

针药结合治疗血管性痴呆瘀血阻络证 45 例临床观察

王飞

河南中医学院针推学院, 河南 郑州 450008

[摘要] 目的: 观察针药结合治疗血管性痴呆瘀血阻络证的临床疗效。方法: 将 90 例血管性痴呆瘀血阻络证患者随机分为对照组和治疗组各 45 例, 2 组患者均接受降压、调脂、调糖、改善脑循环、脑保护剂和抗血小板等常规治疗, 对照组加服尼莫地平片, 治疗组在对照组治疗基础上, 采用三焦针法结合通窍活血汤加减治疗。2 组疗程均为 12 周。结果: 治疗组总有效率为 93.33%, 对照组为 73.33%, 治疗组疗效优于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2 组修订 Folstein 简易精神状态检查 (MMSE) 评分均较治疗前升高, 日常生活能力 (ADL) 评分和中医证候评分均较治疗前下降 ($P < 0.01$); 治疗组 MMSE 评分高于对照组, ADL 评分和中医证候评分均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2 组全血高切黏度、全血低切黏度、纤维蛋白原及红细胞聚集指数均较治疗前降低 ($P < 0.01$); 治疗组各指标值均低于对照组, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$)。结论: 针药结合治疗血管性痴呆瘀血阻络证患者, 可显著提高 MMSE 评分和降低中医证候评分, 改善患者的生活质量和血液流变学指标, 其临床疗效明显优于单纯西医治疗。

[关键词] 血管性痴呆 (VD); 瘀血阻络证; 三焦针法; 通窍活血汤; 血液流变学

[中图分类号] R749.4⁺6 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2016) 03-0035-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2016.03.014

血管性痴呆 (vascular dementia, VD) 是由脑血管病变所致的痴呆, 伴随年龄的增长, VD 的发病率上升。在我国范围内, 老年人群痴呆的患病率为 3.9% 左右, 其中 VD 约占 60%^[1]。该病以认知功能及神经功能障碍为主要表现, 并兼有情感、性格以及局灶性神经损伤症状, 其病程呈现阶梯式发展, 给患者的生活质量带来严重影响, 随着人口老龄化趋势加剧, 给社会带来沉重负担。目前, 单纯采用西医治疗 VD 疗效有限, 中医药治疗 VD 历经长期临床实践积累, 已被证实疗效显著^[2]。本研究依据瘀血阻络型 VD 患者的病机特点, 采取三焦针法结合通窍活血汤加减治疗, 取得确切疗效, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究选取的 90 例 VD 患者均为河南中医学院附属第二医院神经内科门诊和住院部 2013 年 6 月—2014 年 6 月收治的病例, 参照随机数字表法分为治疗组和对照组各 45 例。治疗组男 26 例, 女 19 例; 年龄 57~72 岁, 平均 (65.3±7.1) 岁;

病程 8~23 月, 平均 (14.5±1.7) 月; 合并高血压病 32 例, 高脂血症 19 例, 糖尿病 21 例, 冠心病 15 例; 修订 Folstein 简易精神状态检查 (MMSE)^[3] 评分 (12.7±1.6) 分, 日常生活能力 (ADL) 量表^[4] 评分 (43.2±5.1) 分。对照组男 29 例, 女 16 例; 年龄 53~74 岁, 平均 (64.7±7.5) 岁; 病程 6~21 月, 平均 (13.6±1.5) 月; 合并高血压病 34 例, 高脂血症 17 例, 糖尿病 19 例, 冠心病 18 例; MMSE 评分 (13.1±1.8) 分, ADL 量表评分 (42.8±4.8) 分。2 组性别、年龄、病程、合并疾病以及 MMSE、ADL 评分比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 2 组具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《美国精神障碍诊断与统计分类手册》第 4 版修订版 (DSM- I- R)^[5] 及 2002 年制定的国内 VD 诊断草案中可能和很可能的 VD 诊断标准^[6]。

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》^[7] 拟定瘀血阻络证辨证标准, 对记

[收稿日期] 2015-12-03

[作者简介] 王飞 (1979-), 男, 讲师, 研究方向: 针灸治疗神经系统疾病。

忆、疼痛、爪甲、面色、舌质和脉象进行计分，总分30分，证候诊断积分 ≥ 7 分即为确诊。

1.4 纳入标准 ①符合上述诊断标准和辨证标准；②年龄50~75岁；③病程 >5 月；④MMSE评分属轻中度者，ADL评分属轻中度者；⑤影像学检查见白质改变或有病灶者；⑥生命体征平稳，意识状态清楚者；⑦依从性好，并签署知情同意书者。

