

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2024.03.011

中医特色诊疗技术联合身心治疗对老年痴呆的疗效观察^{*}李秋莉¹ 任玉乐² 韩艳惠¹ 李大妮¹ 王子琪³ 袁庆密^{4△}¹江苏省徐州市沛县人民医院中医科,江苏徐州 221600²徐州医科大学附属医院中医科,江苏徐州 221000³北京中医药大学中医系,北京 100029⁴徐州市中心医院急诊医学科,江苏徐州 221000

摘要 **目的** 探讨中医特色诊疗技术联合身心治疗措施对老年痴呆患者的临床疗效。**方法** 选取本院 2020 年 1 月—2023 年 5 月确诊的 93 例老年痴呆患者进行临床随机干预研究,其中 46 例采取西医常规治疗方案治疗(对照组),47 例在西医常规治疗方案基础上联合中医特色诊疗技术配合身心治疗措施(联合组),2 组疗程均为 4 周。比较 2 组患者治疗前后简易精神状态量表(mini-mental state examination,MMSE)评分、日常生活活动能力(activity of daily living,ADL)评分、临床痴呆量表(clinical dementia rating,CDR)分级、中医证候积分及临床疗效的差异。**结果** 治疗后,联合组 MMSE 评分、ADL 评分显著高于对照组(P 均 <0.05),总体 CDR 分级低于对照组($P<0.05$);联合组患者的智能减退、表情呆板、气短懒言、四肢乏力等中医证候积分显著低于对照组(P 均 <0.05);联合组显效率为 53.19%、有效率为 38.30%、无效率为 8.51%,对照组显效率为 30.43%、有效率为 54.35%、无效率为 15.22%;联合组临床疗效高于对照组($P<0.05$)。**结论** 中医特色诊疗技术配合身心治疗措施能显著改善老年痴呆患者的认知功能及日常生活活动能力,缓解临床症状,提升总体治疗效果。

关键词 中医特色诊疗;身心疗法;老年痴呆;认知功能;日常生活活动能力

中图分类号 R277.7 **文献标志码** A

老年痴呆系与年龄相关的、不可逆的、进行性神经系统退行性病变,临床表现为记忆力、认知功能下降、人格改变、精神及行为异常等。近年来,随着人口老龄化的加重,老年痴呆的发病率越来越高^[1]。目前西医临床对于此病并无理想的治疗方案,多采用奥氮平、氟哌噻吨美利曲辛、阿普唑仑等辅助治疗,但其整体治疗效果不佳^[2]。中医理论认为,老年痴呆属于“痴证”“健忘”等范畴,其病位在脑,而脑为髓海,故基本病机为髓海空虚,脑络失养;其以五脏虚衰为本,痰浊、瘀血为标,痰瘀阻滞脑窍,神明失用而发为痴呆;治则以补髓开窍为法^[3]。中医治疗老年痴呆的方法较多,中药、针灸、推拿等均有所应用^[4]。基于此,本研究探讨中医特色诊疗技术配合身心治疗措施对老年痴呆患者的治疗效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2020 年 1 月—2023 年 5 月确诊的 93 例老年痴呆患者作为研究对象,采用随机数字表法将患者分为联合组($n=47$)和对照组($n=46$)。其中联合组男 27 例,女 20 例;平均年龄(71.4 ± 4.8)岁,平均体重指数(body mass index,BMI)(24.32 ± 2.20)kg/m²;合并高血压 19 例、糖尿病 12 例、高血脂 23 例;CDR 分期:1 级 32 例,2 级 15 例。对照组男 20 例,女 26 例;平均年龄(70.6 ± 4.2)岁,平均 BMI(24.58 ± 2.43)kg/m²;合并高血压 24 例、糖尿病 7 例、高血脂 15 例;CDR 分期:1 级 38 例,2 级 8 例。2 组研究对象的一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。本研究方案获得本院医学伦理委员会的批准。

