

中医学将 TIA 归属“眩晕”“中风先兆”范畴,认为 TIA 主要病机为脏腑气机失调、阴阳失衡,并且风、痰、火、瘀互扰,引起体内气机失畅、气血运行紊乱、经脉瘀滞,因此瘀血、痰浊又为 TIA 病机的主因<sup>[1]</sup>;故 TIA 的治疗当以补气、活血、通络为法则<sup>[2]</sup>。本研究采用消栓肠溶胶囊为补气活血代表方补阳还五汤的中成药,方中重用生黄芪补益元气,意在气旺则血行,瘀去络通;当归尾活血通络而不伤血;赤芍、川芎、桃仁、红花协同当归尾以活血祛瘀;地龙通经活络,力专善走,周行全身,以行药力;本方重用补气药与少量活血药相伍,使气旺血行以治本,祛瘀通络以治标,标本兼顾;且补气而不壅滞,活血又不伤正;众药合用,则气旺、瘀消、络通,诸症向愈。

本研究结果显示,消栓肠溶胶囊治疗后,患者临床症状如眩晕、偏身麻木、言语蹇涩和晕厥评分均下降,观察组总有效率达到 95.89%,优于对照组( $P < 0.05$ );而 2 组治疗后凝血功能指标 PT、APTT 与治疗前比较,组间比较,差异均无统计学意义( $P > 0.05$ ),提示无影响。以上结果均提示,消栓肠溶胶囊能短期内控制 TIA,减少远期 TIA 复发以及非致死性脑梗死。

#### [参考文献]

[1] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组,缺血性脑卒中二级预防指南撰写组.中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺

血发作二级预防指南(2010)[J].中华神经科杂志,2010,4(32):154-160.

- [2] 中华神经科学会,中华神经外科学会.各类脑血管疾病诊断要点[J].中华神经科杂志,1996,29(6):379.
- [3] 中国中医药学会内科学脑病专业委员会.中风病先兆证诊断与疗效评定标准[J].北京中医学院学报,1993,16(6):66.
- [4] 隋欣,赵宏.氯吡格雷片联合阿托伐他汀治疗短暂性脑缺血发作的疗效[J].中国老年学杂志,2013,33(15):3726-3727.
- [5] 姜梅芳.补阳还五汤联合阿司匹林治疗短暂性脑缺血发作时阿司匹林抵抗的临床研究[J].中国生化药物杂志,2014,34(2):106-109.
- [6] 李继业,杨光福.高同型半胱氨酸血症与短暂性脑缺血发作中西医结合研究进展[J].中国实用医药,2014,9(11):249-250.
- [7] 周仲瑛,余实,李明福,等.中医内科学[M].北京:中国中医药出版社,2008:304-306.
- [8] 章小平,林雪霞,黄凡.针刺对中风先兆证的干预机制探讨[J].中西医结合心脑血管疾病杂志,2004,2(5):258-259.

(责任编辑:刘淑婷)

## 益智活血汤联合西医常规疗法治疗老年高血压合并轻度血管性认知功能障碍疗效观察

刘均仪,曹玫,陈昌宝

广州市海珠区第一人民医院,广东 广州 510220

[摘要] 目的:观察在常规治疗基础上加用益智活血汤治疗老年高血压合并轻度血管性认知功能障碍的临床疗效。方法:将 60 例患者随机分为 2 组各 30 例。治疗组在常规治疗(如降压、调脂)基础上口服益智活血汤治疗;对照组除常规治疗外,不使用其他活血化瘀类中成药与益智药。2 组均治疗 12 周,观察 2 组患者的临床疗效及认知能力、日常生活活动能力的改善情况。结果:临床疗效总有效率治疗组 83.33%,对照组 60.00%,2 组比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ );治疗后,2 组简易智能精神状态检查量表(MMSE)、Barthel 指数(MBI)评分均较治疗前不同程度的改善,差异均有统计学意义( $P < 0.01$ , $P < 0.05$ );2 组 MMSE、MBI 评分比较,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:在常规治疗基础上加用益智活血汤治疗老年高血压合并轻度血管性认知功能障碍具有较好的治疗效果,可明显改善患者的认知功能和日常生活活动能力。

