針刺治療腦卒中後輕度認知障礙的研究進展

Research progress in the treatment of post-stroke mild cognitive impairment by acupuncture

楊紅玲[1]，劉濤[1]，鄭健剛[2]

YANG Hongling, LIU Tao, ZHENG Jiangang

（天津中醫藥大學第一附屬醫院）

Email: jgzheng2008@163.com

〔摘要〕腦卒中後輕度認知功能障礙是一種神經心理障礙，常見於腦血管病及腦血管病後遺症。認知障礙是由缺血性或出血性腦血管病引起的大腦功能損害所導致的，常表現為記憶障礙、失語、失用、失認、失讀、視空間障礙等，給患者的日常生活、社會適應和全面康復造成極大的不便。針刺療法對罹患卒中後輕度認知障礙的患者有顯著療效。分別以「卒中，腦梗死，腦出血，輕度認知障礙，針刺」為關鍵詞，對PubMed、Cochrane、Embase、中國知網（CNKI）、萬方數據庫和維普數據庫2004年至2014年近10年收錄已發表的相關臨床研究報道進行中英文檢索，對近年來應用針刺治療輕度認知障礙的方法及操作加以歸納、總結。旨在指導臨床應用，為治療卒中後輕度認知障礙提供新的思考，並指出單純應用針刺治療本病存在的問題與展望。

〔關鍵詞〕卒中；腦梗死；腦出血；輕度認知障礙；針刺

Research Progress on Acupuncture Therapy of Mild Cognitive Impairment after Stroke

〔Abstract〕Mild cognitive imparment after stroke is a neuropsychological disorder, which is common in cerebrovascular disease and sequel of cerebrovascular disease. Congitive impairment is a brain dysfunction caused by ischemic or hemorrhagic cerebrovascular disease, which usually manifested memory impairment, aphasia, apraxia, agnosia, alexia, visual spatial barriers. All the symptoms cause great inconvenience to the patient's daily life, social adjustment and comprehensive rehabilitation. The acupuncture therapy has a significant effect on mild cognitive impairment after stroke. Respectively use"stroke, cerebral infarction, cerebral hemorrhage, mild cognitive impairment, acupuncture" as keywords on PubMed, Cochrane, Embase, CHinese HowNet(CNK), WanFangDATA and VIP database from 2004 to 2014, retrieve nearly 10-year Chinese and English collections of published clinical studies. The acupuncture therapy for mild cognitive impairment after stroke in recent years was summarized to guide the clinical application, to provide new thinking with mild cognitive impairment, and pointed out the existing problems and the prospects with simple acupuncture to treat this disease.

〔Key words〕Stroke; Infarction; Cerebral hemorrhage; MIld cognitive impairment; Acupuncture

腦卒中是祖國醫學對急性腦血管疾病的統稱，包括現代醫學的腦梗死、腦出血、腔隙性梗死、蛛網膜下腔出血等疾病。認知功能指的是大腦智力活動的各個方面，包括記憶、注意、視空

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCM All Right Reserved

間技能、概括、計算判斷與解決問題的能力。腦卒中後輕度認知障礙即血管性輕度認知障礙（vascular mild cognitive impairment，VMCI），屬於非癡呆性血管性認知障礙（vascular cognitive impairment with no dementia，VCIND），是指由缺血性卒中、出血性卒中和造成記憶認知和行為等腦區低灌注的腦血管病所致的神經心理障礙。這是一種由腦血管病變導致或與之伴隨的以獲得性、慢性進展性的認知功能輕度損害為特徵的疾病狀態，腦白質疏鬆被認為是該病常見的影像學表現[1]。臨床表現為記憶障礙、失語、失用、失認、失讀、視空間障礙等，還可伴隨有焦慮、抑鬱、激越、沖動等情感行為障礙，但尚未達到血管性癡呆（vascular dementia，VD）的狀態。研究表明約有1/3的腦卒中患者在發病後的3個月到半年的時間內出現不同程度的認知功能障礙[2]。據Schmidt等[3]的報道，急性缺血性卒中後一周時認知障礙的發生率可達61%，6個月時37%的患者仍遺留認知功能缺損，可進展為VD。國外學者Rockwood K[4]研究發現，卒中患者在發病5年後，有46%輕度VCI患者進展為VD，52%的患者最終死亡。這說明輕度認知障礙及其發展應該被受到重視，臨床早期干預十分必要。多項研究成果表明，針刺對治療卒中後輕度認知障礙療效顯著。就祖國醫學對認知障礙的認識，針刺選穴，現代針刺作用機制探討等方面對卒中後認知障礙的臨床研究現狀綜述如下。

