

“靳三针”联合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫患者 40 例临床观察

陆彦青¹ 杨海涛^{1*} 庄礼兴² 刘悦¹

(1. 广东省第二中医院, 广东省广州市越秀区恒福路 60 号, 510095;

2. 广州中医药大学第一附属医院)

* 通讯作者: yanghaitaovip@126.com, 13631472058

[摘要] 目的 观察“靳三针”联合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫的临床效果。方法 将 120 例患者随机分为“靳三针”组、康复组、联合组各 40 例, 在基础治疗之外分别施加“靳三针”治疗、康复训练和联合康复训练治疗, “靳三针”治疗和康复训练每次 30 min, 每日 1 次; 联合组在针刺 30 min 后再行康复训练 30 min, 每日 1 次。于治疗前、治疗后第 7 天、第 14 天记录功能综合评定量表评分(FCA)、临床神经功能缺损程度评分(NDS)、四肢简化 Fugl-Meyer 评分(FMA)、临床痉挛指数(CSI)评分。治疗结束后评价临床疗效。结果 联合组总有效率为 90.00%, “靳三针”组为 87.50%, 康复组为 82.50%, “靳三针”组、联合组总有效率均优于康复组($P<0.05$)。治疗 7 天后, “靳三针”组和联合组患者 FCA、NDS、FMA 评分均较治疗前明显改善($P<0.05$); 各组患者 CSI 量表评分均较治疗前明显改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$); 联合组各项指标改善明显优于“靳三针”组和康复组($P<0.05$ 或 $P<0.01$); “靳三针”组各项指标改善明显优于康复组($P<0.05$)。治疗 14 天后, 各组患者各项指标均较治疗前和治疗 7 天后明显改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$), 联合组各项指标改善明显优于“靳三针”组和康复组($P<0.01$), “靳三针”组各项指标改善明显优于康复组($P<0.05$)。结论 “靳三针”联合康复训练治疗中风后痉挛性偏瘫能改善患者痉挛指数及神经缺损症状, 疗效优于单纯康复训练。

[关键词] “靳三针”; 靳三针; 挛三针; 中风; 痉挛性偏瘫; 康复训练

A Clinical Observation on Jin's Three-Needle Therapy Combined with Rehabilitation for 40 Cases of Post-Stroke Spastic Hemiplegia
LU Yanqing¹, YANG Haitao¹, ZHUANG Lixing², LIU Yue¹

(1. Second TCM Hospital of Guangdong Province, Guangdong Province 510095; 2. First Affiliated Hospital of Guangzhou University of Chinese Medicine)

ABSTRACT Objective To observe the therapeutic effect of Jin's three-needle therapy combined with rehabilitation for post-stroke spastic hemiplegia. **Methods** Totally 120 patients were randomized into the Jin's three-needle therapy group, rehabilitation group and combo therapy group, with 40 in each. The Jin's three-needle therapy group and rehabilitation group was given 30 minutes of Jin's three-needle therapy or rehabilitation once daily. The combo therapy group was given 30-minute rehabilitation after 30-minute needling once daily. The functional comprehensive assessment (FCA), neurological deficit score (NDS), Fugl-Meyer assessment (FMA) and clinical spasms index (CSI) were recorded before and after 7-day and 14-day treatment. The comprehensive efficacy was evaluated after treatment. **Results** The total effective rate of the combo therapy group, Jin's three-needle therapy group and rehabilitation group was 90.00%, 87.50% and 82.50% respectively, with no significant difference between the combo therapy group and Jin's three-needle therapy group ($P>0.05$). There was no significant difference between groups in all indicators ($P>0.05$). The scores of FCA, NDS and FMA were significantly improved in the Jin's three-needle therapy group and combo therapy group after 7-day treatment ($P<0.05$). The CSI scores were significantly improved in all groups after treatment ($P<0.05$ or $P<0.01$). The improvement of all indicators in the combo therapy group was superior to that in other two groups ($P<0.05$ or $P<0.01$). The improvement of all indicators in the Jin's three-needle therapy group was superior to that in the rehabilitation group ($P<0.05$). Comparing with before and after 7-day treatment, the indicators in all groups were significantly improved after 14-day treatment ($P<0.01$ or $P<0.05$), especially in the combo therapy group ($P<0.01$) and Jin's three-needle therapy group ($P<0.05$). **Conclusion** Jin's three-needle therapy combined with rehabilitation is effective for post-stroke spastic hemiplegia and can relieve the spasm and neurological deficits.

