

针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效观察

彭珊 陶丽 毛杰

川北医学院第二临床医学院·南充市中心医院康复医学科 四川 南充 637000

摘要:目的: 探讨并分析针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的临床应用效果。方法: 选取我院 2021 年 8 月到 2022 年 12 月期间所收治的 86 例脑梗死后认知功能障碍患者, 作为本次研究对象, 并采取计算机表法, 将其分为对照组 (n=43) 和研究组 (n=43), 对照组采取康复训练治疗, 研究组在此基础上联合针灸治疗, 对比两组治疗效果。结果: 治疗后, 研究组临床疗效高于对照组; 神经功能缺损 (NIHSS) 评分低于对照组, 精神状态 (MMSE) 评分高于对照组; 认知功能 (MoCA) 评分高于对照组, 组间存在差异。结论: 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍, 能够明显改善患者的精神状态, 提高其认知能力, 疗效显著, 值得推广应用。

关键词: 针灸; 康复训练治疗; 脑梗死; 认知功能障碍; 神经功能缺损

脑梗死是目前神经内科临床中常见的脑血管疾病, 主要是由于脑部血液循环出现异常, 使得脑组织出现缺血、缺氧所引发的一种临床表现^[1]。在病情的影响下, 患者通常会存在不同程度的神经功能缺损情况, 有研究数据表明, 脑梗死患者后遗留认知功能障碍的发生率为 60% 左右, 且近年来的发生风险处于较高水平^[2]。患者的主要症状表现为失语、记忆力衰退、视觉空间障碍、注意力降低等, 并且大部分患者还会伴有肢体功能障碍, 对于患者的身心健康及生活质量造成极大的不利影响^[3]。所以, 对于脑梗死后认知功能障碍患者, 在早期阶段及时开展康复训练治疗是十分关键性的内容, 在一定程度上会减轻患者的临床症状, 有助于恢复患者的各项功能^[4]。随着中医技术的不断完善, 将针灸治疗用于患者的康复治疗中, 疗效显著, 能够进一步提升患者的康复效果, 具有重要作用。基于此, 本文旨在探究针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效, 具体内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

截取时间范围为 2021 年 8 月到 2022 年 12 月期间, 选取我院 86 例脑梗死后认知功能障碍患者, 将其作为本次研究对象, 通过计算机表法进行组别划分, 其中, 对照组共 43 例患者, 男性 22 例、女性 21 例, 年龄范围为 42-82 岁, 平均年龄为 (53.32±9.24) 岁, 研究组共 43 例患者, 男性 23 例、女性 20 例, 年龄范围为 43-83 岁, 平均年龄为 (53.64±9.56) 岁。将上述两组患者的临床基本数据资料, 进行统计后, 实施对比分析, 显示 (P > 0.05), 也就代表具有研究价值。

纳入标准: (1) 两组患者均符合脑梗死后合并认知功能障碍的相关临床诊断标准; (2) 两组患者临床资料完整; (3) 两组患者及家属均知情同意, 且签订相关协议书。

排除标准: (1) 存在心、肝、肾等其它实质性器官损伤或者严重疾病的患者; (2) 存在精神疾病或者恶性肿瘤疾病的患者; (3) 处于昏迷或者植物状态的患者; (4) 在脑梗死发病前就已经存在认知功能障碍的患者; (5) 研究中途退出或者不愿加入本次研究的患者。

1.2 方法

对照组采取康复训练治疗: (1) 注意力训练: ①凝视训练: 在黑板上, 按照“由上到下、由大到小”的原则画红点, 并指导患者按照相应的顺序依次注视, 并利用心理暗示法, 让患者感受红点的不断变大, 在注视过程中, 需要注意延长患者的眨眼时间, 在眼睛感受到疲劳时, 可以暂时休息后再行训练。②舒尔特表训练: 在一张含有 25 个方格的表中, 填写 1-25 位数字, 并将其顺序打乱, 要求患者以最快的速度依次按照顺序进行指读。(2) 强化记忆力训练: 在训练过程中, 指导患者不断反复记忆文字、图片、数字或者是实物,

