

# 针灸治疗脑梗死后认知功能障碍的效果

孟凡杰

天津市宁河区中医医院

DOI:10.32629/ffcr.v3i9.20065

**[摘要]** 目的：本文旨在通过对照试验分析对脑梗死患者实施针灸治疗后对其认知功能障碍的影响。方法：选择2024年1月至2025年1月一年内我院收治的脑梗死患者100例，将其按照随机分组方法分为对照组（n=50，使用常规西药治疗）和观察组（n=50，使用针灸治疗），对比两组患者的认知功能（记忆、语言、视空间、执行功能）、症状改善效果（记忆力减退、注意力不集中、思维迟缓、语言障碍）以及生活质量。结果：经过治疗，观察组各项指标优于对照组，有统计学意义（ $P < 0.05$ ）。结论：针灸治疗可有效提高脑梗死患者认知功能并促进症状改善。

**[关键词]** 脑梗死；针灸；认知功能障碍；临床效果

中图分类号：R246.6 文献标识码：A

## Effect of Acupuncture and Moxibustion on Cognitive Dysfunction after Cerebral Infarction

Fanjie Meng

Tianjin Ninghe District Traditional Chinese Medicine Hospital

**Abstract:** Objective: Analysis of the effect of acupuncture and moxibustion on patients with cognitive impairment after cerebral infarction. Methods: 100 patients with cerebral infarction were randomly divided into the control group (n=50, conventional western medicine treatment) and the observation group (n=50, acupuncture and moxibustion treatment). Result: The observation group showed better improvement in cognitive function ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Acupuncture and moxibustion can improve the cognitive function of patients with cerebral infarction.

**Keywords:** Cerebral infarction; Acupuncture and moxibustion; Cognitive impairment; Clinical efficacy

## 引言

脑梗死是临床常见脑部疾病，主要由脑部血管内部血液循环不畅导致的大脑局部缺氧、缺血引起的缺血性坏死或软化<sup>[1]</sup>。近年来，临床脑梗死发病率呈现出逐年升高的趋势，该疾病的特点是高风险、易复发，致残率、致死率极高，患病后患者常出现认知功能障碍、肢体障碍等病症，对患者生命安全以及生活质量都造成了极大的威胁<sup>[2]</sup>。随着临床医学技术发展进步，脑梗死危及患者生命的比例得以下降，但这种疾病仍然对患者的生存以及社会生活造成了极大负面影响<sup>[3]</sup>。现阶段，传统的西药治疗主要对患者的症状以及身体状况进行调整，在一定程度上改善患者认知功能，但无法根本治愈患者。针灸是中医特色治疗方法，研究显示<sup>[4]</sup>，对脑梗死患者实施针灸治疗具有显著效果，帮助患者恢复正常认知。本文旨在通过对照试验探究针灸治疗对脑梗死患者认知功能障碍的效果，具体研究见下文。

## 1 研究对象和方法

### 1.1 研究对象

选择2024年1月至2025年1月一年内我院收治的脑梗死患者100例，将其按照随机分组方法分为对照组（n=50，使用常规西药治疗）和观察组（n=50，使用针灸治疗）。其

中对照组有男性患者26例，女性患者24例，最大年龄为69岁，最小年龄为43岁，平均年龄（ $51.52 \pm 2.31$ ）岁，病变部位：脑动脉狭窄22例，动脉粥样硬化28例，病程1-9个月，平均病程（ $4.15 \pm 1.07$ ）个月；观察组有男性患者29例，女性患者21例，最大年龄为70岁，最小年龄为42岁，平均年龄（ $51.26 \pm 2.53$ ）岁，病变部位：脑动脉狭窄23例，动脉粥样硬化27例，病程1-10个月，平均病程（ $4.17 \pm 1.05$ ）个月。使用统计学软件对两组一般资料进行分析后显示，两组患者年龄、性别、病程以及病变部位等差异对研究结果无影响，无统计学意义（ $P > 0.05$ ）。

