中类型等方面的资料发现可比,  $P > 0.05$ 。

1.2 诊断标准 西医诊断标准参照《中国脑血管病防治指南》<sup>[6]</sup>中脑卒中及卒中后吞咽障碍诊断: 明确脑卒中病史, 进食困难、语言障碍、构音障碍、饮水呛咳等。中医诊断标准参照《中风病中医诊断疗效评定标准》<sup>[7]</sup>中痰瘀阻络证脑卒中后吞咽障碍诊断: 吞咽困难, 声音嘶哑, 饮水呛咳, 痰多而黏,

头晕目眩, 唇甲色暗, 舌苔较厚腻, 颜色暗淡, 脉涩等。

1.3 纳入和排除方面的具体标准 纳入标准: ①患者符合脑卒中诊断, 病后出现吞咽障碍, 经临床确诊; ②患者自愿加入研究; ③患者年龄40~75岁之间; ④患者可接受常规治疗、吞咽障碍康复训练、醒脑启咽汤、揸针埋针治疗。排除标准: ①其他原因导致吞咽障碍患者; ②合并吞咽失用症及失语症患者; ③感染性疾病患者; ④脑部肿瘤、外伤等脑部疾病患者; ⑤病情不稳定患者; ⑥极度虚弱, 无法配合此次试验的患者。

1.4 治疗方法 对照组: 实施常规治疗, 对其血糖、血压及血脂的浓度水平予以控制, 并予以神经内科常规治疗, 积极预防并发症, 进行对症处理。并给予患者吞咽障碍康复训练, 包括舌部训练及唇部训练、进食训练等, 每日1次, 1个具体康复训练的疗程时长为7d, 训疗程练4个。观察组: 在对照组基础上结合醒脑启咽汤结合揸针埋针治疗。醒脑启咽汤: 天麻、钩藤各15g, 郁金、丹参、僵蚕、石菖蒲、川芎、陈皮各10g, 全蝎、甘草各6g。每日1剂, 水煎取汁300mL, 分早晚各150mL饭后温服。7d为1个疗程, 治疗4个疗程。揸针埋针治疗: 采取清铃牌揸针皮内针进行埋针治疗, 取穴阿是穴、第2~5颈夹脊穴、两侧翳风穴、上廉泉穴、廉泉穴左右旁开1.5寸位置, 消毒穴位皮肤, 在以上穴位进行埋针, 并留针24h, 每周埋针治疗2到3次, 1个疗程时长为7d, 治疗疗程定为4个。

1.5 观察指标 ①临床疗效具体的标准<sup>[8]</sup>: 治愈-患者没有出现呛咳, 吞咽正常, 舌体运动正常, VFSS评分10分, 洼田饮水试验I级; 显效-患者偶有呛咳, VFSS评分提升至少2分但未达10分, 洼田饮水试验提升1级以上; 有效-患者有呛咳, 可部分进食, VFSS评分提升1分到2分之间, 洼田饮水试验提升1级; 无效-患者症状无变化。总有效率=治愈率+显效率+有效率。②表面肌电图指标测定<sup>[9]</sup>: 采取肌电图仪测定患者治疗前后表面肌电图最大波幅

与吞咽时间，测量 3 次取平均值。③中医证候积分<sup>[10]</sup>：评估患者治疗前后吞咽困难、声音嘶哑、饮水呛咳、痰多而黏等中医证候积分变化情况，0 分无症状，1 分轻度，2 分中度，3 分重度。④洼田饮水试验评分标准<sup>[11]</sup>：分为 I 级、II 级、III 级、IV 级、V 级，分别记 1~5 分，分值越低表示越佳。VFSS 评分标准：分值 0~10 分，分值越高表示吞咽功能越佳。SSA 评分<sup>[12]</sup>：分值 18 分~46 分，该量表评分和吞咽功能呈反比，分值越高则吞咽功能越差。SWAL-QOL 评分<sup>[13]</sup>：评估患者生活质量，包括心理健康、进食恐惧、心理方面的负担、食物选择、食欲、社会交往、语言方面的交流、进食时长和疲劳、睡眠等因子，分值越高表示越佳。⑤记录治疗期间各组营养不良出现的概率。⑥观察各组不良反应出现的具体概率。

1.6 统计学方法 采用 SPSS24.0 软件对本次纳入的 93 脑卒中后吞咽障碍患者相关数据进行分析，总有效率及营养不良出现的概率等计数资料用  $\chi^2$  检验，表面肌电图指标、洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分等计量资料采用 *t* 检验， $P < 0.05$ ，差异明显。