以此来增加对患者信息的刺激量, 还可以选择 5 张图片, 将其摆放在患者面前, 要求患者在观看后 5s 后收回, 同时让患者将图片内物品的名称说出或者写下, 并不断反复练习, 可以根据患者的训练效果, 不断增加图片的数量, 以此促进患者记忆力的提升。(3) 可以结合患者的文化背景和水平, 制定有关或者涉及到日常生活所需的一些题目, 例如, 通过日期计算、年龄推算等方法, 指导患者开展计算力的训练。(4) 通过物品分类、相关整理等日常活动以及与交流有关的训练, 以此来指导患者开展思维推理训练。(5) 利用患者对季节、时间、地址、人物的定向反复训练, 要求患者重复确认, 以此强化患者的定向力, 并引导患者对身边的亲人、朋友、医生、护理人员等日常中的真实人物, 帮助患者逐渐形成对人物、时间以及空间的概念。(6) 执行能力训练: 患者可以在护理人员的陪同下, 到附近商场进行逛街或者购物。每天康复训练时间为 30 min, 每周训练 5 次, 患者共需要持续训练 8 周。

研究组在此基础上联合针灸治疗: 选取患者的百会穴、印堂穴、水沟穴、四神聪以及双侧内关穴等相关穴位, 首先对其穴位以及周边皮肤进行常规清洁和消毒。选择合适的毫针对百会穴、四神聪以及印堂向鼻方向进行平刺, 手法均为平补平泻; 以雀啄法, 于水沟穴向鼻中隔方向进行斜刺; 对双侧内关穴通过泻法进行直刺, 以触电感为适宜, 所有针灸穴位, 在得气后均需要留针 30min, 每隔 1 日针灸 1 次, 患者共需要持续治疗 8 周。

1.3 评价指标及判定标准

对比两组临床疗效: 在两组患者治疗 1 个月后分别对其评定, ①显效: 患者的相关症状明显缓解, 且认知能力、日常生活能力改善超过 80%; ②有效: 患者的相关症状存在一定改善, 且认知能力、日常生活能力改善超过 50%; ③无效: 未达到上述标准。

对比两组神经功能缺损情况及精神状态: 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIHSS), 总分为 45 分, 分数越高, 代表患者的神经功能缺损越严重; 简易精神状态 (MMSE), 总分为 30 分, 分数越高, 代表患者的精神状态越佳。

对比两组认知功能: 蒙特利尔认知评估量表 (MoCA) 分别对两组患者评定, 其中主要包括执行力、注意力、定向力、抽象能力、语言能力等, 每项评分标准均为 0-5 分, 评分越高, 代表患者的认知功能越佳。

1.4 统计学处理

在本次研究中, 对两组患者的相关临床数据均通过统计学软件 SPSS19.0 进行处理, 所有计数资料均实施卡方检验, 所有计量资料均实施 t 检验, 其结果分别以率 (n%) 以及 (均数 ± 标准差) 的形式进行表达, 而 P < 0.05, 则是判定此次研究存在意义的标准。

2 结果

2.1 临床疗效分析对比

研究组临床疗效高于对照组, 组间存在差异 ($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 临床疗效分析对比 (%)

组别	显效	有效	无效	预防有效率
对照组 (n=43)	10 (23.26)	23 (53.49)	10 (23.26)	76.74 (33/43)
研究组 (n=43)	18 (41.86)	22 (51.16)	3 (6.98)	93.02 (40/43)
χ^2	-	-	-	4.4405
P	-	-	-	0.0350

2.2 神经功能缺损情况及精神状态分析对比

治疗后, 研究组 NIHSS 评分低于对照组, MMSE 评分

表 3 认知功能评分分析对比 (分)

组别	时间	执行力	注意力	定向力	抽象能力	语言能力
对照组 (n=43)	治疗前	1.89±0.57	2.21±0.65	3.12±0.94	2.56±0.78	1.42±0.38
	治疗后	3.24±0.35	3.14±0.44	4.22±0.50	4.01±0.32	2.51±0.29
研究组 (n=43)	治疗前	1.86±0.52	2.18±0.63	3.03±0.97	2.35±0.67	1.39±0.37
	治疗后	4.03±0.25	3.81±0.27	4.62±0.44	4.51±0.42	3.70±0.24
治疗前后对照组 t/P		13.2348/0.0000	7.7694/0.0000	6.7748/0.0000	11.2779/0.0000	14.9526/0.0000
治疗间前后研究组 t/P		24.6624/0.0000	15.5942/0.0000	9.7887/0.0000	17.9119/0.0000	34.3468/0.0000
护理后两组比较 t/P		12.0441/0.0000	8.5106/0.0000	3.9382/0.0002	6.2095/0.0000	20.7298/0.0000

