




# 中国针灸学会标准

ZJ/T E004-2014

## 循证针灸临床实践指南 中风后假性球麻痹（修订版）

Evidence-based Guidelines of Clinical Practice with  
Acupuncture and Moxibustion  
Apoplectic Pseudobulbar Palsy(Revised)



2014-05-31发布

2014-12-31实施

中国中医药出版社



# 中国针灸学会标准

ZJ/T E004-2014

---

## 循证针灸临床实践指南 中风后假性球麻痹（修订版）

Evidence-based Guidelines of Clinical Practice with  
Acupuncture and Moxibustion  
Apoplectic Pseudobulbar Palsy(Revised)

2014-05-31发布

2014-12-31实施

---

中国中医药出版社

图书在版编目(CIP)数据

循证针灸临床实践指南：中风后假性球麻痹（修订版）/中国针灸学会. —北京：中国中医药出版社，2014. 12

ISBN 978 - 7 - 5132 - 2198 - 6

I. ①中… II. ①中… III. ①中风 - 假性球麻痹 - 针灸疗法 IV. ①R246. 6

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2014）第 290895 号

中国针灸学会

循证针灸临床实践指南：中风后假性球麻痹（修订版）

ZJ/T E004 - 2014

\*

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

网址 [www.cptcm.com](http://www.cptcm.com)

传真 010 64405750

三河双峰印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

\*

开本 880 × 1230 1/16 印张 5 字数 153 千字

2014 年 12 月第 1 版 2014 年 12 月第 1 次印刷

本次印刷对 2014 年 12 月出版的指南样本的前言部分

和正文排版稍做了修改，特此说明。

书号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 2198 - 6 定价 39.00 元

\*

如有质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

读者服务部电话 010 64065415 84042153

书店网址 [csln.net/qksd/](http://csln.net/qksd/)

## 前 言

《循证针灸临床实践指南》包括：带状疱疹、贝尔面瘫、抑郁症、中风后假性球麻痹、偏头痛、颈椎病、慢性便秘、腰痛、原发性痛经、坐骨神经痛、失眠、成人支气管哮喘、肩周炎、膝关节炎、急慢性胃炎、过敏性鼻炎、突发性耳聋、三叉神经痛、糖尿病周围神经病变、单纯性肥胖病等病症的循证针灸临床实践指南。

本部分为《循证针灸临床实践指南》的中风后假性球麻痹部分。

本部分受国家中医药管理局指导与委托。

本部分由中国针灸学会提出。

本部分由中国针灸学会标准化工作委员会归口。

本部分起草单位：北京中医药大学东直门医院、中国中医科学院针灸研究所。

本部分主要起草人：赵吉平、王军、李俊、白鹏、王鹏、郭盛楠、陈晟、赵宏、武晓冬、訾明杰、郭旭。

本部分专家组成员：刘保延、房繁恭、刘志顺、吴泰相、吴中朝、杨金洪、梁繁荣、张维、刘炜宏、杨金生、文碧玲、余曙光、郭义、杨骏、赵京生、杨华元、储浩然、石现、王富春、王麟鹏、贾春生、余晓阳、高希言、常小荣、张洪涛、吕明庄、王玲玲、宣丽华、翟伟、岗卫娟、王昕、董国锋、王芳。

本部分首次发布于2011年，本次为第一次修订。

## 引 言

《循证针灸临床实践指南》是根据针灸临床优势，针对特定临床情况，参照古代文献、名医经验以及现代最佳临床研究证据，结合患者价值观和意愿，系统研制的帮助临床医生和患者做出恰当针灸处理的指导性意见。

《循证针灸临床实践指南》制定的总体思路是：在针灸实践与临床研究的基础上，遵循循证医学的理念与方法，紧紧围绕针灸临床的特色优势，综合专家经验、目前最佳证据以及患者价值观，将国际公认的证据质量评价与推荐方案分级的规范与古代、前人、名老针灸专家临床证据相结合，并将临床研究证据与大范围专家共识相结合，旨在制定出能保障针灸临床疗效和安全性，并具有科学性与实用性的可有效指导针灸临床实践的指导性意见。