現代醫學研究證實[5, 6]，針刺顯著降低血管收縮能力，防止血小板聚集和血栓形成，改善腦組織低血流灌注狀態，抑制炎症反應、細胞毒性、凝血反應等多種凋亡途徑，減少神經細胞的壞死和凋亡，促進腦損傷的恢復，又能促進抑制凋亡基因的表達，而抑制細胞的凋亡，進而改善認知功能；針刺又可抑制乙酰膽碱酯酶活性（AchE），從而減緩乙酰膽碱（Ach）的分解，改善認知功能。近五年，隨着針刺治療對腦卒中後認知障礙患者乃至血管性癡呆患者的廣泛應用，臨床上腧穴的選擇、針刺操作手法乃至針具的使用都越來越多樣化，各種方法皆有所長。

現代針刺治療VCI的國內報道多包含常規針刺、臨床經驗針法以及電針、電鍉針、電熱金等。針刺手法及量學要求在臨床干預的文獻中較為少見。關於不同針刺頻次在干預VMCI上的影響，潘良[7]的研究採用韓濟生院士的觀點，即「每日1次的針灸治療容易產生機體的耐受，4日1次的針灸治療能產生療效的累積，2日或3日1次的針灸治療既能有效減輕機體耐受反映，又能兼顧療效的累積「。掌握好各種方法的綜合運用，對操作手法量學要求嚴格把控，按照最有利於患者療效的針刺頻次治療，對本病的恢復至關重要。」

1 常規針刺法

1.1 頭針

頭針因有其臟腑經絡理論基礎，如《素問·脈要精微論》云：「頭者精明之府」，又如「頭者，諸陽之會也」，故頭針是臨床用於改善腦卒中後認知障礙最常使用的針刺方法。現代研究認為[8, 9]，針刺頭部穴位引發的刺激對中樞膽碱能神經系統有良性調節作用，可以激發功能較為低下的中樞膽碱能神經系統，促進其合成、分泌乙酰膽碱，達到改善記憶等認知功能的作用；還可以通過針刺，加快頭部血流流速，改變血清血管內皮生長因子，建立腦血管側枝循環而改善認知功能；刺激腦葉在頭皮表面的投影區以改善大腦皮質的功能，促進腦功能的活動。穴位選擇上，百會、四神聰、神庭、頭維、風池是治療該病被選頻率最高的穴位。

趙煜等[10]治療84例輕度認知障礙患者，分為藥物組、電針頭穴組和辨證配穴組，頭穴選取百會、四神聰、風池、神庭四個穴位，治療8周後以MMSE量表和畫鐘測驗評定療效，結果發現電

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

針頭穴組和辨證配穴組改善程度好於藥物組（P<0.01），電針頭穴組與辨證配穴組組間比較無顯著統計學意義（P>0.05），這一結果凸顯了頭穴對改善認知障礙的獨持優勢。張虹等[11]電針頭部百會、四神聰、風池、神庭的研究也證實了認知障礙患者在接受治療後其不同腦區的腦葡萄糖代謝有增高改變。值得一提的是，對臨床表現為失語的認知障礙患者也多選擇頭針。頭針可對椎－基底動脈血流動力學、血液流變學的異常狀態起到良性調節作用，能夠促進失語、失認的恢復[12]。

