

针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的研究进展

王文豪, 罗梦, 杨路, 詹珠莲, 周国平

(南方医科大学中西医结合医院, 广东广州 510315)

摘要: 吞咽障碍是脑卒中后常见的并发症。针灸治疗脑卒中后吞咽功能障碍疗效确切, 已广泛运用于临床。本文对针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的临床应用文献进行整理分析, 对针灸疗法的取穴规律、针刺方法(包括单种针法、联合针法、其他针法、针药结合)、问题及展望等方面进行总结, 以期对相关研究与临床应用的开展提供参考。

关键词: 脑卒中; 吞咽障碍; 针灸治疗; 综述

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)01-0079-06

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.01.016

Research Progress of Acupuncture-Moxibustion in Treating Dysphagia after Stroke

WANG Wen-Hao, LUO Meng, YANG Lu, ZHAN Zhu-Lian, ZHOU Guo-Ping

(Hospital of Integrated Chinese and Western Medicine of Southern Medical University, Guangzhou 510315 Guangdong, China)

Abstract: Dysphagia is a common complication of stroke. Acupuncture-moxibustion is effective for treating dysphagia after stroke and has been widely used in clinic. In the paper, the author reviewed literatures on clinical studies on acupuncture-moxibustion for dysphagia after stroke, and explored and summarized the law of acupoint selection, acupuncture therapies (including simple acupuncture therapy, combined acupuncture therapy, other acupuncture therapy, and combination of acupuncture and medicine), problems and prospects, thus to provide references for related research and clinical development.

Keywords: stroke; dysphagia; acupuncture-moxibustion treatment; review

近年来, 脑卒中呈现高发病率、高致残率、高死亡率、高复发率、高经济负担五大特点^[1]。2016年的全球疾病负担研究(Global Burden of Disease Study, GBD)显示, 我国脑卒中终生发生风险位居全球首位, 达39.3%, 同时也成为我国人群的首要死因^[2]。当前治疗方法主要包括溶栓、抗血小板、降纤、抗凝、神经细胞保护等^[3]。当今的医疗条件虽能帮助大部分患者摆脱生命危险, 但多会留下后遗症, 西医对此尚无有效方法, 致多数症状无法消除, 极大降低了患者的生活质量^[4]。研究探索针对脑卒中及其后遗症有效的治疗方法, 具有重要的临床价值与社会效益。针灸作为一种绿色、

经济、有效的方法, 日益受到重视。

吞咽障碍为脑卒中后的常见并发症, 临床常见进食或饮水呛咳, 甚至完全不能吞咽。有文献报道, 脑卒中后吞咽障碍的发生率可达51%至73%, 并常导致营养不良、脱水、吸入性肺炎等并发症^[5]。祖国医学认为, 本病属于“中风舌本病”“喉痹”“暗瘕”等范畴。历代医家多从“内风”或“外风”阐述其病因病机, 总属“本虚标实”, 风、火、痰、瘀、虚致脑窍蒙蔽, 神不导气, 咽喉开闭失司^[6]。临床实践证明, 针灸疗法对脑卒中后吞咽障碍疗效确切, 并形成针法多样、取穴多元、特色鲜明的治疗体系。现将近年来针灸治

收稿日期: 2020-09-25

作者简介: 王文豪(1994-), 男, 在读硕士研究生; E-mail: nanfangyi@outlook.com

通讯作者: 周国平(1963-), 男, 教授, 博士研究生导师; E-mail: doctorzgp@sina.com

基金项目: 广东省中医药局科研项目(编号: 20173012); 南方医科大学中西医结合医院临床研究项目(编号: 2018002)

