

“颊针”联合认知功能训练对脑卒中后认知障碍患者认知功能的临床研究

徐妞妞, 杜 鹏

浙江省义乌市康复医院, 浙江 义乌

收稿日期: 2022年8月19日; 录用日期: 2022年9月12日; 发布日期: 2022年9月21日

摘 要

目的: 观察“颊针”联合认知功能训练对脑卒中后认知障碍患者认知功能的临床研究。方法: 选取2021年1月至2022年12月在我院门诊及住院的脑卒中后认知功能障碍患者为研究对象, 按照随机原则随机分为观察组和对照组各35例。对照组给予颊针治疗, 每日1次, 主穴选取双侧肾腧穴、腰穴, 下焦穴, 并根据患者症状随诊加减。具体参照王永洲教授主编《颊针治疗学》定位, 采用麒源颊针(0.16*20 mm), 通过弹针法快速透皮进针, 不行针, 留针30 min。观察组在对照组基础上给予认知功能训练。包括记忆力训练、注意力训练、视空间与执行功能训练、计算力训练、定向力训练。每天训练1次, 每次30~60分钟, 5次/周。2组均连续治疗4周。观察干预前后简易智力状态检查量表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、改良Barthel指数量表(MBI)变化。结果: 治疗后观察组有效率为91.42%, 明显高于对照组有效率68.57% ($P < 0.05$)。与治疗前比较, 2组MMSE、MoCA、改良Barthel指数评分均增加($P < 0.05$); 与对照组治疗后比较, 观察组MMSE、MoCA、改良Barthel指数评分增加明显($P < 0.05$)。结论: “颊针”联合认知功能训练能有效提高脑卒中后认知障碍患者认知功能, 值得临床借鉴。

关键词

“颊针”, 认知功能训练, 脑卒中, 认知障碍

Clinical Study of “Buccal Needle” Combined with Cognitive Function Training on Cognitive Function in Patients with Cognitive Impairment after Stroke

Niuniu Xu, Peng Du

Zhejiang Yiwu Rehabilitation Hospital, Yiwu Zhejiang

Abstract

Objective: To observe the clinical study of “buccal needle” combined with cognitive function training on cognitive function in patients with cognitive impairment after stroke. **Methods:** From January 2021 to December 2022, patients with cognitive dysfunction after stroke in outpatients and inpatients of our hospital were selected as the research objects. According to the random principle, they were randomly divided into the observation group and the control group, with 35 cases in each group. The control group was treated with buccal acupuncture, once a day. The main points were bilateral renal acupoints, lumbar points and lower focal points, and were added or subtracted according to the symptoms of the patients. The specific positioning was based on the buccal needle Treatment Methodology edited by Professor Wang Yongzhou. Kirin buccal needle (0.16*20 mm) was used, and the needle was rapidly transdermal into the needle through the elastic needle method. The observation group was given cognitive function training on the basis of the control group, including memory training, attention training, visuospatial and executive function training, calculation training, orientation training; Train once a day, 30~60 minutes each time, 5 times a week. Both groups were treated for 4 weeks. The changes of mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) and Modified Barthel Index (MBI) before and after intervention were observed. **Results:** After treatment, the effective rate of observation group was 91.42%, which was significantly higher than that of control group (68.57%) ($P < 0.05$). Compared with before treatment, the MMSE, MoCA and modified Barthel index scores of the two groups were increased ($P < 0.05$). Compared with the control group after treatment, the scores of MMSE, MoCA and modified Barthel index in the observation group were significantly increased ($P < 0.05$). **Conclusion:** “Buccal needle” combined with cognitive function training can effectively improve the cognitive function of patients with cognitive impairment after stroke, which is worthy of clinical reference.

Keywords

Buccal Needle, Cognitive Function Training, Stroke, Cognitive Impairment

Copyright © 2022 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

脑卒中是成人致残的主要疾病, 卒中后认知障碍是其常见并发症之一。在健康状况不平衡的人群中, 卒中后认知障碍发病率较高。尽管卒中后认知障碍对公共卫生事业有严重的影响作用, 但对急性脑卒中和其他脑血管疾病(如痴呆)缺乏深度认知。因此, 了解脑卒中后认知障碍相关风险因素对于制定个性化方案, 以及为未来的临床试验设计提供信息至关重要。