在《循证针灸临床实践指南》的制定过程中，各专家组共同参与，还完成了国家标准《针灸临床实践指南制定与评估规范》（以下简称《规范》）的送审稿。《规范》参照了国际上临床实践指南制定的要求和经验，根据中国国情以及针灸的发展状况，对《循证针灸临床实践指南》制定的组织、人员、过程、采用证据质量评价、推荐方案等级划分、专家共识形成方式、制定与更新的内容和时间等都进行了规范。这些规范性要求在《循证针灸临床实践指南》制定中都得到了充分考量与完善。《规范》与《循证针灸临床实践指南》相辅相成，《规范》是《循证针灸临床实践指南》制定的指导，《循证针灸临床实践指南》又是《规范》适用性的验证实例。

《循证针灸临床实践指南》推荐等级主要采用世界卫生组织（WHO）等推荐的 GRADE（Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation）系统，即推荐分级的评价、制定与评估的系统，其中推荐等级分为强推荐与弱推荐两级。强推荐的方案是估计变化可能性较小，个性化程度低的方案，而弱推荐方案则是估计变化可能性较大，个性化程度高，患者价值观差异大的方案。对于古代文献和名医经验的证据质量评价，目前课题组还在进一步研制中，《循证针灸临床实践指南》仅将古代文献和名医经验作为证据之一附列在现代证据后面，供《循证针灸临床实践指南》使用者参考。

2008年，在WHO西太区的项目资助下，由中国中医科学院牵头、中国针灸学会标准化工作委员会组织完成了针灸治疗带状疱疹、贝尔面瘫、抑郁症、中风后假性球麻痹和偏头痛5种病症的指南研制工作。在这5种病症的指南研制过程中，课题组初步提出了《循证针灸临床实践指南》的研究方法和建议，建立了《循证针灸临床实践指南》的体例、研究模式与技术路线。2010年12月，《临床病症中医临床实践指南·针灸分册》由中国中医药出版社正式出版发行。

2009年至2013年，在国家中医药管理局立项支持下，中国针灸学会标准化工作委员会又先后分3批启动了15种病症的指南研制工作。为了保证《循证针灸临床实践指南》高质量地完成，在总课题组的组织下，由四川大学华西医院吴泰相教授在京举办两次GRADE方法学培训会议，全国11家临床及科研单位的100多位学员接受了培训。随后，总课题组又组织了15个疾病临床指南制定课题组和1个方法学课题组中的17位研究人员，赴华西医院循证医学中心接受了为期3个月的Meta分析和GRADE方法学专题培训，参训研究人员系统学习并掌握了GRADE系统证据质量评价和推荐意见形成的方法。

本次出版的《循证针灸临床实践指南》共有20个部分，包括对2010年版5部分指南的修订再版

和2013年完成的15部分指南的首次出版。《循证针灸临床实践指南》的适用对象为从事针灸临床与科研的专业人员。

《循证针灸临床实践指南》的证据质量分级和推荐强度等级如下：

◇证据质量分级

证据质量高：A

证据质量中：B

证据质量低：C

证据质量极低：D

◇推荐强度等级

支持使用某项干预措施的强推荐：1

支持使用某项干预措施的弱推荐：2

《循证针灸临床实践指南》的编写，凝聚着全国针灸标准化科研人员和管理人员的辛勤汗水，是参与研制各方集体智慧的结晶，是辨证论治的个体化诊疗模式与循证医学有机结合的创造性探索。《循证针灸临床实践指南》在研制过程中，得到了兰州大学循证医学中心杨克虎教授、陈耀龙博士以及北京大学循证医学中心詹思延教授在方法学上的大力支持和帮助，在此深表感谢。同时，还要感谢国家中医药管理局政策法规与监督司领导的热心指导与大力支持；此外，还要感谢各位专家的通力合作；在《循证针灸临床实践指南》的出版过程中，中国中医药出版社表现出了很高的专业水平，在此一并致谢。

