

# 脑卒中假性球麻痹吞咽障碍的康复治疗

王志珍 江四清 赵德明  
(安徽省淮北市人民医院 淮北 235000)

**摘要:**目的:探讨康复治疗对脑卒中假性球麻痹吞咽障碍的疗效。方法:将 123 例患者随机分为治疗组 71 例和对照组 52 例,治疗组应用针灸、康复功能训练进行综合治疗,对照组单纯针灸治疗。结果:治疗组 VFSS 评分明显高于对照组 ( $P < 0.01$ ),恢复自主吞咽所需要时间明显短于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论:针灸和早期康复训练能有效提高脑卒中假性球麻痹吞咽障碍的疗效。

**关键词:**脑卒中;假性球麻痹;吞咽障碍;针灸疗法;康复训练  
**中图分类号:**R 743.3 **文献标识码:**B

**文献编号:** 1671-4040(2005)01-0016-01

我科近 4 年来应用针灸和早期康复功能训练综合治疗脑卒中假性球麻痹引起吞咽障碍 71 例,疗效满意。总结如下:

## 1 材料和方法

**1.1 研究对象** 所选病例均为我科住院脑血管病所致假性球麻痹引起吞咽障碍,全部病人均经头颅 CT 或 MRI 检查,符合脑血管病诊断标准<sup>[1]</sup>。采用完全随机抽样法分为治疗组(针灸合并早期康复功能训练)及对照组(单纯针灸),2 组病人一般资料经统计学处理,在性别、年龄、病程和病情程度上差异无显著性意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 方法** 治疗组:取穴头针取偏瘫对侧头部运动区;舌针取金津、玉液、廉泉、夹廉泉;肢体瘫痪加体针风池、肩井、曲池、外关、合谷、风市、阳陵泉、足三里、三阴交、太冲。操作方法:患者平卧头针沿皮呈 30 度角从上向下刺入 1~1.5 寸,以 100~200 转/min 的频率快速捻转 1~3min,舌针先针金津、玉液点刺 1~3 次以轻微出血为佳,不留针;然后再向舌根方向针刺廉泉、夹廉泉,进针 1~1.5 寸,用平补平泻手法,体针直刺 1.5~2 寸,留针 30min,1 d 1 次,15d 为 1 个疗程。早期康复训练:(1)感觉刺激:用棉棒浸一下冷水后冷冻,用冰棉棒长时间大范围地触碰前腭弓、后腭弓、软腭、咽后壁及舌后部,左右相同部位交替,上下午各进行 20~30 次刺激。(2)声带内收训练:病人反复咳嗽,清嗓子,试深吸一口气,憋住,然后大声用力发音,呼气。(3)治疗性进食:体位病人坐直,稍向前倾 20 度,颈部稍向前弯曲,使舌骨舌肌的张力增高,喉上抬,使食物容易进入食道。(4)食物的选择:最好选用半流质或糊状食物如菜泥、果冻、蛋糕羹等,这些食物易于在口中控制。(5)呛咳的处理:呛咳是吞咽障碍的最基本特征,出现呛咳时,病人应弯腰,颈弯曲,身体前倾,下颌低向胸,用咳嗽清洁气道,或在肩胛骨之间快速连续拍击,使残渣咳出。对照组:单纯用针灸疗法,疗程同治疗组。2 组均治疗 4 个疗程后统计疗效。

## 2 疗效观察

**2.1 疗效标准** 吞咽障碍评估标准采用 VFSS 评定<sup>[2]</sup>:10 分为正常,0 分为重度,7~9 分为轻度,2~3 分为中度。观察 2 组恢复自主吞咽所需要时间及功能积分,2 次评估均由同一康复医生和康复治疗师进行评估。

**2.2 结果** 2 组治疗结果比较见表 1、表 2。

表 1 2 组疗效评分比较( $\bar{X} \pm S$ )

分组	例数	治疗前	治疗后
治疗组	71	2.0±1.01	8.04±1.27
对照组	52	2.08±1.03	4.77±1.23

注:治疗后 2 组间比较,有显著性差异  $P < 0.01$ ,说明治疗组疗

效明显优于对照组。

表 2 2 组恢复自主吞咽时间比较( $\bar{X} \pm S$ ) d

分组	例数	恢复时间
治疗组	71	20.45±10.63
对照组	52	36.87±23.56

注:2 组间比较,有显著性差异,  $P < 0.01$ ,说明治疗组取效快,疗效高。

## 3 讨论

脑卒中假性球麻痹是由双侧大脑皮层运动区及皮层下结构受损引起,主要表现为吞咽障碍,言语含糊不清,咽反射存在,舌肌无萎缩,伴有病理性脑干反射和情感障碍如强哭强笑等。脑卒中假性球麻痹,表现吞咽障碍很多,易造成吸入性肺炎和营养不良等<sup>[3]</sup>。皮质损伤导致皮质下行投射受损,损伤皮质下白质区域前部使联系中断,并干扰皮质向下的投射,使双侧皮质延髓束受损引起的假性球麻痹,30%~40%可出现吞咽障碍,导致吞咽困难及误吸<sup>[4,5]</sup>。吞咽功能康复训练主要包括口面肌群的运动训练、腭咽闭合训练、体位与补偿技术<sup>[6]</sup>。针刺相应头部刺激区,可直接刺激双侧大脑皮层脑干束,反射性刺激延髓麻痹部位,并能迅速建立起脑血管的侧枝循环,促进损伤部位的血流量,激活损伤的舌咽神经、迷走神经、舌下神经,加强病灶周围脑神经细胞功能的代偿作用。针刺舌体局部,可使传感向舌根部传导,反射向兴奋低级与高级中枢,使损伤的神经功能恢复<sup>[7]</sup>。早期进行吞咽功能训练可防止咽下肌群发生废用性萎缩,加强舌和咀嚼肌按摩和运动,提高吞咽反射的灵活性。本文结果表明,行针灸和吞咽功能康复训练,可明显提高脑卒中假性球麻痹吞咽功能,治疗组恢复自主吞咽所需时间也明显短于对照组。

### 参考文献

- [1]中华神经科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):397
- [2]贺维亚,鲁广秀,蒋建华.脑梗死合并吞咽困难的康复治疗[J].中国临床康复,2003,7(16):2364
- [3]Langmore Se.Predictor of aspiration;HOW is dysphagia [J].Dysphagia,1998,13:69-821
- [4]汪洁.脑卒中后吞咽困难的康复治疗 [J].中国临床康复,2002,6(11):1553-1555
- [5]张婧,王拥军.卒中后吞咽困难的发生机制[J].国外医学·脑血管疾病分册,2004,12(9):274-277
- [6]张婧,王拥军.针刺治疗假性球麻痹吞咽困难疗效观察[J].中国针灸,2004,24(4):228

(收稿日期:2004-11-15)