

# 耳穴压豆联合半夏厚朴汤加减对脑卒中后 吞咽功能障碍患者神经损伤指标的影响\*

许 蕾<sup>1</sup>, 石荣菊<sup>1</sup>, 陈寒昱<sup>2</sup>, 张 超<sup>1△</sup>

1 南通大学附属南京江北医院, 江苏 南京 210048; 2 南京特殊教育师范学院, 江苏 南京 210048

**[摘要]** 目的:观察耳穴压豆联合半夏厚朴汤加减对脑卒中后吞咽功能障碍患者神经损伤相关指标的影响。方法:选取100例脑卒中后吞咽障碍患者采用随机数字表法并分为对照组和研究组,每组50例。对照组予半夏厚朴汤加减治疗,研究组同时给予耳穴压豆治疗,两组均治疗1周。比较两组临床疗效,治疗前后神经损伤指标、神经营养指标、炎症因子及生活质量变化情况。结果:治疗后两组吞咽功能、神经损伤指标、神经营养指标、炎症因子及生活质量改善,且研究组洼田饮水试验(water swallow test, WST)评分、标准吞咽功能评定量表(standardized swallowing assessment, SSA)评分及血清神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)、神经肽Y(neuropeptide tyrosine, NPY)、视锥蛋白样蛋白1(visinin-like protein-1, VILIP-1)、高敏C反应蛋白(high sensitivity C reactive protein, hs-CRP)、白细胞介素6(interleukin-6, IL-6)水平均低于对照组( $P < 0.05$ );血管内皮生长因子(vascular endothelial growth factor, VEGF)、脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)水平及吞咽障碍特异性生活质量量表(swallowing quality-of-life questionnaire, SWAL-QOL)评分均高于对照组( $P < 0.05$ )。研究组总有效率[94.00%(47/50)]高于对照组[80.00%(40/50)]( $P < 0.05$ )。结论:耳穴压豆联合半夏厚朴汤加减对改善脑卒中后吞咽障碍患者神经功能及神经营养状态具有积极作用,能够抑制机体炎症反应,促进吞咽功能恢复。

**[关键词]** 脑卒中; 吞咽障碍; 神经损伤; 耳穴压豆; 半夏厚朴汤**[中图分类号]** R255.2 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)04-0134-05

折点,肝硬化腹水的发生与肝硬化其他并发症如自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征等密切相关,而且会导致患者生活质量下降,家庭经济负担加重。本研究结果显示,鼓胀退水贴可以在一定程度上改善患者生活质量。

综上所述,鼓胀退水贴具有促进腹水消退的良好药效,能在一定程度上改善患者生活质量,而其治疗肝硬化腹水的机制可能在于控制门静脉血流速度,减少门静脉血流灌注,从而降低门静脉压力,值得进一步推广应用及深入研究。

## 参考文献

- [1] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化腹水诊疗指南(2023版)[J]. 中华肝脏病杂志, 2023, 31(8): 813-827.
- [2] 陈文. 中医有关肝硬化的文献记载及辨证论治探讨[J]. 西部中医药, 2024, 37(1): 24-27.
- [3] 姜彦宇, 吴百灵. 中药治疗肝硬化腹水合并自发性腹膜炎临床疗效观察[J]. 中医药临床杂志, 2024, 36(1): 160-163.
- [4] 杨跃青, 张燕. 鼓胀退水贴外敷治疗肝硬化腹水58例[J]. 陕西中医, 2015, 36(1): 15-16.
- [5] 徐小元, 丁惠国, 李文刚, 等. 肝硬化腹水及相关并发症的诊疗指南[J]. 临床肝胆病杂志, 2017, 33(10): 1847-1863.
- [6] 张声生, 王宪波, 江宇泳. 肝硬化腹水中医诊疗专家共识意见(2017)[J]. 中华中医药杂志, 2017, 32(7): 3065-3068.
- [7] 陈旻湖, 杨云生, 唐承薇. 消化病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2019: 452.
- [8] 杜旭芳, 李超, 王鹏, 等. 个体化营养管理策略联合延续护理模式对肝硬化病人营养状况和生活质量的影响[J]. 护理研究, 2023, 37(22): 4096-4100.
- [9] 韦素雨, 黄丽芝, 陆柳雪, 等. 肝硬化患者生活质量测评工

具的研究进展[J]. 中国继续医学教育, 2021, 13(32): 191-195.

