



项针治假性延髓麻痹

<http://www.firstlight.cn> 2009-08-03

假性延髓麻痹，又称上运动神经元性延髓麻痹或核上性延髓麻痹，是由双侧皮质脑干束病损所造成，临床表现为受延髓支配的肌肉瘫痪或不全瘫痪，软腭、咽喉、舌肌运动困难，吞咽、构音困难或不能。同时可伴有病理性脑干反射及情感障碍等症。假性延髓麻痹对患者的治疗及预后可能造成很大的影响，其中吞咽障碍危害性最大，可导致病人心理障碍、脱水、吸入性肺炎、营养不良，严重者因窒息而危及生命。这些都极大地危害着患者的健康，同时给家属及社会带来了严重的经济和社会负担，作为临床治疗中的一个难题，得到了全世界的重视。

脑卒中后假性延髓麻痹，尤其是吞咽困难给临床治疗带来很大障碍，急性期发病率达35%~60%，经研究发现，伴有吞咽障碍的脑卒中死亡率是吞咽功能正常脑卒中程度相似组的3倍，可见，吞咽困难与致残率和死亡率的增高均有关，并可独立影响死亡率。

假性延髓麻痹病人的康复已成为当今国内外的一个重要研究课题之一。在临床治疗上，现代医学以康复训练为主，但研究发现急性脑卒中并发吞咽障碍的患者，康复效果不是很理想。

我们根据针刺项颈部腧穴可以改善脑血液循环，促进神经传导反射功能恢复这一原理，采用针刺项颈部腧穴、风池、供血、翳明来改善脑部血液循环以治本，针刺廉泉、外金津玉液来恢复舌肌的吞咽与构音功能，针刺治呛、吞咽来恢复会厌和咽缩肌的吞咽和构音功能，针刺发音穴来恢复发音功能以治标。因其所取腧穴均在项颈部故称“项针”疗法。

项针疗法是根据腧穴具有“近治作用”这一最基本治疗原理，采取项颈部腧穴来治疗脑及颈部病变的同时，又根据世界上只有针刺疗法才能直接刺激病变的相关部位的神经。

诊断标准

症状：言语不清、吞咽困难(轻者饮水进食呛咳，重者需靠插鼻饲管、灌注流食维持生命)。

体征：可伴有锥体束征，咽反射存在或减弱，下颌反射增强，掌颞反射阳性。

适应证

1. 脑血管疾病引起皮质脑干束损伤所致的假性延髓麻痹；
2. 符合前述疾病诊断标准；
3. 病程1~90天者为限；
4. 年龄在40~70岁者；
5. 符合所研究的诊疗技术适应证的要求。

禁忌证

1. 不符合上述诊断标准；
2. 有严重出血倾向者；
3. 血压过高者180~120 mmHg暂不宜，服用降压药后血压下降者(170~110mmHg)，可以纳入治疗标准；
4. 合并吸入性肺炎、离子紊乱，严重营养不良者；
5. 合并有肝、肾、心、肺、造血系统、内分泌系统严重疾病者；
6. 智力低下，有精神症状不能配合治疗者。

技术操作方法

一、器械准备

针具：28号，1.5~2.5寸毫针，材质为不锈钢。

二、详细操作步骤

针刺取穴：风池、翳明、供血(风池穴直下1.5寸)、治呛(喉结与舌骨之间的凹陷中)、吞咽(舌骨与喉结之间，正中线旁开0.5寸凹陷中)、发音(喉结下0.5寸，正中线旁开0.3寸)、廉泉、外金津玉液。

操作方法：患者取坐位，取0.40×50毫米毫针，以75%酒精常规消毒后，取项部双侧风池、翳明、供血，刺入1~1.5寸，针尖稍向内下方，施以每分钟100转捻转手法各约15秒，留针30分钟，期间行针3次后出针。再取颈部廉泉、外金津玉液，用60毫米长针向舌根方向刺入1~1.5寸，吞咽、治呛、发音分别直刺刺入0.3寸，上述各穴均需快速捻转行针15秒后出针，不留针。行针时如有咳嗽倾向，即刻出针，出针后压迫针孔。配穴遵循“虚则补之，实则泻之”的原则，太冲、丰隆用提插捻转泻法，

太溪、三阴交用提插捻转补法，留针30分钟，期间行针3次后出针。

三、治疗时间及疗程

每天针刺治疗2次。6天后休息1天，4周后为1个疗程。

四、关键技术环节

腧穴的定位及针刺手法的操作。

五、注意事项

1. 严格掌握适应证，禁忌证。
2. 受试者理解并签署知情同意书。
3. 针刺手法的操作。
4. 防止晕针、断针、血肿、感染等不良反应。
5. 制定严重不良反应事件处理方案。

六、可能的意外情况及处理方案

1. 晕针：立即停止针刺，将针取出，让患者平卧，头部放低，松开衣带，注意保暖，必要时可给予温开水和糖水，重者可用手指轻压人中、合谷穴等，特重者可中西医结合抢救。

2. 出血：头部血管比较丰富，比较容易出血。一般出针时，压迫片刻即可，如继续出血，可多压迫一会儿。

3. 皮下血肿：拔针后按压穴以防止血肿，若出现，可先冷敷止血，再热敷促进吸收。

4. 呼吸困难：较重患者在针刺前应备有吸氧设备、吸痰设备，如有气急、痰多时可立即吸氧、吸痰处理。

5. 针刺时可出现咽部出血、咽部肿胀，停针2日即可继续针刺治疗。（国家中医药管理局适宜技术推广项目）

[存档文本](#)