

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

倪璐, 蒋涛, 张闻东, 程红亮*

(安徽中医药大学第二附属医院, 合肥 240061)

[摘要] 目的:探讨涤痰汤加减配合针刺治疗卒中后吞咽障碍(DAS)痰瘀阻络证的临床疗效。方法:将108例患者按随机数字表法分为对照组和观察组各54例。两组均进行营养管理、康复训练和针刺。对照组口服通络化痰胶囊,3粒/次,3次/d;观察组口服涤痰汤加减。两组疗程均治疗2周。进行治疗前后洼田氏饮水试验、吞咽造影检查(VFSS),标准吞咽功能评估(SSA),吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)评分和痰瘀阻络证评分;检测治疗前后经营养因子(BDNF),神经生长因子(NGF)和神经元特异性烯醇化酶(NSE)水平;记录肺炎、营养不良、脱水和误吸等发生情况。结果:观察组临床有效率为(47/49)95.92%,高于对照组的(41/50)82.00%($\chi^2=4.854, P<0.05$);观察组洼田饮水试验分级低于对照组($Z=2.211, P<0.05$);观察组VFSS吞咽障碍低于对照组($Z=1.969, P<0.05$);观察组洼田饮水试验,SSA和痰瘀阻络证评分均低于对照组($P<0.01$),VFSS评分高于对照组($P<0.01$);观察组吞咽症状评分、其他症状评分及SWAL-QOL总分均高于对照组($P<0.01$);观察组BDNF,NGF水平均高于对照组($P<0.01$),NSE水平低于对照组($P<0.01$);观察组并发症发生率为(6/49)12.24%,低于对照组的(15/50)30.00%($\chi^2=4.668, P<0.05$)。结论:在营养管理和康复训练的基础,涤痰汤加减配合针刺法治疗DAS痰瘀阻络证患者,可减轻吞咽障碍和误吸风险,改善神经功能缺损程度,提高生活质量,降低了并发症,临床疗效显著。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 痰瘀阻络证; 涤痰汤; 针刺; 生活质量

[中图分类号] R289;R255.2;R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1005-9903(2021)18-0101-06

[doi] 10.13422/j.cnki.syfjx.20210332

[网络出版地址] <https://kns.cnki.net/kcms/detail/11.3495.R.20201209.1125.002.html>

[网络出版日期] 2020-12-10 11:02

Clinical Effect of Modified Ditantang Combined with Acupuncture on Syndrome of Phlegm and Blood Stasis Blocking Collaterals of Dysphagia After Apoplexy

NI Lu, JIANG Tao, ZHANG Wen-dong, CHENG Hong-liang*

(The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Traditional Chinese Medicine, Hefei 240061, China)

[Abstract] **Objective:** To explore the clinical efficacy of modified Ditantang combined with acupuncture in the treatment of dysphagia after apoplexy (DAS) syndrome of phlegm and blood stasis blocking collaterals. **Method:** One hundred and eight patients were randomly divided into control group (54 cases) and observation group (54 cases) by number table. Both groups underwent nutritional management, rehabilitation training and acupuncture. Patients in control group additionally took Tongluo Huatan capsules, 3 granules/time, 3 times/day, while patients in observation received modified Ditantang. Both groups had two weeks of treatment. The Kubota's drinking water test, swallowing contrast examination (VFSS), and standard swallowing function assessment (SSA) were conducted. Swallowing disorder specific quality of life scale (SWAL-QOL) and sputum collateral stasis syndrome were scored before and after treatment. The levels of brain-derived neurotrophic factor

[收稿日期] 20201102(002)

[基金项目] 安徽省重点研究和开发计划项目(1804h08020288)