# 目 次

前言	( I )
引言	( III )
摘要	( 1 )
1 治疗原则	( 1 )
2 主要推荐意见	( 1 )
简介	( 2 )
1 本《指南》制定的目标	( 2 )
2 本《指南》制定的目的	( 2 )
3 本《指南》的适用人群	( 2 )
4 本《指南》适用的疾病范围	( 2 )
概述	( 3 )
1 定义	( 3 )
2 发病率	( 3 )
临床特点	( 4 )
1 病史	( 4 )
2 症状及体征	( 4 )
3 预防和早期发现	( 4 )
诊断标准	( 5 )
1 西医诊断标准	( 5 )
2 中医病/证相关的诊断	( 5 )
3 吞咽功能状态分级	( 5 )
4 言语功能状态分级	( 5 )
5 鉴别诊断	( 5 )
针灸治疗概况	( 6 )
1 现代文献	( 6 )
2 古代文献	( 6 )
3 名医经验	( 6 )
针灸治疗和推荐方案	( 7 )
1 针灸治疗的原则及特点	( 7 )
2 主要结局指标	( 8 )
3 注意事项	( 8 )
4 推荐方案	( 8 )
5 康复与中药治疗	( 15 )
参考文献	( 16 )
附录	( 18 )
1 本《指南》专家组成员和编写组成员	( 18 )
2 临床问题	( 18 )
3 疗效评价指标的分级	( 19 )
4 检索范围、检索策略及结果	( 20 )
5 文献质量评估结论	( 25 )
6 本《指南》推荐方案的形成过程	( 67 )
7 本《指南》推荐方案征求意见稿	( 68 )
8 专家意见征集过程、结果汇总及处理	( 73 )
9 会议纪要	( 74 )

## 摘 要

### 1 治疗原则

针灸治疗中风后假性球麻痹的总原则为辨证治疗。

中风后假性球麻痹以吞咽困难和构音障碍为主要临床表现，针灸治疗中风后假性球麻痹以对症选穴为主，结合循经远端选穴和/或辨证选穴。对症选穴通常选取项部和颈部的穴位。

对于吞咽功能0~1级的患者，在使用鼻饲管的同时，建议尽早开始针灸治疗；在吞咽功能达到2级或以上时，可以拔除鼻饲管，针灸治疗的同时需配合吞咽功能康复训练，以促进吞咽功能康复。

### 2 主要推荐意见

推荐意见	推荐级别	
中风后各期假性球麻痹患者推荐采用体针疗法	强推荐	
中风后各期假性球麻痹患者推荐采用项针疗法	强推荐	
中风后各期假性球麻痹患者推荐采用醒脑开窍疗法	强推荐	
中风后各期假性球麻痹患者推荐采用头体针结合疗法，尤其适用于中风恢复期、后遗症期以半身不遂、假性球麻痹为主症者	强推荐	
中风后各期假性球麻痹患者可采用放血疗法，尤其适用于吞咽功能障碍明显者	弱推荐	
中风后各期假性球麻痹患者可采用靳三针疗法	弱推荐	
中风后各期假性球麻痹患者可采用任督通调针刺法，尤其适用于吞咽功能障碍明显者	弱推荐	
中风后各期假性球麻痹患者，根据具体病情可以酌情选用穴组方案	针对主症近部选穴，含颈部取穴、项部取穴、咽及舌部位取穴	强推荐
	循经远端取穴	弱推荐
	辨证选穴	弱推荐
中风后各期假性球麻痹患者推荐采用针刺结合康复疗法	强推荐	



## 简 介

《循证针灸临床实践指南：中风后假性球麻痹》（以下简称《指南》）简介如下：

### 1 本《指南》制定的目标

本《指南》制定的目标是制定高质量、体现针灸学科特色的针灸临床实践指南。

### 2 本《指南》制定的目的

本《指南》制定的目的在于规范中风后假性球麻痹的针灸治疗方案，为临床提供在一般情况下适用于大多数患者的临床实践策略，以提高针灸治疗本病的安全性和有效性。

### 3 本《指南》的适用人群

本《指南》的适用人群主要为执业中医师和执业助理中医师、医学院校的教师和学生、针灸科研人员。

本《指南》适用的目标环境包括国内各级医院针灸科门诊部或住院部、有针灸专业医师的社区医院、有针灸专业的高等院校、各针灸相关的科研及评价机构。

### 4 本《指南》适用的疾病范围

本《指南》适用于中风后假性球麻痹患者的针灸治疗，真性球麻痹患者亦可参考本《指南》进行针灸治疗。

## 概 述

### 1 定义

#### 1.1 西医

假性球麻痹 (pseudobulbar paralysis, PBP) 又称中枢性延髓麻痹或上运动神经元性延髓麻痹, 多见于脑梗死患者急性期, 是指脑桥或脑桥以上部位发生病变, 造成延脑内运动神经核失去上位神经支配, 而出现以吞咽困难、饮水呛咳、构音障碍为主的一组病症。本《指南》主要介绍中风后假性球麻痹。

