

• 中医康复 •

醒脑开窍针刺法结合功能训练治疗卒中后吞咽障碍疗效观察

刘兰兰^{1a}, 文国强^{1b}, 欧阳锋^{1b}, 邓益东^{1b}

[摘要] 目的 观察醒脑开窍针刺法结合吞咽功能训练对卒中后假性球麻痹吞咽障碍的疗效。方法 将 80 例卒中后假性球麻痹吞咽障碍患者随机分为观察组和对照组, 每组 40 例。观察组采用醒脑开窍针刺法结合功能训练和西药治疗; 对照组单纯采用西药治疗。结果 治疗后, 观察组总有效率 92.5%, 对照组总有效率 60.0%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 醒脑开窍针刺法结合吞咽功能训练治疗假性球麻痹吞咽障碍疗效优于单纯西药治疗。

[关键词] 脑卒中; 假性球麻痹; 醒脑开窍针刺法; 吞咽障碍; 吞咽功能训练

Effect of Consciousness restoring Obstruction clearing Needing Technique Combined with Swallowing Function Training on Dysphagia after Stroke LIU Lan-lan, WEN Guo-qiang, OU-YANG Feng, et al. The Rehabilitation Center of People's Hospital of Hainan Province, Haikou 570311, Hainan, China

Abstract: Objective To observe the effect of consciousness restoring obstruction clearing needing technique combined with swallowing function training on pseudobulbar paralysis after stroke. **Methods** 80 stroke patients with pseudobulbar paralysis were randomly divided into the trial group and control group with 40 cases in each group. The patients of the trial group were treated with consciousness restoring obstruction clearing needing technique combined with swallowing function training and routine medicine, those of the control group were treated only with routine medicine. **Results** After treatment, the whole effective rate of the trial group was 92.5%, that of the control group was 60.0%, there was a significant difference between two groups ($P < 0.05$). **Conclusion** The therapeutic effect of consciousness restoring obstruction clearing needing technique combined with swallowing function training and routine medicine on pseudobulbar paralysis after stroke is superior to simply routine medicine.

Key words: stroke; pseudobulbar paralysis; consciousness restoring obstruction clearing needing technique; dysphagia; swallowing function training

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2007)10-0963-02

[本文著录格式] 刘兰兰, 文国强, 欧阳锋, 等. 醒脑开窍针刺法结合功能训练治疗卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2007, 13(10): 963-964.

假性球麻痹(pseudobulbar paralysis, PBP)系双侧皮质脑干束受损所致, 临床表现为受延髓支配的肌肉瘫痪或不完全瘫痪, 吞咽困难, 构音障碍, 饮食、水呛咳, 可导致吸入性肺炎、营养不良及电解质紊乱, 影响病情转归, 甚至导致死亡。大量文献资料显示, 针刺治疗及吞咽功能训练对卒中后 PBP 吞咽困难具有确切的疗效^[1]。我科运用醒脑开窍针刺法配合吞咽功能康复训练治疗脑梗死后 PBP 致吞咽困难患者, 现报道如下:

1 资料与方法

1.1 临床资料 我科 2004 年 11 月~2006 年 8 月住院脑血管病患者 80 例。入选条件: ①符合 1994 年第四届全国脑血管病会议通过的脑卒中诊断标准, 并经头颅 CT 或 MRI 检查确诊, 临床有饮水呛咳、进食困难等吞咽障碍, 咽反射存在; ②发病 7 d 以上; ③经 MRI 检查排除延髓及咽部肌群病变, 意识清醒, 可配合检查和治疗, 未并发失语及认知障碍, 无精神障碍、严重感染等并发症; ④经洼田氏饮水试验评级^[2], 评分 > 3 分(评分标准见表 1); ⑤年龄 35~70 岁。随机将患者分为观察组和对照组, 每组 40 例。观察组中, 男性 22

