

艾灸治疗卒中后认知障碍的临床研究进展

王 玥¹ 史江峰^{2*} 吴兴兰²

1. 南京中医药大学 江苏 南京 210028

2. 南京中医药大学徐州附属医院 江苏 徐州 221009

摘要:卒中后认知障碍(PSCI)作为卒中后常见的并发症,主要表现为执行力、记忆力、语言、注意力、视空间能力等方面的受损,近年来,随着治疗研究领域的不断深入发展,卒中后患者认知功能的恢复受到国内外专家学者的广泛关注。艾灸作为祖国医学传统疗法之一,以其历史悠久,理论深远,操作简便等优势,被广泛用于卒中后相关并发症的治疗。通过对相关文献进行梳理,对PSCI的中医发病机制、艾灸治疗PSCI的临床研究进行总结,以期为今后治疗PSCI提供一定的参考价值。

关键词:卒中后认知障碍;艾灸;脑卒中;认知障碍;综述

引言:

卒中是以猝然发生的一系列局部神经功能障碍为症状或体征的一类脑血管病,占我国脑血管病住院患者的大多数。随着医疗水平不断提升,卒中后生存率提高,卒中后一系列并发症的发病率也随之增加。卒中后的6个月内出现相关认知功能的损害便可诊断为卒中后认知障碍(post-stroke cognitive impairment,PSCI),属于血管性认知障碍(vascular cognitive impairment,VCI)的一种亚型。

1 中医病名及病因病机

祖国医学并没有卒中后认知障碍这一病名的明确提出,但根据临床症状可将其归为“呆病”“多忘”“健忘”等病的范畴。究其病因病机主要责之于以下虚实两端,本虚标实,发为本病。

1.1 五脏虚损为本

肾主骨生髓,上通于脑,肾精足则髓海充盈。脑为“元神之府”,是人体意识活动之所,故肾精虚则髓海衰,髓海不足则元神失养,神机失用,遂为中风神呆。脾为“后天之本”,气血化生之源,各脏腑均依靠脾来滋养。脾虚则肾精无以充养,加之生痰生湿,上蒙清窍,合而为病。肺主一身之气,且可以助心行血。肺气虚则气化乏源,无力上荣清窍,日久则脑髓失养,神明失用。肝藏血,肾藏精,肝肾同源,亦为精血同源。肝失藏血则肾精亦不足,脑失清明而发病。此为本虚。

1.2 气滞、痰浊、瘀血阻滞为标

百病多由痰作祟,痰浊是水液代谢障碍的产物,主要责之于肺脾肾三脏。肺失通调,脾失运化,肾失蒸腾,三脏功能失调,均可导致水液代谢障碍。水液停聚于人体各部,可上犯清窍,可下注足膝,可郁于胸中。卒中后气血逆乱,血运受阻,瘀血内停,瘀血阻络,日久则神机不荣、脑髓空虚。且气郁、痰浊、瘀血常相互影响,往往不独出现。此为标实。

2 艾灸的理论基础

艾灸可补可泻,可扶正可祛邪。张建斌等将艾灸的作用总结归纳为温通与温补^[1]，“温通”即以温热之力促进气血畅通；“温补”即以温热之力达到补益之效。艾灸疗法以其温通、温补效应发挥活血化瘀、祛痰通络、益气温阳与强身保健等功用^[2]。

艾叶芳香,可以温通十二经脉,主灸百病,其在燃烧过程中所产生的化学成分是药化效应的关键。相关研究表明^[3],艾燃烧时生成的一系列难挥发的成分,能提高机体超氧化物歧化酶水平及减少丙二醛的产生,抑制氧化反应,从而减缓细胞衰老或凋亡,发挥神经保护抗衰老的作用;除此之外,艾烟中的某些成分还能提高大脑内相关神经递质的含量,进一步改善大脑的学习记忆功能。

祖国医学认为,穴位是人体脏腑经络气血输注的特殊部位,现代医学解剖发现穴位周围及经络线附近往往存在着更为丰富的血管神经感受器,能感受外界刺激并向神经中枢传导。皮肤作为腧穴结构的重要组成部分,传统医学称之为皮部,是十二经脉及其所属络脉循行路线反映于体表的相应区域。艾灸时所产生的光、热等物理效应及药化效应作用于腧穴局部,由皮肤感受器接收后沿着经络通路向远端传导,使得局部乃至全身血管扩张、加快了血液的循环,从而引起一系列的生理反应,引起

其他穴位甚至脏腑发生改变,激发了机体的调节机制,从而实现整体调控、治疗疾病的作用。马镓钰等^[4]发现艾灸效应作用于体表腧穴,不仅可以沿经络传导,而且能渗透到组织深部,且透灸有更强的渗透及传导作用,能达到沟通表里两经,实现阴阳互调的作用。

