

通督益颈汤联合针刺对脑卒中后认知功能障碍患者认知功能及氧化应激损伤的影响

杨小龙

兰州市永登县中医医院神经康复科 甘肃 兰州 730300

摘要:目的:探讨脑卒中后认知功能障碍患者应用通督益颈汤联合针刺对神经及认知功能的改善作用。方法:研究在 200 例病例样本中进行,收录时间限制为 2022.4-2023.5,并确保所选患者均为于兰州市永登县中医医院接受治疗的脑卒中后认知功能障碍患者,入组后,由于研究需要,根据随机数字表法设置两组,人数分配两组各 100 例,分为对照组(常规治疗)和观察组(常规治疗+通督益颈汤联合针刺)。两组均持续治疗 8 周。比较两组患者各项指标。结果:对照组、观察组治疗后临床总有效率相比,后者更高;治疗后 NIHSS 评分、血清 HIF-1 α 、MDA 水平与治疗前相比,两组均下降,且观察组处于更低水平;治疗后 MMSE、MoCA 评分、血清 GSH-Px、Ngb 水平与治疗前相比,两组均上升,且观察组处于更高水平,说明数据存在显著研究意义。结论:对于脑卒中后认知功能障碍患者,应用通督益颈汤联合针刺治疗疗效显著,可以提高患者神经及认知功能,减轻氧化应激损伤。

关键词:通督益颈汤;针刺;脑卒中;认知功能障碍;认知功能;氧化应激损伤

脑卒中后认知功能障碍是一类常见的卒中并发症,临床表现为记忆力减退、注意力下降、执行功能障碍等症状。目前,临床上对于该类患者多采用常规治疗,虽然可在一定程度上改善患者神经功能损伤但实际上整体效果并不理想^[1]。中医认为脑卒中后认知功能障碍病情因瘀血阻滞、正气不足、脏腑失养所致,属于“健忘”“痴呆”等范畴,脑髓失养,进而引发痴呆,因此,治疗以活血化瘀、通畅脑络为主要原则。通督益颈汤由葛根、白芍、鸡血藤、茯苓、骨碎补等多味中药组成,全方意在调动督脉经气,使得督任协调,诸药合用实现活血通督、疏经通络的目的,联合针刺疗法,通过合理的取穴,调节机体脏腑气机,起到调神治神、醒脑开窍的作用^[2]。本研究旨在探讨对于脑卒中后认知功能障碍患者,应用通督益颈汤联合针刺治疗对神经及认知功能的改善作用,现对本研究内容做如下说明。

1 资料与方法

1.1 一般资料

研究在 200 例病例样本中进行,收录时间限制为 2022.4-2023.5,并确保所选患者均为于兰州市永登县中医医院接受治疗的脑卒中后认知功能障碍患者,入组后,由于研究需要,根据随机数字表法设置两组,人数分配两组各 100 例。对照组基线资料如下:男性与女性分别有 59 例、41 例,脑卒中类型:脑出血 37 例,脑梗死 63 例;年龄 39~78 岁,平均年龄(57.83 $\pm$ 4.98)岁。观察组基线资料如下:男性与女性分别有 57 例、43 例,脑卒中类型:脑出血 38 例,脑梗死 62 例;年龄 40~79 岁,平均年龄(58.02 $\pm$ 4.66)岁。对两组上述资料及相关数据进行整理,纳入特定统计学软件中进行计算得出 $P>0.05$,说明两组间不存在明显差异。此次研究患者本人及其家属知情、同意,并在相应纸质文书上签字,且由我院医学伦理委员会与相关人员对该研究进行讨论并在严格审查后批准。诊断标准:西医诊断与《卒中后认知障碍管理专家共识》^[3]中一致者,中医诊断符合《中西医结合康复临床实践指南·认知障碍》^[4]中的诊断标准。纳入标准:符合上述中西医标准者;首次发生脑卒中且脑卒中发病不足 1 月者;意识清晰,可积极配合治疗者等。排除标准:存在精神疾病病史者;其他原因所致痴呆者;头部有金属植入物者等。

1.2 方法

予以对照组常规治疗,包括调节血压、控制血糖、调控血脂、改善脑循环治疗、抗血小板聚集或抗凝等,预防相关并发症,开展运动康复干预、言语康复治疗以及针对性认知

康复训练;睡前口服盐酸多奈哌齐片(厂家:天津力生制药股份有限公司;国药准字 H20040745;规格:5 mg),5 mg/次,1 次/d。

在此基础上予以观察组患者通督益颈汤联合针刺,组方:葛根 60 g、白芍、鸡血藤各 30 g、骨碎补 15~20 g、茯苓 20~30 g、蔓荆子、清半夏、川芎各 10 g、威灵仙 10~15 g,以上方剂由医院中药房统一煎制,水煎 300~400 mL,1 剂/d,2 次/d,分早晚 2 次空腹温服;针刺治疗:参考《针灸标准化工作手册》^[5]进行操作,患者取仰卧位,对百会、风府、大椎、等穴位进行常规消毒后,利用不锈钢一次性毫针通过捻转补法进针,留针 20 min,1 次/d,3 次/周。两组均治疗 8 周。

