

针刺治疗脑卒中后假性延髓性麻痹吞咽困难的优化方案*

孙建华¹ 陆军伟²

有研究表明,卒中发病后 51% 的患者有吞咽困难^[1],而其中假性延髓性麻痹导致的吞咽困难又占绝大多数。吞咽困难的危害性较大,吞咽困难可造成吸入性肺炎、营养不良和脱水等并发症,甚至危及生命,从而增加脑卒中的病死率和治疗费用,影响脑卒中的康复^[2]。针刺疗法治疗本病虽有一定疗效,但是由于针刺方案的多样化,刺灸法、取穴方案不统一,导致目前临床针刺疗效存在差异^[3]。笔者于 2007 年 12 月—2008 年 12 月采用颈项针、舌下针、常规针刺这三种目前主流的针刺方法治疗脑卒中假性球麻痹吞咽困难患者各 30 例,并进行临床疗效比较,以期寻求最佳针刺治疗方案,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

病例来源于江苏省中医院针灸康复科和神经内科住院患者。诊断标准:①符合第 2 次全国脑血管病学术会议修订的脑卒中病的诊断标准,具有吞咽困难的症候,同时确定为假性球麻痹引起者。②假性球麻痹诊断标准参照国家中医药管理局制订的《中药新药治疗脑卒中病的临床研究指导原则》^[4]和上海科技教育出版社出版的《神经病学新理论与新技术》^[5]制订。纳入标准:①符合诊断标准;②脑卒中患者,病情稳定;③体重在 50—90kg,年龄在 45—85 岁。

排除标准:①非假性球麻痹导致的吞咽困难;②其他精神障碍者;③失语、视听障碍患者。

90 例患者随机分为颈项针、舌下针、常规针刺组,每组 30 例。三组患者的性别、年龄、病程和病种无显著性差异,见表 1。

表 1 三组一般情况比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)($\bar{x}\pm s$)	病程 (天)($\bar{x}\pm s$)	病种(例)	
		男	女			脑梗死	脑出血
颈项针组	30	23	7	65.31±10.54	96.14±209.51	26	4
舌下针组	30	22	8	68.17±10.71	109.72±366.60	24	6
常规 针刺组	30	18	12	67.00±9.75	142.77±414.01	27	3

1.2 治疗方法

3 组患者均对基础性疾病及伴发病进行相同的中西医结合治疗及康复训练。

颈项针组:取穴:指哑门、天柱(双侧)、治呛(天柱下 1 寸,双侧)。均选用 30 号、1.5 寸长的毫针,体位多取坐位或半卧位,垂直进针,进针深度为 1 寸,针刺得气后,以 120 次/min 的频率提插捻转 1min,行针时嘱患者配合吞咽及发音功能训练,隔 10min 行针 1 次,共 3 次。留针 30 min。

舌下针组:取穴:廉泉、廉泉左、廉泉右(廉泉左右各旁开 1 寸)。均选用 30 号、1.5 寸长的毫针,体位取仰卧位,舌下针以鸡爪刺法进针 1 寸,得气后以 120 次/min 的频率捻转 1min,以咽部有麻胀感为度,隔 10min 行针 1 次,共 3 次,留

针 30min。

常规针刺组:取穴:廉泉、通里、照海。均选用 30 号、1.5 寸长的毫针,体位取仰卧位,垂直进针 1 寸,得气后行针 1min,隔 10min 行针 1 次,共 3 次,留针 30min。

3 组治疗均为 1 次/日,6 天/周,2 周为 1 个疗程,共完成 2 个疗程。

1.3 疗效判定标准

采用洼田氏饮水试验。1 级(5 分):5s 内 30ml 温水顺利咽下;2 级(4 分):5—10s 内分 2 次以上不呛地咽下;3 级(3 分):5—10s 内能 1 次咽下但有呛咳;4 级(2 分):10s 内分 2 次以上咽下,有呛咳;5 级(1 分):屡屡呛咳,10s 内全量咽下困难。治疗前、治疗 1、2 个疗程后分别对患者进行评分。以治疗前后洼田氏饮水试验评分改变的百分比(治疗前后评分差值/治疗前评分×100%)作为判定参数,进行评判。