**纳入标准：**（1）所有患者均自愿参与本研究。我院伦理委员会对本研究完全知情，并批准研究。（2）所有患者均符合诊断标准并被确诊为脑梗死。（3）入选患者不存在合并心脑血管疾病。（4）患者及其家属对研究内容知情，自愿参与。

**排除标准：**（1）排除临床资料不完整的患者。（2）排除治疗依从性较差的患者。（3）排除存在传染性疾病、病情危急、身体状况不稳定的患者。

### 1.2 研究方法

#### 1.2.1 对照组

给予对照组患者血栓通注射液（生产厂家：广西梧州制药（集团）股份有限公司，批准文号：国药准字 Z45021769，产品规格：2ml:70mg 或 5ml:175mg/支）治疗：每次取 2 至 5ml，使用 20 至 40ml 氯化钠注射液进行稀释后，经静脉途径输注，每天 1 至 2 次。

1.2.2 观察组

给予患者针灸治疗：（1）选穴：选取肩髃、合谷、内关、外关、手三里、曲池、解溪、三阴交、丰隆、足三里、梁丘、血海、委中、环跳等穴位。（2）针灸操作：第一疗程在针刺上述患肢穴位的同时，配合头皮针治疗，选取患侧顶颞前斜线配项中线，以及顶旁一线进行针刺。第二及第三疗程则仅针刺患肢穴位，不再配合头皮针。所有针刺治疗均采用电针、断续波法进行刺激，每次留针 30 分钟，每日治疗 1 次，以连续治疗 10 天定义为一个疗程。

1.3 观察指标

本研究需对比两组患者的认知功能（记忆、语言、视空间、执行功能）、症状改善效果（记忆力减退、注意力不集中、思维迟缓、语言障碍）以及生活质量。

（1）认知功能：从记忆、语言、视空间、执行功能四个方面评估患者认知功能障碍的改善效果，评分越高表示认知功能越好。

（2）症状改善效果：评估治疗前后患者记忆力减退、注意力不集中、思维迟缓、语言障碍症状的改善效果，评分越高表示症状越严重。

（3）生活质量：选用 SF-36 量表从 8 个维度（生理功能、角色限制、疼痛程度、总体健康、活力、社会功能、情感健康和心理状态）全面评估患者生活质量，每项分值越高表明生活质量越高。

1.4 统计学分析

使用 SPSS 22.0 软件对数据进行分析，使用 t 和 “x±s” 表示计量资料，使用卡方和%表示计数资料，P<0.05 为有统计学意义。

2 研究结果

2.1 观察组和对照组认知功能对比

治疗后，观察组记忆、语言、视空间、执行功能评分均较对照组更高 (P<0.05)。

表 1 观察组与对照组认知功能对比 (x±s)

| 组别/例数    | 记忆 (分)     |            | 语言 (分)     |            | 视空间 (分)    |            | 执行功能 (分)   |            |
|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|          | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        | 治疗前        | 治疗后        |
| 观察组 (50) | 65.67±1.33 | 95.85±1.12 | 74.65±1.31 | 94.68±2.10 | 66.30±1.30 | 95.65±2.51 | 70.98±4.24 | 95.64±4.87 |
| 对照组 (50) | 65.68±1.32 | 93.67±1.21 | 74.64±1.30 | 93.31±2.11 | 66.17±1.20 | 94.05±2.21 | 70.31±4.14 | 93.22±4.17 |
| t        | 0.029      | 7.242      | 0.030      | 2.521      | 0.403      | 2.621      | 0.619      | 2.067      |
| P        | 0.977      | 0.001      | 0.976      | 0.015      | 0.689      | 0.011      | 0.538      | 0.043      |

2.2 观察组和对照组症状改善效果对比

语言障碍症状评分均较对照组更低 (P<0.05)。

治疗后，观察记忆力减退、注意力不集中、思维迟缓、

表 2 观察组与对照组症状改善效果对比 (x±s)