- [10] 吴铁雄, 刘旭东, 朱沪敏, 等. 大黄蛰虫虫胶囊联合心得安治疗乙型肝炎肝硬化门脉高压症临床观察[J]. 西部中医药, 2023, 36(2): 102-105.
- [11] 孙卫, 刘光伟. 中医外治法在肝硬化顽固性腹水中的应用现状[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(37): 139-140.
- [12] 马丽, 孟宪华, 杨军丽. 甘遂化学成分、药理活性和临床应用研究进展[J]. 天然产物研究与开发, 2022, 34: 699-712.
- [13] 南京中医药大学. 中药大辞典[M]. 2版. 上海: 上海科学技术出版社, 2022: 126, 687, 1987.
- [14] 冉雪峰. 冉雪峰本草讲义[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 94, 274, 333-343.
- [15] 韩涛, 聂彩云. 肝硬化腹水发病机制研究现状[J]. 实用肝脏病杂志, 2014, 17(4): 340-343.
- [16] 郑磊, 罗蒙. 肝硬化门静脉高压症的基础研究进展[J]. 肝胆胰外科杂志, 2019, 31(4): 254-257.
- [17] 中华医学会肝病学分会. 肝硬化诊疗指南[J]. 实用肝脏病杂志, 2019, 22(6): 770-786.
- [18] 高毅, 舒劲, 卢雨蓓, 等. 门脉高压性胃病患者中医证型分布特点及其与胃镜下黏膜病变的相关性[J]. 西部中医药, 2024, 37(05): 76-78.

收稿日期: 2024-12-22

\*基金项目: 陕西省自然科学基金(2019JQ-981)。

**作者简介:** 傅琪琳(1984—), 女, 博士学位, 副主任医师。研究方向: 中医药防治慢性肝胆疾病。

**△通讯作者:** 皇甫(1984—), 男, 博士学位, 副主任医师。研究方向: 中医药防治慢性消化系统疾病。Email: huangfu7059@163.com。

Influence of Auricular Pressing with Bean Joined with Modified *Banxia Houpo* Decoction on Nerve Injury Indexes in Patients with Dysphagia after Stroke

XU Lei<sup>1</sup>, SHI Rongju<sup>1</sup>, CHEN Hanyu<sup>2</sup>, ZHANG Chao<sup>1△</sup>

1 Nanjing Jiangbei Hospital Affiliated to Nantong University, Nanjing 210048, China;

2 Nanjing Normal University of Special Education, Nanjing 210048, China

**Abstract** Objective: To observe the impacts of auricular pressing with bean and modified *Banxia Houpo* decoction on nerve injury indexes in patients with dysphagia after stroke. Methods: All 100 patients were allocated to the control group and the study group using the random number table method with 50 cases in each group. The control group orally took modified *Banxia Houpo* decoction, and the study group was treated with auricular pressing with bean, both groups were treated for one week. To compare clinical effects, nerve injury indexes, neurotrophic factors, inflammatory factors and the changes of quality of life before and after the treatment. Results: After the treatment, the swallowing function, nerve injury indexes, neurotrophic factors, inflammatory factors and quality of life were improved in the two groups, and the study group was lower than the control group in WST scores, SSA scores, and the levels of NSE, NPY, VILIP-1, hs-CRP and IL-6 ( $P<0.05$ ), higher than the control group in the levels of VEGF and BDNF and SWAL-QOL scores ( $P<0.05$ ). Total effective rate of the study group was [94.00%(47/50)], higher than [80.00%(40/50)] of the control group ( $P<0.05$ ). Conclusion: Auricular pressing with bean and modified *Banxia Houpo* decoction present positive effects on the improvements of neurological function and neurotrophic status in patients with dysphagia after stroke which could inhibit inflammatory response of human body and promote the recovery of swallowing function.

