

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20220417-0003

中图分类号: R 246.6 文献标志码: A

## 通阳柔筋法针刺联合挛三针治疗阳虚型帕金森肌强直 58 例\*

范靖琪<sup>1△</sup>, 卢玮婧<sup>1</sup>, 谭伟强<sup>1</sup>, 陈缘缘<sup>1</sup>, 严明月<sup>1</sup>, 黎颖佳<sup>1</sup>, 庄礼兴<sup>2✉</sup>( <sup>1</sup> 广州中医药大学针灸康复临床医学院, 广东广州 510006; <sup>2</sup> 广州中医药大学第一附属医院, 广东广州 510405 )

[关键词] 帕金森病; 肌强直; 针刺; 阳虚; 通阳柔筋

笔者采用通阳柔筋法针刺联合挛三针治疗阳虚型帕金森肌强直患者 58 例, 现报道如下。

## 1 临床资料

58 例均为 2021 年 5 月至 2022 年 3 月于广州中医药大学第一附属医院帕金森专科门诊就诊患者。其中男 28 例, 女 30 例; 年龄 48~79 (63±8) 岁; 病程 3~8 (4.7±0.4) 年; 平均左旋多巴等效剂量 (800.70±1.25) mg。均符合《中国帕金森病的诊断标准 (2016 版)》<sup>[1]</sup> 中帕金森肌强直的诊断标准; 符合《帕金森病 (颤抖病) 中医临床诊疗专家共识》<sup>[2]</sup> 中阳虚证的辨证标准: 行动困难, 表情呆板, 肢体或头部震颤日久, 项背僵, 肢体拘挛, 疲乏体倦, 畏寒肢冷, 腰酸腿痛, 舌质淡嫩或淡暗、苔白, 脉沉细。排除合并老年性精神病或严重心、肺、肝、肾等脏器性疾病者; 抗帕金森药物严重过敏反应者; 3 个月内接受过其他针刺疗法者。

## 2 治疗方法

(1) 通阳柔筋法针刺。取穴: 大椎、筋缩、命门。操作: 患者取俯卧位, 暴露项背部皮肤, 穴位局部常规消毒, 采用 0.25 mm×40 mm 一次性针灸针, 诸穴均向下平刺 25~30 mm。得气后行提插平补平泻法, 留针 30 min。

(2) 挛三针。患者接受通阳柔筋法针刺后休息活动 10 min, 再行挛三针针刺。上肢肌强直选用手挛三针 (极泉、尺泽、内关), 下肢肌强直选用足挛三针 [鼠蹊 (在腹股沟区, 气冲下 1 寸, 前正中线旁开 4 寸<sup>[3]</sup>)、阴陵泉、三阴交]。操作: 患者取仰卧位, 穴位局部常规消毒。极泉、尺泽、鼠蹊、阴陵泉、三阴交采用 0.25 mm×40 mm 一次性针灸针直刺 25~30 mm; 内关采用 0.25 mm×25 mm 一次性针灸针直刺 18~20 mm。

得气后行提插平补平泻法, 留针 30 min。

均隔日 1 次, 每周 4 次, 治疗 4 周为一疗程, 共治疗 2 个疗程。在治疗期间维持患者原有服药剂量不变, 针刺由具有 2 年以上临床经验的专业针灸科医师进行操作。

## 3 疗效观察

## 3.1 观察指标

(1) 帕金森病统一评分量表 (UPDRSⅢ) 肌强直评分<sup>[4]</sup>: 采用 UPDRSⅢ肌强直评分评定患者肌强直改善情况, 共 5 个条目, 分别针对颈部、双侧上肢、双侧下肢, 每个条目计 0~4 分, 总分为 0~20 分, 分数越高代表肌强直越严重。

(2) 10 米步行测试<sup>[5]</sup>: 用于评定患者的步行能力, 本研究中用于评价患者由于肌强直所致运动迟缓症状的改善情况。测试时需直线行走 14 m, 分别于 2 m 处和 12 m 处做标记, 选择中间的 10 m 进行评定。记录患者行走 10 m 距离所用时间, 并计算步速。共测试 3 次, 取平均值。时间越长、步速越慢, 代表患者运动迟缓越严重。

