

· 针灸推拿 ·

“靳三针”对中风后偏瘫患者肢体运动功能和日常生活活动能力的影响

孙焜¹ 沈巍¹ 韩德雄¹ 指导:庄礼兴²

(1. 广州中医药大学针灸推拿学院, 广东省广州市机场路 16 号, 510405; 2. 广州中医药大学第一附属医院针灸科)

[摘要] **目的** 探讨“靳三针”针刺治疗对中风后偏瘫患者偏瘫肢体运动功能和日常生活活动能力的影响。**方法** 将 135 例中风后偏瘫患者随机分为“靳三针”组、康复组、“靳三针”加康复组各 45 例, 在基础药物治疗上, 分别应用“靳三针”针刺治疗、康复治疗、“靳三针”针刺联合康复治疗, 分别于治疗前、治疗后 14 天、治疗后 28 天用 Fugl-Meyer 法及 Barthel 指数评定两组患者偏瘫肢体运动功能和日常生活活动能力。**结果** 3 组患者治疗 14 天、28 天后 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分均较治疗前明显提高, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 并且治疗后 28 天 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分均较 14 天提高 ($P < 0.05$)。治疗后 28 天“靳三针”组及“靳三针”加康复组 Fugl-Meyer 值分别与康复组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗后 28 天“靳三针”加康复组 Barthel 指数积分与康复组比较有统计学意义 ($P < 0.05$)。**结论** “靳三针”针刺疗法能促进中风后偏瘫患者偏瘫肢体运动功能和日常生活活动能力, 联合康复治疗效果更好。

[关键词] “靳三针”; 中风后偏瘫; 康复; 肢体运动功能; 日常生活活动能力

Influence of Jinsanzhen Therapy on the Motor Function and Activities of Daily Life of the Apoplectic Hemiplegia Patients

SUN Zhao¹, SHEN Wei¹, HAN Dexiong¹, ZHUANG Lixing²

(1. Guangzhou University of Chinese Medicine, Guangzhou 510405; 2. The First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT **Objective** To evaluate the influence of Jinsanzhen therapy (A 3-point acupuncture method created by prof. JIN) on the motor function and activities of daily life of the apoplectic hemiplegia patients. **Methods** Totally 135 apoplectic hemiplegia patients were randomized into three groups: Jinsanzhen group, Rehabilitation group, and Jinsanzhen plus rehabilitation group, with 45 cases in each. The degree of hemiplegia motor function and activities of daily life of the patients was assessed with Fugl-Meyer assessment (FM) and Barthel index before, 14 and 28 days after treatment. **Results** After 14 and 28 days' treatment, the FM value and Barthel index score of all the three groups are significantly increased ($P < 0.01$). The FM value and Barthel index score after 28 days' treatment were higher than those after 14 days' treatment ($P < 0.05$). Compared with the Rehabilitation group, the improvement of Jinsanzhen group and Jinsanzhen plus rehabilitation groups in the FM value was significant after 28 days' treatment ($P < 0.05$); and the difference in the Jinsanzhen plus rehabilitation group in Barthel index score was significant after 28 days' treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** Jinsanzhen therapy is effective in promoting the motor function and activities of daily life of the apoplectic hemiplegia patients. The effect will be better in case it is applied together with rehabilitation.

Key Words Jinsanzhen therapy (A 3-point acupuncture method created by prof. JIN); Apoplectic hemiplegia; Rehabilitation; Motor function; Activities of daily life

中风在我国具有发病率高、死亡率高、致残率高的特点^[1], 严重影响患者的生存质量。我们采用“靳三针”针刺方法治疗中风后偏瘫患者, 开展多中心随机对照研究, 探讨“靳三针”对中风后偏瘫患者偏瘫肢体运动功能和日常生活活动能力的影响, 现将观察结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

患者来源于 2006 年 10 月~2009 年 3 月广州中医药大学第一附属医院、广东省中医院、广州市中医医院、安徽中医学院附属针灸医院、上海市中医医院、中国人民解放军第四六三医院, 共 135 例。根据研究中心随机编码的序列和临床治疗分组的随机编码序列, 依据中心数分配病例数和试验组别。各研究中心由专人根据受试者就诊的先后顺序与管理中心索取随机号和

