

针药结合治疗中风后记忆力障碍 40 例临床观察

励志英^{*}, 陈园园, 刘涛, 郑健刚, 杨红玲, 关卫, 张杰, 刘霄霄

(天津中医药大学第一附属医院南院区, 天津市西青区李七庄街昌陵路 88 号, 300381)

摘要 目的 观察针药结合治疗中风后记忆力障碍的临床疗效。方法 将 119 例患者随机分为西药组 39 例(基础治疗+口服尼莫地平片)、针刺组 40 例(基础治疗+针刺治疗)、针药组 40 例(基础治疗+针刺治疗+口服尼莫地平片), 共治疗 3 个月, 并于治疗结束后 3 个月时随访。于治疗前后及随访时采用蒙特利尔认知评估量表对患者进行延迟记忆评分, 并于治疗后及随访时观察临床疗效。结果 各组患者延迟记忆评分情况在治疗前后及随访时差异均无统计学意义($P>0.05$)。治疗后西药组临床疗效总有效率为 25.6%, 针刺组为 35.0%, 针药组为 62.5%; 随访时 3 组总有效率分别为 46.2%、47.5% 及 82.5%, 针药组治疗后及随访时总有效率均明显高于西药组及针刺组($P<0.05$)。结论 针药结合可以改善中风后患者记忆力障碍, 疗效优于单纯的西药或针刺治疗。

关键词 中风; 记忆力障碍; 针刺疗法; 针药结合; 延迟记忆

中风是人类健康的重大威胁之一, 因其高死亡率、致残率、复发率给家庭造成巨大痛苦。认知障碍是中风患者最常见的临床表现之一, 而记忆力障碍对患者整个康复过程都有影响, 使患者的独立能力受到限制, 给患者躯体及精神带来极大的痛苦^[1-2]。我们采用针药结合治疗中风后记忆力障碍 40 例, 报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

西医诊断标准依据中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组于 2011 年颁布的《血管性认知障碍诊治指南》^[3]: 1) 明确的缺血性脑卒中病史; 2) 认知障碍相对急性发病或呈阶梯样进展; 3) 认知障碍与卒中有明确的因果及时间关系; 4) 影像学显示大脑皮层或皮质下梗死灶; 5) 脑 CT 或 MRI 排除脑出血和其他病变。

中医辨证标准参照《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准(研究用)》^[4] 分为肾精亏虚证、瘀血阻滞证及痰浊阻滞证。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断标准及中医辨证标准; 2) 年

龄 50~80 岁; 3) 临床痴呆评定表(CDR)^[5] 评分 <0.5 分; 4) 蒙特利尔认知评估量表(MoCA)^[6] 评分 <26 分; 5) 汉密尔顿抑郁量表^[7] 评分 <8 分; 6) Hachinski 缺血指数^[8] >7 分; 7) 体重 50~90 kg; 8) 脑梗死病史 2 周~6 个月; 9) 肌力 3 级及以上, 无语言障碍; 10) 有一定文化程度, 既往能阅读简单的报纸文章和写简单文章; 11) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 严重的视力、听力障碍, 严重的失语或肢体弱影响检查者; 2) 患有某些能干扰认知功能评价疾病; 3) 合并抑郁症或其他精神障碍; 4) 有其他疾病不能配合者, 如肝、肾或心功能衰竭者; 5) 合并影响药物吸收的胃肠道疾病者及在过去 30 天内服用过与研究药物相关或相拮抗作用药物者; 6) 对本研究药物过敏者。

1.4 一般资料

119 例中风后记忆力障碍患者均来自天津中医药大学第一附属医院针灸科住院及门诊患者, 采用随机数字表法分为西药组 39 例、针刺组 40 例及针药组 40 例。西药组中男 26 例, 女 13 例; 年龄 51~74 岁, 平均 (60.62 ± 6.68) 岁; 病程 14 天~3 个月, 平均 (84.00 ± 44.94) 天。针刺组中男 30 例, 女 10 例; 年龄 51~80 岁, 平均 (64.35 ± 8.56) 岁; 病程 14 天~3 个月, 平均 $(80.95 \pm$

基金项目: 国家中医药管理局国家中医临床研究基地业务建设科研专项课题(JDZX2012139)

^{*} 通讯作者: funnyzhiying@163.com, 13821385401

42. 80) 天。针药组中男 26 例, 女 14 例; 年龄 53 ~ 80 岁, 平均 (65.18 ± 7.11) 岁; 病程 14 天 ~ 3 个月, 平均 (78.65 ± 35.71) 天。各组患者一般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: 各组均采用神经内科常规护理及治疗。丹芪偏瘫胶囊 (每粒 0.4 g, 天津石田药业有限责任公司生产, 国药准字 Z20010105), 口服, 每次 4 粒, 每日 3 次。阿司匹林肠溶片 (每片 25 mg, 北京太洋药业有限公司生产, 国药准字 H11022079), 口服, 每次 25 mg, 每日 1 次。瑞舒伐他汀钙 (每片 10 mg, 浙江京新药业股份有限公司, 国药准字 H20080482), 口服, 每次 10 mg, 每日 1 次。

