

针药结合对轻、中度血管性痴呆合并高脂血症病人疗效的影响

Treatment effects of treating patients with mild to moderate vascular dementia combined with hyperlipidemia by acupuncture plus medicine

刘 阳

(梅州市丰顺县中医院内科, 广东 丰顺, 514300)

中图分类号: R589.2 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 15-0056-02 证型: BGD

【摘要】目的: 观察针药结合对轻、中度血管性痴呆合并高脂血症病人降血脂疗效和对血管性痴呆进展的影响。方法: 选择 60 例轻、中度血管性痴呆合并高脂血症病人随机分为试验组和对照组。对照组给予常规治疗; 试验组在相同基础上加用口服补肾活血祛瘀中药及针灸治疗。比较两组治疗前及治疗后 3 个月的简易智能状态量表 (MMSE)、临床痴呆程度量表 (CDR) 和日常生活自理量表 (ADL) 分数等指标, 以 MMSE、CDR 和 ADL 为主要评价指标。结果: 试验组 MMSE、CDR 及 ADL 分数的改善优于对照组, 差别有显著性意义 ($P<0.05$)。结论: 针药结合能改善血管性痴呆合并高脂血症患者的临床症状。

【关键词】 针药结合; 血管性痴呆; 高脂血症

【Abstract】 Objective: To observe effects of treating patients with mild to moderate vascular dementia combined with hyperlipidemia by acupuncture plus medicine. Methods: Selected 60 patients with mild to moderate vascular dementia complicated with hyperlipidemia, randomly divided into experimental group and control group. The control group received conventional treatment, based on that, experimental group applying oral kidney stasis TCM and acupuncture treatment. According to MMSE, CDR and ADL, compared Mini Mental State Examination (MMSE), clinical dementia severity scale (CDR) and the activities of daily living scale (ADL) data in the two groups before treatment and 3 months after treatment. Results: Improvement of MMSE, CDR and ADL data in experimental group was better than control group, which difference was significant ($P<0.05$). Conclusion: It could improve clinical symptoms of patients with vascular dementia and combined hyperlipidemia that acupuncture plus medicine.

【Keywords】 Acupuncture combined; Vascular dementia; Hyperlipidemia

随着我国进入老龄化社会, 痴呆的发病率越来越多, 约占总人口的 4%~5%^[1]。如何预防和延缓其进展至关重要。在血管性痴呆 (Vascular Dementia, VD) 和阿尔茨海默病 (Alzheimer's disease, AD) 的发病机理中多认为血管和血脂因素起重要作用, 高脂血症是发生血管性痴呆的独立危险因素之一。目前国际上还没有治疗血管性痴呆的特效药物近年来用于临床治疗血管性痴呆的新药很少。我愿通过多年来总结, 发现伴有高脂血症的血管性痴呆患者, 多有发病时间久, 症状易反复的特点。其多为虚实夹杂, 本虚标实为主, 其症型多为肝肾亏虚, 痰瘀内阻。因此确立了补肾活血祛瘀为法, 通过针药结合治疗合并高脂血症的血管性痴呆, 观察其在改善高脂血症合并血管性痴呆患者临床症状方面的影响。

1 资料与方法

1.1 临床资料

1.1.1 病例来源

选择我院 2008 年 11 月~2009 年 11 月门诊及住院患者共 60 例, 并将其随机分为试验组和对照组。试验组男性 18 例, 女性 12 例, 平均年龄 65.34 岁, 平均病程 8.51 个月; 对照组男性 16 例, 女性 14 例, 平均年龄 66.08 岁, 平均病程 8.38 个

月。两组患者性别、年龄、病程比较无显著性差异, 具有可比性。

1.1.2 诊断标准

血管性痴呆西医诊断标准符合美国精神病学会 APA (1994) 修订的《诊断和统计手册第四版 (修订)》(DSM-IV-R) 的诊断标准; 中医诊断标准符合中华人民共和国卫生部 (1995) 颁布的《中药新药临床研究指导原则》中的“中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则”进行诊断。智能转台选用简易智能评定量表 (MMSE) 进行评分, 总分 30 分, 根据教育程度不同, 采用不同界限, 大学 ≤ 23 分, 高中 < 22 分, 初中 < 21 分, 小学 < 20 分, 文盲 < 19 分。

1.1.3 入选标准

符合西医、中医诊断标准的 VD 患者, 年龄 ≥ 45 岁, 且经颅脑 CT 或 MRI 检查证实具有下列其中一项者: ①广泛或多发性病变: 大梗死灶 (血栓或栓死)、多发皮质梗死、多发性皮质出血、进行性血管性白质脑病; ②局灶性病变: 额、枕、颞、丘脑、海马等部位梗死或出血, 出血后软化灶。