脑卒中对认知的影响取决于病变部位。大量临床研究发现, 内囊、尾状核和豆状核的梗死可导致严重的认知障碍。然而, 目前临床缺乏有效的评估方法评估脑卒中后认知障碍的严重程度, 也尚无有效治疗药物, 严重影响患者生活质量。因此, 为了提高患者生存率和降低病死率, 提高患者的生存质量, 认知功能康复是脑卒中患者的迫切需求, 也是康复研究的热点。

研究表明, 针刺能改善局部血流, 可以有效缓解早期痉挛的微血管, 促进缺血区域侧支循环代偿, 恢复缺氧部位血氧供应[1] [2]。卒中后认知障碍(post-stroke cognitive impairment, PSCI)会降低患者对周围环境的感知能力, 进而产生适应性障碍。目前临床上治疗 PSCI 尚无有效药物, 多参照脑血管疾病药物治疗, 疗效欠佳。然而, 非药物治疗在治疗卒中后认知障碍患者取得一定疗效。大量研究证实[3] [4], 认知功能训练能够有效改善卒中后认知障碍。认知功能训练是以最大限度提高患者计算力、定向力等为主要目的, 最终促使患者能够回归家庭和社会生活。基于以上认识, 本研究采用颊针联合认知康复训练对卒中后认知障碍患者进行治疗, 以为临床治疗卒中后认知障碍提供客观依据和重要价值。

2. 资料和方法

2.1. 一般资料

选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月在我院门诊及住院的脑卒中后认知功能障碍患者为研究对象, 按照随机原则随机分为观察组和对照组各 35 例。对照组男 20 例, 女 15 例; 年龄 56~68 岁, 平均(62.53 ± 3.26)岁; 病程 3~12 年, 平均(7.62 ± 3.57)年; 病变性质: 出血性 16 例, 缺血性 19 例; 肢体偏瘫部位: 左侧 17 例, 右侧 18 例。观察组男 18 例, 女 17 例; 年龄 55~68 岁, 平均(63.14 ± 3.12)岁; 病程 3~14 年, 平均(8.75 ± 3.94)年; 病变性质: 出血性 15 例, 缺血性 20 例; 肢体偏瘫部位: 左侧 19 例, 右侧 16 例。2 组患者性别、年龄、病程等资料比较, 差异无显著性($P > 0.05$), 具有可比性。

2.2. 诊断标准

脑卒中参照《脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行)》[5]标准。认知障碍符合《卒中后认知障碍管理专家共识》[6]标准。

2.3. 纳入与排除标准

2.3.1. 纳入标准

① 首发脑卒中, 经头颅 CT 或 MRI 检查证实, 生命体征稳定; ② 无明显意识、言语、精神障碍, 能配合治疗及量表的评定; ③ 年龄 ≥ 40 岁且 ≤ 70 岁; ④ 经简易智能精神状态检查量表(Mini-Mental State Examination, MMSE)筛查, 量表分 ≤ 24 分; ⑤ 无严重的心、肝、肾等躯体疾病; ⑥ 经患者及家属知情同意者; ⑦ 经医院伦理委员会批准同意者。

2.3.2. 排除标准

① 经影像学检查证实脑外伤、脑部寄生虫、脑内肿瘤等可引起认知障碍的疾病; ② 患者脑卒中发病前已患有认知障碍的相关疾病或在发病前认知障碍药物使用史; ③ 有酒精、药物依赖史; ④ 生命体征不稳定者; ⑤ 有癫痫病史, 或近期有发过癫痫的; ⑥ 有相关疾病治疗禁忌症的患者; ⑦ 有脸部皮肤不完整、破损、感染者。

2.4. 剔除及终止标准

2.4.1. 剔除标准

① 被误纳入的病例; ② 纳入后因病例资料不全且影响疗效和安全性的判断者; ③ 未能坚持完成整个研究周期的病例。

2.4.2. 终止标准

① 试验中发现未能坚持按本研究的实施方案进行实施或与本研究实施方案出现严重偏差的病例; ② 发生严重不良事件或并发症等, 如晕针、滞针、患者不耐受等影响继续接受研究的病例; ③ 受试者或受

试者家属不愿意继续进行本研究, 要求中途退出者。

2.5. 方法

2.5.1. 对照组

选取相应颊针对应点。① 主穴: 双侧肾腧穴、腰穴, 下焦穴, 并根据患者症状随诊加减。具体参照王永洲教授主编《颊针治疗方法学》定位; ② 针具: 麒源颊针(0.16*20 mm); ③ 操作方法: 要求患者取仰卧位, 常规消毒以上穴位后, 用消毒干棉球夹持针体, 通过弹针法快速透皮进针, 不行针, 留针 30 min。每日 1 次。

