靳三针治疗中风后偏瘫患者的价值分析

陈子瑜

（上海蓝十字脑科医院中医科　上海 201101）

摘要：目的：研究中风后偏瘫患者采用靳三针治疗的效果。方法：选取 2018 年 5 月至 2021 年 5 月收治的中风后偏瘫患者 88 例，通过双盲抓阄方式分为常例组与协同组，各 44 例。常例组采用常规西医治疗方案，协同组在常例组治疗基础上采用靳三针协同治疗。对比两组治疗前后受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值、运动自控测评值及临床疗效。结果：治疗前两组受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值、运动自控测评值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组受损功能水平测评值较治疗前降低，生活自主完成度测评值、运动自控测评值均较治疗前提高，且协同组治疗后受损功能水平测评值显著低于常例组，生活自主完成度测评值、运动自控测评值均显著高于常例组（$P<0.05$）。协同组治疗优良率为 97.73%，显著高于常例组的 86.36%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。结论：靳三针联合常规西医疗法治疗中风后偏瘫患者，相辅相成，可缓解患者局部血供，改善患者神经功能缺损情况，提升患者生活自主完成能力，促进患者运动功能恢复，疗效显著。

关键词：中风后偏瘫；靳三针；疗效

中图分类号：R743.3　　**文献标识码**：B　　doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.02.022

中风患者脑部区域出现急性、短暂性缺血，从而引发脑部组织缺氧，诱发急性脑梗死，这与患者机体动脉粥样硬化、穿支小动脉病变及栓塞有关。中风患者以突然晕倒、意识不清、言语智力或肢体功能等出现障碍为主要临床表现[1-2]。中风患者经过及时治疗大部分临床症状可得到缓解，但由于神经功能损伤，易遗留合并症，患者常出现偏瘫、口齿不清等症状，严重影响日常生活。中风急性发作可给予药物治疗，以改善局部血供。但康复治疗周期相对较长，需要安全有效的恢复期治疗方案。恢复期治疗主要以促进神经功能的恢复为主，常规治疗以西医给药为主，一定程度上可以帮助患者缓解症状，促进面肌神经功能的恢复，但无标本兼治的效果，治疗周期长也会引发后遗症及药物副作用。在常规治疗的同时，给予靳三针治疗，更有利于促进患处血供及神经的恢复，预后效果更佳。本研究分析靳三针治疗中风后偏瘫患者的价值。现报道如下：

1　资料与方法

1.1　*一般资料*　选取 2018 年 5 月至 2021 年 5 月收治的中风后偏瘫患者 88 例为研究对象，通过双盲抓阄方式分为常例组与协同组，各 44 例。常例组男 30 例，女 14 例；年龄 44~88 岁，平均（64.75± 11.25）岁。协同组男 28 例，女 16 例；年龄 42~89 岁，平均（65.28± 10.72）岁。两组性别、年龄等基础资料比校，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。纳入标准：（1）西医符合 1995 年全国第 4 届脑血管病学术会议制定的脑梗死相关诊断标准，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起草制定的《中风病诊断与疗效评定标准（试行）》[3]；（2）经 CT 或 MRI 核查，为颈内动脉系统异常导致的脑血管意外发生；（3）中风发作史≤2 次，且发病时间在 15~90 d 内；（4）年龄 40~90 岁，性别不限。排除标准：（1）发生短暂性脑缺血症状，或出现可逆性神经功能缺损情况等患者；（2）因脑部肿瘤、颅脑外伤、心脏病急性发作、脑部寄生虫疾病、代谢功能障碍异常等导致的脑血管意外或出血性脑血管疾病患者；（3）妊娠或哺乳期患者；（4）中风次数≥3 次患者；（5）合并严重肝、心、肾，造血系统及内分泌系统原发性病变患者；（6）合并精神类疾病，无法自主交流沟通、治疗依从性欠佳或中途退出本研究患者。本研究经医院医学伦理委员会批准，患者及其家属对本研究内容知情，自愿参与本研究并签署知情同意书。

1.2　*治疗方法*　常例组采用常规西医治疗方案：依达拉奉（国药准字 H20174023）30 mg 溶于 100 ml

0.9%氯化钠注射液中，静脉滴注，2 次 /d，连续治疗 14 d。协同组在常例组治疗基础上采用靳三针协同治疗：手法行针，主穴取患者头针颞三针、上肢手三针（外关穴、合谷穴、曲池穴）、下肢足三针（太冲穴、足三里穴、伏兔穴）和舌三针（左上廉泉穴、上廉泉穴、右上廉泉穴），1 次 /d，连续治疗 14 d。并根据患者实际症状进行进阶取穴：伴半身不遂者，取肩髃穴、肓俞穴、极泉穴、风府穴、少海穴、大椎穴、昆仑穴、手三里穴、神门穴、太溪穴、环跳穴、内关穴、血海穴、髀关穴、阴陵泉穴；伴口眼歪斜者，取攒竹穴、地仓穴、下关穴、颊车穴、承泣穴、合谷穴、内庭穴；伴痹症者，采用毫针泻法并配合三棱针点刺井穴放血，对劳宫穴、人中穴、丰隆穴、十二井穴、太冲穴等进行针灸；伴脱证者，使用艾灸，取神阙穴、关元穴；伴失语者，对玉液穴、金津穴进行放血，针刺三阴交穴、内关穴、廉泉穴、通里穴；伴头痛者，针运动区域、足运感区域及语言区域。

