

- 肠激素和炎症因子的表达及PPI撤减模式的临床探索观察[J]. 中国中西医结合消化杂志, 2023, 31(1): 45-50.
- [20] 李兰花, 王丽丽. 胃食管反流病患者血清炎症因子水平、SP及CGRP的相关性分析[J]. 胃肠病学和肝病杂志, 2023, 32(12): 1333-1338.
- [21] 温叶红, 温钦, 邓敦杨. 奥美拉唑联合达立通颗粒对胃食管反流患者临床症状及食管动力学指标的影响[J]. 检验

- 医学与临床, 2023, 20(22): 3410-3413.
- [22] 樊冬杰, 侯健, 黄玉伟. 六郁汤治疗反流性食管炎临床药效及对血浆TNF- α 、IL-6影响[J]. 中华中医药学刊, 2019, 37(1): 200-202.
- [23] 酒梦娜, 张怡. 血清胃泌素、胃动素、瘦素在食管癌支架置入术后继发胃食管反流患者中的表达及其意义[J]. 医学临床研究, 2022, 39(11): 1662-1665.

温阳逐瘀汤联合针刺对脾肾阳虚证急性脑梗死恢复期合并吞咽功能障碍患者的临床疗效

张妍¹, 孙慧¹, 任静¹, 徐大伟², 徐如月^{1*}

[1. 青岛大学附属青岛市海慈医院(青岛市中医医院) 针推科, 山东 青岛 266000; 2. 平度市第二人民医院神经内科, 山东 青岛 266731]

摘要: **目的** 探讨温阳逐瘀汤联合针刺对脾肾阳虚证急性脑梗死恢复期合并吞咽功能障碍患者的临床效果。**方法** 98例患者随机分为对照组和观察组, 每组49例, 2组均采用常规治疗, 同时对对照组给予针刺, 观察组在对照组基础上加用温阳逐瘀汤, 疗程8周。检测中医证候评分、神经功能缺损评分(NIHSS)、吞咽功能评价量表(SSA)评分、神经元特异性烯醇化酶(NSE)、丙二醛(MDA)、神经生长因子(NGF)、谷胱甘肽过氧化物酶(GSH-Px)、超氧化物歧化酶(SOD)、功能性经口摄食量表(FOIS)评分、临床疗效、不良反应发生率变化。**结果** 治疗后, 2组中医证候评分、NSE、MDA、NIHSS评分、SSA评分降低($P<0.05$), NGF、GSH-Px、SOD、FOIS评分升高($P<0.05$), 以观察组更明显($P<0.05$)。观察组总有效率高于对照组($P<0.05$)。2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** 温阳逐瘀汤联合针刺可安全有效地改善患者氧化应激指标及神经因子水平, 降低中医证候评分, 提高患者神经功能、吞咽功能及临床疗效。

关键词: 温阳逐瘀汤; 针刺; 常规治疗; 急性脑梗死恢复期; 吞咽功能障碍; 脾肾阳虚

中图分类号: R287

文献标志码: B

文章编号: 1001-1528(2024)08-2833-04

doi: 10.3969/j.issn.1001-1528.2024.08.059

急性脑梗死指在短时间内发生的脑血管阻塞, 导致相应供血区域的脑组织缺血和坏死, 主要症状包括突发性偏身麻木、无力或感觉异常、语言困难、平衡和协调障碍等^[1]。吞咽功能障碍是急性脑梗死常见并发症, 脑梗死发生后, 由于涉及吞咽的神经和肌肉控制受干扰, 导致患者出现吞咽困难、声音嘶哑、口齿不清、咳嗽多痰等症状, 严重者可引发肺炎甚至窒息, 增加患者死亡率^[2-3]。目前西医治疗包括药物治疗、物理治疗和营养支持等手段, 但治疗过程较长, 治疗效果因个体差异而异^[4]。随着中医学近年来的不断发展, 中医药手段治疗吞咽功能障碍因其独特优势逐渐受到青睐。吞咽功能障碍属中医“喉痹”范畴, 脾肾阳虚证是其常见病机之一, 脾肾阳气虚衰, 气血化生无源、畅行无力, 导致痰瘀互结, 阻滞脉络, 从而发病,

