

中医药治疗血管性痴呆的现状 & 展望

华承磊¹ 叶建新²

(1 福建中医药大学研究生部中西医结合临床 福州 350003; 2 南京军区福州总医院 福建福州 350025)

关键词: 中医药疗法; 血管性痴呆; 现状; 展望; 综述
中图分类号: R 749.13 文献标识码: A doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2010.05.075

血管性痴呆 (VD) 是脑循环障碍所致的高级神经功能全面减退的疾病, 由一系列脑血管因素导致脑组织损害而引起的获得性智能损害综合征, 包括缺血性脑血管病、出血性脑血管病以及急或慢性缺氧性脑血管病引起的痴呆, 主要表现为认知、记忆、语言、视觉机能障碍、情感或人格等方面的改变。随着人口老龄化和疾病谱的变化, VD 已成为中老年人的常见病、多发病, 在中国 VD 发病率占痴呆总数的近 50%^[1], 由此引发的一系列社会、家庭、老年病人心理、经济等各方面问题已引起人们的高度重视。近年来, 中医学者在发掘和继承前人经验的基础上, 对 VD 进行了广泛的研究, 取得了一定的成果。现将近年来 VD 的中医药治疗进展综述如下:

1 病因病机

VD 为现代医学的病名, 属中医学“呆病、痴呆、文痴、善忘”等范畴。VD 的病因病机复杂, 病情变化多端, 基本病机为本虚标实, 肾虚髓减为本, 痰阻血瘀为标, 呆傻愚笨为其主要表现, 其病位在脑, 与心肝脾关系密切, 故中医各家对本病的病因病机见地不一。王永炎院士^[2]认为, 血管性痴呆的发病多为久病入络, 且发病分两个过程, 首先是肾虚痰瘀阻脉, 其次是痰瘀蕴积酿生浊毒, 败坏脑髓, 第一次提出了“毒”的病理概念。周文泉等^[3]认为, 血管性痴呆的病机是脏腑亏虚为本, 包括肾精亏虚和心气亏虚, 实则痰湿蒙蔽、瘀血痹阻、痰瘀阻络等。田金洲等^[4]认为, 痴呆为神志病, 乃人至老年, 肾精衰枯, 髓减脑消, 神机失用所致, 以虚、痰、瘀为主要病理改变。刘兴山等^[5]亦提出了血管性痴呆其本在肾, 肾精亏虚, 心肾不交, 痰浊瘀血浊毒痹阻脑络, 脑髓失养, 神明失用是病机关键。

2 辨证分期

2.1 辨证 关于 VD 的辨证分型有多种, 目前尚未有统一的分型标准。中国中医药学会内科分会延缓衰老委员会制定的 VD 的诊断、辨证及疗效判定标准^[6], 将 VD 分为 7 个类型: 肾精亏虚证、痰浊阻窍证、瘀血阻络证、肝阳上亢证、火热内盛证、腑滞浊留证、气血亏虚证。《中医心脑血管病学》将本病分为 5

型: 肾虚髓亏证、脾虚气陷证、风痰阻络证、瘀阻脑络证、心火亢盛证^[7]。马云枝^[8]将本病分为 3 型: 肾精亏耗、髓海不足型, 气虚血滞、瘀血阻络型, 痰瘀交互、浊毒内生型。李晓宏^[9]将本病分为 2 型: 气虚血瘀型、痰浊阻窍型。虽然分型不尽相同, 但总归为虚实两大证候, 并以脏腑辨证为主, 兼顾病因辨证。

2.2 分期 分期论治是近年来一些学者从中医基本理论出发, 结合现代医学对 VD 不同病理阶段病程演变规律的研究提出的较新颖的观点。现代医学将痴呆分为 4 期: 前驱期、早期、中期、晚期^[10]。周文泉等^[11]认为在 VD 的症候演变中, 大致可分早、中、晚 3 个阶段: 早期阶段多为实多虚少, 以痰瘀阻窍、阴虚阳亢为特点; 中期阶段疾病迁延, 耗伤正气, 虚实并见, 以痰瘀阻窍与肝肾不足并重为其特点; 晚期阶段虚多实少, 以肝肾阴虚为主, 兼有痰瘀阻窍为其特点。谢颖桢^[12]报道, 王永炎院士将血管性痴呆分为平台期、波动期、下滑期。陈忠义等^[13]认为 VD 的病情演变存在稳定、波动、下滑的趋势: 稳定期以虚实兼夹、虚实相对平衡为病理特征; 波动期以痰浊瘀阻、蒙闭清窍或痰热上扰等浊实之邪壅盛为主要病理特征; 下滑期以痰浊瘀热壅盛、邪盛正虚为病理特征。