[关键词] 原发性高血压;轻度血管性认知功能障碍(MCI);中西医结合疗法;益智活血汤

[中图分类号] R544.1 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)09-0040-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.09.021

[收稿日期] 2015-04-01

[作者简介] 刘均仪(1981-),女,医学硕士,主治医师,研究方向:脑血管病。

医务工作者对原发性高血压引起脑卒中、心血管疾病、肾脏损害等有充分认识,但对高血压引起老年人认知功能损害却未给予足够重视。诸多研究已经证实,在一般老年人群中,高血压是老年认知功能障碍的独立危险因素,与认知功能逐渐减退有关<sup>[1-2]</sup>。临床上如能及早识别高血压引起认知功能损害,积极采取早期临床干预和药物治疗,有助于促进认知功能障碍的预防和控制,能最大限度地改善老年高血压患者的预后和生活质量,具有重要的意义。近年来,笔者采用益智活血汤治疗老年高血压合并轻度血管性认知功能障碍(mild cognitive impairment, MCI),取得满意疗效,结果报道如下。

## 1 临床资料

1.1 诊断标准 参照文献[3]关于MCI的诊断标准:有记忆减退的主诉;日常生活能力正常;总体认知功能正常;与年龄不相符的记忆障碍(低于年龄和文化程度匹配的正常对照 1.5SD);没有痴呆。

1.2 纳入标准 符合以上诊断标准;年龄 55~75岁;经头颅CT或头颅MRI证实,排除脑血管病、脑外伤等疾病;教育程度在小学或以上;签署临床知情同意书。

1.3 排除标准 有精神疾患、神志障碍的患者;有严重心、脑、肾等脏器功能衰竭者;合并脑梗死、脑出血者;脑外伤、精神疾病等引起轻度认知障碍的患者;继发性高血压病患者;合并糖尿病、冠心病的患者;因不良反应而被终止治疗者;未按照规定服用药物者或中途退出治疗者;在治疗过程中服用其他有助于认知功能恢复的药物者;完全不能言语者。

1.4 一般资料 观察病例为2011年9月—2014年1月在广州市海珠区石溪中医医院中风康复科治疗的老年原发性高血压合并MCI患者,共60例,随机分为2组各30例。治疗组男13例,女17例;年龄56~75岁,平均(68.83±4.53)岁;高血压病程3~20年,平均(9.13±4.03)年;日常生活活动能力Barthel指数(MBI)评分为(50.01±10.37)分;简易智能精神状态检查量表(MMSE)评分为(23.12±1.43)分。对照组男12例,女18例;年龄59~73岁,平均(68.50±3.99)岁;高血压病程3~19年,平均(9.43±4.05)年;MBI评分为(49.52±9.01)分;MMSE评分为(23.67±1.29)分。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 常规治疗 遵循《中国高血压防治指南2010》,对2组患者在健康教育(低盐低脂饮食、戒烟酒、适量运动、减重、保持心情舒畅)基础上,给予规范控制血压治疗,降压目标为血压<140/90 mmHg,可耐受的情况下适当降至(120~130)/(70~80) mmHg,有血脂异常者加调脂治疗。

2.2 治疗组 给予口服益智活血汤,药物组成:熟地黄30g,制首乌25g,菟丝子、黄芪、党参、石菖蒲各15g,枸杞子、远志、川芎、红花、陈皮各10g,柴胡、羌活各6g,水蛭5g。每天1剂,由医院药房统一煎煮至约200 mL,分2次口