因此, 当以温补脾肾、化痰祛瘀为治则^[5]。针刺疗法为中医传统外治法, 通过针刺特定经络穴位起到治疗疾病的效果, 在脑梗死的临床治疗中被广泛应用^[6]; 青岛大学附属青岛市海慈医院结合本病病因病机, 自拟温阳逐瘀汤, 由制附子、熟地、当归等中药组成, 温肾助阳、化痰祛瘀。本研究探讨温阳逐瘀汤联合针刺对脾肾阳虚证急性脑梗死恢复期合并吞咽功能障碍患者的临床效果, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2022年3月至2023年9月收治于青岛大学附属青岛市海慈医院的98例脾肾阳虚证急性脑梗死恢复期合并吞咽功能障碍患者, 随机数字表法分为对照组和观察组, 每组49例。其中, 对照组男性27例, 女性22例; 年龄42~68岁, 平均年龄(56.49 \pm 5.15)岁; 体质量指数

收稿日期: 2024-01-26

基金项目: 山东省中医药科技项目(2021Q055)

作者简介: 张妍, 女, 硕士, 住院医师, 研究方向为针灸治疗神经系统常见疾病。E-mail: sdzjzy12@163.com

*通信作者: 徐如月, 女, 硕士, 住院医师, 研究方向为针灸治疗脑血管疾病。E-mail: xuruyue0412@163.com

18~26 kg/m², 平均体质量指数 (22.03±1.65) kg/m²; 吞咽功能障碍病程 12~35 d, 平均吞咽功能障碍病程 (24.36±2.28) d, 而观察组男性 26 例, 女性 23 例; 年龄 40~65 岁, 平均年龄 (55.82±5.31) 岁; 体质量指数 18~26 kg/m², 平均体质量指数 (22.07±1.57) kg/m²; 吞咽功能障碍病程 9~40 d, 平均吞咽功能障碍病程 (24.52±2.31) d, 2 组一般资料比较, 差异无统计学意义 ($P>0.05$), 具有可比性。研究经医院伦理委员会批准 (2022HC01LZ025)。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医 符合急性脑梗死恢复期的诊断标准^[7]与吞咽困难的诊断标准^[8]。

1.2.2 中医 符合脾肾阳虚证的辨证标准^[9]。主证包括吞咽困难、饮水呛咳、语言謇涩或不语、半身不遂、口舌歪斜; 次证包括畏寒肢冷、腰膝酸软面色苍白、气短乏力、腹痛绵绵、喜温喜按、四肢浮肿, 舌质淡, 苔白, 脉沉细。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准; ②年龄 40~75 岁; ③经影像学检查确诊为脑梗死, 且为首次发病者; ④病情稳定且病程在 14 d~6 个月之间; ⑤依从性强, 能配合完成各项相关检查与治疗者; ⑥患者及其家属了解本研究, 签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①脑卒中前已有吞咽困难或其他原因导致吞咽困难者; ②选穴区域皮肤破损或对本研究所用药物过敏者; ③合并恶性肿瘤、免疫缺陷及其他系统功能严重障碍者; ④正在参加其他临床药物试验者; ⑤患有精神疾病、意识不清或沟通障碍者; ⑥妊娠及哺乳期妇女。

1.5 脱落标准 ①自动退出者; ②纳入后发现不满足纳入标准或满足排除标准者; ③依从性较差, 无法配合完成研究者; ④临床观察中出现过敏及其他严重不良事件者; ⑤出现并发症不宜继续进行者。

