

## 颊针联合球囊扩张治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍的临床观察

黄桂兰<sup>1</sup>, 林山珊<sup>2</sup>, 彭桂原<sup>2</sup>, 黄小安<sup>1</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广东省中医院耳鼻咽喉头颈科, 广东广州 510120)

**摘要:**【目的】观察颊针联合球囊扩张治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍的临床疗效。【方法】将73例鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者随机分为观察组37例和对照组36例, 对照组给予球囊扩张治疗, 观察组在对照组治疗的基础上, 给予颊针治疗。连续治疗5个月。治疗5个月后, 评价2组临床疗效, 观察2组患者治疗前后Rosenbek渗入-误吸量表(PAS)及Yale咽部残留程度量表(YPR-SRS)评分的变化情况。并比较2组不良反应的发生情况。【结果】观察组总有效率为100.00%(37/37), 对照组为91.67%(33/36)。观察组疗效优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(2)治疗后, 2组患者的PAS评分均明显改善( $P < 0.05$ ), 且观察组在改善PAS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患者PAS评分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)治疗后, 2组患者的YPR-SRS评分明显改善( $P < 0.05$ ), 且观察组在改善YPR-SRS评分方面明显优于对照组, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患者YPR-SRS评分治疗前后差值比较, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。(4)2组患者治疗期间均未出现明显不良反应, 2组患者的不良反应发生率比较, 差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。【结论】颊针联合球囊扩张治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍, 可有效提升治疗效果, 加快康复速率, 疗效显著。

**关键词:** 颊针; 球囊扩张; 鼻咽癌放疗; 吞咽障碍; 临床观察

中图分类号: R246.9

文献标志码: A

文章编号: 1007-3213(2021)12-2681-07

DOI: 10.13359/j.cnki.gzxbtcm.2021.12.023

## Clinical Observation of Buccal Needling Combined with Balloon Dilation in Treatment of Dysphagia after Radiotherapy for Nasopharyngeal Carcinoma

HUANG Gui-Lan<sup>1</sup>, LIN Shan-Shan<sup>2</sup>, PENG Gui-Yuan<sup>2</sup>, HUANG Xiao-An<sup>1</sup>

(1. The Second Clinical Medical School, Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510006 Guangdong, China;

2. Dept. of Otolaryngology Head and Neck, Guangdong Provincial Hospital of Traditional Chinese Medicine,

Guangzhou 510120 Guangdong, China)

**Abstract: Objective** To observe the clinical effect of buccal needling combined with balloon dilation in treating dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma. **Methods** Seventy-three patients with dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma were randomly divided into the observation group (37 cases) and the control group (36 cases). The control group was treated with balloon dilation, and the observation group was treated with buccal needle on the basis of the control group. The treatment lasted for 5 consecutive months. After 5 months of treatment, the clinical efficacy of two groups was evaluated, and the scores of Rosenbek Penetration-Aspiration Scale (PAS) and Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale (YPR-SRS) were observed before and after treatment. The occurrence of adverse reactions was compared between the two groups. **Results** The total effective rate was 100.00%(37/37) in the observation group and 91.67%(33/36) in the control group. The curative effect of the observation group was superior to that of the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). (2) After treatment, PAS scores in the two groups were significantly improved ( $P < 0.05$ ), and the observation group was significantly superior to the control group in improving PAS scores, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). The difference of PAS scores was statistically significant between two groups before and after treatment ( $P < 0.05$ ). (3) After treatment, the YPR-SRS scores of the two groups was significantly improved ( $P < 0.05$ ), and the improvement of the YPR-SRS scores of the observation group was significantly

收稿日期: 2020-06-18

作者简介: 黄桂兰(1993-), 女, 硕士研究生; E-mail: 2539296061@qq.com

superior to that of the control group, the difference being statistically significant ( $P < 0.05$ ). The difference of YPR-SRS scores between the two groups before and after treatment was statistically significant ( $P < 0.05$ ). (4) There were no significant adverse reactions occurred during treatment between the two groups ( $P > 0.05$ ), and the difference in the incidence of adverse reactions between the two groups was insignificant ( $P > 0.05$ ). **Conclusion** Buccal needling combined with balloon dilation in the treatment of dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma can effectively improve the therapeutic effect and speed up the recovery rate.

