

· 经验交流 ·

针刺治疗脑卒中吞咽障碍的疗效观察

刘悦 凌方明 梁宏宇

吞咽功能障碍是脑卒中患者常见的并发症,主要是脑卒中时出现的球麻痹(亦称延髓麻痹),因真性球麻痹和假性球麻痹引起吞咽功能障碍。本研究采用针刺治疗脑卒中后吞咽障碍,并与康复训练组进行疗效观察比较。

资料与方法

一、一般资料

60 例均是住院患者。男性 38 例,女性 22 例;年龄最大 85 岁,最小 45 岁;病程最长 10 个月,最短 2 d;脑出血 23 例,脑梗死 31 例,既有梗死又有出血者 6 例;首次发病 34 例,再次发病 23 例,第 3 次发病 3 例;假性球麻痹 56 例,真性球麻痹 4 例;患者均经 CT 或 MRI 检查确诊。根据入院顺序随机分为针刺治疗组 30 例,康复训练对照组 30 例,两组患者性别、年龄、病程、发病次数均无明显差异,有可比性。

二、评价方法

采用洼田氏饮水试验可简易地判断吞咽功能障碍的程度。方法是让患者按习惯自己喝下 30 ml 温水,观察所需时间及呛咳情况:1 级,能顺利地 1 次咽下;2 级,分 2 次以上,能不呛地咽下;3 级,能 1 次咽下,但有呛咳;4 级,分 2 次以上咽下,也有呛咳;5 级,屡屡呛咳,全量咽下困难。由专人负责记录,对患者治疗前和出院前进行 2 次评估。

三、治疗方法

1. 治疗组:针刺取穴为风府、哑门、风池(双)、翳风(双)、廉泉。肝阳上亢加太冲、太溪,痰涎壅盛加丰隆、阴陵泉,气虚血弱加足三里、血海。舌僵语涩加通里、金津、玉液。操作手法:用 30 号 2 寸毫针风府透刺哑门,行捻、转、补、泻手法,患者有向四肢轻微电传感,风池穴针刺方向朝咽喉,轻捻转缓进 2~3 寸,施小幅度高频率补法;翳风向舌根方向对刺 2~3 寸,施捻、转、平补、平泻,以咽喉麻胀感为宜,廉泉朝向舌根部刺 3~4 寸,宜轻捻缓进,施捻、转、泻法,舌根部出现麻胀感,每隔 5 min 行针 1 次,留针 20 min,每天 1 次,10 次为 1 疗程,疗程间休息 2 d。

2. 对照组:根据患者不同情况有针对性地进行吞咽功能训练,脑卒中患者的吞咽障碍主要在口腔期和咽期,对影响吞咽功能的相关肌群进行指导训练。(1)嘱患者作微笑或皱眉的面部活动,张口后闭上,鼓腮,使双颊部充满气体后轻轻吐气;(2)患者张口,将舌头向前伸出,然后作左右运动摆向口角,再用舌尖舔下唇后转舔上唇,并抵压硬腭部;(3)做吸吮动作,如使用婴儿用奶瓶奶嘴,嘱患者进行吸吮动作;(4)作咀嚼动作,空咀嚼或嚼口香糖;(5)进行吞咽动作练习,如空吞咽,咽小块冰、小块果冻等。

3. 常规疗法:根据病情常规使用改善脑循环、营养脑细胞的神经细胞活化剂及营养支持疗法。两组药物常规治疗基本相同。治疗组药物常规治疗加针刺治疗,对照组药物常规治疗

加康复训练。

四、疗效标准

治愈:吞咽障碍消失,饮水试验评定 1 级;显效:吞咽障碍明显改善,饮水试验评定提高 2 级以上;有效:吞咽障碍改善,饮水试验评定提高 1 级;无效:吞咽障碍改善不明显,饮水试验评定无进步。

五、统计学分析

评定结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 χ^2 检验及 t 检验进行统计学处理。

结 果

一、治疗组和对照组治疗前及出院前饮水试验评定(表 1)