Keywords Jin's three-needle; stroke; spastic hemiplegia; rehabilitation

中风后痉挛性偏瘫是指中风后引起上运动神经元损害, 使脊髓水平的中枢反射从抑制状态释放, 产生肌张力增高, 并伴有随意运动障碍、肌肉萎缩等一

系列症状^[1], 是中风患者最常见的残障表现之一, 也是治疗中最棘手的后遗症。目前针灸治疗中风后痉挛性偏瘫临床疗效显著^[2-4]。“靳三针”疗法是岭南

针灸学派的重要学术内容,包括“颞三针”和“拏三针”等。20世纪80年代早期,靳瑞教授创立“靳三针”疗法,在治疗卒中后偏瘫、失语、假性球麻痹等方面相继开展了多项临床研究工作,对该病的治疗积累了丰富的经验^[5-7]。有学者在此基础上针对中风后痉挛性偏瘫的治疗难点,完善了“靳三针”理论^[8]。我们将其应用于临床,报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

研究对象来自2011年5月至2012年9月广东省第二中医院针灸康复科和广州中医药大学第一附属医院针灸科住院的中风后痉挛性偏瘫患者120例,按照随机数字表分为“靳三针”组、康复组和联合组各40例。其中“靳三针”组男19例,女21例;年龄42~76岁,平均年龄 (61.30 ± 7.59) 岁;病程14~345天,平均病程 (36.10 ± 12.78) 天。康复组男18例,女22例;年龄38~79岁,平均年龄 (62.10 ± 8.14) 岁;病程16~338天,平均病程 (34.90 ± 13.49) 天。联合组男17例,女23例;年龄39~79岁,平均年龄 (61.50 ± 7.32) 岁;病程17~340天,平均病程 (35.50 ± 13.72) 天。各组患者一般资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

西医诊断标准:参照1995年全国第四届脑血管病学术会议制定的《各类脑血管疾病诊断要点》^[9]制定,并经临床CT或MRI确诊。包括动脉粥样硬化性血栓性脑梗死、腔隙性梗死、脑出血。

中医诊断标准:参照国家中医药管理局脑病急症科研协作组制订的《中风病诊断和疗效评定标准》^[10]制定。急性起病;病发多有诱因,未发前常有先兆症状;主症见半身不遂,口舌歪斜,神识昏蒙,舌强言蹇不语,偏身麻木;好发年龄多在40岁以上。具有主症两个及两个以上,急性起病,结合舌、脉、诱因、先兆、年龄等方面的特点即可确定诊断;不具备上述条件,结合影像检查结果亦可确诊。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准;年龄35~80岁;病程2周至1年;意识清楚,生命体征平稳,能够配合治疗;肢体偏瘫、肌张力增高症状参照Brunnstrom六阶段分期标准^[11],Brunnstrom分期在Ⅱ—Ⅲ期,或改良的Ashworth^[12]评定,偏瘫肢体肌张力在1~3级;两周内未服用过中西镇静药物及肌肉松弛剂;签署知情同意书。

1.4 排除标准

已接受其他治疗,可能影响本研究效应指标观察者;合并有严重心、肝、脾、肺、肾疾病及精神病患者;中风次数 ≥ 3 次者;脑栓塞(心源性脑梗死)患者,蛛网膜下腔出血患者,或有出血性疾病患者;短暂性脑缺血发作,可逆性神经功能缺损;妊娠或哺乳期妇女。

1.5 剔除标准

未按规定接受针灸或康复治疗者;无任何检测记录者;由于采用某种禁用的疗法,以致无法评估疗效;合并使用其他疗法或药物而无法判定疗效者。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:各组患者的基础治疗均参照《中国脑血管病防治指南》^[13]的方案,控制血压、血糖、调节血脂、防止血小板聚集,以及防治并发症、营养支持等。

