

醒脑开窍针刺法治疗血管性痴呆患者的疗效

王晓琴

衡水市中医医院 河北衡水 053000

摘要:目的: 探讨在血管性痴呆疾病治疗中以醒脑开窍针刺法施治的价值。方法: 试验对象选择于2020.01-2022.02期间, 在我院就医的血管性痴呆患者80例, 以数字奇偶法均分为2组, 分别提供常规药物疗法与醒脑开窍针刺法施治, 统计组间施治效果、脑血管平均血流速度、认知功能及日常生活活动能力评分差异性。结果: 观察组治疗总有效率高于对照组, $P < 0.05$; 观察组LMCA水平为 $69.26 \pm 3.84 \text{cm/s}$ 、LACA水平为 $64.20 \pm 4.14 \text{cm/s}$ 、LPCA水平为 $50.30 \pm 3.21 \text{cm/s}$ 、RMCA水平为 $69.75 \pm 4.01 \text{cm/s}$ 、RACA水平为 $65.05 \pm 3.64 \text{cm/s}$ 、RPCA水平为 $49.13 \pm 3.70 \text{cm/s}$, 高于对照组 $63.87 \pm 4.51 \text{cm/s}$ 、 $59.38 \pm 3.71 \text{cm/s}$ 、 $47.37 \pm 4.51 \text{cm/s}$ 、 $63.34 \pm 4.54 \text{cm/s}$ 、 $59.27 \pm 2.30 \text{cm/s}$ 、 $46.07 \pm 6.21 \text{cm/s}$, $P < 0.05$; 观察组认知功能与日常生活活动能力评分高于对照组, $P < 0.05$ 。结论: 通过以醒脑开窍针刺法施治, 可显著提升临床治疗效果的同时, 还能促进大脑相关部位血液循环, 有利于改善患者认知功能及生活能力, 适宜临床借鉴。

关键词: 血管性痴呆; 醒脑开窍针刺法; 认知功能; 生活能力; 施治疗效

血管性痴呆属于脑卒中常见后遗症, 其发生与血管性因素有关, 是由于脑血管病变所致, 临床表现主要为认知功能障碍、记忆力下降、语言障碍等, 属于老年时期常见痴呆类型, 一旦发病后, 不仅会损伤患者认知功能受损, 还会合并存在局灶性神经功能受损, 进而降低患者机体执行功能, 出现行动迟缓, 严重影响到患者机体健康的同时, 还会对其生存质量造成影响, 故而及时展开有效治疗干预, 对缓解患者症状, 抑制病情发展, 提高其自理能力与认知功能起着积极意义^[1]。目前, 血管性痴呆尚无特效防治药物, 在治疗上西医大多以降压调脂、营养脑神经及扩张脑血管等保守治疗为主, 但起效较为缓慢, 且难以恢复患者认知功能, 易对患者预后造成不良影响。随着中医学不断推广, 针灸对于脑血管疾病与其并发症治疗效果得到人们认可, 且具备标本兼治、起效快、治疗费用等特点^[2]。为有效提升临床治疗效果, 本研究以2020.01-2022.02在我院就医的80例血管性痴呆患者作为本次试验所选对象, 主要目的是为了探讨以醒脑开窍针刺法对患者施治的价值, 现分析如下:

1. 资料与方法

1.1 病例资料

本组入选对象为80例存在血管性痴呆疾病的患者, 组间以数字奇偶法实施分组, 回顾性分析组内对象资料, 对照组: 年龄在65岁至85岁, 均龄值在 75.21 ± 4.87 岁, 男性22例, 女性18例, 基础性脑血管疾病: 25例脑梗死、15例脑出血; 观察组: 年龄为65岁~82岁, 均龄值

为 74.85 ± 4.35 岁, 男性与女性各20例, 基础性脑血管疾病: 脑梗死与脑出血各27例及13例。综合分析2组资料数据 ($P > 0.05$), 可对比。入选患者纳入要求: (1) 经临床实验室检查确诊, 存在因脑血管病变所致局灶性体征存在, 且在确诊为卒中后3个月内发生痴呆; (2) 遵循知情原则且同意参与; (3) 认知障碍发生在脑血管疾病后1个月以上; (4) 临床资料完善。排除: (1) 因帕金森、阿尔兹海默症等所致痴呆; (2) 心肝肾等存在严重疾病; (3) 存在精神、言语或意识障碍; (4) 对研究应用方案无法耐受; (5) 试验途中退出。

