

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2021.23.009

醒脑开窍针法联合揶针埋针治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍 30 例临床观察

王茸, 许军峰✉

天津中医药大学第一附属医院/国家中医针灸临床医学研究中心, 天津市南开区鞍山西道 314 号, 300380

[摘要] **目的** 探讨醒脑开窍针刺法结合面部穴位揶针埋针治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍的临床疗效。**方法** 将 60 例脑卒中后口腔期吞咽障碍患者随机分为治疗组及对照组各 30 例。对照组给予常规内科干预及醒脑开窍针刺法, 每周 7 次, 治疗组在对照组的基础上加面部穴位地仓、颊车、下关、颧髎、牵正、承浆的揶针埋针治疗, 隔天 1 次, 共 2 周。于治疗前后分别采用口腔功能评分法、洼田饮水试验和吞咽障碍特异性生活质量量表 (SWAL-QOL) 对患者的吞咽功能及生活质量进行评定。**结果** 治疗后, 两组患者口腔功能评分及 SWAL-QOL 评分均较治疗前显著提高 ($P<0.05$), 且治疗组评分均显著高于对照组 ($P<0.05$)。两组患者洼田饮水试验等级均低于治疗前 ($P<0.05$), 且治疗组等级显著低于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 面部揶针埋针可以明显加强醒脑开窍针刺法对卒中后口腔期吞咽障碍患者的治疗效果, 显著改善患者的症状及生活质量。

[关键词] 脑卒中; 吞咽障碍; 口腔期; 醒脑开窍针法; 揶针埋针

脑卒中是一种与各种不良生活习惯如大量高脂饮食、长期熬夜、酗酒吸烟及家族遗传密切相关的脑血管疾病^[1-3], 主要病理表现是脑血管突然破裂或者堵塞使脑组织血液循环障碍而引起脑组织的损伤, 从而使相应的神经功能受损或缺失, 临床表现主要有肢体瘫痪、感觉异常、吞咽障碍、言语不利等^[4]。吞咽障碍是脑卒中常见的并发症之一, 主要是由于与吞咽相关的神经肌肉功能异常导致的患者不能正常进食, 并且可引起患者营养不良、脱水、吸入性肺炎、情绪低落等一系列不良后果^[5-6]。吞咽过程分为口腔期、咽期、食管期。口腔期作为吞咽过程的第一步, 其障碍程度是后续动作能否顺利完成的关键所在^[7]。有研究^[8-9]显示, 对脑卒中后吞咽障碍不同分期的患者进行目的导向性治疗或者靶向治疗, 较常规针刺治疗效果更好。醒脑开窍针法作为治疗脑卒中后吞咽障碍的特色疗法, 既往研究多集中于应用醒脑开窍针法和 (或) 不同康复方

法治疗脑卒中后吞咽障碍 (不注重分期)^[10-11], 或者应用普通针刺结合不同康复方法治疗脑卒中后不同分期吞咽障碍^[12], 少有研究探讨醒脑开窍针法结合靶向治疗对卒中后口腔期吞咽障碍患者的治疗效果。本研究以此为切入点, 并结合现代医学对揶针埋针的作用探讨, 旨在观察醒脑开窍针法结合面部揶针埋针对脑卒中后口腔期吞咽障碍的治疗效果, 为临床工作提供新的思路和方法。本研究通过天津中医药大学第一附属医院医学伦理委员会审批, 批件号 TYLL2016 [K] 字 023。

1 临床资料

1.1 诊断标准

脑卒中西医诊断标准依据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[13] 中有关急性缺血性脑卒中的诊断标准, 并结合头颅 CT 影像学特征确诊的大脑半球缺血性梗死。

吞咽障碍诊断标准参照《中国吞咽障碍评估与治疗专家共识 (2017 年版)》^[14] 中吞咽障碍的诊断标准, 以口角流涎、面颊部存食、口腔吞咽延迟或者无吞咽、舌的功能减弱或者失调难以将食物向

基金项目: 国家中医药管理局中医临床研究基地业务建设科研专项 (JDZX2015015)