表 1 两组治疗前和出院前饮水试验评定

分 组	例数	治疗前(分)	出院前(分)	P
治疗组	30	4.02 ± 0.6	1.34 ± 0.5	<0.01
对照组	30	3.95 ± 0.4	2.63 ± 0.6	<0.01

二、治疗组和对照组疗效对比(表 2)

表 2 两组出院前疗效评定

组 别	例数	痊愈		显效		有效		无效	
		n	%	n	%	n	%	n	%
治疗组	30	24	80.0	4	13.3	1	3.3	1	3.3
对照组	30	14	46.7	7	23.3	3	10.0	6	20.0

由表 1、表 2 结果显示,治疗组和对照组出院前饮水试验评级明显高于治疗前($P < 0.01$),治疗组进步优于对照组,差异有显著性($P < 0.01$)。治疗组与对照组临床有效率分别为 96.6% 及 80%,治疗组明显高于对照组,经统计学分析差异有显著性($P < 0.05$)。

讨 论

脑卒中患者由于舌咽、迷走和舌下神经的核性或核下性损害产生球麻痹,双侧大脑皮质或皮质脑干束损害则产生假性球麻痹,临床以假性球麻痹更为常见。西医用鼻饲或胃造口成形术来维系患者的生命,久之,不但患者产生营养失调、腹胀便秘等副作用,而且使延髓神经支配的咽、喉、腭、舌肌废用性萎缩,不利于吞咽功能的重建。患者可因吞咽障碍不能进食同时伴有部分感觉、运动障碍等症状而产生悲观、失望和厌世的绝望心理,致使生活质量下降,死亡率增高。因此,脑卒中早期根据病情和营养状态对吞咽障碍患者进行系统的康复治疗是非常必要的。

中医认为本病病机为本虚标实:本为肝肾不足,气血虚弱;标为风火相煽,痰瘀壅阻经络。尤其本病急性期特点为痰浊壅盛,患者吞吐不利的情况下,依急则治其标的原则,当通咽利喉,豁痰开窍。根据针灸的“近部取穴”原则,选取颈项部穴位,

该部穴位既有近治作用以治咽喉、舌的病症而治标,又有远治作用疏通脑部经络,改善脑部血液循环而治本。针刺治疗脑卒中吞咽障碍,以积极有效的治疗措施,迅速改善脑细胞功能,激活上行脑干网状结构系统,促进受损神经细胞苏醒,恢复咽部的神经支配,以完成各种不随意运动。临床实践表明,在针刺治疗过程中,对风府、哑门、风池、翳风、廉泉等穴须严格掌握针刺方向、深度,注重量学要求,使针抵咽喉部并产生胀麻感形成“得气”感觉,诸穴并用起到益气通络,补脑益髓,通咽利窍,而吞咽障碍自除之功效。

针刺治疗在患者病情稳定、生命体征平稳、无严重并发症时即可进行,而康复训练受患者精神状态、理解能力、神经功能缺损程度及医嘱执行能力等因素影响,这也是针刺治疗疗效高于康复训练的原因之一。同时我们也观察到,临床病例中病程愈短疗效愈佳;有出血或梗死病灶范围越大者疗效越差;假性球麻痹治疗疗效较好,真性球麻痹预后欠佳。

(收稿日期:2002-01-21)

(本文编辑:阮仕衡)

· 短篇报道 ·

针刀治疗肩周炎 360 例

张月娥 张安仁 余华 孙燕 王玲

1997 年以来,我们共收治 718 例肩周炎患者,其中左肩 372 例,右肩 346 例;男 342 例,女 376 例;年龄 36~75 岁,平均 52.6 岁;病程 15 d~7 年。将患者随机分为针刀治疗组(针刀组)及对照组(超短波、推拿、体疗)。针刀组 360 例,对照组 358 例,两组患者性别、年龄差异均无显著性。所有病例均有肩关节疼痛,夜间及肩关节活动时加重,有明显压痛点,可触及条索状物或结节,肩关节活动功能不同程度受限,病程较长的患者出现肩周肌肉萎缩。全部病例均除外骨折、肿瘤及颈椎病引起的肩痛。