[第一作者] 倪璐,副主任医师,从事神经系统疾病临床康复工作,E-mail:837563073@qq.com

[通信作者] *程红亮,博士,主任医师,从事神经系统疾病临床康复工作,E-mail:chl.75811@163.com

(BDNF), nerve growth factor (NGF) and neuron-specific enolase (NSE) before and after treatment. The occurrence of pneumonia, malnutrition, dehydration and aspiration were then recorded. **Result:** The clinical effective rate was (47/49) 95.92% in the observation group, higher than (41/50) 82.00% in the control group's ($\chi^2=4.854, P<0.05$). The grade of Kubota's drinking water test in observation group was lower than that in the control group ($Z=2.211, P<0.05$). VFSS swallowing dysfunction in observation group was lighter than that in control group ($Z=1.969, P<0.05$). The scores of Kubota's drinking water test, SSA and phlegm and blood stasis blocking collateral syndrome in the observation group were all lower than those in the control group ($P<0.01$), while the VFSS score was higher than that in control group ($P<0.01$). The swallowing symptom score, other symptom scores and total SWAL-QOL scores of the observation group were higher than those of the control group ($P<0.01$). The levels of BDNF and NGF in the observation group were higher than those in the control group ($P<0.01$), but the NSE level was lower than that in the control group ($P<0.01$). The complication rate in the observation group was (6/49) 12.24%, which was lower than (15/50) 30.00% in the control group ($\chi^2=4.668, P<0.05$). **Conclusion:** On the basis of nutrition management and rehabilitation training, modified Ditantang combined with acupuncture can reduce the risk of dysphagia and aspiration, improve the degree of neurological deficits, improve the quality of life, and reduce complications in treatment of DAS syndrome of phlegm and blood stasis, with significant clinical efficacy.

[Keywords] cerebral stroke; dysphagia; syndrome of phlegm and blood stasis blocking collaterals; modified Ditantang; acupuncture; life quality

脑卒中吞咽障碍(DAS)对患者的生理、心理康复造成严重的影响^[1]。脑卒中后大脑皮质、皮质下行纤维、延髓吞咽中枢、脑神经等神经功能受损导致,DAS容易引起误吸、营养不良、肺炎、脱水、电解质紊乱等,严重影响脑卒中患者生活质量,使死亡率和不良预后的风险增加,成为脑卒中后康复关注的重点之一^[2]。除营养管理外,针对DAS主要给予各种康复措施,实现吞咽功能重建,但无特效方法,临床疗效难以满意,治疗技术仍缺乏循证医学基础^[2-3]。DAS作为难治性病症,需要实施个体化治疗与多种康复相结合,包括中医在内多学科参与、多种方法整合的综合康复治疗措施仍有待继续探索^[2-3]。

DAS可归为中医中风后暗瘕、喉痹等范畴,乃中风后气血逆乱,痰浊与瘀血互结上泛舌本,阻塞喉舌之窍,舌体、咽喉失其所用所致^[4]。石学敏院士经长期临床总结DAS病机特点为窍闭神匿,神不导气,咽窍不利,提出病变在脑,首取督脉,并创醒脑开窍、通关利窍针刺法治疗本病^[4-5],临床显示通督醒脑、通关利窍之针刺法配合康复治疗DAS有较好疗效^[6]。涤痰汤源于《奇效良方》,具有涤痰开窍,用于中风痰迷心窍、舌强不能言诸证,试验研究显示具有脑梗死具有抑制炎症反应、改善脑缺血再灌注损伤、减少脑梗死体积、抑制脑水肿、血栓形成,发挥神经保护作用^[7]。临床观察显示痰汤加减联合表

面肌电生物反馈治疗DAS疗效优于单纯表面肌电生物反馈法^[8]。为进一步提高DAS的临床康复效果,笔者以涤痰汤加减配合针刺治疗DAS收到了较好的疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料 经安徽中医药大学第二附属医院伦理委员审查批准(批号2018ZYY0124-02)。共纳入2018年3月至2020年3月安徽中医药大学第二附属医院推拿科和脑病科108例DAS患者。根据就诊先后按随机数字表法分为对照组和观察组各54例。对照组男32例,女22例;年龄45~75岁,平均(63.81±7.49)岁;病程2~19 d,平均(10.92±1.75) d;脑卒中类型见脑梗死36例,脑出血18例;治疗期间脱落3例,剔除1例,完成50例。观察组男34例,女20例;年龄46~73岁,平均(64.15±7.36)岁;病程3~24 d,平均(11.05±1.63) d;脑卒中类型见脑梗死34例,脑出血20例;治疗期间脱落4例,剔除1例,完成49例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义,具有可比性。