疗脑卒中后吞咽障碍的研究进展综述如下。

1 取穴规律

韩榕等^[7]对1963年到2018年针灸治疗中风后吞咽障碍的720篇临床文献进行数据分析, 结果发现, 使用频次最高的穴位依次是廉泉、金津、玉液、翳风; 使用频次最高的经络依次为足少阳胆经(17.7%)、任脉(17.4%)、足阳明胃经(13.2%)、督脉(10.7%); 穴位部位分布以头颈部(42.2%)、面部(21.4%)为主; 最常用的治疗方法是针刺、针药结合、针刺结合功能训练。研究^[8-9]收集1997年至2017年关于针灸治疗中风后吞咽障碍的临床文献, 分析结果表明: 腧穴中以廉泉、风池、金津、玉液、翳风使用频次最高, 高频腧穴间的相互组合是常见的配伍方式; 腧穴以头面颈项部经穴为主, 辅以针对性较强的非经穴(经外奇穴或经验效穴)。艾潇等^[10]对1999年到2016年间发表的402篇针灸治疗中风后吞咽障碍文献进行分析, 结果显示: 使用频次最多的经穴为廉泉、风池、翳风, 频次最多的经外奇穴为金津、玉液; 头颈和四肢腧穴使用率分别为79.30%和20.04%, 阴、阳经使用率分别为47.15%和28.42%。林东雪等^[11]分析2006年到2015年间有关针灸治疗中风后吞咽障碍的文献200篇, 结果表明: 使用频次前3位的腧穴分别为风池、廉泉、翳风; 位置分布上则以颈项部、头面部为主; 共涉及38种不同的治疗方式, 以针刺联合吞咽训练最常见。

2 针刺方法

2.1 单种针法

2.1.1 体针

体针是指经典的十四经经穴系统。尚琦^[12]观察针灸治疗急性卒中后吞咽障碍的疗效, 设置对照组仅接受常规吞咽训练, 研究组在此基础上加用针灸。穴位选取风池、地仓、下关、夹承浆、天突、扶突、金津、廉泉、翳风、玉液、列缺。其中, 金津、玉液点刺放血, 廉泉加用电针。治疗后, 研究组总有效率为90.91%, 显著优于对照组的74.55% ($P < 0.05$), 表明针灸治疗对急性卒中后吞咽障碍疗效明显。尹哲坤^[13]观察脑卒中后假性延髓麻痹吞咽困难患者60例, 对照组单纯采用常规药物治疗, 治疗组给予针刺风池、风府为主穴并配合常规药物治疗, 通过洼田饮水试验评价量

表、标准吞咽功能评价量表、中医评价量表评估吞咽功能改善程度。结果显示, 2种治疗方法均能改善患者的吞咽功能, 且治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。

2.1.2 芒针

芒针源自《内经》“九针”之一的“长针”, 体型细长而富有弹性, 因状如麦芒而得名, 体长刺深, 可直达病所, 临床上用于治疗中风后遗症等疾病^[14]。王再岭等^[15]采用芒针弯刺天突穴治疗脑梗死后吞咽障碍。患者去枕仰卧, 针尖沿胸骨上窝正中垂直刺入1~1.5 mm时将针尖转向下方, 沿胸骨柄后缘下行100~115 mm。采用复式补泻法, 实证用泻法, 即吸气时进针并将针刺入地部, 呼气时再将针提至天部, 行针6次; 补法即呼气时进针并刺入地部, 待吸气时再将针提至天部, 行针9次。结果显示, 芒针弯刺对患者吞咽功能的改善、日常生活能力的提高及愈显率方面均显著高于毫针刺法。孙强^[16]除选取天突穴外, 还选用全知、风府、廉泉、足三里透三阴交进行芒针透刺, 疗效显著。此外, 李静等^[17]采用天突芒针弯刺联合康复训练疗法治疗中风后吞咽障碍, 临床有效率为93.33%。

2.1.3 火针

火针古称“燔针”, 为《内经》“九针”之一。具有温经散寒、以热引热、补虚泻实、“破”“立”平衡的功效^[18], 主要用于治疗神经功能障碍的相关性疾病, 疗效较佳^[19]。袁影等^[20]将76例脑卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍患者随机分为对照组和观察组, 2组均给予常规西药治疗。对照组采用吞咽功能康复训练, 每日1次; 观察组采用火针点刺、快刺, 即刺即出不留针, 隔日1次, 组穴: 廉泉、风池、完骨、水沟、内关、足三里。结果显示: 治疗组治疗后及随访有效率分别为92.1%和94.7%, 均优于对照组的75.7%和83.8%。