**Keywords:** buccal needling; balloon dilation; radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma; dysphagia; clinical observation

吞咽障碍(swallowing disorders, SD)是指由于吞咽器官(如下颌、软腭、咽喉及食管等)结构、功能受损或精神心理因素所导致的吞咽及进食问题,常见于各种耳鼻喉疾病的术后康复过程中<sup>[1-2]</sup>。鼻咽癌(nasopharyngeal carcinoma, NPC)作为我国发病率最高的头颈部恶性肿瘤,目前主要是通过通过对原发灶及颈部的高剂量放射疗法进行治疗<sup>[3]</sup>。因此,患者在放疗后康复过程中极易罹患吞咽障碍(发病率70%以上)<sup>[4]</sup>,造成进食困难(如无效吞咽、咽启动延迟及误吸等),并导致脱水、营养不良及吸入性肺炎等并发症,致使患者死亡率升高,住院时间延长、医疗费用增加,并且生活质量下降<sup>[5]</sup>。因此,对鼻咽癌放疗后吞咽障碍的潜在患者进行早期、及时、准确地检测评估,并根据检查结果为其制定个性化的康复治疗措施及吞咽训练方案,是有效防治放疗后吞咽障碍的关键所在<sup>[6]</sup>。

导尿管球囊扩张术是目前最常用的吞咽障碍治疗措施之一,该法具有操作便捷、治疗费用低及疗效稳定等优点<sup>[7]</sup>。然而,其治疗部位单一,主要作用于人体环咽肌,难以刺激、增强其他吞咽相关肌肉、组织的吞咽能力,因此导致其治疗效果有限,需长期、反复、多次治疗(通常需10~18个月)<sup>[8]</sup>。漫长的治疗时间不仅加重了患者的痛苦,同时治疗期间患者较弱的吞咽能力导致其营养摄入不足,体力恢复有限,这无疑进一步阻碍了患者放疗后的康复,不利于鼻咽癌的治愈<sup>[9]</sup>。因此,有效增强球囊扩张疗效、缩短康复治疗时间成为影响鼻咽癌放疗效果的重要因素。

颊针疗法是一种经大量临床实践所证实的治疗肌肉疼痛、僵硬的行之有效的新型微针系统,主要通过针刺人体投影在面颊部的相应穴位达到

治疗目的<sup>[10]</sup>。研究指出,颊针治疗可有效刺激面部控制感觉、管理运动的三叉神经及面神经,从而调和气血、通经活络,并通过神经传导通路的双向调节作用活化相关肌肉,恢复肌肉机能<sup>[11]</sup>。同时,颊针治疗具有取穴少、操作方便,适用面广、疗效可靠及安全性高等优点<sup>[12]</sup>。本研究采用球囊扩张术联合颊针综合治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍,可操作性强,疗效显著,现将研究结果报道如下。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象及分组

选取2016年1月至2019年12月广东省中医院耳鼻喉头颈科门诊收治的73例鼻咽癌放疗术后吞咽障碍的患者为研究对象。按随机数字表将患者随机分为观察组37例和对照组36例。本研究获医院伦理委员会审议通过。

### 1.2 诊断标准

鼻咽癌的西医诊断标准参照中国抗癌协会出版的《新编常见恶性肿瘤诊治规范——鼻咽癌分册》<sup>[13]</sup>的诊断标准拟定。中医辨证标准参照《鼻咽癌中西医结合诊治方案》<sup>[14]</sup>拟定。吞咽障碍参照《鼻咽癌肿瘤放射治疗学》<sup>[15]</sup>及《中西医结合耳鼻喉口齿科学》<sup>[16]</sup>中有关NPC放疗后SD的诊断标准拟定。