1.2 頭皮針

頭皮針的理論依據是認為大腦皮層的功能與相應的頭皮部位有關，通過針刺頭皮區域，達到調節大腦皮層功能乃至改善臨床常見認知障礙的症狀。有研究認為[13]在大腦皮層相應的頭皮投射區針刺可直接興奮中樞運動神經，加強神經沖動，改善大腦局部血液循環，調節大腦神經細胞的興奮性，激發細胞活化，使受損的處於半休眠狀態的細胞復蘇，甚至達到正常腦細胞的功能。

依據《中國頭皮針穴名國際標準化方案》[14]，頭皮針有國際頭針刺激線、山西省焦順發提出的頭皮針以及朱明清頭針三種。國際頭針刺激線分為額旁1線、額旁2線、額旁3線、頂顳前斜線、頂顳後斜線、枕上旁線、枕下旁線、頂旁1線、顳前級及顳後線。焦氏頭皮針以腦區劃分，即胸腔區、胃區、生殖區、運動區、感覺區、視區、平衡區、足運感區。朱明清頭針分為顳前帶、顳後帶。

謝冬玲等[15]採用事件相關電位P300及韋氏成人智力量表觀察頭皮針治療腦卒中康復期患者認知障礙的療效，將80例患者隨機分為針頭組合對照組。頭針組加用頭皮針治療，3個月後測評結果顯示頭針組P300潛錂期平均縮短時間多於對照組，從電生理角度肯定了頭皮針治療本病的有效性。王偉、傅建明等[16]將68例急性腦卒中後輕度認知障礙患者分為治療組和對照組，兩組患者全部給予神經科常規治療及認知訓練，治療組加用頭皮針，選取頂顳前斜線、頂顳後斜線等，治療2個月後以洛文斯頓作業療法認知成套測試進行療效評定，結果表明治療組改善幅度優於對照組（P<0.05）。在操作方面，王偉等[17]借鑒《針灸問對》中抽添法並加以演化形成「頭皮針抽提法」（即向外抽提「一抽數抽」的方法動作為主要持點，以緊提慢按為主，屬小幅度提插瀉法），對75例患者分組進行隨機對照實驗，得出頭皮針抽提法效果優於捻轉法的結論。這是從針刺操作手法上給本病的治療提供新的有益嘗試。

1.3 舌針

舌根處分佈着舌下神經及舌咽神經分支，局部刺激能溝通回路，形成反射，進而調節語言中樞細胞，還能使周圍未受損變性的大腦皮層進行代償作用[19]。且有研究認為，舌蒂部是與腦相應的舌穴區[18]。因此，舌針不僅可促進語言功能，還能改善大腦功能，使認知能力得到提高。

阮經文[19]在常規取穴的基礎上，加取四神聰、本神、舌三針等來配合治療，實驗組經3-4個月的治療，認知障礙的改善較未干預前有明顯提高，與對照組相比，改善非常明顯（P<0.01），體現了舌針的治療作用。

1.4 體針

體針治療卒中後認知障礙多以從軀體症狀的改善為主，進而緩解患者病後產生的焦慮、悲觀情緒，配合了頭針等其他治療，以增加治療效果。體針的取穴較為多樣化，不同的醫者通常依據患者症狀、體徵，以及個人的臨床經驗來選取不同的穴位。

孫遠征等[20]以「祛瘀通經，益智健腦」為治則，選取百會、本神、膻中、關元、神門、太

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

溪、飛揚、太白、豐隆、曲池、太沖，每日針刺1次，60日後測評，經統計，治療後記憶商增值優13例，良11例，一般4例，差3例，優良率為80%，明顯好於對照組，差異顯著（P<0.05）。王恩龍[21]對30例血管性認知障礙患者進行干預，選取百會、人中、肝俞、神門、腎俞、足三里等穴加以干預，結果發現針刺總有效率達到60%。

2 臨床經驗針法

針對VMCI的治療，不只限於常規舌針、頭針、體針或單純將三者結合使用，臨床還有一些醫家總結自身多年經驗，創立了經驗針法，常被用於治療本病。臨床經驗針法，如靳三針、頭部圍刺法、醒腦開竅針刺法、調神通絡針刺法、透刺法、「十二井穴」針刺法等，均取得較為理想的效果。

