

针灸对脑梗塞患者神经功能与认识功能的影响

贾红波

临漳县医院 河北 邯郸 056600

摘要:目的:观察自拟益智通窍汤对大面积脑梗塞后认知功能障碍(PSCI)患者神经功能、认知功能及生活自理能力的影响。方法:采用随机数字表法将2019年6月~2021年6月在我院治疗的84例大面积脑梗塞后PSCI患者(气滞血瘀证)分为观察组与对照组,每组各42例。对照组患者给予常规西药治疗,联合组患者在此基础上联合使用针灸治疗。比较两组患者临床疗效,治疗前、治疗3个月后两组患者中医证候积分(智能减退、头痛如刺、口唇青紫、沉默寡言、面色晦暗)、神经功能[神经功能缺损评分(NIHSS评分)]、认知功能[中文版蒙特利尔认知评估量表(MOCA)、络文斯顿作业疗法认知量表(LOTCA)、Rivermead行为记忆量表(RBMT)]水平。结果:观察组患者临床总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。治疗3个月后,两组患者中医证候积分、NIHSS评分、NSE、VILIP-1、MBP水平较治疗前明显降低,且观察组低于同期对照组($P < 0.05$);两组患者MOCA、LOTCA、RBMT评分高于治疗前,且观察组高于对照组($P < 0.05$)。结论:针灸联合基础的西医治疗、康复理疗治疗急性脑梗塞后认知功能障碍有利于患者神经功能康复及认知功能的恢复。

关键词: 针灸;急性脑梗塞;认知功能障碍

引言

急性脑梗塞是由脑动脉粥样硬化、血栓形成引起的脑血管闭塞或狭窄、相应供血区脑组织发生急性缺血损伤或坏死,继而引起神经功能障碍的一组临床综合征^[1]。急性脑梗塞不仅可引起肢体运动功能、感觉功能障碍,还会影响认知功能,导致记忆力、视空间能力、语言功能、定向力、命名及执行功能下降。急性脑梗塞后认知功能障碍不仅影响患者的生存质量,还会影响康复治疗的依从性,进而影响患者肢体运动功能的恢复。中医学理论认为,急性脑梗塞属于“中风”“卒中”等范畴,急性脑梗塞后认知功能障碍则属于“痴呆”“健忘”“善忘”等情志病范畴,其病机为正气亏虚,风邪入侵,瘀血、痰浊内生,与热毒相搏结,使脑络痹阻,或因肝阳上亢、肝风内动,上扰清窍,而致脑窍蒙蔽、神识不清。治则以扶正化痰、祛瘀通络为法^[2]。针灸法是中医特色外治法,具有活血通络、补虚固本、回阳救逆等功效。本研究探讨了中医针灸治疗急性脑梗塞后认知功能障碍患者的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用随机数字表法将2019年6月~2021年6月在我院治疗的84例大面积脑梗塞后认知功能障碍患者(气滞血瘀型)分为观察组与对照组。两组患者性别、年龄、病程、简易精神状态量表(MMSE)评分等一般临床资料比较均无统计

学意义($P > 0.05$)。1)西医诊断标准:参照《各类脑血管疾病诊断要点》:近期具有记忆力减退症状;有大面积脑梗塞后临床及影像学表现;无痴呆现象。(2)中医诊断标准:参照《中医临床研究指导原则》^[3]中健忘—气滞血瘀证辨证标准:①主症:智能减退,头痛如刺,口唇爪甲青紫;②次症:沉默少言,或狂躁不安,言语错乱,面色晦暗,舌紫暗有瘀斑、脉沉迟。纳入标准①符合以上中、西医诊断标准者;②年龄在40~70岁之间;③意识清醒、无吞咽功能障碍;④首次发生脑梗塞者;⑤病程在6个月内;⑥知情且同意者。排除标准①不符合以上中、西医诊断者;②严重肝肾功能障碍者;③脑梗塞前即出现严重认知功能障碍者;④合并其他颅内疾病者;⑤对本次研究使用药物过敏者。

1.2 方法

两组均给予基础的西医治疗、康复理疗,包括血管紧张素转换酶抑制剂控制血压、他汀类调脂、阿司匹林抗血小板、盐酸多奈哌齐改善认知功能。早期康复训练包括被动运动、主动运动、平衡训练、平地行走、上下楼梯、日常生活活动能力训练、认知功能训练等。针灸组同时给予通督养神针法治疗,取穴百会、前顶、后顶、印堂、大椎、心俞、脾俞、肾俞,患者取俯卧位,常规消毒局部皮肤,针刺得气后行平补平泻法,每10min行针1次。心俞、脾俞、肾俞同时施以灸法,将艾条切成1cm小段,套于针柄点燃,2壮/次,连续针灸5d,休息2d。两组均治疗

1.3 观察指标

(1)中医证候积分:参照《中药新药临床研究指导原

通讯作者: 贾红波 男 汉族 1984年1月,邯郸市临漳县人,主治医师。研究方向:脑血管病的诊治和康复

则》评估,将智能减退、头痛如刺、面色晦暗按照症状严重程度由“无”、“轻”到“重”分别记0~6分,评分越高说明患者临床症状越严重;(2)神经功能:采用神经功能缺损评分(NIHSS评分)评估:该量表共15个条目,最低评分0分,最高评分42分,评分越低则神经功越好;(3)认知功能:采用中文版蒙特利尔认知评估量表(MOCA)、络文斯顿作业疗法认知量表(LOTCA)、Rivermead行为记忆量表(RBMT)进行评估。

