

还具有操作方便、无创无痛等优点，治疗效果也明显优于单纯口服药物。

### [参考文献]

- [1] 沈瀚彬, 谈巧玲. 四物汤联合西药治疗急性脑梗死伴高同型半胱氨酸血症临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(2): 34-35.
- [2] Hiroki Usuku, Yasuhiro Izumiya, Seigo Sugiyama, et al. Lower Framingham risk score and the absence of hypertension are associated with the morning peak in the circadian variation of ST-elevation myocardial infarction onset[J]. Hypertension research, 2014, 37(3): 239-245.
- [3] 刘力生. 高血压防治指南[M]. 3版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 1-5.
- [4] 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.
- [5] McBride, CA, Hale SA, Subramanian M, et al. The relationship of a family history for hypertension, myocardial infarction, or stroke with cardiovascular physiology in young women[J]. Reproductive sciences, 2014, 21(4): 509-516.
- [6] 吴清, 姜方义, 毛明鸾. 中药穴位贴敷联合明目复元汤辨治急性视神经萎缩临床研究[J]. 新中医, 2015, 47(1): 211-212.

(责任编辑: 马力)

## 菖蒲醒脑汤治疗中风后轻度认知功能障碍临床观察

刘源源, 祝婕

乌鲁木齐市中医医院, 新疆 乌鲁木齐 830000

**[摘要]** 目的: 观察在常规治疗基础上采用菖蒲醒脑汤治疗中风后轻度认知功能障碍(MIC)患者的临床疗效。方法: 将符合纳入条件的98例肾精亏虚、痰浊瘀阻证患者按随机数字表法分为对照组和观察组各49例。2组均予常规控制血压、血脂、血糖, 并针对中风后遗症进行康复治疗。对照组口服尼莫地平片治疗, 观察组采用菖蒲醒脑汤内服。2组疗程均为12周。治疗前后评定简易精神状态(MMSE)量表、蒙特利尔认知评估(MoCA)量表和日常生活功能(ADL)量表评分与中医证候评分。结果: 认知功能疗效观察组总有效率为93.88%, 高于对照组的79.59% ( $P < 0.05$ )。中医证候疗效观察组总有效率为95.92%, 高于对照组的73.47% ( $P < 0.01$ )。治疗后, 观察组MoCA、MMSE和ADL量表评分均高于对照组, 中医证候评分低于对照组 ( $P < 0.01$ )。结论: 在常规治疗基础上采用菖蒲醒脑汤治疗能提高肾精亏虚、痰浊瘀阻证中风后MIC患者的认知功能, 改善症状, 提高患者的生活质量, 其疗效优于服用尼莫地平片。

**[关键词]** 轻度认知功能障碍(MIC); 中风; 肾精亏虚证; 痰浊瘀阻证; 中西医结合疗法; 菖蒲醒脑汤

**[中图分类号]** R749.2<sup>9</sup> **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415(2016)09-0020-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.09.011

轻度认知功能障碍(MCI)是介于正常老化与轻度痴呆之间的认知功能缺损状态, 研究显示中风后有50%~75%患者会发生MCI, 表现为执行、定向、记忆、计算、言语等能力减退, 若得不到及时治疗, MCI可能向痴呆转化, 后者伴发的病理变化难以逆转, 给家庭和社会造成沉重负担, 因此早期干预MCI, 延缓疾病进展具有重要的临床意义。目前现代医学

对中风后MCI的治疗或预防MCI向痴呆转化尚无有效途径及理想方法。MCI属于中医学多忘、健忘、善忘等病证范畴, 病机为本虚标实, 本虚为脏腑气血虚衰, 心肾亏虚, 髓海不充, 标实为痰浊、血瘀、浊毒<sup>[1]</sup>。菖蒲醒脑汤是笔者常用的临床验方, 具有补肾益脑、化痰活血、醒脑开窍之功。本研究观察了菖蒲醒脑汤联合常规疗法治疗中风后MCI的临床疗效,

**[收稿日期]** 2016-04-07

**[作者简介]** 刘源源(1980-), 女, 主治医师, 研究方向: 脑血管病。

现将研究结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 纳入2014年6月—2015年10月本院脑病科收治的98例患者,按随机数字表法分为对照组和观察组各49例。对照组男28例,女21例;年龄52~70岁,平均(61.8±7.5)岁;缺血性中风32例,脑出血17例;中风病程2~22月,平均(10.6±5.2)月;平均受教育年限(10.4±2.0)年。观察组男27例,女22例;年龄52~71岁,平均(62.2±7.9)岁;缺血性中风34例,脑出血15例;病程2~25月,平均(11.7±5.8)月;平均受教育年限(10.8±2.1)年。2组性别、年龄、中风病程、中风类型等一般资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《血管性认知障碍诊治指南》<sup>[2]</sup>制定:主诉或知情者报告有认知损害,而且客观检查也有认知损害的证据,和(或)客观检查证实认知功能较以往减退;有血管危险因素、卒中病史、神经系统局灶体征、影像学显示的脑血管病证据;认知障碍与血管因素有因果关系;日常生活能力保持正常;达不到痴呆的诊断。