3 艾灸治疗 PSCI 的临床研究

艾灸通过艾叶燃烧时产生的药化效应及光热等物理效应,作用于特定的穴位,借助经络通路直达病所及相关脏腑,发挥温通与温补的作用,达到药、穴、灸的三位一体的效果,从而改善认知功能。

3.1 艾炷灸

艾炷灸指的是穴位上或直接或间接的放置艾炷施灸的方法。盛丹丹等^[5]对 30 例血管性痴呆病人在对照组常规治疗的基础上加予温阳补肾灸,关元穴隔龟板灸 5 壮,大椎及命门 2 穴悬灸 30 分钟,将任督二脉相结合,以达到阴中求阳的效果,总共治疗 4 周,发现温阳补肾灸改善认知功能疗效显著优于对照组。倪芳英等^[6]将 92 例 VCI 患者随机分为 3 组,分别予麦粒灸、加用电针以及口服西药干预,麦粒灸组主穴心俞、肾俞各灸 9 壮,配穴采取常规针刺,实验 8 周后发现采取麦粒灸五脏俞组认知功能改善效果更加显著,推测其机制可能与艾灸降低了同型半胱氨酸含量,升高了叶酸水平,使神经元毒性得到降低,从而达到改善认知功能的作用。胡长春等^[7]对 45 例 VCI 患者施行督灸,每次施灸 1 小时,经过连续 12 周的观察治疗后发现,督灸可显著改善 VCI 患者的认知功能量表评分及凋亡相关递质水平,达到防治认知功能障碍的作用。刘建梁等^[8]将 80 例纳入的患者随机分为 2 组,观察组在对照组的基础上加予隔姜灸治疗,大椎至腰阳关一线放置生姜片,将艾炷置于姜片上点燃施灸 20 分钟,治疗 4 个疗程,发现观察组的认知功能及神经功能得到明显的改善,其治疗效果远优于单纯应用西药的对照组。

3.2 艾条灸

艾条灸指的是在穴位之上放置点燃的艾条施灸的方法。严宏达等^[9]对 45 例 PSCI 患者在常规治疗的基础上加予蕲艾条灸大椎、肾俞 2 穴,8 星期为 1 疗程,通过比较对照组与观察组的 MoCA 等量表评分变化,发现蕲艾灸观察组相较于常规治疗对照组能显著改善患者的认知功能。王岩等^[10]将符合纳入标准的 60 例患者随机分为两组,对照组行常规基础治疗及认知康复训练,

观察组对照组的的治疗基础上加予温和灸督脉,选穴神庭、百会、神道、风府、心俞,在经过 4 周的治疗后,再次进行评估,发现艾灸督脉可以有效提高患者的日常生活能力,改善其认知功能。叶炎生等^[11]将 84 例肾精亏虚型患者进行随机分组进行临床对照试验,观察组在对照组的基础上加予艾条灸双侧涌泉穴,每次施灸 30 分钟,连续治疗 4 周后,对比两组量表前后评分变化,发现涌泉灸的可以促进肾气生成及肾精聚集,联合涌泉灸可以有效改善肾虚精亏型 PSCI 患者的认知功能。王惠君等^[12]选取 422 例认知障碍患者随机分为两组,对照组采取康复训练,观察组在其基础上加予逐瘀活络灸,百会、神庭采取实按灸,每次操作 15-20 分钟,治疗 1、2 个月后分别比较其评估量表指标,发现艾灸组的认知功能改善更明显。

3.3 温针灸

温针灸指的是在针刺得气之后将艾团或者艾条固定于针柄点燃施灸的方法,同时具备针刺及艾灸的双重功效。相关研究表明,选取了 60 例 PSCI 患者,对照组予以常规治疗及口服尼莫地平片,观察组则在此治疗的基础上选取太溪、三阴交、足三里、百会、神庭、本神、四神聪 7 穴,加予温针灸 30 分钟,通过比较两组患者的治疗有效率,发现观察组的有效率高达 93.33%,显著高于对照组的 73.33%,从而证实温针灸能显著改善 PSCI 患者的认知功能。

4 艾灸治疗 PSCI 的作用机制探讨

目前对于 PSCI 发病机制的研究探讨大多集中在脑血管损伤、神经退行性病变、炎症反应以及氧化应激损伤机制几个方面。在卒中后的人群中,由于血液供应中断引起的缺血性卒中会诱发神经血管单元功能障碍,导致突发或迟发性神经功能缺损。脑卒中后脑血流灌注不足会加剧脑损伤的发生,认知相关脑区受损,而艾灸能使海马组织缺血性改变明显减轻,同时减少炎症细胞的浸润,从而减轻大脑的缺氧缺血性损伤。有学者发现其作用机制可能与调节细胞凋亡有关,促凋亡因子的表达受到抑制,从而减缓神经细胞的凋亡,达到调节认知功能的疗效。相关研究表明,对 VCI 大鼠给予悬灸“关元”、“命门”、“大椎”穴治疗,治疗后模型大鼠海马的相关蛋白表达水平显著下降,促炎因子表达明显减少。但艾灸干预治疗 PSCI 的具体机制十分复杂,今后仍需进一步深入研究。