#### 1.2 中医

传统中医学没有“假性球麻痹”这一病名, 根据西医对假性球麻痹的定义及临床症状等方面的相关描述, 中风后假性球麻痹可以归属于中医学“舌暗”“暗瘖”“暗哑”“舌蹇”等范畴。

### 2 发病率

1986~1990年流行病学调查显示, 中国脑卒中发病率为(109.7~217)/10万<sup>[1]</sup>, 而脑卒中后有14% (大脑半球)~71% (脑干) 的患者伴发假性球麻痹吞咽障碍<sup>[2]</sup>。英国杂志报道, 脑卒中后45%的患者发生吞咽障碍<sup>[3]</sup>, 其中有误吸的中、重度吞咽障碍的发生率高达33%<sup>[4]</sup>。凡发生在皮质至脑干之间任何部位的脑出血、脑梗死, 影响到双侧上运动神经元的功能, 都可以引起假性球麻痹。

## 临床特点

### 1 病史

中风后假性球麻痹由中风后双侧上运动神经元病损造成，最常见的病因是高血压及动脉硬化性脑血管病，尤其多见于反复发作的双侧脑血管病。既往有单侧脑卒中病史的患者再次发作脑卒中时，假性球麻痹的发生率明显增高。其原因可能为单侧脑卒中时对侧神经细胞功能代偿而不出现症状，双侧受损或再次卒中损害对侧皮质脑干束时，都可出现假性球麻痹。

### 2 症状及体征

中风后假性球麻痹患者主要临床表现为构音障碍和吞咽障碍。构音障碍主要表现为声音嘶哑、言语不清、同语反复和原有音色改变。吞咽障碍轻者饮水时偶尔或经常呛咳，张口困难，舌不能把食物送至咽部，仰卧位时可以缓慢吞咽；重者完全不能吞咽。神经系统检查示：咽反射存在，无肌萎缩，下颌反射亢进，掌颌反射阳性，叩唇反射阳性，腱反射亢进，常伴有锥体束征阳性等。

### 3 预防和早期发现

中风后假性球麻痹多见于多次或多处、双侧脑卒中，因此本病的预防关键是防止脑卒中的发生；对于首次发生脑卒中者，要预防复发；对于已经发生假性球麻痹的患者，针灸治疗要及早介入，争取尽早康复。