**Keywords** stroke; dysphagia; nerve injury; auricular pressing with bean; *Banxia Houpo* decoction

脑卒中作为临床常见的急性脑血管疾病,以发病急骤、局限性或弥散性脑功能缺失、高死亡/致残风险为特征,对我国国民健康造成严重威胁<sup>[1]</sup>。研究显示,动脉阻塞过程形成中心坏死区和周围脑缺血半暗带,引发细胞凋亡、炎症及氧化应激反应,从而导致神经退行性改变,并在造成神经功能损伤的同时造成机体损伤<sup>[2-3]</sup>。吞咽功能障碍为脑卒中常见并发症之一,因其误吸率较高极易造成营养不良、电解质紊乱、吸入性肺炎等,使得临床死亡率升高,目前已成为临床亟待解决的重要问题<sup>[4-5]</sup>。西医多采用鼻饲管营养支持等对症治疗脑卒中后吞咽功能障碍,但总体疗效欠佳<sup>[6]</sup>。中医药对于脑卒中后吞咽功能障碍具有独特疗效,中医学认为脑卒中后吞咽功能障碍以痰

为主要病邪,而半夏厚朴汤具有行气散结、益气健脾、降逆化痰之功效<sup>[7]</sup>。基于此,本研究采用耳穴压豆技术联合半夏厚朴汤加减治疗脑卒中后吞咽功能障碍患者,以期为临床治疗脑卒中后吞咽功能障碍提供重要量化参考。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取2021年10月至2022年10月在南通大学附属南京江北医院就诊的100例脑卒中后吞咽功能障碍患者,采用随机数字表法分为对照组和研究组,每组50例。两组患者基线资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),见表1。本研究经南通大学附属南京江北医院伦理委员会批准(2021118)。

表1 两组基线资料比较

组别	例数	性别		年龄(岁, $\bar{x}\pm s$ )	病程(d, $\bar{x}\pm s$ )	BMI指数 ( $\text{kg}/\text{m}^2$ , $\bar{x}\pm s$ )	吞咽困难严重程度		
		男(例)	女(例)				轻度(例)	中度(例)	重度(例)
对照组	50	21	29	51.00 $\pm$ 6.30	28.12 $\pm$ 7.58	23.11 $\pm$ 1.50	14	22	14
研究组	50	25	25	51.34 $\pm$ 5.84	28.54 $\pm$ 8.08	23.31 $\pm$ 1.37	11	27	12
$t/\chi^2$		0.644		0.281	0.268	0.724	1.024		
$P$		0.422		0.779	0.789	0.471	0.599		

1.2 纳入标准 1)符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2018)》<sup>[8]</sup>及《中风病辨证诊断标准(试行)》<sup>[9]</sup>中脑卒中诊断标准者;2)存在饮水、进食呛咳等吞咽困难症状者;3)经头颅CT/MRI检查确诊

脑卒中,并经视频透视吞咽、洼田饮水试验(water swallow test, WST)等筛查确诊者;3)签署知情同意书者。

1.3 排除标准 1)患严重脏器疾病者;2)脑部其

他疾病致脑卒中者;3)真性球麻痹者;4)其他疾病所致吞咽功能障碍者;5)患免疫系统疾病、代谢性疾病者;6)患恶性肿瘤者;7)伴重症感染者;8)高敏体质者。

1.4 治疗方法

1.4.1 对照组 予半夏厚朴汤加减治疗。药物组成:炙甘草、紫苏叶各6 g,厚朴9 g,生姜、僵蚕各10 g,陈皮、茯苓、郁金、石菖蒲、胆南星、清半夏各10 g。辨证加减:血瘀者加水蛭、蜈蚣各2条,地龙10 g;肝肾亏虚者加杜仲、枸杞子、制何首乌各9 g。由医院中药代煎室统一煎煮,每剂400 mL,早晚分服。连续治疗1周。