## 2 结果

2.1 两组疗效比较 观察组总有效率 (95.65%) 高于对照组 (82.98%) ( $P < 0.05$ )。见表 1。

表 1 两组疗效比较 [n(%)]

组别	n	无效	有效	显效	治愈	总有效率
对照组	47	8 (17.02)	8 (17.02)	12 (25.53)	19 (40.43)	(82.98)
观察组	46	2 (4.35)	7 (15.22)	8 (17.39)	29 (63.04)	(95.65)

2.2 两组患者表面肌电图指标改变情况比较 治疗前两组表面肌电图相关指标比较无显著差异 ( $P > 0.05$ )，治疗后两组表面肌电图相关指标均得到改善，且观察组各项指标均优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 2。

表 2 两组患者表面肌电图指标改变情况比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	治疗时间	表面肌电图 最大波幅 (uV)	吞咽时间 (s)
对照组 (n=47)	治疗前	320.35±20.35	1.74±0.20
	治疗后	559.63±25.23 <sup>b</sup>	1.40±0.08 <sup>b</sup>
观察组 (n=46)	治疗前	320.29±19.99 <sup>a</sup>	1.76±0.17 <sup>a</sup>
	治疗后	736.52±30.12 <sup>bc</sup>	1.11±0.07 <sup>bc</sup>

注：与对照组治疗前比较，<sup>a</sup> $P > 0.05$ ；与同组治疗前比较，<sup>b</sup> $P < 0.05$ ；与对照组比较，<sup>c</sup> $P < 0.05$  (下同)

2.3 两组患者中医证候积分变化比较 治疗前两组患者中医证候积分 (声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳、痰多而黏等) 比较，无显著差异 ( $P > 0.05$ )；治疗后两组患者中医证候积分 (声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳、痰多而黏等) 均下降，观察组治疗后中医证候积分 (声音嘶哑、吞咽困难、饮水呛咳、痰多而黏等) 均低于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 3。

表 3 两组患者中医证候积分变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

组别	治疗时间	吞咽困难	声音嘶哑	饮水呛咳	痰多而黏
对照组 (n=47)	治疗前	2.29±0.36	2.40±0.15	2.00±0.20	1.85±0.30
	治疗后	0.58±0.09 <sup>b</sup>	0.49±0.08 <sup>b</sup>	0.50±0.11 <sup>b</sup>	0.42±0.07 <sup>b</sup>
观察组 (n=46)	治疗前	2.38±0.29 <sup>a</sup>	2.29±0.21 <sup>a</sup>	1.96±0.25 <sup>a</sup>	1.79±0.27 <sup>a</sup>
	治疗后	0.18±0.04 <sup>bc</sup>	0.16±0.05 <sup>bc</sup>	0.15±0.03 <sup>bc</sup>	0.14±0.03 <sup>bc</sup>

2.4 两组患者洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分变化比较 两组治疗前洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分比较无显著差异 ( $P > 0.05$ )，治疗后两组患者上述评分均得到改善，且观察组优于对照组 ( $P < 0.05$ )。见表 4。

表 4 两组患者洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分变化比较 ( $\bar{x} \pm s$ ; 分)

组别	治疗时间	洼田饮水 试验评分	VFSS 评分	SSA 评分	SWAL-QOL 评分
对照组 (n=47)	治疗前	3.69±0.38	4.11±0.36	38.23±4.23	92.12±10.25
	治疗后	1.24±0.14 <sup>b</sup>	7.56±0.34 <sup>b</sup>	24.23±2.09 <sup>b</sup>	170.23±7.83 <sup>b</sup>
观察组 (n=46)	治疗前	3.72±0.35 <sup>a</sup>	4.03±0.42 <sup>a</sup>	38.16±3.99 <sup>a</sup>	91.53±10.22 <sup>a</sup>
	治疗后	0.68±0.11 <sup>bc</sup>	8.90±0.35 <sup>bc</sup>	21.15±2.00 <sup>bc</sup>	196.75±5.92 <sup>bc</sup>

