

雷火灸联合吞咽功能训练对中风后吞咽障碍患者康复效果的临床研究

陈晓琳 王丽丽 刘思润 缪霖 张家玲 刘新玲 王燕 (通讯作者)

广州中医药大学第一附属医院, 广东广州, 510000;

摘要: 目的: 中风作为我国致死率首位的疾病, 其高致残率导致的吞咽功能障碍严重影响患者生存质量, 因此本文探讨雷火灸联合吞咽功能训练对中风后吞咽障碍(PSD)患者的康复效果。方法: 对我院收治的中风后吞咽障碍患者分别采取常规吞咽功能训练与联合雷火灸治疗, 比较两组康复效果。结果: 观察组的吞咽功能、生活质量评分和神经营养因子水平均显著优于对照组, $P < 0.05$, 组间存在对比性。结论: 雷火灸联合吞咽功能训练对中风后吞咽障碍患者具有显著的康复效果, 可有效改善患者的吞咽功能和生活质量, 值得临床应用。

关键词: 雷火灸; 吞咽功能训练; 中风; 吞咽障碍; 康复效果

DOI: 10.69979/3029-2808.26.04.005

“中风”学名“脑卒中”又称“脑血管病”, 具有较高的致死率、致残率, 其主要是因为人体脑组织在持续性的缺血、缺氧状态下引发神经功能受损, 常出现失语、偏瘫以及吞咽功能障碍等后遗症^[1]。中风后吞咽障碍(PSD)发生率为37%~78%^[2], 主要表现为控制口、咽及喉等器官的神经功能障碍, 引起舌肌、咀嚼肌、会厌部肌肉运动障碍, 不仅影响患者的营养摄入和水平衡, 还可能导致吸入性肺炎等严重并发症, 严重影响患者的康复进程和生活质量^[3-4], 甚至危及生命。因此, 采取有效的治疗及护理措施改善患者吞咽功能, 对促进患者康复、提高生活质量具有重要意义。现代康复以吞咽功能训练(SE)为核心, 但仍有30%患者遗留中-重度吞咽困难。有研究显示^[5], 在吞咽功能训练的基础上辅以中医雷火灸, 可利用温热效应和药化因子, 通过穴位渗透, 起到温通经络、活血化瘀、消肿止痛、醒脑开窍等作用, 以此加快吞咽功能恢复。

1 资料与方法

1.1 一般资料

纳入2024年1月-2025年12月期间我院神经内科/康复科收治的150例中风后吞咽障碍患者, 采用随机数字分配法, 将其分为对照组(吞咽功能训练)和观察组(联合雷火灸治疗), 通过统计学方法对各项研究指标进行分析验证, 各组间基线资料差异无统计学意义($P > 0.05$), 表明组间具有良好可比性。

纳入标准: 所有患者均符合《中国各类主要脑血管病诊断要点2019》^[6]中关于中风的诊断标准, 经颅脑CT或MRI检查确认, 经洼田饮水实验确诊为吞咽障碍(分级 \geq II级), 中风发病后病程10~90 d, 生命体征稳定, 认知功能正常, 能配合完成治疗及护理, 本人及其家属经告知后以书面协议方式表示对研究知情同意。

排除标准: 重度脑出血或大面积脑梗死患者, 合并严重的心、肺、肝、肾等重要脏器疾病, 有吞咽功能障碍病史或口腔颌面部手术史, 咽喉部器质性病变, 对艾灸过敏或艾灸部位皮肤破损感染者, 伴有精神疾病、沟通障碍者。

表1 患者一般资料($\bar{x} \pm s$)

项目	对照组 (n=75)	观察组 (n=75)	P 值
性别	男	43 (57.33%)	41 (54.67%)
	女	32 (42.67%)	34 (45.33%)
平均年龄	岁	63.87 \pm 5.21	63.75 \pm 5.69
平均病程	天	36.93 \pm 6.69	36.74 \pm 6.37
BMI 平均值	kg/m ²	25.36 \pm 2.72	25.80 \pm 2.12
中风类型	缺血性中风	57 (76.00%)	18 (24.00%)
	出血性中风	56 (74.67%)	19 (25.33%)
洼田饮水实验分级	II级/III级/IV级/V级	24/28/19/4	25/27/20/3

