

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2019.06.013

调和气血、补心益智针刺法治疗乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者 53 例临床观察

张玉, 张萃, 徐晓华, 张青*

(首都医科大学附属北京中医医院, 北京市东城区美术馆后街 23 号, 100010)

摘要 目的 观察调和气血、补心益智针刺法治疗乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者的临床疗效。方法 将 104 例患者随机分为治疗组 53 例和对照组 51 例, 治疗组选用调和气血、补心益智针刺组穴, 对照组选用非经非穴浅刺法, 两组患者均每周治疗 2 次, 治疗 8 周。分别于治疗前后及治疗结束 16 周后(随访期)进行蒙特利尔评估量表(MoCA)、简易智力状况量表(MMSE)、欧洲癌症研究与治疗组织生命质量测定量表(EORTC QLQ-C30)评分, 并于治疗后及随访时评价 MoCA 量表疗效及 MMSE 量表疗效。结果 治疗后及随访时, 治疗组和对照组的 MoCA、MMSE 评分均较治疗前升高($P < 0.01$), 且治疗组的改善程度优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后、随访时 MoCA 量表总有效率分别为 64.15%、66.04%, MMSE 量表总有效率分别为 77.36%、83.02%; 对照组分别为 13.72%、17.65%, 47.06%、47.06%, 治疗组治疗后及随访时 MoCA、MMSE 量表的总有效率均高于同时间对照组($P < 0.01$)。治疗后及随访时, 治疗组和对照组患者在视空间与执行功能、注意力与计算力、语言、抽象和延迟回忆 5 个方面较治疗前评分明显提高($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$), 且治疗组明显优于同时间对照组($P < 0.05$)。结论 调和气血、补心益智针刺法对改善乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者认知功能损伤以及情绪、失眠、疲乏等生活质量情况具有肯定的疗效, 且有明显的远期疗效。

关键词 乳腺癌; 化疗相关认知障碍; 针刺疗法; 气血失调证; 调和气血; 补心益智

化疗相关认知障碍(chemotherapy related cognitive impairment, CRCI)是指肿瘤患者在接受化疗过程中和化疗后常出现的一种不良反应, 主要表现为记忆力减退、注意力不集中和管理执行能力的减退等^[1], 14%~85% 的患者在化疗期间或之后出现认知功能的损伤^[2]。研究发现, 有些患者需要 4~10 年才能恢复^[3], 化疗带来的这种不良反应严重影响乳腺癌患者的生活质量。西医治疗 CRCI 有一定的疗效, 但长期疗效尚不确定以及存在药物毒副作用, 使其应用受到一定限制。本研究采用调和气血、补心益智针刺法治疗乳腺癌 CRCI 患者, 报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断及辨证标准

西医诊断标准: 1) 乳腺癌诊断标准^[4]: 经组

织学、细胞学或影像学证实的乳腺癌患者。2) 认知障碍诊断标准^[5]: 无痴呆但认知功能不正常; 患者主诉或知情者报告存在认知功能减退; 日常生活能力保存, 或复杂日常生活能力仅轻度受损。

中医气血失调证辨证标准^[6]: 倦怠乏力、少气懒言、气短、自汗、心悸、眩晕、失眠、健忘、疼痛、面色不华或面色黧黑、舌淡苔白、脉细无力或结代。

1.2 纳入标准

符合上述西医诊断标准及中医辨证标准者; 年龄 25~55 岁; 神经心理学评价具有认知损害的证据; 于化疗后 6 个月内诊断为认知损害, 且属轻度认知障碍者^[7-8]; 患者签署知情同意书。

1.3 排除标准

由脑外伤、脑血管疾病(如阿尔兹海默病、帕金森病、脑梗死、多发性硬化症等)、抑郁、甲状腺疾病、药物或酒精中毒引起的认知损害; 合并严重心、肝、肺、肾功能损害所致的认知减退及造

基金项目: 北京中医药科技发展项目(JJ2015-22); 北京市自然科学基金(7162083)

* 通讯作者: zhangqingys@sina.com, (010) 52176520

血系统、内分泌系统严重原发病者;服用可影响认知功能的药物者(如毒麻药、镇静剂、抗抑郁药物等)。

1.4 脱落标准

研究过程中出现严重不良事件,或出现其他影响临床观察的病症,经医生判断应停止临床研究者;研究方案实施中发生了重要偏差,如依从性差等,难以评价治疗效果;受试者在临床研究过程中向主管医生提出退出临床试验者。

