

电针治疗血管性痴呆 23 例临床观察

★ 陈振虎¹ 赖新生² 江钢辉¹ (1 广州中医药大学第一附属医院针灸科 广州 510405; 2 广州中医药大学针灸推拿学院 广州 510405)

摘要:目的:对电针治疗血管性痴呆的疗效进行临床观察。方法:将 46 例 VD 患者按 HDS 评分不同随机分为电针组和西药尼莫通组,观察二组患者治疗前后 HDS、主要症状、ADL 及神经功能缺损评分情况。结果:两组治疗后 HDS、主要症状、ADL 及神经功能缺损评分均有所改善,电针组效果优于西药组($P < 0.01$)。结论:电针治疗有助于改善血管性痴呆患者的临床症状及体征。

关键词:血管性痴呆;电针

中图分类号:R 245 **文献标识码:**B

血管性痴呆(VD)是最常见的老年期痴呆之一,系由脑血管因素引起的脑循环障碍、脑组织受损导致的一种认知功能缺损的综合症。流行病学研究表明,VD 的发病率随年龄而直线上升,且不同国家之间存在着很大的差异^[1]。本病是中老年人群中的常见病和多发病,已成为严重威胁人类健康的重大问题,给家庭和社会造成了很大的负担。近几年来我们在临床应用电针治疗血管性痴呆,取得了较好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

全部 46 例患者均为广州中医药大学第一附属医院针灸科近 5 年来的住院患者。观察期间由本院食堂提供条件相近的膳食。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。

1.1 纳入标准 采用《精神病的诊断和统计手册(DSM-IV)》美国精神病学会第 4 版中老年性痴呆诊断标准制定的痴呆诊断标准^[2];然后按 Hachinski 氏缺血计分法评分^[3]在 4 分以上者;经影像学(CT 或 MRI)检查确诊为脑血管病者;再根据 WHO 推荐的长谷川痴呆修改量表^[4](HDS)得分 ≤ 29 分者,并以 HDS 评分分为正常(30 分)、轻度(临界状态 21~29)、中度(疑痴呆 11~20)、重度(痴呆 0~10)四个等级。

中医诊断标准:按 1990 年北京《全国老年痴呆专题学术研讨会》所定的辨证分型标准^[5],将本病分为虚、实两大类,心肝火盛、痰浊阻窍、气滞血瘀、肝肾亏虚、髓海不足、脾肾两虚六型。

1.2 排除标准 严重的听力和视力障碍者;影像学检查未能发现脑血管病;心、肺、肝、肾、脑功能衰竭

者;老年抑郁症患者;老年精神病患者。

1.3 分组方法 根据 HDS 评分,将在同一等级内得分相同或 $\pm(1\sim3)$ 分的两名患者,随机分到两组,每组 23 例。两组间的一般情况差异无统计学意义($P > 0.05$),组间具有可比性。

1.4 治疗方法 (1)电针组。主穴:四神聪、本神(双)、百会、风池(双)。配穴:心肝火盛取太冲、行间、少府(均双);气滞血瘀取合谷、血海(均双);痰浊阻窍加足三里(双)、丰隆(双)、人中;髓海不足加太溪(双)、绝骨(双)、大椎;肝肾不足加肝俞、肾俞、命门(均双);脾肾两虚加脾俞、肾俞、足三里(均双)。

同时口眼歪斜取地仓透颊车、下关、迎香(均患侧)、合谷(健侧);半身不遂取肩髃、曲池、手三里、外关、合谷、环跳、阳陵泉、足三里(均取患侧)。

操作:用华佗牌 30 号 1.5 寸不锈钢针,平刺,得气后主穴接 G 6805 电针仪(上海制造),采用疏密波,频率 14~16 Hz,刺激量以患者能耐受为度,每次 30 分钟,余穴平补平泻。电针组均由相同医师在每天上午 9:00~11:00 进行治疗,每日 1 次,每 5 天休息 2 天,再继续治疗,共观察 4 周。

(2)药物组。口服尼莫通治疗,30 mg/次,3 次/日,连续治疗 4 周。

1.5 观察项目 HDS、主要症状、ADL 及神经功能缺损评分^[6]。

1.6 数据分析 所得数据均在计算机上通过 SPSS 统计软件进行数据处理。

2 结果

2.1 两组治疗前后 HDS、ADL 评分情况比较 见表 1。

耳穴贴压加针刺治疗功能性便秘 48 例临床观察

★ 曾燕芬 (广东省广州市花都区中医院 广州 510800)