例, 女性 18 例, 年龄(58.5 ± 7.6)岁; 脑梗死 24 例、脑出血 16 例; 洼田氏评分(4.09 ± 0.69)分; 开始治疗时间(12.5 ± 0.05)d。对照组中, 男性 23 例、女性 17 例, 年龄(60.1 ± 7.9)岁; 脑梗死 25 例、脑出血 15 例; 洼田氏评分(3.98 ± 0.74)分; 开始治疗时间(11.3 ± 0.05)d。两组患者的年龄、性别、脑血管病类型、吞咽障碍评分及治疗介入时间等差异无统计学意义($P > 0.05$)。

表 1 洼田氏饮水试验评分表

积分	评测表现
1 分	能顺利地一次咽下 30 ml 温水(端坐位)
2 分	分 2 次以上, 能不呛咳地咽下
3 分	能 1 次咽下, 但有呛咳
4 分	分成 2 次以上咽下也有呛咳
5 分	屡屡呛咳, 全量咽下困难

1.2 方法 两组患者均予神经内科常规治疗, 包括抗血小板聚集、脑保护、改善微循环、脱水等药物治疗, 15 d 为 1 个疗程。观察组在此基础上予以醒脑开窍针刺法配合吞咽功能训练。

1.2.1 醒脑开窍针刺法 患者平卧, 安尔碘消毒, 选用华佗牌 30 号针灸针, 依患者胖瘦等体质情况不同, 选择适宜长度的针具及针刺深度。穴位选择内关、水沟、三阴交、风池、完骨、天柱、翳风等。先刺双侧内关,

作者单位: 1. 海南省人民医院 a. 康复中心; b. 神经内科, 海南海口市 570311。作者简介: 刘兰兰(1979-), 女, 湖北荆门市人, 住院医师, 主要研究方向: 中医针灸治疗神经系统损伤。

直刺 13 ~ 25 mm, 采用提插捻转泻法, 施手法 1 min; 继刺水沟, 向鼻中隔方向斜刺 8 ~ 13 mm, 采用雀啄泻法, 以流泪或眼球湿润为度, 以后可 2 ~ 3 日 1 次; 再刺三阴交, 双侧直刺 13 ~ 40 mm, 行捻转补法 1 min; 风池、完骨、天柱、翳风, 均针向前下 45° 结喉方向, 深刺约 2 寸, 进针深度 40 ~ 60 mm, 得气后捻转运针 180° ~ 260°, 60 ~ 80 次/min, 连续 3 min, 施小幅度高频率捻转补法, 针刺得气, 不得气者采用循法、刮法等方法催气, 每日治疗 1 次, 15 d 为 1 个疗程^[3]。

1.2.2 吞咽功能训练 由经过培训的专业人员根据患者吞咽障碍的程度选择声门上吞咽法、门德尔松法、屏气-发声法、喉内收训练、吞咽肌肌力训练、舌肌训练、咽收缩训练、吞咽肌训练等间接方法, 并给予密度均一、有适当黏性、不易松散、容易吞咽的食物进行直接进食训练, 可采用点头样吞咽、下颌下降姿势、空吞咽与交互吞咽等代偿性方法, 避免误吸发生。每次训练 30 min, 每天 2 次, 15 d 为 1 个疗程。

1.3 疗效评定标准 于治疗前及治疗 2 个疗程后进行洼田饮水试验评分, 疗效标准为: ①显效: 吞咽障碍消失, 饮水试验评定 1 分; ②有效: 吞咽障碍明显改善, 饮水试验评定 2 分; ③无效: 吞咽障碍改善不明显, 饮水试验评定 3 分以上。3 次评定均由同一康复医生和治疗师进行。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 11.0 统计软件对两组患者治疗前后的饮水试验评分进行配对 *t* 检验; 有效率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

治疗后, 两组患者的吞咽功能均得到改善。观察组显效 21 例 (52.5%)、有效 16 例 (40.0%)、无效 3 例 (7.5%), 总有效率 92.5%; 对照组显效 9 例 (22.5%)、有效 15 例 (37.5%)、无效 16 例 (40.0%), 总有效率 60.0%, 观察组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。洼田饮水试验评分观察组治疗前为 (4.09 ± 0.69) 分, 治疗后为 (1.61 ± 0.55) 分; 对照组治疗前为 (3.98 ± 0.74) 分, 治疗后为 (2.00 ± 0.72) 分, 观察组治疗后的评分低于对照组 ($P < 0.05$)。