3 诊断标准

3.1 西医诊断标准 采用 1994 年美国精神病学会《精神障碍诊断与统计手册》(DSM-IV) 血管性痴呆诊断^[14]: (1) 发生多方面认知缺陷, 表现为以下二者: 记忆缺陷 (不能学习新资料或不能回忆所学到的资料); 至少有下列认知障碍之一: 失语、失用 (虽然运动功能没有问题, 但不能执行动作)、失认 (虽然感觉功能没有问题, 但不能认识或识别物体)、执行管理功能的障碍 (即计划、组织、安排次序、抽象等)。(2) 以上认知缺陷导致社交或职业功能缺陷, 并可发现这些功能明显不如以前。(3) 存在局限性神经系统体征与症状 (例如: 深腱反射亢进、伸跖反射、假性球麻痹、步态障碍、某一肢体软弱), 或有提示脑血管疾病的实验室依据 (例如: 涉及皮层及白质的多梗塞) 并可认为是此障碍的病因。(4) 这些缺陷并非由于谵妄

[23] 廖运河. 黄连解毒膏治疗烧伤 30 例临床观察 [J]. 中医药导报, 2007, 13(8): 54
[24] 柴峰, 李静波, 蔡纪堂. 黄连解毒汤油纱条治疗外耳道湿疹疗效观察 [J]. 辽宁中医杂志, 2006, 44(8): 978-979
[25] 王建良. 黄连解毒汤配合刺络拔罐治疗带状疱疹 43 例疗效分析 [J]. 中国学校卫生, 2006, 27(11): 960-961
[26] 赤松浩彦 (日). 黄连解毒汤对血液透析后瘙痒的有效性 [J]. 国外医学·中医中药分册, 2005, 27(1): 32
[27] 胡新霞, 周卫东. 五味消毒饮合黄连解毒汤治疗痤疮 30 例 [J]. 辽宁中医杂志, 2004, 31(11): 942
[28] 段连凤, 王茂生, 陶永玲, 等. 黄连解毒汤联合湿润烧伤膏治疗急性白血病化疗后肛周感染疗效观察 [J]. 中国中医急症, 2008, 17(9): 1 223, 1 258
[29] 徐伟, 许红霞. 加味黄连解毒汤灌肠治疗急性肛窦炎 81 例 [J]. 吉林中医药, 2004, 24(12): 29
[30] 王令燕, 李淑华, 姜进光. 黄连解毒汤配伍五味消毒饮治疗普通外科感染的疗效观察 [J]. 中华现代中西医杂志, 2005, 3(2): 155
[31] 汤忠华. 黄连解毒汤配合青敷膏外敷治疗类丹毒 23 例 [J]. 河北中医, 2002, 24(6): 446

所致。

3.2 中医诊断标准 根据中华人民共和国卫生部制定颁布的《中药新药临床研究指导原则》关于“中药新药治疗痴呆的临床研究指导原则”进行诊断：(1)记忆：记忆能力，包括记忆近事及远事的能力减弱。(2)判定：判定认知人物、物品、时间、地点能力减弱。(3)计算：计算数字、倒数数字能力减弱。(4)识别：识别空间位置和结构能力减弱。(5)语言：口语能力、文化程度高者的阅读和书写能力障碍。(6)思维：抽象思维能力减弱。(7)个性：性情改变。(8)人格：性格特征改变。(9)综合生活能力的减弱。

4 治疗

4.1 中药汤方治疗 王发渭等^[15]采用自身前后交叉对照的方法观察参龙汤治疗轻中度 VD 患者 18 例，临床总体有效率为 67%；参龙汤对 VD 患者的认知障碍和行为均有明显改善作用，其有效率明显优于安慰剂 ($P < 0.05$)；而且该药能提高 VD 患者的智力量表成绩，改善其日常生活自理能力、临床症状和神经功能的缺损，对 VD 患者血脂、血液黏度及脑葡萄糖代谢亦有一定改善作用。吕少起^[16]以益智清心化痰汤治疗 VD 36 例，其有效率为 83.3%，说明益智清心化痰汤能明显改善 VD 患者神经功能，提高其日常生活能力。黄赛忠等^[17]以参芪益智汤加减治疗血管性痴呆 30 例，对照组 28 例服脑复康片，结果治疗组总有效率为 86.67%，对照组为 64.29%，两组总有效率比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。