1.5 一般资料

114 例患者均为首都医科大学附属北京中医医院 2015 年 10 月至 2017 年 12 月的门诊和住院女性患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组各 57 例。治疗组 53 例,年龄 30~55 岁,平均(45.08±5.97)岁;文化程度:小学 15 例,中学 32 例,大学及以上 6 例;肿瘤分期^[4]:Ⅰ期 4 例,Ⅱ期 8 例,ⅢA 期 18 例,ⅢB 15 例,Ⅳ期 8 例;手术方式:改良根治术 47 例,根治术 4 例,保乳术 2 例。对照组 51 例,年龄 30~55 岁,平均(45.61±5.08)岁;文化程度:小学 14 例,中学 31 例,大学及以上 6 例;肿瘤分期^[4]:Ⅰ期 3 例,Ⅱ期 9 例,ⅢA 期 20 例,ⅢB 13 例,Ⅳ期 6 例;手术方式:改良根治术 40 例,根治术 10 例,保乳术 1 例。两组患者在年龄、文化程度、肿瘤分期、手术方式等方面比较差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经首都医科大学附属北京中医医院医学伦理委员会批准,伦理批件号:2016BL-008-02。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组给予调和气血、补心益智针刺法治疗,取穴:足三里(双侧)直刺 26~33 mm、血海直刺 26~33 mm、膻中针尖向上斜刺 17 mm、中脘、气海直刺 33~50 mm、百会斜刺 7 mm、风府沿下颌方向缓慢刺入 17~33 mm、心俞(双侧)斜刺 10~17 mm、噫嘻(双侧)斜刺 17~27 mm、通里(双侧)直刺 10~17 mm、照海(双侧)直刺 17~27 mm。使用华佗牌一次性无菌针刺针(0.25 mm×40 mm, 0.25 mm×25 mm)小幅度、高频率捻转补法,留针 20 min,每周治疗 2 次,共 8 周。治疗结束 16 周后进行随访。

对照组给予非经非穴治疗,定位:非穴Ⅰ:前臂内侧,少海穴与神门穴连线的中点尺侧,手少阴心经和手太阳小肠经连线的中点;非穴Ⅱ:前臂内

侧,在少海穴与神门穴连线中上 1/4 折点处尺侧,手少阴心经和手太阳小肠经连线的中点;非穴Ⅲ:小腿外侧,与悬钟同水平,足阳明胃经与足少阳胆经之间;非穴Ⅳ:小腿外侧后缘,阳陵泉穴下 3 寸,足少阳胆经与足太阳膀胱经之间(连线的中点)。针具同治疗组,采用浅刺法,针尖仅刺入皮下,不施手法,不求得气。疗程同治疗组。

2.2 观察指标及方法

2.2.1 蒙特利尔认知评估量表(MoCA)^[5] 评分 满分 30 分,内容包括:延迟回忆(5 分),视空间与执行能力(立方体 1 分,画钟表 3 分,连线测验 1 分,词语流畅性 1 分),抽象能力(2 分),注意力和计算力(数学广度 2 分,目标字母识别检测 1 分,连续减法 3 分),语言能力(命名 3 分,句子复述 2 分),定向力(时间定向 4 分,地点定向 2 分),动物命名 3 分。治疗前后及随访期观察并记录(功能领域和总体健康状况领域: $SS = [1 - (RS - 1) / R] \times 100$, 症状领域: $SS = [(RS - 1) / R] \times 100$)。SS 为标准化得分:RS 为粗分,是各个领域所包括的条目得分相加并除以所包括的条目数;R 为各领域或条目的得分全距)。

2.2.2 简易智力状况量表(MMSE)^[6] 评分 满分 30 分,内容包括:定向力(10 分),短期记忆(3 分),注意力和计算力(5 分),回忆能力(3 分),语言能力(9 分)。治疗前后及随访期观察并记录。

2.2.3 欧洲癌症研究与治疗组织生命质量测定量表(EORTC QLQ-C30)^[7] 评分 此量表共 30 个条目,分为 15 个领域(维度),包含躯体、角色、认知、情绪、社会功能、疲劳、疼痛、恶心呕吐、总体健康状况(生命质量)、气短、失眠、食欲、便秘、腹泻和经济困难,每个领域根据严重程度分别计 1、2、3、4 分,为了使各个领域得分能互相比,得分需要进一步采用标分化处理。治疗前后及随访期观察并记录,本研究仅列出患者表现最明显的几项:即情绪、认知、总体健康、疲劳、失眠。