分组号,随机分为“靳三针”组、康复组、“靳三针”加康复组各 45 例。“靳三针”组中男 30 例,女 15 例,平均年龄(64.3±9.6)岁,平均病程(65.0±29.8)天;康复组中男 29 例,女 16 例,平均年龄(64.7±9.3)岁,平均病程(75.0±34.2)天;“靳三针”加康复组中男 29 例,女 16 例,平均年龄(64.5±9.6)岁,平均病程(68.0±32.6)天。各组患者性别、年龄、病程无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 纳入标准

①符合中风病诊断标准^[2]。②脑血管意外发生在颈内动脉系统,经头部 CT 或 MRI 证实;③小于 2 次的中风(包括 2 次),且发病时间 15~180 天;④年龄 40~75 岁,性别不限;⑤临床神经功能缺损程度评分^[3](NDS)中肢体功能缺损评分累计≥10 分;⑥患者意识清醒,生命体征平稳者;⑦知情同意者。

1.3 排除标准

①短暂性脑缺血发作,可逆性神经功能缺损(RIND)等;②经检查证实神经功能缺损由脑肿瘤、脑外伤、脑寄生虫病、心脏病、代谢障碍等疾病引起者;出血性脑血管病患者。③妊娠或哺乳期妇女;④合并心、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病、精神病患者。

2 方法

2.1 治疗方法

3 组患者疗程均为 28 天,每周治疗 5 次,休息 2 天,共治疗 4 周;参照《中国脑血管病防治指南》^[4]均予常规基础药物治疗。肢体瘫痪分级标准参照 Brunnstrom^[5]六阶段分期标准制定弛缓瘫、痉挛瘫方案。

“靳三针”组:毫针规格为 0.30mm×50mm,苏州天协针灸器械有限公司生产。弛缓瘫取穴:患侧颞三针(以耳尖直上入发际 2 寸为第 1 穴,水平向前向后各旁开 1 寸为第 2、3 穴)、手三针(曲池、外关、合谷)、足三针(伏兔、足三里、太冲);随症取穴:口角歪斜加口三针(地仓、迎香、夹承浆);语言不利、吞咽困难加舌三针[(上廉泉(颌下正中 1 寸,舌骨与下颌缘之间的凹陷中)、左上廉泉(上廉泉左旁开 1 寸)、右上廉泉(上廉泉右旁开 1 寸)]。辨证配穴:肝阳暴亢取双侧风池;风痰阻络取双侧丰隆;气虚血瘀取双侧足三里;阴虚风动取双侧太溪。痉挛瘫取穴:患侧颞三针、上肢挛三针(极泉、尺泽、内关)、下肢挛三针(鼠蹊、阴陵泉、三阴交);随症取穴:失语加舌三针;口角歪斜加口三针;腕关节严重痉挛加腕三针(阳溪、阳池、大陵);踝关节内翻加踝三针(太溪、昆仑、解溪);上下肢痉挛加开三针(人中、涌泉、中冲);指趾浮肿加八邪、八风;辨证配穴:肝阳暴亢取双侧太冲;风痰阻络或痰热腑实取双侧丰隆;

气虚血瘀取双侧足三里;阴虚风动取双侧太溪。

康复组:操作方法^[6]如下:弛缓瘫操作主要采取床上良肢位摆放、关节被动活动、床上活动、起坐训练、桥式运动、兴奋性促进手法如利用联合反应、共同运动、感觉刺激(拍打、挤压)诱发主动运动。痉挛瘫操作主要采取缓解肌张力的抗痉挛体位的摆放及牵伸躯干肌、坐位平衡训练、坐站转换、立位平衡训练、步行训练、上肢控制能力训练。

