

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20201215-k0004

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

林国华分期论治卒中后吞咽功能障碍经验摘要*

余雅琳^{1△}, 曾婧纯², 韦永政³, 张娜⁴, 王鑫栋¹, 林诗雨², 林国华^{2✉}(¹广州中医药大学第一临床医学院, 广东广州 510405; ²广州中医药大学第一附属医院康复中心, 广东广州 510405; ³广西中医药大学针灸推拿学院; ⁴广州市黄埔区黄埔街社区卫生服务中心)

【摘要】 总结林国华教授针灸分期论治卒中后吞咽功能障碍的经验。林国华教授总结其病机为精亏髓乏, 元阳虚衰, 谨遵“从阳引阴”之法, 通调任督, 重用阳经, 分期结合辨经、辨位论治。口腔期阳明失约, 面瘫舌痿, 治疗以泻为用, 重取阳明; 吞咽期邪犯少阳, 枢机不利, 治以沟通表里, 疏利少阳; 食管期阳明脉虚, 浊气不降, 故以补为用, 通补阳明。辅以针刺运动疗法, 妙用岭南火针, 为临床治疗卒中后吞咽功能障碍提供参考。

【关键词】 吞咽功能障碍; 卒中; 分期论治; 岭南火针; 名医经验; 林国华

Professor LIN Guo-hua's clinical experience in staging treatment for post-stroke dysphagia

SHE Ya-lin^{1△}, ZENG Jing-chun², WEI Yong-zheng³, ZHANG Na⁴, WANG Xin-dong¹, LIN Shi-yu², LIN Guo-hua^{2✉}(¹First Clinical Medicine School, Guangzhou University of CM, Guangzhou 510405, Guangdong Province, China; ²First Affiliated Hospital of Guangzhou University of CM, Guangzhou 510405, Guangdong Province; ³School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, Guangxi University of CM; ⁴Huangpu Street Community Health Service Center, Huangpu District, Guangzhou)

ABSTRACT The paper summarizes professor LIN Guo-hua's clinical experience in staging treatment for post-stroke dysphagia. Professor LIN Guo-hua adheres to "essence and marrow deficiency and primary yang decline" as the pathogenesis and "conducting yin from yang" as the treating principle. By regulating the conception vessel and the governor vessel and focusing on yang meridians, in association with meridian differentiation and the location differentiation, professor LIN provides the staging treatment for post-stroke dysphagia. At the oral phase, yangming is dysfunction, manifested as facial paralysis and flaccid tongue. In treatment, reducing method is predominated at yangming meridian specially. At the pharyngeal phase, shaoyang is invaded by pathogens, manifested as pivoting dysfunction. The treatment focuses on communicating the exterior with the interior and promoting shaoyang meridian. At the esophageal phase, yangming meridian is deficiency and the turbid qi fails to descend, thus the reinforcing method is dominated to promote and tonify yangming. Additionally, the kinesiotherapy of acupuncture is assisted and the Lingnan fire needling therapy is used particularly. All of the summaries above provide the reference for the clinical treatment of post-stroke dysphagia.

KEYWORDS dysphagia; stroke; staging treatment; Lingnan fire needling; famous doctor's experience; LIN Guo-hua

卒中后吞咽功能障碍是由于脑血管病影响吞咽中枢、运动感觉通路, 引起吞咽相关的口、咽、喉、食管神经功能紊乱, 导致吞咽启动延迟、吞咽时间延长、喉抬高不良等功能性障碍, 表现为饮水呛咳、吞咽障碍、声音嘶哑、构音障碍等症状的疾病^[1]。吞咽功能障碍是脑血管疾病的常见并发症, 发病率高达 50% 以上^[2], 其不仅影响患者日常进食导致营养不良, 更会对患者的精神及心理造成创伤, 甚者可因误

吸引起吸入性肺炎或大量食团噎呛危及生命^[3]。目前治疗吞咽障碍尚无特效药物, 以针刺及康复训练为主^[4-6], 并辅以药物、灸法、物理疗法等。研究^[7]显示针刺为主的早期干预可有效改善吞咽障碍, 降低致残率、病死率, 提高患者生存质量。

