

·传统医学与康复·

针药结合治疗多发性梗死性痴呆的临床研究

吴晓红¹ 陈 军¹ 张 红¹ 刘春甦¹ 王国华¹ 赵义纯¹ 易晓净¹

多发性梗死性痴呆(multiple infarct dementia, MID)系指脑内有多个缺血性软化坏死灶,同时伴有智能减退,为血管性痴呆的常见类型。本病源于多次发作的脑梗死造成的累积性脑组织破坏,产生智能障碍,如记忆力明显减退、思维、定向、理解力、判断力障碍,分析综合困难等。病程呈阶梯式进展,往往伴有高血压、糖尿病和动脉硬化,发展至末期则精神功能普遍降低,严重损害老年人身体健康,也给家庭、社会带来极大负担。世界卫生组织统计,老年人痴呆中,MID占15%。我国和日本报道MID占全部痴呆患者的60%—70%。随着世界人口的普遍老龄化,MID已成为世界范围内危害人类健康最严重的四种疾病之一。本病的基础是脑血管疾病,是可能进行有效干预的痴呆。笔者采用中药与针刺相结合治疗本病,取得较好疗效,现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

自2003年10月—2007年1月共治疗MID患者100例,其中针药组40例,针刺组30例,中药组30例,全部病例均来源于无锡市中医医院门诊及住院患者。

MID 100例中,男65例,女35例;年龄最大73岁,最小46岁,平均63.43±8.24岁;病程最短1个月,最长6年,平均0.9±0.2年;教育程度:文盲13例,小学29例,中学以上58例;同时伴有原发性高血压86例,高脂血症69例,冠心病18例,糖尿病36例;痴呆程度:轻度39例,中度48例,重度13例。经统计学分析3组比较差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 病例选择标准

西医诊断标准参照美国精神病学协会的精神障碍诊断与统计手册第3版修订本(DSM-III R)^[1]及第4版(DSM-IV)^[2]制定的诊断标准,长谷川痴呆量表(Hastgawa dementia scale, HDS)积分下降达到相应教育程度的痴呆分界值:文盲:15分;小学:19分;中学以上:23分^[3-4],简易智力状态检查(MMSE):文盲17分以下,小学文化程度者20分以下,中学或以上者24分以下;Hachinski缺血指数量表 ≥ 7 分^[5],中医诊断标准参照《中药新药临床研究指导原则》辨证标准为气虚血瘀者。排除有严重心、肝、肾疾病,伴有急性意识障碍、失语及不合作者。痴呆严重程度分级标准参照《中药新药临床研究指导原则》^[6]。①轻度:虽然工作或社交能力明显受损,但独立生活能力仍然保持,能适当料理个人卫生,判断力相对完整。②中度:独立生活已有危险,需要一定程度的监护。③重度:日常生活活动受损,以致需要不断给予监护。如不能维护起码的个人卫生,明显思维不连贯,缄默。

1.3 治疗方法

中药:消栓益智方:由人参、水蛭、参三七、石菖蒲、远志组成。针刺穴位:主穴:四神聪、百会、风府、人中、曲池、内关、合谷、太冲、足三里。配穴:一组:风池、印堂、太溪

二组:完谷、头维、三阴交。针法:主穴每次均取,配穴二组轮换,所有穴位均采用切指押手进针法,快速进针,得气后再行补泻手法,首取风池,风府颈后穴,用捻转泻法,不留针;继之取头面及四肢穴位,其中人中,太冲用提插泻法;合谷,足三里,太溪,三阴交用提插捻转补法,余穴平补平泻法,针后在头及四肢任选四个穴位接电针,用连续波,刺激量以患者能接受及舒适为度,留针30min,每日1次,10次1疗程,疗程间休息3d,再继第二疗程。针药组:服用消栓益智方,结合针刺治疗。中药组:服用消栓益智方。针刺组:针刺治疗。