1.1.4 排除标准

①VD 终末期患者; ②伴有严重神经缺损患者, 如各种失语、失认、偏瘫等; ③其他各种痴呆; ④合并有肝、肾、心、

造血系统、内分泌系统严重原发性病、精神病患者；⑤凡不符合纳入标准，未按规定用药无法判断疗效或资料不全影响疗效判断者^[2]。

1.2 方法

1.2.1 治疗方法

对照组给予口服叶酸 10mg，维生素 B₆ 30mg，石杉碱甲片 0.1 每天 2 次。试验组在上述治疗的基础上服用补肾活血祛痰法中药（由巴戟天、菟丝子、葛根、丹参、石菖蒲、天竺黄、山楂、地龙、甘草等药物组成）煎服，每日 2 次，饭后服；并配合予针灸治疗，针刺四神聪、百会、双侧肾俞、血海、太溪、三阴交、足三里、丰隆、太溪，每日一次。

1.2.2 统计分析

数据表达采用 $\bar{x} \pm s$ ，统计软件采用 SPSS13.0，以均数 ± 标准差表示，计量组间比较采用 *t* 检验（方差不齐时采用秩

和检验），计数资料组间比较卡方检验，显著性水平选取 $\alpha=0.05$ 。

1.2.3 观察指标

疗效判定标准：通过评定简易精神状态量表（MMSE）、长谷川痴呆量表（HDS）及日常生活活动力量表（ADL）评估补肾活血祛痰法对伴有高半胱氨酸血症的血管性痴呆的疗效。中医证候疗效判定标准：根据《中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则》中医证候疗效评定标准拟定。显效：治疗后症状积分值减少 $\geq 70\%$ ；有效：症状积分值减少 $\geq 30\%$ ；无效：症状积分值减少不足 30%^[3]。

2 结果

两组患者治疗前后 MMSE、HDS、ADL 积分比较，详见表 1。

表 1 治疗前后 MMSE、HDS、ADL 积分比较

组别	MMSE		HDS		ADL	
	疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	6.5 ± 3.2	18.5 ± 4.18	8.1 ± 1.8	9.7 ± 2.5	46.0 ± 7.5	44.2 ± 7.0
实验组	16.2 ± 3.0	22.7 ± 4.9	7.8 ± 2.1	11.8 ± 2.9	45.2 ± 6.8	40.7 ± 6.2

2.1 MMSE 评分判定

结果显示，对照组 MMSE 评分治疗 3 个月后相对治疗前升高，且差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）；试验组 MMSE 评分治疗 3 个月后较治疗前平均升高 6.5 分，差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

2.2 HDS 评分判定

结果显示，对照组 HDS 评分治疗 3 个月后相对治疗前升高，且差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）；试验组 HDS 评分治疗 3 个月后较治疗前平均升高 4.0 分，差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

2.3 ADL 评分判定

结果显示，对照组 ADL 评分治疗 3 个月后相对治疗前降低，且差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）；试验组 ADL 评分治疗 3 个月后较治疗前平均降低 4.5 分，差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ），详见表 2。

表 2 两组治疗后疗效比较

组别	显效	有效	无效
对照组	17	8	5
试验组	22	5	3

注：两组疗效比较，差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）

2.4 不良反应

对照组与治疗组均未见有不良反应。

3 讨论

血管性痴呆是一类由于脑循环发生障碍导致全脑或者脑局部缺血引起的脑功能降低综合症，中医范畴属于“呆症”、“痴呆”。根据我国中医药学理论，血管性痴呆一般多以本虚为主，

常因精亏肾虚不能上充大脑，引起脑髓空虚、神明失养而致^[4]。患者发病后于临床上常出现智能低下表现。于此，我们以益髓增智、填精补肾为原则，采用针刺与药物结合疗法治疗血管性痴呆合并高血脂症患者。

分组治疗后，经 MMSE、HDS 和 ADL 评分判定，结果显示，对照组 MMSE 评分治疗 3 个月后相对治疗前升高，试验组 MMSE 评分治疗 3 个月后较治疗前平均升高 6.5 分。对照组 HDS 评分治疗 3 个月后相对治疗前升高，试验组 HDS 评分治疗 3 个月后较治疗前平均升高 4.0 分。对照组 ADL 评分治疗 3 个月后相对治疗前降低，试验组 ADL 评分治疗 3 个月后较治疗前平均降低 4.5 分，差异具有显著性意义（ $P < 0.05$ ）。

针药结合疗法内外结合，相得益彰，不仅能够起到激活脑代谢的作用，还可改善患者脑部循环，从而有效抑制血管性痴呆的发展，所以在临床上可取的令人满意的疗效。统计结果表明，采用口服补肾活血祛痰中药及针灸治疗组患者的临床效果显著优于采用常规治疗的对照组患者，值得临床进一步推广使用。

参考文献：

- [1]王新德.老年人痴呆的定义分类诊断和鉴别诊断[J].中华老年医学杂志, 2005,24(1):5-6
- [2]赖新生,黄泳.血管性痴呆的针灸治疗和实验研究近况[J].广州中医药大学学报,2006,(01)
- [3]黄龚春.补肾益脑、化痰祛瘀通窍法治疗血管性痴呆的临床研究[D].南京中医药大学,2004
- [4]陈静.针刺治疗血管性痴呆的临床观察及对脑葡萄糖代谢的影响[D].第一军医大学,2006

编号：ER-11053013（修回：2011-08-08）