(3) 帕金森病中医证候量表评分<sup>[6]</sup>: 共分为 8 个维度, 29 个条目。每个条目计 0~4 分, 总分为 0~116 分, 分数越高代表帕金森病中医证候越严重。

为避免药物血药浓度变化影响, 上述指标均于治疗前后患者服药 4 h 后进行评定。

## 3.2 疗效评定标准

根据尼莫地平法, 采用 UPDRSⅢ肌强直评分减分率评定临床疗效。UPDRSⅢ肌强直评分减分率 = [(治疗前 UPDRSⅢ肌强直评分 - 治疗后 UPDRSⅢ肌强直评分) ÷ 治疗前 UPDRSⅢ肌强直评分] × 100%。显效: 减分率 ≥ 60%; 有效: 30% ≤ 减分率 < 60%; 无效: 减分率 < 30%。

## 3.3 统计学处理

数据采用 SPSS18.0 软件进行统计分析。符合正

\*国家自然科学基金资助项目: 82174486

✉通信作者: 庄礼兴, 教授。E-mail: zhuanglixing@163.com

△范靖琪, 广州中医药大学博士研究生。E-mail: 1638393444@qq.com

态分布的计量资料用均数  $\pm$  标准差 ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示, 组内比较采用配对样本  $t$  检验; 计数资料用频数或百分数 (%) 表示。以  $P < 0.05$  为差异有统计学意义。

### 3.4 治疗结果

治疗后, 患者 UPDRSⅢ肌强直评分、帕金森病中医证候量表评分较治疗前降低 ( $P < 0.05$ ); 10 米步行测试时间较治疗前缩短 ( $P < 0.05$ ), 步速较治疗前提高 ( $P < 0.05$ ), 见表 1。58 例患者中, 显效 10 例, 有效 29 例, 无效 19 例, 总有效率为 67.2%。

表 1 58 例帕金森肌强直患者治疗前后 UPDRSⅢ肌强直评分、10 米步行测试结果及帕金森病中医证候量表评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	UPDRSⅢ 肌强直评分	10 米步行测试		帕金森病中医 证候量表评分
		时间/s	步速/m · s <sup>-1</sup>	
治疗前	13.15 $\pm$ 3.34	11.39 $\pm$ 1.22	0.89 $\pm$ 0.09	20.45 $\pm$ 4.58
治疗后	9.15 $\pm$ 3.39 <sup>1)</sup>	9.91 $\pm$ 1.24 <sup>1)</sup>	1.02 $\pm$ 0.13 <sup>1)</sup>	16.74 $\pm$ 5.21 <sup>1)</sup>

注: 与治疗前比较, <sup>1)</sup>  $P < 0.05$ 。

## 4 体会

阳虚型帕金森肌强直责之阳气虚衰, 筋脉失于温、柔、养所致, 应治以扶阳柔筋为主。《医碥》云: “挛者, 久不伸, 钢则难医”; 《症因脉治》云: “挛者, 拘急不能屈伸”。帕金森肌强直患者因肌张力过高表现为屈伸不利、“铅管样”抵抗、肌肉僵硬、运动弛缓等症状<sup>[7]</sup>, 因此应从“挛”论治。挛即肢体屈伸不利, 属于筋病范畴<sup>[8]</sup>。《素问·生气通天论》载: “阳气者, 精则养神, 柔则养筋”。阳气具有温煦之性, 可对全身筋脉起到温煦濡养的作用。阳气虚衰则筋脉失于柔养, 表现为挛缩拘紧。