1.3 辨证标准 参照《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》<sup>[3]</sup>制定,辨证属肾精亏虚,痰浊瘀阻证,症见:近事遗忘,远事遗忘,表情淡漠,寡言少语,腰酸腿软,腰脊酸痛,口多黏涎,头昏,耳鸣,盗汗,发脱,齿动,性功能减退,舌淡、苔腻,脉细滑。

1.4 纳入标准 ①有缺血性或出血性中风等脑血管病病史,并符合上述MCI的诊断标准;②简易精神状态(MMSE)量表评分21~26分,蒙特利尔认知(MoCA)量表评分<26分,临床痴呆量表评分0~0.5分;③辨证属肾精亏虚,痰浊瘀阻证者;④年龄<75岁,小学以上文化程度;⑤取得患者知情同意。

1.5 排除标准 ①老年性痴呆,其他类血管性痴呆患者,中风前有认知功能障碍者;②急性期脑血管意外患者;③汉密尔顿抑郁量表(HAMD)17项评分≥17分;④合并肿瘤疾病者;⑤合并全身严重系统性疾病,需要紧急治疗者;⑥同期采用其他干预(如针灸、中药等),影响疗效判断者。

## 2 治疗方法

2组均予控制血压、血脂和血糖,并针对中风后遗症进行康复治疗。

2.1 对照组 口服尼莫地平片(拜耳医药保健有限公司),每次30mg,每天3次;并适量补充维生素A、C、E等。

2.2 观察组 以菖蒲醒脑汤治疗,处方:菟丝子、茯苓、枸杞子、制首乌各20g,石菖蒲、地龙、银杏叶各15g,淫羊藿、郁金、川芎、远志各10g,三七粉3g(冲)。每天1剂,常规水煮2次,取药液400mL,分早、晚2次口服。

2组疗程均为12周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①认知功能评定:采用MMSE和MoCA量

表。MMSE量表包括定向力、记忆力、语言能力、视空间能力、执行能力和计算力,总分30分,<27分认为有认知缺损。MoCA量表包括注意与集中、执行功能、记忆、语言、视结构技能、抽象思维、计算和定向力等,总分30分,≥26分为正常,治疗前后各评价1次。②中医证候评分:参照文献<sup>[3]</sup>中的相关标准进行评分,7~14分为轻度,15~22分为中度,23~30分为重度,治疗前后各评价1次。③生活质量评价采用日常生活功能(ADL)量表,治疗前后各评价1次。

3.2 统计学方法 采用SPSS18.0统计分析软件处理数据。计量资料以( $\bar{x} \pm s$ )表示,采用 $t$ 检验;计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 ①认知功能疗效标准<sup>[4]</sup>:采用MMSE量表评分改善情况进行评价。显效:疗效指数>20%;有效:疗效指数>12%;无效:疗效指数<12%;恶化:疗效指数<-12%。②中医证候疗效标准<sup>[5]</sup>:根据中医证候评分改善情况进行评价。临床基本控制:疗效指数≥85%;显著进步:66%≤疗效指数<85%;进步:33%≤疗效指数<66%;无效:疗效指数<33%。疗效指数=(治疗后得分-治疗前得分)/治疗前得分×100%。

4.2 2组认知功能障碍疗效比较 见表1。观察组总有效率为93.88%,高于对照组的79.59%,差异有统计学意义( $\chi^2=4.345, P<0.05$ )。

表1 2组认知功能障碍疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
对照组	49	10	15	14	10	79.59
观察组	49	14	21	11	3	93.88 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组中医证候疗效比较 见表2。观察组总有效率为95.92%,高于对照组的73.47%,差异有统计学意义( $\chi^2=9.525, P<0.01$ )。

表2 2组中医证候疗效比较

组别	n	临床基本控制	显著进步	进步	无效	总有效率(%)
对照组	49	9	11	16	13	73.47
观察组	49	21	18	8	2	95.92 <sup>①</sup>

与对照组比较,① $P<0.01$

4.4 2组治疗前后MMSE、MoCA、ADL量表评分及中医证候评分比较 见表3。治疗后,2组MoCA、MMSE和ADL量表评分均较治疗前上升( $P<0.01$ ),中医证候评分明显下降( $P<0.01$ );观察组MoCA、MMSE和ADL量表评分高于对照组( $P<0.01$ ),中医证候评分低于对照组( $P<0.01$ )。

