

一针三刺配合康复训练治疗脑卒中后真性球麻痹的临床效果

叶秀珍

来宾市兴宾区人民医院 广西来宾 546100

【摘要】目的 探讨一针三刺结合康复训练治疗脑卒中后真性球麻痹患者的临床疗效。**方法** 将符合纳入标准的 68 例脑卒中后真性球麻痹患者,按随机数字表法分为观察组和对照组,每组 34 例,对照组采取单纯康复训练,观察组为一针三刺配合康复训练。治疗前、后采用洼田饮水试验、洼田吞咽能力量表对吞咽功能进行评定。**结果** 观察组治疗总有效率明显高于对照组 ($P<0.05$);治疗后观察组吞咽能力评分高于对照组 ($P<0.05$)。**结论** 采用一针三刺配合康复锻炼治疗脑卒中后真性球麻痹患者,可有效改善患者病症,促进吞咽功能有效恢复,治疗效果显著。

【关键词】 脑卒中后真性球麻痹;一针三刺;康复训练

【中图分类号】 R743.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2020) 03-057-02

真性球麻痹是脑卒中严重后遗症之一,子下肢运动的神元性延髓麻痹,因延髓的凝核、舌下神经损伤导致患者软腭、咽肌及舌等部位迟缓性麻痹、吞咽肌群萎缩,甚至造成吞咽反射消失,严重威胁患者的生命健康及生活质量^[1],临床上以为声音嘶哑、吞咽困难、饮水易呛咳等为主要表现,且治疗效果较差,预后不佳,故本文以 68 例患者为观察对象,采取一针三刺配合康复训练的治疗效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院 2019 年 6 月-2020 年 2 月入院的脑卒中后真性球麻痹患者 68 例,按随机数字表法分为对照组与观察组,每组 34 例。对照组男 16 例,女 18 例;年龄 52-81 岁,平均年龄 (62.35 ± 3.46) 岁;病程 12-56d,平均病程 (32.16 ± 4.32) d。观察组男 14 例,女 20 例,年龄 55-82 岁,平均年龄 (64.95 ± 3.56) 岁,病程 10-55d,平均病程 (35.64 ± 3.21) d。两组患者临床基线治疗无差异意义 ($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

1.2.1 对照组

采用单纯康复训练治疗,方法为:①口唇部康复训练:指导患者闭紧口唇,然后由护理人员从外部施加对抗力,从而迫使患者张开口唇;患者口含压舌板,护理人员向外拨,但尽量做到不拔出;同时按摩患者口唇周围。②面颊肌康复训练:嘱咐患者张口、呲牙、上下齿叩击等动作训练;然后用冰棉棒按摩或轻叩击瘫痪面颊部。③下颌康复训练:轻柔按摩或牵引下颌关节,对其进行轻拍刺激,同时让患者咬紧齿白。④舌肌康复训练:选取纱布持舌上下左右被动运动,⑤吞咽反射训练:采用冰冻过的棉棒接触患者后腭弓、软腭、前腭弓等部位,给予刺激;指导患者吸气后进行屏气,然后突然发声;进行咳嗽训练、呼吸运动训练等。

1.2.2 观察组

采用康复训练(与对照组一致)与一针三刺治疗,患者保持仰卧位,取廉泉穴,以 1.5 寸的毫针,直刺 1 寸,刺入后以小幅度频率捻转行针,时间为 1min,然后将针退到皮下,向左转向针尖 30° ,然后向患者舌根部直刺 1 寸,以同样手法捻针,然后立即出针。快速点刺哑门、舌面、金津、玉液等穴位,2 次/d,共治疗 2 月。

1.3 观察指标

1.3.1 评估方法

两组分别在治疗前、后根据田饮水试验、摄食-吞咽功能等级评定评估患者吞咽功能。洼田饮水实验评定:保持患者坐位,饮 30ml 温水,观察患者出现的呛咳情况。可一次性饮完,且无呛咳出现为 I 级,2 次饮完,无呛咳为 II 级;可一次性饮完,但出现了呛咳为 III 级;分 2 次饮完,有呛咳为 IV 级;常呛咳,无法饮完为 V 级。