靳三針中的益智、清神類如智三針、四神針、腦三針、顳三針等均對VMCI甚至VD有良好治療效果。江剛輝等[22]以智三針、四神聰為主穴治療血管性認知障礙，對照組口服尼莫地平，經HDS與ADL量表評定，針刺組患者智力水平有顯著提高，療效優於藥物組（P<0.05）。李飛等[23]以事件相關電位P300為依據，採用辨經刺井配合顳三針治療73例早期VCI患者，研究分治療組（內科常規治療基礎上加辨經刺井配合顳三針）、常規組（內科常規治療）及以體檢健康的老人作為對照組（不予任何干預措施），4周後觀察結果，治療組P300潛伏期縮短、波幅增高及MMSE評分增加（均P<0.05，P<0.01），表明辨經刺井配合顳三針可使患者P300潛伏期縮短、波幅增高，提高了認知功能。

柳華等[24]探討石學敏院士的「醒腦開竅針刺法」是否改善缺血性腦卒中患者能力與認知功能，選穴配方上以陰經穴為主，陽經穴為輔，對88例VCI患者進行干預，對照組予常規治療，治療組在常規治療的基礎上加用「醒法」，結果日常生活能力量表（ADL）及認知功能改善方面治療組明顯優於對照組，差異有顯著性意義（P<0.05）。

許建鵬等[25]納入偏癱認知障礙患者22例，治療組用頭部圍針加體針治療，配合認知康復訓練，對照組單純進行OT、PT、ST等認知康復訓練，治療4周後以認知功能障礙篩選檢查（CCSE）和認知評定成套檢測（LOTCA）進行評定，結果治療組CCSE和LOTCA分值增加均優於對照組（P<0.01）。

陳尚傑等人[26]以「神經通絡針法」研究不同針刺方法對血管性輕度認知障礙患者3MS和MBI的影響，選穴上重用督脈、心（心包）、腎經穴位，該研究結果表明「調神通絡針法」能明顯改善VMCI的臨床症狀，但與傳統針刺相比，療效無顯著性差異。

趙惠等[27]以「原絡配穴」為主聯合安理申治療24例VMCI患者，結果表明該法能夠提高VMCI患者的MMSE評分，改善ADL評分，降低同型半胱氨酸，臨床總有效率可達83.33%，對患者智能水平和恢復生活自理能力療效顯著。以上均說明針刺某些特定穴位能切實提高中風早期患者的認知功能。

3 電針

電針因治療過程中醫者對操作強度的可控制性，具有刺激量相對客觀、可重復的特點，因而被許多同行用來進行動物實驗或臨床治療。臨床資料顯示，電針對卒中後損傷的腦組織有很好的修復作用，可減輕腦缺血時腦電活動的抑制和促進再灌注後腦電活動的恢復，通過電針治療缺

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCM All Rights Reserved

血性卒中，使海馬缺血性改變明顯減輕[28]。

趙凌等[29]將64例VMCI患者隨機分為電針組和藥物組，藥物組口服尼莫地平，電針組以「通督調髓法」針刺加電針進行干預，使用G6805-電針治療儀，施以連續波，頻率3~15Hz，強度2~4mA，刺激量以病人耐受為度。每次30min，每周3次，4周為1療程，共治療2個療程。結果電針組在每個療程治療後的MMSE量表總得分均較藥物組有顯著性改善（P<0.01）。趙宏等[30]以電針針刺上印堂、合谷、百會、風池、風府、太沖、太陽等穴研究其對腦白質疏鬆輕度認知功能障礙磁共振的影響，結果電針組療效優於對照組，兩者存在統計學差異（P<0.05）。說明電針對腦白質疏鬆MCI患者療效顯著。