同时伴有原发性高血压、糖尿病者可酌加降血压、降血糖药物,治疗期间停用其他脑血管扩张药、脑细胞代谢药、神经功能调节药、降血脂及改善血液流变学的药物,嘱低盐低脂饮食,忌烟酒。所有病例均观察3个月评价疗效。

1.4 观察方法

观察治疗前后的痴呆症状、HDS及MMSE积分、血脂、血液流变学改变。其中主要症状的记分参考文献^[7]中介绍的方法分别记为3,2,1,0分,记分减少者为有效。此外,观察患者用药期间对药物的不良反应(包括用药前后的血、尿常规及肝、肾功能检查)。

1.5 疗效评定标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[6]。并结合改良HDS积分变化分为痊愈、显效、有效、无效四级。①痊愈:主要症状基本恢复,神志清醒,定向健全,回答问题正确,反应灵敏,生活自理,能进行一般社会活动,HDS积分在31分以上,MMSE积分在27分以上。②显效:主要精神症状明显减轻或大部分消失,生活基本自理,回答问题基本正确,反应轻度迟钝,智力略有障碍,HDS、MMSE积分升高大于5分。③有效:主要精神症状有所减轻或部分消失,生活部分自理,回答问题有时可正确,但反应迟钝,智力与人格仍有部分障碍,HDS、MMSE积分升高小于5分。④无效:主要症状无改善或病情有发展,生活不能自理,回答问题不正确,神志痴呆,HDS积分、MMSE积分不变或减少者。

1.6 统计学分析

等级资料疗效比较采用Ridit分析,计量资料统计采用 t 检验。

2 结果

2.1 三组总疗效比较

如表1所示:针药组与中药组、针刺组比较有显著性差异($P<0.01$),说明针药组疗效明显优于中药组、针刺组。中药组与针刺组疗效无明显差异($P>0.05$)。

2.2 MID程度分级与疗效的关系

如表2所示:说明针药结合治疗轻度、中度MID疗效优

1 无锡市中医医院神经内科, 214001

作者简介:吴晓红,女,副主任医师

收稿日期:2007-05-09

于重度 MID, 且痴呆程度越轻, 疗效越好 ($P < 0.05$)。

2.3 三组痴呆症状疗效比较

如表 3 所示: 三组主要症状治疗后均有不同程度改善, 针药组分别与中药组、针刺组相比, 除判断力、定向力及语言障碍疗效, 三组之间无显著性差异外 ($P > 0.05$), 对其他症状的疗效针药组均显著优于中药组、针刺组 ($P < 0.05$)。中药组与针刺组相比无明显差异。

2.4 三组治疗前后 HDS、MMSE 积分比较

如表 4 所示。三组病例治疗后 HDS、MMSE 积分均较治疗前明显升高 ($P < 0.05$), 治疗后, 针药组 HDS、MMSE 积分较中药组、针刺组显著升高 ($P < 0.05$)。提示三组治疗均有效, 但针药结合治疗 MID 较单纯中药、针刺治疗疗效更明显。中药组与针刺组相比无显著性差异。

2.5 两组治疗前后血脂变化比较

表 1 三组组总疗效比较 (例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
针药组	40	8	22	7	3	92.50 ^{①②}
中药组	30	3	7	12	8	73.33
针刺组	30	4	6	13	7	76.67

①与中药组比较, $P < 0.01$; ②与针刺组比较, $P < 0.01$

如表 5 所示: 3 组病例中血脂异常者治疗后 TC、TG、LDL 均较治疗前明显下降 ($P < 0.01 - 0.05$), 治疗后, 针药组 TC、TG、LDL 较中药组、针刺组显著下降 ($P < 0.05$), 提示针药结合较单纯中药、针刺治疗更明显 ($P < 0.05$)。