林国华教授从事针灸临床 30 余载, 擅长治疗脑血管病及其后遗症, 尤其在分期辨经、辨位论治中风后吞咽障碍方面有独到之处。现将其经验介绍如下, 以期丰富此病的临床治疗方案。

1 医籍考源, 溯本回流

卒中后吞咽障碍属中医“中风”“暗痲”“喉痹”“噎膈”等范畴。吞咽障碍乃中风中脏腑常见后遗症, 起病常责之于风, 或为外风, 或为内风, 其根源在于

*广东省中医药局科研项目: 20204005; 广州市卫生健康科技项目: 20202A010020; 国家教育部人文社科项目: 20YJCZH089; 2019 年深圳市名中医药专家林国华传承工作室项目

✉通信作者: 林国华, 教授、主任医师。E-mail: Tcmlin-801@163.com

△余雅琳, 广州中医药大学硕士研究生。E-mail: sheyalin@126.com

脏腑气血阴阳不和, 风邪入于脏, 痹阻舌窍。《素问·脉解》载: “所谓入中为暗者, 阳盛已衰, 故为暗也。内夺而厥, 则为暗瘖, 此肾虚也, 少阴不至者, 厥也。”林国华教授认为此病本虚, 当责肾虚精亏、元阳虚衰。其义有二, 一则肾虚精亏髓乏, 故气血无以化生, 经脉空虚, 脏腑失养, 筋肉失约; 二则元阳虚衰, 阳气失运, 气血推动无力, 则气郁痰凝血瘀。正如《素问·阴阳应象大论》所载“阳化气, 阴成形”, 阳气不化则阴邪内生, 清窍空虚加之邪乘虚而入, 风痰瘀邪内外搏结, 痹阻关窍。邪阻舌窍则舌强不语, 咽窍失约则吞咽不能, 食管失降则食阻难下。故卒中后吞咽障碍属本虚标实之证, 以精亏髓乏、元阳虚衰为本, 风痰瘀邪痹阻关窍为标, 治当通调任督、调气助阳, 以达启窍利咽之效。

2 通调任督, 调气助阳

《难经·二十八难》曰: “督脉者, 起于下极之俞, 并于脊里, 上至风府, 入属于脑。”《素问·骨空论》曰: “任脉者, 起于中极之下, 以上毛际, 循腹里, 上关元, 至喉咙……”督脉循脊入络脑, 任脉连肾, 上至咽喉, 二者上与神明之府相接, 下络于肾, 故任督脉穴有通调任督、补肾益髓、启窍利咽之功, 为治疗之根本^[8]。因此历代医家常取督脉百会、风府、哑门、水沟, 任脉承浆、廉泉、天突等穴以调节任督脉经气、醒脑开窍、补益脑髓, 促进全身经气的运行而治疗中风后吞咽障碍。

《素问·生气通天论》载: “阳气者, 精则养神, 柔则养筋”, 阳主动, 阳脉空虚则肌肉懈惰、纵缓不收; “阴病治阳”, 精气不可速生, 先天之精气有赖于后天脾胃化生气血的充养, 如李东垣《脾胃论》所载: “元气之充足, 皆由脾胃之气无所伤, 而后能滋养元气”, 故精亏髓乏、元阳虚衰之病机, 其治当“从阳引阴”^[9]。阳明经为多气多血之经, 少阳经为多气少血之经, 二者皆为多气之经, 益气充阳、升发阳气之功著, 故重用阳经, 阳气充足可内化精微, 以奉元神, 充养五脏, 通利六腑, 阳气运则气血行, 痰化瘀散, 关窍得利。

3 辨经辨位, 分期以治

咽、喉、口唇、舌、悬雍垂等与吞咽功能密切相关, 其中任何部位受损, 均可导致吞咽障碍。根据病变部位划分, 吞咽功能障碍可分为口腔期、吞咽期及食管期 3 期。口腔期为面口失合, 清涎外泄, 取之阳明; 吞咽期为窍闭失约, 吞咽不能, 取之少阳; 食管期为食管失降, 食阻难下, 取之阳明。

