

调神益智针法联合西药治疗血管性痴呆 42 例临床观察

李 思, 张智龙, 杨元庆*, 吉学群, 张 萍, 杨秀娟

(天津市中医药研究院附属医院, 天津市红桥区北马路 354 号, 300120)

基金项目: 天津市中医药管理局中医、中西医结合课题资助项目 (11010)

摘要 目的 评价调神益智针法治疗血管性痴呆的临床疗效。方法 将 84 例血管性痴呆患者随机分为治疗组、对照组各 42 例。两组在基础治疗的同时, 治疗组加用调神益智针法, 对照组采用传统针刺取穴, 每日 2 次, 每周治疗 6 天, 1 周为 1 个疗程, 共治疗 4 个疗程。治疗前后进行简易智能量表 (MMSE)、日常生活能力量表 (BBS)、日常生活能力 (BI 指数)、阿尔茨海默病评定量表的认知分量表 (ADAS-Cog)、画钟试验 (CDT) 测定及中医证候评分, 同时采用临床医生访谈时对病情变化的印象补充量表 (CIBIC-Plus) 进行评定, 并判定中医证候疗效。结果 两组患者治疗前后 MMSE 评分、BBS 评分、BI 指数、ADAS-Cog 评分、CDT 评分、中医证候评分比较差异均有统计学意义 ($P < 0.01$), 两组患者各指标治疗后组间比较差异亦有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗组中医证候总有效率为 88.10%, 对照组为 76.19%, 两组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论 调神益智针法可明显改善血管性痴呆患者的智能状态、认知功能、社会行为能力、日常生活功能及中医证候, 优于传统针刺方法。

关键词 血管性痴呆; 调神益智针法; 针刺方法

流行病学显示, 我国老年人血管性痴呆 (VD) 的患病率为 324/10 万, 约有 VD 患者 420 余万人^[1]。它不仅给患者带来长期痛苦, 严重影响其生活质量, 而且给家庭、社会造成了沉重的负担。目前国内外尚缺乏治疗或控制 VD 进展具有肯定效果的药物^[2], 探索非药物治疗法治疗 VD 日益受到国内外学者的重视。我们采用调神益智针法治疗 VD 患者, 为该病提供一种安全有效的治疗方法。

1 临床资料

1.1 诊断标准与中医辨证标准

西医诊断标准采用 1993 年美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会 (NINDS/AIREN) 制订的 VD 诊断标准^[3], 并结合国际公认的智力测定量表 (简易智能量表 MMSE)^[4]、日常生活能力量表 (ADL 和 BBS) 使痴呆诊断具体化、量化。痴呆程度参照临床痴呆量表 (CDR)^[5]进行评定。

中医诊断及辨证标准参照田金洲等制订的血管性痴呆中医辨证量表 (SDSVD)^[6]并结合临床辨证

为髓海不足、肾精亏虚证, 阳虚不化、浊邪害清证, 痰浊阻窍证, 瘀血阻窍证。

1.2 纳入标准

符合上述中西医诊断标准; 年龄 45 ~ 80 岁; 根据 CDR 选择轻度和中度患者; 患者签署知情同意书; 患者应具有一定的文化水平, 能进行简单阅读和书写者。

1.3 排除标准

存在意识障碍及其他神经系统疾病所致的痴呆 (如阿尔茨海默病); 全身性疾病引起的痴呆; 精神疾病 (抑郁症等); 痴呆终末期患者; 合并心血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病, 以及其他脏器功能不全; 患者病情危重, 难以对治疗的有效性和安全性作出确切评价者; 因头部损伤患有认知障碍者; 患有某些疾病干扰认知功能的评价, 其中包括嗜酒、吸毒或其他精神性药物滥用者; 伴有严重的神经功能缺损者。

1.4 一般资料

收集 2010 年 1 月至 2011 年 12 月在天津市中医药研究院附属医院针灸科门诊及住院 VD 患者 84 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 42

* 通讯作者: muerguang@163.com, 15822796757

例。治疗组中男 23 例,女 19 例;年龄 45~78 岁,平均 (66.76 ± 8.60) 岁;病程 3~10 年,平均 (6.55 ± 2.85) 年;文化程度:小学 16 例,中学 12 例,大专以上 14 例;病情程度^[5]:轻度 22 例,中度 20 例。对照组中 42 例,男 20 例,女 22 例;年龄 45~75 岁,平均 (66.22 ± 8.05) 岁;病程 4~10 年,平均 (7.15 ± 2.92) 年;文化程度:小学 14 例,中学 17 例,大专以上 11 例;病情程度:轻度 19 例,中度 23 例。两组患者临床资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