### 1.3 纳入标准

①符合上述诊断标准;②鼻咽癌化放疗术后处于康复阶段;③治疗前未出现各种类型的吞咽障碍及吞咽困难等;④意识清楚,生命体征平稳,能配合检查及训练,无听力、智力及沟通障碍;⑤自愿参加本研究并签署知情同意书的患者。

#### 1.4 排除标准

①患有心、肺、肝、肾等严重脏器衰竭或其他严重疾病的患者;②面部有炎症、皮损、冻疮等疾病,或对贴敷胶布及酒精过敏的患者;③近期有参加其他临床试验的患者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤患有严重心脑血管疾病、急性传染病及慢性病急性发作的患者;⑥患有颊针禁忌症的患者,如晕针或对针灸有不良反应的患者;⑦随访依从性差的患者。

#### 1.5 治疗方法

##### 1.5.1 对照组

给予球囊扩张治疗。具体操作如下:患者取坐位,用棉签蘸1%盐酸利多卡因插入鼻孔,行局部黏膜麻醉。将10 mL生理盐水注入导尿管球囊,使球囊充盈,检查确认球囊完好无损后,抽出水。然后,用石蜡油棉球滑润导尿管。沿选定的鼻孔插入导尿管,将导尿管插入食管,并检查口腔,排除导尿管插入口腔。嘱患者发“i”音,并将导尿管露出鼻腔的一端放入水杯中,检查患者发音是否清晰,看水中是否有水泡冒出,以排除导尿管插入气管。令助手往导尿管内注入5 mL生理盐水(使用拔掉针头的一次性注射器),操作者将导尿管慢慢往外拉,直到有卡住的感觉或者拉不动时,提示环咽肌下缘所处位置,用记号笔做出标记。接着,助手回抽出3 mL生理盐水,使球囊内仅保留2 mL生理盐水。操作者将导尿管缓慢往外拉出,直至有落空的感觉,提示环咽肌上缘所在处,用记号笔做出标记。而后,助手往导尿管注入5 mL生理盐水。操作者将导尿管缓慢往外拉至环咽肌下缘处,再注入5 mL生理盐水,操作者将导尿管球囊轻轻向上牵拉,并保持环咽肌处数秒,同时轻轻地缓慢向外牵拉导尿管,直至球囊通过环咽肌狭窄处阻力锐减时,球囊脱出环咽肌上缘。嘱助手迅速将球囊中的生理盐水抽出,同时操作者拉出导尿管。

##### 1.5.2 观察组

在对照组球囊扩张治疗的基础上,给予颊针治疗。具体操作如下:首先对患者行球囊扩张治疗。然后,嘱患者取平卧位,采用75%的酒精棉球常规消毒穴位局部皮肤后,给予颊针治疗。取穴:颈穴、上焦穴、中焦穴及下焦穴,取穴原则参照《颊针疗法》<sup>[7]</sup>,并在颈穴下强化两针,采用

一次性不锈钢毫针(北京中研太和医疗器械有限公司生产,规格:0.16 mm×15 mm)。直刺进针,每穴给予10~15 s的轻度刺激,得气后,留针30 min。每周治疗2次。

##### 1.5.3 疗程

2组疗程均为5个月。

#### 1.6 观察指标及评定标准

##### 1.6.1 评定标准

吞咽障碍评定标准<sup>[18-19]</sup>:①正常:吞咽过程正常,即正常人。见图1-A。②渗漏:咽期吞咽动作启动前1 s及1 s以上,食物提前进入下咽部。见图1-B。③渗入(误侵):吞咽时,食物进入喉前庭内,但未经过声门水平。见图1-C。④误吸:吞咽时,食物通过喉前庭进入声门下、气管内。见图1-D。⑤静息性误吸:食物进入气管后无咳嗽、呛咳表现。见图1-E。⑥潴留:吞咽后食物滞留、积聚于会厌谷或梨状窝,见图1-F。吞咽功能主要观察指标见图1。

