

腕踝针联合醒脑开窍针法治疗脑卒中急性期假性球麻痹患者的临床疗效观察

朱慧君

(瑞金市人民医院 江西瑞金 342500)

【摘要】研究目的:探讨以腕踝针联合醒脑开窍针法,治疗脑卒中急性期假性球麻痹患者,观察患者吞咽功能恢复情况。方法:采取临床随机对照研究(RCT),选取于2021年1月-2021年12月间来我院就诊符合纳入标准的80例脑卒中急性期假性球麻痹患者,随机分为对照组(n=40)和观察组(n=40)。两组患者均入院连续性治疗2周,对照组应用普通针刺治疗;观察组应用醒脑开窍针法联合腕踝针疗法。并且两组均接受规范神经内科基础治疗及康复训练。记录并比较治疗前后洼田饮水试验评分、藤岛一郎吞咽量表的评分和副反应等情况。结果:经治疗后,观察组洼田饮水试验评分较对照组低, $t=4.315$,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组藤岛一郎吞咽量表评分较对照组高, $t=5.875$,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗过程中不良反应情况,其中观察组患者肺部感染率较对照组低,差异有统计学意义($P<0.05$),针刺部位皮下血肿情况,差异无统计学意义($P=0.239$)。结论:腕踝针联合醒脑开窍针法治疗脑卒中急性期假性球麻痹患者,可提高患者吞咽功能,同时减少临床并发症,降低患者家庭和社 会的负担,优于常规针刺治疗。

【关键词】腕踝针、醒脑开窍针法、脑卒中、假性球麻痹、吞咽障碍

Clinical effect of wrist and ankle injection combined with acute stroke

Zhu Huijun

(Ruijin People's Hospital, Jiangxi Ruijin 342500)

[Summary]: Study purpose: To investigate the treatment of stroke patients with acute pseudobulb palsy and observe the recovery of swallowing function. Methods: Clinical randomized controlled study (RCT), 80 patients with pseudocycbar palsy in the acute phase who came to our hospital from January 2021 and December 2021 who met the inclusion criteria were randomly divided into control group (n=40) and observation group (n=40). Both patients were hospitalized for 2 weeks and the control group received common acupuncture; the observation group used brain opening injection combined with wrist and ankle injection. And both groups received basic treatment and rehabilitation training in the standardized neurology department. Record and compare the drinking water test scores, scores of Fujijima swallowing scale and side reactions before and after treatment. Results: After treatment, the drinking water test score was lower than the observation group; $t=4.315$; statistically different ($P<0.05$); the swallowing scale score was higher than the control group; $t=5.875$ ($P<0.05$); the pulmonary infection rate in the observation group was statistically lower ($P<0.05$); the subcutaneous hematoma at the acupuncture site ($P=0.239$). Conclusion: wrist and ankle acupuncture in patients with pseudoball palsy in the acute phase of stroke can improve the swallowing function, reduce clinical complications, and reduce the burden of family and society, which is better than conventional acupuncture treatment.

[Key words] Wrist and ankle needle, brain needle, stroke, pseudocycbar paralysis, swallowing disorder

引言:

临床上认为不良生活习惯会导致患者出现脑卒中症状,这一脑血管疾病多由不健康的高脂饮食、熬夜作息不规律、无节制喝酒吸烟以及家族遗传基因导致的^[1]。该疾病在病理上认为是由于脑血管的破裂或堵塞导致的脑血液循环障碍从而损伤脑组织,在临床上出现神经系统损伤、缺失,患者多出现瘫痪、感觉障碍、吞咽困难、交流问题等现象^[2]。其中,脑卒中后假性球麻痹患者常会出现吞咽功能障碍,导致患者无法饮食、清晰言语,从而引起营养不良、脱水、肺炎、

情绪不定等问题^[3]。口腔期、咽期、食管期是吞咽的过程,而口腔期作为第一步,是否出现障碍会影响到后续的的吞咽功能^[4]。脑卒中后后遗症急性吞咽障碍率在60%左右^[5],因此临床上更加关注该症状。目前主要治疗方式有药物、康复、神经电刺激和针刺治疗等。

醒脑开窍针法是治疗脑卒中吞咽障碍的特色方式^[6],俞国尧将常规康复或药物治疗与醒脑开窍针法联合治疗脑卒中后吞咽障碍患者^[7],有效率高达90%。有研究报道,对于脑卒中吞咽障碍患者,腕踝针疗法的起效机制可能是多方面、多靶点的^[8]。曹志新^[9]的研究表明,腕踝针疗法可进一步

提高脑卒中吞咽障碍患者的预后。为此,本研究探讨两种针刺法联合治疗脑卒中急性期假性球麻痹患者的临床疗效,选取 80 例脑卒中急性期假性球麻痹患者,进行研究,报道如下。