| 组别/例数    | 记忆力减退 (分) |           | 注意力不集中 (分) |           | 思维迟缓 (分)  |           | 语言障碍 (分)  |           |
|----------|-----------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|          | 治疗前       | 治疗后       | 治疗前        | 治疗后       | 治疗前       | 治疗后       | 治疗前       | 治疗后       |
| 观察组 (50) | 3.15±0.15 | 1.01±0.92 | 3.15±0.18  | 1.02±0.61 | 3.05±0.35 | 1.08±0.74 | 3.15±0.15 | 1.25±0.21 |
| 对照组 (50) | 3.14±0.17 | 1.52±0.65 | 3.21±0.19  | 1.32±0.13 | 3.11±0.18 | 1.41±0.15 | 3.12±0.14 | 2.15±0.12 |
| t        | 0.242     | 2.480     | 1.256      | 2.635     | 0.835     | 2.394     | 0.801     | 20.381    |
| P        | 0.810     | 0.016     | 0.214      | 0.011     | 0.407     | 0.020     | 0.427     | 0.001     |

2.3 观察组与对照组生活质量对比

康状况、活力、社交功能、情感角色以及心理健康评分均较

对照组更高 (P<0.05)。

表 3 观察组与对照组生活质量对比 (x±s)

| 组别  | 例数 | 生理功能       | 生理角色       | 身体疼痛       | 一般健康状况     | 活力         | 社交功能       | 情感角色       | 心理健康       |
|-----|----|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| 观察组 | 45 | 91.37±5.31 | 93.66±5.04 | 91.97±5.08 | 91.25±6.31 | 86.37±5.81 | 92.63±4.25 | 93.66±3.04 | 90.97±5.08 |
| 对照组 | 45 | 88.02±5.12 | 91.29±5.25 | 88.51±5.33 | 87.33±6.12 | 82.82±5.82 | 89.69±4.13 | 90.29±4.25 | 88.51±5.33 |

|   |   |       |       |       |       |            |       |       |       |
|---|---|-------|-------|-------|-------|------------|-------|-------|-------|
| t | - | 2.872 | 2.060 | 2.972 | 2.820 | 2.730      | 3.138 | 4.079 | 2.113 |
| P | - | 0.005 | 0.043 | 0.004 | 0.006 | 0.0080.001 | 0.002 | 0.001 | 0.038 |

### 3 讨论

脑梗死是指因脑部血液供应中断导致局部脑组织发生缺血、缺氧性坏死或软化的一类疾病,其发病率约占全部脑卒中的80%<sup>[5]</sup>。该病传统上多见于45至70岁的中老年人,但近年来流行病学数据显示,年轻患者的发病比例呈现显著上升趋势。在临床症状方面,脑梗死常表现为偏瘫、感觉障碍、失语等局灶性神经功能缺损,重症者可出现猝然昏倒、视觉改变、意识障碍,甚至因脑水肿引发脑疝和昏迷,具体症状取决于梗死灶的部位与面积。该疾病起病急骤,神经功能缺损体征多在数分钟至数小时内达峰,且其所致的脑组织损害通常具有不可逆性,可能遗留严重后遗症<sup>[6]</sup>。脑梗死后认知功能障碍是缺血性脑卒中后一种常见且严重的并发症,随着社会人口老龄化趋势的持续,该并发症的发病率呈现逐渐上升的态势。其临床表现具有多样性,核心症状主要包括记忆力减退、注意力不集中、思维迟缓、语言障碍以及计算能力下降等<sup>[7]</sup>。这些认知域的功能损害相互交织,严重削弱了患者进行日常生活活动、参与社会交往及重返工作岗位的能力,不仅给患者个人带来巨大困扰,同时也为其家庭照料者和社会支持体系带来了沉重的负担<sup>[8]</sup>。