2.1.4 黄帝内针

黄帝内针传承历史悠久, 理论源于《内经》中“从阴引阳, 从阳引阴, 以左治右……阳病治阴, 阴病治阳”的理论。杨真海等^[21]将其概括为: 上病下治、下病上治, 左病右治、右病左治, 同气相求, 阴阳倒换求。取穴遵从“六三二一”原则。何姗姗^[22]运用黄帝内针治疗30例脑梗死后吞咽障碍患者, 根据黄帝内针选穴原则, 取三阴交、商丘、太溪、中封、照海、解溪、申脉、昆

仑、阿是穴。治疗2周、4周后,治疗组的有效率分别为66.7%、82.8%,显著高于单一的康复训练组。

2.1.5 舌针

中风舌针取穴有广义和狭义之别。狭义是指针刺口腔内部腧穴,以著名中医专家管正斋创立的“管氏舌针”为代表;广义舌穴包含内部和外部舌穴,如靳瑞教授所创立的“舌三针”^[23]。江一静等^[24]在康复训练配合电刺激治疗基础上加用舌三针(上廉泉及其左右旁开0.8寸各一穴)治疗中风后吞咽障碍,治疗后患者吞咽功能、精神状态均显著改善,且肺部感染和误吸发生率也明显降低。支建梅等^[25]采用舌针联合穴位贴敷治疗中风后吞咽困难,舌针取聚泉(舌背正中缝中点)、海泉(舌下系带中点),经4周治疗后,临床有效率为90.48%,指出多种中医方案的联合运用优于单独治疗。

2.1.6 头针

又名“头皮针”,是在头部特定穴线进行针刺的一种方法,包含国际标准化方案头针及各家流派,如焦氏头针、方式头针、汤式头针等^[26]。周天雪等^[27]将68例患者随机分为治疗组和对照组,2组患者在常规治疗之外,对照组给予吞咽言语诊治仪治疗,治疗组给予头针联合吞咽言语诊治仪治疗。头针穴线取顶颞前斜线、颞前线及延髓在体表投影区。治疗后治疗组有效率为90.32%,优于对照组的66.67%。贺建强等^[28]对比分析头针带针状态进行康复训练与头针刺后再行康复训练对中风后吞咽障碍疗效的影响,头穴皆取顶颞前斜线、顶颞后斜线、颞前线。结果发现,头针带针状态进行康复训练疗效更加显著,将中医针灸“静”与现代吞咽康复训练之“动”紧密结合,可充分发挥两者的协同作用。

2.1.7 眼针

眼针疗法基于中医学的五轮八廓、阴阳八卦、经络腧穴等学说,主要针刺眶缘附近特定穴位。高嘉营^[29]观察眼针联合康复训练治疗脑卒中合并吞咽障碍的临床疗效,对照组行康复训练治疗,观察组在此基础上加用眼针,眼穴取双侧肾区、肝区、上焦区、下焦区,针刺时左手拇指或食指向内下方按压住眼球,右手持针,采用眶外平斜刺法操作,快速刺入穴区,轻刮针柄增强针感,不提插捻转。治疗后观察组有效率为91.42%,优于对照组的74.28%。冯定文等^[30]同样采取眼针联合康复训练的方法,取穴亦同,不同

之处在于眼针带针康复治疗,结果显示,眼针带针康复优于体针后康复治疗。

2.1.8 耳针

何玲燕等^[31]将80例脑卒中后吞咽障碍患者随机分为观察组及对照组。对照组给予常规干预,观察组在此基础上辅以耳穴按压治疗,治疗4周后,2组经表面肌电图(sEMG)、标准吞咽功能评定量表(SSA)、汉密尔顿焦虑量表(HAMA)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)及特异性吞咽障碍生活质量量表(SWAL-QOL)评定均较治疗前有显著改善,且观察组吞咽功能、情绪状态、生活质量改善情况均优于对照组。

2.1.9 腹针

腹针理论由薄智云教授所创,该理论认为经络分为先天经络和后天经络,以神阙为核心的大腹部存在一个全身高级调控系统即神阙经络系统,该系统对全身有宏观调控作用^[32]。广泛应用于治疗神经系统、消化系统等疾病^[33]。梁慧等^[34]对30例脑卒中假性球麻痹患者采用腹针结合康复训练治疗,穴位选取引气归元(中脘、下脘、气海、关元)、建里、滑肉门。治疗后有效率达到96.67%。