1. 资料与方法

1.1 一般资料

采取临床随机对照研究(RCT)的方案中,选取于 2021 年 1 月-2021 年 12 月间来我院就诊符合纳入标准的 80 例脑卒中急性期假性球麻痹患者,随机分为对照组(n=40)和观察组(n=40)。其中对照组男性 26 例,女性 14 例,平均年龄(65.34±6.58)岁,平均病程(17.64±4.22)小时;观察组男性 24 例,女性 16 例,平均年龄(66.43±7.65)岁,平均病程(17.26±3.67)小时。两组患者性别、年龄及病程,差异无统计学意义(P>0.05),具可比性。本研究中的一切数据,均已经由本院的伦理学委员审阅同意,且经患者及家庭阅悉并签署了知情同意书。

1.1.1 纳入标准

①选择符合脑卒中诊断标准,并且脑 CT、MRI 结果能够证实患脑卒中^[10];②所选脑卒中患者确实存在口腔吞咽障碍问题^[11];③患者首次被诊断为脑卒中,且经影像学检查证实为假性球麻痹;④患者的各项指征正常;⑤口腔功能分数小于 5 分;⑥患者的意识清晰,能够服从各项治疗安排。⑦患者及其亲属对于本研究的计划足够了解,并且配合治疗。

1.1.2 排除标准

患者存在心理疾病,无法配合本研究;②合并其他疾病;③患者进行其他治疗,无法判断本治疗的效果;④患者存在可能中途离开本研究,造成失访。

1.2 治疗方法

两组患者在接受神经内科基础治疗和康复治疗基础上,对患者分别进行研究。其中,对照组进行普通针刺治疗,观察组进行腕踝针联合醒脑开窍的针法。

普通针刺治疗:以廉泉、翳风、金精、玉液、合谷为主穴,根据中医辨证选取相应配穴,对患者进行针刺治疗。留针 30min。每周 5 次(周一至周五每日 1 次),治疗时间 2 周。

醒脑开窍针法:选穴、操作手法均参照石学敏院士所创醒脑开窍针刺法进行治疗。每周 5 次(周一至周五每日 1 次),治疗时间 2 周。

腕踝针疗法:采用针具为 0.25×40mm 毫针,选用腕踝针穴位双上 1、双下 1 进行针刺,刺入皮下后留针 6 小时,隔日针刺 1 次,治疗时间 2 周。

1.3 观察指标

评估并记录患者治疗前后洼田饮水试验评分、藤岛一郎吞咽量表评分,以及不良反应情况。其中,洼田饮水试验评

分,每名卒中患者均采取坐位,取 30ml 温开水于患者,要求其 5 秒时间内一次饮尽杯内温水,同时观察记录饮水实际所用时间、饮尽次数及呛咳程度:

能 1 次饮完,但有呛咳与停顿为 3 分;分 2 次饮完,且有呛咳或停顿为 4 分;有呛咳,饮完困难为 5 分可一次性饮尽,并无呛咳发生为 1 分;停顿饮尽,但不发生呛咳为 2 分;能一次性饮尽但发生呛咳为 3 分;分 2 次饮尽且有发生呛咳或停顿为 4 分;难以饮尽,且多次呛咳为 5 分。藤岛一郎吞咽量表评分标准共计 10 分,依据吞咽训练及摄取营养的途径进行评分,分值区间内,卒中患者评分越高表明其吞咽功能越正常。不良反应情况包括患者肺部感染以及针刺不良反应等情况。

1.4 统计学方法

应用 SPSS 26.0 对数据进行统计分析。计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,t 检验,计数资料以 χ^2 检验,P<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后洼田饮水试验、藤岛一郎吞咽量表的评价情况。

治疗前,两组患者洼田饮水试验评分、藤岛一郎的吞咽质量量表评分,差异无统计学意义。治疗后,两组患者洼田饮水试验评分均较各组治疗前降低;两组患者藤岛一郎的吞咽质量量表评分均较各组治疗前提高;观察组患者洼田饮水试验评分较对照组低,藤岛一郎的吞咽质量量表评分较对照组高,且差异均有统计学意义(P<0.05)。见表 1、2。

表 1 两组脑卒中急性期假性球麻痹患者治疗前后洼田饮水试验评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	洼田饮水试验评分		配对 t 值	P 值
	疗程前	疗程后		
对照组	3.88±0.72	3.05±1.15	7.729	<0.05
观察组	3.88±0.67	2.05±1.5	25.851	<0.05
t 值	<0.001	4.315		
P 值	>0.05	<0.05		

表 2 两组脑卒中急性期假性球麻痹患者治疗前后藤岛一郎吞咽量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	藤岛一郎吞咽量表评分		配对 t 值	P 值
	疗程前	疗程后		
对照组	3.15±1.03	5.63±1.56	8.446	<0.05
观察组	3.08±1.02	7.73±1.63	14.941	<0.05
t 值	0.327	5.875		
P 值	0.744	<0.05		

2.2 两组患者治疗期间的不良反应情况。

对照组患者的肺部感染发病人数为 8 人(20.0%),高于观察组发生人数 1 人(2.5%), $\chi^2=4.507$,P<0.05,差异有

统计学意义；对照组患者皮下血肿发生人数为 3 人（7.5%），高于观察组发生人数 0 人（0%）， $\chi^2=1.385$ ， $P>0.05$ ，差异无统计学意义。见表 3。两组患者在治疗期间内均未见晕针、乏力、针刺后遗感、滞针不良反应，患者一般生命体征表现良好。

