

# 头颈部督脉电针治疗脑卒中后吞咽障碍疗效观察

周长斗,冯声旺,徐翠英

[摘要] 目的 观察头颈部督脉电针治疗脑卒中后吞咽障碍的临床疗效。方法 将 67 例脑卒中后吞咽障碍患者随机分为观察组 34 例和对照组 33 例,观察组以头颈部督脉电针治疗为主,配合常规西医治疗;对照组单纯采用常规西医治疗;治疗前后分别进行饮水试验及临床疗效评定。结果 观察组患者吞咽功能改善明显优于对照组( $P < 0.01$ )。结论 督脉电针能有效提高常规西医治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效。

[关键词] 督脉电针;脑卒中;针刺疗法;吞咽障碍

**Effect of Du Meridian Electroacupuncture of the Scalp on Deglutition Disorder after Stroke** ZHOU Chang-dou, FENG Sheng-wang, XU Cui-ying. The Department of Rehabilitation, the Nanhai Traditional Chinese Medicine Hospital of Foshan, Foshan 528200, Guangdong, China

**Abstract:** **Objective** To investigate the effect of Du meridian electroacupuncture of the scalp on deglutition disorder after stroke. **Methods** 67 patients with deglutition disorder after stroke were randomly divided into the experimental group ( $n = 34$ ) and control group ( $n = 33$ ). The patients of the experimental group were received Du meridian electroacupuncture of the scalp as main therapy, combined with routine medicine treatments; the patients of the control group were only received routine medicine treatments. Before and after treatments, deglutition function of all patients was assessed by drinking water test and clinical effect was also assessed. **Results** After treatment, the deglutition function of the patients in the experiment group was markedly improved and superior to those in the control group ( $P < 0.01$ ). **Conclusion** Du meridian electroacupuncture can markedly improve the clinical effect of routine medicine treatments on deglutition disorder after stroke.

**Key words:** Du meridian electroacupuncture therapy; stroke; acupuncture therapy; deglutition disorder

[中图分类号] R743.3, R245.9 [文献标识码] A [文章编号] 1006-9771(2006)10-0899-02

[本文著录格式] 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.

脑卒中患者由于双侧大脑皮质脑干束受累,常出现假性球麻痹,伴随吞咽功能障碍。吞咽障碍是脑卒中后常见的严重合并症,发病率高达 40% 左右,严重影响患者的营养摄取和整体康复效果<sup>[1,2]</sup>。因此,尽早恢复患者吞咽功能是脑卒中后康复的重要任务之一。近 3 年来,我们应用督脉电针对脑卒中后吞咽障碍患者进行治疗,现报道如下:

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 我院康复科、神经内科住院的脑卒中后伴有吞咽障碍患者 67 例,年龄 38~67 岁,病程 < 5 个月,急性发病患者处于亚急性期(病后 5~7 d),意识清楚,能主动配合电针治疗。全部病例均符合脑血管病诊断标准<sup>[3]</sup>,经头颅 CT 或 MRI 检查确诊。采用完全随机抽样法将患者分为观察组 34 例(督脉电针合并常规西医治疗)和对照组(单纯常规西医治疗) 33 例。两组患者的性别、年龄及病程无显著性差异( $P > 0.05$ )。

## 1.2 方法

**1.2.1 观察组** 治疗方法为:①针刺取穴:哑门、风府、大椎、百会、上星、人中等;②操作方法:患者取端坐位或俯坐位,哑门、风府进针均向下颌方向,进针 1~

1.2 寸,只捻转不提插,以局部出现明显酸麻胀痛感为度;大椎进针时稍向上直刺 0.8~1 寸,以局部出现酸胀感,向下或向双肩部扩散为度;百会、上星进针沿皮呈 20° 从前向后刺入 1~1.5 寸,以 100~150 次/min 的频率快速捻针 1~2 min,以局部出现酸胀感为度;人中以 15° 角向鼻中隔方向平刺,大幅度捻转不提插,以出现鼻部酸麻胀感不能忍受为度;针刺得气后,哑门与人中、风府与百会、大椎与上星穴间分别接 G6805 脉冲电针治疗仪的正负电极,选用疏密波,电压控制在 4~6 V,输出电流 0.5~1.5 mA,由弱逐渐增强,以局部出现酸胀感、肌肉出现节律性收缩为度,每次通电 30 min,15 d 为 1 个疗程;③西药治疗:5% 葡萄糖 250 ml 加丹参注射液 10 ml,或加脑蛋白水解物注射液 20 ml 静脉滴注,每日 1 次;20% 甘露醇 250 ml 静脉滴注,每日 2 次,脱水治疗 1 周,再改用 20% 甘露醇 125 ml,每日 2 次,治疗 1 周;注意血糖、血脂、血压、血黏度的控制,预防并发症。治疗 15 d 为 1 个疗程。