临床痊愈:评分改变≥66.67%;显效:评分改变 50%—66.67%;有效:评分改变 25%—50%;无效:评分改变<25%。

1.4 统计学分析

采用 SPSS13.0 软件进行统计学分析,数据以均数±标准差表示,组间分析采用 *t* 检验、方差分析,等级资料用 Ridit 分析

2 结果

2.1 3 组针法治疗前后洼田氏饮水试验积分变化比较

颈项针、舌下针组由于患者出院,各脱落 1 例。三种针法对吞咽功能的改善均有显著效果($P<0.01$)。疗程越长,吞咽困难的改善效果越明显($P<0.01$)。治疗 1 个疗程后,颈项针组的效果好于常规针刺组及舌下针组($P<0.01$);舌下针组与常规针刺组之间比较无显著性差异($P>0.05$)。治疗 2 个疗程后,颈项针组、常规针刺组吞咽困难的改善程度优于舌下针($P<0.01$),颈项针组与常规针刺组比较无显著性差异($P>0.05$)。说明颈项针与常规针刺组疗效要优于舌下针组,且颈项针起效要较常规针刺组快。见表 2。

2.2 三组患者疗效比较

颈项针组、常规针刺组总有效率分别为 96.55% 和

表 2 三组治疗前后吞咽困难积分变化 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	治疗前	1 个疗程后	2 个疗程后
颈项针组	29	1.66±0.72	3.66±0.81 ^①	4.41±0.63 ^②
舌下针组	29	1.86±0.44	2.59±0.73	3.21±0.90
常规针刺组	30	1.83±0.65	2.93±0.83	4.00±0.87 ^②

①与舌下针组、常规针刺组比较 $P<0.01$ ②与舌下针组比较 $P<0.01$

* 基金项目:江苏省中医药局课题(HL07032)

1 江苏省中医院,江苏,南京,210029

2 南京中医药大学

作者简介:孙建华,男,主任医师

收稿日期:2009-08-13

93.33%, 优于舌下针组 ($P < 0.05$)。但颈项针组与常规针刺组之间比较无显著性差异 ($P > 0.05$)。见表 3。

表 3 三组针法临床疗效比较

组别	痊愈	显效	好转	无效	总有效率(%)
颈项针组(n=29)	21	2	5	1	96.55 ^①
舌下针组(n=29)	14	10	1	4	86.21
规针刺组(n=30)	23	3	2	2	93.33 ^①

①与舌下针组比较 $P < 0.05$

3 讨论

脑卒中后假性延髓性麻痹吞咽困难是由双侧上运动神经元病损(主要是运动皮质及其发出的皮质脑干束)使延髓运动性颅神经核-疑核以及脑桥三叉神经运动核失去了上运动神经元的支配发生中枢性瘫痪所致,其症候同延髓性麻痹十分相似,但又不是由延髓本身病变引起的,故而命名为假性延髓性麻痹。又称中枢性假性延髓性麻痹,或称上运动神经元性延髓性麻痹或核上性延髓性麻痹,主要表现为吞咽困难、言语不清,但咽反射存在、舌肌不萎缩等^[6]。

中医认为本病的病因主要有三个方面^[7]:①肝阳暴亢,痰火流窜;②心脾气虚,痰瘀阻痹;③肝肾阴虚,风阳上扰。基本病理机制是上述病因导致的“窍闭神匿,神不导气,关窍痹阻”。病位本在大脑、标在舌咽部。治以调理髓海,通经活络,开关启闭为法则。