1.2 方法

1.2.1 对照组

(1) 口腔面部肌肉训练：指导患者进行鼓腮、微笑、舌部运动（伸舌、卷舌、舌抵上颚等）、唇部运动（抿唇、嘟嘴等）、吹气、咬肌训练等^[7]，10~15min/次，3次/d，以增强口腔面部肌肉的力量和协调性。

(2) 吞咽动作训练：采用空吞咽、冰刺激等方法，让患者在空腹状态下取坐位，指导患者将手指放置在甲状软骨边缘，感受吞咽时喉咙的运动频率，然后做空吞咽动作（10~15次），间隔10~15s，10~15min/次，3次/d。对患者双侧咀嚼肌进行按摩，5min/次，2次/d^[8]，用冰冻的棉签或冰棒分别刺激患者软腭、舌根及咽后壁，每次刺激5-10秒，间隔10~15s，10~15min/次，3次/d^[9]。

(3) 摄食训练：取30°-60°半卧位，低头吞咽，由1ml水开始，随后根据患者吞咽功能恢复情况，逐级递增至20ml，无误吸情况下则过渡至浓流质-糊状-软食，指导患者进食速度，避免呛咳。

1.2.2 观察组

(1) 雷火灸操作：①纵行灸法：将艾条放入灸筒，固定好，点燃灸条，患者取仰卧位，在廉泉~天突穴位上方，施予纵行灸，距离皮肤约3~5cm，10次为1壮，每灸1壮嘱患者做空吞咽动作，促进热力向里渗透，共灸6~8壮。此法通过温热刺激，活血化瘀，疏通经络，改善咽喉部血液循环。②点穴灸法：针对廉泉、天突、哑门、合谷穴采用雀啄灸法点穴，火头距皮肤1~2cm做雀啄灸运动，以7~9啄为一壮，每灸1壮按摩穴位1次，

每穴灸3壮。刺激相关穴位，通痹开窍，改善神经功能。

③摆阵灸法：将剩余的艾条投入艾盒中，置于双足三里穴，用大毛巾包裹，施灸20min。

(2) 雷火灸护理：雷火灸前评估患者体质、皮肤状况、吞咽功能分级及有无艾灸禁忌证，向患者及家属解释雷火灸的作用、操作过程、注意事项及可能出现的不良反应，消除其紧张情绪，以取得患者配合。纵行灸、点穴灸时及时将灸灰弹入灸灰桶，防止灼伤皮肤，施灸过程中询问患者有无不适，观察患者皮肤情况，如有灸灰，用纱布清洁，协助患者穿衣，取舒适卧位。治疗结束后，取下艾盒，灭火或处理艾灰，整理用物及床单位，并记录皮肤颜色、患者主观感受，出现小水泡无需处理，大水疱无菌抽液包扎，叮嘱患者保持皮肤清洁干燥。30min内指导患者饮用温水200~300ml，嘱患者注意保暖，避免受凉，灸后指导患者休息15~30min。

1.3 观察指标

对比两组患者护理后的吞咽功能评估(VFSS和SSA)，患者的生活质量（采用SWAL-QOL评估，总分220），以及治疗前后血清神经营养因子水平。

1.4 统计学分析

应用SPSS26.0软件进行数据处理，用t检验($\bar{x} \pm s$)，用 χ^2 检验[n(100%)], 若P<0.05说明存在对比意义。

2 结果

表2 两组患者护理后的吞咽功能和生活质量评分对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VFSS 评分	SSA 评分	SWAL-QOL 评分
对照组	75	6.55±1.20	18.15±0.79	138.76±10.35
观察组	75	8.61±1.65	13.11±1.34	163.14±10.19
t 值	-	2.408	5.127	34.681
P 值	-	<0.05	<0.05	<0.05

表3 两组患者治疗前后血清神经营养因子水平对比($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	NTF (ng/ml)		BDNF (ng/ml)		NGF (ng/ml)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	75	2.68±0.25	4.69±0.82	11.35±1.38	20.39±2.14	47.58±6.91	73.46±11.25
对照组	75	2.61±0.31	5.90±1.23	11.37±1.36	23.16±2.57	47.65±6.87	90.42±12.51
t 值	-	0.417	1.351	0.193	2.972	0.567	15.834
P 值	-	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