1.2 纳入与排除标准

纳入标准:①老年痴呆的诊断标准参考《中国精神障碍分类与诊断标准(第三版)》^[5]中的有关内容,主要表现为认知功能减退和非认知性神经精神症状;②年龄 ≥ 65 岁;③患者日常生活功能受损、失语、淡漠、缺乏活动主动性等,已经出现谵妄或其他精神疾病无法解释的功能减退等;④患者愿意接受本研究的

^{*} 江苏省老年健康科研项目(No. LSD2022013)

[△] 通信作者,Corresponding author,E-mail:vh276w@163.com

相关治疗措施,干预疗程 ≥ 12 周;⑤CDR 分级 ≤ 2 级。

排除标准:①甲状腺功能异常或其他类型代谢性疾病;②癌症患者;③血液系统疾病;④重大外伤或颅脑外伤引起的神经功能异常;⑤合并重症心衰、重症感染或其他影响活动能力的相关疾病。

1.3 治疗方法

对照组患者采取西医常规治疗方案治疗,联合组患者在西医常规治疗方案基础上联合中医特色诊疗技术配合身心治疗措施。具体如下:

西医常规治疗:奥氮平片(常州华生制药有限公司,国药准字 H20030512)口服,初始用量 5 mg/次,1 次/d,于晚上临睡前服用。

中医特色诊疗技术:针刺取穴水沟、双侧内关、双侧三阴交、双侧涌泉、神庭、四神聪、百会、双侧合谷、双侧太冲、双侧悬钟。患者取仰卧位,常规消毒皮肤,采用华佗牌一次性针刺针,水沟采用雀啄泻法,针至眼球湿润;内关直刺 1~1.5 寸,行捻转提插泻法;三阴交斜刺 1~1.5 寸,行提插补法;神庭平刺至帽状腱膜下,行捻转泻法;合谷、太冲行捻转泻法;涌泉行补法;悬钟直刺 0.5~0.8 寸,行补法。1 次/d,连续治疗 6 d 后休息 1 d。中药汤剂:人参 10 g,黄芪 30 g,白术 15 g,益智仁 15 g,石菖蒲 15 g,茯苓 15 g,远志 10 g,半夏 10 g,炙甘草 6 g。1 剂/d,由本院煎药室制作,早晚各温服 1 袋。

身心治疗措施:给患者创造温馨的治疗环境,帮助其整理个人清洁用品和生活用品,保持床单铺位的整洁、舒适。整理房间,调节适宜的灯光亮度。房间放置香薰瓶,播放轻柔的音乐。将患者心爱的东西(如玩偶、宠物、旧照片等)拿出来,利用患者剩余的感知觉回忆过去的事件。根据家属提供的“感官传记”,鼓励家属向患者讲述故事,回忆过去。

2 组均治疗 4 周后评价疗效。

1.4 观察指标与评价方法

比较 2 组患者治疗前后的简易精神状态量表(mini-mental state examination, MMSE)评分、日常生活活动能力(activity of daily living, ADL)评分、临床痴呆量表(clinical dementia rating, CDR)分级、中医证候积分及临床疗效。

MMSE 评分^[6]主要考察患者的定向能力、记忆能力、注意能力、计算功能、语言表达、回忆能力等,共涉及 30 个调查题目,每项回答正确得 1 分,回答错误或答不知道计 0 分,总分为 30 分,得分越高表示患者的认知功能越好。

ADL 评分^[7]主要从患者干预前后的自主如厕、洗

澡、穿衣服、进食、梳头刷牙、做饭、打电话、使用公共交通工具、购物等方面的能力进行考察,共涉及 20 个调查题目,每个题目最高得分为 5 分,最低为 0 分,量表满分 100 分,得分越高表示患者的日常生活活动能力越强。