4 電熱針

電熱針理論基礎源於《內經》記載的「熁針焠刺」，在針刺時可將針體溫度透至體內，閾值範圍為30℃~700℃，對因痰、濕、瘀所誘發本病的效果尤甚，可起到溫經散寒，化痰除濕，活血行氣的效果。

候小兵等[9]以「健腦益髓，化痰通絡」立論，將58例VMCI患者隨機分為電熱針組（30例）和毫針組（28組），均隔日交替針刺百會、風府、腎俞、足三里和本神、三陰交、豐隆兩組穴位，電熱針組加用電熱針儀，給予40-60mA電流量，以患者感到溫熱火脹感為度，留針30min。共治療30次。結果顯示電熱針治療VMCI患者有效，特別對改善注意力和計算力、延遲記憶、定向力方面，療效明顯優於單純毫針組。

5 針藥結合療法

周翠俠等[31]將90例患者隨機分為針刺組、中藥組和針藥組，均進行腦血管病基礎治療，並予個性化認知康復訓練。針刺組取百會、四神聰、人中、豐隆、足三里，其中百會、四神聰、人中平補平瀉，豐隆直刺，採用針尖逆經絡循行走向、重刺瀉法，足三里輕刺、久留針且針尖順經絡循行走向補法，20min/次，1次/d。中藥組以補陽還五湯合滌痰湯加減，1劑/d，分2次口服。針藥組同時予針刺組及中藥組相同治療方案，三組均10次為1療程，共治療3個療程。結果3組患者治療後評分均較前明顯提高（P<0.01），針藥組療效分別優於針刺組和中藥組（P<0.05），針刺組和中藥組療效無顯著統計學差異。說明針藥併用能改善卒中後MCI患者的認知功能，提高患者日常生活能力和運動功能，且針藥合用具有協同增效作用。

李偉等[32]按隨機數字表法將100例符合腦卒中後輕度認知功能障礙的患者分為針藥組和藥物組，每組50例。所有患者均在腦血管病治療的基礎上，針藥組予針刺結合口服尼莫地平，取百會、神庭、曲差等；藥物組予尼莫地平，共治療3個月，結果針藥組總有效率為66.7%，優於藥物組30.4%，差異有統計學意義（P<0.05）。治療後兩組MMSE、HDS-R評分和日常生活能力BI評分均有明顯提高（P<0.01），且針藥組優於藥物組。體現了針藥結合的優勢互補，療效顯著。

包宇等[33]將60例腦梗死後輕度認知障礙的患者隨即分為治療組和對照組，每組30例。兩組患者均給予神經內科入院常規治療。治療組採用針刺配合藥物，穴位選取百會、四神聰、風池、神門、三陰交、太溪、懸鍾。百會、四神聰均平刺，風池穴向鼻尖方向斜刺，得氣後行快速捻轉手法30s；神門穴沿皮膚向前刺，先補後瀉；三陰交、太溪、懸鍾直針，施捻轉補法。留針50min，

香港中醫藥學會版權所有 Copyright HKCMP All Rights Reserved

期間以200次/min頻率捻轉1min，每日治療1次。對照組單純口服藥物鹽酸多奈哌齊，0.25mg，每日1次。兩組均連續治療6d後休息1d。連續治療2個月後評價療效。結果治療組總有效率86.7%，對照組為63.3%，兩組比較差異有統計學意義（P<0.05）。顯示針藥併用能夠改善腦梗死後輕度認知障礙患者的認知功能，提高患者神經功能和日常生活能力，值得臨床推廣應用。

6 問題與展望

隨着全球老齡化的加速、卒中患者數量的持續走高，卒中後輕度認知障礙已成為繼心血管疾病、腫瘤、阿爾茨海默病之後導致老年人死亡的第四大病因。VCI的防治越來越多的受到人們的重視。現代醫學對本病的發病機制尚不完全明確，且認知障礙繼發於卒中後，必然與其原發病息息相關。目前臨床尚未有針對VCI的特效治療藥物，許多治療措施仿照VD。現階段臨床治療藥物是針對VD某一特定病理環節或早期症狀進行干預，如中樞神經系統的鈣拮抗劑、乙酰膽碱酯酶抑制劑、NMDA受體阻滯劑、抗氧化劑等，但此類單一作用靶點的西藥很難取得滿意療效。且其臨床用藥後出現的副作用也不容小覷，大多損傷肝腎功能，易引起中樞神經系統、消化系統的不良反應。