2.6 三组治疗前后血液流变学的变化

如表 6 所示: 三组病例治疗后全血高切黏度 (高切、低切) 均较治疗前明显下降 ($P < 0.01 - 0.05$), 并且针药组血浆黏度、纤维蛋白原较治疗前明显下降 ($P < 0.05$), 中药组纤维蛋白原较治疗前明显下降 ($P < 0.05$)。治疗后针药组全血高切黏度 (高切、低切) 较中药组、针刺组显著下降 ($P < 0.05$), 血浆黏度与中药组、针刺组无显著性差异 ($P > 0.05$), 纤维蛋白原较针刺组显著下降 ($P < 0.05$), 与中药组无显著性差异 ($P > 0.05$), 提示针药结合较单纯中药、针刺治疗改善血流变指标更明显。

表 2 MID 程度分级与疗效的关系 (例)

MID 程度	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率 (%)
轻度	39	7	18	11	3	92.31 ^{①③}
中度	48	9	12	13	14	70.83 ^②
重度	13	0	1	3	9	30.77

与重度 MID 比较, ① $P < 0.001$, ② $P < 0.05$; ③与中度 MID 比较, $P < 0.05$

表 3 三组主要症状疗效比较

组别	针药组			中药组			针刺组		
	例数	有效	%	例数	有效	%	例数	有效	%
反应迟钝	40	40	100 ^{①②}	30	23	76.67	30	26	86.67
近记忆力减退	40	37	92.5 ^{①②}	30	22	73.33	30	20	66.67
远记忆力减退	36	31	86.11 ^{①②}	27	17	62.96	26	16	61.54
判断力减退	12	5	41.67	8	2	25	9	3	33.33
定向力减退	15	9	60	13	4	30.77	10	3	30
计算力减退	38	25	65.79 ^{①②}	29	9	31.03	28	10	35.71
情感障碍	36	32	88.89 ^{①②}	33	18	54.55	35	20	57.14
言语障碍	32	20	62.5	25	12	48	23	12	52.17
运动障碍	37	32	86.49 ^{①②}	28	15	53.57	27	16	59.26

①针药组与中药组比较, $P < 0.05$, ②与针刺组比较, $P < 0.05$

表 4 三组治疗前后 HDS、MMSE 积分比较

($\bar{x} \pm s$)

	针药组 (n=40)		中药组 (n=30)		针刺组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HDS 积分	15.32±4.93	19.42±4.42 ^{①③④}	14.58±4.24	17.27±4.01 ^②	15.05±4.32	17.35±4.06 ^②
MMSE 积分	15.50±5.12	21.53±5.78 ^{①③④}	15.44±5.26	18.59±5.59 ^②	15.37±5.45	18.73±5.79 ^②

①同组治疗前后比较 $P < 0.01$, ② $P < 0.05$, 治疗后针药组与中药组比较③ $P < 0.05$, 与针刺组比较④ $P < 0.05$

表 5 三组治疗前后血脂比较

(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

	针药组 (n=29)		中药组 (n=21)		针刺组 (n=19)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC	6.28±0.32	5.24±0.45 ^{①③④}	6.31±0.51	5.67±0.29 ^②	6.15±0.38	5.92±0.16 ^②
TG	2.63±0.91	2.05±0.72 ^{①③④}	2.76±0.81	2.31±0.54 ^②	2.54±0.83	2.02±0.31 ^②
LDL	4.45±0.37	3.29±0.53 ^{①③④}	4.35±0.41	3.56±0.24 ^②	4.23±0.25	4.01±0.61 ^②

与治疗前比较① $P < 0.01$, ② $P < 0.05$, 治疗后针药组与中药组比较③ $P < 0.05$, 与针刺组比较④ $P < 0.05$

表 6 三组治疗前后血液流变学指标的变化比较

($\bar{x} \pm s$)

	针药组 (n=40)		中药组 (n=30)		针刺组 (n=30)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
全血高切黏度 (mpa·s)	5.86±1.36	4.51±1.25 ^{②③④}	5.89±1.41	5.21±1.21 ^①	5.82±1.39	5.13±1.24 ^①
全血低切黏度 (mpa·s)	12.45±1.51	10.75±1.36 ^{②③④}	12.49±1.58	11.71±1.40 ^①	12.33±1.51	11.55±1.32 ^①
血浆黏度 (mpa·s)	1.85±0.58	1.54±0.50 ^①	1.83±0.59	1.70±0.48	1.81±0.51	1.70±0.46
纤维蛋白原 (g/L)	4.41±1.24	3.78±0.82 ^{①④}	4.52±1.10	4.01±0.83 ^①	4.55±1.31	4.42±0.71