在中医理论体系中,脑梗死后出现的认知障碍可概括为患者多因年老体虚,或久病耗损,致肝肾亏虚、气血不足<sup>[9]</sup>。肾为先天之本,主骨生髓,肾精亏虚则髓海失充,脑窍失养;肝主疏泄,肝失条达则易克伐脾土,导致脾失健运,水湿不化,聚而成痰。痰浊与瘀血互结,上扰清窍,阻滞脑络,致使神机失用,从而出现记忆力减退、思维迟钝等一系列认知功能受损的表现。由此可见,本病病位在脑,但其发生发展与肝、肾、脾等脏腑功能失调密切相关。针灸作为传统中医学的重要组成部分,在脑梗死后认知功能障碍的康复治疗中应用广泛,其发挥疗效的现代医学原理主要为:第一,针灸能够促进脑部血液循环。通过刺激特定穴位,可调节脑血管的紧张度,促使血管适度扩张,从而增加脑血流量,提升脑组织的氧气与营养供应,改善缺血区域的代谢环境,为神经功能恢复奠定基础。第二,针灸具有调节神经递质平衡的作用。研究表明,针刺能影响中枢神经系统内乙酰胆碱、多巴胺、5-羟色胺等关键神经递质的合成与释放,提高神经元之间的信号传导效率,改善突触可塑性,这对于学习、记忆等认知功能的恢复至关重要。第三,针灸可有效减轻炎症反应。脑缺血后会引发复杂的炎症级联反应,加剧继发性损伤。针灸能够调控机体免疫系统,抑制肿瘤坏死因子- $\alpha$ 、白细胞介素-1 $\beta$ 等促炎因子的过度释放,减轻神经炎症,从而保护残存的脑组织。第四,针灸还能促进神经再生与修复。其机制包括激活内源性神经干细胞,促进其增殖与向神经元分化,并刺激神经营养因子的表达,为受损脑区提供修复支持,加速神经环路的重建。在临床实践中,针灸治疗脑梗死后认知

功能障碍具有较高的安全性,通常不会引起明显的副作用或严重并发症。与药物治疗或外科手术等干预手段相比,针灸作为一种非侵入性疗法,其风险相对较低,且易于与药物治疗、康复训练等其他常规手段联合应用,从而为患者提供更为综合、个性化的整体治疗方案。在实施治疗过程中,为确保安全,针灸师会严格依据患者的病情、体质及耐受程度,审慎选择针刺穴位、刺激方法与治疗强度,以避免过度刺激引发不适。同时,患者也需积极配合,在接受治疗时保持身心放松,遵循医嘱,避免因体位不当或突然移动而导致意外情况的发生。

综上所述,在脑梗死后认知功能障碍的治疗中实施针灸治疗有助于提高治疗效果,促进认知功能提高,对患者康复具有重要积极作用。未来可持续深入研究,以期脑梗死后认知功能障碍提供更好的治疗方案。

### [参考文献]

[1]彭天忠,黄学娣,林星镇,等.解毒降糖复瘫汤联合针灸在脑梗死急性期合并糖尿病患者(气虚血瘀型)治疗中的应用价值[J].中国免疫学杂志,2025,41(8):1890-1894,1900.

[2]张健,孙岚,冯立芝,等.益智清心方联合温针灸治疗脑梗死后血管性认知障碍的临床观察[J].广州中医药大学学报,2025,42(4):900-906.

[3]李小霞,强霞霞,曹元明.温阳通络针灸法联合康复训练治疗脑梗死后上肢痉挛性偏瘫的临床效果[J].中医学报,2025,53(6):77-81.

[4]袁鹏,张婉蓉.针灸结合参芪络痹方治疗脑梗死伴颈动脉粥样硬化斑块的临床研究[J].中医学报,2025,53(5):69-73.

[5]潘海燕,张凯鑫.针灸治疗脑梗死恢复期的作用机制研究进展[J].反射疗法与康复医学,2025,6(1):195-198.

[6]陈静,贾仰春,王寒冰,等.中药泡洗结合针灸推拿康复治疗脑梗死后肩手综合症的疗效观察[J].中国实用医药,2025,20(8):145-148.

[7]梁琪,张泮,练镇飏.早期针灸治疗对急性脑梗死后偏瘫患者的康复作用[J].中国卫生标准管理,2025,16(1):144-147.

[8]郑红兰.温针灸配合推拿康复治疗脑梗死的疗效及对患者脑神经递质指标、肢体功能恢复的影响[J].中国现代药物应用,2025,19(3):141-144.

[9]钱亿飞,严中一,谢波.针灸与肢体康复训练联用对老年患者脑梗死后偏瘫的康复效果影响[J].系统医学,2025,10(4):42-45.

### 作者简介:

孟凡杰(1986.09-),女,汉族,天津宁河区人,本科,住院医师,研究方向为脑病针灸。