## 诊断标准

### 1 西医诊断标准<sup>[5]</sup>

#### 1.1 吞咽障碍

轻者饮水时偶尔或经常呛咳，张口困难，舌不能把食物送至咽部，仰卧位时可以缓慢吞咽；重者完全不能吞咽。

#### 1.2 构音障碍

音调拖长缓慢，字句简单。

#### 1.3 神经系统检查

咽反射存在，下颌反射亢进，掌颌反射阳性，叩唇反射阳性，腱反射亢进。

#### 1.4 脑部 CT 或 MRI 检查

脑桥以上两个或多发性病灶。

#### 1.5 其他

常伴有强哭或强笑。

### 2 中医病/证相关的诊断<sup>[6]</sup>

#### 2.1 风痰阻络型

声音嘶哑，语言不清或舌暗失语，呛咳频作，吞咽不利，口角流涎，舌体短缩偏斜，苔厚腻，脉弦滑。

#### 2.2 肝阳上亢型

言语不利，舌强语謇，吞咽不利，头胀而痛，烦躁不安，舌歪，舌颤，脉弦数或弦滑。

#### 2.3 肾精亏虚型

声音嘶哑，言语不清或不能言语，吞咽困难，食则呛咳，头晕耳鸣，腰膝酸软，舌体痿软，舌歪，脉弦细或细数。

#### 2.4 瘀血阻窍型

咽喉与腭舌肌瘫痪，吞咽困难，声音嘶哑，口唇紫暗，舌质紫暗或有瘀斑，脉细涩。

### 3 吞咽功能状态分级<sup>[5]</sup>

4级：吞咽运动正常。

3级：饮水时有呛咳，进食尚好。

2级：饮水经常呛咳（每次可饮3小勺以内，每勺约2mL），进食缓慢。

1级：饮水困难（饮5勺水有3次呛咳），需靠鼻饲流食为主。

0级：吞咽运动丧失，完全依靠鼻饲流食。

### 4 言语功能状态分级<sup>[5]</sup>

4级：言语流利，音量正常，内容明确，交流能力完全。

3级：言语较流利，音量小，内容明确，交流能力较全。

2级：言语不流利，音量弱，内容较明确，交流能力不完全。

1级：言语断续，听不清，内容不明确，交流能力丧失。

0级：无言语动作。

### 5 鉴别诊断<sup>[6]</sup>

假性球麻痹与真性球麻痹的鉴别：真性球麻痹为下运动神经元性延髓麻痹，有舌肌萎缩，肌纤维颤动，咽反射消失；假性球麻痹为上运动神经元性延髓麻痹，无舌肌萎缩，无肌纤维颤动，咽反射存在，下颌反射亢进。并可根据病史和辅助检查，帮助进行鉴别诊断。

## 针灸治疗概况

### 1 现代文献

针灸治疗中风后假性球麻痹的总原则为对症治疗。治疗5~15天为1个疗程,根据每个治疗方案中疗程长短的不同,连续治疗1~3个疗程。针灸治疗中风后假性球麻痹以改善吞咽困难和构音障碍为主要目的,一般认为,中风后假性球麻痹针刺干预的时机宜在发病后20天内。

中风后假性球麻痹以吞咽困难和构音障碍为主要临床表现,现代文献一般根据其临床症状以对症选穴治疗为主,结合循经远端选穴和/或辨证选穴。针对主症近部选穴:通常选取项部和颈部的穴位。根据本病病位在脑,累及舌咽的特点,颈部常用腧穴有廉泉、夹廉泉、人迎、扶突等,项部常用腧穴有风池、风府、哑门、完骨等。病情轻者,可以项部腧穴为主;病情重者,建议颈、项部腧穴同用。循经远端选穴:循行至咽喉部的经脉有足少阴肾经、足阳明胃经、足厥阴肝经、手太阴肺经、阴阳跷脉等,常用的腧穴如列缺、照海、通里、丰隆、三阴交、内关等穴。辨证选穴:根据不同的辨证分型,选取相应的腧穴。如肝阳上亢配太冲,风痰阻络配丰隆,瘀血阻窍配足三里、三阴交,肾精亏虚配太溪、太冲等。总之针灸治疗中风后假性球麻痹要以对症选穴为主。重视对症选穴与辨证选穴相结合,近部选穴与远端选穴相结合。针对中风后假性球麻痹常见并发症选穴治疗也是针灸治疗中风后假性球麻痹的内容之一。中风后假性球麻痹首先要重点治疗主要症状,同时不能忽视并发症的治疗。中风后假性球麻痹是由于双侧上运动神经元损伤所造成的,病因中最常见的是高血压和动脉硬化性脑血管病,尤其是反复发作的双侧脑血管病,因此临床上常见偏侧肢体功能活动障碍、吞咽困难和构音障碍、情感障碍、认知障碍等。中风后假性球麻痹伴有偏瘫的患者在针对主症治疗的同时,可以配伍肩髃、曲池、外关、合谷、后溪、环跳、足三里、阳陵泉、悬钟等;伴有强哭强笑者,配伍百会、印堂、人中等;伴有中枢性尿失禁者,配伍四神聪、百会。在治疗频度上,大多数文献报道每日治疗1次,5~15次为1个疗程,疗程间休息1~2天。一般连续治疗1~3个疗程。目前对针灸治疗中风后假性球麻痹的干预时机尚没有明确结论,但从临床研究文献看,介入治疗最早者为发病1日内,并无不良反应。一般认为,中风后假性球麻痹采用针刺干预的时间越早越好,发病20天内针刺,其疗效优于20天后才进行针灸治疗,但发病10天内与11~20天内开始治疗相比,疗效差异不明显,此结论还有待进一步临床验证。

### 2 古代文献

共查阅到32部关于针灸治疗类似假性球麻痹的古代文献,古代文献记载多以单穴为主,涉及61个腧穴共359穴次,其中近部选穴20个,使用频次为198次。近部选穴以督脉、任脉手阳明大肠经、手太阳小肠经等经脉为主,远端选穴以手阳明大肠经、手少阴心经、手少阳三焦经、足少阴肾经等经脉为主,多数文献没有提及辨证配穴、刺灸方法及针灸疗程等内容。