1.5 排除标准 ①不符合上述诊断标准和辨证标准者；②伴随阿尔茨海默病、混合性痴呆、抑郁症的患者；③重度痴呆患者；④妊娠及哺乳期妇女；⑤伴严重心、脑血管疾病或其他脏器衰竭以及精神疾病者；⑥依从性差或自行退出者。

2 治疗方法

2.1 基础治疗 2组均参照《中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010》^[8]采取降压、调脂、调糖、改善脑循环、脑保护剂和抗血小板等常规治疗。

2.2 对照组 口服尼莫地平片(拜耳医药保健有限公司)治疗，每次40mg，每天3次。

2.3 治疗组 在对照组治疗的基础上给予针刺结合中药内服治疗。针刺疗法参照三焦针法^[9]，取穴为外关(双)、足三里(双)、血海(双)、气海、中腕以及膻中。膻中采取针尖向上斜刺0.3~0.5寸，高频率、小幅度捻转补法30s；中腕直刺1.5寸，再小幅度、高频率捻转补法30s；足三里、气海直刺0.8~1.0寸，给予高频率、小幅度捻转补法30s；血海直刺1.0~1.5寸，然后给予低频率、大幅度捻转泻法30s；外关直刺0.5~1寸，施平补平泻捻转法30s。以上治疗每天1次，每周5次。同时内服通窍活血汤加减治疗，处方：红花、熟地黄、党参各15g，川芎、桃仁、郁金、黄芪各12g，赤芍、石菖蒲、地龙、当归各10g，大枣7个，葱白3根(切碎)，生姜9g(切碎)，麝香0.15g(绢包)。每天1剂，常规水煎分2次口服。

2组均治疗12周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①痴呆严重程度评价：采用MMSE智能量表、ADL量表分别于治疗前后各评定1次；②瘀血阻络证证候评分：采用《血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准》^[7]中VD的瘀血阻络证中医辨证量表，根据无、轻、中、重分别计0、1、2、3分，7~14分为轻度，15~22分为中度，23~30分为

重度，于治疗前后评定；③血液流变学指标检测：于治疗前后分别检测全血高切 $180s^{-1}$ 相对黏度值、全血低切 $3s^{-1}$ 相对黏度值、纤维蛋白原及红细胞聚集指数，选用MVIS-2015全自动血液流变分析仪测定。

3.2 统计学方法 采用SPSS17.0统计软件分析数据。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，采用 t 检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《血管性痴呆的诊断标准和评价工具介绍》^[10]拟定，根据临床医生面试时病情变化评定：1分为明显改善，2分为中等改善，3分为小量改善，4分为无变化，5分为小量恶化，6分为中等恶化，7分为明显恶化；疗效指数=(治疗后得分-治疗前得分)/治疗前得分 $\times 100\%$ 。显效：疗效指数增加或减少 $\geq 20\%$ 者；有效：疗效指数增加或减少 $\geq 12\%$ 者；无效：疗效指数增加或减少 $<12\%$ 者；恶化：疗效指数 $>-12\%$ 者。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。总有效率治疗组为93.33%，对照组为73.33%，治疗组疗效优于对照组($\chi^2=5.12, P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	显效	有效	无效	恶化	总有效率(%)
治疗组	45	16	26	3	0	93.33 ^①
对照组	45	12	21	9	3	73.33

与对照组比较，^① $P<0.05$

4.3 2组治疗前后痴呆严重程度与中医证候评分比较 见表2。治疗后，2组MMSE评分均较治疗前升高($P<0.01$)，ADL评分和中医证候评分均较治疗前下降($P<0.01$)；治疗组MMSE评分高于对照组，ADL评分和中医证候评分均低于对照组，差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表2 2组治疗前后痴呆严重程度与中医证候评分比较($\bar{x} \pm s, n=45$)

组别	时间	MMSE评分	ADL评分	中医证候评分
治疗组	治疗前	13.67 \pm 1.41	41.21 \pm 5.07	17.53 \pm 2.14
	治疗后	24.15 \pm 3.13 ^{①②}	26.13 \pm 3.42 ^{①②}	9.36 \pm 1.07 ^{①②}
对照组	治疗前	13.79 \pm 1.52	41.15 \pm 5.03	17.72 \pm 2.21
	治疗后	18.95 \pm 2.03 ^①	33.59 \pm 4.01 ^①	13.29 \pm 1.81 ^①

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

4.4 2组治疗前后血液流变学指标比较 见表3。治疗后,2组全血高切黏度、全血低切黏度、纤维蛋白原及红细胞聚集指数值均较治疗前降低($P<0.01$);治疗组各指标值均低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.01$)。

表3 2组治疗前后血液流变学指标比较($\bar{x}\pm s, n=45$)