##### 1.6.2 渗漏、误吸程度评估

根据患者吞咽时食团是否进入喉腔、穿过声门,是否诱发咳嗽反射及咳出的食团量,同时,参考Rosenbek渗入-误吸量表(Penetration-Aspiration Scale, PAS)评估患者的误吸程度。具体评估标准见表1。

##### 1.6.3 咽部残留程度评估

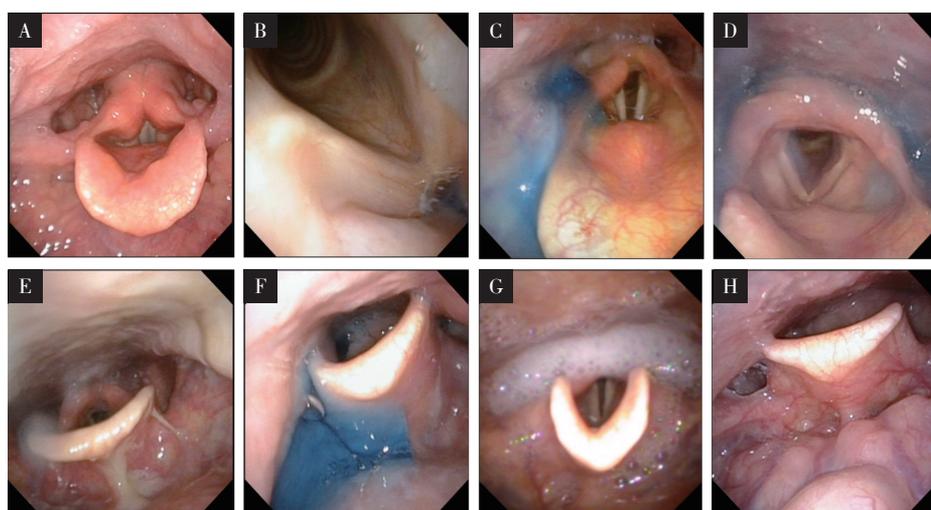
采用Yale咽部残留程度量表(Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale, YPR-SRS),评估患者的咽部残留程度。由于PAS量表无法对食物残留程度进行评估,因此,采用YPR-SRS量表根据吞咽后残留物位置及残留量来评估患者的咽部残留的严重程度。具体评估标准见表2。

##### 1.6.4 不良反应

观察2组患者治疗期间不良反应的发生情况,以及患者的心率、血氧饱和度及血压等的变化情况。

#### 1.7 疗效判定标准

参照文献[15]方法根据患者治疗前后PAS评分进行判定。治愈:吞咽障碍症状消失,治疗后PAS总评分<2分;有效:吞咽障碍症状改善,治疗后PAS评分≥2分,治疗前PAS总评分-治疗后PAS总评分≥1分;无效:吞咽障碍症状如前,饮食状况改善不理想,需依靠鼻胃管摄入营养,0分≤治



A. 吞咽过程正常(正常人); B. 渗漏; C. 误侵; D. 误吸; E. 静息性误吸; F. 食物滞留; G. 分泌物滞留; H. 吞咽功能恢复正常(吞咽障碍患者)

图1 吞咽功能主要观察指标

Figure 1 Observational index of swallowing function

疗前PAS总评分-治疗后PAS总评分 < 1分。总有效率 = (治愈例数 + 有效例数) / 总病例数 × 100%。

表1 Rosenbek 渗入-误吸量表(PAS)评定标准  
Table 1 Evaluation criteria of Rosenbek Penetration-Aspiration Scale(PAS)

级别	评分(分)	内镜描述
正常	1	参照物(食团)未进入气道
渗入	2	参照物进入气道, 保持在声带以上, 无残留
	3	参照物保持在声带以上, 可见残留
	4	参照物接触声带, 无残留
	5	参照物接触声带, 可见残留
误吸	6	参照物通过声门, 声门下无残留
	7	参照物通过声门, 声门下可见残留, 患者有反应
静息性误吸	8	参照物通过声门, 声门下可见残留, 患者无反应