摄食-吞咽功能等级评定:不可进行吞咽训练,完全不能从口进食为 I 级;仅可进行基础吞咽训练,但还不可从口入食为 II 级;可开始摄食,但不可从口入食为 III 级;可少量进食,以静脉补充营养为 IV 级;可从口进食 1-3 种食物,部分营养经静脉补充为 V 级;可食用 3 种食物,不需要静脉营养为 VI 级;除特别难吞咽食物外,均可食用,但需观察和指导为 VII 级;可正常摄食-吞咽为 VIII 级。

1.3.2 疗效判定标准^[2]

显效:饮水呛咳、吞咽障碍症状基本消失,进食软饭或普食,营养状态好无并发症,洼田水试验提高 1-2 级;

有效:症状明显改善,饮水时较正常延长,营养状态基本良好,咽水试验提高 I 级;

无效:症状改变不明显或无变化,饮水呛咳,吞咽困难,不能饮水、进食,洼田饮水试验无变化或 3 级。总有效率 = (显效 + 有效) / 例数 $\times 100\%$ 。

1.4 统计学方法

采用统计学软件 SPSS22.0 数据分析。计数资料以百分比率(%)描述, χ^2 检验;计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 描述,t 检验;差异有统计学意义 $P<0.05$ 。

2 结果

2.1 比较两组临床疗效

观察组患者治疗效果高于对照组 ($P<0.05$),见表 1。

表 1: 对比两组临床疗效 [n, %]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	34	20	4	10	70.59
观察组	34	25	7	2	94.12
χ^2					4.958
P					0.025

2.2 比较两组治疗前、后的吞咽能力评分

两组患者治疗前吞咽能力评分无明显差异 ($P>0.05$),治疗后两组患者吞咽能力显著改善,且观察组评分高于对照组 ($P<0.05$),见表 2

表 2: 比较两组治疗前、后的吞咽能力评分 ($\bar{x} \pm s$, 级)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	34	4.36±1.32	3.46±1.02
观察组	34	4.22±1.33	1.32±0.26
t		0.436	11.855
P		0.332	0.000

3 讨论

脑卒中后真性球麻痹是常见的后遗症功能障碍之一,因皮质延髓束上的神经元受损而病发,导致患者出现吞咽功能反射消失,舌运动受限、软腭麻痹等,且口腔食物向食管移动乏力,使通过时间加长,易发生吸入性肺炎、脱水及窒息等并发症,对患者的生存质量有严重影响,甚至威胁患者生命^[2]。而临床康复训练可给予患者针对性的锻炼,通过对患者口唇、面颊、舌等多个部位进行主动或被动练习,有效改善患者吞咽功能,促进患者咽部肌肉灵活度与协调度有效恢复;且采用冰冻棉棒可有效刺激患者咽后壁肌肉收缩,避免咽下肌群发生萎缩,且呼吸训练可帮助患者排痰、清除分泌物,可有效避免吸入性肺炎的发生^[3]。而一针三刺治疗真性球麻痹是中医学的基础理论,通过针刺廉泉穴,可有效达到局部治疗的作用,而廉泉穴是人体任脉与阴维脉的交汇之穴,主治患者语言障碍及吞咽困难等病症,可有效发挥开窍利暗、养阴益肝的功效,而金津穴、玉液穴的有效刺激,可改善患者表浅肌群,加强口咽部的感觉传入,促进患者吞咽功能有

效恢复^[4]。而一针三刺配合康复训练治疗,可有效改善患者临床病症,提高临床治疗效果。

本文实验结果表明,观察组治疗有效率高于对照组,且治疗后观察组吞咽能力评分高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),表明针对脑卒中后真性球麻痹患者,实施一针三刺、康复训练联合治疗,可有效改善患者吞咽功能,综合治疗患者神经元,促进吞咽肌群收缩,加速患者康复。

综上所述,一针三刺联合康复训练治疗,对脑卒中后真性球麻痹患者的治疗效果有积极作用,但本次患者例数较少,缺乏确信度,应加强临床试验探究力度,为临床该病症的治疗,提供可靠依据。

参考文献:

- [1] 覃亮, 杨信才, 崔彩虹. 穴位注射结合物理因子治愈真性球麻痹吞咽困难 1 例 [J]. 医学研究与教育, 2017, 34(5):79-80.
- [2] 陈飞宇, 刘小平, 包烨华. “项针”联合康复训练治疗脑卒中后假性球麻痹临床观察 [J]. 上海针灸杂志, 2018, 37(2):135-139.
- [3] 高建英, 贾春生, 石晶. 温针灸治疗脑梗死后真性球麻痹临床观察 [J]. 河北中医, 2018, 40(6):909-913.
- [4] 孔兆佳, 吉学群. “调理脾胃合深刺纳阳针法”治疗脑梗死后真性延髓麻痹临床验案 1 例 [J]. 内蒙古中医药, 2017(36):81-81.