摘要:目的:观察耳穴贴压加针刺治疗功能性便秘的临床疗效。方法:将功能性便秘患者 96 例随机分成两组,治疗组 48 例,采用耳穴贴压加针刺天枢、上巨虚、大肠俞、支沟等穴位治疗;对照组 48 例,采用口服番泻叶治疗。结果:治疗组治愈率 66.7%,对照组是 39.6%。两组间疗效差异存在非常显著性意义($P < 0.01$)。结论:耳穴贴压加针刺治疗组治疗效果明显优于药物组,耳穴贴压加针刺疗法为治疗功能性便秘的较佳方法。

关键词:功能性便秘;针灸疗法;耳穴贴压

中图分类号:R 246.1 **文献标识码:**B

慢性便秘是由各种病因引起的常见病症,受饮食结构和社会、心理等因素影响,已成为影响现代人生活质量的重要因素之一。北京、天津、广州、杭州的人群调查资料表明^[1,2],慢性便秘的发病率为 3%

~7%,老年人多于青、壮年,功能性便秘(FC)约占 50%^[3]。患者常有大便干结,排便困难,便次减少等症状。口服中西药物疗效常欠满意,且有一定副作用。近 5 年来笔者采用耳穴贴压加针刺治疗本

表 1 两组治疗前后 HDS、ADL 评分情况($\bar{x} \pm s$)

项目	n	电针组		药物组	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
HDS	23	12.83 $\pm$ 2.65	19.87 $\pm$ 4.48	12.04 $\pm$ 2.24	17.96 $\pm$ 3.48
ADL	23	25.22 $\pm$ 11.18	37.39 $\pm$ 12.93	23.70 $\pm$ 8.24	31.52 $\pm$ 10.37

所得数据经统计学检验后可知,各组 HDS 与 ADL 在治疗前后的比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$);电针组与药物组治疗前后差值经用成组设计的两样本均数比较的 t 检验比较,HDS、ADL 差异均有统计学意义($t_{\text{HDS}} = 2.30, P < 0.05, t_{\text{ADL}} = 2.97, P < 0.01$),电针组治疗的效果较好。

2.2 两组治疗前后神经功能缺损及主要症状评分比较 见表 2。

表 2 两组治疗前后神经功能缺损和主要症状的比较($\bar{x} \pm s$)

类别	n	电针组		药物组	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
主要症状	23	30.61 $\pm$ 7.31	19.00 $\pm$ 7.42	31.00 $\pm$ 6.71	23.22 $\pm$ 8.47
神经功能	23	29.83 $\pm$ 6.20	18.09 $\pm$ 6.77	29.52 $\pm$ 5.88	21.87 $\pm$ 6.47

所有数据经统计学处理后可知,两组治疗后主要症状和神经功能均较治疗前有好转($t_{\text{针神}} = 5.55, P < 0.001, t_{\text{药神}} = 5.29, P < 0.001; t_{\text{针主}} = 4.22, P < 0.001, t_{\text{药主}} = 5.64, P < 0.001$);同时还可发现经治疗后电针主要症状及神经功能改善程度要优于药物组($t_{\text{神}} = 2.56, P < 0.05, t_{\text{主}} = 2.91, P < 0.01$),电针组疗效较好。

3 讨论

中医认为 VD 的发生主要与心、脑、肾等的关系最为密切,如王学权在《重庆堂随笔》中指出“盖脑为

髓海,又名元神之府,水足髓充,则元神精湛而强记不忘矣。若火炎髓竭,元神渐昏,未老健忘,将成劳损也。”因此在治疗上我们选用头部的四神聪、本神、百会、风池作为主穴,用以醒神益智开窍,通过针刺刺激,促进大脑侧支循环的建立,从而增加脑部血流量,改善脑的供血供氧。另一方面电针可以激活功能低下的神经细胞和神经纤维,从而促进和加强脑功能的代偿作用。虽然迄今为止人体内神经细胞损伤还无法促其再生,但在功能结构上大脑却有极大的潜力储备可供调用,能过针刺治疗,可重建新的功能系统^[7]。

参考文献

- [1] Hebert R, Brayne C. Epidemiology of vascular dementia[J]. Neuroepidemiology, 1995, 14(5): 240~257
- [2] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 4th. (DSM-IV)[M]. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1992. 143~147
- [3] 吴发琼, 周光荣. 脑血管性痴呆[J]. 心血管病学进展, 1993, 14(2): 90
- [4] 梁亦邓. 用于痴呆的修订长谷川量表[J]. 日本医学介绍, 1992, 13(9): 420
- [5] 傅仁杰. 老年痴呆的诊断、辨证分型及疗效评定标准(讲座稿)[J]. 中医杂志, 1991, (2): 56
- [6] 陈清棠. 脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准(1995)[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 381
- [7] 彭力, 赵大贵. 中药离子导入配合舌针治疗中风后失语症[J]. 湖北中医杂志, 1998, 20(3): 51

(收稿日期: 2005-08-29)