西药组: 在基础治疗的同时口服尼莫地平片 (每片 30 mg, 拜耳医药保健有限公司), 每次 30 mg, 每日 3 次。

针刺组: 在基础治疗同时配合针刺治疗。采用苏州生产华佗牌一次性无菌针灸针, 针刺处方: 百会, 四神聪, 四白 (双侧), 风池 (双侧), 完骨 (双侧), 天柱 (双侧), 神门 (患侧), 内关 (患侧), 人中, 三阴交 (患侧)。肾精亏虚证加刺太溪 (患侧), 瘀血阻滞证加用血海 (患侧), 痰浊阻滞证加丰隆 (患侧)。针刺方法: 人中针尖向鼻中隔斜刺 0.2 ~ 0.5 寸, 雀啄泻法, 以眼球湿润为度; 四白针向斜下方, 进针 0.5 寸, 施小幅度高频率捻转补法 30 s; 风池、完骨、天柱直刺 1 ~ 1.5 寸, 施小幅度高频率捻转补法 30 s; 百会、四神聪向后平刺 1 寸, 施小幅度高频率捻转补法 30 s; 内关、太冲、丰隆直刺 1.0 ~ 1.5 寸施提插捻转泻法 60 s; 神门、三阴交直刺 0.5 ~ 1.0 寸, 施小幅度高频率捻转补法 30 s; 太溪穴直刺 0.5 ~ 0.8 寸, 施小幅度高频率捻转补法 30 s; 血海直刺 1.0 ~ 1.5 寸施提插捻转泻法 60 s。每日 1 次, 每周 6 次。

针药组: 采用基础治疗 + 针刺治疗 + 西药治疗。基础治疗同上, 针刺治疗及西药治疗与其他两组相同。各组疗程均为 3 个月。

2.2 观察指标和方法

治疗前、治疗 3 个月后及治疗结束后 3 个月随访时各评价 1 次, 采用 MoCA^[8] 进行延迟记忆评分。治疗前后检测血、尿、便常规及肝、肾功能, 并观察治疗期间出现的不良事件。

2.3 疗效评价标准

参照《中药新药临床研究指导原则 (试行)》^[9] 及《血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准 (研究用)》^[10], 疗效指数 = (治疗后得分 - 治疗前得分) / 治疗前得分 × 100%。显效: 疗效指数 ≥ 20%, 有效: 12% ≤ 疗效指数 < 20%, 无效: 疗效指数 < 12%。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 16.0 统计学软件, 数资料采用 χ^2 检验, 等级资料采用秩和检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 各组患者临床疗效比较

表 1 示, 针药组治疗后及随访时显效率及总有效率明显优于西药组及针刺组 ($P < 0.05$)。针刺组与西药组比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 1 各组中风后记忆力障碍患者治疗后及随访时临床疗效比较 [例 (%)]

组别	时间	例数	显效	有效	无效	总有效
西药组	治疗后	39	8(20.5)	2(5.1)	29(74.4)	10(25.6)
	随访时	39	11(28.2)	7(17.9)	21(53.8)	18(46.2)
针刺组	治疗后	40	10(25.0)	4(10.0)	26(65.0)	14(35.0)
	随访时	40	12(30.0)	7(17.5)	21(52.5)	19(47.5)
针药组	治疗后	40	15(37.5)	10(25.0)	15(37.5)	25(62.5)
	随访时	40	20(50.0)	13(32.5)	7(17.5)	33(82.5)

3.2 各组患者治疗前后及随访时延迟记忆评分分布情况比较

表 2 示, 治疗前后及随访时各组延迟记忆评分分布情况比较差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)。

表 2 各组中风后记忆力障碍患者治疗前后及随访时延迟记忆评分分布情况比较 (例)

组别	时间	例数	0 分	1 分	2 分	3 分	4 分	5 分
西药组	治疗前	39	5	9	9	10	5	1
	治疗后	39	4	5	7	12	6	5
	随访时	39	1	5	5	13	10	5
针刺组	治疗前	40	5	6	11	9	8	1
	治疗后	40	5	1	6	9	10	9
	随访时	40	3	1	4	11	12	9
针药组	治疗前	40	11	5	9	10	5	0
	治疗后	40	1	2	12	14	4	7
	随访时	40	0	2	6	13	14	5

3.3 不良反应

各组患者治疗前后血常规、尿常规、便常规及肝、肾功能比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。各组患者治疗期间未发现不良事件。