2.5.2. 观察组

在对照组基础上给予认知功能训练。具体如下: ① 记忆力训练: 根据患者的文化程度给一篇简单的短文要求在规定的时间内背诵, 然后复述; 重复读一串数字给患者听直到患者能够记住为主, 不停地重复记忆, 可以倒背数字增加难度; 训练过程中教患者使用记事本、卡片等帮助完成日常事务等; ② 注意力训练: 划销图卡、视觉追踪等; ③ 视空间与执行功能训练: 画出各种平面和立体图形让患者临摹; 假设问题, 引导患者解决问题; 提出指令, 让患者按照指令完成任务; 可旁人陪同下到商店购物, 学习识别路牌标志, 判断方向到达目的地等; ④ 计算力训练: 从简单的数字加减开始让患者计算, 模拟购物让患者进行付费与结算等; ⑤ 定向力训练: 为患者提供日历等工具帮助患者逐步建立时间感; 要求按照患者拟定的作息进行训练和休息; 指导患者辨别自己的方位, 认识各地点的特征。每天训练 1 次, 每次 30~60 分钟, 5 次/周。2 组均连续治疗 4 周。

2.6. 观察指标

观察干预前后临床疗效及简易智力状态检查量表(MMSE)、蒙特利尔认知评估量表(MoCA)、改良 Barthel 指数量表(MBI)变化[7]。具体如下: ① 简易智力状态检查量表(MMSE), 该量表包括 7 个方面。共 30 项题目, 回答正确得分, 回答错误或答不知道不得分, 量表总分范围为 0~30 分。② 蒙特利尔量表(MoCA), 该量表主要包括注计算力、执行力、记忆力、语言表达能力、视觉空间、执行能力、命名方面。总分 30 分, 总分越高认知能力越好。③ 改良 Barthel (MBI)指数评分, 该量表包括日常生活能力的 10 个方面, 分为 5 个等级: 正常 100 分; ≥ 60 分, 生活基本自理; 41~59 分, 存在中度功能障碍, 生活需要帮助; 21~40 分, 存在重度功能障碍, 生活依赖明显; ≤ 20 分, 生活完全依赖。④ 临床疗效, 显效: MoCA 评分上升 > 7 分; 有效: MoCA 评分上升 4~7 分; 无效: MoCA 评分上升 < 4 分, 甚至分值降低。

2.7. 统计学方法

采用 SPSS 23.0 处理数据。计量资料采用均数 \pm 标准差表示, 采用配对样本 t 检验进行统计推断; 计数资料采用频数表示, 采用卡方检验或非参数检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

3. 结果

3.1. 2 组临床疗效比较

治疗后观察组有效率为 91.42%, 明显高于对照组有效率 68.57% ($P < 0.05$)。见表 1。

3.2. 2 组 MMSE、MoCA、改良 Barthel 指数评分变化比较

与治疗前比较, 2 组 MMSE、MoCA、改良 Barthel 指数评分均增加($P < 0.05$); 与对照组治疗后比较, 观察组 MMSE、MoCA、改良 Barthel 指数评分增加明显($P < 0.05$)。见表 2。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups cases (%)**表 1. 2 组临床疗效比较 例(%)**

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	35	16 (45.71)	16 (45.71)	3 (8.58)	32 (91.42)*
对照组	35	10 (28.57)	14 (40.00)	11 (31.43)	28 (68.57)

注: 与对照组比较, * $P < 0.05$ 。

Table 2. Comparison of MMSE, MoCA and Modified Bartherl index scores between the two groups (scores)**表 2. 2 组 MMSE、MoCA、改良 Bartherl 指数评分变化比较(分)**

组别	时间	例数	MMSE	MoCA	改良 Bartherl 指数
观察组	治疗前	35	20.58 ± 1.42	20.35 ± 1.67	52.46 ± 6.27
	治疗后	35	26.45 ± 2.63**	27.89 ± 1.93**	68.75 ± 5.34**
对照组	治疗前	35	20.62 ± 1.45	20.46 ± 1.73	53.54 ± 6.45
	治疗后	35	23.67 ± 2.16*	23.97 ± 1.81*	60.72 ± 5.48*