1.2 诊断标准 ①脑卒中诊断标准,参照《2016版中国脑血管病诊治指南与共识》^[9]制定,有神经功能缺损表现,并经计算机断层扫描(computed tomography, CT)或磁共振成像(magnetic resonance imaging, MRI)证实脑卒中类型和部位。②DAS诊断标准,参照《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识

(2017年版)》^[10]制定,有脑梗死或者脑出血病史;出现进食困难、饮水呛咳、构音障碍、语言障碍等表现;检查发现构音器官或咽喉肌群或面肌运动障碍;锥体束征阳性或情感障碍;吞咽造影检查(VFSS)进行确诊。③痰瘀阻络证诊断标准,参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[11]制定,主证有半身不遂,口舌歪斜,吞咽困难,饮水呛咳,言语謇涩或不语,声音嘶哑;次证有偏身麻木或感觉减退;头晕目眩,痰多而黏,舌质暗淡,唇甲色暗,舌质暗,或有瘀点、瘀斑,苔厚腻,脉弦滑或涩。主证2项+次证1项,结合舌脉可确诊。

1.3 纳入标准 ①经CT或MRI证实为脑卒中,符合DAS诊断标准;②符合痰瘀阻络证辨证标准;③年龄40~75岁,性别不限;④生命体征平稳,病情基本稳定,意识清醒;⑤取得患者或其代理人签署的知情同意书。

1.4 排除标准 ①卒中前已经有吞咽障碍或由其他原因导致的吞咽障碍;②极度虚弱、脑卒中病严重、脑水肿明显、病情不稳定者;③意识障碍、认知障碍、畏针、晕针者;④合并失语症、吞咽失用症,脑部肿瘤、结核、感染者;⑤心肺功能严重不全,肝肾功能严重障碍,凝血功能障碍者。

1.5 治疗方法 两组患者均给予营养管理,康复训练,参照文献[2,10]和针刺法。针刺方法,取穴百会、大椎、内关、血海、三阴交等;针具0.35 mm×30 mm和0.35 mm×40 mm无菌不锈钢针(苏州天协针灸器械有限公司),1次/d,30 min/次,6次/周。对照组口服通络化痰胶囊(规格0.4 g/粒,山东沃华医药科技股份有限公司,国药准字Z20100045),3粒/次,3次/d;观察组口服涤痰汤加减,药物组成为法半夏10 g,胆南星10 g,橘红10 g,枳实10 g,石菖蒲10 g,甘草5 g,白僵蚕10 g,白附子10 g,全蝎3 g,丹参15 g,地龙10 g,川芎10 g。随证加减,见面色无华,气短乏力加黄芪30 g,当归10 g;头晕,耳鸣,目眩加天麻10 g,白芍10 g,钩藤10 g,龙骨30 g^(先煎),牡蛎30 g^(先煎);大便秘结加酒大黄10 g;唇甲色暗,舌质暗或有瘀点、瘀斑等瘀血甚,加红花5 g,桃仁10 g;1剂/d,饮片由安徽中医药大学第二附属医院中药房提供,经梁振生主管药师鉴定符合2015年版《中华人民共和国药典》规定的药材标准,每剂药物均由患者自行煎煮2次,加入适量清水,先用武火加热后改为文火煎煮30 min,混合药液至400 mL,200 mL/次,分早、晚饭后30 min温服。两组疗程均为4周。