注: 参照物为亚甲蓝染色的食团

## 1.8 统计方法

采用SPSS 23.0统计软件进行数据的统计分析。计量资料采用均数 ± 标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示, 组内比较采用配对 *t* 检验, 组间比较采用独立样本 *t* 检验; 计数资料采用率或构成比表示, 组间比较采用卡方检验; 等级资料组间比较采用 Ridit 分析。以  $P < 0.05$  表示差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 2组患者基线资料比较

观察组37例患者中, 男17例, 女20例; 年龄24 ~ 70岁, 平均(50.00 ± 11.83)岁; 平均体质量指数(21.43 ± 2.81)kg·m<sup>-2</sup>; TNM分期: I期2例, II期8例, III期20例, IV期7例; 放疗类型: 传统放疗4例, 适形调强放疗33例。对照组36例患者

表2 Yale咽部残留严重程度量表(YPR-SRS)评定标准

Table 2 Evaluation criteria of Yale Pharyngeal Residue Severity Rating Scale(YPR-SRS)

级别	评分(分)	内镜描述	
		会厌谷	梨状窝
无	1	无残留(0%)	无残留(0%)
微量	2	微量内容物残留在黏膜(1% ~ 5%)	微量内容物残留在黏膜(1% ~ 5%)
轻度	3	会厌韧带仍可见(5% ~ 25%)	内容物填充至梨状窝内1/4(5% ~ 25%)
中度	4	会厌韧带不可见(25% ~ 50%)	内容物填充至梨状窝内1/2(25% ~ 50%)
重度	5	内容物填充至会厌边缘(> 50%)	内容物填充至杓会厌皱襞(> 50%)

注: 内容物为食团及分泌物

中,男24例,女12例;年龄21~67岁,平均(43.00±10.61)岁;平均体质量指数(25.01±2.17)kg·m<sup>-2</sup>;TNM分期:I期3例,II期5例,III期23例,IV期5例;放疗类型:传统放疗7例,适形调强放疗29例。2组患者的性别、年龄、病程等一般情况比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),表明2组患者的基线特征基本一致,具有可比性。

## 2.2 2组患者临床疗效比较

表3结果显示:观察组总有效率为100.00%(37/37),对照组为91.67%(33/36)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表3 2组鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者临床疗效比较  
Table 3 Comparison of clinical effect in the two groups of patients with dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma [例(%)]

组别	例数(例)	治愈	有效	无效	总有效
观察组	37	21(56.76)	16(43.24)	0(0.00)	37(100.00) <sup>①</sup>
对照组	36	6(16.67)	27(75.00)	3(8.33)	33(91.67)

① $P<0.05$ ,与对照组比较

## 2.3 2组患者治疗前后PAS评分比较

表4结果显示:治疗前,2组患者PAS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,2组患者的PAS评分均明显改善( $P<0.05$ ),且观察组在改善PAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2组患者PAS评分治疗前后差值比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表4 2组鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者治疗前后PAS评分比较

Table 4 Comparison of PAS scores in the two groups of patients with dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma before and after treatment ( $\bar{x}\pm s$ ,分)

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
观察组	37	4.8±1.26	3.7±1.04 <sup>①②</sup>	1.0±0.83 <sup>②</sup>
对照组	36	5.1±0.92	4.6±1.22 <sup>①</sup>	0.6±0.33

① $P<0.05$ ,与同组治疗前比较;② $P<0.05$ ,与对照组比较

## 2.4 2组患者治疗前后YPR-SRS评分比较

表5结果显示:治疗前,2组患者YPR-SRS评分比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。治疗后,

2组患者的YPR-SRS评分明显改善( $P<0.05$ ),且观察组在改善YPR-SRS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。2组患者YPR-SRS评分治疗前后差值比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表5 2组鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者治疗前后YPR-SRS评分比较

Table 5 Comparison of YPR-SRS scores in the two groups of patients with dysphagia after radiotherapy for nasopharyngeal carcinoma before