注: 与治疗前比较, * $P < 0.05$; 注: 与对照组治疗后比较, * $P < 0.05$ 。

4. 讨论

针灸是基于中医理论的一种中医特色疗法, 实验证明[8] [9], 针灸治疗认知障碍是有效的。近年来, 颊针治疗已经成为针灸治疗的一种新手段, 主要是通过针刺面颊部特定穴位治疗全身疾病的一种全新微针体系, 以大三焦理论为核心, 将人体结构、气化功能及心理与精神的心身整合融为一体, 构建了相互贯通的全息 - 三焦 - 身心同治的理论系统。颊针疗法具有“取穴标准、靶点明确、治疗广泛、操作简单、无痛安全”的特点, 结合查体, 使之成为与时俱进、符合时代节奏的新方法, 同时也为针灸学的发展提供了一种新的培养模式, 大大提高了针灸疗效的可重复性。

卒中后认知障碍制约着患者的日常生活活动能力, 降低患者的生存质量, 且对患者卒中后躯体、情绪等各方面功能障碍的全面康复及康复进程产生极大的影响。目前非药物治疗也广泛用于中风后的认知障碍, 比较常用的有作业治疗、物理治疗、认知功能训练、运动疗法和其他社会干预。认知功能训练主要由有经验的康复师对患者现状进行评定, 再根据不同的认知方法训练患者的精细能力。大量研究证实[10] [11], 认知功能训练能够有效改善卒中后认知障碍。认知功能训练是以最大限度提高患者记忆力、注意力、计算力等功能为主要目的, 从改善患者认知能力为出发点, 通过一系列认知训练有针对性地提高患者认知能力, 通过提高认知功能来改善患者的记忆力、计算力、注意力等能力, 最终使患者尽快回归家庭和社会。

本研究的局限性: ① 样本量较少; ② 单中心研究; ③ 同一地区研究; 在今后的研究中需要进一步完善。综上所述, 本研究认为颊针联合认知功能训练能有效改善脑卒中后认知障碍患者的认知功能, 减轻功能障碍, 有安全、无副作用、简单易行的特点, 值得临床推广借鉴。

基金项目

浙江省义乌市科技局课题(NO.20-3-154)。

参考文献

- [1] 刘巍, 杜宇征, 张丽丽, 赵琦. 针刺治疗卒中后认知障碍研究现状及展望[J]. 辽宁中医药大学学报, 2021, 23(4): 92-98.

-
- [2] 李斗, 魏嘉. 缺血性脑卒中后认知功能障碍针灸疗法的研究进展[J]. 医学综述, 2022, 28(1): 168-173.
- [3] 陈小云, 陈书园, 李娟. 认知训练对脑卒中患者肢体功能和日常独立功能恢复的影响[J]. 中国心理卫生杂志, 2020, 34(4): 299-304.
- [4] 张凯丽, 费丽, 李占肖. 脑卒中后认知功能障碍病人认知功能训练研究进展[J]. 护理研究, 2020, 34(24): 4425-4428.
- [5] 赵建国, 高长玉, 项宝玉, 等. 脑梗死和脑出血中西医结合诊断标准(试行) [J]. 中国中西医结合杂志, 2006, 26(10): 948-949.
- [6] 董强, 郭起浩, 罗本燕, 徐运. 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.
- [7] 2019 年中国血管性认知障碍诊治指南[J]. 中华医学杂志, 2019(35): 2737-2744.
- [8] 郭颢龙. 针刺治疗卒中后认知障碍临床研究进展[J]. 中医药临床杂志, 2022, 34(1): 185-188.
- [9] 徐榛敏, 廖星, 贾敏, 刘少姣, 魏竞竞, 王敏, 梁晓, 张昕洋, 陈宝鑫, 鲁岳, 张允岭. 针刺治疗卒中后认知障碍有效性和安全性的系统评价[J]. 北京中医药, 2020, 39(11): 1117-1122.
- [10] 姚军孝, 支晓东, 王君义, 王雅欣, 毛忠南. 计算机辅助认知康复训练改善脑卒中后认知障碍理论探讨[J]. 中国卫生标准管理, 2022, 13(8): 191-193.
- [11] 王振垚, 张虎, 王新伟, 张大尉. 针刺联合认知康复训练治疗卒中后认知障碍疗效及对细胞因子的影响[J]. 上海针灸杂志, 2019, 38(10): 1098-1102.