2.3 疗效判定标准

2.3.1 MoCA 量表疗效标准^[11-13] 1) 显效:评分提高 5 分以上;2) 有效:评分提高 3~5 分;3) 进步:评分提高 1~3 分;4) 无效:治疗前后量表评分差异无统计学意义。总有效率=(显效+有效)/总例数×100%

2.3.2 MMSE 量表疗效标准^[13-14] 疗效指数=(治疗前评分-治疗后评分)/治疗前评分×100%。1) 显效:疗效指数≥20%;2) 有效:疗

效指数 $\geq 12\%$ $< 20\%$; 3) 无效: 疗效指数 $< 12\%$ 但 $\geq -12\%$; 4) 恶化: 疗效指数 $< -12\%$ 。总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 $\times 100\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行统计学处理, 计量资料采用均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 对治疗前后指标进行正态性检验, 采用两独立样本 t 检验、重复测量方差分析、LSD 检验方法进行比较; 计数资料采用 χ^2 检验, 检验水准 $\alpha = 0.05$ 。

3 结果

研究过程中共有 10 例患者脱落, 治疗组脱落 4 例 (2 例依从性差, 2 例主动退出临床试验), 对照组脱落 6 例 (1 例依从性差, 5 例主动退出临床试验)。最终纳入统计治疗组 53 例、对照组 51 例。

3.1 两组患者治疗前后及随访时 MoCA、MMSE 量表评分比较

表 1 示, 治疗后及随访时治疗组和对照组 MoCA、MMSE 评分均较治疗前升高 ($P < 0.01$), 且治疗组升高优于对照组 ($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。

表 1 两组乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者治疗前后 MoCA、MMSE 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	MoCA 评分	MMSE 评分
治疗组	治疗前	53	24.55 $\pm$ 1.10	25.81 $\pm$ 0.62
	治疗后	53	27.64 $\pm$ 1.51 * $\Delta\Delta$	29.51 $\pm$ 0.89 * $\Delta\Delta$
	随访时	53	27.75 $\pm$ 1.69 * $\Delta\Delta$	29.36 $\pm$ 2.41 * Δ
对照组	治疗前	51	24.18 $\pm$ 0.91	25.67 $\pm$ 0.52
	治疗后	51	25.88 $\pm$ 1.07*	28.55 $\pm$ 1.08*
	随访时	51	25.73 $\pm$ 1.12*	28.45 $\pm$ 1.10*

注: MoCA, 蒙特利尔评估量表; MMSE, 简易智力状况量表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与对照组治疗后同时间比较, Δ $P < 0.05$, $\Delta\Delta$ $P < 0.01$

3.2 两组患者治疗后及随访时临床疗效比较

表 2、表 3 示, 治疗组治疗后及随访时 MoCA、MMSE 量表的总有效率均高于同时间对照组 ($P < 0.01$)。

表 2 两组乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者治疗前及治疗前后及随访时 MoCA 量表各子项目比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	视空间与执行功能	注意力与计算力	语言能力	抽象能力	延迟回忆	定向力
治疗组	治疗前	4.17 $\pm$ 0.78	5.49 $\pm$ 0.67	1.55 $\pm$ 0.54	1.51 $\pm$ 0.51	2.81 $\pm$ 0.52	6.00 $\pm$ 0.00
	治疗后	4.75 $\pm$ 0.48 * Δ	5.91 $\pm$ 0.30 * Δ	2.36 $\pm$ 0.52 * Δ	2.00 $\pm$ 0.00 * Δ	3.72 $\pm$ 0.66 * Δ	5.89 $\pm$ 0.32
	随访时	4.74 $\pm$ 0.49 * Δ	5.91 $\pm$ 0.30 * Δ	2.47 $\pm$ 0.58 * Δ	1.96 $\pm$ 0.19*	3.72 $\pm$ 0.95 * Δ	5.96 $\pm$ 0.19
对照组	治疗前	4.06 $\pm$ 0.10	5.18 $\pm$ 0.10	1.43 $\pm$ 0.08	1.53 $\pm$ 0.07	2.84 $\pm$ 0.07	5.98 $\pm$ 0.02
	治疗后	4.55 $\pm$ 0.07*	5.73 $\pm$ 0.07*	2.04 $\pm$ 0.08*	1.96 $\pm$ 0.03*	3.35 $\pm$ 0.08*	5.94 $\pm$ 0.03
	随访时	4.45 $\pm$ 0.09*	5.69 $\pm$ 0.07*	2.22 $\pm$ 0.08*	1.90 $\pm$ 0.04*	3.47 $\pm$ 0.12*	5.94 $\pm$ 0.03

