

醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后假性球麻痹 30 例 临床观察

栾晓康¹ 倪光夏²

(1.南京中医药大学第二临床医学院,江苏南京 210023; 2.江苏省第二中医院,江苏南京 210017)

摘要 目的:探讨醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后假性球麻痹的临床疗效。方法:60例患者随机分为醒脑开窍针刺组(治疗组)和传统针刺组(对照组)各30例,观察比较2组洼田饮水试验评级、藤岛一郎吞咽疗效评分及临床疗效。结果:治疗组洼田饮水试验评级、藤岛一郎吞咽疗效评分改善均优于对照组;治疗组、对照组临床总有效率分别为83.33%、76.67%。结论:醒脑开窍针刺法治疗假性球麻痹疗效确切。

关键词 脑卒中后遗症 假性球麻痹 醒脑开窍 针刺疗法

中图分类号 R743.305 文献标识码 A 文章编号 1672-397X(2014)07-0061-02

近年来,笔者采用醒脑开窍针刺法治疗脑卒中后假性球麻痹30例,并与采用传统针刺法治疗的30例相比较,取得较好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 60例患者均为2013年3月至12月江苏省第二中医院针灸康复科及神经内科住院患者,按随机数字表分为治疗组和对照组。治疗组30例:男17例,女13例;年龄44~86岁,平均年龄(69.33±10.80)岁;病程9d~8年。对照组30例:男11例,女19例;年龄50~85岁,平均年龄((68.80±9.04)岁;病程7d~5年。2组患者的性别、年龄、病程等比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准 (1)符合假性球麻痹诊断标准:构音困难,吞咽困难,软腭反射消失,咽反射减弱或正常,

情感障碍,强哭强笑;(2)影像学检查:头颅CT或MRI证实有延髓运动神经核以上部位的梗死或出血病灶;(3)意识清醒,能配合检查治疗和完成相关实验。

1.3 排除标准 (1)其他导致吞咽障碍的疾患;(2)合并严重的心、肝、肾、造血系统、内分泌系统疾病;(3)意识不清者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 在脑卒中常规针刺治疗基础上加用双侧风池、翳风、完骨穴,取用0.3mm毫针,均针向结喉,震颤徐入2.5寸,小幅度、高频率捻转1min,以咽喉部麻胀感为宜,留针30min。每日1次,每周5次,10次为1个疗程,共治疗2个疗程。

2.2 对照组 在脑卒中常规针刺治疗基础上加用廉泉、夹廉泉。廉泉向舌根方向刺入1.5寸,夹廉泉

食高粱厚味,湿热内蕴产生痤疮。笔者针刺主要调冲任、疏肝气、滋肾阴、清湿热,同时配合心理疏导。方中肝俞、心俞、脾俞、肺俞、肾俞调五脏,五脏实乃阴阳自调也;复溜、三阴交、太冲、期门滋肾阴、理肝气;内关、膈俞活血化瘀;次髎、关元、三阴交、阴交调冲任;合谷、曲池、足三里、丰隆、阴陵泉清湿热。配合心理疏导是因为中年女性受工作、家庭的双重压力^[2],使她们变得易恼怒、焦虑、失落、沮丧等,长期不良心理刺激会干扰人体神经、内分泌、内脏、免疫、皮肤等多个系统,影响机体的内部平衡。也正如《内经》所说“静则神藏,躁则消亡”。目前尚有少数医者忽视了人所特有的高度发达的神经系统、十分复杂的思想情感、个性等心理活动,背离了人的整体性而就病论

病,这种片面的认识使临床治疗效果相对有限。所有医者在治病的同时一定要重视对患者的心理治疗和心灵沟通,只有这样,临床疗效才可有较大提高。

6 参考文献

- [1] 司在和. 调理冲任法治疗痤疮 120 例. 中国临床医生, 2004, 32(4): 26
 - [2] 鲁龙光. 心理疏导疗法. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 21
- 第一作者: 吴兵花(1973-), 女, 大专学历, 住院医师, 从事中医美容工作. 2547224212@qq.com

收稿日期: 2013-11-10

编辑: 华 由 王沁凯

向喉结方向刺入 1.2~1.5 寸, 以上 3 穴均得气后施予平补平泻手法; 留针 30min。疗程同治疗组。

3 疗效观察

3.1 评价内容及标准

3.1.1 洼田饮水试验评级 患者端坐, 喝下 30mL 温开水, 观察所需时间和呛咳情况。1 级: 能顺利地 1 次将水咽下; 2 级: 分 2 次以上, 能不呛咳地咽下; 3 级: 能 1 次咽下, 但有呛咳; 4 级: 分 2 次以上咽下, 但有呛咳; 5 级: 频繁呛咳, 不能全部咽下。