1.4 统计学方法

采用SPSS21.0对研究对象采集的数据进行分析处理,计量数据采用($\bar{x} \pm s$)表示;计数资料采用%表示,使用 χ^2 对数据进行校检; $P > 0.05$ 为差异无统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较

观察组患者临床总有效率为95.24%,明显高于对照组的80.95%($P < 0.05$),见表2。

表2 两组临床疗效比较 [n (%)]

组别	n	临床痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组	42	9(21.43)	21(50.00)	12(28.57)	2(4.76)	40(95.24)
对照组	42	5(11.90)	14(33.32)	17(40.48)	8(19.05)	34(80.95)

2.2 两组中医证候积分比较

治疗3个月后,两组患者中医症候积分明显低于治疗前,且观察组低于同期对照组($P < 0.05$),见表3。

表3 两组中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	智能减退	头痛如刺	面色晦暗
观察组 (n=42)	治疗前	4.53 ± 1.07	4.42 ± 1.09	4.05 ± 0.98
	治疗后	2.03 ± 0.54	2.86 ± 0.45	2.55 ± 0.31
对照组 (n=42)	治疗前	4.52 ± 1.09	4.44 ± 1.06	4.08 ± 0.95
	治疗后	2.68 ± 0.45	3.31 ± 0.52	3.02 ± 0.31

2.3 两组神经功能、认知功能比较

治疗3个月后,两组患者NIHSS评分明显低于治疗前,且观察组低于对照组($P < 0.05$);两组患者MOCA、LOTCA、RBMT评分均高于治疗前,且观察组高于对照组($P < 0.05$),见表4。

表4 两组神经功能、认知功能比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	时间	NIHSS	MOCA	LOTCA	RBMT
观察组 (n=42)	治疗前	12.63 ± 2.47	16.12 ± 3.55	61.52 ± 3.94	13.38 ± 2.23
	治疗后	5.63 ± 1.41	24.69 ± 4.33	75.86 ± 4.54	19.93 ± 4.18
对照组 (n=42)	治疗前	12.59 ± 2.52	15.98 ± 3.37	60.69 ± 3.83	13.23 ± 2.21
	治疗后	8.34 ± 1.55	31.04 ± 3.53	70.86 ± 4.34	17.65 ± 4.03

3 讨论

中医学理论认为中风、痴呆之病位在脑,脑为元神之府,与心主神明密切相关。《素问·脉要精微论篇》有云:“诸阳之神气皆上会于头,诸髓之精气皆上聚于

脑,头为精明之府”^[4]。《素问·灵兰秘典论篇》有云:“心者,君主之官,神明出焉”;《灵枢·本神》篇有云:“所以任物者谓之心,心有所忆谓之意……因虑而处物谓之智”;《太平圣惠方》认为“心神乱,则血脉不荣,气血具虚,精神离散,恒多忧虑,耳目不聪,故令心智不利而健忘也”,指出心与认知的关系。至清代时对思维与心、脑的关系逐渐与现代医学接轨,在《医林改错》中指出:“灵机记性,不在心在脑”。综合历代医家对中风、痴呆的认识发现,中风后痴呆病位在脑,以心、脾亏虚为本;痰浊、瘀血为标,脑髓失于充养或痰浊、瘀血上蒙清窍而致神机失用,治则以扶正化痰、祛瘀通络为法。针刺可有效促进神经元兴奋,激活神经细胞,重建神经传导通路,纠正异常通路模式,使得神经功能得到改善^[5]。促使血管再通时间缩短,使脑血流得到改善,进而改善临床症状,加快疾病恢复进程。本研究所选穴位中,内关可调补阴阳、安神宁心。三阴交可对肝脾肾脏器进行调理。极泉活血通络,委中配尺泽可有效起到清热化湿作用。诸穴相伍,共奏通调元神、醒神开窍之功效。有研究发现,针灸有助于改善脑梗塞患者的记忆功能、促进神经功能修复,但对其作用机制并无深入的研究^[6]。针刺刺激可抑制血管收缩和血小板生成,防止血管痉挛或堵塞引起的改善脑组织低血流灌注,并抑制脑组织缺血缺氧后继发的炎症反应、氧化应激反应、细胞毒性损伤,减少神经元坏死和凋亡。

结束语

综上所述,针灸联合基础的西医治疗、康复理疗治疗急性脑梗塞后认知功能障碍有利于患者神经功能恢复及认知功能的恢复。

参考文献

- [1]高旭东,刘杰,何丽娟.针灸联合康复治疗在老年脑血管病后遗症的治疗临床疗效分析[J].航空航天医学杂志,2019,30(10):1182-1183.
- [2]谢冬明.针灸结合通痹益脑汤治疗脑梗塞后血管性痴呆临床价值体会[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(85):16+18.
- [3]郭向军,翟佳滨.按摩联合针灸治疗脑梗后吞咽功能障碍患者的疗效分析[J].中西医结合心脑血管病电子杂志,2019,7(27):163.
- [4]冯大铭.情感区经颅重复针刺治疗脑梗死后轻度认知功能障碍的临床疗效观察[D].黑龙江中医药大学,2019.
- [5]吴振国.早期针灸治疗对脑梗塞患者运动及认知功能的影响[J].中医临床研究,2019,11(02):76-77.
- [6]何苗.针灸联合康复护理对脑梗塞肢体功能障碍患者的影响[J].国际医药卫生导报,2018,24(05):763-766.