

·传统医学与康复·

不同针刺法对脑梗死无认知障碍患者的神经功能和生存质量的影响*

陈尚杰¹ 李 红² 周晓平³ 符文彬² 樊 莉² 李伟雄² 文 幸²

摘要 目的:比较调神通络针刺法和中风常规针刺法对脑梗死后无认知障碍患者的临床疗效。方法:将 60 例脑梗死后无认知障碍患者设定随机数字表,按 1:1 比例随机分组,分为 A 组(调神通络针刺法)和 B 组(常规针刺法)。观察神经功能缺损程度评分(CSS)及生存质量(SIS)。结果:两种针刺法都能明显改善脑梗死患者的 CSS、SIS(均 $P<0.01$),但是两种针刺法疗效比较差异没有显著性意义($P>0.05$)。结论:调神通络针刺法能改善无认知障碍的脑梗死患者的神经功能和生存质量。

关键词 针刺;脑梗死;神经功能;生存质量

中图分类号:R743,R246 文献标识码:B 文章编号:1001-1242(2008)-06-0548-02

1 资料与方法

1.1 研究对象

60 例脑梗死后无认知障碍患者,系 2005 年 10 月—2007 年 1 月在广东省中医院脑病中心的住院患者,按 1:1 比例随机分组。随机分为 A 组(中风常规针刺法)和 B 组(调神通络针刺法)。两组患者的性别、年龄、病程、神经功能缺损积分(Chinese stroke scale, CSS)^[1]、脑卒中生存质量量表(stroke impact scale, SIS)^[2]比较差异无显著性($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般资料比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	年龄(岁)	性别(例)		病程(d)	CSS	SIS
			男	女			
A 组	30	64.27±4.79	17	13	49.37±22.29	20.73±5.34	48.03±11.62
B 组	30	66.37±5.37	18	12	50.00±23.52	19.77±5.41	50.90±11.20

1.2 病例选择

纳入标准:①符合 1995 年第四次全国脑血管病学术会议制定的脑梗死的诊断标准^[3];②病程在 3 周至 6 个月内;③年龄在 55—75 岁;④学历在小学文化以上;⑤明确的新发脑血管病证据;⑥ $8\leq CSS<30$;⑦ 3MS^[4](Modified Mini-Mental State)积分 ≥ 78 ;⑧签署知情同意书者。

排除标准:①对进入研究有明显犹豫,或者家属不支持者;②意识障碍,严重视力、听力障碍及失语患者,以及其他首次评估都不能完成者;③抑郁症、谵妄患者;④合并有肝、肾、心、造血系统和内分泌系统严重原发性疾病、精神病、严重糖尿病、大量饮酒、滥用药物及恶性肿瘤患者。

1.3 方法

两组患者均进行统一的基础治疗,常规服用拜阿司匹林片、通心络胶囊,根据血压、血糖等情况采用相应的对症处

理,采用神经促通康复技术。所有患者均未进行言语训练、认知训练;未服用有助于改善认知的药物。

中风常规针刺法:取穴:颞三针、肩髃、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、太冲。颞三针取病灶侧,余穴取患肢侧。刺法:平卧位,选用华佗牌 0.30×25mm 毫针。均上午针刺,常规消毒后,飞针法进针,针刺深度、针刺方向参照新世纪《针灸学》教材。均匀捻转(频率为 90 次/min,捻转角度 180°)得气后,留针 30min,每周 5 次,共针 15 次。

调神通络针刺法:取穴:风府、百会、神庭、本神、素髻、内关、后溪、阳陵泉、太溪。本神取双侧,肢体穴均取患侧。刺法:先取侧卧位,飞针法进针于风府穴,针刺角度向下颌,进针约 20mm,均匀捻转(方法同前)2min 后取针。其他同 A 组(但素髻穴针入后不捻转提插)。

两组患者均在针刺前和针刺 15 次后进行 CSS 及 SIS 量表评定。

1.4 统计学分析

采用 SPSS11.5 统计软件包对数据进行统计分析,按意向性分析(ITT)法。计数资料用 χ^2 检验;两组间均数比较采用独立样本的 t 检验,组内前后比较采用配对 t 检验。

2 结果

A 组 3 例脱落, B 组 1 例脱落, 两组均未出现因为严重不良反应或其他严重并发症而终止试验情况。

两组患者治疗后 CSS 及 SIS 评分较同组治疗前比较差异有显著性意义($P<0.01$)。两组患者治疗后 CSS 及 SIS 组间比较差异无显著性意义($P>0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者治疗前后 CSS 及 SIS 比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	CSS			SIS		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
A 组	30	20.73±5.34	14.00±6.42 ^①	-6.67±3.57	50.98±9.21	64.27±12.67 ^①	13.30±8.32
B 组	30	19.77±5.41	11.67±5.33 ^②	-8.10±3.88	53.10±10.02	64.50±14.90 ^②	13.73±6.91

①组内与治疗前比较 $P<0.01$; ②组间治疗后比较 $P>0.05$

3 讨论

中风之病机为“窍闭神匿”,病位在脑,脑和神均与督脉、心、肾密切相关,故在临床上我们常用调神为主针法治疗中风偏瘫,既往研究也表明了其良好的疗效^[5]。但对于无认知障碍的患者此病机是否也有价值,调神为主针法是否也有用,