“靳三针”加康复组:其治疗方案为“靳三针”治疗联合康复治疗。

2.2 针刺方法

颞三针采用快速进针,快速小幅度捻转间断平补平泻方法。垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以 15°角沿皮轻微、快速、不捻转刺入 30mm,得气后以 180~200 次/min 的频率捻转 2min,分别在进针后第 10min、第 20min、第 30min 动留针 3 次,共留针 30min。曲池向少海方向深刺,深度 25~35mm;外关向内关方向深刺,深度 20~30mm;合谷向后溪方向深刺,深度 30~40mm;伏兔直刺 30~40mm;足三里直刺 30~35mm;太冲直刺 20~30mm。地仓向颊车方向透刺 40~45mm,迎香针尖向上平刺 20~30mm,夹承浆向外平刺 20~30mm;舌三针:针尖向舌根方向呈 45°~60°针刺,深度 35~40mm。风池穴向鼻尖方法直刺 25~30mm;丰隆穴直刺 30~35mm;足三里直刺 30~35mm;太溪直刺 15~20mm。上肢挛三针:极泉进针应避免腋动脉直刺 30~35mm,以上肢出现抽动为度;尺泽、内关均直刺 15~20mm,以手指末端抽动或麻木感为度。下肢挛三针:鼠蹊在腹股沟动脉搏动处外侧进针刺,向居髎方向刺 30~35mm,以针感向下肢末端放射为度;阴陵泉向阳陵泉方向透刺 30~35mm;三阴交沿胫骨后缘向悬钟方向透刺 30~35mm。腕三针:阳溪、阳池、大陵分别直刺 15~20mm。踝三针:太溪、昆仑、解溪分别直刺 15~20mm。开三针:人中、涌泉、中冲分别直刺 5~10mm,人中进针后用雀啄法,以患者流泪为度。八邪、八风分别直刺 10~15mm。

2.3 观察指标及方法

采用 Fugl-Meyer^[7]评定瘫痪肢体运动功能,Barthel 指数^[7]评定患者日常生活活动能力。于患者治疗前、治疗后 14 天、治疗后 28 天记录 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分。

2.4 统计学方法

计量资料用($\bar{x} \pm s$)表示,应用 SPSS 17.0 统计软件中一般线性模型(general linear model, GLM)进行重复测量方差分析和多元方差分析的方法进行。

表 1 两组患者治疗前及治疗后 14、28 天 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	Fugl-Meyer 值			Barthel 指数积分		
		治疗前	治疗后 14 天	治疗后 28 天	治疗前	治疗后 14 天	治疗后 28 天
"靳三针"组	45	37.51 $\pm$ 21.61	52.6 $\pm$ 21.39 [*]	67.64 $\pm$ 19.61 ^{*△▲}	37.02 $\pm$ 26.39	50.84 $\pm$ 27.76 [*]	64.22 $\pm$ 29.07 ^{*▲}
"靳三针"加康复组	45	37.41 $\pm$ 21.44	50.8 $\pm$ 23.70 [*]	67.78 $\pm$ 23.74 ^{*△▲}	36.44 $\pm$ 21.55	51.64 $\pm$ 22.30 [*]	68.20 $\pm$ 26.70 ^{*△▲}
康复组	45	36.56 $\pm$ 19.68	49.2 $\pm$ 21.19 [*]	58.29 $\pm$ 21.95 ^{*▲}	34.60 $\pm$ 24.53	46.27 $\pm$ 25.26 [*]	55.33 $\pm$ 26.27 ^{*▲}

注:与本组治疗前比较,^{*} $P<0.01$;与本组治疗后 14 天比较,[▲] $P<0.05$;与康复组同时点比较,[△] $P<0.05$

3 结果

表 1 示,治疗前各组 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分比较无统计学差异($P>0.05$),各组之间具有可比性。3 组治疗后 14 天、28 天 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分与治疗前比较均明显升高,差异有统计学意义($P<0.01$);与本组治疗后 14 天比较,3 组治疗后 28 天 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分优于治疗后 14 天($P<0.05$);提示 Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分有随时间变化的趋势,治疗后 28 天四肢的运动功能和日常生活活动能力比 14 天有显著改善。治疗 28 天后"靳三针"组及"靳三针"加康复组 Fugl-Meyer 值分别与康复组比较有统计学差异($P<0.05$),"靳三针"组与"靳三针"加康复组之间无统计学差异($P>0.05$);治疗 28 天后"靳三针"加康复组 Barthel 指数积分与康复组比较有统计学差异($P<0.05$)。