1.3 观察指标

(1)两组临床疗效:参照美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分以及临床症状评定两组临床疗效,显效为 46% $\leq$ NIHSS 评分减分率 $<90\%$,临床症状改善较为显著;有效 45% $\leq$ NIHSS 评分减分率 $\leq 18\%$,临床症状有所好转;NIHSS 评分减分率 $<18\%$,临床症状未见明显好转甚至加重。临床总有效率=1-无效率。(2)两组神经及认知功能:采用美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、简易精神状态量表(MMSE)评估两组患者治疗前后神经及认知功能,NIHSS 分数阈值为 0~42 分,MMSE 分数阈值为 0~30 分,MoCA 分数阈值为 0~30 分,NIHSS 评分越高表示患者神经功能损伤越严重,MMSE、MoCA 得分越低提示患者神经及认知功能损伤越严重。(3)两组应激指标:利用患者入院后且接受治疗前、接受治疗后抽取其 5 mL 血液,根据相关离心标准分离血清,时间标准为 10~15 min,离心速率为 3000 r/min,完毕后根据酶联免疫吸附法检测血清谷胱甘肽过氧化物酶、脑红蛋白、低氧诱导因子、丙二醛(英文简称分别为:GSH-Px、Ngb、HIF-1 α 、MDA)水平。

1.4 统计学处理

对被测对象的各项指标进行深度剖析,t 检验和($\bar{x}\pm s$)可用于计量资料的比对、剖析; χ^2 检验和[例(%)]可用于计数资料的比对、剖析,运用统计软件 SPSS 26.0,对各指标进行剖析、比对,并展开检验。当 $P<0.05$,表明两组间数据存在着非常明显的差异,且具备统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效

表 1 数据可查，对照组、观察组治疗后临床总有效率相比，后者更高， $P<0.05$ 。

表 1 两组患者临床疗效比较 [例 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
对照组	100	21 (21.00)	64 (64.00)	15 (15.00)	85 (85.00)
观察组	100	23 (23.00)	70 (70.00)	6 (6.00)	94 (94.00)
χ^2 值					4.310
P 值					0.038

2.2 两组神经及认知功能

表 2 数据可查，治疗后对照组、观察组 NIHSS 评分与治疗前相比，两组均呈现下降趋势，且后者更低；治疗后

对照组、观察组 MMSE、MoCA 评分与治疗前相比，两组均呈现上升趋势，且后者均更高， $P<0.05$ 。

表 2 两组患者神经及认知功能比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	例数	NIHSS		MMSE		MoCA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	7.17 $\pm$ 2.51	5.34 $\pm$ 1.41*	20.78 $\pm$ 2.35	24.57 $\pm$ 2.27*	13.22 $\pm$ 2.47	15.15 $\pm$ 2.87*
观察组	100	7.08 $\pm$ 2.46	4.13 $\pm$ 1.19*	20.79 $\pm$ 2.38	29.31 $\pm$ 2.15*	13.33 $\pm$ 2.53	18.16 $\pm$ 2.49*
t 值		0.256	6.558	0.030	15.160	0.311	7.922
P 值		0.798	<0.001	0.976	<0.001	0.756	<0.001

注：与治疗前相比，* $P<0.05$ 。

2.3 两组应激指标

表 3 数据可查，治疗后对照组、观察组血清 GSH-Px、

Ngb 水平与治疗前相比，两组均呈现上升趋势，且后者均更高；治疗后对照组、观察组血清 HIF-1 α 、MDA 水平与治疗前相比，两组均呈现下降趋势，且后者均更低， $P<0.05$ 。