“靳三针”组:采用“颞三针”配合“拏三针”治疗。取穴:“颞三针”(病灶侧);“拏三针”(病灶侧):上肢“拏三针”(极泉、尺泽、内关),下肢“拏三针”:[鼠蹊(腹股沟动脉搏动处外侧)、委中、三阴交]。随症取穴:上下肢挛缩严重者:加点刺人中、中冲、极泉(开三针);手指、足趾挛缩严重者:加“腕三针”(阳溪、阳池、大陵)、踝三针(太溪、昆仑、解溪);体位:仰卧位,患侧上肢肩关节微外展、外旋置于体旁,手臂伸直,掌心向躯干,手指伸展或握一毛巾卷;患侧下肢自然伸直,膝下垫高约15cm,使膝关节稍弯曲,呈中立位。操作方法:使用 $0.32\text{ mm} \times (25 \sim 50)\text{ mm}$ 华佗牌不锈钢一次性针灸针(苏州华佗医疗仪器厂出产,标准号:GB2024-94),75%酒精皮肤常规消毒后进针。“颞三针”取病灶侧,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。采用快速进、出针,快速小捻转间断平补平泻方法。首先垂直刺入皮下,达帽状腱膜下后,以 15° 角的针刺方向沿皮轻微、快速、不捻转刺入30mm,得气后以 $180 \sim 200$ 次/min的频率捻转2min。上肢“拏三针”采用 $0.32\text{ mm} \times 40\text{ mm}$ 针垂直刺入,行提插捻转泻法,强刺激,以患者肢体有抽动感为度;下肢“拏三针”采用 $0.32\text{ mm} \times 40\text{ mm}$ 针垂直刺入,行提插捻转平补平泻手法,余加减配穴行提插捻转平补平泻手法。分别在进针后第10min、第20min、第30min行针3次,共留针30min。每日1次。

康复组:参照《临床康复学》^[14]中采用的常规康

复指导。原则:降低肌张力,抑制痉挛模式,诱发分离运动。给予下列康复训练:缓解肌张力,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。每次 30 min,每日 1 次。

联合组:采用“靳三针”联合康复训练治疗,在针刺 30 min 后再行康复训练 30 min,具体方法同上述两组,每日 1 次。

各组 14 天为 1 个疗程,共治疗 1 个疗程。

2.2 观察指标及方法

在治疗前、治疗后第 7 天、第 14 天后记录功能综合评定量表(FCA)^[15-16],临床神经功能缺损程度评分(NDS)^[17],四肢简化 Fugl-Meyer 评分(FMA)^[18],临床痉挛指数(CSI)评定^[19]。治疗后评价临床疗效。

2.3 疗效评定标准

参考文献^[12]自拟如下标准。以上肢以肘关节、腕关节,下肢以膝关节、踝关节为观察对象。显效:全部关节 Ashworth 评分之和降低 4 级肌张力;有效:全部关节 Ashworth 评分之和降低 2 级肌张力;好转:全部关节 Ashworth 评分之和降低 1 级肌张力;无效:肌张力无降低或反而增高。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件包处理数据。计数资料用 χ^2 检验;计量资料用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x}\pm s$)表示,用 t 检验,每组治疗前后比较用成组 t 检验,两组治疗前、治疗后比较用配对 t 检验;等级资料用 Ridit 检验。

3 结果

3.1 各组患者临床疗效比较

表 1 示,联合组与“靳三针”组总有效率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),“靳三针”组、联合组总有效率均优于康复组($P<0.05$)。

表 1 各组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	40	8(20.00)	28(70.00)	4(10.00)	36(90.00)
“靳三针”组	40	8(20.00)	27(67.50)	5(12.50)	35(87.50)
康复组	40	7(17.50)	26(65.00)	7(17.50)	33(82.50)

3.2 各组患者治疗前后 FCA、NDS、FMA、CSI 评分比较

表 2 示,治疗前各组患者各项指标比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗 7 天后,“靳三针”组和联合组患者 FCA、NDS、FMA 评分均较治疗前明显改善($P<0.05$);各组患者 CSI 评分均较治疗前明显改善($P<0.05$ 或 $P<0.01$);联合组各项指标改善明显优于“靳三针”组和康复组($P<0.05$ 或 $P<0.01$);“靳三针”组各项指标改善明显优于康复组($P<0.05$)。治疗 14 天后,各组患者各项指标均较治疗前和治疗 7 天后明显改善($P<0.01$ 或 $P<0.05$),联合组各项指标改善明显优于“靳三针”组和康复组($P<0.01$),“靳三针”组各项指标改善明显优于康复组($P<0.05$)。