1.4.2 研究组 在对照组治疗基础上予耳穴压豆治疗。具体操作:以探针棒探测皮质下、咽喉、脑干、口、舌、食道6处穴位,确定穴位区域阳性反应点。自上而下按摩耳廓正、背面3~5次。以酒精棉球轻擦耳廓消毒,固定耳廓,使用镊子将粘有王不留行籽的方形胶布贴于以上穴位,指导患者以拇指、食指指腹按压(力度按照轻-中-重),以酸、麻、胀、痛等感觉出现为宜,每天4次,每次1~2 min,约按压15下,每日单侧按压,两耳交替进行,连续治疗1周。

1.5 观察指标

1.5.1 吞咽功能 采用WST试验<sup>[10]</sup>、标准吞咽功能评定量表(standardized swallowing assessment, SSA)<sup>[11]</sup>评估两组吞咽功能。其中WST试验包含饮水、呛咳2项,分值范围为0~5分;SSA量表包含意识、咽反射、自主咳嗽及自身肌肉掌控能力等条目,总分18~46分。WST试验、SSA量表评分均与吞咽功能障碍程度呈反相关。

1.5.2 神经指标及炎症因子 取患者空腹静脉血5 mL,常温静置,高速离心,分离上清,采用酶联免疫吸附试验测定两组治疗前后血清神经元特异性烯醇化酶(neuron-specific enolase, NSE)、神经肽Y(neuropeptide tyrosine, NPY)、视锥蛋白样蛋白1(visinin-like protein-1, VILIP-1)、血管内皮生长因子(vascular endothelial

growth factor, VEGF)、脑源性神经营养因子(brain-derived neurotrophic factor, BDNF)、高敏C反应蛋白(high sensitivity C reactive protein, hs-CRP)、白细胞介素6(interleukin-6, IL-6)表达水平,iMark型酶标仪(Bio-RAD公司)于450 nm处测定吸光值。

1.5.3 生活质量 采用吞咽障碍特异性生活质量量表(swallowing quality of life questionnaire, SWAL-QOL)<sup>[12]</sup>评估两组生活质量,包含心理、睡眠、进食等11项,总分220分,SWAL-QOL分值与生活质量呈正相关。

1.5.4 临床疗效<sup>[9]</sup> 根据洼田饮水试验结果评估患者吞咽情况。显效:吞咽功能提升2级;有效:吞咽障碍程度减轻,吞咽功能提升1级;无效:吞咽障碍无改善甚至加重。

总有效(%)=(显效+有效)例数/总例数×100%

1.6 统计学方法 使用SPSS 26.0软件分析数据;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 $t$ 检验;计数资料以 $n(\%)$ 表示,采用 $\chi^2$ 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 吞咽功能及SWAL-QOL评分 治疗后两组神经损伤指标均改善( $P < 0.05$ ),且研究组WST、SSA评分均低于对照组( $P < 0.05$ ),SWAL-QOL评分高于对照组( $P < 0.05$ )。见表2。

2.2 神经损伤指标 治疗后两组神经损伤指标均改善( $P < 0.05$ ),且研究组NSE、NPY、VILIP-1水平低于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

2.3 神经营养指标及炎症因子水平 治疗后两组神经营养指标及炎症因子水平均有明显改善( $P < 0.05$ ),治疗后研究组VEGF、BDNF水平高于对照组( $P < 0.05$ ),hs-CRP、IL-6水平低于对照组( $P < 0.05$ )。见表4。

2.4 临床疗效 研究组总有效率[94.00%(47/50)]高于对照组[80.00%(40/50)]( $P < 0.05$ )。见表5。

表2 两组治疗前后吞咽功能及生活质量评分比较( $\bar{x} \pm s$ ) 分

组别	例数	WST评分		SSA评分		SWAL-QOL评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	4.22 ± 0.42	2.54 ± 0.50*	35.56 ± 3.75	26.02 ± 3.09*	122.26 ± 25.08	141.62 ± 22.78*
研究组	50	4.32 ± 0.47	1.66 ± 0.48*	35.96 ± 3.46	21.16 ± 2.52*	121.86 ± 24.35	165.98 ± 27.10*
$t$		1.122	8.959	0.554	8.615	0.081	4.866
$P$		0.265	< 0.001	0.581	< 0.001	0.936	< 0.001