2.1.10 项针

项针是以取颈项部腧穴为主的治疗方法,取穴包含传统经穴与高维滨教授等创立的新穴,如供血、治呛、吞咽、发音等。黄拥军等^[35]采用项针联合吞咽康复训练治疗脑梗死后假性延髓麻痹,穴位选取翳明、风池、吞咽、发音、廉泉、供血、金津、玉液,治疗后患者吞咽功能、语言功能均得到显著改善。栗先增等^[36]将80例脑梗死后吞咽障碍患者随机分为2组,对照组给予一般药物治疗和吞咽功能训练,治疗组在此基础上行项针治疗(主穴:双风池、双翳明、双供血、治呛、吞咽;配穴:廉泉、外金津、外玉液)。治疗4周后,治疗组总有效率为87.5%,显著优于对照组的70.0%。

2.1.11 穴位注射

穴位注射也称“水针”。张铭铭等^[37]将86例脑梗死后吞咽障碍患者随机分为2组,治疗组采用复方麝香注射液、香丹注射液按1:2比例配成的混合液,取双侧风池、颈3、颈4夹脊穴,在普通针刺治疗结束后进行穴位注射;对照组采用普通针刺治疗。结果表明,治疗组总有效率为90.69%,高于对照组的72.09%。

2.2 联合针法

2.2.1 体针联合头针

张曦元^[38]将60例中风后吞咽障碍患者随机分为头体针结合吞咽训练组和单纯吞咽训练组。体针取舌三针、金津、玉液、通里、合谷、太冲、翳风，头针取患侧顶颞前斜线下2/5、颞三针、百会、神庭，针刺得气后均施以平补平泻手法，疗效分析采用洼田饮水试验评分、滕岛一郎吞咽疗效评分进行双重评价，分别于治疗前，治疗后第2、4周共3个时间点进行吞咽功能的评估。结果显示：2种方法治疗2周、4周后，患者吞咽功能均有不同程度的改善，但头体针结合吞咽训练组疗效更加显著，且4周内对患者吞咽功能的改善作用具有持续性。

2.2.2 体针联合眼针

黄明珠等^[39]选取80例中风后吞咽困难患者，随机分为对照组和观察组。2组均接受内科基础治疗和康复训练，对照组在此基础上给予体针治疗，主穴取廉泉、风池、合谷，结合随症取穴。观察组在对照组基础上加用眼针，穴区选择双侧上、下焦区及心区、肾区。通过观察治疗前和治疗2、4个疗程后患者洼田饮水试验评分、X线电视透视法评分(VFSS)、滕岛吞咽评分(TDSA)、特异性吞咽障碍生活质量量表(SWAL-QOL)评分的变化情况，来进一步评估患者吞咽功能的改善程度。结果表明，观察组治疗有效率为97.5%，显著高于对照组的90%，同时，作者通过观察3个不同时间点患者吞咽功能评分的变化情况，指出眼-体针并用并配合康复训练对治疗吞咽功能障碍中前期效果更加明显。

2.2.3 体针联合舌针

陈和禾^[40]将60例脑卒中吞咽障碍患者随机分为治疗组和对照组。治疗组采用舌针点刺放血配合体针结合康复训练，对照组采用单纯康复训练治疗。体针选穴：水沟、内关、三阴交、风池、完骨、天柱、翳风、廉泉，舌针选取舌尖心穴。以X线电视透视法评分(VFSS)配合Rosenbek误吸程度分级量表和吸入性肺炎发生率为观察指标，观察2组患者治疗前后的临床疗效。结果显示：治疗组有效率为97.67%，显著高于对照组的86.67%，且舌体针配合康复训练能更好地减少并发症。

2.2.4 舌针联合头针

邵育春^[41]采用舌针头针配合康复训练治疗30例中风后吞咽障碍患者。头针取颞前斜线、顶颞后斜线下方1/5，进针后行快速提插捻转手法，每10min捻转1次，留针半小时；舌针取廉泉、聚泉、海泉、金津、玉液等，从廉泉穴进针后分别向左右两侧分刺，进针深度0.5~0.8寸，不留针。治疗后有效率达93.33%，表明舌针、头针配合康复训练可改善患者临床症状，且远期效果较好。