3 讨论

脑梗死是临床中的常见性、多发病, 以中老年患者多见, 而某些基础疾病是该病发生的高危因素, 其中主要包括高血压、心脏病、糖尿病以及血脂异常等, 严重降低患者的生存质量^[5]。该病具有发病急、病情变化快等特点, 其症状通常在数秒或者数分钟内达到高峰, 使得患者的致死率及病死率较高, 对其预后造成严重的不利影响^[6]。随着当前医疗技术的发展, 能够有效挽救患者的生命安全, 但是由于患者神经功能受损的影响, 使得患者极易出现认知功能障碍等后遗症, 会导致患者出现智力、记忆力的降低, 甚至伴有情感、语言、肢体等功能障碍, 对患者自身以及家庭都会带来较大的负担^[7]。在现阶段临床中, 对于脑梗死后认知功能障碍通常对其开展针对性的康复训练治疗, 这样可以有效改善患者的功能障碍, 提升其日常生活能力, 但是对于部分患者而言, 其认知能力的好转效果存在一定的局限性, 因此选择更加有效、合理的治疗尤为重要^[8]。中医认为, 该病属于“痴呆、健忘”等范畴, 主要是由于气血逆乱、阴阳失调, 致使脑脉痹阻所引发^[9]。而中医治疗原则主要为舒经通络、补血活血等^[10]。针灸是中医治疗的常用手段, 其中主要选取百会穴、印堂穴、水沟穴、四神聪以及双侧内关穴等, 进而达到疏通经络、补气活血的作用^[11]。并通过刺激相关穴位, 能够增强大脑皮层的营养, 提高其改善中枢神经系统兴奋性, 有助于大脑皮层的自我修复^[12]。以上两种方式相结合, 可以有效能够明显缓解患者的疾病症状, 恢复其肢体功能。结合本研究结果能够发现, 针灸配合康复训练治疗, 对于脑梗死后认知功能障碍患者而言, 使得患者的认知功能障碍情况明显改善, 对其预后的改善具有积极作用。

综上所述, 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍, 能够取得十分理想的临床疗效, 具有重要的应用价值。

参考文献

[1] 解小会, 刘丽婷, 许挺敏. 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效观察[J]. 智慧健

康, 2022, 8(05):125-127.

表 2 神经功能缺损情况及精神状态分析对比 (分)

组别	NIHSS 评分		MMSE 评分	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=43)	20.31±4.16	16.27±2.79	16.43±2.87	19.27±3.05
研究组 (n=43)	20.52±4.32	10.36±2.77	16.38±2.53	23.15±3.52
t	0.2296	9.8573	0.0856	5.4626
P	0.8190	0.0000	0.9319	0.0000

2.3 认知功能评分分析对比

治疗后, 研究组 MoCA 评分均高于对照组, 组间存在差异 ($P < 0.05$)。详见表 3。

康, 2022, 8(05):125-127.

[2] 张占军. 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效评价[J]. 黑龙江中医药, 2021, 50(04):94-95.

[3] 韩华翌, 王中华. 头皮针联合认知功能训练对卒中后认知功能障碍的疗效[J]. 医学信息, 2021, 34(15):178-180.

[4] 李珊, 汤芳. 早期认知康复护理对脑梗死认知功能障碍患者认知功能恢复的影响[J]. 淮海医药, 2021, 39(04):409-412.D

[5] 魏瑞鹏, 张建博, 丛文东等. 早期针灸疗法对脑梗塞急性期患者发病后认知功能障碍的临床观察[J]. 云南中医中药杂志, 2021, 42(01):61-63.

[6] 邵静静, 齐飞虎, 卢鑫. 针灸配合康复训练辅助脑梗死后认知功能障碍临床观察[J]. 实用中医药杂志, 2020, 36(12):1567-1568.

[7] 李兰辰, 金晓宇. 针灸治疗脑梗死后认知功能障碍的效果和对患者生活质量的影响评价[J]. 心理月刊, 2020, 15(11):178.

[8] 张红梅. 认知功能训练配合康复护理对脑梗死后认知障碍患者康复效果的分析[J]. 中国医药指南, 2020, 18(09):255-256.

[9] 冉传生. 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效观察[J]. 中国现代药物应用, 2020, 14(04):217-219.

[10] 谭双, 李相华, 刘春芹等. 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的疗效评价[J]. 中医临床研究, 2020, 12(06):89-90.

[11] 林兵, 任莉, 姚金明等. 针灸配合康复训练治疗脑梗死后认知功能障碍的临床效果[J]. 慢性病学杂志, 2020, 21(01):151-153.

[12] 梁雪琴, 任毅, 潘芳芳等. 对脑梗死后遗认知功能障碍患者进行认知功能训练指导的效果探究[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(01):88-89.

基金项目: 川北医学院校级科研发展计划项目 项目编号: CBY22-QNA48