

针刺联合补阳还五汤改善脑梗死后神经与认知功能障碍疗效观察

申成功, 丁建美

安吉县中医医院针灸科, 浙江 安吉 313300

[摘要] 目的: 观察针刺联合补阳还五汤改善脑梗死后神经与认知功能障碍的疗效。方法: 选取 80 例脑梗死后神经与认知功能障碍患者, 随机分为联合组和中医组各 40 例。2 组均酌情予以控制血压、血糖和血脂、抑制血小板聚集等西药进行基础治疗, 中医组予以补阳还五汤治疗, 联合组在中医组治疗基础上加用针刺治疗。2 组均治疗 3 周。采用神经功能缺损程度 (NFD) 评分、蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 和改良 Barthel 指数评定量表 (MBI) 评定患者的神经缺损恢复情况、认知功能及日常生活能力, 并根据治疗前后 MMSE 评分的改善率判断临床疗效。结果: 治疗 3 周后, 联合组认知功能总改善率高于中医组 ($P < 0.05$)。2 组 NFD 评分均较治疗前下降, 而 MoCA 及 MBI 评分均上升, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$, $P < 0.01$), 联合组 NFD 评分低于对照组, MoCA 及 MBI 评分均高于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 针刺联合补阳还五汤改善脑梗死后神经与认知功能障碍的疗效明显优于单纯的补阳还五汤治疗, 能有效修复患者的神经功能, 改善认知功能, 提高日常生活能力。

[关键词] 脑梗死; 认知功能障碍; 针刺; 补阳还五汤

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0051-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.020

神经与认知功能障碍是脑梗死后较常见的并发症, 对患者的生活质量影响明显, 需积极干预治疗^[1]。目前西医临床对脑梗死神经与认知功能障碍的治疗尚缺乏特效药物, 疗效欠理想^[2]。近年来研究发现, 针刺联合中药治疗在改善脑梗死后神经与认知功能障碍方面具有独特的效果^[3]。本研究探讨了针刺联合补阳还五汤改善脑梗死后神经与认知功能障碍的疗效, 报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2013 年 1 月—2014 年 10 月在本院内科门诊或住院治疗的 80 例脑梗死后神经与认知功能障碍患者。采用随机数字表法分为联合组和中医组各 40 例。联合组男 22 例, 女 18 例; 年龄 (64.7 ± 7.7) 岁; 病程 (20.3 ± 4.1) 天; MMSE 评分 (17.8 ± 2.0) 分; 文化程度: 小学 25 例, 中学 11 例, 大学 4 例。中医组男 24 例, 女 16 例; 年龄 (63.1 ± 7.5) 岁; 病程 (19.7 ± 3.7) 天; MMSE 评分 (18.1 ± 2.1) 分; 文化程度: 小学 27 例, 中学 10 例, 大学 3 例。2 组性别、年龄、病程、简易智力状态量表 (MMSE)

评分及文化程度等比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 纳入标准 符合《中国急性缺血性脑卒中诊治指南 2010》^[4]中脑梗死的诊断标准, 且神经功能缺损程度 (NFD) 评分 > 16 分, MMSE 评分 > 18 分, 并经头颅 CT 或 MRI 等检查确诊, 且为单一卒中病灶; 中医辨证属气虚血瘀型; 年龄 45~75 岁; 经本院医学伦理委员会批准, 签署知情同意书。

1.3 排除标准 以往有神经、精神疾病或其他疾病引起痴呆的患者; 文盲, 患有失语、耳聋或视力障碍等; 长期大量饮酒、吸毒和服用麻醉剂或镇静剂的患者; 治疗前 4 周使用过脑细胞营养剂、麦角制剂和胆碱酯酶抑制剂等促智药者。

2 治疗方法

2 组均酌情予以控制血压、血糖和血脂, 抑制血小板聚集等西药进行基础治疗。

2.1 中医组 予以补阳还五汤治疗, 处方: 黄芪 45 g, 石菖蒲、丹参、地龙、当归尾、红花、桃仁、川芎、远志各 20 g, 赤芍 15 g。随症加减: 气虚明