相對於西藥來說，針刺不失為治療本病行之有效的安全方法，且療程短，見效快。分析文獻研究的臨床經驗，針刺治療腦卒中後認知障礙的療效是肯定的。但臨床報道中，以針刺治療非血管性輕度認知障礙（MCI）較多，對VCI的治療及綜述都相對較少。針刺取穴方面，也是百家爭鳴、百花齊放，尚未有研究能夠證明哪種針刺方法對本病最為有效，各類針法效果相當，因此針對本病的特效針刺方法還有待於進一步研究。

文獻種類及質量方面，多中心、大樣本的臨床隨機對照試驗（RCT）研究較少，且研究水平普遍不高。無論從針刺選穴還是針刺手法量學的具體操作上都沒有統一規範的標準，使得研究結果之間的可比性、可信度都大幅降低，因而研究結果在臨床上推廣運用較為困難。因此，在以後的研究中，科研工作者必須進行嚴格的RCT，運用現代循證醫學的研究方法，進行高質量的方法學和文獻的系統評價，以明確針刺治療卒中後認知障礙行之有效的穴位、優勢配穴方案及制定規範的針刺操作標準，這樣才能更加清楚地闡明針刺對本病可能的作用機制。最後，一些現代的神經電生理、神經影像學技術在針灸科研和治療認知障礙的臨床應用較少，這在客觀上制約了針刺治療本病的發展以及針刺在國際上的推廣。

參考文獻：

〔1〕潘良，周麗，胡慧．不同針刺頻次對血管性輕度認知障礙的影響〔J〕．上海針灸雜誌，2013,03:175-177.

〔2〕Jia JP, Jia M, Zhou W D. et al. Differential acetylcho-line and cholineconcentrations in the cerebrospinal fluid of patients with Alzheimers disease and vascu lard em entia〔J〕. Chin Med J. 2004,117(5):11691-1164.

〔3〕Waxman SG. Correlative Neuroanatomy〔M〕. 北京：人民衛生出版社，2001:264.

〔4〕Rockwood K. Vascular cognitive impairment and vascular dementia〔J〕. J NeurolSci, 2002, 203-204:23-27.

〔5〕何利雷，閆兵，羅任，等．電針對血管性癡呆大鼠學習記憶能力及血漿TXB_2和6-keto-PGF_(1a)含量的影響〔J〕．上海針灸雜誌，2007.04"44-46.

〔6〕王黎，賴新生．血管性癡呆大鼠海馬白細胞介素-1B、腫瘤壞死因子-a含量變化及電針對其干預的研究〔J〕.針刺研究，2007,01:34-37.

