

电针“智七针”对非痴呆型血管性认知功能障碍患者蒙特利尔认知评估量表(MoCA)的影响

廖穆熙, 董楠楠, 陈振虎

广州中医药大学第一附属医院, 广东 广州 510405

[摘要] 目的: 观察电针“智七针”疗法对非痴呆型血管性认知功能障碍患者蒙特利尔认知评价量表(MoCA)的影响。方法: 将 80 例非痴呆型血管性认知功能障碍患者随机分为电针组和对照组, 治疗 4 周, 采用 MoCA 进行临床疗效评价。结果: 电针组在视空间与执行能力、命名、注意、记忆与延迟记忆、定向方面, 对照组在注意、记忆与延迟记忆方面治疗 2 周后、治疗 4 周后评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$); 电针组在语言方面, 对照组在视空间与执行能力、记忆与延迟记忆方面治疗 4 周后评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。在记忆与延迟记忆方面, 2 组间治疗 2 周后、治疗 4 周后评分分别, 差异均有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 电针“智七针”与西药方法对非痴呆型血管性认知功能障碍患者 MoCA 总评分均有影响, 电针组优于对照组, 主要是表现在记忆与延迟记忆方面。

[关键词] 非痴呆型血管性认知功能障碍; 针灸疗法; 电针; 记忆与延迟记忆

[中图分类号] R749.1+6 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 11-0178-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.11.081

非痴呆型血管性认知功能障碍 (vascular cognitive impairment-no dementia, VCIND) 是由于脑血管性因素引起的一种极早期的、替在的认知功能损害的异质群体, 其患者的病情通常较隐匿, 认知功能损害的程度介于正常和痴呆之间, 还未达到痴呆的诊断标准。随着病情进展, 多数 VCIND 患者发展为血管性痴呆的可能性大大提高。如在疾病早期加以干预, 不仅可以延缓或阻断疾病的发展, 更甚者可以逆转病情。近 2 年来, 笔者在靳三针疗法的基础上通过电针“智七针”为主辨证治疗 VCIND 患者取得了较好的疗效, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 西医诊断标准 根据中国防治认知功能障碍专家共识^[1], 并参照 Petersen RC 等^[2]提出的关于 VCIND 的诊断标准, 制定本研究的诊断标准如下: 依据临床表现及检查结果提示有血管源性病因(如脑白质疏松、腔隙性脑梗死、脑梗死、蛛网膜下腔出血、脑出血、心脏疾患、高血压病、高血脂症、糖尿病等); 受试者均整体的认知功能正常, 可能某一或几项认知方面受损, 但其主诉以记忆障碍为主, 且有其照料者加以证明; 纳入患者是需经临床痴呆分级(CDR)量表评分, CDR=0.5 分, 诊断尚未达到痴呆的标准; 患者日常生活能力正常。

1.2 中医诊断与辨证分型 根据 1990 年老年医学会、内科

学会及中国中医药学会在北京全国老年痴呆专题学术研讨会所定下的辨证分型标准^[3], 将本病分为虚、实两类, 分别是脾肾两虚、肝肾亏虚、髓海不足三类虚证, 心肝火盛、气滞血瘀、痰浊阻窍三类实证, 总共 6 种证型。

1.3 纳入标准 根据上述中西医诊断标准, 年龄 30~85 岁, 意识清醒, 无言语沟通障碍, 并能够配合完成研究量表的测评; 所有受试者在详细了解本研究流程后均属自愿参加, 并承诺保证有较好依从性, 签订知情同意书; 经 CDR 量表检测后, 得分为 0.5 分的轻度认知功能障碍患者; 中风发病后病史在 3 个月以内, 患者起病急骤且病情呈阶梯发展, 根据患者的影像学检查结果, 梗死部位、面积及梗死次数均与认知功能障碍的发病相关; 影像学检查梗死灶直径要 $< 15 \text{ mm}$, 且有多发皮质下腔梗和(或)中度或以上白质病变的表现。