1.6 治疗手段 2 组均依据《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》^[7]给予脑梗死恢复期基础治疗及吞咽功能训练等常规治疗。吞咽功能训练包括呼吸训练, 指导患者进行深呼吸、对抗阻力呼吸如吹气球等训练; 唇舌肌运动, 指导患者进行口唇开闭、舌头伸缩、鼓腮吹气等动作, 提高肌肉功能; 门德尔松吞咽法, 指导患者在吞咽过程中喉上抬时保持数秒, 医护可用手指上推喉部促进吞咽辅助喉上抬无力患者固定喉上抬位置。每周训练 5 次, 每次 30~40 min, 疗程 8 周。

1.6.1 对照组 采用针刺, 选穴廉泉、夹廉泉、风池、关元、中脘、足三里、三阴交, 对患者选穴处皮肤行常规消毒, 使用一次性无菌针灸 (苏州医疗用品厂有限公司, 0.3 mm×40 mm) 直刺选穴, 得气后以 100 次/min 频率行捻转补法 1 min, 留针 15~20 min, 疗程 8 周。

1.6.2 观察组 在对照组基础上加用温阳逐瘀汤口服治疗, 组方药材制附子 10 g、肉桂 5 g、丁香 10 g、杜仲 15 g、巴戟 15 g、当归 10 g、川芎 6 g、熟地 20 g、桃仁 10 g、红花 10 g、水蛭 8 g、姜半夏 9 g、山药 15 g、甘草 6 g。每份药物浸泡 30 min 后, 每次加水 500~700 mL 煎煮 2 次, 每

次取汁 200 mL 混合为 1 剂, 每剂 400 mL, 每天 1 剂, 分早、晚 2 次服用, 疗程 8 周。

1.7 指标检测

1.7.1 中医证候评分 根据《中药新药临床研究指导原则》, 主证无症状为 0 分, 轻度为 2 分, 中度为 4 分, 重度为 6 分; 舌质、舌苔、脉象无症状为 0 分, 有症状为 1 分^[10]。

1.7.2 神经功能因子 分别于治疗前后抽取空腹静脉血 4 mL, 离心后取上清液, 采用 ELISA 法检测神经生长因子 (NGF)、神经元特异性烯醇化酶 (NSE) 水平, 相关试剂盒均购自南京建成生物工程研究所有限公司, 批号 SPS-14571、SPS-14609^[11]。

1.7.3 氧化应激指标 分别于治疗前后抽取空腹静脉血 4 mL, 离心后取上清液, 采用 ELISA 试验检测谷胱甘肽过氧化物酶 (GSH-Px)、丙二醛 (MDA)、超氧化物歧化酶 (SOD) 水平, 相关试剂盒均购自上海赛培森生物科技有限公司, 批号 SPS-12417、SPS-11462、SPS-11595。

1.7.4 NIHSS、SSA、FOIS 评分 参考文献 [12] 报道, 进行神经功能缺损评分 (NIHSS), 总分 42 分, 得分越高, 神经功能越差。参考文献 [13] 报道, 进行吞咽功能评价量表 (SSA)^[13]评分, 共 3 个部分, 第 1 部分包括头与躯干的控制、唇闭合、意识水平、喉功能、软腭功能与咳嗽能力等, 计 8~23 分, 第 2 部分指导患者吞咽水 3 次, 观察吞咽后喉功能、有无喉运动、重复吞咽等情况, 计 5~11 分, 第 3 部分指导患者吞咽 60 mL 水, 观察其吞咽所需时间及是否存在咳嗽等情况, 计 5~12 分, 总分 18~46 分, 得分越高, 吞咽功能越差。参考文献 [14] 报道, 进行功能性经口摄食量表 (FOIS), 分为 0~6 分, 无法经口进食计 1 分, 饲管进流食为主计 2 分, 饲管进半流食为主计 3 分, 经口进半流食计 4 分, 可经口进食多种质地食物但需特殊准备计 5 分, 经口进食无需特殊准备计 6 分, 经口进食无限制计 7 分, 得分越低, 经口摄食能力越差。