1.2 方法

对照组提供药物治疗, 在患者入院后予以营养脑神经及改善脑循环等治疗, 如阿司匹林肠溶片(生产厂家是拜耳医药保健有限公司, J20130078), 每日服用0.1g, 1次/日; 阿托伐他汀钙片(生产厂家是辉瑞制药有限公司, H20051407), 以口服方式用药, 每次用量为0.1g, 1次/日; 将250mL氯化钠注射液(浓度为0.9%)与吡拉西坦注射液(生产厂家是重庆药友制药有限责任公司, H50021691)充分混合后, 以静滴方式, 每日治疗1次。观察组则在上述治疗基础上加入醒脑开窍针刺法, 主穴选取内关穴(双)、人中穴及三阴穴(双); 辅穴选取极泉穴(双)、尺泽穴(双)、委中穴(双)、百会穴、四神聪穴(双)、风池穴(双)、完骨穴(双)、四白穴(双)、太冲穴(双), 以40mm*0.35mm华佗牌针灸针, 采取平补平泻手法, 留针时间为30min/次, 1次/日, 2组均持

续接受为期4周治疗干预。

1.3 指标观察及判定标准

(1) 统计施治效果, 根据疗效指数来判定, 疗效指数=治疗后积分与治疗前积分差/治疗前积分*100%, 分为恶化(疗效指数在-12%~0)、无效(疗效指数在0~12%)、有效(疗效指数在12%~20%)及显效(疗效指数在20%及20%以上), 总疗效为有效率及显效率之和;(2) 统计脑动脉平均血流速度, 指标包括: 双侧MCA(大脑中动脉)、ACA(大脑前动脉)及PCA(大脑后动脉), 分别在施治前后各检测1次;(3) 统计恢复情况, 指标包括认知功能及日常生活活动能力, 认知功能评价量表选取MMSE简易智能状态量表, 表内包括运用、记忆、认知等30条项目, 总分值为30分, 临界值为27分, 得分越低则显示认知功能越差; 日常生活活动能力评价量表选取Barthel指数, 表内包括进食、穿衣、上下楼梯等10条项目, 总分值为100分, 临界值为60分, 得分越高则显示自理能力越差, 在施治前后分别进行1次评价。

1.4 数据处理

本研究数据使用SPSS 22.0软件进行分析, 所得计数资料与计量资料以百分数%与t值表示, 以卡方 χ^2 与 $(\bar{x} \pm s)$ 进行检验, 若检验显示 $P < 0.05$, 表示存在统计学意义。

2. 结果

2.1 施治疗效

对照组中治疗总有效例数为29例, 其中恶化0例、无效11例, 有效19例, 显效10例, 总有效率为72.50%; 观察组恶化、无效、有效及显效各0例、4例、20例、17例, 总有效例数达36例, 总有效率为90.00%。通过对施治后2组总疗效进行比较, 观察组高于对照组, 组间差异显著, $\chi^2=4.021$, $P=0.045$, $P < 0.05$ 。

2.2 双侧脑血管平均血流速度

表1可知, 通过施护前双侧脑血管平均血流速度进行比较, 无显著差异, $P > 0.05$; 经施治后, 与对照组相比, 观察组各项指标水平较高, 组间差异显著, $P < 0.05$ 。

2.3 恢复情况

施治前对照组MMSE评分为 16.20 ± 2.63 分、Barthel评分为 33.71 ± 6.80 , 观察组MMSE及Barthel评分为 16.81 ± 2.45 分、 33.25 ± 6.37 分, 通过对施治前2组各项指标评分进行比较, 无显著差异, $t_1=1.138$, $t_2=0.331$, $P=0.258$ 、 0.741 , $P > 0.05$ 。

施治前对照组MMSE评分为 20.12 ± 2.80 分、Barthel

表1 对比施治前后组间左右侧脑血管平均血流速度
($\bar{x} \pm s$, cm/s)

组别	时间	对照组	观察组	t值	P值
LMCA	施治前	60.27 ± 6.53	61.23 ± 7.02	0.633	0.528
	施治后	63.87 ± 4.51	69.26 ± 3.84	5.755	0.000
LACA	施治前	56.26 ± 6.45	56.21 ± 5.87	0.036	0.971
	施治后	59.38 ± 3.71	64.20 ± 4.14	5.484	0.000
LPCA	施治前	46.20 ± 4.68	46.94 ± 4.60	0.713	0.478
	施治后	47.37 ± 4.51	50.30 ± 3.21	3.348	0.001
RMCA	施治前	62.13 ± 6.26	61.49 ± 6.20	0.459	0.647
	施治后	63.34 ± 4.54	69.75 ± 4.01	6.693	0.000
RACA	施治前	57.83 ± 5.45	56.29 ± 5.07	1.308	0.195
	施治后	59.27 ± 2.30	65.05 ± 3.64	8.490	0.000
RPCA	施治前	45.46 ± 5.12	47.11 ± 2.85	1.781	0.079
	施治后	46.07 ± 6.21	49.13 ± 3.70	2.677	0.009

评分为 45.78 ± 5.14 分, 观察组MMSE及Barthel评分为 25.16 ± 2.07 分、 50.73 ± 4.81 分, 通过对施治后2组MMSE及Barthel评分进行比较, 观察组各项评分优于对照组, 组内差异显著, $t_3=9.710$, $t_4=4.717$, $P=0.000$ 、 0.000 , $P < 0.05$ 。