4 讨论

中风后轻度认知障碍是临床多发病, 其中记忆障碍最常见, 而且记忆力障碍出现的原因除了器质性病变, 还有抑郁、焦虑、紧张情绪等方面的原因^[2]。本研究中针刺治疗选用百会、四神聪等穴, 具有调神益智、调节情绪等方面的作用, 可以更有效地改善记忆功能。西药治疗记忆力障碍以尼莫地平片在临床较常用。陈建等^[10]发现患者加用尼莫地平片后简易智力状态检查表 (MMSE)、MoCA 评分均较治疗前明显提高, 提示其对治疗血管性认知障碍疗效显著。针药结合的方法一方面可以发挥西药的靶点作用, 一方面通过针刺改善患者日常生活能力, 改善患者预后。柳华等^[11]通过针刺内关 (双侧)、人中、三阴交 (双侧)、足三里 (患侧)、丰隆 (患侧) 等穴治疗脑卒中患者 3 周后, 针刺组日常生活能力明显优于非针刺组。

本研究采用针药并用的方法, 改善患者的记忆力疗效较单纯西药或针刺明显提高。各组患者延迟记忆评分情况未显示有统计学意义, 究其原因首先样本量小; 其次治疗及观察时间较短, 记忆力障碍的临床病程较长, 短时间内不能达到很好的效果; 再次随着人年龄的增长, 记忆力随之下降, 本研究患者平均年龄在 60 岁以上, 不能排除患者年龄因素造成的记忆力下降问题。因此, 针药结合治疗可以改善中风患者记忆力障碍的状况, 其不良反应少, 即可以减轻西药的副作用, 又可以弥补单纯西

药的不足, 值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 胡昔权, 窦祖林, 万桂芳, 等. 脑卒中患者认知功能障碍的发生率及其影响因素的探讨 [J]. 中华物理医学与康复杂志, 2003, 25(4): 29-32.
- [2] 何莉, 秦延京, 王海玲. 脑卒中病人记忆障碍康复护理疗效观察 [J]. 护理研究, 2013, 27(7): 1965-1966.
- [3] 中华医学会神经病学分会痴呆与认知障碍学组写作组. 血管性认知障碍诊治指南 [J]. 中华神经科杂志, 2011, 44(2): 142-147.
- [4] 田金州, 韩明向, 涂晋文, 等. 血管性痴呆诊断、辨证及疗效评定标准 (研究用) [J]. 中国老年学杂志, 2002, 5(5): 329-331.
- [5] 盛树立, 郑礼耀, 裴进京, 等. 老年性痴呆: 从分子生物学到临床诊治 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 8-10.
- [6] 黄晓琳, 燕铁斌. 康复医学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 76.
- [7] 张明园. 精神科评定量表手册 [M]. 2 版. 长沙: 湖南科学技术出版社, 1998: 35-39, 121-126.
- [8] 汪向东. 心理卫生评定量表手册 [M]. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1993: 444-449.
- [9] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则 (试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 91-99.
- [10] 陈建, 李宗友, 许辉, 等. 尼莫地平对脑卒中后血管性认知功能障碍的防治 [J]. 安徽医学, 2013, 34(2): 209-211.
- [11] 柳华, 王毅, 任惠, 等. 针刺对缺血性脑卒中患者日常生活活动能力和认知功能的影响 [J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(5): 444-448.

Clinical Observation on Acupuncture Combined with Western Medicine in Treating 40 Cases of Post-stroke Dysmnnesia

LI Zhiying, CHEN Yuanyuan, LIU Tao, ZHENG Jiangang, YANG Hongling, GUAN Wei, ZHANG Jie, LIU Xiaoxiao (First Teaching Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300381)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effect of acupuncture combined with western medicine in treating post-stroke dysmnnesia. **Methods** One hundred and nineteen patients were randomized into the western medicine group (39 cases, basic treatment and oral nimodipine tablets), the acupuncture group (40 cases, basic treatment and acupuncture) and the acupuncture combined with Chinese medicinal herb group (40 cases, basic treatment and acupuncture and oral nimodipine tablets). All patients were treated for 3 months. Followed up when the treatment had completed for 3 months. Patients' delay memory scores were tested by Montreal Cognitive Assessment before, after treatment and at follow-up. Examined the clinical effect after treatment and at follow-up. **Results** The difference of patients' delay memory scores in each group before, after treatment and at follow-up was not significant ($P > 0.05$). After treatment, the total effective rate in the western medicine group was 25.6%, 35.0% in the acupuncture group, 62.5% in the acupuncture combined with Chinese medicinal herb group. At follow-up, the total effective rates in 3 groups were 46.2%, 47.5% and 82.5% respectively. The total effective rate after treatment and at follow-up in the acupuncture combined with Chinese medicinal herb group was significantly higher than that in the western Chinese medicinal herb group and the acupuncture group ($P < 0.05$). **Conclusion** Acupuncture combined with western medicine could improve patients' post-stroke dysmnnesia and was more effective than western medicine alone or acupuncture alone.

Keywords stroke; dysmnnesia; acupuncture; acupuncture combined with Chinese medicinal herbs; delay memory

(收稿日期: 2015-06-26; 修回日期: 2015-08-24)

编辑: 叶 晨