服。

2.3 对照组 除上述常规治疗外,临床上不使用丹参、银杏叶片等活血化淤类中成药及其他益智药。

观察前2周至疗程结束期间,2组均停服其他促智药。2组均治疗12周。

## 3 观察指标与统计学方法

3.1 临床认知功能评定 采用MMSE评定临床认知功能,治疗前、后各评定1次。该量表包括以下7个方面:时间定向力,地点定向力,即刻记忆,注意力及计算力,延迟记忆,语言,视空间。共30道题目,每项回答正确得1分,回答错误或回答不知道评0分,量表总分范围为0~30分。正常:分值在27~30分;认知功能障碍:分值<27分,其中轻度:21~26分,中度:10~20分,重度:0~9分。

3.2 日常生活活动能力评定 采用修订MBI<sup>[4]</sup>,满分为100分,治疗前、后各评定1次。该量表包括进食、洗澡、穿衣、大便控制、小便控制、用厕、个人卫生、床椅转移、平地行走(或坐轮椅)、上下楼梯10项内容,每个活动的评级可分为5级,不同的级别代表了不同程度的独立能力,最低是1级,最高是5级。级别越高,代表独立能力越高。总分为100分,独立能力与得分呈正相关。

3.3 统计学方法 采用SPSS11.0软件进行数据处理,计数资料采用 $\chi^2$ 检验,计量资料采用 $t$ 检验。

## 4 疗效标准与治疗结果

4.1 临床认知疗效标准 显效:治疗后MMSE评分净增值 $\geq 4$ 分;有效:2分 $\leq$ 治疗后MMSE评分净增值<4分;无效:治疗后MMSE评分净增值<2分。

4.2 2组临床认知疗效比较 见表1。总有效率治疗组83.33%,对照组60.00%,2组比较,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。

表1 2组临床认知疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	30	6	19	5	83.33
对照组	30	2	16	12	60.00

与对照组比较,① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后MMSE、MBI评分比较 见表2。治疗后,2组MMSE、MBI评分均较治疗前不同程度的改善,差异均有统计学意义( $P<0.01$ ,  $P<0.05$ );2组MMSE、MBI评分比较,差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。

## 5 讨论

研究发现,高血压对认知功能有较明显的影响,其中最易受损的是记忆和注意功能<sup>[5]</sup>。Elias MF等<sup>[6]</sup>研究显示,高血压患者平均舒张压水平与逻辑记忆、视觉再生、倒背数字和延迟逻辑记忆的成绩呈独立负相关,支持血压升高最易损害记忆和注意功能。国外研究显示,降压治疗能改善认知功能或防止认

表2 2组治疗前后MMSE、MBI评分比较( $\bar{x} \pm s$ , n=30) 分

组别	时间	MMSE	MBI
治疗组	治疗前	23.12 ± 1.43	50.01 ± 10.37
	治疗后	26.83 ± 3.02	67.23 ± 18.99
对照组	治疗前	23.67 ± 1.29	49.52 ± 9.01
	治疗后	25.31 ± 1.87	55.67 ± 13.07

与治疗前比较, ① $P < 0.05$ , ② $P < 0.01$ ; 与对照组治疗后比较, ③ $P < 0.05$

知功能下降, 从而预防血管性认知功能障碍(vascular cognitive impairment, VCI)发生<sup>[7-8]</sup>。因此, 临床上在合理有效控制高血压的同时, 需要充分认识VCI, 做到早期预防、早期诊断及早期治疗, 防止其发展为血管性痴呆, 提高患者生活质量, 具有重要的现实意义。