1.7.5 疗效评价 ①显效, 吞咽功能正常且能够正常进食; ②有效, 吞咽功能明显改善且进食流质或半流质饮食无障碍; ③无效, 吞咽功能未改善甚或加重。总有效率 = [(显效例数+有效例数) / 总例数] × 100%。

1.7.6 不良反应发生率 治疗期间, 记录 2 组不良反应发生情况, 计算其发生率。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 26.0 软件进行处理, 计量资料以 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 *t* 检验, 方差不齐, 组间比较采用秩和检验; 计数资料以百分率表示, 组间比较采用卡方检验, 正态性检验采用 Shapiro-Wilk 法。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 中医证候评分 治疗后, 2 组中医证候评分降低 ($P < 0.05$), 以观察组更明显 ($P < 0.05$), 见表 1。

2.2 神经功能因子 治疗后, 2 组 NSE 水平降低 ($P < 0.05$), NGF 水平升高 ($P < 0.05$), 以观察组更明显

($P < 0.05$), 见表2。

表1 2组中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	主证		次证	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	12.41±1.28	9.44±2.43*	21.56±3.45	13.39±2.57*
观察组	12.37±1.25	6.35±2.14**	21.43±3.38	7.42±2.48**

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.3 氧化应激指标 治疗后,2组MDA水平降低

表3 2组氧化应激指标比较($\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	MDA/($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)		GSH-Px/($\text{mmol} \cdot \text{L}^{-1}$)		SOD/($\mu\text{mol} \cdot \text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	12.38±2.46	10.25±2.19*	28.97±6.58	35.64±4.74*	3.52±0.51	4.23±0.67*
观察组	12.42±2.49	8.43±1.87**	28.84±6.53	41.29±5.01**	3.45±0.53	5.62±0.71**

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.4 NIHSS、SSA、FOIS评分 治疗后,2组NIHSS、SSA

评分降低($P < 0.05$),FOIS评分升高($P < 0.05$),以观察

($P < 0.05$),GSH-Px、SOD水平升高($P < 0.05$),以观察组更明显($P < 0.05$),见表3。

表2 2组神经功能因子水平比较($\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	NSE/($\mu\text{g} \cdot \text{L}^{-1}$)		NGF/($\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	27.97±6.41	22.46±5.35*	55.32±4.59	99.73±8.24*
观察组	27.86±6.38	17.26±4.58**	55.47±4.64	128.34±9.75**

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

组更明显($P < 0.05$),见表4。

表4 2组NIHSS、SSA、FOIS评分比较(分, $\bar{x} \pm s$, $n=49$)

组别	NIHSS评分		SSA评分		FOIS评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	19.38±3.51	11.28±2.76*	32.17±3.29	27.14±3.46*	2.35±0.47	4.73±0.95*
观察组	19.59±3.56	8.24±2.21**	32.05±3.34	23.26±3.53**	2.38±0.49	6.12±1.21**

注:与同组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

2.5 临床疗效 观察组总有效率高于对照组($P < 0.05$),见表5。

表5 2组患者临床疗效比较[例(%), $n=49$]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	9(18.37)	11(22.45)	15(30.61)	14(28.57)	35(71.43)
观察组	13(26.53)	15(30.61)	17(34.69)	4(8.16)	45(91.84)**

注:与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

2.6 不良反应 2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),见表6。

表6 2组不良反应发生率比较[例(%), $n=49$]

组别	上消化道出血	恶心呕吐	腹部不适	皮炎	总发生
对照组	1(2.04)	1(2.04)	2(4.08)	1(2.04)	5(10.20)
观察组	1(2.04)	3(6.12)	2(4.08)	2(4.08)	8(16.33)