通阳柔筋法针刺起源于靳三针的“通督补阳”理论, 取穴主要由大椎、筋缩、命门组成。督脉为阳脉之海, 大椎为督脉与六阳经交会穴, 可调动诸阳经之气。命门、筋缩位于肾俞、肝俞之间, 命门为督脉脉气所发, 旁通于肾, 可温阳通经; 《循经考穴编》言: “筋缩, 主手足不收或拳挛不举”, 筋缩为治疗挛缩之要穴, 有疏肝养筋之效。帕金森肌强直患者以年迈居多, 其中表现为强直等“风动”之征的患者多以肝肾不足为主要病机<sup>[9]</sup>, 故命门、筋缩合用可通督补阳、补益肝肾。3 穴分别位于督脉的上、中、下部, 刺之可使督脉脉气相连, 实现通督补阳之用, 阳气充足可温煦筋脉, 筋柔则力达。从辨症的角度, 帕金森肌强直主要表现为上肢或下肢肌张力增高。针对病位和病症, 分别选用手、足挛三针, 可抑制过高的肌张力<sup>[10]</sup>。

既往研究多针对帕金森不同运动症状进行统一

治疗。帕金森病具有症状繁多、病机复杂的特点, 常表现为两种以上的运动症状同时存在, 统一论治无法实现针对性治疗。本研究针对阳虚型帕金森肌强直患者, 采用通阳柔筋法针刺通督补阳以治本, 在患肢配合手足挛三针以治标, 将病机与病位、病症相结合, 症证合参。通过通督-补阳-柔筋, 针对性改善阳虚型帕金森患者肌强直症状。针刺操作方面, 通阳柔筋法针刺注重疏通督脉经气, 故需注意针刺角度为平刺, 针刺深度 25~30 mm, 以起到上中下三部督脉经气相连之效。针刺挛三针时, 三阴交向悬钟方向透刺, 阴陵泉向阳陵泉方向透刺, 内关向外关方向透刺, 尺泽向少海方向透刺, 注重阴阳经透刺手法以协调阴阳经气。由于患者在治疗过程中需要从俯卧位转换为仰卧位, 肌强直患者常伴有翻身困难等症状, 故需嘱患者休息片刻后, 在家属以及医师的监护下进行体位的更换。

本研究结果显示, 治疗后患者 UPDRSⅢ肌强直评分、帕金森病中医证候量表评分降低, 10 米步行测试时间减少、步速提升, 提示通阳柔筋法针刺配合挛三针可缓解阳虚型帕金森肌强直患者肌强直状态, 改善其步行状态, 疗效满意。

## 参考文献

- [1] 中华医学会神经病学分会帕金森病及运动障碍学组, 中国医师协会神经内科医师分会帕金森病及运动障碍专业. 中国帕金森病的诊断标准(2016 版)[J]. 中华神经科杂志, 2016, 49(4): 268-271.
- [2] 雒晓东, 李哲, 朱美玲, 等. 帕金森病(颤拘病)中医临床诊疗专家共识[J]. 中医杂志, 2021, 62(23): 2109-2116.
- [3] 刘鑫, 李伟儒, 庄礼兴. “鼠蹊”考释[J]. 中国针灸, 2021, 41(11): 1281-1282.
- [4] 王冰, 徐军, 汤修敏. 帕金森病统一评分量表信度和效度研究[J]. 山东医药, 2009, 49(28): 88-89.
- [5] Amatachaya SP, Kwanmongkolthong MP, Thongjumnroon AP, et al. Influence of timing protocols and distance covered on the outcomes of the 10-meter walk test[J]. Physiother Theory Pract, 2020, 36(12): 1348-1353.
- [6] 郇鹏飞, 李小茜, 黄品贤, 等. 帕金森病中医证候量表的信度与效度评价[J]. 中医杂志, 2022, 63(2): 125-128.
- [7] Armstrong MJ, Okun MS. Diagnosis and treatment of parkinson disease[J]. JAMA, 2020, 323(6): 548.
- [8] 刘迪一, 于智敏. 筋的生、成、用探微[J]. 中国中医基础医学杂志, 2019, 25(3): 281-283.
- [9] 王晓萍, 周明旺, 刘雪君, 等. 中西医结合治疗帕金森病临床研究新进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2017, 19(11): 215-218.
- [10] 朱欢欢, 庄礼兴, 贾超. “挛三针”释义[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(2): 55-57.

(收稿日期: 2022-04-17, 网络首发日期: 2023-02-02, 编辑: 李婧婷)