3.1 病在口腔, 以泻为用, 重取阳明, 鼓动气血

口腔期主要为唇、舌、颊功能障碍, 致食物及唾液不能达到咽部, 主要表现为流涎、构音障碍。《灵枢·经脉》载: “胃足阳明之脉……入上齿中, 还出挟口环唇, 下交承浆, 却循颐后下廉, 出大迎, 循颊车……”《灵枢·脉度》载: “心气通于舌, 心和则舌能知五味矣”。足阳明胃经循面颊络口唇, 心开窍于舌, 故唇颊取阳明, 舌取少阴。唇、舌、颊功能障碍, 为机体正气尚微, 经脉受损, 筋肉失约, 属“痿证”范畴, 足阳明为多气多血之经, 且为宗筋之长, 治痿当重取阳明, “刺阳明出气血”, 故口腔期取之阳明, 佐以少阴, 以鼓动气血, 通利舌窍。

此期取穴以地仓、颊车、大迎、下关、丰隆、神门、通里为主。局部取足阳明胃经之地仓、颊车、大迎、下关, 可激发阳明经气, 鼓动阳明气血, 为治疗唇及颊部经气不足、筋肉痿软之要穴; 地仓、颊车、大迎可交替使用, 避免穴位疲劳。因此期病情较重, 故地仓宜深纳针而久留之, 以汇聚阳气, 疏其气血, 并沿皮透刺, 一针两穴, 加强腧穴贯通效应, 使气血运则瘀血去, 精血得养。佐络穴丰隆, 表里并治, 脾胃同调, 共奏化痰开窍、利咽开音之效。取手少阴心经之原穴神门、络穴通里, 原络相配, 开启心窍, 通利舌窍。此外, 林国华教授尤重岭南火针温阳通脉、祛瘀生新之效^[10]。采用岭南火针点刺舌体, 以火助阳, 直接疏通舌体经络, 鼓舞舌体阳气, 阳运则阴邪去, 气血涌动, 舌体经脉充养, 则筋软舌灵, 活动自如。

操作: 患者取仰卧位, 穴位常规消毒, 采用 0.30 mm × 40 mm 毫针, 地仓向颊车或大迎方向平刺 35 ~ 38 mm, 行捻转泻法, 至穴位酸胀为度, 久留针, 临床上可留针 4 ~ 6 h; 下关直刺 30 ~ 35 mm, 以针感放射至口唇部为度; 余穴常规针刺, 留针 30 min, 每日 1 次, 每周治疗 5 次。针刺后患者取坐位, 嘱患者伸舌, 采用 0.35 mm × 40 mm 火针, 以舌体正中为中点, 上下 1 寸处各取一点, 即舌体中线上、中、下 3 点, 将火针烧至白亮, 快速点刺各 1 下, 深度约 2 mm, 可见舌体肌肉收缩。每周治疗 1 次。

3.2 病在咽喉, 沟通表里, 疏利少阳, 通达气血

咽喉处于颈项深部, 位于口腔、喉腔之后, 食管之前, 为连接肺胃之要道、经脉循行之要冲。咽喉主纳食、呼吸、发声, 咽喉不利或闭阻, 会厌失司, 则导致呛咳、食物反流、构音障碍, 极易发生误吸。足少阳胆经循颈项, 与足厥阴肝经相表里, 肝经“循喉咙之后, 上入颞颥”; 手少阳经筋“当曲颊入系舌

本……其病当所过者，即支转筋，舌卷”。吞咽期病位在咽喉，此期主要为少阳、厥阴经脉不通，故治疗以辨位、辨经取穴为法，取之少阳，佐以厥阴。

吞咽期取穴以天容、天牖、外关、光明、太冲、大陵为主。《灵枢·根结》载：“足少阳根于窍阴，溜于丘墟，注于阳辅，入于天容、光明也……手少阳根于关冲，溜于阳池，注于支沟，入于天牖、外关也。”

“根溜注入”理论阐明人体气血由四末流向头身的状态，与五输穴理论相对应，即根于井，溜于荥，注于经，下入络穴，上入颈项。“上入穴”为十二经别之“六合穴”^[11]，因手足三阴三阳经别均汇聚于颈项处，按阴阳表里关系组成六对，即“六合穴”。“下入穴”则为络穴，联络表里两经。故取足少阳之“上入穴”天容、光明，手少阳之“上入穴”天牖、外关，配合厥阴之原穴太冲、大陵，上下同调，表里同治，少阳主气，厥阴主脉，两经相合，则气调阳运，通便利窍。