1.3 观察指标　对比两组治疗前后受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值、运动自控测评值及临床疗效。采用美国国立卫生研究院卒中量表（National Institude of Health Stroke Scale, NIHSS）评分对患者受损功能水平测评值进行评分（满分 42 分）；采用 Barthel 指数评分量表对患者生活自主完成度进行评分（满分 100 分）；采用 Fugl-Meyer 运动功能评分量表对患者运动自控情况进行评分（满分 100 分）。患者受损功能水平测评值越低，生活自主完成度测评值及运动自控测评值越高，临床症状改善越好，护理效果越好。疗效评定标准：治愈，所有症状均消失，指标水平恢复正常，仅存轻微神经功能损伤，可以自主完成生活行为，运动自控能力好，康复快；好转，所有症状均得到缓解，指标水平改善较好，存在轻微神经功能损伤，并未发生进一步损伤，生活行为可以在辅助配合下自主完成，运动康复水平得到有效改善，仍需接受相关康复训练干预，康复较快；无效，所有症状均未改变，指标水平未得到显著恢复，造成严重神经功能损伤，无法自主完成生活行为，运动自控能力欠佳，需要接受延续治疗，康复较慢。总有效率＝（治愈例数＋好转例数）/ 总例数×100%。患者受损功能水平测评值越低，神经损伤越小，症状改善越好，指标水平恢复越好；生活自主完成度测评值越高，运动自控测评值越高，恢复效果越好，疗效优良率越高。

1.4 统计学分析　采用 SPSS20.0 软件分析相关数据。计量数据（受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值、运动自控测评值）以（$\bar{x} \pm s$）表示，行 t 检验；计数数据（疗效优良率）以%表示，行 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较　协同组治疗优良率为 97.73%，显著高于常例组的 86.36%，差异有统计学意义（$P<0.05$）。见表 1。

表 1　两组临床疗效比较[例（%）]

组别	n	治愈	好转	无效	总有效
常规组	44	20（45.45）	18（40.91）	6（13.64）	38（86.36）
协同组	44	23（52.27）	20（45.45）	1（2.27）	43（97.73）
χ^2					3.880 1
P					0.048 8

2.2 两组受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值及运动自控测评值比较　治疗前两组受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值、运动自控测评值比较，差异无统计学意义（$P>0.05$）；治疗后两组受损功能水平测评值均较治疗前降低，生活自主完成度测评值、运动自控测评值均较治疗前提高，且协同组治疗后受损功能水平测评值显著低于常例组，生活自主完成度测评值、运动自控测评值均显著高于常例组（$P<0.05$）。见表 2。

表 2　两组受损功能水平测评值、生活自主完成度测评值及运动自控测评值比较（分，$\bar{x} \pm s$）

组别	n	受损功能水平测评值		生活自主完成度测评值		运动自控测评值			
						上肢测评值		下肢测评值	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
常例组	44	36.14± 2.11	10.18± 3.35	42.14± 0.68	59.98± 7.46	22.14± 0.53	40.86± 10.32	16.33± 1.29	27.83± 3.27
协同组	44	36.17± 2.12	7.89± 3.27	42.28± 0.12	81.56± 7.35	22.16± 0.17	49.27± 10.13	16.36± 1.31	30.45± 3.25
t		0.066 5	3.244 8	1.344 9	13.668 7	0.238 4	3.857 7	0.108 2	3.769 6
P		0.947 1	0.001 7	0.182 2	0.000 0	0.812 2	0.000 2	0.914 1	0.000 3

3 讨论

中风患者多为突然发病，造成颅内血液供应出现异常，导致局部脑组织出现缺血及缺氧，最终形成不可逆损伤，出现脑组织坏死等一系列神经系统合并症，预后效果欠佳。患者康复期易出现四肢及面部肌肉运动控制水平降低、生活行为无法自主完成等神经功能受损症状，致瘫率及死亡率均较高[4-5]，需立即治疗，以缓解神经炎性水肿反应，改善局部血供，防止更多并发症发生。患者治疗后进入恢复期，需配合延续治疗以提升康复效果，降低并发症。