✉ 通讯作者: 2763662628@qq.com

下运送等表现为主。

1.2 纳入标准

1) 符合上述脑卒中诊断标准, 且经颅脑 CT 或颅脑 MRI 证实; 2) 因脑卒中后引起的口腔期吞咽障碍; 3) 首次脑卒中发作; 4) 各项生命体征稳定; 5) 口腔功能评分^[15] < 5 分, 洼田饮水试验^[15] III 级以上; 6) 意识清楚, 能理解并积极配合治疗人员的指令和治疗; 7) 患者及家属知情同意。

1.3 排除标准

伴有心、肝、肺、肾等重要脏器功能衰竭者; 针刺穴位处有皮损或凝血功能较差、有出血倾向者。

1.4 脱落标准

1) 非病情变化或治疗原因而未能按治疗方案完成整个治疗过程, 影响后期评估者; 2) 接受其他可能对结果有影响的治疗手段者; 3) 出现病情恶化或者严重并发症需要紧急处理者。

1.5 一般资料

2020 年 1-10 月在天津中医药大学第一附属医院针灸科收集符合纳入标准的脑卒中后口腔期吞咽障碍患者 60 例。

样本量计算方法: 在实验进行之前, 通过查阅文献^[16]了解到, 对于口腔期吞咽障碍的治疗, 临床总有效率可达 75%, 预期本研究方案治疗卒中后口腔期吞咽障碍的有效率可达 90%, 预设第一类错误的概率 α 为 0.05 (单侧), 检验效能为 0.80 ($\beta = 0.20$), 两组病例数 $n_1 = n_2$, 采用单样本率检验计算该研究所需样本含量, 其公式如下:

$$n = \left(\frac{\mu_{\alpha} + \mu_{\beta}}{\delta} \right) \pi_0 (1 - \pi_0)。其中 \delta = |\pi_1 - \pi_0|,$$

$\pi_0 = 75\%$, $\pi_1 = 90\%$, $\delta = |\pi_1 - \pi_0| = 0.15$, 查 μ 临界值表, $\mu_{0.05} = 1.644$, $\mu_{0.20} = 0.84$, 代入上述公式, $n \approx 52$ (例) 考虑到脱落情况, 外加 20% 样本量, $n_0 = n \times (1 + 20\%) \approx 62$ (例), 故预估临床研究所需样本量约为 62 例。

将预入组的 62 例患者按入组顺序依次给予对应的数字 1~62。从随机数字表中任意一个数字开始, 从左向右, 为 62 位入组患者再依次赋予一个对应的数字, 当数字重复, 则取下一个数, 直到每位入组患者均对应一个数, 并在不透光、密封的信封上编码 (每个信封上有两个编码, 即入组顺序编码和随机数字表编码), 后将所有获得的随机数字从小到大进行排列, 前 31 位设置为对照组, 后 31 位设置为治疗组, 最后, 将随机数字表编码对应的

分组情况放入信封中密封, 待有研究对象进组时, 按照其入组顺序编码打开相应编号的信封, 按照其中的分组情况进行治疗干预。

治疗组 31 例中男 16 例, 女 15 例; 年龄 62~78 岁, 平均年龄 (69.7±4.87) 岁; 其中脑梗死 24 例, 脑出血 7 例; 病程 7~30 天, 平均病程 (17.30±8.28) 天。对照组 31 例中男 17 例, 女 14 例; 年龄 65~72 岁, 平均 (68.6±2.09) 岁; 其中脑梗死 26 例, 脑出血 5 例; 病程 8~35 天, 平均 (17.10±8.87) 天。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 给予药物治疗及醒脑开窍针刺法^[17]。