2.2.5 舌针联合耳针

黄丽贤等^[42]采用舌七针联合耳穴压豆加康复治疗50例中风后吞咽障碍患者，舌七针取穴：廉泉、左右夹廉泉、金津、玉液、左右舌下穴(舌与下颚交界处，舌系带左右旁开0.5寸)。治疗后有效率达94.0%。

2.3 其他针法

临床上亦有许多医者结合自身临床经验总结出的针法，这些针法取穴不局限于单一部位，常多部位联合取穴，以颈项部结合头部为主，组方严谨，注重针刺深度、进针方向与行针手法对疾病的干预。如“醒脑开窍”针法、“通关利窍”针法、“通督调神”针法等，均取得了满意的临床疗效。

2.3.1 醒脑开窍针法

练镇彪等^[43]探讨醒脑开窍针法配合活血汤治疗中风后遗症言语、吞咽障碍的临床疗效，醒脑开窍针法取穴：水沟、三阴交(双侧)、内关(双侧)、完骨(双侧)、风池(双侧)、翳风(双侧)。治疗4周后有效率达95.6%。

2.3.2 通关利窍针法

卢鑫等^[44]观察通关利窍针法配合康复训练对缺血性中风后吞咽障碍的临床疗效。主穴选取风池、内关、翳风、三阴交、人中、完骨、廉泉等；同时，取咽喉壁点刺，金津、玉液刺络放血，并随症进行加减。结果表明，通关利窍针法能够改善患者吞咽障碍的临床症状，促进吞咽功能的恢复。

2.3.3 通督调神针法

张立志等^[45]采用通督调神针刺疗法治疗中风后吞咽功能障碍患者，主穴选取：百会、大椎、风府、廉泉。治疗后有效率达93.3%。

2.4 针药结合

贺飞等^[46]将90例中风后吞咽障碍患者随机分为2组，对照组给予针灸治疗，取廉泉、风池、丰

隆,配合随症加减。观察组在此基础上加用半夏厚朴汤。治疗后观察组总有效率为95.56%,高于对照组的80%,表明针药联合运用可缓解患者吞咽功能障碍的临床症状,并且能够提高患者生活活动能力和生活质量。吴微^[47]采用涤痰汤加味结合电刺激治疗风痰瘀阻型脑卒中后吞咽障碍,治疗总有效率为92.5%,并指出采用针药结合的综合疗法治疗脑卒中后吞咽功能障碍,可内外兼顾、标本兼治,从局部与整体上发挥治疗作用。

3 问题及展望

综上所述,针灸治疗脑卒中后吞咽障碍效果显著,方法多样,能够有效改善患者吞咽功能、心理状态及生活质量。以舌针、头针等为代表的微针系统特色针法临床运用日益广泛,丰富了脑卒中后吞咽障碍针灸治疗体系。传统经络理论与现代神经、生理、解剖的融合,为针灸治疗脑卒中后吞咽障碍开拓了新的思路。传统疗法与新兴特色疗法相得益彰,各方法间协同增效作用明显,多方法结合运用是临床治疗脑卒中后吞咽障碍的趋势。但其中也存在不足之处:①临床研究涉及的样本量偏少,缺少大数据、多中心的高质量临床研究,部分临床研究设计不严谨,如干预措施不均匀,对照设置不合理,缺乏远期随访等。②基础研究相对薄弱,作用机制研究不够全面、透彻。③多种针法因流派不同而无统一的腧穴、穴区定位,一定程度上限制了方法的推广。④同种针法缺乏统一的操作标准(如选穴原则、行针手法、留针时间等)、疗效评估标准、疗程,使研究结果间缺乏可比性,可能使临床出现大量重复、低质量的研究。⑤缺乏根据脑卒中后吞咽障碍的中医辨证分型进行针灸治疗的临床文献报道。对此笔者提出以下建议:①立足于大样本、多中心、多角度、设计科学的高质量临床研究,为治疗方案的标准化、客观化提供循证依据。②以多学科交叉为切入点,临床研究与基础研究并重,从神经、生理、病理等多角度阐述机制机理,使理论与临床相互促进、不脱节。③加强学科间、流派间的交流,制定统一规范的操作标准和疗效评估体系,使临床研究不局限于经验学说。④着眼于多疗法联合这一趋势,探索各方法间如何协调配合以发挥最大的治疗作用,使患者