1.4 排除标准 经影像学检查未发现脑血管病及梗死灶; 严重的意识、视听觉障碍, 失语或无法言语沟通, 肢体功能严重低下影响受检; 头部外伤, 已服用对认知功能有影响的药物, 变性及系统性疾病等非血管性因素造成认知功能减退的患者; 在脑血管疾病基础上合并心血管、肾脏、肝脏和造血系统等严重的原发性疾病等, 以及合并影响本病治疗的其他脏器功能不全的疾病; 经诊断有抑郁症或其他精神障碍疾病的患者; 经 CDR 量表筛查后得分 > 0.5 , 评测有中、重度认知

[收稿日期] 2015-07-10

[基金项目] 广东省科技计划项目资金资助项目 (20120314)

[作者简介] 廖穆熙 (1983-), 男, 主治医师, 主要从事中医针灸临床工作。

[通讯作者] 陈振虎, E-mail: chen801@sina.com。

功能障碍的患者。

1.5 一般资料 观察病例 80 例为广州中医药大学第一附属医院针灸科 2013 年 1 月—2015 年 3 月就诊的患者。在严格纳入标准的基础上,按入院先后顺序,查随机数字表,将患者随机分为 2 组各 40 例。治疗组男 24 例,女 16 例;年龄 30~50 岁 3 例,51~60 岁 10 例,61~70 岁 14 例,71~85 岁 13 例;教育程度:≤12 年 30 例,>12 年 10 例;辨证属心肝火盛型 5 例,痰浊阻窍型 9 例,气滞血瘀型 9 例,肝肾亏虚型 6 例,髓海不足型 7 例,脾肾两虚型 4 例。对照组男 21 例,女 19 例;年龄 30~50 岁 4 例,51~60 岁 10 例,61~70 岁 10 例,71~85 岁 16 例;教育程度:≤12 年 25 例,>12 年 15 例。辨证属心肝火盛型 4 例,痰浊阻窍型 11 例,气滞血瘀型 8 例,肝肾亏虚型 7 例,髓海不足型 5 例,脾肾两虚型 5 例。2 组一般资料经统计学处理,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 主穴:智三针(神庭穴、双侧本神穴)、四神针。辨证配穴:心肝火盛配双侧太冲、少府、行间等穴;痰浊阻窍加双侧足三里、丰隆以及人中穴;气滞血瘀取双侧合谷、血海;脾肾两虚在针刺二脏背俞穴的基础上加以胃之合穴足三里,均为双侧取穴;肝肾不足加背部腧穴肝俞、肾俞及命门,均取双侧;双太溪、绝骨加大椎用于髓海不足证。随症加减:伴有口眼歪斜的患者取患侧下关及迎香、地仓透颊车,再配以健侧合谷穴;伴有偏瘫患者均取患侧合谷、手三里、外关、曲池、肩髃、环跳、阳陵泉、足三里等穴位。操作:在严格消毒后,用 30 号不锈钢毫针(华佗牌)快速平刺入主穴皮下和肌层,后将针刺至帽状腱膜下层约 0.5~0.8 寸;行针得气后主穴接 G6805-电针仪(上海制造),选择疏密波,根据不同患者的耐受度调整波幅刺激强度,其他穴位按照常规进针,平补平泻。每次针灸时间为 30 min,其他穴位则平补平泻。每天 1 次,每次 30 min,连续治疗 12 天后休息 2 天,再继续治疗,共治疗 4 周。

2.2 对照组 患者服用目前临床常用的改善脑循环的钙离子拮抗剂尼莫通,该药是德国拜耳公司生产的批号为 CDAFT6,规格:每片 30 mg。对照组的治疗方案为:口服用药治疗 4 周,每天 3 次,每次 30 mg。