中风又称为脑卒中，是脑血管疾病中较为常见却又非常严重的一种突发疾病，包括缺血性脑卒中（IS）和出血性脑卒中（HS），是全球第二大死亡原因^[10]，而中风后吞咽障碍是常见的并发症之一，其发生与皮质脑干束受损、延髓吞咽中枢缺血密切相关，临床表现为误吸、

呛咳及营养不良，增加患者的死亡风险，给患者家庭及社会带来沉重负担。

目前临床对于中风后吞咽障碍的治疗多采用吞咽功能训练，能有效增强舌骨上肌群肌力与耐力。中医认为，中风后吞咽障碍属“喉痹”“暗瘕”范畴，病机为风痰阻络、气虚血瘀、脑窍闭塞，导致舌咽失用，雷火

灸是中医新外治技术,其通过三种灸法有机结合,形成靶向性强、协同高效的治疗体系。通过聚焦咽喉局部(廉泉、天突)、神经调节(哑门、合谷)及全身扶正(足三里)穴位梯度施灸,实现局部与全身协同增效,可改善咽喉循环、调节神经功能、巩固机体正气,适用于咽喉慢性炎症、神经源性吞咽障碍等辅助治疗。同时,该治疗方案无需复杂仪器,温热刺激温和,患者接受度与耐受性优于侵入性疗法,适用于老年、体弱人群,具备良好的临床推广潜力。

本研究结果显示,在吞咽功能方面,观察组 SSA 评分低于对照组,VFSS 评分高于对照组,在生活质量方面,观察组 SWAL-QOL 评分显著高于对照组,以上数据差异有统计学意义($P < 0.05$)。在神经营养因子水平方面,治疗后观察组升高幅度大于对照组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。

综上,雷火灸联合吞咽功能训练可显著改善中风后吞咽障碍患者的吞咽功能、生活质量及神经生长因子水平,方法操作简便、安全无创、效果显著,值得在临床上进一步推广和应用。

参考文献

[1] 高爱民,张月娥,李丽杰,等.头针联合吞咽功能康复训练治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍患者的临床观察[J].世界中西医结合杂志,2024,19(10):2012-2016. DOI:10.13935/j.cnki.sjzx.241016.

[2] 邹艳贤,冯娜娜,朱贤甸,等.自制冰棉签口腔护理联合吞咽功能训练对脑卒中后吞咽障碍患者康复效果的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(3):157-159. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2022.03.050.

[3] 李冰,党庆浩,周光.早期 VitalStim 治疗仪联合吞咽康复训练对脑梗死后吞咽障碍康复预后的影响[J].

中国康复,2020,35(8):400-403. DOI:10.3870/zgkf.2020.08.002.

[4] 李园园,王丽娜.老年脑梗死吞咽功能障碍患者采取早期康复护理干预的临床效果分析[J].国际老年医学杂志,2020,41(3):165-167. DOI:10.3969/j.issn.1674-7593.2020.03.009.

[5] 苏强,徐瑞瑞,于若凡,等.雷火灸治疗脑卒中后并发症研究进展[J].河南中医,2024,44(05):764-770. DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2024.05.0142.

[6] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组,曾进胜,等.中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715. DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2019.09.003.

[7] 任一理,王钧,张磊,等.穴位贴敷联合吞咽功能训练治疗老年脑卒中后吞咽障碍临床研究[J].新中医,2025,57(13):108-113. DOI:10.13457/j.cnki.jncm.2025.13.021.

[8] 焦晓燕.穴位贴敷联合吞咽治疗仪及吞咽功能训练在脑卒中后吞咽障碍患者康复中的应用[J].中外医学研究,2022,20(13):157-160. DOI:10.14033/j.cnki.cfmr.2022.13.042.

[9] 邹艳贤,冯娜娜,朱贤甸,等.自制冰棉签口腔护理联合吞咽功能训练对脑卒中后吞咽障碍患者康复效果的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(3):157-159. DOI:10.3969/j.issn.1006-7256.2022.03.050.

[10] Barthels D, Das H. Current advances in ischemic stroke research and therapies[J]. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis, 2020, 1866(4): 165260-165268.