小结与展望：

卒中后认知功能障碍的发生，主要责之于虚、痰、瘀等方面，且互为影响。髓海不充，气血不足，元神失养而致呆，此为其一；气滞、痰浊、瘀血阻滞清窍，脑窍不通而致呆，此为其二。近年来，随着治疗研究过程的发展，对于卒中后患者各项功能的有效恢复提出了越来越高的期望与要求，认知功能的恢复显得尤为重要。及早发现、及早干预，是改善患者认知功能和生活质量的关键。艾灸疗法与侵入性的中医操作相比，较少产生畏惧心理，更容易被接受，且其温热之力可补可泻，并非只限于虚证的应用，有广泛的临床适用性。本文通过对艾灸治疗 PSCI 的相关文献进行系统性的梳理归纳，以期为临床预防与延缓该病进程提供相关循证支持。但不可否认的是，目前有关艾灸治疗 PSCI 的相关临床研究较少，且仍存在不足之处，如：（1）高质量的文献报道相对匮乏，治疗理论无法统一，缺乏规范的标准；（2）发病机制与治疗机制尚不明确，相关基础及临床实验支撑不足，仍需进一步深入研究；（3）疗效评估指标多以主观评分为主，缺乏客观的评价指标。所以，未来发展的重点应该放在制定规范化标准化的治疗方案及量化评估标准，进行相关临床及基础实验研究，减少研究误差，进一步补充完善其发病及治疗机制，以推进其在治疗 PSCI 领域的发展及应用，以便更好的提高 PSCI 患者的生活质量。

参考文献：

- [1] 张建斌,王玲玲,吴焕淦,等. 艾灸温通温补概念的内涵分析[J]. 中国针灸,2012,32(11):1000-1003.
- [2] 张国山,刘密,章海凤,等. 艾灸温通、温补效应之间的关系[J]. 时珍国医国药,2013,24(10):2468-2469.

[3] 许焕芳,崔莹雪,黄茶熙,等. 艾燃烧生成物对快速老化模型小鼠 SAMP8 血清抗氧化酶的影响[J]. 中国针灸,2012,32(01):53-57.

[4] 马镓钰,杨志新,陈建华,等. 基于红外热成像技术探索“相对穴”内关穴透灸外关穴温度特征[J]. 针灸临床杂志,2024,40(06):37-42.

[5] 盛丹丹,蔡圣朝. 温阳补肾灸治疗血管性痴呆疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2017,33(01):58-59.

[6] 倪芳英,李丽萍. 五脏俞麦粒灸治疗无痴呆型血管性认知障碍临床观察[J]. 上海针灸杂志,2018,37(2):174-178.

[7] 胡长春,赵平丽,秦合伟,等. 地黄饮子联合督灸治疗肾虚血瘀型血管性痴呆临床观察[J]. 国医论坛,2023,38(03):46-48.

[8] 刘建梁,景福权,韩莹,等. 督脉隔姜灸结合头皮针对脑卒中恢复期病人认知功能和神经功能的影响[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2023,21(05):904-907.

[9] 严宏达,梅全喜,陈普生,等. 蕤艾灸大椎、肾俞结合认知训练治疗缺血性脑卒中后轻度认知功能障碍疗效观察[J]. 时珍国医国药,2018,29(05):1140-1142.

[10] 王岩,白艳杰,张铭,等. 艾灸督脉对肾精亏虚型卒中后轻度认知障碍患者认知功能和中医症状的临床疗效研究[J]. 中国全科医学,2022,25(12):1487-1492.

[11] 叶炎生,杨庆镗,朱定钰等. 涌泉灸对肾精亏虚型卒中后认知障碍患者认知功能及下肢运动功能的影响[J]. 中国针灸,2023,43(09):1018-1022.

[12] 王惠君,谭莎莎,张欢,等. 逐瘀活络艾灸干预联合双任务执行功能训练指导在脑出血后非痴呆性血管性认知功能障碍患者中的应用研究[J]. 四川中医,2023,41(07):186-190.

项目基金:隔附子饼灸干预缺血性卒中复发的前瞻性队列研究,徐州市卫生健康委科技项目(XWKYHT20230027)

作者简介：

王玥(1998-),女,汉族,山东青岛,硕士研究生在读,研究方向:针灸的临床应用规律。

*通讯作者:史江峰(1971-),男,汉族,江苏徐州,医学博士,主任中医师,南京中医药大学徐州附属医院,研究方向:针灸治疗神经系统疾病。