林国华教授认为咽鼓管口为“颞颥”，《灵枢集注》载：“颞颥在会厌之上，上腭与鼻相通之窍是也。”足厥阴肝经上入颞颥，可调其经气，去菀陈莖，瘀血自去。故临床常用岭南火针深刺咽鼓管口，并点刺放血。

操作：患者取仰卧位，穴位常规消毒，采用 0.30 mm × 75 mm 毫针对透天牖穴，刺入约 60 mm，此处神经血管丰富，当缓慢进针，不可行提插捻转等手法；余穴位常规针刺，外关、光明采用提插泻法，以穴位酸胀为度，天容、大陵不行补泻手法，留针 30 min，每日治疗 1 次。然后采用 0.35 mm × 75 mm 火针，使用鼻窥镜撑开鼻腔，用电笔查看咽鼓管口，将火针烧至白亮，刺入约 70 mm，针感可放射至咽喉及眼部，以患者眼球湿润、目睛黑亮有神为佳，每周治疗 1 次。

3.3 病在食管，以补为用，通补阳明，益气养血

食管期吞咽障碍发生于食物从食管向胃部输送的阶段，常因食管反流、食管无蠕动等引起，表现为食物卡在食管。此期属中医“噎膈”范畴，指吞咽梗噎、不顺，饮食不下、格拒，甚至食入即吐，其病位在食管。食管系脾胃范畴，《灵枢·经脉》载：“胃足阳明之脉……从大迎前下人迎，循喉咙，入缺盆，下膈，属胃，络脾……”肺经“起于中焦，下络大肠，还循胃口”，与食管相关联，故取之阳明，佐以太阴。

林国华教授临床常选用局部“三突穴”，即水突、天突、扶突，配合膻中、尺泽开窍利咽。水突为足阳明胃经穴位，为咽喉之要道；扶突为手阳明大肠经穴，与足阳明经同气相求，可激发阳明经气；天突至膻中为食管所循行，属任脉，且膻中为气会、心包募穴，

故取天突与膻中宽胸理气、通调任脉；《难经·六十八难》云：“合主逆气而泄”，故取肺经合穴尺泽，肺胃同治，下气利咽。配合岭南火针点刺咽后壁放血，因咽喉与鼻腔、口腔、喉腔相通，点刺放血可通便利窍，促进食管平滑肌蠕动。

操作：患者取仰卧位，穴位常规消毒，采用 0.30 mm × 40 mm 毫针向上平刺膻中穴，刺入 30 ~ 38 mm，余穴位常规针刺，尺泽采用捻转泻法，留针 30 min，每日治疗 1 次。然后患者取坐位，采用 0.35 mm × 75 mm 火针，嘱患者张口，用电笔查看咽后壁，将火针烧至白亮，点刺咽后壁放血，放血量约 1 mL，每周治疗 1 次。

4 针刺运动，激发阳气

针刺可调节机体整体及大脑、咽喉局部的气血阴阳平衡，同时唤起患者的主观能动性，促使“阳在外，阴之使也”的功用协调，故配合针刺运动疗法，能有效改善吞咽障碍^[12-13]。如针刺穴位得气后，嘱患者用力张口、叩齿多次，以运动咀嚼肌；医者握拳置于患侧面颊部，嘱患者用力鼓气，与双手力量做对抗，运动面肌；嘱患者闭唇，将舌尖伸至齿前，顺时针绕齿 360°，再逆时针绕齿 360°，运动舌肌；嘱患者大力吞咽口水，刺激咽肌等。要求患者每日做 3 ~ 5 组运动，以锻炼口咽肌肉。