获益最大并且有效地节约医疗资源。

参考文献:

- [1] 《中国脑卒中防治报告2019》编写组.《中国脑卒中防治报告2019》概要[J].中国脑血管病杂志,2020,17(5):272-281.
- [2] COLLABORATORS GBDLROS, FEIGIN V L, NGUYEN G, et al. Global, regional, and country-specific lifetime risks of stroke, 1990 and 2016[J]. N Engl J Med, 2018, 379(25): 2429-2437.
- [3] 王娟.缺血性脑卒中临床治疗方法的研究进展[J].现代诊断与治疗,2018,29(16):2535-2537.
- [4] 赵爱香.脑醒通脉汤治疗脑中风后遗症的临床疗效分析[J].中国医药指南,2020,18(17):198-199.
- [5] 周咏梅,李锐.脑卒中患者吞咽障碍研究进展[J].现代临床医学,2012,38(4):304-307.
- [6] 吕阳婷.“三部舌针法”治疗中风后吞咽障碍的临床观察[D].北京:北京中医药大学,2016.
- [7] 韩榕,黄琴峰,李茜莹,等.针灸治疗中风后吞咽障碍临床规律分析[J].针灸临床杂志,2020,36(5):48-55.
- [8] 杨圣洁,高瑞骏,卢岩.针灸治疗脑卒中后吞咽障碍用穴规律研究[J].中国中医急症,2018,27(6):979-981,999.
- [9] 王义鹏,韩国伟.针灸治疗卒中后吞咽障碍取穴规律的文献研究[J].光明中医,2018,33(8):1096-1099.
- [10] 艾潇,黄伟新,王琳,等.基于数据挖掘技术分析针灸治疗脑卒中后吞咽障碍的用穴规律[J].湖南中医药大学学报,2017,37(4):441-445.
- [11] 林东雪,周鸿飞.近10年针刺治疗吞咽障碍腧穴规律总结[J].辽宁中医药大学学报,2017,19(10):73-76.
- [12] 尚琦.针灸治疗急性卒中后吞咽困难障碍的疗效分析[J].中国医疗器械信息,2019,25(16):52-53.
- [13] 尹哲坤.针刺风池、风府为主穴治疗脑卒中后假性延髓麻痹吞咽困难临床观察[D].哈尔滨:黑龙江中医药大学,2013.
- [14] 菲阿文.芒针的临床应用[J].陕西中医学院学报,2013,36(4):87-90.
- [15] 王再岭,马金娜,宁丽娜.芒针弯刺天突穴治疗脑梗死后吞咽障碍临床疗效观察[J].中国针灸,2016,36(10):1019-1022.
- [16] 孙强.芒针治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍的临床研究[D].合肥:安徽中医药大学,2017.
- [17] 李静,刘睿,周婷,等.天突芒针弯刺联合康复训练治疗中风后吞咽障碍的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2020,18(15):2400-2403.
- [18] 喻珮,李志娟,刘璐,等.从历代火针治疗病种的变化探讨火针功效的发展[J].中医杂志,2020,61(16):1410-1413.
- [19] 徐晶,贾春生,王建岭,等.运用数据挖掘探讨火针在神经功能障碍相关疾病中的应用[J].针刺研究,2013,38(5):420-427.
- [20] 袁影,钱小路,闫文敏,等.火针治疗脑卒中后假性延髓麻痹吞咽障碍随机对照研究[J].中国针灸,2020,40(4):347-351.