4 讨论

中风病机是阴阳失调、气血逆乱、直冲犯脑,导致脑脉痹阻或血溢于脉外。中风后痉挛性偏瘫后患者出现上肢的屈肌和下肢的伸肌共同运动的肌痉挛模式。具体表现为:上肢的手指及腕关节屈曲,肘关节屈曲并旋前,肩关节内收,下肢髋关节内收、内旋,髋、膝关节痉挛性伸直,足内翻下垂,脚趾屈曲。从前、内侧为阴,后、外侧为阳的阴阳概念上说,肢体痉挛状态的表现属于阴急阳缓。究其原因这是由于阴阳脉气失调所致,如《难经·二十九难》曰:“阴跷为病,阳缓而阴急,阳跷为病,阴缓而阳急”。因此,本研究在治疗方面采用“靳三针”理论思想,“靳三针”可以

表 2 各组患者治疗前后不同时间 FCA、NDS、FMA、CSI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	FCA 评分	NDS 评分	FMA 评分	CSI 评分
联合组	治疗前	40	27.10 $\pm$ 8.96	23.30 $\pm$ 4.75	41.70 $\pm$ 16.12	13.70 $\pm$ 2.82
	治疗 7 天后	40	39.30 $\pm$ 12.29** $\blacktriangle$	11.10 $\pm$ 5.77** $\blacktriangle$	74.60 $\pm$ 13.05** $\blacktriangle$	8.30 $\pm$ 2.25** $\blacktriangle$
	治疗 14 天后	40	51.60 $\pm$ 10.64** $\triangle$ ** $\blacktriangle\blacktriangle$	4.20 $\pm$ 3.88** $\triangle$ ** $\blacktriangle\blacktriangle$	85.00 $\pm$ 12.38** $\triangle$ ** $\blacktriangle\blacktriangle$	7.00 $\pm$ 2.51** $\triangle$ ** $\blacktriangle\blacktriangle$
“靳三针”组	治疗前	40	26.90 $\pm$ 9.25	23.50 $\pm$ 5.59	40.30 $\pm$ 15.71	13.80 $\pm$ 3.25
	治疗 7 天后	40	36.40 $\pm$ 11.40**	15.40 $\pm$ 6.03**	61.60 $\pm$ 16.54**	11.40 $\pm$ 2.86**
	治疗 14 天后	40	46.40 $\pm$ 11.03** $\triangle$ **	7.80 $\pm$ 4.93** $\triangle$ **	73.90 $\pm$ 14.75** $\triangle$ **	8.50 $\pm$ 1.77** $\triangle$ **
康复组	治疗前	40	26.80 $\pm$ 10.02	21.90 $\pm$ 4.94	39.80 $\pm$ 14.09	14.10 $\pm$ 2.86
	治疗 7 天后	40	28.20 $\pm$ 11.75	21.40 $\pm$ 4.15	41.30 $\pm$ 15.48	11.00 $\pm$ 1.88*
	治疗 14 天后	40	46.90 $\pm$ 12.41** $\triangle$	8.40 $\pm$ 5.53** $\triangle$	71.34 $\pm$ 17.28** $\triangle$	8.30 $\pm$ 2.43** $\triangle$

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$,** $P<0.01$;与本组治疗 7 天后比较, $\triangle P<0.05$;与康复组同时间点比较,# $P<0.05$,## $P<0.01$;与“靳三针”组同时间点比较, $\blacktriangle P<0.05$, $\blacktriangle\blacktriangle P<0.01$

疏通肝胆经络之气血,平肝熄风潜阳,清肝泻胆,鼓舞少阳生发之机;靳三针疗法通过提插捻转手法达到泻急补缓,平衡阴阳之效。

本研究结果显示,各组患者 FCA、NDS、FMA 评分在治疗 14 天后均明显改善,说明各组患者的肢体功能均得到改善;相对于康复组,“靳三针”组和联合组在治疗 7 天后即显示出效果,究其原因,针刺发挥的作用不容忽视。各组患者在治疗 7 天后 CSI 评分均明显下降,说明痉挛程度均得到缓解,联合组的效果尤其明显。

综上所述,“靳三针”联合康复疗法不仅在改善中风后痉挛性偏瘫患者肢体痉挛方面疗效显著,且在提高患者认知功能、躯体功能、肢体活动能力及神经缺损症状等方面亦有较好的疗效。