1.6 观察指标 ①进行洼田饮水试验,参照文献[12]。由康复医师和言语治疗师同时评价,结果分为I~V级(记1~5分),误吸判断,I级,II级不伴有呛咳,不存在显性误吸,为洼田饮水试验阴性;III级,IV级和V级伴有呛咳,可能存在误吸,洼田饮水试验阳性。吞咽障碍判断,I级洼田饮水试验阴性,不存在吞咽障碍;II~V级洼田饮水试验阳性,存在吞咽障碍;治疗前后各评价1次。②VFSS检查^[10],由经过培训的神经内科及放射科医师共同完成,结果分为1~8级,1~5级判断为误吸阴性,6~8级判断误吸阳性;吞咽障碍结果采用VFSS吞咽困难评价量表^[10],总分为0~10分,吞咽功能基本正常(10分),轻度异常(9~7分),重度异常(6~2分),极重度异常(2~0分)^[12];治疗前后各评价1次。③标准吞咽功能评估(SSA)^[10],由3部分组成,总分18~46分,评分与吞咽功能呈反比;治疗前后各评价1次。④吞咽生命质量量表(SWAL-QOL)^[10]评分,SWAL-QOL量表含11个因子,其中吞咽症状14个条目,其他10个因子(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、疲劳和睡眠)共30个条目,采用likert评分,每个条目由差至好,记1~5分,积分越高说明生存质量越好^[13];治疗前后各评价1次。⑤痰瘀阻络证评分,参照文献[11];治疗前后各评价1次。⑥采用酶联免疫吸附法测量治疗前后脑源性神经营养因子(BDNF),神经生长因子(NGF)和神经元特异性烯醇化酶(NSE),试剂盒(默沙克生物公司,批号分别为20A1204,19ZB209,86B371)。⑦并发症,记录肺炎、营养不良、脱水和误吸等发生情况。

1.7 疗效标准 参照文献[14],临床治愈为无呛咳,舌体运动自如,吞咽正常,洼田饮水试验为I级;显效为吞咽功能明显提高,偶有呛咳,洼田饮水试验为II级;有效为可部分进食,有呛咳,洼田饮水试验为III级;无效为吞咽功能无改善,甚至恶化。

1.8 统计学处理 数据采用SPSS 20.0统计学软件,计数资料以(例)%描述,比较采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,等级资料采用秩和检验,均以 $P < 0.05$ 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 治疗后观察组临床治愈20例、显效18例、有效9例、无效2例,对照组临床治愈12例、显效20例、有效9例、无效9例;观察组临床有效率为(47/49)95.92%,明显高于对照组的(41/50)82.00%;比较差异有统计学意义($\chi^2 =$

4.854, $P<0.05$)。

2.2 两组患者治疗前后洼田饮水试验分级比较
经秩和检验,治疗后观察组($Z=2.312, P<0.05$)和对照组($Z=2.215, P<0.05$)洼田饮水试验分级均较治疗前明显提高;治疗后,观察组洼田饮水试验分级明显低于对照组,比较差异有统计学意义($Z=2.211, P<0.05$)。见表1。

表1 两组患者治疗前后洼田氏饮水试验分级比较

Table 1 Comparison of Kubota's drinking water test classification before and after treatment between in two groups 例

组别	例数	时间	I级	II级	III级	IV级	V级
对照	50	治疗前	0	0	27	16	7
		治疗后	11	18	8	8	5
观察	49	治疗前	0	0	26	15	8
		治疗后	19	17	8	3	2

2.3 两组患者治疗前后VFSS吞咽障碍比较 经秩和检验,治疗后观察组($Z=2.266, P<0.05$)和对照组($Z=2.074, P<0.05$)VFSS吞咽障碍较治疗前明显降低;治疗后,观察组VFSS吞咽障碍明显低于对照

组,比较差异有统计学意义($Z=1.969, P<0.05$)。见表2。

表2 两组患者治疗前后VFSS吞咽障碍比较

Table 2 Comparison of VFSS dysphagia before and after treatment between in two groups 例

组别	例数	时间	基本正常	异常		
				轻度	重度	极重度
对照	50	治疗前	0	9	34	7
		治疗后	12	23	10	5
观察	49	治疗前	0	9	33	7
		治疗后	20	21	6	2

2.4 两组患者治疗前后洼田饮水试验, VFSS, SSA和痰瘀阻络证评分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者洼田饮水试验, SSA和痰瘀阻络证评分均较治疗前显著下降($P<0.01$), VFSS评分均较治疗前显著升高($P<0.01$);治疗后,观察组洼田饮水试验, SSA和痰瘀阻络证评分均显著低于对照组($P<0.01$), VFSS评分显著高于对照组,比较差异有统计学意义($P<0.01$)。见表3。