基础治疗:所有患者根据病情酌情给予抗凝、抗血小板聚集、降压等基础治疗,口服拜阿司匹林肠溶片(国药准字 J20080078,拜耳医药保健有限公司)每次 0.1 g,每日 1 次;尼莫地平片(国药准字 H140022821,山西亚宝药业集团股份有限公司)每次 40 mg,每日 3 次,伴有中枢性偏瘫者针刺患侧臂臑、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、伏兔、阳陵泉、承山、绝骨、太冲等穴。操作方法:穴位处常规皮肤消毒,采用苏州医疗用品有限公司生产华佗牌 0.3 mm × (40~60) mm 不锈钢毫针。针刺深度以得气为度。

治疗组:加用调神益智针法。主穴:四神聪、神庭、人中、内关(双侧)、神门(双侧)、然谷(双侧)、血海(双侧)、太冲(双侧)。辨证配穴:髓海不足、肾精亏虚加补太溪(双侧)、三阴交(双侧)、中注(双侧)、足三里(双侧);阳虚不化、浊邪害清加补大赫(双侧)、关元、足三里(双侧)、泻丰隆(双侧);痰浊阻窍加刺足三里(双侧)、阴陵泉(双侧),丰隆(双侧);瘀血阻窍加地机(双侧)、中极。

对照组:按照《针灸学》^[6]取穴,印堂、四神聪透百会、神庭透上星、风池(双侧)、太溪(双侧)、悬钟(双侧)、合谷(双侧)、太冲(双侧)。

两组均施以平补平泻手法,每次 30 min,每日 2 次,每周治疗 6 天,休息 1 天,1 周为 1 个疗程,共观察 4 个疗程。

2.2 观察指标

2.2.1 主要疗效指标 ①认知功能:用 MMSE^[7]和阿尔茨海默病评定量表认知部分(ADAS-Cog)^[8]评价患者治疗前后的定向力、计算力和注意力、即刻记忆和延迟记忆、语言等变化。画钟试

验(CDT)^[9],要求患者在白纸上画出一个钟表的表盘,把数字放在正确的位置上,并用表针标出 08:20 的位置。结果判定采用 4 分法计分:画出闭锁的圆得 1 分;将数字安放在正确的位置得 1 分;表盘上包括全部 12 个正确的数字得 1 分;将指针安放在正确的位置得 1 分。②行为能力:用 Blessed 行为量表(BBS)^[10]评价患者治疗前后日常生活行为能力改变、习惯改变、人格、兴趣、个性改变。③全身表现和舌、脉象情况:参照文献^[6]计算中医证候积分。

2.2.2 次要疗效指标 ①日常生活能力:采用 BI 指数^[11]评价患者治疗前后日常生活行为能力改变、习惯改变、人格、兴趣、个性改变。②总体印象:采用基于临床医生访谈时总体印象改变评价(CIBIC-Plus)^[12]观察患者总体变化情况,得分降低表示病情改善。它主要是依据医生对患者的神经心理试验评分、实验数据、副作用报告等综合评分得出的参数。主要反映患者 4 个方面的情况:一般情况、认知功能、行为反应和日常生活自理能力。分为 1~7 级,1 级:显著进步;2 级:进步;3 级:稍进步;4 级:无变化;5 级:稍恶化;6 级:恶化;7 级:严重恶化。

2.2.3 安全性分析 包括患者血、尿、大便常规,肝、肾功能、心电图及治疗过程中不良反应。

2.3 中医证候疗效判定标准

参照《中药新药临床研究指导原则》^[13],疗效指数 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%。临床缓解:疗效指数 ≥ 95%;显效:70% ≤ 疗效指数 < 95%;有效:30% ≤ 疗效指数 < 70%;无效:疗效指数 < 30%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 13.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均值 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,用 t 检验对正态分布的计量资料进行显著性检验,对非正态分布的计量资料进行 Wilcoxon 秩和检验,计数资料用 χ^2 检验,等级资料用秩和检验,假设检验均以 $\alpha = 0.05$ (双侧) 作为检验标准。

3 结果

3.1 两组患者 MMSE、BBS、BI 指数、ADAS-Cog、CDT、中医证候积分比较

表 1 示,两组患者治疗前 MMSE、BBS、BI 指数、ADAS-Cog、CDT、中医证候积分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$);两组治疗后各项指标与