针刀组:患者取坐位或侧卧位(患肩向上),每次选择 1~2 个压痛点(1%甲紫药液标记),常规消毒,局部注射 20%利多卡因 2~5 ml、强的松龙注射液 50 mg 及 10 ml 生理盐水,使肌间沟臂丛神经阻滞。然后用小针刀(刀刃 0.8 mm)在原压痛点进针,对粘连、疤痕形成之软组织进行纵行疏通剥离、横行摆动、切开剥离、疤痕刮除、通透剥离,使粘连、结疤之软组织松解^[1]。5~7 d 治疗 1 次,同时配合肩部功能锻炼。对照组:先

用超短波肩部对置治疗,微热量,每次 20 min。接着肩部推拿 20 min,采用揉、滚按、推按、指压点穴、被动摇肩牵引等推拿手法。最后肩部体疗锻炼 40 min。每天锻炼 1~2 次,10 次为 1 疗程。

疗效判断标准 ①治愈:肩部疼痛消失,压痛消失,肩关节活动功能正常。肩关节上举 180°,外展 90°,后伸、内收、内旋摸背拇指尖可达第 7 胸椎棘突。②显效:肩关节疼痛及压痛明显减轻,肩关节活动功能接近正常。肩关节上举大于 150°,外展大于 70°,后伸、内收、内旋摸背拇指尖可触及第 12 胸椎棘突。③好转:疼痛减轻,肩关节活动功能改善。④无效:病情及体征无明显变化。

两组疗效分析详见表 1。针刀组 360 例中 1 次治愈 18 人,2 次治愈 151 人,3 次治愈 162 人,4 次治愈 20 人,5 次治愈 9 人。对照组无效的 19 例,后来均改用针刀治疗 3 次,其中 10 例治愈,9 例显效。小针刀治疗无效的 1 例,后来采用综合治疗症状改善。

表 1 两组肩周炎患者的临床疗效

组别	例数	平均治疗时间 (d)	治愈		显效		好转		无效		总有效率%
			例数	%	例数	%	例数	%	例数	%	
针刀组	360	20.5	342	95	12	3.3	5	1.4	1	0.3	99.7
对照组	358	42.3	250	69.8	72	20.1	17	4.7	19	5.3	94.7

注:两组治愈率比较, $\chi^2=28.607, P<0.01$,差异有非常显著性;两组总有效率比较, $\chi^2=4.035, P<0.05$,差异有显著性。

讨论 肩关节是人体活动范围最大的关节,肩周软组织包括肌肉、肌腱、韧带、滑囊等最容易受到各方面的牵拉,引起慢性劳损,加之受风、寒、湿的影响,引起充血、水肿及渗出。产生粘连、疤痕、挛缩,引起动态平衡失调,而逐渐发展成肩周炎。

小针刀治疗肩周炎,主要是对粘连、结疤之软组织进行纵行疏通剥离、横行摆动剥离、切开剥离、疤痕刮除,使粘连结疤之软组织松解,使肩周软组织动态平衡恢复,因而疼痛消失。一般患者治疗 1~3 次,个别患者治疗 4~5 次,即可治愈。小针刀治疗的同时,要加强肩部功能锻炼,这是改善肩部活动功能的关键,

同时可增加局部血液循环,改善供氧,加快渗出物的吸收、解除粘连,防止肌肉萎缩,减轻疼痛^[2]。小针刀治疗肩周炎方法简单、安全,容易掌握,较常规理疗疗效好,疗程短,解除患者痛苦快。是值得采用的一种治疗方法。

参 考 文 献

- 1 朱汉章,柳百智. 针刀临床诊断与治疗. 北京:人民卫生出版社,1999. 8-12.
- 2 李永厚,陈茂华. 颈肩腰腿疼痛综合治疗与进展. 长春:吉林科学技术出版社,1998. 62-84.

(收稿日期:2002-03-03)

(本文编辑:熊芝兰)

作者单位:610083 成都军区总医院理疗康复科