表3 两组患者治疗前后洼田饮水试验, VFSS, SSA和痰瘀阻络证评分比较($\bar{x}\pm s$)

Table 3 Comparison of the scores of Kubota's drinking water test, VFSS, SSA and phlegm and blood stasis blocking collateral syndrome between in two groups ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	洼田饮水试验	VFSS	SSA	痰瘀阻络证
对照	50	治疗前	3.72±0.44	4.17±0.53	38.24±4.37	24.93±3.19
		治疗后	1.25±0.16 ¹⁾	7.51±0.84 ¹⁾	24.92±2.36 ¹⁾	13.42±1.98 ¹⁾
观察	49	治疗前	3.75±0.46	4.14±0.50	38.49±4.26	25.06±3.14
		治疗后	0.72±0.11 ^{1,2)}	8.89±0.95 ^{1,2)}	21.55±2.23 ^{1,2)}	10.27±1.58 ^{1,2)}

注:与本组治疗前比较¹⁾ $P<0.01$;与治疗后对照组比较²⁾ $P<0.01$ (表4~5同)。

2.5 两组患者治疗前后SWAL-QOL评分比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者吞咽症状、其他症状评分及SWAL-QOL评分均较治疗前显著升高,比较差异有统计学意义($P<0.01$);治疗后,观察组吞咽症状、其他症状评分及SWAL-QOL评分均显著高于对照组,差异有统计学意义($P<0.01$)。见表4。

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

Table 4 Comparison of SWAL-QOL scores between in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$) 分

组别	例数	时间	吞咽症状	其他症状	SWAL-QOL
对照	50	治疗前	24.47±2.83	68.42±7.83	93.57±11.09
		治疗后	53.21±5.74 ¹⁾	116.31±13.65 ¹⁾	171.42±19.84 ¹⁾
观察	49	治疗前	24.15±2.77	67.96±7.75	92.89±10.68
		治疗后	60.34±7.05 ^{1,2)}	135.04±15.26 ^{1,2)}	196.17±21.33 ^{1,2)}

2.6 两组患者治疗前后BDNF, NGF和NSE水平变化比较 与本组治疗前比较,治疗后两组患者BDNF, NGF均较治疗前显著升高($P<0.01$), NSE均较治疗前显著下降($P<0.01$);治疗后,观察组BDNF, NGF水平均显著高于对照组($P<0.01$), NSE水平显著低于对照组($P<0.01$)。见表5。

表5 两组患者治疗前后BDNF, NGF和NSE水平变化比较($\bar{x}\pm s$)

Table 5 Comparison of changes of BDNF, NGF and NSE between in two groups before and after treatment ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	BDNF/ng·L ⁻¹	NGF/ng·L ⁻¹	NSE/μg·L ⁻¹
对照	50	治疗前	14.67±1.74	21.67±2.52	35.16±4.21
		治疗后	21.18±2.43 ¹⁾	24.21±2.84 ¹⁾	24.73±2.86 ¹⁾
观察	49	治疗前	14.85±1.78	21.48±2.53	35.37±4.18
		治疗后	25.69±2.84 ^{1,2)}	29.64±3.75 ^{1,2)}	20.11±2.36 ^{1,2)}

2.7 两组患者并发症发生情况比较 观察组肺炎、营养不良、脱水和误吸等并发症发生率为(6/49)12.24%,明显低于对照组的(15/50)30.00%,比较差异有统计学意义($\chi^2=4.668, P<0.05$)。见表6。

表6 两组患者并发症发生情况比较

Table 6 Comparison of complications between the two groups

组别	例数	肺炎 /例	营养不良 /例	脱水 /例	误吸 /例	总发生率 /%
对照	50	6	4	2	3	(15)30.00
观察	49	2	2	1	1	(6)12.24 ¹⁾