注: 与治疗前比较① $P < 0.05$, ② $P < 0.01$, 治疗后针药组与中药组比较③ $P < 0.05$, 与针刺组比较④ $P < 0.05$

3 讨论

MID 多属本虚标实, 虚实夹杂。阴阳气血, 五脏亏虚为本; 血瘀络阻, 元神迷蒙为标。其发病关键为气虚血瘀, 元神失濡。人到老年, 气血阴阳, 五脏功能日渐衰退, 衰则易于气

滞, 气滞多致血瘀; 加之老年阳亢阴虚, 阴不济阳, 若偶因将息失宜, 或情志所伤, 肝阳上亢, 以致阳化风动, 气血上逆, 痰淤互阻, 上犯巅顶, 蒙蔽清窍, 遂成卒中。中风日久, 病入入络, 淤血内阻, 蒙蔽脑窍, 元神为之迷蒙, 混淆, 发为痴呆。本

病的病理生理基础是脑组织缺血缺氧, 患者的脑血流量和脑氧消耗量可较常人减少 40%左右, 其减少程度与临床症状呈正比^[8]。故立益气活血, 开窍增智为治疗大法, 由此, 气行血畅, 瘀消滞化, 清窍复通, 从而机体进入良性循环。消栓益智胶囊即是在益气活血法的指导下, 选制人参补益五脏精气为君, 现代药理研究证实, 人参对中枢神经系统有一定的调节作用, 可加强大脑皮质的兴奋和抑制过程, 调节两者的平衡, 还可降低大脑兴奋过程的疲惫性, 易化学习、记忆的获得、巩固和再现, 具益智功效。其主要成分人参皂苷(Ginsenoside) Rg1 和 Rb1 是益智的主要成分^[9]。石菖蒲、远志芳香化痰开窍, 宁心醒神, 水蛭、参三七祛瘀通神共为臣药, 水蛭味咸性寒, 入血分而长逐瘀, 性迟缓而不伤正, 现代药理研究表明, 水蛭中含有水蛭素, 是一种水溶性的强抗凝血活性物质, 并具有扩血管、改善微循环、降血脂作用。参三七有改善学习、记忆的作用, 其作用途径之一是促进脑内蛋白质和核酸的生物合成。诸药合用, 使精气充足, 痰化络通, 从而达到消栓益智的目的。针灸疗法是祖国医学的重要组成部分, 具有适应证广, 疗效明显, 操作方便, 经济安全等优点。特别在当前提倡非药物疗法, 避免药物的毒副作用, 针灸疗法更显示了其优越性。近十年针刺治疗血管性痴呆的临床报道显示, 针刺治疗能改善患者近期症状, 恢复智能及社会活动能力^[10]。针刺四神聪、百会、内关、人中穴有醒脑开窍启智作用, 周莉等^[11]观察到针刺百会可提高人的即时记忆能力及小鼠的学习成绩和记忆再现能力。足三里、三阴交、太溪、太冲穴有益气活血、补肾生髓之功, 而完谷、头维、印堂、风池、风府穴可刺激局部皮质, 大量研究证实, 针刺可以提高局部脑血流量, 激发脑细胞功能, 降低血粘度, 改善微循环, 提高脑学习记忆功能, 针药结合, 共奏益气活血、生髓健脑、开窍醒神之功。