注:\*表示与同组治疗前比较, $P < 0.05$



表3 两组治疗前后神经损伤指标比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	NSE(ng/mL)		NPY(pg/mL)		VILIP-1(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	15.55 ± 2.31	10.65 ± 1.99*	235.77 ± 25.94	153.51 ± 28.91*	554.32 ± 35.52	449.69 ± 28.64*
研究组	50	15.07 ± 2.22	7.57 ± 1.37*	237.42 ± 24.37	117.84 ± 24.75*	552.66 ± 35.01	345.17 ± 24.24*
<i>t</i>		1.061	9.020	0.329	6.629	0.234	19.698
<i>P</i>		0.291	< 0.001	0.743	< 0.001	0.815	< 0.001

注:\*表示与同组治疗前比较, $P < 0.05$

表4 两组治疗前后VEGF、BDNF、IL-6及hs-CRP水平比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	VEGF(ng/L)		BDNF( $\mu$ g/L)		IL-6(ng/L)		hs-CRP(mg/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	50	75.99 ± 10.95	120.27 ± 15.59	4.26 ± 0.72	6.00 ± 0.94*	20.97 ± 2.98	12.12 ± 2.22*	15.33 ± 3.24	7.77 ± 2.06*
研究组	50	74.65 ± 12.00	151.09 ± 13.29	4.40 ± 0.94	8.15 ± 0.99*	21.11 ± 2.73	8.15 ± 2.24*	15.20 ± 3.33	5.02 ± 1.32*
<i>t</i>		0.583	10.640	0.884	11.087	0.245	8.933	0.210	7.954
<i>P</i>		0.561	< 0.001	0.379	< 0.001	0.807	< 0.001	0.834	< 0.001

注:\*表示与同组治疗前比较, $P < 0.05$

表5 两组临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	50	16(32.00)	24(48.00)	10(20.00)	40(80.00)
研究组	50	22(44.00)	25(50.00)	3(6.00)	47(94.00)
$\chi^2$					4.332
<i>P</i>					0.037

3 讨论

脑卒中后患者吞咽神经、迷走神经等受到不同程度损害,使得延髓反射功能异常,以口腔相关肌肉运动协调性降低及喉反射延迟为表现,这也是脑卒中后吞咽功能障碍发生的主要机制<sup>[13-14]</sup>。西医多采用被动支持疗法治疗脑卒中后吞咽功能障碍患者,但吞咽功能训练周期较长,起效慢,多需要其他辅助手段来增强疗效<sup>[15]</sup>。

脑卒中后吞咽功能障碍非单一病机致病,其属中医学“舌强不语”“暗瘕”等范畴,多发于中风后,主要为气阴两虚,且二者互为因果,气机逆乱而致机窍失灵,咽喉无用,饮食呛咳<sup>[16]</sup>。中医学认为痰、瘀等病邪与脑卒中后吞咽功能障碍关系密切,其病位主在喉、次在脑,故临床治疗应首抓主症,明确整体病机,辨证论治,以补虚、化痰、破瘀等法合而相治<sup>[17-18]</sup>。耳为宗脉聚交之所,与经络及脏腑功能均密切相关,在耳廓上均可找到与机体各部分相对应的点或区域<sup>[19]</sup>。研究发现,通过刺激耳穴,能够有效缓解脑卒中患者不适症状<sup>[20]</sup>。本研究半夏厚朴汤为治疗痰气郁结于咽喉之梅核气的常用方,方中以半夏为君,功擅化痰散结;