3 讨论

吞咽功能障碍是急性脑梗死后最常见的并发症之一,据统计,约有32.3%的脑梗死患者出现吞咽问题^[15]。目前西医治疗手段均有其局限性,因此,探究更为安全、有效的治疗手段具有重要意义。中医理论中,急性脑梗死恢复期合并吞咽功能障碍为“中风病”与“喉痹”合病,为本虚标实之证,本病患者多为中老年人,脏腑功能逐渐减弱,肾为先天之本,脾为后天之本,脾肾阳虚则水谷精微不能得到正常运化与输布,气血生化乏源、运行无力,瘀血内生、痰瘀互结,阻痹脉络,以致咽喉失养从而发病。因此,治疗当以温补脾肾、化痰祛瘀为主要原则^[16]。

本研究结果显示,温阳逐瘀汤联合针刺治疗可有效缓解患者临床症状,降低中医证候评分,改善患者神经功能与氧化应激水平,提高治疗效果,改善患者生活水平。温

阳逐瘀汤中制附子辛、甘、大热,有补火助阳之功效,可上助心阳、中温脾阳、下补肾阳;肉桂、丁香补元阳、温脾胃、温经通脉;杜仲、巴戟补肝肾、强筋骨;当归、川芎、桃仁、红花补血活血、祛瘀通络,水蛭增强破血逐瘀之功;姜半夏温通、燥湿、化痰;山药健脾益肾、益气养阴;熟地补血养阴、填精益髓,可防补阳太过;甘草补中益气兼调和药性。诸药合用,共奏健脾益肾、助阳化气、祛瘀通脉之功。脾、肾功能恢复,气血充盈、运行调畅,痰瘀得消,经脉通畅,咽喉得到濡养,功能自然恢复。现代药理学研究表明,川芎、当归可调节心脑血管、促进造血,多途径发挥对缺血性卒中的治疗作用^[17-19];桃仁、红花可抑制神经细胞凋亡与血小板聚集,增加患者脑血流量^[20];附子、杜仲等多味中药均具有抗炎、抗氧化、免疫调节、神经保护等作用^[21-22]。

针刺疗法通过经络刺激调节脏腑功能,具有简便效廉的优势。廉泉穴与夹廉泉穴是治疗中风病后吞咽困难的常用穴,研究证实,刺激此二穴可有效改善患者吞咽功能^[23]。风池穴醒脑开窍、通经活络;关元穴培补元气、温肾壮阳;中脘穴健脾和胃;足三里补中益气、通经活络;三阴交补肝益肾、活血化瘀,研究表明,对上述穴位施以刺激可有效改善患者神经功能与吞咽功能^[24-25]。

2组患者在治疗过程中均出现不良反应,但组间比较无显著差异,且均为轻症,可自行缓解,表明温阳逐瘀汤与针刺疗法联合应用并不会增加不良反应发生风险,安全性较高。

温阳逐瘀汤联合针刺在脾肾阳虚证急性脑梗死恢复期

合并吞咽功能障碍患者的临床治疗中可有效缓解临床症状,使患者神经功能、氧化应激水平与生活水平得到显著改善,疗效明确且安全性较高,值得临床推广应用。但本研究样本量相对较小,后续仍需要继续进行大样本、多中心深入研究,对本研究结论进行进一步论证。

参考文献:

- [1] Feske S K. Ischemic stroke[J]. *Am J Med*, 2021, 134(12): 1457-1464.
- [2] Boaden E, Burnell J, Hives L, et al. Screening for aspiration risk associated with dysphagia in acute stroke [J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021, 10(10): CD12679.
- [3] Vasan V, Hardigan T A, Ali M, et al. Dysphagia after ischemic and hemorrhagic stroke: A propensity-matched 20-year analysis of the national inpatient sample[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2023, 32(9): 107295.
- [4] Marin S, Ortega O, Serra-Prat M, et al. Economic evaluation of clinical, nutritional and rehabilitation interventions on oropharyngeal dysphagia after stroke: a systematic review[J]. *Nutrients*, 2023, 15(7): 1714.
- [5] 刘 勇, 魏 俊, 冯雪梅, 等. 健脾补肾活血方联合阿司匹林+氯吡格雷治疗缺血性脑卒中患者的临床疗效及对ADP、AA抑制率的影响[J]. *临床和实验医学杂志*, 2023, 22(17): 1800-1805.
- [6] 陈秀香, 刘建浩, 樊 伟, 等. 针刺对于脑梗死恢复期头痛及吞咽障碍的干预及治疗作用[J]. *世界中医药*, 2023, 18(13): 1928-1931; 1937.
- [7] 彭 斌, 吴 波. 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.
- [8] 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)第一部分 评估篇[J]. *中华物理医学与康复杂志*, 2017, 39(12): 881-892.
- [9] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 2017: 139-140.
- [10] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 322-324.
- [11] 徐瑞霞, 时 那, 宋 莉, 等. ELISA 方法在基础医学研究中的应用及注意事项[J]. *标记免疫分析与临床*, 2011, 18(6): 429-432.
- [12] Sztatmary P, Grammatikopoulos T, Cai W, et al. Acute pancreatitis: diagnosis and treatment [J]. *Drugs*, 2022, 82(12): 1251-1276.
- [13] Jiang J L, Yu J L, Wang J H, et al. Evaluation of the Chinese version of the swallowing screen in stroke patients with dysphagia [J]. *Ci Ji Yi Xue Za Zhi*, 2019, 31(4): 270-275.
- [14] Crary M A, Mann G D, Groher M E. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients[J]. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005, 86(8): 1516-1520.
- [15] Yang C, Pan Y. Risk factors of dysphagia in patients with ischemic stroke: A meta-analysis and systematic review [J]. *PLoS One*, 2022, 17(6): e270096.
- [16] 胡海洋, 刘庆华, 程发峰. 基于“五脏一体观”理论探讨卒中后认知障碍的病机及辨证论治[J]. *实用心脑血管病杂志*, 2023, 31(6): 54-58.
- [17] 刘 邦, 詹懿楷, 李克宁, 等. 基于网络药理学与体外实验探讨川芎活性成分治疗缺血性脑卒中的作用机制[J]. *中药新药与临床药理*, 2022, 33(11): 1536-1544.
- [18] 毛明江, 李秋颖, 郑燕飞, 等. 川芎-防风药对通过抗氧化改善大鼠脑缺血再灌注损伤[J]. *中成药*, 2021, 43(6): 1632-1635.
- [19] 张莹莹, 张 科, 宋 崑, 等. “川芎-当归”药对主要活性成分的网络药理学研究[J]. *安徽医药*, 2023, 27(1): 19-24.
- [20] 许海燕, 王 珊, 彭修娟, 等. 龙生蛭胶囊中“桃仁-红花-川芎”药组治疗脑卒中网络药理学研究[J]. *中国药业*, 2022, 31(3): 36-41.
- [21] 史攀博, 李亨达, 薛 宁, 等. 附子药理、毒理及解毒机制研究述评[J]. *中医学报*, 2023, 38(11): 2347-2353.
- [22] 张 敏, 梁凤妮, 孙延文, 等. 杜仲化学成分、药理作用和临床应用研究进展 [J]. *中草药*, 2023, 54(14): 4740-4761.
- [23] 赵 尚, 朱晓洒, 杨 龙, 等. “三廉泉”针刺配合吞咽理疗仪治疗卒中后吞咽困难临床研究[J]. *针灸临床杂志*, 2021, 37(12): 15-18.
- [24] 谢 霞, 李文娟, 黄文琦, 等. 健脾通络针法联合会厌通络汤治疗脑卒中后假性延髓麻痹吞咽困难疗效观察[J]. *山西医药杂志*, 2022, 51(9): 963-966.
- [25] 王从振, 徐婉月, 赵新新, 等. 针刺联合康复训练治疗脑卒中后假性球麻痹吞咽困难的临床疗效[J]. *中西医结合心脑血管病杂志*, 2022, 20(4): 739-741.