组别	例数(例)	治疗前	治疗后	差值
观察组	37	4.3±1.37	3.5±1.21 <sup>①②</sup>	1.9±1.03 <sup>②</sup>
对照组	36	4.5±1.19	2.3±1.03 <sup>①</sup>	0.9±0.67

① $P<0.05$ ,与同组治疗前比较;② $P<0.05$ ,与对照组比较

## 2.5 2组患者的不良反应情况比较

2组患者治疗前后心率、血氧饱和度及血压等均未见明显异常,检查2组患者的鼻咽功能也未出现与治疗相关的不良改变,且所有患者均未见过敏及其他不良反应。2组患者治疗期间均未出现明显不良反应,2组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 3 讨论

鼻咽癌(NPC)是指发生于鼻咽腔顶部及侧壁恶性肿瘤,病理类型大多为低分化鳞癌或未分化癌(>95%),是一种耳鼻喉专科疾病,同时也是两广地区的高发疾病,发病率高达30~50/10万<sup>[14]</sup>。中医学将鼻咽癌归属于“鼻疽”“鼻渊”的范畴。由于鼻咽癌对放射治疗具有中度敏感性,因此,放射治疗为鼻咽癌的首选治疗方法及主要治疗手段<sup>[15]</sup>。然而,放射治疗往往引起颞颌关节硬化,颌间、颈部肌肉纤维化,导致张口困难;若涎腺损伤,则导致分泌功能下降、吞咽启动困难;还会由于放射性脑损伤及神经损伤,导致口咽部肌肉运动失调。因而,吞咽障碍成为鼻咽癌患者放疗后最常见的不良反应,其发生率高达75%以上<sup>[19]</sup>。吞咽障碍往往引发低蛋白血症、营养不良、误吸及吸入性肺炎等并发症,严重影响患者的生活质量甚至危及患者生命。因此,及时、准确地评估鼻咽癌患者放疗后的吞咽功能,并根据评估结果

对吞咽障碍患者进行高效的针对性康复治疗,对鼻咽癌的放疗后康复及治愈十分重要。

作为目前最常用的吞咽障碍治疗方法,导尿管球囊扩张术,具有疗效可靠、费效比高及操作简便等优点。治疗时,主要通过导尿管注水充盈球囊以扩张患者环咽肌,从而改善患者吞咽功能。由于球囊扩张法治疗部位相对单一,难以有效提升除环咽肌外其他吞咽相关肌肉的活性,因此导致其治疗效果较为有限,且需长期、多次治疗。在漫长的治疗时间内,患者难以依靠吞咽有效摄入营养,导致患者体质削弱,影响了放疗后患者身体机能的恢复,不利于鼻咽癌的治愈。同时,吞咽功能的缓慢复原亦加重了患者的痛苦,对其日常生活及心理健康均产生不利的影响。因此,增强球囊扩张疗效、缩短康复治疗时间成为治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍的重中之重。

颊针疗法作为全系生物医学与中医理论交融的产物,具有取穴方便、见效快、效果显著的优点,目前正被广泛应用于术后/放疗后疼痛、肌肉僵硬的治疗中<sup>[10]</sup>。根据穴位全息律(生物全息论),人体任何相对独立的部分(如耳、舌、鼻、头)都可以在一定程度上反映人体整体的变化,因此,可通过对人体头面部特定穴位进行针灸微针诊疗治疗、缓解由于肢体疼痛、肌肉病变引起的病症<sup>[19]</sup>。

本研究结果显示,观察组总有效率为100.00%(37/37),对照组为91.67%(33/36)。观察组疗效优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后,2组患者的PAS评分均明显改善( $P < 0.05$ ),且观察组在改善PAS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患者PAS评分治疗前后差值比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后,2组患者的YPR-SRS评分明显改善( $P < 0.05$ ),且观察组在改善YPR-SRS评分方面明显优于对照组,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患者YPR-SRS评分治疗前后差值比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。2组患者治疗期间均未出现明显不良反应,2组患者的不良反应发生率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。结果表明,虽然球囊扩张治疗可有效改善患者吞咽状况,然而针对鼻咽癌化疗所导致的吞咽障碍,其疗效有限。由于化疗导致患者头颈部大面积肌肉损伤、