CDR 分级^[8]主要从患者的记忆功能保持、计算能力、定向能力、判断能力、解决问题的能力、个人料理能力等方面进行评价,CDR 分级为 0.5 级时表示患者可能存在痴呆;CDR 分级为 1 级时表示患者存在轻度痴呆症状,如语言表达、记忆、定向、执行等功能存在可确诊的下降;CDR 分级为 2 级时表示中度痴呆,患者的语言表达、记忆、定向、执行等功能明显受损,影响患者的日常生活活动能力;CDR 分级为 3 级时表示重度痴呆,症状已经严重影响患者的生活,需要专人护理、看管。CDR 分级越高代表痴呆症状越严重。

中医证候积分评价采用《中医内科学》^[9]第二版中的标准,分别从患者智能减退、表情呆板、善忘少记、气短懒言、行动迟缓、四肢乏力等方面进行评价,根据患者症状严重程度分别给予 0 分、2 分、4 分、6 分进行评价,得分越高说明患者症状越严重。

临床疗效评价^[10]采用《老年痴呆的诊断、辨证分型及疗效评定标准》,①显效:患者的症状得到明显改善,神志、反应及定向功能均明显改善,能够较为准确地回答问题,生活基本上可以自理,能参与一般的社交活动;②有效:患者的症状得到部分改善,神志、反应及定向功能存在一定的障碍但较前有所改善,能够回答简单的问题,生活中简单的行为可以自主完成,在他人协助下可以完成部分社交活动;③无效:患者症状未能得到任何改善甚至加重。

1.5 统计学方法

数据使用统计软件 SPSS 21.0 进行分析,本研究收集的计量资料(MMSE 评分、ADL 评分、中医证候积分)采用均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用独立样本 t 检验;计数资料(性别构成、高血压、临床疗效、CDR 分级等)采用例数和百分比(%)描述,非等级计数资料比较采用 χ^2 检验,等级计数资料组间比较采用秩和检验;以 $P < 0.05$ 认为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 2 组 MMSE 评分、ADL 评分比较

治疗后,联合组 MMSE 评分和 ADL 评分均显著高于对照组(P 均 < 0.05)。见表 1。

2.2 2 组 CDR 分级比较

治疗后,联合组总体 CDR 分级低于对照组,差异

具有统计学意义($P<0.05$)。见表2。

2.3 2组中医证候积分比较

治疗后,2组智能减退、表情呆板、气短懒言、四肢乏力等中医证候积分均较前降低(P 均 <0.05),且联合组上述中医证候积分均明显低于对照组(P 均 <0.05)。见表3。

表1 2组患者MMSE评分、ADL评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	MMSE 评分	ADL 评分
对照组	46	治疗前	14.30±2.00	39.82±5.51
		治疗后	17.23±1.86*	53.54±5.71*
联合组	47	治疗前	14.82±1.75	41.77±4.80
		治疗后	18.40±1.90*△	56.32±6.32*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$ 。

表2 2组患者CDR分级比较(例,%)

组别	<i>n</i>	0.5 级	1 级	2 级	3 级
对照组	46	4(8.70)	28(60.87)	10(21.74)	4(8.70)
联合组	47	9(19.15)	33(70.21)	4(8.51)	1(2.13)
Z 值					−2.253
P 值					0.012

表3 2组患者中医证候积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	<i>n</i>	时间	智能减退	表情呆板	善忘少记
对照组	46	治疗前	4.31±0.93	3.76±0.85	4.24±0.85
		治疗后	3.04±0.60*	3.22±0.73*	3.68±0.74*
联合组	47	治疗前	4.18±0.90	3.90±0.82	4.41±0.78
		治疗后	2.77±0.58*△	2.90±0.61*△	3.42±0.67*

组别	<i>n</i>	时间	气短懒言	行动迟缓	四肢乏力
对照组	46	治疗前	3.70±0.88	3.95±0.93	3.18±0.92
		治疗后	2.56±0.70*	2.82±0.75*	2.80±0.70*
联合组	47	治疗前	3.58±0.81	3.80±0.81	3.36±0.89
		治疗后	2.20±0.66*△	2.58±0.63*	2.41±0.63*△