注:与对照组比较¹⁾ $P<0.05$ 。

3 讨论

脑卒中仍是致残率、致死率最高疾病,吞咽障碍是其常见的并发症之一,目前认为是脑卒中后大脑神经传导缺损造成支配的舌、咽、喉运动障碍,但吞咽控制和延髓-皮质传入途径的整个模式认识尚不明确,皮质及皮质下结构的具体作用亦不完全清楚,因此DAS机制目前仍然不清^[15]。《黄帝内经·素问》有云:“内夺而厥,则为暗瘖,此肾虚也”。《奇效良方》载:“暗瘖之状,舌暗不能语,足废不为用”。《备急千金要方》也言:“中风……风懿者,奄勿不知人,咽中塞,室室然,舌强不能言”“风瘖者,卒不能语,口噤,手足不遂而强直者是也”。这些描述与DAS非常相似,肝风内动,气血逆乱,夹痰横窜经脉,使风、痰、瘀阻络,一则蒙蔽脑窍,“窍闭神匿、神不导气”,咽窍不利,舌无所主;二则痰浊、瘀血内阻清窍、舌根,筋脉失于滋养,则舌强不能语,虽语而謇涩不清,可见其病位多在舌咽、脑,病机为本虚标实,标实主要为血瘀、痰浊,调查也显示DAS以风痰阻络证最常见,其次为气虚血瘀^[4-5,16]。

针刺治疗脑卒中后吞咽障碍取得了良好的临床疗效,获得了广泛的认可^[10]。系统评价显示针刺治疗DAS疗效确切,能改善各类吞咽功能量表的评分,且有较高的安全性^[17]。为进一步提高DAS治疗效果,笔者采用涤痰汤加减中法半夏化痰燥湿,胆南星清化热痰、熄风定惊,橘红燥湿化痰、宽中消滞,枳实化痰消痞、破气消积,石菖蒲开窍豁痰、醒神益智、化湿开胃,白附子祛风痰、定惊搐,僵蚕熄风止痉、祛风止痛、化痰散结,全蝎熄风镇痉、通络止痛,丹参活血祛瘀、通络止痛,地龙活血通络定惊,川芎祛风行气活血通络,甘草片解毒调和诸药。全方共奏豁痰开窍、活血通络、熄风止痉之功。

VFSS是可直观观察吞咽的全部过程,是评估吞咽障碍的金标准,VFSS量表能量化吞咽功能和吞咽障碍程度,是诊断、治疗选择和疗效评估的重要依据,但存在操作过程复杂、不易在床旁评估的缺点^[12]。洼田饮水试验操作简便,使用最为广泛,能效判断有无吞咽功能障碍,是最经典的吞咽功能筛查方法,但对误吸预测不可靠^[12]。SSA是基于饮水试验设计可全面性,能准确快速识别误吸风险和吞咽功能的量表,用于病情评估和康复治疗的指导^[10]。本组结果显示观察组临床有效率高于对照组,并发症发生率低于对照组,洼田饮水试验分级和VFSS吞咽障碍均低于对照组,洼田饮水试验和SSA评分均低于对照组,VFSS评分高于对照组,痰瘀阻络证评分均低于对照组,提示了在常规康复治疗的基础上,涤痰汤加减配合针刺法治疗DAS可显著改善吞咽障碍,减轻误吸风险,改善了神经缺损程度,减轻了中医证候评分,降低了并发症发生率。

SWAL-QOL为吞咽障碍特异性生活质量量表,广泛用于吞咽障碍患者的生活质量的评估,能够客观准确反映患者的生活质量,具有良好的信度和效度,针对性强,可行性好,适合我国人群^[10]。本组显示治疗后观察组吞咽症状评分、其他症状评分及SWAL-QOL评分均高于对照组。BDNF能使神经细胞可塑性增加,延缓其死亡,诱导神经再生,从而起到保护神经组织的作用,与脑梗死后神经功能的恢复呈正相关^[18]。NGF是神经修复的生物活性因子,有营养神经作用,能促进损伤神经修复,促进神经细胞的分化、生长/再生,对神经功能的恢复具有定性作用,提高脑卒中外周血BDNF,NGF水平,有助于对损伤神经细胞进行修复,减轻吞咽功能障碍^[19]。NSE是可特异性地反映神经元受损与修复情况,与脑卒中后患者神经功能缺损、认识功能、生活质量、抑郁等密切相关^[20]。本组资料显示治疗后观察组BDNF,NGF水平均高于对照组,NSE水平低于对照组,提示了涤痰汤加减配合针刺可改善DAS神经细胞营养,促进神经细胞修复,改善神经功能缺损情况,从而起到减轻吞咽功能障碍的效果。