### 3 名医经验

在名医经验的文献记载中,多以腧穴处方的形式出现。文献多出现在名医专著、经验集及教材中,有完整的刺灸方法、疗程等内容,治疗方法主要包括针刺、头针、放血等。

## 针灸治疗和推荐方案

### 1 针灸治疗的原则及特点

#### 1.1 治疗总则

针灸治疗中风后假性球麻痹的总原则为对症治疗。

治疗5~15天为1个疗程,根据每个治疗方案中疗程长短的不同,连续治疗1~3个疗程。

针灸治疗中风后假性球麻痹以改善吞咽困难和构音障碍为主要目的,目前对针灸治疗中风后假性球麻痹的干预时机尚没有明确结论,但从临床研究文献看,介入治疗最早者为发病1日内<sup>[8]</sup>,并无不良反应。一般认为,中风后假性球麻痹采用针刺干预的时间越早越好<sup>[9]</sup>,发病20天内针刺,其疗效优于20天后才进行针灸治疗,但发病10天内与11~20天内开始治疗相比,疗效差异不明显<sup>[46]</sup>,此结论还有待进一步临床验证。

#### 1.2 选穴处方特点

中风后假性球麻痹以吞咽困难和构音障碍为主要临床表现,针灸治疗中风后假性球麻痹建议以对症选穴为主,结合循经远端选穴和/或辨证选穴。

##### 1.2.1 针对主症近部选穴

通常选取项部和颈部的穴位。根据本病病位在脑,累及舌咽的特点,颈部常用腧穴有廉泉、夹廉泉、人迎、扶突等,项部常用腧穴有风池、风府、哑门、完骨等。病情轻者,可以项部腧穴为主;病情重者,建议颈、项部腧穴同用。具体见图1至图3<sup>[7]</sup>。



图1 头颈部经络  
腧穴示意图 (正面)

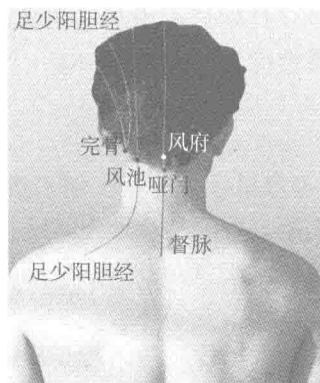


图2 头项部经络  
腧穴示意图 (背面)



图3 头颈部经络  
腧穴示意图 (右侧位)

##### 1.2.2 循经远端选穴

循行至咽喉部的经脉有足少阴肾经、足阳明胃经、足厥阴肝经、手太阴肺经、阴阳跷脉等,常用的腧穴如列缺、照海、通里、丰隆、三阴交、内关等穴。

##### 1.2.3 辨证选穴

根据不同的辨证分型<sup>[6]</sup>,选取相应的腧穴。如肝阳上亢配太冲,风痰阻络配丰隆,瘀血阻窍配三里、三阴交,肾精亏虚配太溪、太冲等。

针灸治疗中风后假性球麻痹要以对症选穴为主。重视对症选穴与辨证选穴相结合,近部选穴与远端选穴相结合。

##### 1.2.4 针对并发症选穴

中风后假性球麻痹是由于双侧上运动神经元损伤所造成的,病因中最常见的是高血压和动脉硬化

性脑血管病，尤其是反复发作的双侧脑血管病，因此临床上常见偏侧肢体功能活动障碍、吞咽困难和构音障碍、情感障碍、认知障碍等。

中风后假性球麻痹首先要重点治疗主要症状，同时不能忽视并发症的治疗。中风后假性球麻痹伴有偏瘫的患者在针对主症治疗的同时，可以配伍肩髃、曲池、外关、合谷、后溪、环跳、足三里、阳陵泉、悬钟等；伴有强哭强笑者，配伍百会、印堂、人中等；伴有中枢性尿失禁者，配伍四神聪、百会。

## 2 主要结局指标

### 2.1 有效性评价

根据《中医病证诊断疗效标准·中风诊断疗效评定标准》提及的吞咽言语功能状态评价等疗效评价指标评价的结果表明，针灸治疗中风后假性球麻痹能明显改善患者的吞咽、言语功能<sup>[11-13]</sup>。