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

〔7〕潘良，周麗，胡慧．不同針刺頻次對血管性輕度認知障礙的影響〔J〕．上海針灸雜誌，2013,03:175-177．

〔8〕王凡，歐陽鋼，賈少微．用單光子發射CT觀察針刺不同側頭皮運動區對中風患者腦血流量的影響〔J〕．中國針灸，2004,05:49-52．

〔9〕俞昌德，吳炳煌，張晶，等．顱針與頭針對急性腦梗死患者血清血管內皮生長因子影響的觀察〔J〕．中國針灸，2006,07:466-468．

〔10〕趙煜，張虹，趙凌．電針頭穴治療輕度認知障礙療效觀察〔J〕．四川中醫，2012,02:112-114．

〔11〕張虹 洪肖娟．電針頭穴「通督調神」治療腦病〔A〕．中國針灸學會.2011中國針灸學會年會論文集(摘要)〔C〕.中國針灸學會:2011:5．

〔12〕楊紅玲，鄭健剛．針刺治療中風失語症的研究進展〔J/CD〕．中華針灸電子雜誌，2013,2(6)：286-290．

〔13〕張平，倪蘭枝.風池、風府穴在中風後遺症中的應用研究〔J〕．中國針灸，1998,12:39-40．

〔14〕閔友江，姚海華，邵水金，等。淺析《頭針穴名國際標準化方案》的科學性〔J〕．中國針灸，2007,08:612-616．

〔15〕謝冬玲，朱麗芳，劉惠宇，等．頭皮針治療對腦卒中患者康復期認知功能的影響〔J〕．中國康復醫學雜誌，2007,09:834-835．

〔16〕王偉，傅建明，顧旭東，等．頭皮針刺結合認知訓練對急性期腦卒中患者認知功能的療效觀察〔J〕．中國康復理論與實踐，2009,11:1046-1048．

〔17〕王偉，傅建明，顧旭東，等．頭皮針抽提法配合認知訓練對康復期腦卒中患者認知功能的療效觀察〔J〕．中華中醫藥學刊，2012,11:2578-2580．

〔18〕孫介光，孫雪然．實用舌針學．北京：人民軍醫出版社，2008:89．

〔19〕阮經文，鄭沛儀，溫明，等．針刺對中風早期患者認知功能影響的臨床觀察〔J〕．針刺研究，1999,03:223-226．

〔20〕孫遠征，祝鵬宇，張艷．原絡通經針法結合口服安理申治療輕度認知障礙30例〔J〕．中國中醫藥科技，2007,03:180．

〔21〕王恩龍．針刺治療血管性癡呆30例〔J〕．遼寧中醫學院學報，2004,6(1):43-43．

〔22〕江鋼輝，陳振虎，賴新生．針刺智三針和四神聰穴治療血管性癡呆的臨床研究〔J〕．廣州中醫藥大學學報，2003,04:271-273．

〔23〕李飛，蔡榮林，翟亮，等．辨經刺井配合顳三針對早期血管性認知障礙患者P300的影響〔J〕．中國針灸，2013,09:784-788．

〔24〕柳華，王毅，任惠，等．針刺對缺血性腦卒中患者ADL能力和認知功能的影響〔J〕．中國康復醫學雜誌，2006,05:444-448．

〔25〕許健鵬，肖淑傑，郭華珍．頭部圍針加體針治療偏癱認知障礙的臨床觀察〔J〕.針灸臨床雜誌，2002,10:6-7．

〔26〕陳尚傑，朱芬，歐伊娜，等．不同針刺方法對血管性輕度認知障礙患者3MS和MBI的影響〔J〕．中國中醫藥科技，2009,01:66-67．

〔27〕趙惠，孔波，喻巍，等．原絡配穴為主治療血管性輕度認知障礙24〔J〕．針灸臨床雜誌，2011,05:36-38．

〔28〕應賽霞，程介士．電針對沙鼠腦缺血及再灌注時腦電活動的影響〔J〕．針刺研究，1994,01:29-32．

〔29〕趙凌，張富文，張虹，等．電針「通督調髓」法改善輕度認知功能障礙患者認知功能的療效觀察〔J〕．中國老年學雜誌，2010,10:1321-1323．

〔30〕趙宏，曹乃釗，劉志順，等．電針治療中重度血管性癡呆療效觀察〔J〕.上海針灸雜誌，2006,04:8-10．

〔31〕周翠俠，崔曉，倪歡歡，等．針藥結合認知訓練干預腦卒中後輕度認知障礙療效觀察〔J〕．神經病學與神經康復學雜誌，2011,04:161-164．

〔32〕李偉，程艷紅，于曉剛．針藥結合對腦卒中後輕度認知功能障礙的影響〔J〕.中國針灸，2012,01:3-7．

〔33〕包宇，鄒偉，孫曉偉．針藥併用治療腦梗死後輕度認知障礙療效觀察〔J〕.上海針灸雜誌，2012,07:470-472．

（編委：莫飛智審校 2016.07.10）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCMA All Rights Reserved