(上接第 55 页)

对脑外伤患者给予常规的康复治疗有助于改善患者的不良心理,消除患者的负面情绪,提高患者的临床治疗依从性,从而更加的配合相关治疗,而给予患者一定的运动指导有助于刺激患者的中枢神经,有效提高患者的反应能力,促使患者尽快康复,给予患者一定的语言锻炼可明显改善患者的人际关系,有助于患者的社会生活等。

在对患者进行常规康复治疗的基础上增加中医治疗的效果更佳,中药药方中含有的白芍和川芎可对患者进行活血而行气,红花具有止痛及通络、活血而化瘀的作用,当归可对患者进行补气而养血,山茱萸和远志有助于患者的益智作用等^[4]。本研究中,研究组脑外伤患者的定向力及记忆力评分、下肢运动功能评分、平衡功能评分分别为(8.42±2.03)分、(7.95±2.42)分、(9.21±1.52)分,均明显的优于对照

组脑外伤患者($P<0.05$),可见对脑外伤患者进行中药结合常规康复治疗可明显改善患者的定向力及记忆力及肢体的相关功能,具有重要的临床价值,可进一步推广使用。

参考文献:

- [1] 沈夏锋, 胡永善. 脑外伤后运动康复治疗临床和基础研究进展 [J]. 中国康复医学杂志, 2012, 27(10): 983-986.
- [2] 王丽敏, 王伟民. 轻型颅脑外伤后认知功能障碍的神经影像学新进展 [J]. 中国康复医学杂志, 2011, 26(12): 1177-1182.
- [3] 杨月嫦, 赵忠新, 谢瑞满. 洛文斯顿认知评定量表评价糖尿病患者的早期认知功能损害 [J]. 中国临床医学, 2010, 17(4):598-600.
- [4] 汪春, 郭知学. 中药早期介入对脑外伤后患者认知能力的影响 [J]. 中国康复理论与实践, 2011, 17(7):673-675.

(上接第 56 页)

善肺热喘咳;紫菀可以改善风寒咳嗽气喘,益气平喘;陈皮可以理气降逆、燥湿化痰与调中开胃;五味子可以收敛固涩与益气生津、补肾等;麦门冬可以滋阴润肺、清心除烦与益胃生津;远志需要祛痰、消肿与安神益智;桂心可以通窍解毒,改善咽喉肿痛;黄芪可以利尿消肿、排脓、补气、止汗等;钟乳可以补气温脾,温肺平喘、补肾壮阳等;人参可以大补元气、补脾益肺、安神益智,改善虚咳喘促、倦怠等问题;当归可以润肠通便、活血化瘀等;大枣可以补中益气与养血安神。两种药物集合使用,可以更好的提升其治疗强度,优化整体的治疗功效。尤其是中药汤剂因为技术的进步,统一炮制,患者采用一次性包装方式饮用,减少中药使用的麻烦。

总而言之,平喘固本汤和补肺汤治疗肺胀可以有效的提升治疗疗效,改善症状更为明显,整体状况更为理想。

参考文献:

- [1] 先本强. 六君子汤加减治疗肺胀患者的临床疗效观察 [J]. 特别健康, 2020, (14):75-76.
- [2] 张大贵. 小青龙汤与补中益气汤治疗外寒内饮型肺胀体会 [J]. 健康大视野, 2019, (7):88-89.
- [3] 江东. 小青龙汤合三子养亲汤加减治疗肺胀(慢阻肺)肺气虚寒证的疗效分析 [J]. 心理月刊, 2019, 14(19):219.
- [4] 毕春和, 康有周. 小青龙汤合三子养亲汤加减治疗肺胀(慢阻肺)56 例疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2019, 38(1):11-12.