对本研究结果有干扰的药物,在病情允许的前提下,尽量停止使用。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 患者治疗前后蒙特利尔认知评价量表(MoCA)评分测定。

3.2 统计学方法 采用 SPSS11.0 统计软件包进行统计学分析;计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,采用 t 检验。

4 治疗结果

4.1 2 组治疗前后 MoCA 评分比较 见表 1。2 组治疗前

MoCA 量表评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。2 组治疗 2 周后、治疗 4 周后分别与治疗前自身比较,差异有统计学意义($P<0.05$);观察组内治疗 4 周后与治疗 2 周后自身比较,差异有统计学意义($P<0.05$);而 2 组间治疗 2 周后、治疗 4 周后组间分别进行比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 2 组治疗前后 MoCA 评分比较 $(\bar{x} \pm s)$ 分

组别	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
治疗组	17.880±3.560	21.480±2.764	24.030±2.444
对照组	18.050±2.782	20.100±3.053	22.180±3.558

与治疗前比较,① $P<0.05$;与治疗 2 周后比较,② $P<0.05$;与对照组同期比较,③ $P<0.05$

4.2 2 组患者治疗前后 MoCA 各亚项评分比较 见表 2。治疗前,MoCA 量表各亚项评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。在视空间与执行能力方面,电针组组内疗效比较,治疗 2 周后、治疗 4 周后分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);而对照组组内比较,仅治疗 4 周后与治疗前比较,差异有统计学意义($P<0.05$);分别对 2 组进行 2 周后与 4 周后组间疗效比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。在命名方面,电针组内比较,治疗 2 周后、治疗 4 周后分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);对照组组内比较,差异无统计学意义($P>0.05$);2 组间同期比较,差异无统计学意义($P>0.01$)。在注意力方面,2 组组内比较,治疗 2 周后、治疗 4 周后分别与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$),而 2 组组间比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。在语言方面,电针组治疗 4 周后与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);2 组组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。在抽象能力方面,2 组组内比较、组间同期比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。在记忆与延迟记忆方面,电针组治疗 2 周后与治疗前、治疗 4 周后与治疗 2 周后、治疗 4 周后与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);对照组治疗 4 周后与治疗 2 周后比较,治疗 4 周后与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。2 组治疗 2 周后与治疗 4 周后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。在定向力方面,治疗组组内比较,治疗 2 周后与治疗前、治疗 4 周后与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$);对照组组内比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。2 组组间同期比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

5 讨论

VCIND 作为血管性痴呆(VaD)的前期阶段,其诊断的提出不仅满足了临床的需要,而且对 VaD 的发生起到了早期干预、延缓病程及提高疗效的重要作用。广州中医药大学已故针灸医家靳瑞教授应用智三针(神庭、本神)、四神针治疗小儿脑发育不全患者,因其取穴具有醒脑开窍益智作用,往往能取得较好

表 2 MoCA 量表各评分情况($\bar{x} \pm s$) 分

项 目	组 别	n	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
视空间与执行能力	电针组	40	1.85 ± 1.35	2.40 ± 1.15	2.83 ± 1.11
	对照组	40	1.65 ± 1.44	2.03 ± 1.41	2.30 ± 1.36
命名	电针组	40	2.65 ± 0.58	2.93 ± 0.26	2.95 ± 0.22
	对照组	40	2.78 ± 0.48	2.83 ± 0.39	2.95 ± 0.22
注意	电针组	40	3.50 ± 1.18	4.35 ± 1.05	4.80 ± 0.82
	对照组	40	3.58 ± 1.20	4.30 ± 1.04	4.58 ± 1.22
语言	电针组	40	1.83 ± 0.78	2.08 ± 0.69	2.28 ± 0.72
	对照组	40	1.83 ± 0.78	1.93 ± 0.92	2.03 ± 0.83
抽象	电针组	40	1.45 ± 0.64	1.60 ± 0.55	1.75 ± 0.49
	对照组	40	1.50 ± 0.56	1.63 ± 0.54	1.73 ± 0.51
记忆与延迟记忆	电针组	40	1.23 ± 0.95	2.05 ± 0.85	2.88 ± 0.76
	对照组	40	1.28 ± 1.01	1.68 ± 1.05	2.35 ± 1.08
定向	电针组	40	4.50 ± 1.30	5.15 ± 0.92	5.50 ± 1.10
	对照组	40	4.78 ± 1.10	4.98 ± 1.03	5.33 ± 1.07

