

基于吞咽造影指导针灸选穴治疗卒中后吞咽障碍

杨道海 林小琪 姜娜 高磊

江苏省淮安市中医院, 江苏 淮安 223001

近年来, 脑卒中发病率逐年上升并趋于年轻化, 其中 51%-78% 的患者会出现吞咽障碍^[1]。而吞咽障碍又会引起误吸、肺部感染、脱水、营养不良等问题^[2], 影响患者生活质量及康复。对于吞咽障碍的治疗方法较多, 近年来针刺治疗该病效果显著, 发挥了重要的作用。目前针灸治疗中风后吞咽障碍, 已从单一的体针治疗方式向头针、项针、眼针、针药结合、针刺与康复训练结合治疗等方式上过度, 并且在总有效率及治愈率方面相比其他治疗方法有明显优势。科室在治疗吞咽障碍诊疗过程中, 首先进行中医辨证分型, 然后进行吞咽造影检查以明确吞咽障碍发生的部位及分期, 在辨证取穴的基础上根据吞咽造影的结果对患者受累部位进行局部取穴, 取得了良好疗效, 现报道如下:

1 口腔前期

口腔前期是指人们通过视觉和嗅觉感知食物, 用餐具、杯子或手指将食物送到口中, 多与患者意识状态、高级大脑功能有关。此类病人主要表现为淡漠、无进食需求、抗拒食物、注意力不集中等症状, 吞咽造影大多不配合, 但患者的咽反射存在, 同时结合认知功能检查即可鉴别。对于口腔前期的吞咽障碍目前临床研究及报道较少, 此类病人的重点应当予以认知障碍治疗, 中医认为其病机为髓减脑消、窍闭神匿、神失所用, 针灸治疗的方法主要有体针、头针、耳穴埋豆以及醒神开窍针法、智三针等取穴法, 总的来说经络以督脉、心经为主, 同时因其病位在脑, 取头部穴位的也比较多, 常用穴位有百会、四神聪、神门、风池等^[3]。科室在治疗此类型吞咽障碍的时候, 通过查阅文献, 选取了石学敏院士的醒神开窍针法, 取穴以内关、人中、三阴交为主穴, 辅以太冲、尺泽、委中、百会、四神聪、四白、太冲、风池开窍醒神, 补益肝肾, 并取风池、完骨、天柱向喉结方向斜刺改善基底动脉供血及吞咽功能^[4]。

2 口腔准备期及口腔推送期

口腔准备期是指食物摄入口腔至完成咀嚼的这一过程, 主要是纳入食物、对食物的加工处理。口腔推送期指咀嚼形成食团后运送到咽部的过程, 主要是食团的形成、运送到咽部的过程。口腔准备期和口腔推送期均发生于口腔, 因此可以统称为口腔期, 可以受随意控制, 是为吞咽做准备的阶段。食物经由面部肌、咀嚼肌、舌肌、齿、颌、硬腭、软腭等参与摄入口腔, 经咀嚼形成食团。食物在口腔内进行加工处理时, 口腔呈封闭空间, 前方口唇关闭, 后方舌根与软腭相接(舌腭连接), 防止食物坠入咽部。期间, 流质饮食无须咀嚼, 关键在于口腔内的控制; 半流质、软质食物只要依靠舌与腭的挤压运动即可形成食团; 而固体食物则需要通过复杂地咀嚼过程, 由下颌的垂直及水平运动, 将食物进行切割、研磨, 同时, 舌对食物进行搅拌并与唾液混合, 将其加工成为容易吞咽的食团。然后软腭抬高, 舌根下降, 咽后壁向前隆起, 食团被挤压入咽, 吞咽启动进入咽期。因此口腔期主要涉及到面部肌肉、咀嚼肌肉、舌肌、腭肌的功能障碍, 详述如下:

(一)、面部肌肉功能异常: 主要是口轮匝肌、颌肌的闭唇及缩唇功能障碍, 临床表现是食物从唇间漏出, 吞咽造影可以看到口唇的闭合不全, 食物从口唇溢出或者食物在唇沟残留。如果存在面部肌肉的问题, 多采用地仓、颊车、夹承浆^[5]。具体操作: 痉挛的, 手法要轻柔; 肌肉松弛的, 采用地仓透颊车, 甚至颊车穴采用芒针“合谷刺”法, 向人中、承浆多个方向进行进针; 夹承浆, 针尖背向唇部斜刺, 进针 0.3~0.5 寸。