参考文献

- [1]南登昆. 康复医学[M]. 3 版. 北京:人民卫生出版社, 2004:202-208.
- [2]黄东挺,卢琰琰,吴旻,等. 皮部浅刺对 50 例脑卒中后偏瘫肢体痉挛状态的康复效果观察[J]. 广西医学,2012,34(3):291-293.
- [3]侯震,王瑶. 针药结合对脑卒中后痉挛性偏瘫的疗效观察[J]. 世界中西医结合杂志,2012,7(4):317-319.
- [4]廖杏球. 针灸治疗脑卒中痉挛性偏瘫临床效果观察[J]. 中外医疗,2012,(11):141.
- [5]庄礼兴,丁晓虹. 脑卒中后遗症的针灸疗法[J]. 现代康复,2001,5(11):14-15,23.
- [6]曾祥龙. 头针、体针和颞三针交替使用改善脑卒中患者的肌力[J]. 中国临床康复,2004,8(22):4485.
- [7]韩德雄,庄礼兴,张莺. 用 Fugl-Meyer 量表评价“靳三针”结合康复训练对脑梗死偏瘫的疗效[J]. 针刺研究,2011,36(3):209-214.
- [8]朱欢欢,庄礼兴,贾超. “靳三针”释义[J]. 针灸临床杂志,2010,26(2):55-57.
- [9]中华医学会第四届全国脑血管学术会议·各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [10]国家中医药管理局脑病急症科研协作组. 中风病诊断与疗效评定标准[J]. 北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
- [11]南登昆. 康复医学[M]. 北京:人民卫生出版社,2004:40.
- [12]赵建国,徐振华,曹辰虹. 针刺锥体区治疗卒中偏瘫痉挛状态的临床研究[J]. 中国中医药信息杂志,2003,10(7):10-12.
- [13]饶明俐. 中国脑血管病防治指南[M]. 北京:人民卫生出版社,2007:20-50.
- [14]唐强. 临床康复学[M]. 上海:上海科学技术出版社,2009:12-24.
- [15]胡永善,吴毅,范文可,等. 功能综合评定量表的研究(一)量表设计[J]. 中国康复医学杂志,2002,17(1):35-38.
- [16]范文可,胡永善,吴毅,等. 功能综合评定量表效度的研究[J]. 中国康复医学杂志,2003,18(6):325-329.
- [17]Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale[J]. Arch Neurol,1989,46(6):660-662.
- [18]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.
- [19]燕铁斌. 临床痉挛指数:痉挛的综合临床评定[J]. 现代康复,2000,4(1):88-89.

(收稿日期:2013-01-24;修回日期:2013-04-15)

[编辑:王利芬]

第 22 次全国特色医疗名医学术交流暨风湿骨病论坛通知

本次会议由北京聚医杰医药科学研究院与有关学会联合主办,将于 2013 年 8 月 19 日—23 日在河北承德市召开,交流的主题是:中医药特色疗法治疗风湿、骨病各种痛症及疑难病。

一、会议内容:1. 有关专家作中医药治疗风湿骨病痛症、疑难病的学术讲座;2. 代表交流经验;3. 成立“中医风湿骨病研究专家委员会”;4. 表彰风湿骨病及痛症方面的名医;5. 代表作学术交流;6. 参观承德避暑山庄及坝上草原。二、征文要求:运用中医药治疗风湿骨病痛症及各种疑难病等方面的经验和运用针灸、膏药等外治法经验;稿件需打印,附 200 字以内作者简介。三、有关说明:1. 本次会议将评选特色医疗和风湿骨病痛症方面的优秀论文;2. 颁发继续教育学分证书;3. 向参会代表发《实用验方一百首》《痛症的特色疗法》《民间医药和民营中医医疗工作文件汇编》等书刊资料和有聚医杰标徽的纪念品;4. 参加本会议者将注册为“聚医杰会友”,长期享受获赠《聚医杰学术资讯》及有关信息资料;5. 具有副高以上职称或对中医风湿骨病有研究者可申请参加“中医风湿骨病研究专家委员会”。四、会议费用:参会报名费 200 元,会务及资料费 950 元。会期食宿及参观统一安排,费用自理。五、报名方式:将交流论文(无论文也可报名)、报名费 200 元、2 寸蓝底彩色登记像 4 张及个人技术简介、申报表等材料等在 8 月 3 日前用特快专递寄北京市 100036—98 信箱李莹莹收,邮编 100036,论文可发至 email:13366005273@163.com,电话:010—63772051、13366005273、18600893817。会议详情请登录:www.ylwsxx.com, www.zgtsyl.com