4.2 中成药治疗 沈晓东等^[18]选取女性 VD 患者 31 例，将其随机分为中药治疗组（治疗组）16 例和西药对照组（对照组）15 例，治疗组给予由补肾健脾、养血活血方制成的复方胶囊制剂，对照组予西药喜得镇治疗，结果治疗组疗效优于对照组，两组比较有显著性差异 ($P < 0.05$)。许东梅等^[19]选取 VD 患者 120 例，将其随机分为治疗组与对照组各 60 例，治疗组采用养血清脑颗粒，对照组采用脑复康片，两组病人在治疗前后分别用 MMSE、HDS、ADL 量表进行日常行为能力评价。结果治疗组患者治疗后认知、行为能力均较治疗前明显改善 ($P < 0.05$)。郭维玲等^[20]选取 VD 患者 60 例，将其随机分为治疗组与对照组各 30 例，治疗组采用步长脑心痛胶囊，对照组采用都可喜片，结果治疗组总有效率高与对照组 ($P < 0.05$)，其血液流变学指标改善更明显，且未发现明显不良反应。

4.3 单味中药提取物的治疗 谭佩珍等^[21]研究显示，葛根素可增加葡萄糖摄取，降低脑耗氧量，增加毛细血管开放数目，改善脑循环及血液动力学，扩张大脑微动脉，增加血流量进而改善 VD。王芳^[22]研究提出，三七总皂苷可能通过扩张脑白质的供养动脉 - 终末动脉，改善微循环，增加其供血，干预 VD 形成的危险因素等途径防治 VD。徐瑞霞等^[23]研究显示，淫羊藿苷可通过升高 VD 大鼠大脑皮质及海马组织中的超氧化物歧化酶活性，减少丙二醛生成，抑制神经细胞内脂质过氧化作用；增加海马内

ChAT 及 AChE 表达，促进海马内神经细胞功能的恢复；增强海马 CA1 区线粒体的功能，抑制皮质和海马神经细胞凋亡等途径改善 VD 大鼠的学习记忆能力。

4.4 针灸治疗 针灸疗法因其具有激发经气、通经活络、调整脏腑气血阴阳、醒脑开窍的独特作用而日益受到研究者的重视。包烨华等^[24]将 60 例 VD 患者随机分为头穴久留针组、头针电针组和药物治疗组，头穴久留针组顶中线、额中线、双侧顶旁 1 线，静留针 10h，1 次/d；头针电针组取穴同头穴久留针组，针刺得气后接 G6805 电针仪，连续波，频率 240 次/min，留针 30min。结果头穴久留针组与头针电针组均可促进 VD 患者的智能、社会功能的恢复。赵宏等^[25]采用电针治疗中、重度 VD 患者，方法为针刺印堂、百会、风府、风池、太阳穴、合谷、太冲，双太阳穴、百会、风府穴加电针，并与西药舒脑宁（甲磺酸二氢麦角碱缓释片）组相对照。结果治疗组近期疗效和远期疗效均优于对照组。李岩等^[26]用针刺疗法对 VD 患者进行治疗，治疗组用针刺法治疗，取神庭、上星、本神（双）、头维（双）、率谷（双）、四神聪、百会等穴位，对照组口服都可喜。结果显示针刺疗法治疗 VD 在改善腰膝酸软、倦怠思卧、表情呆板、思维迟钝、小便失禁等临床症状方面均优于单纯口服都可喜。

4.5 针药合用治疗 目前临床采用针灸配合中药治疗 VD 已经取得了较好的疗效。赵惠等^[27]采用原络配穴为主联合都可喜治疗 VD 患者 66 例，结果能提高血管性痴呆患者简易精神状态检查量表（MMSE）、Hachinski 缺血量表（HDS-R）及日常生活活动量表（ADL）的评分，临床总有效率与对照组比较差异有显著性意义 ($P < 0.05$)。孟繁烨^[28]采用针刺配合养血清脑颗粒治疗 VD 患者 70 例，对照组采用口服尼莫地平片治疗，结果治疗组有效率高于对照组 ($P < 0.05$)。何希俊^[29]用针刺加胞二磷胆碱治疗 VD 患者 20 例，并设西药对照组 20 例，结果针药组显效 15 例，有效 4 例，无效 1 例，总有效率 95%。治疗后两组智能及疗效均有明显改善 ($P < 0.01$)，且针药组较西药组显著 ($P < 0.01$)。