组别	时间	全血高切黏度(mPa·s)	全血低切黏度(mPa·s)	纤维蛋白原(g/L)	红细胞聚集指数
治疗组	治疗前	6.07±0.83	17.26±2.04	4.03±0.51	2.91±0.36
	治疗后	4.32±0.61 ^②	12.01±1.73 ^②	2.93±0.37 ^②	2.12±0.27 ^②
对照组	治疗前	5.94±0.81	17.08±2.01	3.96±0.49	2.89±0.34
	治疗后	5.19±0.75 ^①	15.71±1.81 ^①	3.39±0.41 ^①	2.53±0.31 ^①

与治疗前比较,① $P<0.01$;与对照组治疗后比较,② $P<$

0.01

5 讨论

VD在中医学中归属于痴呆、善忘等范畴,多于中风之后发病,瘀血阻络证是VD常见证型;伴随年龄增长,营血渐衰,血流迟缓,脑腑血行失畅,经脉受阻,日久成瘀,瘀血痹阻脑窍,脑髓失养而发为痴呆;《医林改错》记载:“瘀血也令人善忘”“气血瘀滞……脑气与脏腑之气不通,如同做梦一样”。故临床治疗该病当以活血化瘀、开窍醒脑为主。

三焦针法是依据“三焦气化失司-衰老”中医学理论创立,具有益气调血、扶本培元的作用;本研究取穴膻中、气海、中脘、足三里、血海、外关,重在疏通三焦、行气活血。其中膻中为宗气汇聚之所;气海为元气生发之所;中脘为中焦之气会,乃胃经经气聚集之处;诸气合而充一身之气,三焦针法通过调理三焦使机体气血条达。明·李时珍指出“脾气舒则三焦通利而正气和,三焦之气升降及和畅又依赖脾气舒和”;三焦针法取足三里、外关、血海、中脘调脾胃,使气血化源充足,升降有序,从而气血得养、髓海得充。文献[9]报道称该针法治疗VD的临床疗效已得到认可。

通窍活血汤具有活血通窍之功效,方中麝香芳香开窍,活血散结通络;桃仁、红花、赤芍、川芎助麝香活血化瘀;地龙助麝香活血通络;大枣、葱白、生姜散达升腾,使行血之药上达巅顶,外彻肌肤;郁金、石菖蒲利气涤痰、开窍醒神;党参、黄芪、熟地黄、当归益气补血,活血养血,上述益气补血药与活血化瘀药合用,使瘀血去而新血生,通过益气而达到增强活血化瘀的目的。故诸药合用,共奏活血化瘀、

开窍醒脑、益气养血之功效。

本研究结果显示,三焦针法结合通窍活血汤加减联合西医治疗VD患者,疗效优于单纯西医疗法治疗,可显著提高MMSE评分和降低中医证候评分,改善患者的生活质量。有研究发现,VD瘀血阻络证患者机体常存在血液流变学异常^[2]。在VD病程中,异常的血液流变可加重脑缺血后低灌注,进一步引起脑组织损伤。本研究结果显示,三焦针法结合通窍活血汤加减联合西医治疗可显著降低全血高切黏度、全血低切黏度、纤维蛋白原及红细胞聚集指数,提示改善血液流变学指标可能是上述疗法发挥作用的机制之一。

[参考文献]

- [1] 田金洲. 血管性痴呆[M]. 北京:人民卫生出版社, 2003:336.
- [2] 何金波,金杰. 参芎葡萄糖注射液治疗血管性痴呆的疗效及对AVP的影响[J]. 中国实验方剂学杂志, 2012, 18(21):306-310.
- [3] Folstien MF, Folstein SE, Mchugh PR. “Mini- Mental State”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician [J]. Journal of Psychiatric research, 1975, 12(3):189-198.
- [4] Sheikh K, Smith DS, Meade TW, et al. Repeatability and validity of a modified activities of daily living (ADL) Index in studies of chronic disability [J]. International Rehabilitation Medicine, 1979, 1(2):51-58.
- [5] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder [M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994:143-147.
- [6] 王耀山,王德生. 神经系统疾病鉴别诊断学[M]. 北京:军事医学科学出版社, 2004:16-21.
- [7] 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):16-23.
- [8] 中华医学会神经病学分会,脑血管病学组急性缺血性脑卒中诊治指南撰写组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2010[J]. 中国临床医生, 2011, 39(3):67-73.
- [9] 张鑫,罗本华,蔡攀,等. 三焦针法与益气调血,扶本培元[J]. 天津中医药, 2013, 30(6):325-327.
- [10] 田金洲,时晶. 血管性痴呆的诊断标准和评价工具介绍[J]. 北京中医药大学学报, 2002, 25(3):17-21.

(责任编辑:吴凌)