(二)、咀嚼肌肉功能异常: 主要是咬肌、颞肌、翼内肌、翼外肌、和颊肌的咀嚼功能、食物清除功能障碍, 导致食团形成障碍、吞咽后口腔前庭内及侧沟食物残留。吞咽造影可以看到食物在颊沟残留, 患者上下颌咬合无力咀嚼功能下降, 甚至不能咬合。选穴: 咬合无力、咀嚼困难的患者可采用的四白、巨髎、颧髎^[6]、下关。操作: 四白穴直刺入眶下孔, 巨髎、颧髎

髂直刺；下关，闭口取穴垂直进针 0.5 寸。颊肌无力食物清除功能下降导致颊沟食物残留的患者可沿颊肌肌肉走行方向排刺，进针 0.5~1 寸。注意：面肌，咀嚼肌痉挛的，手法要轻柔，尽量不用电针；肌肉松弛的，可以用电针，用断续波。

（三）、舌肌功能异常：舌的主要功能是将食物搅拌成食团，并由舌前部输送到舌根部。临床表现为食团形成及推进障碍、口内食物滞留，吞咽造影可见食物残留在舌面中部、硬腭或者在口腔分散，甚至从舌根处掉落会厌或者气管，无法形成食团。整个口腔过渡期延长、舌上抬前移不足以及无效重复的舌后缩动作。临床取穴：咽三针：上廉泉及其左右旁开 1 寸（有争议），共三个穴位，向舌根部进针 1-1.5 寸，使针感向舌根部传导，留针 30min 后取针。廉泉为任脉经穴，解剖部位近舌咽，针刺廉泉可激发经气，通利咽喉，舒舌理气。《针灸大成》曰：“廉泉主舌头下肿难言，舌根缩急不食，舌纵涎出”。《医学纲目》曰：“舌根急缩，廉泉三分，得气即泻”^[7]。如果舌系带短，舌底静脉有淤血，可取海泉（舌下系带中点处），金津、玉液（舌下系带左侧的静脉）上放血。如果舌肌萎缩，口干，可用 3 寸针，刺舌下腺，在舌面局部及聚泉（舌背正中缝的中点处）点刺放血。

（四）、腭肌功能障碍：腭肌是吞咽系统的第二处括约肌，包括位于腭咽的腭咽肌、腭帆提肌及咽上缩肌所形成的肌肉群，其收缩时可以有效关闭口腔后部及鼻咽。因此临床主要表现为咀嚼时呛咳，甚至食物从鼻腔漏出，吞咽造影表现为软腭活动度下降，咀嚼时不能有效关闭口腔后部，食物掉入会厌或者气管，甚至食物从鼻咽反流。选穴以咽后壁点刺：令患者张口，用压舌板将舌体向后下方推压，以 3~4 寸芒针点刺悬壅垂两侧之咽后壁，每侧 3~5 点，有少量出血或不出血均可，不留针^[8]。

3 咽期咽

期是食团经过咽腔的过程，主要包括咽部肌肉的收缩挤压递送食团和喉口封闭气道保护两个过程，这两个过程均有一个反射活动完成，即吞咽反射，当食团被递送至舌根时，舌根、双侧腭弓等处的触觉感受器被激活，神经冲动经三叉神经上颌支、舌咽神经、迷走神经喉前支传入延髓的基本吞咽中枢（孤束核和疑核），传出神经是舌咽神经和迷走神经，效应器为咽、

腭、喉、声带等，肌肉活动包括软腭抬举、咽弓缩紧、咽提肌收缩、声门关闭，杓会厌襞内收缩紧，会厌反转，喉口封闭，咽缩肌收缩，环咽肌开放等，食团经咽腔进入食道，至此吞咽过程进入食管期。此期功能障碍吞咽造影可见咽启动、咽缩肌舒缩活动、咽喉上抬、会厌及声门的闭合等功能障碍，协调性差，会厌谷及梨状隐窝食物残留以及存在误吸等，临床治疗多取治呛穴及咽四穴。

治呛穴深部是会厌软骨，深层有迷走神经，对饮水呛咳尤为有效。“咽四穴”较常规穴位对吞咽障碍的咽喉部有更显著的针对作用，是因为其以神经解剖学及神经病理学为依据，选用的穴位位于迷走、舌咽神经的支配区，针刺刺激咽部肌肉的感觉纤维，通过迷走和舌咽神经传入延髓的孤束核，接着由孤束核发出纤维到疑核、舌下神经核，最后传出纤维再通过舌咽、迷走和舌下神经至效应器（咽喉、舌、食管上段的肌肉），使效应器发生反应或增强其反应，这样不但使大脑皮质对皮质脑干神经纤维束调节作用恢复，而且可重新建立已被破坏的发射弧，进而恢复吞咽肌肉的功能，和吞咽肌肉群间的运动协调，而最终达到治愈或减轻吞咽障碍^[9]。