表 1 两组 VD 患者治疗前后 MMSE、BBS、BI、ADAS-Cog、CDT、中医证候评分变化比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	MMSE	BBS	BI 指数	ADAS-Cog	CDT	中医证候
治疗组	治疗前	42	16.65 ± 4.50	20.11 ± 4.60	31.56 ± 11.7	32.89 ± 11.56	1.97 ± 0.72	21.76 ± 2.72
	治疗后	42	24.93 ± 4.01 ^{*△}	14.30 ± 4.10 ^{*△}	74.62 ± 18.2 ^{*△}	20.62 ± 10.5 ^{*△}	2.56 ± 0.7 ^{*△}	11.85 ± 2.39 ^{*△}
对照组	治疗前	42	17.09 ± 3.65	20.47 ± 4.61	31.45 ± 12.1	34.11 ± 12.2	1.92 ± 0.83	21.89 ± 3.0
	治疗后	42	22.14 ± 3.62 [*]	16.88 ± 3.06 [*]	53.94 ± 17.1 [*]	27.01 ± 11.2 [*]	2.26 ± 0.6 [*]	16.54 ± 2.89 [*]

注:与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, $\Delta P < 0.01$

治疗前比较差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗后 MMSE、BBS、BI 指数、ADAS-Cog、CDT、中医证候积分两组间比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组。

3.2 两组患者 CIBIC-Plus 分级比较

表 2 示, 两组患者 CIBIC-Plus 分级比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 治疗组优于对照组。

表 2 两组 VD 患者 CIBIC-Plus 分级比较 (例)

组别	例数	1 级	2 级	3 级	4 级	5 级	6 级	7 级
治疗组	42	9	20	12	1	0	0	0
对照组	42	4	18	8	10	2	0	0

3.3 两组患者中医证候疗效比较

表 3 示, 治疗组总有效率与对照组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 两组疗效相当; 但两组显效率比较差异有统计学意义 ($P < 0.01$), 治疗组优于对照组。

表 3 两组 VD 患者中医证候疗效比较 例 (%)

组别	例数	显效	有效	无效	显效	总有效
治疗组	42	28 (66.67)	9 (21.43)	5 (11.90)	28 (66.67)	37 (88.10)
对照组	42	10 (23.81)	22 (52.38)	10 (23.81)	10 (23.81)	32 (76.19)

3.4 安全性分析

治疗前后患者血、尿、大便常规, 肝、肾功能, 心电图检测均未发现明显不良反应。在针刺治疗过程中, 未出现晕针、滞针、弯针, 或针刺部位血肿、感染、损伤等不良反应。仅有部分病例在出针时见点状出血, 予以无菌干棉球按压 5 ~ 10 s, 即可止血, 所有患者未发生全身反应现象。

4 讨论

中医对痴呆的有关论述散见于“呆病”、“文痴”、“愚痴”、“痴症”、“善忘”、“神呆”、“郁证”等病中。我们通过多年的临床实践认为, VD 的病机关键是“阴虚为本, 痰瘀为标”, 精亏髓少, 阳气虚衰, 痰瘀浊毒, 贯穿于疾病全过程。证有虚实两型, 虚为肾精亏虚; 实为痰浊蒙窍。治疗或补肾滋阴, 或豁痰祛湿, 或滋阴、豁痰并施, 临

床根据患者病情虚实偏重之不同, 而分别采用滋阴调神益智针法、豁痰调神益智针法等方法进行治疗。本研究采用的调神益智针法取穴水沟、四神聪、神庭、大陵、内关、然谷、血海、太冲。水沟为督脉和手足阳明之会, 性善启闭开窍, 能开启元神之府之窍; 四神聪位于巅顶, 内应大脑, 善调元神之气机, 而调神治神, 有健脑调神、醒脑开窍之功; 神庭乃元神所居之庭堂, 为督脉和足太阳、阳明之交会穴, 刺之能通阳, 以复阳气养神则精之效, 而有养神安神之功; 大陵为手厥阴心包经脉气所注之输土穴, 原气所过而留止之原穴, 本经子穴, 既能祛邪扶正、宁心安神, 又能清心泻火、祛邪安神; 内关为手少阴心经之络穴, 补则能养心血、益心神、健脑益智; 然谷为足少阴肾经之荥火穴, 水中之真火, 燃于深谷之中, 取之不尽, 用之不竭, 生生不熄, 少火生气, 故补之灸之能温补少阴之火, 温阳益气; 泻之能潜镇龙雷之火, 滋阴泻火, 为一双向调节的特效穴, 针之则能滋肾养神; 血海为血液汇聚之海, 有导血归海之效, 能扶脾统血, 养血活血, 清血分热, 调理血室, 为治疗血证之要穴; 太冲为足厥阴之脉所注之输土穴, 又是足厥阴肝经之原穴, 其性下降, 善于疏峻开导, 既能平肝熄风, 清热降逆, 又能养血柔肝, 和肝敛阴。诸穴合用, 意在清心开窍而醒神, 滋养精血而养神, 共奏调神益智之功。