硬化,同时患者颌间、颈部肌肉纤维化、涎腺损伤及放射性神经损伤都对患者的吞咽能力造成了极大的损害,而指向于环咽肌的球囊扩张疗法难以改善上述吞咽相关肌肉、腺体及神经的损伤<sup>[20]</sup>。与之相比,球囊扩张联合颊针疗法治疗则可有效缓解患者吞咽障碍,颊针的加入使得医者可根据患者的具体肌肉、腺体损伤选择合适的穴位组合,针对患者受损肌肉、腺体、神经进行治疗,从而显著扩大了吞咽障碍的治疗面<sup>[21]</sup>。球囊扩张疗法与颊针的有效结合可合理搭配普适性、基础性治疗与指向性、进阶性疗法,在针对性消除由环咽肌僵硬所导致的吞咽障碍的基础上强化患者的整体吞咽功能,从而提升患者康复速率,并增强了球囊扩张的疗效。在治疗过程中,由于颊针疗法的安全、高效及廉价,其在患者中的接受程度较高,并且,由于颊针疗法操作简便易学、对环境及治疗仪器要求较低、治疗风险小、费用低且疗效可靠,因而其在治疗者中也具有较高的使用率,适于推广应用。

综上所述,颊针联合球囊扩张治疗鼻咽癌放疗后吞咽障碍,具有操作简单、安全性高、费用低廉且疗效可靠等优点,颊针与球囊扩张术的结合可有效弥补球囊扩张术治疗区域窄、疗效不足的缺陷,增强治疗的基础性、全面性,从而有效提升治疗效果、加快康复速率,临床效果显著,值得在临床进一步推广应用。

#### 参考文献:

- [1] 吕丹,任佳,王海洋.纤维内镜检查在吞咽功能评估中的应用进展[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(7):656-659.
- [2] 张明,陶涛,吴春芳.纤维内镜在吞咽困难评估中的应用[J].中华物理医学与康复杂志,2020,42(5):468-472.
- [3] 王莉,纪美芳,朱毅.纤维内窥镜吞咽功能检查在吞咽障碍诊疗中的临床应用进展[J].中国康复理论与实践,2019,25(11):1309-1314.
- [4] 罗素玲,王跃建.鼻咽癌放疗后患者的主观及客观吞咽评估研究进展[J].当代医学,2012,18(10):22-24.
- [5] 洪金省,潘建基,张纬建,等.鼻咽癌放疗后长期存活者的生存质量分析[J].中国肿瘤,2008,17(12):1082-1085.
- [6] 郝冬琳,陈晓南,严玲,等.个体化吞咽训练对脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J].中国康复理论与实践,2009,15(12):1172-1174.
- [7] 尚克中,程英升.吞咽障碍患者的吸入与吸入性肺炎[J].中国全科医学,2004,7(22):1712-1714.
- [8] 李晶,田兴德.喉部分切除术后纤维内镜下吞咽评估结合康复