5 问题与展望

综上所述，中医药对于血管性痴呆的病因病机特点、辨证分型、治法等方面的研究均取得了一定的进展，并逐步深入。但临床研究仍存在不少问题，主要表现在大多数临床研究仍以小样本的回顾性报道为主，缺乏大样本、多中心、随机对照的前瞻性研究，多数未采用公认的阳性西药作对照，辨证分型不统一，诊断及疗效判断标准不统一，未采用严格设计方案，使疗效差异大，各种疗效间无法比较，可操作性差。中医药治疗本病具有独到的优势，但要取得突破性进展，还需要科研思路和方法的客观性、科学性和规范化、标准化上进一步提高，可以使用血清学指标、痴呆量表、影像学指标来评价疗效。随着中医药研究的不断深入，尤其是分子生物理论

与技术等相关学科在中医药研究中的渗透与应用,血管性痴呆的发病机制及中医药治疗血管性痴呆的作用机制将被逐一揭示,届时,传统医药将在老年医学领域,尤其是血管性痴呆的治疗中,发挥难以替代的作用。

参考文献

[1] Davis K,Cohen RA , Paul RH , et al . Computer - mediated measurement and subjective ratings of white matter hyperintensities in vascular dementia:relationships to neuropsychological performance [J].Clin Neuropsychol,2004,18(1):50-62
[2]王永炎,张伯礼.血管性痴呆现代中医临床与研究[M].北京:人民卫生出版社,2003.49
[3]周文泉,于向东.关于血管性痴呆研究的思考[J].中医杂志, 2002 ,42 (4):9
[4]田金洲,刘中崕.老年痴呆的中医药研究思路[J].中国医药学报, 2000 ,15 (5): 72
[5]刘兴山,王静慧.补肾活血化瘀法治疗血管性痴呆的临床研究[J].中国老年学杂志, 2005 ,25 (6):657-659
[6]田金洲,韩明向,涂晋文,等.血管性痴呆的诊断、辨证及疗效判定标准[J].北京中医药大学学报, 2000 , 23 (5): 16-19
[7]高希言,牛学恩,陈军,等.中医心脑病学[M].北京:中国中医药科技出版社, 2000.289
[8]马云枝.血管性痴呆的论治[J].河南中医,2000,20(4): 1-2
[9]李晓宏.辨证治疗血管性痴呆 37 例[J].云南中医中药杂志,2002,23 (2): 9-10
[10] 王德生, 张守位. 老年性痴呆 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.307-308
[11]周文泉, 李祥国.实用中医老年病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001.739
[12]谢颖桃,高颖,邹记怀,等.血管性痴呆分期辨证及综合治疗的探讨 [J].北京中医药大学学报,2001,24(3): 3-5
[13]陈忠义,李寅超.张发荣教授治疗血管性痴呆的经验[J].福建中医药,2003,34(4): 19-20

[14]American Psychiatric Association. Diagnosrtic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)[M]. 4th ed. Washington DC: American Psychiatirc Association,1994.143
[15]王发渭,姜楠,全战旗,等.血管性痴呆患者应用参龙汤改善神经功能缺损的临床观察[J].中国临床康复,2004,8(4): 679
[16]吕少起.益智清心化痰汤治疗血管性痴呆 36 例[J].临床合理用药, 2008,9(1): 31-32
[17]黄赛忠,袁志兴,严立平,等.参芪益智汤治疗血管性痴呆的疗效观察[J].湖北中医杂志,2002,24(4): 6
[18]沈晓东,沈双宏.补肾健脾养血活血方对女性血管性痴呆患者性激素和血脂水平的影响 [J]. 世界中西医结合杂志,2008,3(3): 151-153
[19]许东梅,张燕柳,马新乔.养血清脑颗粒治疗血管性痴呆 60 例疗效观察[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(9): 64
[20]郭维玲,刘盛军,林维进.步长脑心通胶囊治疗血管性痴呆疗效观察[J].中国中医急症,2009,18(5): 696-711
[21]谭佩珍,龙浩文,彭红莉,等.葛根素治疗血管性痴呆的临床观察[J].中华现代医学与临床,2005,2(1): 15
[22]王芳.三七皂苷干预血管性痴呆危险因素的研究进展[J].实用中西医结合临床,2006,6(5): 88
[23]徐瑞霞,吴芹,龚其海,等.淫羊藿苷防治血管性痴呆的实验研究 [J].四川生理科学杂志,2004,26(4): 174
[24]包烨华,冯伟民,朱国祥,等.头穴久留针治疗血管性痴呆的随机对照研究[J].中国针灸,2004,24(2): 81
[25]赵宏,曹乃钊,刘志顺,等.电针治疗中重度血管性痴呆疗效观察[J].针灸临床杂志,2006,22(1): 27
[26]李岩,赵桂君,赵军,等.针刺疗法治疗血管性痴呆的临床研究[J].中医药信息, 2009,26(2): 78-79
[27]赵惠,孙忠人,孙远征,等.原络配穴为主治疗血管性痴呆疗效观察 [J].中国针灸,2004,24(8): 525-527
[28]孟繁焯.针刺配合养血清脑颗粒治疗血管性痴呆临床观察[J].中国实用神经疾病杂志,2009,12(23): 76-77
[29] 何希俊.针药并用治疗血管性痴呆 20 例观察 [J]. 中医药学报, 2001,19 (3): 267