4 讨论

"靳三针"选穴主要包括颞三针、手三针、足三针及上下肢挛三针。其中颞三针是靳瑞教授专为中风偏瘫而设,取穴为耳尖直上入发际的颞部,正是手足少阳经所分布的区域,考《普济方》载:"忽中风,言语謇涩,半身不遂……,穴百会,耳前发际……神效……",故取颞三针可疏通肝胆经络之气血,平肝熄风潜阳,清泻胆火,鼓舞少阳生发之机,有利于中风后偏瘫肢体的恢复。手、足三针主要针对迟缓瘫,治疗上肢运动障碍,合谷为手阳明经原穴,治疗手腕部病症、颈部和头面部病症,是为主穴;而曲池、外关一为手阳明大肠经合穴,一为手少阳三焦经穴,有清利头目、行气止痛等功效;足三里是胃经合穴,有通调经络、扶正培元之功;三阴交是足三阴经的交会穴,能益肝肾、调脾胃、活血通络,为肝、脾、肾三经病变必选之穴;太冲是肝经输穴、原穴,泻之可清肝热,补之可养肝阴。上、下肢挛三针主要针对痉挛瘫,极泉、尺泽、内关均为手三阴经穴位,且均位于大动脉或肌腱处,可改善上肢肌张力增高、活动受限;阴陵泉、三阴交均为脾经穴位,脾主肌肉和四肢,通过刺激此穴位可达到健脾通络之功效;鼠蹊穴针对少腹疼痛,股内侧痛、下肢挛急颇有功效;且此 6 穴位都在痉挛优势肌肉的拮抗肌腱选穴,最终恢复肌张力的动态平衡已达到恢复痉挛瘫患者正常运动模式。

本研究通过对"靳三针"组、康复组及"靳三针"加

康复组各组运动功能(Fugl-Meyer 值)、日常生活活动能力(Barthel 指数积分)在不同的时间点组内及组间的比较,Fugl-Meyer 值及 Barthel 指数积分有随时间变化的趋势,治疗后 28 天四肢的运动功能比 14 天有显著改善。同时组间比较"靳三针"组及"靳三针"加康复组治疗中风患者 28 天后能改善偏瘫肢体的运动功能,"靳三针"加康复组治疗 28 天后能够改善患者的日常生活活动能力,说明"靳三针"治疗在改善偏瘫肢体的运动功能和患者日常生活活动能力疗效肯定,并且"靳三针"联合康复治疗效果优于各单纯治疗组。以往研究证明^[8-11],针灸治疗中风后偏瘫可能促进了内源性神经干细胞(NSC)参与病损的修复,抑制神经元凋亡,改善脑电活动,提高抗氧化酶的活性、清除自由基,抑制兴奋性氨基酸(EAA)毒性,调控神经生化和神经递质从而发挥对缺血脑组织损伤的修复和保护作用。本研究认为,"靳三针"针刺治疗方法能起到促进患者偏瘫肢体运动功能及日常生活能力的功效,提高患者生存质量,若与康复配合能达到更理想的疗效。

参考文献

[1] 吴江,贾建平,崔丽英,等. 神经病学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社,2006:153.
[2] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
[3] 全国第四届脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381-383.
[4] 中华人民共和国卫生部疾病控制司, 中华医学会神经病学分会. 中国脑血管病防治指南(试行版)[S]. 北京:北京聚业医药科技发展中心, 2005:31-32.
[5] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2004:729.
[6] 南登. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2004:9-11.
[7] 中华人民共和国卫生部医政司. 中国康复医学诊疗规范[M]. 北京:华夏出版社, 1999:12.
[8] Jang MH, Shin MC, Lee TH, et al. Acupuncture suppresses ischemia-induced Increase in C-Fos expression and apoptosis in the hippocampal CA1 region in gerbils [J]. Neurosci Lett, 2003, 347(1): 5-8.
[9] 甘云波, 黄光英, 张明敏. 针刺对大鼠局灶性脑缺血再灌注损伤后神经元凋亡的影响[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2008, 30(1): 28-30.
[10] Stener-Victorin E, Lundeberg T, Cajander S, et al.

Steroid-induced polycystic ovaries in rats: effect of electroacupuncture on concentrations of endothelin-1 and nerve growth factor (NGF), and expression of NGF mRNA in the ovaries, the adrenal glands, and the central nervous system [J]. Reprod Biol Endocrinol, 2003, 11 (1): 33.

[11] Jin GL, Su J, Ding SQ, et al. The effect of electroacupuncture on behavior and brain's monoamine neurotransmitters of rat [J]. China Behave Med Sci, 2000, 9(3): 164-166.