厚朴为臣,助半夏散结降逆;佐以茯苓、生姜、苏叶等取其活血化瘀之功;郁金、胆南星、石菖蒲、白僵蚕共为使药,以达化痰开窍、行气降逆、通利咽喉之功。耳穴压豆取穴处方中,刺激脑、皮质下有镇静降逆、调和气血之效,可有效调节自主神经功能和大脑皮层;刺激舌、咽喉、食道、口穴位可调节舌咽神经和迷走神经,对吞咽困难、食管痉挛等症状改善具有重要意义。诸穴合用能有效调节脑干吞咽中枢神经及食道、咽喉周围神经,节律启动吞咽中枢功能。治疗后比较两组吞咽功能发现,研究组WST、SSA评分均低于对照组,提示该方案对脑卒中后吞咽功能恢复效果良好,说明这一作用与耳穴压豆调节吞咽中枢功能及半夏厚朴汤化痰散结、通利咽喉之功效相关。

研究发现,神经损伤与脑卒中后吞咽功能障碍发生密切相关,神经损伤过程中神经组织多种蛋白因子释放进入外周血,临床可根据相关指标变化对机体神经损伤程度作出诊断<sup>[21-22]</sup>。其中,NSE是一种参与糖酵解过程的烯醇化酶;NPY具有缩血管活性作用;VILIP-1则参与调控神经元信号转导过程<sup>[23-24]</sup>。本研究结果显示,治疗后两组患者血清NSE、NPY、VILIP-1水平均降低,且研究组降低更显著,说明耳穴压豆联合半夏厚朴汤加减能够修复脑卒中后吞咽功能障碍患者神经功能,抑制NSE、NPY、VILIP-1进入血液循环,并对自身保护性修复产生促进作用<sup>[25]</sup>。此外,本研究通过比较两组VEGF、BDNF、炎症因子及生活质量评分,发现研究组治疗后血清VEGF、BDNF水平及

SWAL-QOL 评分高于对照组,而 hs-CRP、IL-6 水平低于对照组,提示半夏厚朴汤加减联合耳穴压豆可刺激神经功能重建,阻止机体炎症蔓延,增强神经营养因子正反馈,从而提高生活质量水平。

综上所述,耳穴压豆技术联合半夏厚朴汤加减治疗脑卒中后吞咽功能障碍疗效显著,可有效改善患者临床症状,其机制可能与调节神经损伤及神经营养指标水平,抑制机体炎症蔓延有关。