3 讨论

我国目前每年有 200 万人新发脑卒中, 其中有 2/3 致死或致残。PBP 吞咽障碍是卒中患者常见且难治的并发症之一, 轻者影响患者的生活自理能力, 增加心理负担; 重者可直接因误吸导致肺部感染, 或因摄入不足致严重营养不良, 甚至死亡。临床实践表明, 针刺可以改善血液循环、血液流变学、脑血流和颅底血流状况, 促进病灶区域侧支循环建立, 改善病损脑组织的血氧供应, 促进中枢神经功能恢复, 重建神经支配通路^[4]。现代神经康复医学是应用促进或抑制方法改善脑病损

伤者运动控制能力的一类康复治疗方法。吞咽功能康复训练根据神经促通技术和神经元再塑原理, 可改善吞咽器官血液循环, 以及咽部肌肉的灵活性和协调性^[5-9]。临床观察表明, 针刺结合康复训练的效果优于单纯药物治疗^[10]。

石学敏院士应用“醒脑开窍”针刺法, 以调神、治神、开窍启闭为立法, 严谨量化手法规范操作, 比目前临床常用的体针疗效显著, 比舌针可操作性强, 患者接受度高, 在中国针灸治疗学中独具特色^[11]。本研究采用洼田氏饮水评分标准是为了加强标准化、统一化, 提高结果的可信度。

总之, 醒脑开窍针刺法结合吞咽功能训练对卒中后 PBP 吞咽障碍进行综合治疗, 可以提高药物治疗的效果, 缩短病程, 减轻患者的经济负担。脑组织对血、氧的依赖性强, 神经损伤后几乎是不可逆的^[12], 因此针刺治疗和吞咽功能训练应尽早介入, 激发半暗带区, 促进侧支循环, 及早形成代偿。脑梗死最有效的治疗方法——溶栓, 要求在发病后 3 ~ 6 h 的时间窗内完成, 所以, 应通过进一步的临床观察以明确针刺和吞咽训练的最佳时间窗。

[参考文献]

- [1] 吴敬. 针灸结合康复疗法治疗脑血管病的研究近况[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2003, 13: 159.
- [2] 福井介彦, 藤田勉. 脑卒中最新线——急性期 からさわりき [M]. 东京: 医齿药出版社, 1987: 268.
- [3] 石学敏. 以针灸治疗为中心的中风诊疗体系[J]. 江苏中医, 1999, 20: 8.
- [4] 蒋戈利, 王国华, 王鹤云. 通关利窍针法治疗脑中风性假性延髓麻痹 300 例[J]. 上海针灸杂志, 1997, 16(2): 17.
- [5] 韩蓉蓉. 脑梗塞合并假性球麻痹致吞咽障碍的康复治疗[J]. 中国康复医学杂志, 2000, 15(2): 105—106.
- [6] 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—405.
- [7] 马艳平, 张俊玲, 宋慧, 等. 综合性吞咽功能训练对脑卒中吞咽障碍的疗效[J]. 中国康复理论与实践, 2005, 11(6): 492.
- [8] 徐秋珍, 张修芝. 急性脑卒中后吞咽障碍的康复[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(3): 266—267.
- [9] 谢静红. 综合疗法治疗脑卒中吞咽障碍 84 例[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(8): 671—672.
- [10] 周长斗, 冯声旺, 徐翠英. 头颈部督脉电针治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(10): 899—900.
- [11] 蒋戈利, 石学敏, 张存生, 等. 醒脑开窍法针刺治疗假性延髓麻痹的临床及实验研究[J]. 天津医药, 1992, 20(3): 168—171.
- [12] 朱镛连. 脑的可塑性与功能再组[J]. 中华内科杂志, 2000, 30(8): 567—568.

(收稿日期: 2006-11-15)