注: MoCA, 蒙特利尔评估量表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$, 与对照组治疗后同时间比较, Δ $P < 0.05$

表 2 两组乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者治疗前后 MoCA 量表疗效比较

组别	时间	例数	显效 (例)	有效 (例)	进步 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	治疗后	53	8	26	16	3	64.15
	随访时	53	13	22	15	3	66.04
对照组	治疗后	51	1	6	41	3	13.72
	随访时	51	0	9	34	8	17.65

表 3 两组乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者治疗前后 MMSE 量表疗效比较

组别	时间	例数	显效 (例)	有效 (例)	进步 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
治疗组	治疗后	53	9	32	12	0	77.36
	随访时	53	9	35	8	1	83.02
对照组	治疗后	51	3	21	27	0	47.06
	随访时	51	4	20	27	0	47.06

3.3 两组患者治疗前后及随访时 MoCA 量表各子项目评分比较

表 4 示, 治疗后及随访时, 治疗组和对照组患者在视空间与执行功能、注意力与计算力、语言能力、抽象能力和延迟回忆 5 个方面较治疗前评分明显提高 ($P < 0.01$), 且治疗组明显优于对照组同时间 ($P < 0.05$)。两组各指标治疗后及随访时比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

3.4 两组患者治疗前后及随访时 EORTC QLQ-C30 量表评分比较

表 5 示, 治疗后两组患者在情绪、认知、总体健康方面较治疗前明显升高, 失眠评分明显降低 (均 $P < 0.05$); 随访时与治疗前比较, 两组情绪 (除对照组)、认知评分、总体健康明显升高, 失眠、疲劳方面评分明显降低 (均 $P < 0.05$)。治疗组治疗后 (治疗后疲劳评分除外) 及随访时与对照组同时间比较, 治疗组情绪、认知评分、总体健康状况明显升高, 失眠、疲劳方面评分明显降低 (均 $P < 0.05$)。

表 5 两组乳腺癌化疗相关认知障碍气血失调证患者治疗前后 EY 随访时 EORTC QLQ-C30 量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	情绪	认知	总体健康状况	疲劳	失眠
治疗组	治疗前	73.58 ± 9.35	32.08 ± 16.29	61.95 ± 7.60	26.42 ± 8.50	50.31 ± 24.13
	治疗后	83.49 ± 7.40 ^{*▲}	55.35 ± 13.39 ^{*▲}	78.93 ± 7.42 ^{*▲}	21.80 ± 9.49	24.53 ± 16.21 ^{*▲}
	随访时	84.28 ± 9.20 ^{*△▲}	56.29 ± 12.33 ^{*△▲}	79.25 ± 8.59 ^{*△▲}	17.61 ± 10.09 ^{*△▲}	24.53 ± 20.83 ^{*△▲}
对照组	治疗前	75.65 ± 9.70	30.39 ± 16.90	61.44 ± 9.12	26.80 ± 8.07	43.14 ± 27.72
	治疗后	78.10 ± 9.57 [*]	35.62 ± 13.34 [*]	68.30 ± 8.33 [*]	23.75 ± 8.61	33.99 ± 20.54 [*]
	随访时	77.61 ± 7.90	36.60 ± 14.54 [*]	69.93 ± 7.47 [*]	21.13 ± 6.76 [*]	32.70 ± 18.25 [*]

注: EORTC QLQ-C30, 欧洲癌症研究与治疗组织生命质量测定量表; 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$, 与本组治疗后比较, $\Delta P < 0.05$; 与对照组治疗后同时间比较, $\Delta P < 0.05$

4 讨论

有学者称 CRCI 为“化学脑”, 其发病机制未明^[4]。西医治疗主要有药物治疗(如他克林、盐酸美金刚、莫达非尼等)、认知行为训练、康复性干预等, 但药物治疗长期疗效不确定且存在一定的毒副作用, 认知行为训练具体方法各不相同且较难掌握。现代医学研究证明, 针刺可以通过影响中枢神经递质、血管活性物质、氧自由基、细胞凋亡等环节改善认知功能^[5], 但目前临床研究基本都是针对血管性认知障碍, 尚无关于乳腺癌化疗相关认知障碍的研究。