3.1.2 藤岛一郎吞咽疗效评分 1 分: 不适合任何吞咽训练, 且不能经口进食; 2 分: 误咽严重, 仅适合基础吞咽训练, 但仍不能经口进食; 3 分: 误咽减少, 可进行摄食训练, 但仍不能经口进食; 4 分: 在安慰中可少量进食, 但仍需经静脉或胃管补充营养; 5 分: 1 餐食物经口进食, 需部分补充营养; 6 分: 3 餐食物经口进食, 需部分补充营养; 7 分: 3 餐食物经口进食, 不需静脉或胃管补充营养; 8 分: 除特别难吞咽的食物外, 均可经口进食; 9 分: 经口进食, 但需临床观察指导; 10 分: 正常的摄食吞咽能力。

3.2 临床疗效标准 痊愈: 吞咽障碍消失, 饮水试验评定 1 级; 显效: 吞咽障碍症状明显改善, 饮水试验评定 2 级; 有效: 饮水试验评定未达到 2 级, 但较治疗前提高 1 级或 1 级以上; 无效: 吞咽障碍症状改善不明显, 饮水试验评定 3 级以上。

3.3 统计学方法 采用 SPSS19.0 统计软件。计量资料采用 t 检验, 计数资料采用卡方检验。

3.4 治疗结果

3.4.1 2 组洼田饮水试验比较 见表 1。

表 1 治疗组、对照组治疗前后洼田饮水试验评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	4.20±0.71	2.60±0.97 [△]
对照组	30	4.50±0.68	3.07±1.08 [*]

注: * 与本组治疗前比较, $P < 0.01$; Δ 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.4.2 2 组藤岛一郎吞咽疗效评分比较 见表 2。

表 2 治疗组、对照组藤岛一郎吞咽疗效评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	30	6.10±1.69	8.23±1.04 [△]
对照组	30	6.57±1.52	8.10±0.84 [*]

注: * 与本组治疗前比较, $P < 0.01$; Δ 与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

3.4.3 2 组临床疗效比较 见表 3。

表 3 治疗组、对照组临床疗效比较 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	4	10	11	5	83.33 [△]
对照组	30	1	9	13	7	76.67

注: Δ 与对照组比较, $P < 0.05$ 。

4 讨论

假性球麻痹是脑卒中后常见并发症, 近年来该病随着脑卒中发病率的逐年升高而递增, 严重影响患者的生存质量。本病是指脑桥或脑桥以上部位发生病变, 造成延髓内运动神经核失去上位神经支配, 而出现以吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍为主的一组病症。患者常因误吸引起肺部感染, 严重影响患者生存质量。目前现代医学治疗假性球麻痹尚无特效疗法。

假性球麻痹属中医学“中风”、“暗瘕”、“喉痹”等范畴。《金匱要略·中风历节病》有记载:“邪入于脏, 舌即难言, 口吐涎。”本病是在肝、脾、肾三脏亏虚的基础上, 产生风、火、痰、瘀, 最终导致风痰瘀血阻痹脑络、舌本, 窒塞咽喉, 关窍阻闭, 神气失导而发^[1], 即此病病机为“窍闭神匿, 神不导气”。

石学敏院士根据中风“窍闭神匿, 神不导气”的病机, 创立醒脑开窍针刺法, 在治疗上开窍启闭, 以改善大脑的生理功能为主, 在取穴上以阴经腧穴为主, 注重操作手法的量化规范。遵循“经脉所过, 主治所及”的用穴规律, 选取风池、翳风、完骨穴。3 穴均为近脑腧穴, 均有濡脑养髓的作用。其中风池穴乃治风要穴, 为足少阳经与阳维之会, 可条达阳经之气, 故针刺风池可以熄风潜阳、清头利窍; 翳风为手少阳三焦经穴, 又是手足少阳经交会穴, 能祛风通络、化痰散结; 完骨为足少阳、足太阳经交会穴, 可祛风通络、疏风清热。3 穴同用, 共奏养脑髓、通脑窍、利机关之效。

现代研究表明, 针刺风池、翳风可刺激迷走神经感觉纤维, 产生的兴奋可刺激皮质脑干束的调节作用, 帮助吞咽功能的恢复^[2]。脑血流动力学实验研究也有证据表明针刺风池、翳风穴可改善双侧椎基底动脉、枕动脉、颈内动脉和耳后动脉的血液循环^[3]。

本组病例治疗结果表明, 醒脑开窍针刺法与传统针刺法对中风后假性球麻痹均有疗效, 而醒脑开窍针刺法疗效较佳, 值得临床推广。

5 参考文献

- [1] 张惠利, 朱立春, 王文刚, 等. 针刺治疗中风后假性球麻痹的现代文献回顾性研究. 中国中医急症, 2013(3): 31
 - [2] 陆军伟, 孙建华. 颈项针为主治疗假性球麻痹疗效观察. 上海针灸杂志, 2009, 28(5): 262
 - [3] 董树生, 么玉文, 赵玉宝. 红花注射液促进脑出血血肿吸收的疗效观察. 天津中医学院学报, 2005, 24(3): 155
- 第一作者: 栾晓康(1987-), 男, 硕士研究生, 针灸推拿学专业。

通讯作者: 倪光夏, xgn66@163.com

收稿日期: 2014-02-25

编辑: 华 由 王沁凯