药物治疗: 神经内科常规护理, 包括血压血糖的监控与调节、改善脑循环、促进脑代谢、抗血小板聚集、营养支持、及时口腔护理及并发症的预防等对症治疗。共治疗 2 周。醒脑开窍针刺法: 针具采用由苏州医疗用品厂有限公司生产的 0.25 mm×40 mm、0.30 mm×75 mm 华佗牌一次性不锈钢无菌针灸针。患者取舒适仰卧位, 先后常规消毒医者刺手指及患者体表待刺穴位处。针刺时, 先取双侧内关穴, 同时直刺入 15~30 mm, 得气后行提插捻转相结合的泻法 1 min; 后针刺人中穴, 向鼻中隔方向斜刺入 10~15 mm, 得气后行雀啄手法, 以眼球湿润或流泪为度; 再针刺三阴交穴, 直刺入 30~45 mm, 得气后行提插补法 1 min。风池、完骨和翳风三穴进针时要向喉结方向缓缓刺入 40~60 mm, 作小幅度、高频率 (幅度 < 90°, 频率为 120~160 r/min) 的捻转补法 1 min, 以咽喉麻胀为宜。留针 30 min, 每天 1 次。咽后壁点刺, 操作时令患者张口, 用压舌板压住患者舌体, 使其咽后壁充分暴露, 用 0.30 mm×75 mm 长针快速点刺双侧咽后壁 8~10 点, 每天操作 1 次。如患者存在肢体活动不利, 则加刺尺泽、极泉、委中。每周 7 次, 共治疗 2 周。

2.1.2 治疗组 在对照组治疗基础上结合面部揞针埋针^[18]。依据“腧穴所在, 主治所在”^[19]的治疗原则, 取地仓、颊车、下关、颧髎、牵正、承浆。操作时, 先消毒患者穴位处, 后用已消毒的医用镊子夹持带有揞针 (规格为 0.25 mm×2.00 mm, 北京珞亚山川医疗器械有限公司生产) 的胶布, 将揞针针尖对准穴位迅速按下, 使针掀入穴位, 后将胶布在皮肤上贴敷, 留置 24 h 后再用镊子夹住胶布

将其取出,隔日1次。共治疗2周。

2.2 观察指标和方法

2.2.1 吞咽功能评分 治疗前后采用口腔功能评分法和洼田饮水试验对患者的吞咽功能进行评估。口腔功能评分法主要从患者的双唇能否闭合、两侧颊肌对称与否、是否流涎、舌肌力量的大小、舌的活动度、能否咀嚼、口腔准备能力及饮食后口腔内食物残留量来进行评分,最高得分16分,分数越低提示吞咽功能越差。洼田饮水试验则是通过患者喝下30 ml常温水所用的时间、有无呛咳及饮水状况来进行吞咽功能的评估,共分I~V级,级别越高说明吞咽功能越差。

2.2.2 吞咽障碍特异性生活质量评分 治疗前后采用吞咽障碍特异性生活质量量表(SWAL-QOL)^[20]对患者进行吞咽障碍后生活质量的评估。该量表主要从患者的心理负担、进食时间与进食欲望、相关症状表现、食物的选择、语言交流情况、恐惧感、对吞咽的心理表现、社交功能、身体状况及睡眠情况等11项44个题目来评估患者的吞咽障碍情况及其对患者生活质量的影响,该量表满分为55分,得分越低说明吞咽功能及生活质量越差。

2.3 统计学方法

采用SPSS 21.0统计软件进行相关的数据分析。对于符合正态分布的计量数据,组间采用独立性样本 t 检验,组内采用配对 t 检验;不符合正态分布的计量数据,组间采用非参数两个独立样本检验,组内采用非参数两个相关样本检验;等级资料采用秩和检验。显著性水平定为 $\alpha=0.05$ 。

3 结果

对照组有1例因家庭经济原因中途退出,治疗组有1例突发脑出血脱落。最终两组各有30例患者完成研究。

3.1 两组患者治疗前后口腔功能及SWAL-QOL评分的比较

表1示,治疗前两组患者口腔功能评分及SWAL-QOL评分差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者口腔功能评分及SWAL-QOL评分均较治疗前明显提高($P<0.05$),且治疗组评分明显高于对照组($P<0.05$)。

3.2 两组患者治疗前后洼田饮水试验等级的比较

表2示,治疗前,两组患者洼田饮水试验等级比较差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者等级均低于治疗前($P<0.05$),且治疗组

等级明显低于对照组($P<0.05$)。

表1 两组脑卒中后口腔期吞咽障碍患者治疗前后口腔功能评分及SWAL-QOL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	口腔功能评分	SWAL-QOL评分
治疗组	治疗前	30	2.60±1.07	23.20±3.54
	治疗后	30	12.80±1.72 ^{a)} b)	44.70±2.42 ^{a)} b)
对照组	治疗前	30	2.70±1.06	23.10±3.74
	治疗后	30	11.20±1.77 ^{a)}	37.80±2.42 ^{a)}