与治疗前比较* $P<0.05$;与对照组比较△ $P<0.05$ 。

2.4 2组临床疗效比较

治疗后,联合组显效率为53.19%,有效率为38.30%,无效率为8.51%;对照组显效率为30.43%,有效率为54.35%,无效率为15.22%;联合组临床疗效明显高于对照组,差异具有统计学意义($P<0.05$)。见表4。

表4 2组患者临床疗效比较(例,%)

组别	<i>n</i>	显效	有效	无效
对照组	46	14(30.43)	25(54.35)	7(15.22)
联合组	47	25(53.19)	18(38.30)	4(8.51)
Z 值				−2.190
P 值				0.029

3 讨论

老年痴呆是老龄化社会重要的公共卫生问题。目前全球约有4700万老年痴呆患者,预计到2050年将上升至1.31亿^[11]。目前有关老年痴呆的发病机制尚不明确,因此缺乏理想的治疗药物;临床常用的奥氮平、氟哌噻吨美利曲辛、阿普唑仑等药物只是起到辅助治疗作用,且常伴随消化道不适、头晕、头痛、精神紊乱、抑郁、嗜睡等不良反应,部分不良反应的表现与老年痴呆本身的症状重叠,导致部分患者用药后可能出现症状加重。身心治疗通过身心护理、记忆训练等途径增加老年痴呆患者的舒适度,并充分利用剩余感知觉改善患者的记忆力,但其整体疗效存在着较大的个体差异。因此,越来越多的学者认为应采用中西医结合治疗本病。

中医学对老年痴呆的认识较早,《景岳全书》中即有“癫狂痴呆”之专篇,认为痴呆的发生多由郁结、思虑、惊恐所致。《医林改错》中所述之“高年无记性者,脑髓渐空”与现代医学之老年痴呆相吻合^[12]。中医治疗老年痴呆的特色诊疗技术主要包括中药内服、针刺等,本研究针刺取穴以补肾生髓、开窍醒神为基本大法,其中水沟属于督脉,可开窍醒神、清热熄风;内关宁心安神、理气止痛;三阴交为肝脾肾三阴经之交会处,可疏通经脉、调理脏腑、运行周身气血;涌泉善开窍、泻热、降逆;神庭清头散风、镇惊安神;百会是调节大脑功能之要穴,善补肾健脑;四神聪透百会可加强腧穴之间的刺激;合谷配太冲称四关穴,善镇静安神、平肝熄风;悬钟善疏调肝胆气机、补髓壮骨;诸穴共奏补肾生髓、开窍醒神之功效^[13]。中药汤剂中以人参、石菖蒲共为君药,功擅补脾益肺、安神益智,且石菖蒲开窍豁痰、醒神益智,二药相伍,可增强醒神益智之效。黄芪升阳利水、益气固表;白术健脾益气、燥湿利水;茯苓利水渗湿、宁心安神;三药共为臣药,可增强健脾利水之功,使痰浊从小便而解。佐以益智仁温脾摄唾、暖肾固精;远志安神益智、祛痰开窍;半夏燥湿化痰、消痞散结。炙甘草和中缓急,调和药性。诸药共奏开窍豁痰、醒神益智之功效^[14]。