**1.2.2 对照组** 治疗方法主要采用单纯常规西医治疗为主,所使用药物及疗程同观察组。

**1.3 疗效评定** 治疗前后进行洼田饮水试验<sup>[4]</sup>。患者坐位,饮温水 30 ml,观察经过,记录时间,注意有无呛咳。1 次 5 s 内饮完无呛咳为正常。异常为:① 1 级:1 次 > 5 s 饮完或 > 2 次饮完,无呛咳;② 2 级:1 次饮完有呛咳;③ 3 级:> 2 次饮完,有呛咳;④ 4 级:多次呛咳,不能饮完。

作者单位:佛山市南海中医院康复科,广东佛山市 528200。作者简介:周长斗(1964-),男,湖北丹江口市人,副主任医师,主要研究方向:脑卒中、脑外伤、脊髓损伤及周围神经病损康复。

疗效标准:①治愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定正常;②显效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定提高 >2 级;③有效:吞咽障碍改善,饮水试验评定提高 1 级;④无效:吞咽障碍改善不明显,饮水试验评定无进步。

1.4 统计学处理 数据以百分率表示,采用  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

观察组患者系统治疗 10 ~ 35 d 后基本能主动进食,留置胃管患者可以择时拔除胃管。治疗 3 个疗程后进行饮水试验,观察组的分级明显好于对照组( $P < 0.01$ ,见表 1);临床疗效评定,观察组与对照组的治愈率分别为 79.41%和 18.18%,有效率分别为 100.0%和 72.72%,两组间治愈率与有效率均有非常显著性差异( $P < 0.01$ ,见表 2);观察组临床治愈病例的治疗时间明显短于对照组( $P < 0.01$ ,见表 3)。

表 1 两组患者治疗前后的洼田饮水试验分级(n)

组别	n	时间	1 级	2 级	3 级	4 级	正常
观察组	34	治疗前	6	12	11	5	0
		治疗后	1	1	3	2	27 <sup>a</sup>
对照组	33	治疗前	5	13	10	5	0
		治疗后	4	11	4	8	6

注:a.与对照组比较, $P < 0.01$ 。

表 2 两组患者治疗后的疗效评定

组别	n	治愈	显效	有效	无效	治愈率	有效率
		(n)	(n)	(n)	(n)	(%)	(%)
观察组	34	27	2	5	0	79.41 <sup>a</sup>	100 <sup>a</sup>
对照组	33	6	11	7	9	18.18	72.72

注:a.与对照组比较, $P < 0.01$ 。

表 3 两组患者治愈所需时间( $\bar{x} \pm s, d$ )

分组	痊愈例数	治疗时间	P
观察组	27	17.86 ± 7.21	< 0.01
对照组	6	26.67 ± 8.72	

### 3 讨论

脑卒中后吞咽障碍较难治疗,治疗不当易导致营养不良、机体脱水、肺部感染等并发症,因此多采用综合治疗结合康复训练<sup>[5-8]</sup>。本研究结果表明,督脉电针疗法可提高常规西医治疗脑卒中后吞咽障碍的疗效。

督脉与脑经络相联,关系十分密切。督脉不仅在循行路线上与脑直接相联,督脉的网络调控作用对大脑的影响是其他经络无法替代的,故有人指出,“督脉乃脑之经络”。更有学者认为,皮质脊髓束是督脉在项背部的实质内容,而皮质脑干束是督脉在头面部的主要实质内容<sup>[9]</sup>,强调督脉与脑的关系。因此,针刺督脉在头颈部的穴位可以调节大脑功能,治疗脑卒中后吞咽障碍。