表 3 两组患者在治疗期间不良反应发生率状况的比较（n，%）

组别	肺部感染	皮下血肿
对照组	8（20.0%）	3（7.5%）
观察组	1（2.5%）	0
χ^2 值	4.507	1.385
P 值	<0.05	0.239

3. 讨论

吞咽是正常的反射活动，一个完整的吞咽过程需要口腔、咽、喉和食管的多方配合。脑卒中患者的吞咽障碍多是由于三叉、面、舌下神经出现损伤，导致口唇闭合不完整、面部神经出现麻痹、下颌部存在运动障碍、舌肌无力，从而使患者出现进食困难，从而无法进行营养摄入，会病情康复的速度减缓，甚至会出现多种并发症，加重病情。脑卒中的治疗方式主要是对患者的大脑神经进行营养，在改善脑循

环、减少脑水肿现象的基础上，进行吞咽训练、肌肉电刺激等针对性的治疗，但是治疗对象较为局限，治疗周期长，不能广泛应用。

本研究提出，腕踝针联合醒脑开窍针法治疗脑卒中急性期假性球麻痹患者，治疗后洼田饮水试验评分较低、藤岛一郎吞咽量表评分较高，说明腕踝针联合醒脑开窍针法疗效优于常规针刺法。中医上多认为，脑卒中后吞咽障碍属于“噎咳”类，石学敏提出本病主要是吞咽存在阻碍，因此被称为“类噎膈”。中医认为多是阴阳不平衡、气血混乱，从而导致脑部出现脉络、气血闭塞。目前，根据祛湿化痰、畅通经络的原则，对患者进行针刺、注射等方式治疗^[12]。醒脑开窍针刺治疗是石学敏提出的脑卒中患者的规范化治疗针法，能够帮助患者补神益气；腕踝针主要是在特定刺激点进行针刺治疗，可改善脑卒中患者吞咽功能。而两种针法的联合治疗能提高疗效，从而缩短患者吞咽功能的恢复时间。本研究也提示，联合治疗可降低患者肺部感染率，说明联合治疗，可提高脑卒中急性期假性球麻痹患者的吞咽功能恢复，并且能够减少相应的并发症。

综上，腕踝针联合醒脑开窍针法治疗，可改善脑卒中急性期假性球麻痹患者的吞咽功能，促进神经修复、减少损害、改善预后^[13]。且可减少临床并发症，降低患者家庭和社

参考文献：

- [1]甘勇, 杨婷婷, 刘建新, 胡赛, 乔岩, 王超, 杨宇迪, 常园园, 卢祖洵. 国内外脑卒中流行趋势及影响因素研究进展[J]. 中国预防医学杂志, 2019, 20(02): 139-144. DOI: 10.16506/j.1009-6639.2019.02.013.
- [2]《中国脑卒中防治报告 2019》概要[J]. 中国脑血管病杂志, 2020, 17(05): 272-281.
- [3]陈凤侠, 李红玲, 庞亚涛, 陈广博. 脑卒中后吞咽障碍治疗方法研究进展[J]. 中国康复, 2021, 36(03): 189-192.
- [4]徐静, 张兴. 针刺结合颊肌电刺激治疗脑卒中后口腔期吞咽障碍的效果[J]. 中国实用医药, 2015, 10(35): 271-272. DOI: 10.14163/j.cnki.11-5547/r.2015.35.201.
- [5]桂美琳, 肖洪波, 陈瑞全, 朱宗俊, 张伟, 卢尹凤. 腕踝针结合 Vocastim-Master 吞咽治疗仪治疗缺血性脑卒中后吞咽障碍临床研究[J]. 湖北中医杂志, 2021, 43(04): 34-37.
- [6]宋雅琳. 脑卒中后吞咽障碍的治疗概况[J]. 光明中医, 2016, 31(4): 602-604.
- [7]Li LX, Deng K, Qu Y. Acupuncture Treatment for Post-Stroke Dysphagia: An Update Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Chin J Integr Med, 2018, 24(9): 686-695.
- [8]汤俏璐, 江显俊, 阙建兰. 腕踝针配合康复训练对脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 浙江中西医结合杂志, 2019, 29(4): 295-298.
- [9]曹志新. 腕踝针配合康复训练对脑卒中后吞咽障碍的疗效观察[J]. 临床研究, 2019, 27(09): 138-139.
- [10]钟迪, 张舒婷, 吴波. 《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2018》解读[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2019, 19(11): 897-901.
- [11]吞咽障碍膳食营养管理中国专家共识(2019版)[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019(12): 881-882-883-884-885-886-887-888.
- [12]方美凤, 谭峰, 张学文. 腕踝针联合康复训练治疗脑卒中偏身感觉障碍的临床研究[J]. 浙江中医药大学学报, 2018, 42(11): 971-974. DOI: 10.16466/j.issn1005-5509.2018.11.021.
- [13]李佳诺, 孙忠人, 尹洪娜, 曾祥新. 针刺对颅脑损伤后相关因素影响的动物实验研究进展[J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(06): 74-77.