- 护理的效果评价[J]. 护理学报, 2013, 20(10): 60-62.
- [9] 李俊樱, 窦祖林. 吞咽障碍的功能性检查进展[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(8): 61-64.
- [10] 方晓丽, 王永洲, 李啸红. 颊针理论及其临床应用[J]. 中国自然医学杂志, 2007, 9(1): 29-33.
- [11] 王薇, 方晓丽, 宋志靖. 颊针治疗颈肩综合征45例[J]. 西部中医药, 2010, 23(2): 53-54.
- [12] 王永洲, 王海东, 方晓丽, 等. 颊针在疼痛临床中的应用[J]. 中国针灸, 2000, 20(S1): 43-44.
- [13] 中国抗癌协会. 新编常见恶性肿瘤诊治规范——鼻咽癌分册[M]. 北京: 北京医科大学/中国协和医科大学联合出版社, 1998: 10.
- [14] 周岱翰. 鼻咽癌中西医结合诊治方案[J]. 中国肿瘤, 1994(8): 9-10.
- [15] 严洁华, 徐国镇. 鼻咽癌肿瘤放射治疗学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2002: 562-571.
- [16] 李云英. 中西医结合耳鼻咽喉口腔科学[M]. 北京: 科学出版社, 2008: 147.
- [17] 王永洲. 颊针疗法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 18-25.
- [18] DZIEWAS R, WARNECKE T, OLENBERG S, et al. Towards a basic endoscopic assessment of swallowing in acute stroke—development and evaluation of a simple dysphagia score [J]. Cerebrovasc Dis, 2008, 26(1): 41-47.
- [19] KRISCIUNAS G P, LANGMORE S E, GOMEZ-TABORDA S, et al. The association between endotracheal tube size and aspiration (during flexible endoscopic evaluation of swallowing) in acute respiratory failure survivors [J]. Crit Care Med, 2020, 48(11): 1604-1611.
- [20] 李洁霞, 梁妙玲, 潘琦津, 等. 吞咽治疗仪联合导尿管球囊扩张在鼻咽癌放疗后吞咽障碍患者中的应用[J]. 齐鲁护理杂志, 2017, 23(4): 7256.
- [21] 何泽液, 梁娇, 吴小丽. 吞咽肌群训练预防鼻咽癌放疗治疗后吞咽障碍的效果观察[J]. 中国肿瘤临床与康复, 2017, 24(2): 218-220.

【责任编辑: 宋威】

## 雷火灸联合针刺治疗虚证型变应性鼻炎的疗效观察

谭淑仪<sup>1</sup>, 李凯<sup>1,2</sup>, 黄唯<sup>1,2</sup>, 冯小聪<sup>1,2</sup>, 罗秋兰<sup>1,2</sup>, 陈海<sup>1,2</sup>

(1. 广州中医药大学第二临床医学院, 广东广州 510006; 2. 广州中医药大学第二附属医院耳鼻咽喉头颈科, 广东广州 510120)

**摘要:**【目的】观察雷火灸联合针刺治疗虚证型变应性鼻炎的临床疗效。【方法】将90例虚证型变应性鼻炎患者随机分为雷针组、雷火灸组与针刺组, 每组各30例。针刺组给予针刺治疗, 雷火灸组给予雷火灸治疗, 雷针组给予雷火灸联合针刺治疗。1周为1个疗程, 均治疗3个疗程。治疗3周后, 评价3组的临床疗效, 观察3组患者治疗前后鼻部症状总评分(TNSS)及鼻结膜炎生活质量调查问卷(RQLQ)评分的变化情况。【结果】(1)研究过程中, 雷针组失访5例, 雷火灸组失访5例, 针刺组失访3例, 最终雷针组25例、雷火灸组25例、针刺组27例纳入疗效统计。(2)治疗后, 3组患者的TNSS评分均明显改善( $P < 0.05$ ), 且雷针组在改善TNSS评分方面明显优于雷火灸组与针刺组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。(3)治疗后, 3组患者的RQLQ评分均明显改善( $P < 0.05$ ), 且雷针组在改善RQLQ评分方面明显优于雷火灸组与针刺组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。(4)雷针组总有效率为92.00%(23/25), 雷火灸组总有效率为84.00%(21/25), 针刺组为85.19%(23/27)。雷针组疗效优于雷火灸组与针刺组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。【结论】雷火灸联合针刺治疗虚证型变应性鼻炎能够有效地缓解患者鼻部的过敏症状, 从而提高患者的生活质量, 疗效显著。

收稿日期: 2021-05-23

作者简介: 谭淑仪(1994-), 女, 在读硕士研究生; E-mail: 973693346@qq.com

通讯作者: 陈海(1968-), 女, 副主任医师; E-mail: chaitcm@163.com

基金项目: 国家自然科学基金青年基金资助项目(编号: 81603667); 广东省中医药局科研资助项目(编号: 20192039)