现代医学研究表明,针刺督脉百会、哑门、水沟等穴对中风急慢性期均有较好疗效<sup>[10-12]</sup>;针刺督脉经穴能减轻脑缺血时脑功能的损伤,促进缺血后再灌注时

脑功能的恢复,调节脑组织内血管活性物质的含量,扩张脑血管,改善脑血流量,有利于保护脑缺血后的脑神经元<sup>[13,14]</sup>;电针督脉的“大椎”、“百会”对缺血性脑损伤有明显的保护作用,可以抑制脑缺血后脑组织神经细胞凋亡<sup>[15]</sup>;针刺“人中”、“百会”对神经细胞的死亡有积极影响。在不同的脑缺血动物模型上已观察到,针刺督脉穴位有神经保护作用<sup>[16]</sup>。

针刺督脉在头颈部的要穴,可直接刺激舌咽神经、舌下神经、迷走神经所支配的咽肌和喉肌,诱发咽肌和喉肌的运动反射,同时又可直接刺激双侧大脑皮质脑干束,反射性刺激延髓麻痹部位,并能迅速建立脑血管的侧枝循环,促进病灶部位的血液循环,激活受损的舌咽神经、迷走神经、舌下神经,加强病灶周围神经细胞的代偿作用,进而促进吞咽功能逐步恢复。

哑门、风府是督脉在头颈部的要穴,也是治疗吞咽障碍的主要穴位,因两穴深面正对延髓的重要部位,针刺不宜过深,以不超过 1.2 寸为宜,只作小幅度捻转,得气即可,不能大幅度提插,以免伤及延髓,出现危险情况。

### [参考文献]

- [1]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: 105-106.
- [2]Bath P M, Bath F J, Smithard D G. Interventions for dysphagia in acute stroke[J]. Cochrane Databass Syst Rev, 2000, 20: 323.
- [3]中华神经精神科杂志编委会. 各类脑血管病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379.
- [4]大西幸子,孙启良. 脑卒中患者摄食吞咽障碍的评价与训练[J]. 中国康复医学杂志, 1997, 2(12): 414-415.
- [5]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.
- [6]毕家香,李泽云. 运动再学习方案训练脑卒中吞咽障碍[J]. 中国康复, 2004, 19(1): 36-37.
- [7]何玉琴,梁亮标,杨艺,等. 脑卒中吞咽障碍患者功能训练与心理护理[J]. 中国康复, 2004, 19(4): 249-250.
- [8]栗滢波,马秀芹,顾连芬. 脑卒中后延髓麻痹吞咽障碍的综合治疗[J]. 中国康复, 2004, 19(5): 305.
- [9]贾耿. 督脉、足太阳、任脉、肾精实质试探[J]. 湖南中医学院学报, 2000, 20(4): 47-49.
- [10]金竹春,顾法隆,陈汝兴,等. 督脉穴位针刺对急性脑梗塞患者的治疗作用[J]. 针刺研究, 1999, 24(1): 5.
- [11]李定明,李文铎,赵玉林,等. 针刺治疗脑出血的临床观察报告[J]. 中医杂志, 1988, 29(5): 30.
- [12]石学敏. 针灸临床研究进展概述[J]. 针刺研究, 1998, 23(2): 85.
- [13]应赛霞,程介士. 电针对沙鼠脑缺血及再灌注时脑电活动的影响[J]. 针刺研究, 1994, 19(2): 29.
- [14]许能贵,许冠荪,钟平,等. 电针督脉经穴对急性脑缺血大鼠一氧化氮及内皮素的影响[J]. 针刺研究, 1996, 21(3): 18.
- [15]骆仲达,赖新生,许能贵. 电针督脉对缺血性脑损伤大鼠神经细胞凋亡的影响[J]. 安徽中医学院学报, 2002, 21(6): 27.
- [16]李荣,郭景春,程介士,等. 督脉穴位电针对暂时性脑缺血所致神经细胞死亡的影响[J]. 针刺研究, 2003, 28(1): 10-16. (收稿日期:2006-03-02 修回日期:2006-04-03)