在查阅的所有文献中，均无有关患者依从性的记录，所以不能明确总结出患者对针灸治疗的依从性。但是，一般来讲，患者的依从性主要与不良反应和疗效有关。目前的文献表明，针灸治疗效果显著，且未见明显不良反应。

### 2.2 卫生经济学评价

根据检索到的文献，目前尚无关于针灸治疗中风后假性球麻痹卫生经济学的分析和描述。

### 2.3 生活质量评价

在检索到的文献中，尚未有文献对假性球麻痹患者生活质量进行系统评价，但在部分对中风患者生存质量进行评价的文献中，有证据表明，中医综合方法能改善中风患者的生存质量<sup>[14]</sup>。

### 2.4 不良反应

在检索到的文献中，绝大多数文献没有明确地对针灸治疗中风后假性球麻痹的不良反应进行观察及报道。有少量临床研究文献报道<sup>[9,15]</sup>，针刺过程中未见明显的不良反应。有一篇文献报道<sup>[16]</sup>，针刺过程中未出现晕厥、心律失常等异常情况。

## 3 注意事项

### 3.1 操作注意事项

对于吞咽功能0~1级的患者，建议尽早针灸治疗，但不拔除鼻饲管；在吞咽功能达到2级或以上时，可以拔除鼻饲管，针灸治疗时需配合吞咽功能康复训练，以促进吞咽功能康复；对于针感耐受性不强的患者，临床不可给予过强刺激；脑出血行开颅术的患者，头部取穴宜避免在手术区内进行。使用电针治疗时的具体操作注意事项，参照电针操作要求。

关于中风后假性球麻痹构音障碍的针灸治疗，尚需进一步的研究支持。

### 3.2 禁忌证

在检索到的文献中，未见针灸治疗中风后假性球麻痹禁忌证的明确记录和报道。针灸治疗中风后假性球麻痹的禁忌证和注意事项可以参照针材中的相关内容。对于安装有心脏起搏器的中风后假性球麻痹患者，不宜用电针；对于应用鼻饲管进食的本病患者，在针刺项部时，不宜进针过深。

## 4 推荐方案

### 4.1 穴组方案推荐

经过对针灸治疗中风后假性球麻痹文献的学习、分析发现，虽然各处方中的腧穴不尽相同，但某些腧穴常常同时出现在不同的处方中，即常以相对固定的穴组的形式见于各针灸处方中。故本《指南》以穴组方案的形式予以推荐。

#### 4.1.1 针对主症近部选穴

##### 颈部取穴

廉泉、夹廉泉、人迎、扶突位于颈部，与咽喉相邻，能够疏通咽喉部经络气血，有利咽开音之效。属于近部选穴范畴。现代医学认为颈部腧穴能改善颈内动脉供血，促进脑功能的恢复。中风后假

性球麻痹患者若出现吞咽障碍或构音障碍者，均可采用本穴。

取穴：廉泉、夹廉泉、人迎、扶突。

针刺操作：人迎，位于喉结尖旁开 1.5 寸，颈总动脉内侧缘，直刺 1~1.5 寸，局部有窒息样针感。廉泉，施以合谷刺法，先向舌根方向刺入 1.5~1.8 寸，再向左右各刺入 1.5~1.8 寸，以局部得气为宜。夹廉泉，位于廉泉同一水平旁开 0.5 寸，针尖向舌根方向，进针 1.2~1.5 寸，局部有酸胀感即可。扶突，向喉头方向斜刺，深约 1 寸，以针感向喉头放射为佳。以上 4 穴均在得气后施以平补平泻手法。

电针操作：双侧夹廉泉可以接电针治疗仪，采用疏密波，以病人能耐受为度。

穴位注射操作：在廉泉穴进行穴位注射。令患者仰卧，用 5mL 注射器抽取药液（临床常用 B 族维生素），7 号长针头注射。针尖朝向舌根方向刺入 2 寸左右，舌体有针感后推入药液，每穴 1mL。