2.5 不良反应 两组均未见严重不良反应。

## 3 讨论

脑卒中后吞咽障碍为西医药病名，中医称之为“中风”“喉痹”“窍病”“舌暗”等范畴<sup>[14-16]</sup>。中医典籍关于该病记载较多，如《灵枢》<sup>[17]</sup>记载“咽喉者，水谷之道也；咽喉者，气之所以上下也”。中医认为，外邪上犯患者咽喉，风热痰瘀阻滞其经络致使气血瘀堵，舌部经络瘀滞，上行扰神明，瘀血与痰浊阻滞喉舌，从而出现吞咽困难之症，其主要病机为痰瘀阻窍，故而治疗当以化痰化瘀、醒脑开窍、通经活络之法<sup>[18-21]</sup>。醒脑启咽汤主要由天麻及钩藤、郁金、丹参、僵蚕、石菖蒲、川芎、陈皮、全蝎、甘草等中药组成，本方中天麻可息风止痉、平抑肝阳、祛风通络；钩藤可熄风止痉、清热平肝；郁金可活血止痛、行气解瘀、清热凉血、清心开窍；丹参可活血、祛瘀、养血安神；僵蚕可息风止痉、祛风止痛、化痰散结；石菖蒲可醒神开窍、化湿豁痰；川芎可活血化瘀；陈皮可理气健脾、燥湿化痰；全蝎可息风镇痉、通络止痛；甘草可解毒、调和药性，本方诸药配伍共行健脾化痰、通经活络以及醒脑开窍之功效，有助于脑卒中后吞咽障碍患者病情好转<sup>[22-23]</sup>。

针刺疗法属于中医外治之法，有研究指出，给予中风后吞咽障碍患者针刺可促进患者神经递质传导功能恢复，利于改善患者吞咽功能<sup>[24]</sup>。揸针埋针疗法是将揸针埋入患者相应穴位皮下，对穴位进行持续刺激，达到扩张血管及提升大脑兴奋性，改善患者脑部能量代谢，达到治疗目的<sup>[25]</sup>。孙丹，徐纬，沈咏慧等<sup>[26]</sup>研究指出，揸针埋针可较好改善脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能，利于患者病情恢复。王

茸, 许军峰等<sup>[27]</sup>研究指出, 揸针埋针对脑卒中后口腔期吞咽障碍患者恢复具有积极影响。江方辉, 应忠明, 施玲玲等<sup>[28]</sup>研究指出, 揸针埋针可提升脑卒中后吞咽障碍治疗效果, 有效率高达 85.00%, 且患者症状改善, 治疗安全性较好。本次给予脑卒中后吞咽障碍患者揸针埋针治疗, 取得了较好效果。本次揸针埋针主要取穴阿是穴、第 2~5 颈夹脊穴、两侧翳风穴、上廉泉穴、廉泉穴左右旁开 1.5 寸位置, 以上取穴均为患者咽喉重要穴位, 进行揸针埋针, 长久刺激以上穴位, 以达到疏经通络、止痛及改善吞咽功能目的, 治疗效果显著。此外, 揸针疼痛感低, 患者容易接受, 使得治疗可顺利进行, 且无不良反应, 安全可靠。本次研究数据显示, 观察组治疗总有效率高达 95.65%, 且患者表面肌电图指标、中医证候积分、洼田饮水试验评分、VFSS 评分、SSA 及 SWAL-QOL 评分均改善, 且优于对照组,  $P < 0.05$ , 可见醒脑启咽汤结合揸针埋针可较好改善脑卒中后吞咽障碍患者临床症状及吞咽功能, 患者生活质量提升; 观察组营养不良发生率低于对照组 (0.00% vs 8.51%),  $P < 0.05$ , 且两组均未见严重不良反应, 可见醒脑启咽汤结合揸针埋针可降低脑卒中后吞咽障碍患者营养不良发生率, 且治疗安全可靠。

综上所述, 醒脑启咽汤结合揸针埋针能加速脑卒中后出现吞咽功能方面障碍患者的康复, 其治疗方面的效果得意提升, 症状获得了较好的改善, 提升了日常生活质量, 并且没有出现营养不良情况, 安全可靠。

#### 参考文献

[1] 陆玉蓉. 中医特色护理干预在脑卒中后吞咽障碍患者 V-VST 结合间歇性管饲中的护理效果 [J]. 西部中医药, 2021, 34 (6): 127-130.

[2] 周俊, 王文熠, 李澎. 不同频率电针风府穴治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察 [J]. 世界中西医结合杂志, 2021, 16 (9): 1705-1709.

[3] 范卉, 徐中芹, 马春霞, 等. 经穴推拿联合吞咽康复训练对老年脑卒中后吞咽障碍患者的影响 [J]. 康复学报, 2021, 31 (4): 286-291.

[4] 范春来, 唐李梅, 张红兴, 等. 皮内针埋针联合补肾通络汤治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2021, 30 (5): 531-534.

[5] 倪璐, 蒋涛, 张闻东, 等. 涤痰汤加减配合针刺治疗卒中后吞咽障碍痰瘀阻络证的临床疗效 [J]. 中国实验方剂学杂志, 2021, 27 (18): 101-106.