本研究结果发现,联合组临床疗效优于对照组;治疗后,联合组患者的 MMSE 评分、ADL 评分显著高于对照组;总体 CDR 分级和智能减退、表情呆板、气短懒言、四肢乏力等中医证候积分低于对照组;提示中医特色诊疗技术配合身心治疗措施能显著改善老年痴呆患者的认知功能及日常生活活动能力,缓解临床症状,提升总体治疗效果。这可能与针刺法可改善脑部小动脉、微动脉的血管弹性,增加脑功能区血流量和血氧供应,改善脑皮质、海马区的功能有关^[15]。另外药理学研究显示:中药方中人参、黄芪等补益类中药所含的皂苷、多糖可改善自噬功能,加速对 A β 蛋白的清除,抑制海马神经元细胞的凋亡而改善认知功能^[16-17];石菖蒲所含的 β -细辛醚可抑制 A β 沉积,下调 NF- κ B 信号通路活性而抑制星形胶质细胞活化;石菖蒲挥发油可调节神经突触可塑性而促进突触形成,从而改善认知功能^[18]。

综上所述,中医特色诊疗技术配合身心治疗措施有助于改善老年痴呆患者的认知功能及日常活动能力,提高临床疗效。

参 考 文 献

[1] 李婉琳,宋勋,叶亮,等.阿尔茨海默病发病机制及药物治

疗方法研究进展[J].中国临床神经科学,2021,29(5):581-589,596.

[2] 王达,韩瑞兰,罗焱.阿尔茨海默病相关靶点及治疗药物研究进展[J].内蒙古医科大学学报,2021,43(4):442-445,448.

[3] 赤艺,程为平,温伟.中医治疗痴呆病研究进展[J].陕西中医,2020,41(10):1507-1509.

[4] 李慧,刘文婷,刘廷辉,等.中医药治疗阿尔茨海默病研究进展[J].河北中医,2022,44(9):1558-1562.

[5] 中华医学会精神病学分会.中国精神障碍分类与诊断标准第三版(精神障碍分类)[J].中华精神科杂志,2001,34(3):184-188.

[6] 周小炫,谢敏,陶静,等.简易智能精神状态检查量表的研究和应用[J].中国康复医学杂志,2016,31(6):694-696,706.

[7] 张荀芳,郑彩娥,蒋小毛.康复护理 ADL 量表简介[J].中国康复医学杂志,2004,19(6):471-472.

[8] 中国老年医学学会认知障碍分会.临床痴呆评定量表简体中文版[J].中华老年医学杂志,2018,37(4):367-371.

[9] 王永炎,鲁兆麟.中医内科学[M].2版.北京:人民卫生出版社,2011:125.

[10] 管月帆.针灸联合中医辩证治疗老年痴呆的临床观察[J].中华全科医学,2015,13(3):472-474.

[11] 汪睿彤,刘珏.阿尔茨海默病的流行病学研究进展[J].中国慢性病预防与控制,2021,29(9):707-711.

[12] 廖冬颖,孔凡铭,姚杨,等.基于中医整体观念探析阿尔茨海默病病因病机[J].天津中医药,2022,39(8):1009-1012.

[13] 牟秋杰,姜婧,王鑫,等.针灸治疗阿尔茨海默病的作用机制研究进展[J].世界科学技术-中医药现代化,2020,22(8):2621-2627.

[14] 朱宁,马晓珊,陈春丽,等.益智醒脑方对阿尔茨海默病大鼠学习记忆能力及炎症因子的影响[J].陕西中医,2021,42(7):831-835.

[15] 江泰君,朱凤亚,汤莉洁,等.针刺治疗阿尔茨海默病的机制[J].中国老年学杂志,2022,42(22):5667-5671.

[16] 管秀菊,侯翰如,张立娟,等.人参-石菖蒲药对防治阿尔茨海默病的作用机制及临床应用[J].中医药导报,2020,26(12):161-163,190.

[17] 陈昱林,莫雪妮,梁国隆,等.黄芪注射液治疗轻中度阿尔茨海默病临床观察[J].亚太传统医药,2020,16(11):136-137.

[18] 石坚宏,姬丽婷,骆启晗,等.石菖蒲化学成分、药理作用及质量标志物预测分析研究进展[J].中成药,2021,43(5):1286-1290.

(收稿日期:2024-01-25)