颈部取穴横断面解剖图见图 4、图 5<sup>[7]</sup>。

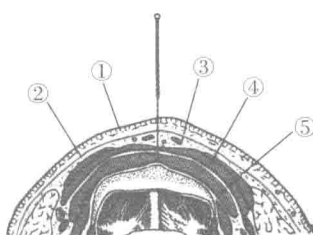


图 4 廉泉穴横断面图示

①皮肤；②皮下组织；③针在左、右二腹肌前腹之间通过；④下颌舌骨肌；⑤颏舌骨肌

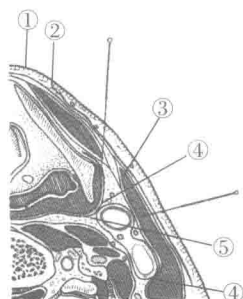


图 5 人迎穴横断面图示

①皮肤；②皮下组织和颈阔肌；③颈固有筋膜浅层及胸锁乳突肌；④颈固有筋膜深层；⑤咽缩肌

疗程：每日 1 次，5 次为 1 个疗程，连续治疗 2~3 个疗程。

注意事项：①针刺颈项部穴位要特别注意针刺的深度和方向。针刺人迎时，应避开颈总动脉。

②严格遵守电针操作的相关注意事项。

『推荐』

推荐建议：廉泉、夹廉泉、人迎、扶突主要用于改善患者吞咽功能及构音功能。[GRADE 1C]

解释：本《指南》小组共纳入现代文献 3 篇、名老中医经验 3 篇、古代文献 2 部，经综合分析，形成证据体发现，本方案能明显改善中风后假性球麻痹患者的吞咽功能和语言功能。证据体质量等级经 GRADE 评价后，因其纳入文献设计质量低、不一致性、不精确性及存在发表偏倚而降低，最终证据体质量等级为低。结合专家共识意见，给予强推荐。



### 项部取穴

风府、哑门、风池、百劳均位于项部，风府、哑门属于督脉，风池属于胆经，百劳穴为经外奇穴，针刺诸穴具有调节咽喉部气血、发挥利咽开音的作用，是治疗言语不利及吞咽障碍的常用穴，属于近部选穴。研究发现，针刺项部腧穴能改善椎基底动脉供血，促进脑功能恢复。中风后假性球麻痹患者若出现吞咽障碍或构音障碍者，均可选用这些腧穴。

取穴：风府、风池、哑门、百劳。

针刺操作：风府，针尖朝向喉结方向，进针1~1.2寸。风池，针尖稍向内下方，刺入1~1.5寸。哑门，针尖向下颌方向缓慢刺入0.5~1寸。百劳，直刺1.2寸。诸穴以局部有酸胀感为宜。

电针操作：双侧风池可以接电针治疗仪，采用疏密波，电流强度以病人能耐受为度。

穴位注射操作：在风池、哑门进行穴位注射。用5mL注射器抽取药液（临床常用B族维生素），以7号长针头针刺，进针得气后每穴注射药液1mL。

以上3种治疗方法，可以单独选用，也可以选择2~3种结合使用。

项部取穴横断面解剖见图6、图7<sup>[7]</sup>。

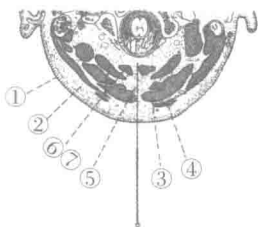


图6 风府穴横断面解剖图示

①皮肤；②皮下组织；③斜方肌腱；④头半棘肌；⑤项韧带；⑥头后小直肌；⑦头后大直肌

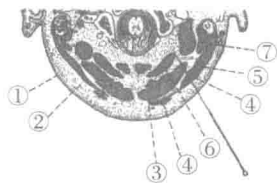


图7 风池穴横断面解剖图示

①皮肤；②皮下组织；③斜方肌和胸锁乳突肌之间通过；④头夹肌；  
⑤头半棘肌；⑥针的内侧为头后大直肌；⑦针的外侧为头上斜肌

疗程：每日1次，5次为1个疗程，连续治疗2~3个疗程。

注意事项：①风府、哑门不可向上斜刺过深，以免伤及深部延髓；②严格遵守电针操作的相关注意事项。

### 【推荐】

推荐建议：风府、风池、哑门、百劳穴主要用于改善患者吞咽功能及构音功能。[GRADE 1C]

解释：本《指南》小组共纳入现代文献2篇、名老中医经验2篇、古代文献2部，经综合分析，形成证据体发现，本方案能明显改善中风后假性球麻痹患者的吞咽功能和构音功能。证据体质量等级经GRADE评价后，因其纳入文献设计质量低、不一致性、不精确性及存在发表偏倚而降低，最终证据体质量等级为低。结合专家共识意见，给予强推荐。