4 食管期食管期开始于食团通过环咽肌

食管产生顺序蠕动波推动食团通过食管，位于食管下端的下食管括约肌随之放松，使食团进入胃。吞咽造影可见环咽肌开放异常，造影剂在咽喉部聚集，甚至导致误吸；或者造影剂在颈段食管停留，甚至存在反流。临床取穴多取咽四穴，配合足三里、中脘、上脘、内关穴等穴位^[10]。

关于中风后吞咽障碍，祖国医学中并没有明确提出和单独的论述，对它的描述多从属于中风后不语。根据其症状和体征，可归于喉痹、暗瘵、舌暗、暴暗、类噎隔、风痺等范畴。近年来针刺治疗脑卒中后吞咽障碍取得了较大进展，方法也越来越多，文献报道显示国外常用现代吞咽康复训练方法以及电刺激方法，在国内则更多地结合了中医针灸等方法，并从单一的体针疗法到舌针、眼针、头针、项针、电针、埋线、穴位注射、联合治疗等疗法，不断探索出醒脑开窍法、靳三针疗法、通关利窍针法、任督通调针刺法等新针法，呈现百家争鸣趋势。各种疗法效果显著，操作简单，副作用小，费用低廉，但也存在诸多不足之处：

一、些针灸方法的取穴千差万别，缺乏相对规范化的取穴方案，临床疗效也有待提高；二、多为小样本报道，疗效判定标准缺乏规范统一，临床试验设计缺乏严格性；三、就目前国内发表的相关文献来看，选穴使用频率最高的组方是人迎、廉泉、风池、天突，大多数穴位是在舌咽部，过于重视舌咽部局部取穴。但是卒中后吞咽困难不仅存在咽期的功能障碍，同时还存在口腔前期、口腔期、食管期的功能障碍，甚至虽然同为咽期功能障碍但因累计部位不同而治法不同，目前缺乏系统的针对性的诊疗方案。

针对上述情况，科室在为吞咽障碍病人进行针灸治疗时，先进行 VFSS 检查了解患者吞咽障碍是结构性

或功能性异常以及其病变部位、程度和代偿情况，指导康复方案制定。在明确吞咽障碍发生在哪个时期，涉及到的哪些组织及神经基础上，通过查阅既往针灸治疗吞咽障碍的文献进行穴位筛选，形成一套行之有效的针灸治疗方案。通过临床应用，我们发现基于吞咽造影检查指导针刺选穴对治疗中风后吞咽障碍有较好的临床效果的，这就为针刺治疗本病提供了一个相对客观和规范的治疗方案，这种新的“精准”的选穴方法改变了以往靠临床经验的选穴方式，使针刺选穴更客观，对提高针刺的可信度及针刺技术的传为播与推广具有重要的意义。

参考文献

- [1]邓娇,王敏华,王敏.脑卒中后吞咽障碍的康复治疗进展[J].中华全科医学,2015,13(5):819-822.
 - [2]Jianqiao Fang, Lifang Chen, Ruijie Ma, et al. Comprehensive rehabilitation with integrativemedicine for subacute stroke: A multicenter randomized controlled trial [J]. Scientific Reports, 2016, 6: 25850.
 - [3]王嘉麟,邢佳,贺立娟等.针灸治疗脑卒中后认知障碍研究进展[J].环球中医药,2015,8(9):1140-11144
 - [4]张博,张春红,石学敏院士“醒神开窍”针刺法临床实践[J].中华针灸电子杂志,2012,1(2):1-15
 - [5]陆彦青,刘悦,黄凡.中风后吞咽功能障碍临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(8):702-705
 - [6]高慧,朱新太.深刺颧髎穴治疗假性球麻痹的临床研究[J].中国当代医药,2014,21(36)
 - [7]惠振,候腾,张敬华.中风球麻合剂联合咽三针治疗脑梗死后吞咽障碍的临床观察[J].中医临床研究,2017,9(29):63-65
 - [8]靳宇,李静,马涛.咽后壁点刺为主治疗假性延髓麻痹 79 例.中国针灸,1999,(4):238
 - [9]郅旭娜,朱青霞,赵剑锋等.“咽四穴”治疗缺血性脑卒中后假性球麻痹吞咽障碍[J].中医学报,2018,33(242):1367-1371
 - [10]陆彦青,刘悦,黄凡等.分期针刺治疗中风后吞咽功能障碍临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(8):702-705
- 作者简介:**杨道海(1979—),男,学历 硕士研究生,职称 副主任中医师,研究方向:中医康复 吞咽障碍。