[收稿日期] 2016-01-16

[作者简介] 申成功 (1973-), 男, 副主任中医师, 主要从事针灸科临床工作。

显著加党参、太子参；肢体麻木者加木瓜、伸筋草及防己；肢瘫无力者加续断、桑寄生、杜仲。每天1剂，煎煮至约200 mL，分早晚2次温服。

2.2 联合组 在中医组治疗基础上加用针刺治疗，取风市、神庭、百会、曲池、内关、足三里、阳陵泉、三阴交及血海等穴位，其中神庭及百会为主穴。四肢穴位平补平泻，神庭、百会平刺进针，行针1 min，每天1次，每次留针30 min。

2组疗程均为3周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 采用NFD评分评估患者的神经功能缺损恢复情况，采用MMSE与蒙特利尔认知评估量表(MoCA)评估患者的认知功能，采用改良Barthel指数评定量表(MBI)评定患者的日常生活能力，并根据治疗前后MMSE评分的改善情况判断临床疗效。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0软件统计数据，计量资料采用 t 检验，计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 认知功能疗效标准^[9] 显著改善：MMSE评分比治疗前改善 ≥ 4 分；改善：MMSE评分比治疗前改善1~3分；无效：MMSE评分无明显改善或反而减少。

4.2 2组改善认知功能疗效比较 见表1。治疗3周后，联合组认知功能总改善率高于中医组($\chi^2=5.16$, $P<0.05$)。

表1 2组改善认知功能疗效比较 例

组别	n	显著改善	改善	无效	总改善率(%)
中医组	40	18	13	9	77.50
联合组	40	21	17	2	95.00 ^①

与中医组比较，^① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后NFD、MoCA和MBI评分比较

见表2。治疗前，2组NFD、MoCA和MBI评分比较，差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗3周后，2组NFD评分均较治疗前下降，而MoCA及MBI评分均上升，差异均有统计学意义($P<0.05$, $P<0.01$)，联合组NFD评分低于中医组，MoCA及MBI评分均高于中医组($P<0.05$)。

5 讨论

中医学认为，脑梗死后认知功能障碍属痴呆、健忘和呆病等范畴，主要是由肝肾精血亏虚、气虚血瘀、瘀血内阻及脑窍失养等所致，临床治疗当以益精

表2 2组治疗前后NFD、MoCA及MBI评分变化($\bar{x}\pm s$) 分

组别	时间	n	NFD评分	MoCA评分	MBI评分
中医组	治疗前	40	20.18 \pm 3.06	15.19 \pm 2.07	34.52 \pm 4.59
	治疗后	40	16.02 \pm 2.92 ^①	19.92 \pm 2.68 ^①	42.82 \pm 5.46 ^①
联合组	治疗前	40	19.97 \pm 3.12	15.23 \pm 2.16	33.98 \pm 4.81
	治疗后	40	13.16 \pm 2.04 ^{②③}	24.52 \pm 3.25 ^{②③}	51.26 \pm 6.02 ^{②③}

与同组治疗前比较，^① $P<0.05$ ，^② $P<0.01$ ；与中医组治疗后比较，^③ $P<0.05$

养血、化瘀活络和醒脑开窍为主^[6~7]。补阳还五汤出自清代王清任所著的《医林改错》，方中重用黄芪补中益气，使气旺血行；当归尾活血祛瘀；川芎、赤芍、桃仁和红花助当归尾活血祛瘀通脉；地龙通经活络；石菖蒲、远志化痰醒神开窍，全方共奏益气行血、化瘀通络、醒神开窍之功效，但部分患者予以单纯的补阳还五汤治疗疗效仍欠理想^[8~9]。

应用针刺对痴呆患者进行治疗，中医文献早有论述。针刺时取神庭及百会为主穴，神庭为阳明经、足太阳及督脉交汇之所，针刺该穴位有安神宁志、清利头目的效果；百会是督脉、足三阳经、足厥阴肝经交汇之所，为醒脑、开窍的要穴^[10~11]。现代医学认为采用针灸治疗脑梗死，能提高脑梗死病灶处的脑波波动频率，加快血液流速，改善血流动力学，增加脑供血，并能增加大脑皮质的兴奋度，改善病灶组织中细胞的恢复速度^[12~13]。本研究发现治疗3周后，联合组NFD、MoCA及MBI评分的改善情况较中医组明显，认知功能总改善率高于中医组。提示针刺联合补阳还五汤改善脑梗死后神经与认知功能障碍的疗效明显优于单纯的补阳还五汤治疗，能有效修复患者的神经功能损伤，改善认知功能，提高日常生活能力，具有临床推广价值。

[参考文献]

- [1] Liman TG, Heuschmann PU, Endres M, et al. Changes in cognitive function over 3 years after first-ever stroke and predictors of cognitive impairment and long-term cognitive stability: the erlangen stroke project[J]. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 2011, 31(4): 291-299.
- [2] Jaillard A, Grand S, Le Bas JF, et al. Predicting cognitive dysfunctioning in nondemented patients early after stroke[J]. Cerebrovasc Dis, 2010, 29(5): 415-423.