与治疗前比较, ① $P < 0.05$; 与治疗 2 周后比较, ② $P < 0.05$; 与对照组同期比较, ③ $P < 0.05$

的临床疗效, 也因此积累了丰富的临床经验。本研究所选用的主穴“七智针”, 即来源于靳瑞教授的四神针及智三针(本神、神庭)。神庭位于额前发际正中直上 0.5 寸, 意指脑内元神所藏之处; 本神位于神庭与头维连线的外三分之一处, 入发际 0.5 寸, 意为诸神之本, 足少阳胆经之气皆发于此。智三针及四神针均位于头部, 而头为精明之府, 有“脑为元神之府”之说; 诸阳之神气都汇聚于头, 主宰神智、思维、情感和记忆功能。这些穴位均与“神”“志”相关, 而且智三针位于大脑额叶表面的头皮层, 人类控制情感智力的功能区位于大脑额叶, 所以在治疗 VCIND 患者的认知功能障碍时, 2 组穴位联合能取得较好的临床效果。

本研究以 2 组患者治疗前后 MoCA 量表评分测定作为疗效评定标准, 结果显示, 2 组治疗后 MoCA 量表评分均有改善, 在总体疗效方面电针组要优于对照组。分别对治疗 2 周

后、治疗 4 周后 2 组间 MoCA 量表评分进行比较, 结果显示电针组在 2 个时段的评分均优于对照组, 电针组在改善 MoCA 量表评分方面效果较好。在对 MoCA 量表各亚项的比较中, 笔者发现 2 组经治疗后在视空间与执行能力、命名、注意、语言及记忆与延迟记忆方面均有改善, 但仅在记忆和延迟记忆方面 2 组治疗后差异有统计学意义($P < 0.05$), 电针组效果要优于对照组。

本研究所采用的主穴恰好位于额、颞、顶三叶的投射区, 此区调控人的高级思维、记忆、精神功能, 针刺主穴后可使大脑皮层兴奋, 通过皮层 - 丘脑 - 皮层途径, 有效调节了大脑中枢神经系统, 增加侧支循环, 改善血液循环, 增加血氧供给, 清除氧自由基, 调节脑细胞代谢, 保护脑细胞, 使受损的脑神经得到修复, 从而改善认知功能; 此外, 针灸治疗可使坏死边缘部分的突触数量、密度增加, 神经传导功能增强, 使残余的神经元也施展出更大的功用, 再建新的功用体系。

受诸多因素影响, 本研究有以下几个方面需要改进: 观察样本量偏少, 对治疗结果观察可能存在一定的偏差; 治疗观察周期偏短只有 4 周, 在对神经心理学指标的影响方面可能未能充分体现其治疗效果。

研究应扩大样本量, 延长治疗及观察周期, 为针灸治疗 VCIND 提供更严格系统的理论依据。

[参考文献]

- [1] 中国防治认知功能障碍专家共识专家组, 中国防治认知功能障碍专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(2): 171-173.
- [2] Petersen RC, Negash S. Mild cognitive impairment: an overview[J]. CNS Spectrums, 2008, 13(1): 45-53.
- [3] 傅仁杰. 老年呆病(老年痴呆)的中医临床诊断及疗效评定标准(试行)[C]// 全国中医药防治老年病学术交流会学术论文集, 2011.

(责任编辑: 刘淑婷)