[6] 汪稳, 奚文举, 楼慧, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者的醒脑开窍针刺疗法结合吞咽功能康复训练的临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48 (3): 179-182.

[7] 黄金秀, 周文姬, 孙明英, 等. 头皮针联合神经肌肉电刺激和康复训练治疗脑卒中恢复期咽期吞咽障碍的效果 [J]. 中国医药导报, 2021, 18 (23): 76-79.

[8] 罗英俊. 吴茱萸汤加减联合低频脉冲电仪治疗脑卒中后顽固性呃逆临床研究 [J]. 陕西中医, 2021, 42 (10): 1379-1381, 1403.

[9] 孙梁, 盛启平, 王珊珊, 等. 补肾利咽汤联合低频脉冲穴位电刺激治疗脑卒中恢复期吞咽功能障碍临床研究 [J]. 国际中医中药杂志, 2021, 43 (7): 643-647.

[10] 刘先松, 董永书. 针刺联合吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍患者 SSA 评分、MNA 评分及吸入性肺炎发生率的影响 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19 (12): 2083-2086.

[11] 王寅, 何宇峰, 凌水桥, 等. 廉泉穴不同针刺深度联合冰刺激治疗脑卒中后吞咽障碍患者临床疗效研究 [J]. 中国康复, 2021, 36 (6): 335-338.

[12] 李诺, 孙忠人, 李晓宁, 等. 透刺吞咽针法治疗脑卒中后咽期吞咽障碍 [J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37 (2): 377-380.

[13] 沈志强, 张闻东, 程红亮, 等. 舌咽针联合吞咽功能训练治疗脑卒中后吞咽障碍的效果观察 [J]. 广西医学, 2021, 43 (24): 2933-2936.

[14] 龙小娜, 储浩然, 孙培养, 等. 电针结合导管球囊扩张术治疗脑卒中后环咽肌弛缓致吞咽障碍临床观察 [J]. 安徽中医药大学学报, 2021, 40 (5): 45-48.

[15] 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 (8): 1230-1234.

[16] 李媛, 赵正恩, 张少军, 等. 针灸结合咽部冰刺激训练治疗脑卒中后吞咽障碍临床研究 [J]. 陕西中医, 2020, 41 (2): 238-240, 257.

[17] 武平, 梁繁荣, 于白莉, 等. 不同时期介入针刺和康复训练对脑卒中后吞咽障碍疗效的影响 [J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17 (8): 733-736.

[18] 宋文翔, 张春燕. 咽复系列穴位组针灸治疗脑卒中后吞咽障碍 58 例 [J]. 四川中医, 2005, 23 (7): 107-108.

[19] 郑连臣. 舌三针辅助治疗脑卒中后吞咽障碍效果及对吞咽功能、舌咽喉复合体动度的影响 [J]. 四川中医, 2019, 37 (2): 195-197.

[20] 赵晓君, 赵桂娥, 刘红梅, 等. 通督调神针法联合康复训练治疗缺血性脑卒中患者吞咽障碍临床疗效观察 [J]. 四川中医, 2022, 40 (1): 190-194.

[21] 张旭, 张莎莎, 吕文良. 柴苓汤结合传统吞咽及神经肌肉电刺激疗法治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍的临床效果 [J]. 中国医药导报, 2022, 19 (4): 124-127.

[22] 潘海英, 张楠, 赵晶, 等. 经口间歇管饲联合自拟宣窍利咽汤治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效 [J]. 中华危重病急救医学, 2021, 33 (5): 552-556.

[23] 朱明瑾, 毛萌. 涤痰汤加味结合耳针治疗风痰瘀阻型脑卒中后吞咽障碍疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29 (3): 305-307, 321.

[24] 闫政谋, 张凤玲, 朱文浩. 四君子汤联合谷氨酰胺对急性缺血性脑卒中吞咽障碍患者营养状况和预后的影响 [J]. 中国中医急症, 2019, 28 (8): 1392-1394, 1404.

[25] 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.

[26] 孙丹, 徐纬, 沈咏慧, 等. 揸针埋针治疗脑卒中后吞咽障碍的临床观察 [J]. 浙江临床医学, 2017, 19 (4): 671-672.

[27] 王茸, 许军峰. 醒脑开窍针法联合揸针埋针治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍 30 例临床观察 [J]. 中医杂志, 2021, 62 (23): 2068-2072.

[28] 江方辉, 应忠明, 施玲玲. 揸针埋针联合吞咽康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍的效果观察 [J]. 中华全科医学, 2021, 19 (3): 483-485.

(收稿日期 2023-11-06)