5 典型病例

患者，男，38 岁。初诊日期：2020 年 10 月 11 日。主诉：左侧肢体乏力伴吞咽困难 3 月余。现病史：于 2020 年 7 月 15 日晨起出现头晕、恶心欲呕，就诊途中症状加重，出现嗜睡状态，伴言语不清，左侧肢体乏力，行走困难，当地医院行颅脑 MRI 提示：延髓右侧急性缺血性脑梗死，右侧小脑多发性腔隙性脑梗死待排。予改善循环、抗血小板聚集、调脂（药物不详）等对症治疗，患者神志转清，遗留左侧肢体乏力、饮水呛咳、吞咽困难。刻下症：左侧肢体乏力，言语不利，吞咽困难，饮水呛咳，咳嗽咳痰，痰多质稀，易咯出，每日量约 150 mL，黄白相间，留置胃管，眠差，小便正常，大便秘结；舌红、苔白厚腻，脉弦。查体：神清，构音障碍，咽反射消失，伸舌向右侧歪斜，右侧舌肌萎缩、震颤，右侧咀嚼肌力量较左侧减弱，左侧转颈、耸肩力量较右侧减弱，左侧肢体肌力 5 级，右侧肢体肌力正常，四肢肌张力正常，左侧巴氏征（+），洼田饮水试验 5 级。西医诊断：脑梗死（右侧延髓）；中医诊断：中风（风痰阻络证）。治则：醒脑调神、疏通经络、息风化痰。①口腔期取穴：百会、中脘、神门、通里、丰隆、足三里，患侧地仓透

颊车、患侧下关、健侧合谷。操作：患者取仰卧位，采用 0.30 mm × 40 mm 毫针沿皮透刺地仓穴，针尖朝向颊车，刺入 30 ~ 35 mm，行捻转泻法，至患者自觉穴位酸胀为度，患者即刻自觉痰液减少。医者双手握拳置于患者面部，嘱患者用力鼓气，与双手力量做对抗，感受面部肌肉收缩，动作重复 3 次；采用 0.30 mm × 40 mm 毫针向前平刺百会 30 ~ 35 mm；余穴位常规针刺，下关穴行提插泻法，余穴位行补法。得气后，地仓-下关、足三里-丰隆分别连接 G6805-I 型电针仪，予断续波，电流强度以患者耐受为度。地仓透颊车穴留针 4 ~ 6 h，余穴留针 30 min，每日治疗 1 次，每周 5 次。针刺后采用 0.35 mm × 40 mm 火针，患者取坐位，于舌体中线取上、中、下 3 点行快速点刺，每周治疗 1 次。隔日患者自觉痰液明显减少，每天痰液量约 50 mL。经 2 周治疗后，言语较前流利，咳嗽咳痰较前减少，每天痰液量约 10 mL，色白、质较稠，面肌、咀嚼肌功能较前明显改善，功能障碍以吞咽困难、饮水呛咳为主，洼田饮水试验 4 级，查体咽反射消失，进入吞咽期。②吞咽期取穴：百会、风府、天容、天牖、外关、大陵、光明、太冲、舌三针（上廉泉，上廉泉左右各 1 寸，共 3 穴）。操作：患者先取坐位，采用 0.30 mm × 25 mm 毫针快速刺入风府约 20 mm，行提插平补平泻手法，得气后出针；然后改仰卧位，采用 0.30 mm × 75 mm 毫针对透天牖穴，刺入约 60 mm，此处神经血管丰富，当缓慢进针，不可行提插捻转等手法；采用 0.30 mm × 40 mm 毫针，百会向前、膻中向上平刺约 38 mm，舌三针朝舌根方向深刺约 38 mm，行提插泻法。余穴位常规针刺，采用泻法。舌三针（廉泉、右侧旁廉泉）连接 G6805-I 型电针仪，予断续波，电流强度以患者耐受为度，留针 30 min，每日治疗 1 次。最后采用 0.35 mm × 75 mm 火针针刺咽鼓管口，将火针烧至白亮，刺入约 70 mm，患者自觉鼻部酸胀感强烈，并放射至咽喉及眼部，每周治疗 1 次。吞咽期治疗 4 周后，患者言语较前清晰，偶有饮水呛咳，吞咽困难较前改善，洼田饮水试验 2 级，咽反射减弱，予拔除鼻饲管。1 个月后电话随访，患者家属代诉症状稳定，言语尚清，偶有饮水呛咳。