研究结果提示颈项针组不仅疗效显著,而且起效迅速。笔者认为其原理可能为:颈项针组取穴哑门、天柱(双侧)、治呛(双侧)。哑门穴属督脉,位于项后正中线,后发际上 5 分凹陷处,为督脉、阳维脉的交会穴。督脉总督诸阳经,其经脉入脑上巅。脑为髓海,元神所主,人体经络气血贯通于脑。针刺哑门穴能疏通督脉,通达到脑,补髓填精。现代医学研究认为针刺哑门可改善大脑缺血缺氧状态,有利于脑细胞的恢复。天柱穴定位在项部,后发际正中直上 0.5 寸(哑门穴),旁开 1.3 寸,即颈部斜方肌外侧凹处即是此穴,属足太阳膀胱经穴,足太阳经入络脑,经筋结于舌本,经别当心入散,针刺之可利咽通窍。其穴下浅层有第 3 颈神经后支和枕动、静脉分布;深层有枕大神经及枕动、静脉主干,这些都是正常吞咽的基本解剖结构。治呛穴^[8]是临床上治疗吞咽困难的、经验穴,可以调整茎突咽肌和咽缩肌的舒缩,从而改善吞咽功能。诸穴同用,共奏调理髓海,开关启闭之效。

除了穴位之外,针刺手法也对针刺治病的疗效有着关键

性的影响,不可忽视,所谓“气至病所”、“气至而有效”,取穴深度一般达 1 寸左右。针刺时取穴定位要准确,手法得当,使患者产生得气感。研究认为^[9-13]针灸配合康复训练往往要比单纯康复训练效果更好。康复训练中采用的咽部冷刺激使触发的吞咽反射区域变得敏感,有效强化吞咽反射,然后做吞咽动作,患者通过刺激提高对摄食、吞咽的注意力;声门闭锁训练是强化软腭的肌力,有助于除去残留在咽部的食物^[14]。针刺和现代康复技术两者有机结合,可显著改善了患者的生存质量,提高了其生活自理能力,也间接地为患者家属和社会减轻了负担。

参考文献

- [1] 马美玲, 魏贵明. 急性脑卒中后吞咽困难的早期功能训练研究[J]. 中国实用护理杂志, 2004, 20(9): 17—18.
- [2] 汪进丁, 徐丽君. 脑卒中吞咽障碍的病理生理机制研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(7): 666—667.
- [3] 何竟, 何成奇. 针灸治疗脑卒中后吞咽障碍临床选穴规律和刺灸方法探讨[J]. 中国康复医学杂志, 2008, 23(6): 550—551.
- [4] 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. 99—104.
- [5] 史玉泉. 神经病学新理论与新技术[M]. 上海: 上海科技教育出版社, 1998. 235—237.
- [6] 万春晓. 针刺配合康复训练治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(8): 746.
- [7] 张存生. 针刺治疗假性延髓麻痹 325 例临床研究 [J]. 中国医药学报, 1995, 10(2): 18—20.
- [8] 高维滨主编. 神经病中医新疗法[M]. 北京: 军事医学科学出版社, 第 1 版. 2001, 263—268.
- [9] 张盘德, 姚红, 周惠娣等. 针灸与吞咽训练治疗脑卒中后吞咽障碍的研究[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(11): 989—993.
- [10] 滕安琪, 何智武, 白海涛等. 针刺合康复训练治疗脑卒中后吞咽障碍 32 例[J]. 安徽中医学院学报, 2009, 28(2): 32—33.
- [11] 丁宇, 吕祺美, 严勇等. 针刺加康复训练对脑卒中吞咽障碍的疗效[J]. 中国康复, 2007, 22(2): 90—91.
- [12] 杜奋飞. 针刺结合吞咽训练治疗中风后吞咽障碍 28 例[J]. 浙江中医杂志, 2009, 44(5): 357—358.
- [13] 朱崇田, 石娜. 针刺配合康复治疗脑损伤后吞咽障碍[J]. 针灸临床杂志, 2009, 25(02): 12—13.
- [14] 方丽波, 王拥军. 脑卒中后吞咽困难的康复及治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(5): 404.