注:SWAL-QOL,吞咽障碍特异性生活质量量表。

a)与本组治疗前比较, $P<0.05$;b)与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

表2 两组脑卒中后口腔期吞咽障碍患者治疗前后洼田饮水试验等级的比较(例)

组别	时间	I级	II级	III级	IV级	V级
治疗组	治疗前	0	0	8	13	9
	治疗后	9	16	3	1	1
对照组	治疗前	0	0	9	14	7
	治疗后	3	9	10	5	3

4 讨论

吞咽是人体较为复杂的反射之一,吞咽功能的完成需要口腔、咽、喉及食管的协调配合。口腔期吞咽障碍是指患者脑卒中后损伤三叉神经、面神经、舌下神经等颅神经,出现口唇闭锁不全、面颊肌麻痹、下颌运动障碍、舌肌运动无力等症状,总体表现为患者无法将食团送至咽部,严重影响患者的营养供应,延缓患者的康复进程,甚至可引发严重的并发症,如脱水、电解质紊乱及肺炎等,从而不利于患者病情恢复甚至有加重病情的风险^[21]。

醒脑开窍针法是石学敏院士创立的治疗脑卒中的规范化针刺疗法,对脑卒中后吞咽障碍有显著的治疗效果^[22-24]。本研究将醒脑开窍针法与面部揞针埋针结合,协同用于治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍。与以往研究不同的是,我们在醒脑开窍针法的基础上,选择揞针埋针靶向的刺激面部的相关穴位,通过持续刺激口唇部的肌肉神经,加速患者口唇部感觉运动功能的修复,从而提高患者口腔期的吞咽功能。秦彦强等^[8]进行了目的导向性针刺方案与普通针刺对脑卒中口腔期吞咽障碍的疗效比较,其中目的导向性针刺方案中包括头针、项针、舌针及面部针刺,面部选取了患侧下关、人迎、地仓、颊车、承浆等穴,其中地仓、颊车加用电针,发现面部针刺不仅有利于恢复面瘫,同时可改善患者的面口失用情况。安玉兰等^[9]进行了分期针刺结合康复治疗与普通针刺治疗卒中后吞咽障碍疗效

比较,其中对于口腔期吞咽障碍的患者选择地仓、颊车、大迎等主穴,辅以承浆,舌尖、金津、玉液点刺,并结合康复治疗,结果分期针刺结合康复治疗卒中后吞咽障碍的总有效率可达 96.67%,明显优于普通针刺。徐静等^[25]进行了针刺结合颊肌电刺激治疗卒中后口腔期吞咽障碍的效果研究,提出选用特定的靶神经和靶肌肉进行治疗,可以明显改善口腔吞咽功能。由此可知,对于口腔期吞咽障碍的治疗,目的导向性疗法或靶向治疗较普通治疗效果更好。

脑卒中后口腔期吞咽障碍表现在口腔,但病位在脑,故治疗关键在于调神导气,疏通经络。有研究显示,醒脑开窍针刺法可提高颈动脉、椎动脉的血流量,增加脑部供血,恢复脑组织对咽喉部肌肉、神经的支配作用,进而改善或者恢复患者的吞咽功能^[26-27];同时,针刺可促进脑卒中后皮质区感觉运动相关区域的恢复,加强皮层功能区的作用,促进神经纤维的修复和再生^[28]。