按语：此案患者为延髓运动性核团受损所致的真性延髓麻痹，口腔期以构音障碍、流涎为主要表现，选用足阳明胃经穴，取“治痿独取阳明”之意，辅以手少阴心经穴，配合火针舌体，疏通经脉，鼓动阳气。吞咽期以饮水呛咳、吞咽困难为主症，取少阳经穴为主，辅以太阴经穴，配合火针深刺咽鼓管口，刺激鼻

咽部，温通经脉，祛瘀生新。

综上，林国华教授取现代医学分期论治^[14]之精华，勤思笃行，在此基础上加入中医辨经、辨位论治，谨守卒中后穴因功能障碍精亏髓乏、元阳虚衰之病机，谨遵“从阳引阴”之法，通调任督，重用阳经，分期结合辨经、辨位论治。口腔期阳明失约，面瘫舌痿，当重取阳明，鼓动气血；吞咽期邪犯少阳，枢机不利，故疏利少阳，畅达气血；食管期阳明脉虚，浊气不降，则通补阳明，益气养血。此外，本病属阴，阳虚并痰瘀痹阻关窍，林国华教授灵活运用岭南火针疗法，取其温通经脉、去菟陈莖之效，分期选用舌体、咽鼓管口、咽后壁祛邪通脉，启窍利咽。因此病病情较重，病程日久，刺法上多深纳而久留，并配合针刺运动疗法激发阳气，气调阳运，血气通达，阴阳和合，启窍利咽之效佳，为临床治疗卒中后吞咽障碍提供参考。

参考文献

- [1] 窦祖林. 吞咽障碍评估与治疗[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2017.
- [2] 张通, 赵军. 中国脑卒中早期康复治疗指南[J]. 中华神经科杂志, 2017, 50(6): 405-412.
- [3] 廖耀华, 伍琼文. 脑卒中后吞咽功能障碍患者继发吸入性肺炎的独立危险因素分析[J]. 中国医药科学, 2019, 9(14): 172-174, 233.
- [4] 牛丽, 李彦杰, 秦合伟, 等. 脑卒中后吞咽障碍康复评估和治疗研究进展[J]. 中国医药导报, 2020, 17(28): 48-51, 63.
- [5] 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.
- [6] 吴磊, 梅继林, 梁雪松, 等. 李晓宁教授运用“透刺吞咽针法”治疗脑卒中后吞咽障碍经验摘要[J]. 中国针灸, 2019, 39(5): 519-522.
- [7] Li LX, Deng K. Acupuncture combined with swallowing training for poststroke dysphagia: a meta-analysis of randomised controlled trials[J]. Acupunct Med, 2019, 37(2): 81-90.
- [8] 韦永政, 张杰, 钟沛丽, 等. 林国华教授龈交穴临床新用经验摘要[J]. 中国针灸, 2020, 40(10): 1115-1118.
- [9] 赵兰凤, 林国华. 论“东垣针法”[J]. 江西中医药, 2010, 41(2): 12-14.
- [10] 林诗雨, 裴文姬, 钱桂凤, 等. 林国华教授临床应用岭南火针经验[J]. 中医药导报, 2018, 24(22): 101-103.
- [11] 黄月莲, 易光强, 周宾宾, 等. 探讨“根、溜、注、入”和“六合”理论在神经根型颈椎病辨证与治疗方法上的应用[J]. 针灸临床杂志, 2016, 32(3): 79-82.
- [12] 刘琨, 林国华, 曾婧纯, 等. 林国华教授针灸治疗动眼神经麻痹经验总结[J]. 中国针灸, 2020, 40(11): 1232-1234.
- [13] 卢琰琰, 黄东挺. 运动针刺配合治疗亚急性期脑卒中吞咽障碍临床研究[J]. 广西中医药, 2020, 43(4): 33-35.
- [14] Leopold NA, Kagel MC. Swallowing, ingestion and dysphagia: a reappraisal[J]. Arch Phys Med Rehabil, 1983, 64(8): 371-373.

(收稿日期: 2020-12-15, 网络首发日期: 2021-10-07, 编辑: 杨立丽)