- [21] 杨真海, 刘力红. 黄帝内针[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 28-149.
- [22] 何姗姗. 黄帝内针联合康复训练治疗脑梗死后吞咽障碍的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2019.
- [23] 黄梅, 王祖红, 郭春艳, 等. 舌针治疗中风述评[J]. 河南中医, 2019, 39(10): 1583-1587.
- [24] 江一静, 林凌, 游咏梅, 等. 舌三针为主治疗脑卒中后吞咽功能障碍的临床研究[J]. 上海针灸杂志, 2020, 39(5): 530-535.
- [25] 支建梅, 卜秀焕, 刘更, 等. 舌针结合利咽组方穴位贴敷治疗中风后吞咽困难临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2018, 34(5): 18-22.
- [26] 陈丽, 孙忠人. 头针疗法治疗脑中风的临床研究[J]. 中医临床研究, 2014, 6(1): 134-136.
- [27] 周天雪, 李莉娟, 冯恩辉, 等. 头针配合吞咽言语诊治仪治疗卒中后吞咽障碍的临床观察[J]. 广州中医药大学学报, 2017, 34(6): 859-863.
- [28] 贺建强, 韩润霞, 李明睿, 等. 头针带针状态进行康复训练治疗中风后假性球麻痹吞咽障碍疗效观察[J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(2): 28-30.
- [29] 高嘉营. 眼针联合康复训练治疗卒中中合并吞咽障碍的临床疗效观察[J]. 浙江中医药大学学报, 2020, 44(8): 798-802.
- [30] 冯定文, 王鹏琴. 眼针带针康复治疗卒中后吞咽障碍临床观察[J]. 实用中医内科杂志, 2020, 34(3): 10-12.
- [31] 何玲燕, 冯玲, 邵寅芳. 耳穴刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2020, 42(7): 613-617.
- [32] 薄智云. 谈谈腹针疗法[J]. 中国针灸, 2001, 21(8): 27-29.
- [33] 宋冠杰, 王路. 腹针疗法的临床应用进展[J]. 中国医疗器械信息, 2020, 26(14): 42-43.
- [34] 梁慧, 杜忠剑. 腹针结合康复训练对脑卒中假性球麻痹患者的疗效观察[J]. 按摩与康复医学, 2020, 11(1): 14-16.
- [35] 黄拥军, 吴靖. 项针联合吞咽训练对脑梗死后假性延髓麻痹患者吞咽及语言功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2019, 28(8): 876-879.
- [36] 栗先增, 顾伯林, 周红, 等. 项针治疗对脑梗死患者吞咽功能的影响[J]. 解放军医学杂志, 2019, 44(4): 322-326.
- [37] 张铭铭, 杨杰. 穴位注射联合针刺治疗脑梗死后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国中医急症, 2017, 26(12): 2232-2234.
- [38] 张曦元. 头体针结合吞咽训练治疗中风后吞咽障碍的临床研究[D]. 广州: 广州中医药大学, 2018.
- [39] 黄明珠, 丁谷渊, 阙建兰. 眼-体针结合康复训练对假性延髓性麻痹吞咽困难的影响[J]. 中国中医急症, 2018, 27(12): 2148-2151.
- [40] 陈和禾. 舌体针治疗卒中后吞咽障碍的疗效观察[D]. 杭州: 浙江中医药大学, 2016.
- [41] 邵育春. 头针舌针配合康复训练对卒中后假性球麻痹吞咽障碍恢复的影响[J]. 中医临床研究, 2019, 11(26): 87-89.
- [42] 黄丽贤, 齐宝云, 裴雪梅, 等. 舌七针联合耳穴压豆治疗中风后吞咽障碍临床观察[J]. 山西中医, 2017, 33(12): 24-25, 27.
- [43] 练镇虺, 申红超, 梁琪, 等. 醒脑开窍针法配合活血汤治疗中风后遗症言语、吞咽障碍的临床研究[J]. 云南中医中药杂志, 2020, 41(7): 66-68.
- [44] 卢鑫, 申晓稚, 鲁玉婷. 通关利窍针刺法配合康复训练治疗缺血性中风后吞咽障碍临床观察[J]. 实用中医杂志, 2019, 35(11): 1403-1404.
- [45] 张立志, 许能贵, 李如良, 等. 通督调神针刺法治疗中风后吞咽障碍临床观察[J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(2): 140-143.
- [46] 贺飞, 张子雯. 半夏厚朴汤联合针灸治疗中风后吞咽障碍临床研究[J]. 四川中医, 2020, 38(6): 145-147.
- [47] 吴微. 涤痰汤加味结合针刺电刺激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.

【责任编辑：宋威】