3. 讨论

近年来, 基于人口老龄化进程加快及生活方式不断改变背景下, 促使脑血管病发生率呈增长趋势, 脑卒中后造成的认知功能障碍是临床重点研究问题, 而脑梗死是临床常见脑血管病, 由其所引发的血管性痴呆也应当引起临床重视。目前, 临床认为血管性痴呆疾病的发生, 致病因素与脑梗死有关, 其病理变化是由于脑动脉硬化、闭塞与狭窄, 使得脑组织缺乏灌注, 导致脑细胞兴奋性及脑代谢率下降, 且大部分学者认为, 额叶、尾状核、左侧丘脑、左侧大脑半球等关键部位出现梗死, 也易增加血管性痴呆发生风险。除此之外, 在脑缺血再灌注过程中, 会释放大量的超氧阴离子及自由基, 使得基质渗透压上升, 而线粒体肿胀破裂造成细胞凋亡, 对海马部神经元造成损伤, 从而引发患者认知功能出现障碍^[3]。临床西医在治疗该类疾病患者时, 大多采取对症治疗方案, 即从患者的原始病入手, 避免其痴呆症状进一步发展, 虽然能够缓解患者症状, 然而无法达到理想疗效。祖国医学将血管性痴呆归入“神呆”、“愚痴”等范畴内, 认为在脑梗死后出现血管性痴呆是由于患者情志失衡、机体衰弱而导致肝肾不足、气血亏损、痰浊阻窍, 促使机体脏腑功能处于失衡状态, 最终引发疾病^[4]。针刺疗法作为传统中医治疗方法, 具有活血通络、扶正祛邪、运行气血等功效, 被广泛应用在中风病治疗中, 且

对于认知障碍及肢体功能障碍有着良好疗效。目前中医在治疗血管性痴呆患者时,将醒脑开窍针刺法作为常用治疗方法,根据痴呆基本病机,经补气不足、调元神之府,益肾养精,补髓海之空虚,拨气血于反正,以血养神,以气通窍来恢复患者神志,同时还能对心肝脾等脏腑功能进行调节,最终实现标本兼治目的^[5]。本研究中,经比较常规药物治疗与联合醒脑开窍针刺法在血管性痴呆患者治疗中的施治效果差异性,结果发现施治后观察组治疗总有效率达90.00%,高于对照组72.50%,观察组MMSE评分为 25.16 ± 2.07 分、Barthel评分为 50.73 ± 4.81 分,优于对照组 20.12 ± 2.80 分、 45.78 ± 5.14 分,且观察组双侧双侧脑血管平均血流速度高于对照组,证实以醒脑开窍针刺法施治,具备可靠性及有效性,醒脑开窍针刺法是以疏通及调节血脉为目的,通过在针刺中选取内关穴、人中穴及三阴穴作为主穴,可起到醒神开窍及补益肝肾作用;以极泉穴、尺泽穴、委中穴及太冲穴疏经通络;以风池穴、完骨穴补益脑髓;以百会穴、四神聪穴及四白穴开窍醒脑,可共同起到益气养血、补肾益神及醒脑开窍之功效。与此同时,通过以针刺对于大脑前动脉与大脑中动脉等部分前循环血流有着一定的改善作用,其中前循环主要供血区域是大脑颞叶与大脑额叶,此部位与患者生活能力与认知能力密切相关,这可能与针刺能够对双侧的大脑中动脉及大脑前动脉平均血流速度进行改善,既能够提升大脑相关部位血流的供应,同

时还能降低因慢性缺氧所致神经退行性损伤等因素有关。本研究尚存在一些不足,如研究量较小、观察期较短、未深入分析患者远期疗效等,临床需加大样本研究量及延长观察期,进一步深入分析醒脑开窍针刺法对于血管性痴呆患者的施治效果,以此来为临床治疗提供可靠依据。

综上所述,对于血管性痴呆患者的治疗,应用醒脑开窍针刺法施治,可得到确切施治效果,值得推广。

参考文献:

- [1]梁倩莹,李志明.通督调神针刺法联合补阳还五汤对血管性痴呆患者血液流变学及认知功能的影响[J].江西中医药,2022,53(01):51-53.
- [2]张刚,穆敬平,廖恒等.通督调神针刺法对脑梗死后血管性痴呆患者的认知、行为能力及抗氧自由基的影响[J].世界中医药,2019,14(11):3050-3053.
- [3]梁艳,程海涛.醒脑开窍针刺联合五子衍宗汤治疗脑梗死后血管性痴呆临床研究[J].光明中医,2019,34(23):3599-3601
- [4]王海明,丁世芹.五子衍宗汤结合醒脑开窍针刺治疗脑梗死后血管性痴呆临床观察[J].实用中医药杂志,2020,36(11):1393-1394.
- [5]叶海森,武凯歌,张湘斌等.醒脑开窍针刺法治疗血管性痴呆患者的疗效[J].世界中医药,2020,15(07):1071-1074.