## 5 讨论

认知是大脑皮层复杂高级功能的反映,任何直接或间接导

表3 2组治疗前后MMSE、MoCA、ADL量表评分及中医证候评分比较( $\bar{x} \pm s$ , n=49) 分

组别	时间	MMSE	MoCA	ADL	中医证候
对照组	治疗前	23.56±1.75	19.04±2.18	56.45±10.23	36.81±5.27
	治疗后	26.24±1.92 <sup>①</sup>	26.89±1.84 <sup>①</sup>	70.61±13.75 <sup>①</sup>	15.72±3.92 <sup>①</sup>
观察组	治疗前	23.71±1.81	18.92±2.11	55.79±9.83	35.75±5.19
	治疗后	27.93±1.89 <sup>②③</sup>	28.26±1.93 <sup>②③</sup>	80.74±15.27 <sup>②③</sup>	7.84±2.12 <sup>②③</sup>

与治疗前比较, ① $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

致大皮层结构和功能慢性损伤的因素均可通过不同机制引起认知功能障碍。中风可直接出现脑损害或局部脑血流量降低, 使脑供血不足, 导致脑组织慢性缺血缺氧, 神经功能退化, 神经细胞变性、软化和萎缩, 影响认知的结构基础<sup>[4]</sup>。缺血性卒中中较出血性卒中更容易导致认知功能障碍。记忆障碍、失语、失认、失用、视空间障碍等认知功能障碍是临床上影响中风患者全面康复的重要因素, 且进展缓慢, 呈进行性加重, 很容易被忽视, 因此早期的筛查、干预对于中风后的康复具有重要临床意义<sup>[5]</sup>。目前可能有效的药物包括抗乙酰胆碱酯酶抑制剂、钙通道阻滞剂、改善脑部血液循环及促进脑细胞代谢的药物、抗氧化剂和非类固醇类抗炎药, 激素替代疗法仍存在争议<sup>[6]</sup>。尼莫地平能有效通过血脑屏障, 对颅内血管有亲和性, 能选择性扩张脑血管, 逆转血管痉挛, 明显增加脑血流量; 能调控海马区和皮质区与学习记忆有关的功能神经细胞分泌神经介质的平衡, 从而稳定神经细胞功能, 抑制神经元细胞坏死和凋亡, 对预防及治疗早期血管性认知障碍有一定疗效<sup>[7]</sup>。

中医学认为本病病位在脑, 中风的病机为年老肾虚, 髓亏脑衰, 痰浊、瘀血内生, 风痰上扰, 清阳难行, 脑窍不通。中风既成, 脑髓受损, 脑络阻滞, 气血不足以奉养于脑, 髓海空虚则神无所统, 神机失用则出现神志恍惚、呆傻不知等认知功能减退之临床表现<sup>[8]</sup>。《类证治裁》云: “脑为元神之府, 精髓之海, 实记忆所凭也。”清·唐容川也云: “事物之所以不忘, 赖此记性, 记在何处, 则在肾经。益肾生精, 化为髓, 而藏之于脑中。”因此治疗需注重补益肾精, 又要化痰活血, 使脑络通畅。

菖蒲醒脑汤中淫羊藿补肾助阳; 菟丝子补肾益精、养肝明

目; 枸杞子补肾益精; 制首乌养血滋阴; 茯苓健脾化湿; 石菖蒲芳香走窜, 宣窍豁痰, 辟秽化浊, 醒神益智; 郁金清气化痰、凉血破瘀; 地龙活血通络; 川芎活血行气通络; 银杏叶活血化痰通络; 三七活血化痰; 远志安神益智, 祛痰, 解郁。本方标本兼治, 共奏补肾益精、豁痰化痰、通络益智之功。

本研究结果显示, 观察组治疗后 MoCA、MMSE 和 ADL 量表评分均高于对照组, 提示了菖蒲醒脑汤能显著改善患者的认知功能, 提高患者的生活质量。观察组中医证候积分低于对照组, 说明了菖蒲醒脑汤能明显改善患者的临床症状。观察组认知功能疗效总有效率为 93.88%, 高于对照组的 79.59%; 中医证候疗效总有效率为 95.92%, 高于对照组的 73.47%, 均提示了菖蒲醒脑汤治疗肾精亏虚、痰浊瘀阻证中风后 MCI 的临床疗效优于尼莫地平, 值得临床使用。

### [参考文献]

- [1] 孙景贤, 曾慧. 轻度认知功能障碍的干预研究进展[J]. 中国全科医学, 2012, 15(15): 1681-1683.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 张阳, 唐巍, 宋小鸽, 等. 针灸联合认知康复训练治疗脑卒中后认知障碍效果的系统评价和 Meta 分析[J]. 上海针灸杂志, 2015(10): 1013-1020.
- [5] 张金峰, 王长德, 刘欣燕, 等. 头穴针刺结合认知训练治疗中风后轻度认知功能障碍[J]. 长春中医药大学学报, 2015, 31(3): 541-544.
- [6] 莫颖敏. 轻度认知功能障碍早期诊断与治疗进展[J]. 中国临床新医学, 2011, 4(9): 895-898.
- [7] 王慧红. 尼莫地平治疗轻度血管性认知功能障碍的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2012, 10(10): 1207-1208.

(责任编辑: 吴凌)