(收稿日期:2009-07-20;修回日期:2009-09-28)

[编辑:邓媛]

养阴熄风汤治疗中风阴虚风动证42例

李学国

(北京市平谷区中医医院神经内科,北京市平谷区平翔路6号,101200)

自2006年1月~2009年8月我们以养阴熄风汤用于缺血性中风阴虚风动证急性期患者的治疗,现报告如下。

1 资料

1.1 一般资料

80例患者均为北京市平谷区中医医院神经内科住院患者,按随机数字表法分为治疗组42例,其中男24例,女18例;年龄45~85岁,平均(67.5±10.4)岁;病程1.5~72h,平均(16.8±10.3)h;神经功缺损评分(12.24±6.38)分。对照组38例,其中男21例,女17例;年龄43~85岁,平均(66.9±11.2)岁;病程1.0~72h,平均(15.6±11.6)h;神经功缺损评分(11.78±6.54)分。两组一般资料比较无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

阴虚风动证中医诊断及辨证标准参照《中风病诊疗疗效评定标准》^[1]。西医诊断标准参照《各类脑血管疾病诊断要点》^[2]。

1.3 纳入及排除标准

纳入标准:符合中医中风病阴虚风动证诊断,符合西医脑梗死、腔隙性脑梗死诊断,并且发病在72h以内,年龄40~85岁。排除标准:经检查证实由脑外伤、脑肿瘤、脑寄生虫病、代谢障碍、风湿性心脏病、冠心病及其他心脏病合并房颤引起脑梗死者,并发肝、肾、造血系统等严重原发性疾病,精神病者。

2 方法

2.1 治疗方法

对照组予以西医常规治疗,根据病情选择抗凝、降纤、抗血小板聚集等治疗,支持疗法,维持水、电解质平衡,颅内压高者给予脱水降颅压,调控血压等对症治疗。治疗组在此基础上口服养阴熄风汤:麦冬15g,生地黄15g,女贞子15g,天麻10g,钩藤15g,地龙10g,丹参15g,牛膝15g,白芍15g,炙甘草10g,水煎,每日1剂,两组疗程均为28天。

2.2 观察指标

临床疗效、证候积分^[3]、神经功能缺损评分[参照美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)]及不良反应^[4]。

2.3 疗效标准

参考文献[1]进行疗效评定。

3 疗效观察

3.1 两组患者临床疗效比较

治疗组42例中基本恢复4例(9.5%),显著进步21例

(50.0%),进步8例(19.1%),稍进步6例(14.3%),无变化或恶化3例(7.1%),总有效率92.9%;对照组38例中,分别为1例(2.6%)、12例(31.6%)、4(10.5%)、9例(23.7%)、12例(31.6%)和68.4%。两组总有效率比较差异有统计学意义($P<0.01$)。

3.2 两组患者中医证候积分比较

两组患者治疗后阴虚阳亢证评分、风证评分均较治疗前有显著改善($P<0.01$);治疗后两组组间比较差异亦有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后神经功能缺损积分比较

治疗组患者NIHSS评分治疗前为(12.24±6.38)分,治疗后为(6.08±2.36)分;对照组分别为(11.78±6.54)分和(7.92±3.68)分。两组患者治疗后NIHSS评分均较治疗前有显著改善($P<0.01$),治疗后两组组间比较亦有统计学差异($P<0.05$)。

3.4 不良反应

两组治疗后血、尿、便常规、肝肾功能检查、心电图均未发现与治疗相关的不良反应。

4 讨论

笔者用养阴熄风汤治疗缺血性中风阴虚风动型急性期,方中麦冬、生地黄、女贞子清热养阴,滋补肝肾;天麻、钩藤、地龙平肝熄风通络;丹参、牛膝活血化瘀,白芍补血,炙甘草益气,调和诸药;风象突出,可加用生石决明、羚羊角粉等加重平肝熄风之力;兼有头晕、头痛者,可加白菊花、夏枯草平肝清热;兼有心烦失眠者,可加酸枣仁、夜交藤、珍珠母清心安神;兼有痰热者,可加黄芩、栀子、胆南星、天竺黄、大黄以清热泻火,化痰通腑;兼有瘀血重,舌质紫暗或有瘀斑等血瘀征象者,加桃仁、红花、赤芍、水蛭以活血化瘀通络。

参考文献

- [1]国家中医药管理局脑病急症协作组.中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [2]王新德.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379-381.
- [3]国家中医药管理局脑病急症科研组.中风病辨证诊断标准(试行)[J].北京中医药大学学报,1994,17(3):64-66.
- [4]Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale[J]. Arch Neurol, 1989, 46(6):660-662.

(收稿日期:2010-02-08)

[编辑:邓媛]