

头穴透刺联合地黄汤调节脑梗死后痴呆的 EEG 作用机制研究

桑 鹏 刘婵娟

黑龙江省中医药科学院针灸五科 黑龙江哈尔滨 150001

摘要: 目的: 探讨头穴透刺联合地黄汤调节脑梗死后痴呆的 EEG 作用机制。方法: 将 60 例脑梗死后痴呆的患者随机分为对照组与治疗组, 对照组给予普通头针联合地黄汤治疗, 治疗组给予头穴透刺联合地黄汤治疗, 两组均治疗 1 次/日, 留针 8h, 7d 为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。结果: 治疗后, 治疗组患者疗效优于对照组 ($P < 0.05$), 治疗组患者脑电图异常程度分级优于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 头穴透刺联合地黄汤治疗法可产生机械信号, 该信号会形成电磁效应, 作用于感觉和运动中枢, 发挥中枢调控作用, 以达到治疗脑梗死后痴呆的目的。

关键词: 头穴透刺; 地黄汤; 卒中性痴呆; EEG 机制

脑梗死后痴呆属于卒中性痴呆 (post-stroke dementia, PSD), 它是一种包括记忆在内的多个认知领域缺陷的综合征, 在中风后三个月内发生^[1]。脑梗死后, 梗死部位脑组织由于缺血缺氧性改变, 可造成脑组织发生脱髓鞘样病变或多发性硬化改变, 是导致卒中后痴呆的重要原因^[2]。脑梗死后痴呆不仅影响患者日常功能、生活质量和重返工作的能力, 并使中风后死亡率增加, 因此在疾病的早期阶段对痴呆症患者及时介入治疗以及运用相关神经功能成像技术来评估疗效至关重要。本研究采用头穴透刺联合地黄汤治疗脑梗死后痴呆观察 EEG 机制报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

选取 2022 年 6 月—2023 年 6 月黑龙江省中医院针灸五科收治的脑梗死后痴呆患者 60 例两组患者一般资料比较无统计学意义, 具有可比性。本次研究符合《赫尔辛基宣言》中相关伦理要求。

1.2 诊断标准

(1) 西医诊断标准

采用美国国立神经系统疾病与卒中研究所和瑞士神经科学研究国际协会 (NINDS/AIREN clinical criteria for the diagnosis of vascular dementia, CCDVD) 制订的卒中后痴呆诊断标准^[3]。

(2) 中医诊断标准:

采用世界中医药学会联合会制定的国际中医临床实践指南 (2019) 痴呆诊断标准, 且中医辨证为髓海不足、痰瘀

阻络证者^[4]。

2 治疗方法

两组患者均予以盐酸多奈哌齐片 (卫材 (中国) 药业有限公司, 国药准字 H20050978); 均予以普通体针针刺, 取穴: 合谷 (双)、印堂、风府 (双)、中脘、太溪 (双)、足三里 (双)、悬钟 (双), 针刺 1 寸, 2 次/日, 留针 40min/次。针具采用 0.35 mm × 40 mm 安迪牌毫针 (贵州安迪药械有限公司)。

2.1 治疗组

头穴透刺联合地黄汤治疗。取穴: 百会、神庭、前顶、曲差 (双)、头维 (双)、本神 (双)、颌厌 (双)、悬颅 (双)、悬厘 (双)、曲鬓 (双)、天柱 (双)、玉枕 (双)。操作: 患者取坐位, 穴区常规消毒后, 对六组头穴依次透刺, 分别是百会透曲鬓 (双侧)、神庭透颌厌 (双侧)、前顶透悬厘 (双侧)、曲差透本神 (双侧)、头维透悬颅 (双侧)、玉枕透天柱 (双侧), 透刺角度为 15° - 30° , 频率 200 次/分左右, 每组透穴行针 1min。1 次/日, 留针 8h, 一周为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。并联合自拟方地黄汤加减 (生地黄 25g、牡丹皮 15g、泽泻 20g、甘草 15g、巴戟天 20g、怀牛膝 15g、远志 20g、石菖蒲 20g、茯苓 20g、钩藤 20g、陈皮 15g、白芍 30g、益智仁 20g、百合 20g)。服法: 日一剂, 水煎服, 分早晚温服。7 日为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。

2.2 对照组

普通头针联合地黄汤治疗。取穴: 颞前线 (双侧)、颞后线 (双侧)、额中线、顶中线。操作: 患者取坐位, 穴区常规消毒后, 按上述头针线依次透刺, 颞前线, 自颌厌穴

向悬厘穴（双侧）；颞后线，自率谷穴向曲鬓穴（双侧）；额中线，自神庭穴向下针 25mm；顶中线，1 次 / 日，留针 8h，一周为 1 个疗程，共治疗 3 个疗程。并联合自拟方地黄汤加减，具体处方及服法同治疗组。