揞针埋针疗法目前应用范围极广,涵盖了内、外、妇、儿等各科的疾病^[29]。揞针埋针是古代针刺法的现代发展,其理论源于《黄帝内经》“善治者,治皮毛”“审查卫气,为百病母,调诸虚实,虚实乃止”,其主要的作用机制是通过长期刺激皮部及络脉达到疏通经络、调节气血、调整阴阳等目的。有研究^[30]显示,耳穴揞针治疗胆囊炎的总有效率可达 100%;采用攒竹穴揞针疗法治疗眶上神经痛,有效率可达 98%;采用揞针和毫针分别对三叉神经痛患者进行治疗,揞针治疗效果明显高于毫针组。揞针埋针可有效扩张局部血管,改善局部的血液循环,持续刺激口腔期相关神经,使神经快速去极化,激活并强化肌群收缩,从而加速吞咽功能的恢复^[31]。地仓、颊车、下关、颧髻、牵正、承浆均为面部的重要穴位,深部有三叉神经、面神经、舌下神经、口轮匝肌、咬肌、颧肌、颊肌等,均为控制吞咽功能的相关神经肌肉,此处埋针后会持续刺激相应的神经肌肉,促进吞咽肌群的恢复。同时,由于埋针针体短小,对患者生活影响较小可在埋针期间结合咀嚼吞咽等功能训练,以加快患者吞咽功能的恢复,减少并发症。

本研究存在样本量较少、未对研究对象进行远期疗效的随访以及未能对揞针埋针的穴位选择进行比较研究等不足之处,下一步应扩大研究样本,与目前临床上已证实的口腔期吞咽障碍的治疗方法进行比较,并比较醒脑开窍结合面部普通针刺与醒脑

开窍结合揞针埋针的疗效差异,同时,可对揞针埋针穴位的选取进行对比研究。

参考文献

- [1]王拥军,王春雪,缪中荣.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2014[J].中华神经科杂志,2015,48(4):258-273.
- [2]甘勇,杨婷婷,刘建新,等.国内外脑卒中流行趋势及影响因素研究进展[J].中国预防医学杂志,2019,20(2):139-144.
- [3]GRAU AJ, URBANEK C, PALM F. Common infections and the risk of stroke[J]. Nat Rev Neurol, 2010, 6(12):681-694.
- [4]王陇德,王金环,彭斌,等.《中国脑卒中防治报告 2016》概要[J].中国脑血管病杂志,2017,14(4):217-224.
- [5]FANDLER S, GATTRINGER T, EPPINGER S, et al. Frequency and predictors of dysphagia in patients with recent small subcortical infarcts[J]. Stroke, 2017, 48(1):213-215.
- [6]陈凤侠,李红玲,庞亚涛,等.脑卒中后吞咽障碍治疗方法研究进展[J].中国康复,2021,36(3):189-192.
- [7]李莎,鄂建设,覃勇,等.针刺结合颊肌电刺激治疗卒中后口腔期吞咽障碍的效果[J].中国康复理论与实践,2014,20(3):221-223.
- [8]秦彦强,姚海江,孙迎春,等.目的导向性针刺方案干预脑卒中吞咽障碍口腔期 30 例临床研究[J].江苏中医药,2021,53(5):63-66.
- [9]安玉兰,韦玲,吴菁菁.分期针刺康复治疗中风后吞咽障碍疗效观察[J].山西中医,2019,35(7):32-33,36.
- [10]徐颖.醒脑开窍针结合神经肌肉电刺激对卒中后吞咽障碍患者的疗效[J].心血管康复医学杂志,2019,28(1):100-103.
- [11]张曼,李春梅.醒脑开窍针刺法联合冰刺激治疗中风后吞咽障碍临床研究[J].针灸临床杂志,2018,34(6):27-30.
- [12]邵婷婷,陈凌.中医康复护理联合中药药棒咽喉刺激干预脑卒中口腔期吞咽障碍临床研究[J].新中医,2020,52(24):157-160.
- [13]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,中国医学科学院北京协和医院神经科,等.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.
- [14]中国吞咽障碍康复评估与治疗专家共识组.中国吞咽障碍评估与治疗专家共识(2017 年版)[J].中华物理医学与康复杂志,2017,39(12):881-892.
- [15]大西幸子,孙启良.摄食、吞咽障碍康复实用技术[M].北京:中国医药科技出版社,2000:43.
- [16]韩冰,王小琴,邓茹,等.脑卒中后吞咽障碍针刺治疗