#### 参考文献

- [1] TAY J, MORRIS R G, MARKUS H S. Apathy after stroke: diagnosis, mechanisms, consequences, and treatment[J]. *Int J Stroke*, 2021, 16(5): 510-518.
- [2] YI Y, LIU Z, WANG M, et al. Penumbra in acute ischemic stroke[J]. *Curr Neurovasc Res*, 2021, 18(5): 572-585.
- [3] KOCH P J, PARK C H, GIRARD G, et al. The structural connectome and motor recovery after stroke: predicting natural recovery[J]. *Brain*, 2021, 144(7): 2107-2119.
- [4] MCCARTY E B, CHAO T N. Dysphagia and swallowing disorders[J]. *Med Clin North Am*, 2021, 105(5): 939-954.
- [5] AOYAGI Y, INAMOTO Y, SHIBATA S, et al. Clinical manifestation, evaluation, and rehabilitative strategy of dysphagia associated with COVID-19[J]. *Am J Phys Med Rehabil*, 2021, 100(5): 424-431.
- [6] PAN Z, MA G, KONG L, et al. Hypoxia-inducible factor-1: regulatory mechanisms and drug development in stroke[J]. *Pharmacol Res*, 2021, 170: 105742.
- [7] 王龙, 高鑫, 郭棚廷, 等. 经典名方半夏厚朴汤研究进展[J]. *中南药学*, 2022, 20(9): 2000-2007.
- [8] 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. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018[J]. *中华神经科杂志*, 2018, 51(9): 666-682.
- [9] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病辨证诊断标准(试行)[J]. *北京中医药大学学报*, 1996, 19(1): 55.
- [10] 国锋, 郝迎翠. 洼田氏饮水试验在脑卒中患者中的应用[J]. *齐鲁护理杂志*, 2016, 22(17): 65-67.
- [11] 马月利, 张黎明, 祝勤雅, 等. 标准吞咽功能评定量表应用于高龄患者吞咽功能评估的信效度研究[J]. *护理学报*, 2012, 19(5): 65-67.
- [12] 朱晓威. 吞咽-摄食管理对脑卒中吞咽障碍患者吞咽功能及生活质量的影响[J]. *国际护理学杂志*, 2020, 39(18): 3353-3355.
- [13] UMAI E, EYIGOR S, ERTEKIN C, et al. Best practice recommendations for stroke patients with dysphagia: a delphi-based consensus study of experts in turkey-part II: rehabilitation[J]. *Dysphagia*, 2021, 36(5): 800-820.
- [14] TERRÉ BOLIART R. Disfagia orofaríngea en el ictus: aspectos diagnósticos y terapéuticos[J]. *Rev Neurol*, 2020, 70(12): 444.
- [15] JONES C A, COLLETTI C M, DING M C. Post-stroke dysphagia: recent insights and unanswered questions[J]. *Curr Neurol Neurosci Rep*, 2020, 20(12): 61.
- [16] LU Y, CHEN Y, HUANG D, et al. Efficacy of acupuncture for dysphagia after stroke: a systematic review and Meta-analysis[J]. *Ann Palliat Med*, 2021, 10(3): 3410-3422.
- [17] 刘静, 李道伟, 李保民, 等. 针药并用对痰瘀互结型急性脑卒中后吞咽障碍患者吞咽功能、神经功能、生活质量的影响[J]. *环球中医药*, 2020, 13(3): 412-415.
- [18] 吴微. 涤痰汤加味结合针刺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(23): 2583-2587.
- [19] 甘秀军. 耳穴压豆联合按摩护理对气虚血瘀型中风患者临床效果的影响[J]. *中国现代医生*, 2019, 57(19): 147-149.
- [20] 叶玉侠. 冷刺激配合耳穴压豆对脑卒中患者吞咽功能训练效果的研究[J]. *系统医学*, 2020, 5(13): 181-183.
- [21] 许彦来, 孙晓芳, 许晓雯. 地黄饮子加减与补阳还五汤治疗中风后失语症的临床观察[J]. *西部中医药*, 2023, 36(10): 141-144.
- [22] 王敏, 刘建勋, 姚明江, 等. 抗脑缺血后神经损伤中药及其药理学研究进展[J]. *中国中药杂志*, 2020, 45(3): 513-517.
- [23] ZHAO Y, ZHANG X, CHEN X, et al. Neuronal injuries in cerebral infarction and ischemic stroke: from mechanisms to treatment (Review)[J]. *Int J Mol Med*, 2022, 49(2): 15.
- [24] WANG Y J, LI Z X, GU H Q, et al. China Stroke Statistics: an update on the 2019 report from the National Center for Healthcare Quality Management in Neurological Diseases, China National Clinical Research Center for Neurological Diseases, the Chinese Stroke Association, National Center for Chronic and Non-communicable Disease Control and Prevention, Chinese Center for Disease Control and Prevention and Institute for Global Neuroscience and Stroke Collaborations [J]. *Stroke Vasc Neurol*, 2022, 7(5): 415-450.
- [25] 陈存龙, 樊园园, 郭慧君. 益气通络方对丘脑型脑卒中感觉障碍患者血清炎症因子与血脂的影响[J]. *西部中医药*, 2023, 36(9): 97-100.

收稿日期: 2024-10-08

\*基金项目: 江苏省教育科学“十三五”规划课题(C-c/2020/01/36); 江苏高校“青蓝工程”资助项目(2018SJA0644)。

作者简介: 许蕾(1989—), 女, 硕士学位, 主治医师。研究方向: 针灸结合中医康复治疗脑血管疾病及神经系统损伤疾病。

△通讯作者: 张超(1977—), 女, 硕士学位, 主任医师。研究方向: 神经康复、骨伤康复及老年康复的评定与治疗。Email: 13694524300@163.com。