综上,在营养管理和康复训练的基础上,涤痰汤加减配合针刺法治疗DAS痰瘀阻络证患者,可减轻吞咽障碍和误吸风险,改善神经功能缺损程度,提高了生活质量,降低了并发症,临床疗效显著,值得临床使用。

【利益冲突】 本文不存在任何利益冲突。

〔参考文献〕

- [1] 中华医学会神经病学分会. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6): 405-412.
- [2] 中国卒中吞咽障碍与营养管理共识专家组. 中国卒中吞咽障碍与营养管理手册[J]. 中国卒中杂志, 2019, 14(11): 1153-1169.
- [3] 肖卫红, 吴碧玉. 脑卒中后吞咽障碍的康复研究进展[J]. 中国康复理论与实践, 2017, 23(7): 783-787.
- [4] 秦彦强, 姚海江, 孙迎春, 等. 脑卒中吞咽障碍的中医康复进展[J]. 中医学报, 2019, 47(6): 104-108.
- [5] 杨洁, 石学敏. 石学敏院士治疗中风后吞咽障碍学术经验介绍[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(1): 67-69.
- [6] 梁进娟. 通督启闭针法配合康复训练治疗脑梗塞后吞咽障碍的临床观察[J]. 针灸临床杂志, 2013, 29(4): 29-31.
- [7] 马岱朝, 陈会生, 刘辉. 基于网络药理学探讨涤痰汤治疗脑梗死作用机制[J]. 山东中医药大学学报, 2020, 44(4): 350-355.
- [8] 武杰, 王玉, 刘建, 等. 涤痰汤加减联合表面肌电生物反馈对脑梗死后吞咽障碍患者吞咽功能的效应观察[J]. 世界中医药, 2019, 14(12): 3338-3342, 3348.
- [9] 中华医学会神经病学分会. 2016版中国脑血管病诊治指南与共识[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 1-5.
- [10] 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)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2017, 39(12): 881-892.
- [11] 郑筱萸. 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: 99-105.
- [12] 武文娟, 毕霞, 宋磊, 等. 洼田饮水试验在急性脑卒中后吞咽障碍患者中的应用价值[J]. 上海交通大学学报: 医学版, 2016, 36(7): 1049-1053.
- [13] 谭嘉升, 丘卫红, 刘中良, 等. 中文版吞咽生命质量量表信度和效度的研究[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2016, 38(9): 669-673.
- [14] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 87-88.
- [15] 房芳芳, 王孝文, 鞠学红. 脑卒中后吞咽障碍的发生机制及康复治疗研究进展[J]. 山东医药, 2019, 59(31): 103-106.
- [16] 罗菁, 崔韶阳, 王曙辉, 等. 中风后吞咽障碍的中医证型分布特点初探[J]. 中华中医药杂志, 2019, 34(2): 820-823.
- [17] 樊炜静, 梁士兵, 黄仁燕, 等. 针刺治疗脑卒中后吞咽障碍的系统评价再评价[J]. 海南医学院学报, 2020, 26(11): 829-837.
- [18] 王有科, 覃兴乐. 脑源性神经营养因子和血管内皮生长因子及基质金属蛋白酶-9与脑梗死关系研究进展[J]. 中华实用诊断与治疗杂志, 2017, 31(1): 95-97.
- [19] 幸冰峰, 周歆, 邓先琴. 通督调神针法联合吞咽训练对缺血性脑卒中吞咽障碍患者的疗效及对脑血流和血清神经营养因子的影响[J]. 针刺研究, 2019, 44(7): 506-511.
- [20] LU K, XU X, CUI S, WANG F, et al. Serum neuron specific enolase level as a predictor of prognosis in acute ischemic stroke patients after intravenous thrombolysis [J]. J Neurol Sci, 2015, 359(2): 202-206.

〔责任编辑 何希荣〕