中风后偏瘫通常采用药物治疗、物理疗法等方式增加受损组织血供，提升神经修复能力。常规治疗中以西医给药为主，依达拉奉等药物可快速改善患者脑部的血供水平，清除管腔的栓子瘀积，避免脑组织因缺血、缺氧导致的进一步坏死，从而可以更快地控制病情的发展。但患者多为老年人群，康复期内长期给药会造成机体的二次损伤，不利于康复。因此应在常规治疗的同时增加中医疗法针对性治疗，以更快缓解患者的症状表现，加速患者的康复，提升整体康复效果。孙思邈在《千金方》中记载，“人五十以上，阳气日衰，损于日至.....”。中医学认为中风后偏瘫是由患者劳累过度，机体正气失调导致风寒风热入侵筋脉所致，导致患者出现脉道阻塞、气机不调、筋失约束等情况。《素问•阴阳应象大论》中记载，“善诊者，察色按脉，先别阴阳”。中医遵循辨证施治原则，即分析辨别其致病病因、病理改变部位、疾病性质及邪正关系。施治应当根据患者的实际状况，选取靳三针治疗，更有利于恢复患侧面部肌肉血液供应，促进神经功能的恢复[6-7]。

靳三针是广州中医药大学临床针灸学专家靳瑞教授总结中医针灸名医精华，与弟子经临床反复系统实验形成的科学针灸学派，有取穴简单、高效等特点。针灸是中风病的临床常用治疗手段，靳三针对其进行更为科学的改良。靳三针也可以用于小儿脑瘫、焦虑症、自闭症、睡眠障碍、脑卒中后偏瘫康复期，在临床中应用效果显著。靳三针治疗将患者的气血疏通，减少经络的瘀阻情况，起到调舒筋脉、冲和气血功效。针灸可以针对不同穴位进行治疗，以调节气血运行，起到疏通阴阳的效果，帮助患者醒脑开窍，改善患者脑内血液循环及缺氧情况，有效调整颅内压，使大脑皮层快速恢复正常状态，提升神经生理兴奋信号强度，从而改善血氧水平，增强脑血流灌注，对提升脑细胞的活性有重要辅助作用[8-9]。针灸也可帮助舒缓肌肉紧张感，疏通气血，提升患者对面部肌肉的控制能力，从而达到尽快改善偏瘫区的血液循环、加速神经功能恢复的目的。

本研究结果显示，在常规治疗的同时增加靳三针治疗，中风后偏瘫患者的受损功能水平测评值显著降低，生活自主完成度测评值及运动自控测评值均显著提升，疗效优良率更高（$P<0.05$）。研究结果表明，西医给药可以快速阻断疾病的进一步发展，配合靳三针治疗，效果更显著。针刺改良疗法可以快速改善患者的患肢肌肉控制能力，恢复两侧面部对称性，抑制合并症状的进一步发展，患者的生活自主完成度更高，提升了对运动的自控能力，同时也提升了整体治疗效果，更适用于患者康复治疗期。但临床发现，多次（≥3 次）中风患者需接受西医临床系统治疗，以控制病情的进一步发展，快速稳定指标水平，在康复期使用靳三针干预的效果较初次发作患者欠佳。但本研究选取病例相对局限，期待更多中医学者对靳三针治疗中风后偏瘫的疗效及机制进行深入探讨，为中风后偏瘫患者的治疗及康复提供理论依据。综上所述，靳三针联合常规西医疗法治疗中风后偏瘫患者，相辅相成，可缓解患者局部血供，改善患者神经功能缺损情况，提升患者生活自主完成能力，促进患者运动功能恢复，疗效显著。

参考文献

[1]方颖,李劲,杨畅.靳三针对中风后下肢痉挛性偏瘫患者痉挛程度和步行能力的影响[J].针灸临床杂志,2019,35(3):19-22.
[2]张少明,贺小卉,孙曌,等.靳三针配合点穴联合清脑益元汤对急性缺血性中风偏瘫患者神经功能及肌力的影响[J].四川中医,2020,38(3):206-209.
[3]李平,吴钟璇,张云如,等.中风病诊断与疗效判定标准（试行）[J]北京中医药大学学报,1996,19(1):55-56.
[4]孙飒,景福权,李上封,等.互动式头针结合经颅磁刺激治疗脑卒中后偏瘫 40 例临床观察[J].江苏中医药,2019,51(10):58-61.
[5]万梅,魏丹.穴位贴敷辅助治疗中风后肢体偏瘫的疗效观察[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(13):2044-2047.
[6]喻凤文,戚秩铭,谯智泉.针灸联合康复训练对中风后偏瘫患者下肢运动功能及生活质量的影响[J].四川中医,2020,38(3):200-203.
[7]吴朝刚,文政,张伟,等.针灸推拿疗法治疗中风后偏瘫的临床研究进展[J].国际中医中药杂志,2020,42(6):612-615.
[8]路晟,程飞,陈乾.滋阴通络方联合针刺治疗中风恢复期偏瘫患者临床观察[J].山东医药,2020,60(7):77-79.
[9]Zhang Y,Liu GC,Wang JY,et al.Clinical Observation on Acupuncture Treatment for Post-stroke Spastic Hemiplegia [J].Journal of Acupuncture and Tuina Science,2013,11(4):230-234.

（收稿日期：2021-12-08）