3 疗效观察

3.1 观察指标

（1）患者治疗前后 EEG 的变化：对比治疗前后脑电图异常率，观察治疗前后 α 和 θ 的波频及波幅变化情况。脑电图异常判定标准：EEG 正常为 α 波呈现节律，伴有少量的 θ 波；分为正常、轻度异常、中度异常、重度异常。

（2）分别在治疗前和治疗后对患者进行简易智能精神状态测评 (MMSE)^[5]。

（3）日常生活自理能力量表 (ADL) 评分^[6]：共 10 项内容。

3.2 结果

（1）两组患者临床疗效比较见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较

组别	例数	基本控制	显效	有效	无效	总有效率 (%)
对照组	30	4	8	10	8	73.00
治疗组	30	7	12	7	4	87.001

注：与对照组相比 1）， $P < 0.05$

（2）两组患者治疗前后脑电图异常程度比较 [例 (%)]，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后脑电图异常程度分级比较 [例 (%)]

组别	例数	时间	正常	轻度异常	中度异常	重度异常
对照组	30	治疗前	1 (3.33)	17 (56.67)	11 (36.67)	1 (3.33)
		治疗后	2 (6.67)	14 (46.67)	13 (43.33)	1 (3.33)
治疗组	30	治疗前	2 (6.67)	15 (50.00)	11 (36.67)	2 (6.67)
		治疗后	7 (23.33)	18 (60.00)	5 (16.67)	0 (0.00)

注：治疗后，治疗组患者脑电图异常程度分级优于对照组 ($P < 0.05$)

4 讨论

脑梗死后痴呆隶属于中医学“健忘”、“呆病”、“文痴”、“癡证”等范畴，中医学认为中风既发，气血渐平，风火渐消，脑髓已伤，痰瘀停滞，此时患者半身不遂、言语不利、口舌歪斜、神志昏蒙等临床症状趋于稳定，但脑髓受损恢复困难。根据脑髓受损的不同程度，患者可出现善忘、

智能缺损、反应迟钝、动作笨拙、情志言行异常，甚至幻视幻听或昏不识人等认知障碍系列症状^[7]。

头穴透刺法是结合传统经络理论、经颅针刺刺激疗法及大脑皮质功能定位等总结出的一种头针疗法，该疗法通过透刺的形式，使一针达两穴，加强经络之间的联系、增强针刺感，使气至病所，气血畅达，达到疗愈疾病的目的。此外，从大脑皮质功能定位分区来看，前顶透悬厘对应躯体运动中枢，位置在中央前回，主管脑梗死后痴呆患者的对侧躯体运动障碍，百会透曲鬓对应躯体感觉中枢，位置在中央后回，主管脑梗死后痴呆患者的对侧躯体感觉障碍。头维透悬颅、神庭透额厌、曲差透本神对应大脑额叶，主管脑梗死后痴呆患者的心理、精神、注意力、记忆力、失语等相关的认知功能障碍，玉枕透天柱，对应小脑半球，主管血管性痴呆患者的平衡功能障碍^[8]。透穴治疗时，针刺刺激会在达到一定刺激量后产生机械信号，该信号会形成电磁效应，而电磁效应可以穿透高阻抗颅骨，从而作用于感觉和运动中枢，发挥中枢调控作用^[9]，以达到治疗脑梗死后痴呆的目的。

参考文献

- [1] EL-SHEIK W M, EL-EMAM A I, EL-RAHMAN A, et al. Predictors of dementia after first ischemic stroke[J]. Dement Neuropsychol, 2021,15(2):216-222.
- [2] 顾国强, 熊敏荣, 孙云峰. 缺血性脑卒中后血管性痴呆的临床特点及 MRI 早期诊断价值 [J]. 中国现代医生, 2019,57(25):116-119.
- [3] 桑鹏, 王声浩. 头穴经颅透刺法治疗血管性痴呆的临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2023,30(01):136-138.
- [4] FABRIZIO V, CLAUDIO B, ROBERTA L, et al. Resting state cortical EEG rhythms in Alzheimer's disease: toward EEG markers for clinical applications: a review[J]. Suppl Clin Neurophysiol, 2013,62:223-236.
- [5] 王福玲. 世界医学学会《赫尔辛基宣言》——涉及人类受试者的医学研究的伦理原则 [J]. 中国医学伦理学, 2016,29(03):544-546.
- [6] 张允岭. 国际中医临床实践指南 阿尔茨海默病 (2019-10-11)[J]. 世界中医药, 2021,16(08):1181-1187.
- [7] 高树中, 杨骏. 针灸治疗学 [M]. 4 版. 北京: 中国中医药出版社, 2016:57-58.