- 进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(11): 182-187.
- [17] 石学敏. 中风病与醒脑开窍针刺法[M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1998: 256-270.
- [18] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. 中华人民共和国国家标准: 针灸技术操作规范[S]. 北京: 中国标准出版社, 2008: 2.
- [19] 刘清国, 胡玲. 经络腧穴学[M]. 9版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 46.
- [20] 伍少玲. 标准吞咽功能评估量表的信度和效度研究[C]//广东省康复医学会、广东社会学会健康研究专业委员会 2007 年学术年会论文集. 广州: 广东省康复医学会, 广东社会学会康复研究专业委员会, 2007: 180.
- [21] 尚克中, 程英升. 吞咽障碍诊疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 300-305.
- [22] 郑立君, 逯璇, 牛延峰. 醒脑开窍针刺法辅治脑卒中后吞咽障碍对吞咽功能及日常生活能力的影响[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(1): 65-66.
- [23] 汪稳, 奚文举, 楼慧, 等. 脑卒中后吞咽障碍患者的醒脑开窍针刺疗法结合吞咽功能康复训练的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(3): 179-182.
- [24] 于眉, 李玉波, 李玲, 等. 醒脑开窍针刺法治疗颅脑损伤吞咽障碍临床研究[J]. 陕西中医, 2020, 41(11): 1661-1664.
- [25] 徐静, 张兴. 针刺结合颊肌电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的效果[J]. 中国实用医学, 2015, 10(35): 271-272.
- [26] 李红睿, 徐磊, 范连彬, 等. 醒脑开窍针法联合神经肌肉电刺激治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 中华全科医学, 2020, 18(9): 1563-1565.
- [27] 徐明花. 针刺疗法治疗脑卒中后吞咽障碍疗效的 Meta 分析[J]. 延边大学医学学报, 2017, 40(2): 113-115.
- [28] 张凝远, 吴小炼, 孙永兴, 等. 针灸联合神经肌肉电刺激对颅脑损伤吞咽障碍患者吞咽功能及相关指标的影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(3): 695-698.
- [29] 曹俊杰, 杜炯. 皮内针疗法临床应用概述[J]. 广州中医药大学学报, 2019, 36(10): 1670-1675.
- [30] 柏林, 杨洋, 吕姝婷. 揶针疗法的临床应用[J]. 中国实用医药, 2019, 14(10): 192-193.
- [31] 王锐卿, 吕九亨, 贾春生. 基于数据挖掘的皮肤针疗法临床应用病种规律和特点[J]. 河北中医药学报, 2020, 35(3): 25-29.

Effects of Resuscitation-inducing Needling Method and Subcutaneous Embedding of Thumb-tack Needle on Oral-phase Dysphagia after Stroke

WANG Rong, XU Junfeng

First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, National Clinical Research Center for Chinese Medicine Acupuncture and Moxibustion, Tianjin, 300380

ABSTRACT Objective To investigate the effect of resuscitation-inducing needling method combined with subcutaneous embedding of thumb-tack needle on oral-phase dysphagia after stroke. **Methods** Sixty patients diagnosed with oral-phase dysphasia after stroke were randomly divided into treatment group (30 cases) and control group (30 cases). The control group received routine therapy and resuscitation-inducing needling method treatment seven times per week, and the treatment group additionally received subcutaneous embedding of thumb-tack needle on facial acupoints Dicang (ST4), Jiache (ST6), Xiaguan (ST7), Quanliao (SI18), Qianzheng (EX-HN) and Chengjiang (RN24) every other day, both for two weeks. The swallowing function and quality of life were assessed through Oral Function Scale, Kubota's Drinking Test and the Swallowing Quality of Life Scale questionnaire (SWAL-QOL) before and after treatment. **Results** After treatment, the oral function scores and SWAL-QOL scores of both groups were significantly improved ($P < 0.05$), and higher scores were found in the treatment group than in the control group ($P < 0.05$). The Kubota's Drinking Test scores in both groups significantly decreased after treatment ($P < 0.05$), and more decrease was seen in the treatment group ($P < 0.05$). **Conclusion** Subcutaneous embedding of thumb-tack needle on facial acupoints can significantly enhance the therapeutic effect of resuscitation-inducing on improvement of the symptoms and quality of life in patients with dysphagia in oral phase after stroke.

Keywords stroke; dysphagia; oral-phase; resuscitation-inducing needling method; subcutaneous embedding of thumb-tack needle

(收稿日期: 2021-07-12; 修回日期: 2021-09-22)

[编辑: 叶晨]