* 基金项目:广东省中医药管理局课题(2060064)

1 深圳市宝安医院康复科, 518103

2 广东省中医院

3 广州医学院荔湾医院

作者简介:陈尚杰,男,博士,主治医师

收稿日期:2007-10-23

值得研究。为此,我们设计了调神通络针刺法来治疗无认知障碍的脑梗死患者,并与常规针刺法作对比。在选穴上重用督脉、心(心包)、肾经穴位。针百会、素髌、风府,以通督醒脑;调动五脏六腑之精气;针神庭、本神以醒神;取后溪以通督脉;针内关以调心通络定神;阳陵泉为筋会,乃舒筋通络之要穴;太溪系肾经之原穴,可补肾生髓益脑。另一组处方采用了中风偏瘫的常规针刺法。取穴为颞三针、肩髃、曲池、合谷、足三里、阳陵泉、太冲。这一组处方在临床治疗中风偏瘫常用,尤其在广州应用非常广泛。有研究观察了此刺法结合药物治疗缺血性中风患者,优于单纯的药物组^[6]。近年来,冯淑兰等^[7]的研究也表明颞三针与药物组合用在白细胞介素-1 β 和白细胞介素 6 的调节上优于单纯药物组。

随着脑血管疾病的认知障碍的重视,血管性认知障碍(vascular cognitive impairment, VCI)已经取代了血管性痴呆和多发梗死性痴呆的概念。而基于 Alzheimer 病的评估并不太适用于 VCI^[8]。目前国内对脑梗死后认知障碍的诊断、纳入标准和评估都比较随意。有不少研究采用了 MMSE 量表,但该量表并不适合于中风认知障碍患者的评估^[9]。本研究采用了国际上公认的 CSHA 的轻度血管性认知障碍标准^[10], 3MS 是 CSHA 用于诊断和评估血管性认知障碍的量表,包括时间定向、地点定向、言语、即刻记忆、注意和计算、短程记忆、物体命名、言语复述、阅读理解、言语理解、言语表达、图形描画及相似类别、长程记忆等。这里根据其要求,选择了大于 78 分为无认知障碍患者。

改善患者的生存质量成为近来研究的热点, SIS 量表是中风生存质量的专用量表,比 SF-36 等普适性量表更适用。SIS 量表包括力气、手功能、ADL/IADL、移动能力、交流、情绪、记忆与思维和参与等 8 个领域,共 59 个条目,这个量表的中文量表也有较好的信度、效度、反应度,适用于中国脑卒中患者生存质量的评测^[11]。

此外,本研究采用了意向性分析法,也就是将脱落病例也纳入结果进行分析。

从治疗结果上看,两种针刺法都能明显改善中风患者的神经功能和生存质量,但两组之间没有显著性意义,说明两种针刺法都是治疗中风的有效处方;结果肯定了调神通络法针刺不仅仅适用于认知障碍的患者,而且对无认知障碍患者

也有较好的疗效,也一定程度上验证了中风“窍闭神匿”的病机理论。由于时间、经费等条件限制,本课题尚存在一些不足之处,如:研究样本的含量偏少影响了试验结果的准确性;由于时间限制,样本量小难以支持多组比较,故没设置空白组,也影响了本研究结果的说服力;对试验条件进行更进一步的控制,将会使设计更趋完善,结果更有说服力;多中心的大样本的 RCT 试验,将会为针刺治疗本病提供更强有力的循证医学依据,这是今后研究的方向。

参考文献

- [1] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 脑卒中患者临床神经功能缺损评分标准[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381—383.
- [2] 兰月, 黄东锋, 胡昔权, 等. 脑卒中患者生存质量量表的编译及使用研究[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(10): 769—771.
- [3] 中华医学会全国第四次脑血管病学术会议. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379—380.
- [4] Teng EL, Chui HC. The Modified Mini-Mental State (3MS) Examination [J]. Journal of Clinical Psychiatry, 1987, 48(8): 314—318.
- [5] 黄鼎坚, 刘彪, 陈尚杰, 等. 脑梗死的针灸治疗方案的优选及对 IR 影响的临床研究[J]. 中国针灸, 2005, 25(2): 79—81.
- [6] 杨化冰. 早期针刺治疗缺血性中风的临床观察[J]. 湖北中医学院学报, 2001, 3(3): 38—39.
- [7] 冯淑兰, 杨路, 古继红, 等. 颞三针与补阳还五汤合用对缺血性脑卒中患者白细胞介素-1 β 和白细胞介素 6 的影响[J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(6): 453—454.
- [8] Bowler JV. Modern concept of vascular cognitive impairment[J]. Br Med Bull, 2007, 83: 291—305.
- [9] Nys GMS, van Zandvoort MJE, de Kort PLM, et al. Restrictions of the Mini-Mental State Examination in acute stroke[J]. Archives of Clinical Neuropsychology, 2005, 20(5): 623—629.
- [10] Rockwood K, Wentzel C, Hachinski V, et al. Prevalence and outcomes of vascular cognitive impairment. Vascular Cognitive Impairment Investigators of the Canadian Study of Health and Aging[J]. Neurology, 2000, 25, 54(2): 447—451.
- [11] 兰月, 黄东锋, 徐光青, 等. 脑卒中患者生存质量量表中文版反应度研究[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(12): 1091—1109.