中医学认为, 认知功能隶属于“神”的范畴, “心者, 五脏六腑之大主也, 精神之所舍也”, 神与五脏皆有关, 而心是其主。郁仁存^[6]认为肿瘤发病的根本为“内虚”, 即正气不足, 而化疗药物多寒凉, 化疗后患者脏腑更虚, 气血生化乏源, 无法化精为神, 从而影响肿瘤患者的认知功能。贺普仁^[7]认为, 在痴呆的发病过程中, 气滞则病, 气血通调则病愈。化疗药物常常影响患者气机升降出入的变化, 且以心气虚为本, 导致气虚、气滞、气郁等, 随之产生瘀血、痰浊等病理产物, 气血失调, 痰瘀浊毒互阻, 使心神失养, 脑髓失用, 终致认知障碍的发生。认知障碍病位虽在脑, 但与心、肾、肝、脾的功能紧密联系, 肾气亏虚则精髓化生不足, 肝失疏泄则气机不畅, 脾失运化则痰湿内停, 皆可阻碍全身气血的正常运行。

本病病机为本虚标实, 虚者多为气血不足和髓海不足, 其中以心气虚为主, 实者多为痰浊蒙窍和瘀血内阻, 治疗上当以补心益智、调和气血为主, 故课题组提出调和气血、补心益智针刺组穴。足三里为补中益气之要穴, 血海调血, 是其统血、生血、摄血、活血的体现, 两穴一阴一阳, 调气理血; 膻中、中脘、气海分别调理上、中、下三焦气化, 五穴相互配合, 调和气血, 相辅相成。督脉

“并于脊里”“入脑”, 故取督脉之百会、风府以通调督脉经气, 充实髓海, 健脑益智; 取心俞、噫嘻开通心窍, 镇静安神; 足少阴肾经照海, 滋补肝肾; 取心经络穴通里调补心气心血。诸穴合用, 有调和气血、补心益智之功。

本研究结果显示, 调和气血、补心益智针刺法可以改善患者 MoCA、MMSE、EORTC QLQ-C30 量表评分。针刺治疗在改善乳腺癌患者化疗认知障碍及生活质量相应量表的评分上, 具有明显的优势, 同时针刺治疗还可以改善乳腺癌患者化疗后认知、情绪、失眠、疲乏等状况, 因其具有副作用小、易执行、经济的优势, 具有推广及应用的必要性。

此外, 在停止治疗 16 周后, 针刺治疗对认知功能障碍、日常生活质量方面的改善仍有效, 说明针刺治疗患者的认知功能和日常生活质量水平, 时效性强, 且有明显的远期疗效。

参考文献

- [1] 毛秋粉, 尹雅芙, 刘浩, 等. 乳腺癌患者化疗后认知功能障碍的研究现状 [J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2011, 5(15): 4462-4464.
- [2] JAMIE S MYERS. Chemotherapy-related cognitive impairment [J]. Clin J Oncol Nurs, 2009, 13(4): 413-421.
- [3] SOPHIE TAILLIBERT. Is systemic anti-cancer therapy neurotoxic does chemo brain exist and should we rename it? [J]. Chemo Fog, 2010, 678: 86-95.
- [4] 中国临床肿瘤学会指南工作委员会. 中国临床肿瘤学会(CSCO)乳腺癌诊疗指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 1-2.
- [5] WINBLAD B, PALMER K, KIVIPELTO M, et al. Mild cognitive impairment-beyond controversies, towards a consensus: report of the international working group on mild cognitive impairment [J]. J Intern Med, 2004, 256(3): 240-246.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [S]. 南京: 南京大学出版社, 2004: 45-46.
- [7] JANSEN CE, COOPER BA, DODD MJ, et al. A prospec-