(收稿日期: 2010-06-29)

(上接第 87 页)症、重返工作岗位再创人生价值的一些真人真事,帮助病人克服药物治疗中的反应,通过心理护理,病人各个方面情况都比较稳定。

1.2 恐惧悲观绝望型 (375 例) 多见于农民和下岗人员,这类病人获知自己患了晚期癌症,面对残酷的事实,思想负担很重,内心痛苦不言而喻。病人往往表现为忧虑、恐惧、沮丧、孤独和绝望,情绪变化无常,往往丧失了继续生活的信心,使病情不断恶化。护士应亲切与病人交谈,注意倾听病人的主诉,在检查治疗操作过程中,要讲明治疗的重要性和必要性,以取得合作。同时多讲一些现代医学发展进步情况,以及同类疾病被治愈或缓解的实例,从心理上消除悲观绝望恐惧,树立战胜疾病的信心。

1.3 抑郁型 (389 例) 此型一般是晚期癌症在全身衰竭状态下出现的主要表现,精神淡漠、萎靡不振、表情呆板、沉默寡言,机体经受癌痛折磨,精神受到死亡威胁已经崩溃。护理人员应随时主动关心病人,给予精神上的支持和生活上的照料,以满足病人的一切要求。在操作上应尽量减少病人痛苦,护理人员应熟练掌握过硬的静脉穿刺技术,达到一针见血、抢救及时的效果,可使病人从心理上增强信任感,从而保证治疗工作的顺利进行。

2 晚期癌症病人的生活护理

做好晚期癌症病人的生活护理是做好晚期癌症病人心理护理的前提条件。提供一个优质的生活环境,将患者安排在单人或小病房,注意把生命垂

危的病人与一般的病人隔离开,减少恶性刺激。允许家属陪伴,给予充足的营养,少食多餐,按照病人的饮食习惯提供家庭饭菜。为患者洗头、擦背。癌症晚期多出现恶液质,加上长期卧床,易发生褥疮,护理上应定时翻身、擦背、按摩受压处。睡眠差者口服安眠药,一定要看药下肚,以防万一。

3 晚期癌症病人的疼痛护理

晚期癌症病人最感痛苦和恐惧的问题是难以忍受的疼痛。疼痛不仅影响病人睡眠、饮食、活动和情绪,还使病人和家属感到失望。护士应主动陪伴,询问疼痛的情况,耐心听取病人的倾诉,辅以按摩,转移患者的注意力,以减轻疼痛。在病情允许的情况下,护士应主动应用止痛剂。为了最大限度地减轻病人的痛苦,一般在疼痛开始时即给止痛剂,做到随时适量应用,不要待疼痛已难以忍受时再使用止痛剂,基本上不限制止痛剂的种类,而以达到止痛目的为度。

4 晚期癌症病人的临终护理

临终阶段是人生不可避免的经历,也是人生最忧心忡忡的阶段。晚期癌症病人均有不同的肉体上和精神上的双重折磨,护士要理解晚期癌症病人的心理需求,在不违背医疗原则的情况下,应尽量增加病人与家属的会面,满足病人的要求,同意探视等。护士在病人面前应保持温柔、愉快、镇静的表情,热情安慰病人家属,做好心理劝慰。对晚期癌症患者临终期的心理护理,实质是调整患者的情绪,使患者在临终期获得精神上的最大的满足。

(收稿日期: 2010-01-13)