表 3 两组患者应激指标比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	GSH-Px (IU/mL)		Ngb (μ g/L)		HIF-1 α (pg/mL)		MDA (μ mol/L)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	100	75.27 $\pm$ 5.62	82.04 $\pm$ 4.71*	27.28 $\pm$ 2.45	31.38 $\pm$ 3.29*	482.87 $\pm$ 42.27	333.85 $\pm$ 22.37*	19.97 $\pm$ 1.74	15.69 $\pm$ 0.55*
观察组	100	75.35 $\pm$ 5.74	91.73 $\pm$ 4.69*	27.39 $\pm$ 2.38	37.01 $\pm$ 3.31*	482.93 $\pm$ 43.33	246.16 $\pm$ 18.49*	19.88 $\pm$ 1.77	8.45 $\pm$ 0.38*
t 值		0.100	14.578	0.322	12.064	0.010	30.215	0.363	108.301
P 值		0.921	<0.001	0.748	<0.001	0.992	<0.001	0.717	<0.001

注：与治疗前相比，* $P<0.05$ 。

3 讨论

认知功能障碍属于患者发生脑卒中后常见的临床表现，若未能采取及时有效的治疗措施，病情将进一步发展，严重者可出现痴呆，对患者的生活质量造成严重影响^[6]。目前针对脑卒中后功能障碍患者的治疗主要以药物干预联合康复疗法等常规方案为主，可促进神经功能改善，提高生存质量，但长期使用该疗法易出现不良事件，导致预后不佳。

通督益颈汤方中的葛根具有解肌退热、升阳止泻的功效，川芎具有活血行气、祛风止痛的功效，二者配伍具有活血化瘀、生津止渴等功效；白芍、茯苓合用具有活血化瘀、养血安神的作用；骨碎补与威灵仙一起服用，具有补肾强筋、活血散瘀、温补肾阳的作用；清半夏辛温而燥，常与蔓荆子配伍，具有活血化瘀、通络止痛之功效；鸡血藤具有补益肾精、收敛固脱的功效，诸药合用，共奏活血通督之功，使气血上供于脑，脑得所养，髓得所充^[7]。本研究结果显示，对照组、观察组治疗后临床总有效率、MMSE、MoCA 评分相比，后组均更高，对照组、观察组治疗后 NIHSS 评分相比，后组均更低，表明对于脑卒中后认知功能障碍患者，应用通督益颈汤联合针刺治疗疗效显著，可以提高患者神经及认知功能，减轻临床症状。

现代药理研究表明^[8]，通督益颈汤方中葛根中的大豆异黄酮、葛根素等提取物具有降糖、降脂作用，可以扩张血管，减少血管收缩，也具有保护受损脑细胞和预防脑血管痉挛的作用；川芎的主要有效成分川芎嗪与阿魏酸等可改变血液流变学，抑制凝血酶的活性与生成，减少血小板聚集，改善微循环；茯苓具有降低毛细血管通透性，促进造血等作用；鸡血藤可降低血管阻力，抑制血小板聚集，具有降血脂、抗氧化、扩血管作用。本研究结果显示，治疗后两组血清 GSH-Px、Ngb 水平相比，观察组更高，两组血清 HIF-1 α 、MDA 水平

相比，观察组更低，表明对于脑卒中后认知功能障碍患者，应用通督益颈汤联合针刺治疗可以减轻氧化应激损伤，利于病情好转。

综上，对于脑卒中后认知功能障碍患者，应用通督益颈汤联合针刺治疗疗效显著，可以提高患者神经及认知功能，减轻氧化应激损伤，值得临床进一步研究及推广应用。

参考文献

- [1] 郭靖, 李周, 朱成萍, 等. 经颅磁刺激结合认知康复训练对脑卒中后认知障碍患者认知功能康复的影响研究[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2023, 7(2): 80-83.
- [2] 丁义侠, 张闻东. 针刺联合首乌益智汤治疗脑卒中后认知功能障碍 30 例[J]. 安徽中医药大学学报, 2020, 39(1): 46-49.
- [3] 中国卒中学会, 卒中后认知障碍管理专家委员会. 卒中后认知障碍管理专家共识[J]. 中国卒中杂志, 2017, 12(6): 519-531.
- [4] 杨珊莉, 蔡素芳, 吴静怡, 等. 中西医结合康复临床实践指南·认知障碍[J]. 康复学报, 2020, 30(5): 343-348.
- [5] 刘保延, 于文明. 针灸标准化工作手册[M]. 北京: 中国标准出版社, 2014: 101-105.
- [6] 杜芳. 奥拉西坦联合康复训练对脑卒中后血管性认知障碍患者认知功能的影响[J]. 现代医学与健康研究(电子版), 2021, 5(11): 23-25.
- [7] 周媛, 刘宏伟, 焦雪蕾, 等. 通督益颈汤联合针刺治疗急性缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志, 2022, 31(6): 765-769.
- [8] 郭丽娜, 王单单, 裴媛, 等. 葛根主要活性成分及作用机制的网络药理学研究[J]. 药物评价研究, 2019, 42(9): 1741-1748.