- [3] 赵智伟. 针灸联合药物在脑卒中后认知障碍的治疗分析[J]. 中医临床研究, 2014, 6(11): 40-41.
- [4] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(2): 146-153.
- [5] 李知莲. 脑卒中认知功能障碍评定研究进展[J]. 国际神经病学神经外科学杂志, 2007, 34(2): 128-131.
- [6] 高旭军. 中医疗法对脑梗死患者脑供血及认知功能的影响[J]. 中国中医急症, 2014, 23(11): 2113-2114.
- [7] 李惠兰. 脑卒中后认知障碍的中医药研究概况[J]. 中国康复理论与实践, 2012, 18(9): 834-836.
- [8] 刘洪彬, 秦予民, 刘晓娜, 等. 补阳还五汤佐治急性脑梗死认知功能障碍疗效分析[J]. 实用中医药杂志, 2010, 26(11): 750-751.
- [9] 朱仁洋, 孙新芳, 吴国水, 等. 补阳还五汤加减联合天智颗粒治疗血管性认知障碍临床研究[J]. 浙江中西医结合杂志, 2015, 25(2): 132-134.
- [10] 冯晓东. 电针神庭、百会对脑卒中后认知障碍的临床及机制研究[D]. 福州: 福建中医药大学, 2013.
- [11] 黄凡, 刘悦, 周飞雄, 等. 针刺对脑梗死后血管性认知障碍的影响[J]. 广东医学, 2008, 29(11): 1918-1920.
- [12] 李国辉, 苏秀群, 何希俊, 等. 针刺结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 中医药学刊, 2006, 24(9): 1759-1761.
- [13] 刘金欢, 陈军, 严定芳, 等. 针灸对轻度认知功能障碍治疗效果的 Meta 分析[J]. 长春中医药大学学报, 2011, 27(4): 537-538.

(责任编辑: 吴凌)

丹参多酚酸盐联合克林澳治疗急性脑梗死疗效观察

陈晔均

诸暨市人民医院, 浙江 诸暨 311800

[摘要] 目的: 观察丹参多酚酸盐联合克林澳治疗急性脑梗死的临床疗效。方法: 130例急性脑梗死患者随机分为2组。对照组予以常规急性脑梗死处理并加用克林澳; 观察组在对照组治疗基础上, 加用注射用丹参多酚酸盐。治疗后3月、6月、12月, 采用神经功能缺损评分(NIHSS)量表和改良Rankin量表(mRS)等综合评估。结果: 总有效率观察组87.69%, 对照组69.23%, 2组比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后3月、6月、12月NIHSS评分均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组NIHSS评分下降更明显, 与对照组同期比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。2组治疗后3月、6月、12月mRS评分均有改善, 与本组治疗前比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$); 观察组mRS评分下降更明显, 与对照组同期比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论: 在常规急性梗死处理措施上联合使用丹参多酚酸盐和克林澳, 可帮助恢复神经功能缺损症状, 临床疗效显著, 有利于改善预后。

[关键词] 急性脑梗死; 丹参多酚酸盐; 克林澳; NIHSS评分; mRS评分

[中图分类号] R743 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2016) 05-0053-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.05.021

现代医学认为脑梗死为脑实质细胞由于短期或长期内出现血液供应障碍, 从而患者出现神经症状的疾病。脑梗死多与动脉硬化、动脉血栓形成造成血管供血障碍有关。因此, 急性脑梗关键在于调整患者机

体的凝血机制, 抑制血栓的形成, 改善梗死灶的血液供应^[1]。近年来, 丹参多酚酸盐逐渐被应用于临床, 其在脑水肿改善, 减少脑梗死体积, 恢复患者认知, 调节神经功能方面发挥了较好的作用^[2]。本研究采用

[收稿日期] 2015-11-21

[作者简介] 陈晔均 (1981-), 男, 主治医师, 研究方向: 脑梗死的治疗。