本研究显示针药结合能显著改善 MID 患者临床症状, 提高 HDS、MMSE 量表积分, 降低血脂, 改善血流变指标, 降低血液黏稠度, 从而提高局部脑血流量, 改善脑细胞缺血及缺氧, 促进神经细胞功能恢复, 故患者的高级神经功能, 如记忆力、定向力、计算力和社会功能活动等均明显优于单纯中药或针刺治疗。分析其原因, 可能是针药间的协同作用, 药物对针灸疗效的辅助作用及针灸对药物疗效的辅助作用。通过针药的相互结合, 达到作用互补、疗效增加的目的。针药结合是提高中医药临床疗效的一条可行的希望之路, 也是中医药的优势所在。

参考文献

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 3rd Edition Revised(DSM-III-R). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1987. 103—123.
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders[M]. 4th ed(DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association. 1992. 143.
- [3] 张明园. 量表在痴呆诊断中的应用[J]. 实用内科杂志, 1993, 6: 337.
- [4] 张继志. 长谷川氏痴呆修改量表介绍[J]. 老年学杂志, 1987, 3: 19.
- [5] Hachinski Vc. Multi-infarct dementia a cause of mental deterioration in the elderly[J]. Lancet, 1974, II: 207.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(下集)[M]. 北京: 中国医药科学技术出版社, 1995. 206—209.
- [7] 周文泉. 延缓衰老中药的筛选规程和临床观察规范[J]. 中西医结合杂志, 1986, 11: 684.
- [8] 稽金芳. 多梗死性痴呆 30 例临床分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2003, 11(5): 209.
- [9] 王卫霞, 王巍, 陈可冀. 人参皂苷对动物神经保护作用及其机理研究进展[J]. 中国中西医结合杂志, 2005, 25(1): 89—91.
- [10] 刘翼程, 张红星, 万文俊, 等. 针刺治疗血管性痴呆的临床研究进展[J]. 中国康复医学杂志, 2007, 22(3): 274—275.
- [11] 周莉, 裴延辅, 杜旭, 等. 针刺百会穴对记忆影响的实验观察[J]. 黑龙江中医药, 1992, 27(3): 41—43, 47.

·传统医学与康复·

银质针电子加热留针长度与温度设定关系的临床研究

叶刚¹ 韩国栋¹ 施燕莉¹ 林东阳¹ 马余鸿¹

摘要 目的: 研究银质针电子加热时不同留针长度与仪器温度设定间的关系, 为安全有效使用银质针导热技术提供临床依据。**方法:** 选取下腰痛患者 100 例随机分成留针长度 (加热套管下缘到皮肤进针点的距离) 2cm、3cm、4cm、5cm、6cm 五组, 每组 20 例, 用银质针做常规密集型针刺, 在患者腰部 L3、L4 横突处针刺部位进针, 每例患者选择 5 个针刺点, 观察不同留针长度在设置温度为 80℃、90℃、100℃、110℃时的皮肤进针点温度, 以及能够耐受的最高温度。**结果:** 2cm 针长温度设定约为 80℃, 3cm 针长温度设定为 90℃, 4cm 针长温度设定为 100℃, 5cm 针长温度设定为 110℃, 患者能够耐受的平均温度为 47.33±1.99℃。**结论:** 银质针针刺电子加热过程中, 需对不同长度的留针分别进行不同的温度设定, 留针长度最好在 2—5cm 范围内, 才能取得满意的加热效果。

关键词 银质针; 温度设定; 电子加热; 留针长度

中图分类号: R246, R681.5 **文献标识码:** B **文章编号:** 1001-1242(2008)-01-0070-02

银质针导热治疗慢性软组织损害有明显的疗效, 研究发现^[1-2], 银质针导热治疗有明确的促进局部血液循环、解痉消炎止痛的作用, 而电子加热法由于其加热作用稳定、温度控制方便、无污染等优点, 在临床上逐渐取代传统艾灸燃烧加热法的趋势。但在临床工作中由于人体不同的解剖位置留针长度无法做到统一, 因而电子加热器加热温度设定各家医

院没有一个统一标准。为了临床合理安全有效使用银质针导热巡控加热仪, 我们对银质针留针长度与电子加热器加热温

1 上海同济大学附属同济医院, 200065

作者简介: 叶刚, 男, 副主任医师

收稿日期: 2007-04-11