- tive longitudinal study of chemotherapy-induced cognitive changes in breast cancer patients [J]. Support Care Cancer, 2011, 19(10): 1647-1656.
- [8] 贾建平,王荫华,张朝东,等. 中国阿尔茨海默病协会. 中国痴呆与认知障碍诊治指南: 轻度认知障碍的诊断和治疗 [J]. 中华医学杂志, 2010, 11(9): 2887-2892.
- [9] FOLSTEIN MF, FOLSTEIN SE, MCHUGH PR. 'Mini-mental state': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. J Psychiatry Res, 1975, 12(3): 189-198.
- [10] AARONSON NK, AHMEDZAI S, BERGMAN B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology [J]. J Natl Cancer Inst, 1993, 85(5): 365-376.
- [11] 范艳,崔晓雪,王伊林,等. 银杏叶软胶囊口服辅助治疗非痴呆性血管认知障碍的疗效及其作用机制 [J]. 山东医药, 2014, 56(43): 66-68.
- [12] 聂亚朋,韩为. “五脏俞”针刺治疗脑卒中后轻度认知障碍临床研究 [J]. 中医药临床杂志, 2018, 30(8): 1486-1488.
- [13] 田金洲,韩明向,涂晋文,等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评价标准(研究用) [J]. 中国老年学杂志, 2002, 22(5): 329-331.
- [14] 林飞. 原络通经法治疗脑卒中后认知功能障碍的临床观察 [J]. 哈尔滨: 黑龙江中医药大学, 2013: 23.
- [15] RUITER MB, RENEMAN L, BOOGERD W, et al. Schagen cerebral hyporesponsiveness and cognitive impairment 10 years after chemotherapy for breast cancer [J]. Hum Brain Mapp, 2011, 32(8): 1206-1219.
- [16] 郁仁存. 郁仁存中西医结合治疗肿瘤学 [M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2008: 343.
- [17] 战梅,安鹏,周爽. 贺氏针刺“三通法”治疗脑卒中 [J]. 长春中医药大学学报, 2013, 29(4): 619-620.

Clinical Observation on Acupuncture of Reconciling *Qi* and Blood, Tonifying Heart and Mind Method in the Treatment of 53 Patients of Breast Cancer Chemotherapy-related Cognitive Impairment with Disorder of *Qi* and Blood Syndrome

ZHANG Yu, ZHANG Cui, XU Xiaohua, ZHANG Qing

(Beijing Hospital of Traditional Chinese Medicine, Capital Medical University, Beijing 100010)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of acupuncture using reconciling *qi* and blood, tonifying heart and mind method in the treatment of 53 patients of breast cancer chemotherapy-related cognitive impairment with disorder of *qi* and blood syndrome. **Methods** A total of 104 patients were randomly divided into treatment group (53 cases) and control group (51 cases). The treatment group was treated with acupuncture for reconciling *qi* and blood, tonifying heart and mind acupuncture at paired acupoints, and the control group was treated with shallow acupuncture in non-acupoints and non-meridians. Both groups were treated twice per week for 8 weeks. The Montreal Assessment Scale (MoCA), the mini-mental state examination (MMSE), and the European Organization for Research and Treatment of Cancer -Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30) were scored before, after treatment and 16 weeks after finish of the treatment (follow-up period). The efficacy of the MoCA scale and the efficacy of the MMSE scale were evaluated after treatment and at follow-up. **Results** After treatment and at follow-up, the MoCA and MMSE scores of the treatment group and the control group were higher than those before treatment ($P < 0.01$), and the improvement of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). In the treatment group, the total effective rate of the MoCA scale after treatment and at follow-up was 64. 15% and 66. 04%, and the total effective rate of the MMSE scale was 77. 36% and 83. 02%, respectively. The corresponding data of the control group was 13. 72%, 17. 65%, 47. 06%, and 47. 06%, respectively. The total effective rate of MoCA and MMSE scales in the treatment group after treatment and at follow-up was higher than that in the control group ($P < 0.01$). After treatment and at follow-up, the treatment group and the control group showed a significant increase in visual space and executive function, attention and computational ability, language, abstraction and delayed recall compared with the pre-treatment score ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). The treatment group was significantly better than the control group at the same time ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture for reconciling *qi* and blood, tonifying heart and mind has a positive effect on the cognitive function damage and emotional quality, insomnia, fatigue and quality of life in patients with *qi* and blood disorder syndrome of breast cancer chemotherapy-related cognitive impairment, and it has obvious long-term effectiveness.

Keywords breast cancer; chemotherapy-related cognitive impairment; acupuncture; *qi* and blood disorders; reconciliation of *qi* and blood; tonifying heart and mind

(收稿日期: 2018 - 04 - 29; 修回日期: 2018 - 11 - 02)

编辑: 叶 晨