本研究结果表明, 调神益智针法与传统针刺法均能显著提高 VD 患者的智能状态、行为能力、日常生活能力, 改善认知功能和中医证候积分; 但两组患者治疗后 MMSE 评分、BBS 评分、BI 指数、ADAS-Cog 评分、CDT 评分、中医证候积分组间比较, 说明治疗组改善患者智能状态、行为能力、日常生活能力、认知功能、中医证候积分疗效优于对照组。同时验证了 VD 患者的病机关键是“阴虚为本, 痰瘀为标”, 精亏髓少、痰瘀浊毒贯穿于疾病全过程。证有虚实两面, 虚为阳气虚衰、肾精亏虚; 实为痰浊、瘀血阻窍。

综上所述, 采用调神益智针法治疗 VD 较传统

针刺方法疗效肯定,可明显改善患者的智能状态、社会行为能力、日常生活功能及中医证候。该法是一种安全、有效的非药物治疗方法,并且有取穴方便、操作简单、不受体位限制、费用低廉等优点,临床值得推广应用。

参考文献

- [1] 李成文,李增富. 神经内科中西医结合治疗手册 [M]. 北京:人民卫生出版社,2006:547.
- [2] 刘洋. 血管性痴呆的针灸临床与实验研究概况 [J]. 河北中医,2003,25(11):868-872.
- [3] Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Work Group [J]. Neurology, 1993, 43(2): 250-260.
- [4] 王新德,王纪佐. 神经病学 [M]. 北京:人民军医出版社,2001:140.
- [5] Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules [J]. Neurology, 1993, 43(11):

2412-2414.

- [6] 田金洲,韩明向,涂晋文,等. 血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准 [J]. 北京中医药大学学报,2000,23(5):16-24.
- [7] 石学敏. 针灸学 [M]. 7 版. 北京:中国中医药出版社,2002:233-235.
- [8] 于欣,王华丽,李淑然,等. ADAS-Cog 中文版区分轻、中度阿尔茨海默病的能力 [J]. 中国心理卫生杂志,2005,19(1):31-33.
- [9] Royall DR, Cordes JA, Polk M. CLOX: an executive clock drawing task [J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1998, 64(5):588-594.
- [10] 汤慈美. 神经心理学 [M]. 北京:人民军医出版社,2001:2561.
- [11] 王拥军. 神经病学临床评定量表 [M]. 北京:中国友谊出版社,2005:25-27.
- [12] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(第二辑) [S]. 1995:206-209.

Clinical Observation on Spirit-Regulating Intelligence-Improving Acupuncture Combined With Western Medicine for 42 Cases of Vascular Dementia

LI Si, ZHANG Zhilong, YANG Yuanqing, JI Xuequn, ZHANG Ping, YANG Xiujuan

(Tianjin Academy of Traditional Chinese Medicine Affiliated Hospital, Tianjin 300120)

ABSTRACT Objective To evaluate the efficacy of spirit-regulating intelligence-improving acupuncture for vascular dementia. **Methods** Totally 84 cases of vascular dementia were randomized into a treatment group and a control group, with 42 cases in each. Both groups were given basic treatment. The treatment group was added with spirit-regulating intelligence-improving acupuncture. The control group was added with traditional acupuncture. Both groups were treated twice daily and 6 days weekly. The treatment lasted for 4 weeks. The Mini-Mental State Examination (MMSE), Berg Balance Scale (BBS), Barthel Index (BI), Alzheimer's Disease Assessment Scale-Cognitive Subscale (ADAS-Cog), Clock Drawing Test (CDT) and Clinicians' Interview-Based Impression of Change-Plus (CIBIC-Plus) were used to evaluate before and after treatment. The TCM syndrome scores were detected and the efficacy of TCM syndrome was evaluated. **Results** There were significant differences between before and after treatment in the scores of MMSE, BBS, BI, ADAS-Cog, CDT and TCM syndrome in both groups ($P < 0.01$). There were significant differences between groups in the scores of MMSE, BBS, BI, ADAS-Cog, CDT and TCM syndrome after treatment ($P < 0.01$). The total efficacy of TCM syndrome in the treatment group and control group was 88.10% and 76.19% respectively, with no significant difference between groups ($P > 0.05$). **Conclusion** The spirit-regulating intelligence-improving acupuncture is superior to traditional acupuncture in improving mental state, cognitive function, capabilities of social behavior, activities of daily living and TCM syndromes of patients with vascular dementia.

Keywords vascular dementia; spirit-regulating intelligence-improving acupuncture; needling methods

(收稿日期: 2014-01-22; 修回日期: 2014-02-17)

编辑: 叶 晨