MCI属中医学健忘、善忘或喜忘的范畴。《医林改错》认为“高年无记性者, 脑髓渐空”。高血压患者, 一般病程较长, 老年人居多, 年老久病失养, 渐出现脾肾亏虚, 尤其是肾虚。肾精亏虚, 髓海空虚, 神机失用, 因此, 临床治疗应重视补肾。脾胃为后天之本, 气血津液生化之源, 以后天充养先天, 填精生髓。脾胃虚, 则气血津液生化不足, 无以充养先天, 肾精更亏, 脑髓益空, 元神失养, 气虚无以推动血行, 血液瘀滞。故脾胃亏虚, 瘀血阻滞是另一重要病机。结合临床, 笔者以补肾健脾、活血开窍为治则, 自拟益智活血汤治疗。方中熟地黄、菟丝子、枸杞子、制首乌益肾填精补髓; 黄芪、党参补中益气、健脾升阳, 配合升散之柴胡、羌活, 味少量轻, 四药合用, 一则升阳达巅行经入脑, 脑为诸阳之会, 居于巅高, 唯风药辛宣, 方可疏通经脉, 使清阳之气贯注于脑以壮髓海; 二则醒脾助胃, 以促化源; 三则, 阳气升旺, 可化痰瘀, 气帅血行, 气能行津, 脑气充盛, 则气化畅利, 既可防止津血凝滞成痰瘀之害, 又能消散少量痰瘀之浊, 此法有祛杂至纯, 以补为通之意。川芎为血中气药, 其性辛香走窜, 可温通经络, 活血行气, 走而不守, 上行头目; 红花活血化瘀行滞之力甚强, 两者相得益彰。水蛭入血分而长于逐瘀, 性迟缓而不伤正气, 以祛沉痾瘀积, 有利而无弊。合而用之, 可通畅脉道涩滞。石菖蒲、远志化痰开窍, 安神益智, 陈皮健脾理气。诸药合用, 共奏补肾健脾、活血通络、醒神开窍之效。现代药理学研究表明, 首乌所含的卵磷脂, 为脑与脊髓的主要成分, 可促进脑细胞的生长发育, 健脑益智。枸杞子、菟丝子的主要有效成分均含有多糖类及黄酮类化合物, 而多糖、黄酮组分对中枢胆碱能系统损伤的学习记忆障碍均有改善作用, 通过改变脑乙酰胆碱代谢, 提高中枢胆碱能系统功能可能是保护学习记忆作用的机制之一。研究证实很多补肾为主的中药复方, 具有改善

学习记忆功能, 保护脑内胆碱能系统, 增强海马长时程增强效应等作用<sup>[9]</sup>。

本临床观察显示, 应用益智活血汤联合西医常规疗法治疗老年高血压合并MCI, 能改善患者的认知功能及提高日常生活活动能力, 此疗法简便、安全, 值得临床推广。

## [参考文献]

- [1] Ji-Rong Y, Bi-Rong D, Chang-Quang H, et al. Cognitive impairment and depression among Chinese nonagenarians/centenarians [J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2010, 18(4): 297-304.
- [2] Hailpem SM, Melamed ML, Cohen HW, et al. Moderate chronic kidney disease and cognitive function in adults 20 to 59 years of age: Third National Health and Nutrition Examination Survey(NHANES ) [J]. J Am Soc Nephrol, 2007, 18(7): 2205-2213.
- [3] Canguli M, Dodge HH, Shen C, et al. Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study [J]. Neurology, 2004, 63(1): 115-121.
- [4] Barb R, Martinez ES, Rodrigue GE, et al. Poststroke dementia: Clinical features and risk factors [J]. Stroke, 2000, 31(7): 1494-1501.
- [5] 程冲. 高血压与老年人认知功能障碍的关联性分析 [J]. 医学综述, 2013, 19(6): 1121-1123.
- [6] Elias MF, Wolf PA, D'Agostino RB, et al. Untreated blood pressure level is inversely related to cognitive functioning: the Framingham study [J]. Am J Epidemiol, 1993, 138(6): 353-364.
- [7] In't Veld BA, Ruitenberg A, Hofman A, et al. Antihypertensive drugs and incidence of dementia: the Rotterdam Study [J]. Neurobiol Aging, 2001, 22(3): 407-412.
- [8] Peters R, Beckett N, Forette F, et al. Incident dementia and blood pressure lowering in the Hypertension in the Very Elderly Trial cognitive function assessment (HYVET-COG): a double-blind, placebo controlled trial [J]. Lancet Neurol, 2008, 7(8): 683-689.
- [9] 季向东. 补肾祛瘀益智汤治疗糖尿病认知功能障碍临床研究 [J]. 辽宁中医杂志, 2010, 37(12): 2371-2373.

(责任编辑: 吴凌)