

针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗颈性眩晕急性期临床观察

王仁, 章帆, 潘照, 忻巧娜, 沈崇明

宁波市鄞州第二医院, 浙江 宁波 315192

[摘要] 目的: 观察针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗颈性眩晕急性期的临床疗效。方法: 选取 134 例颈性眩晕急性期患者为研究对象, 按随机数字表法分为对照组 65 例与观察组 69 例。2 组均进行常规治疗, 对照组在常规治疗基础上加黄芪桂枝天麻汤, 观察组在对照组基础上给予针刺治疗。观察 2 组治疗前后中医症状积分、颈性眩晕症状与功能评估量表评分、血液黏度及左侧椎动脉 (LVA)、右侧椎动脉 (RVA)、基底动脉 (BA) 的收缩期血流峰值速度 (PSV) 的变化, 并评价 2 组临床疗效及安全性。结果: 与治疗前比较, 治疗后 2 组中医症状积分均下降 ($P < 0.01$); 治疗后观察组中医症状积分低于对照组 ($P < 0.01$)。与治疗前比较, 2 组颈性眩晕症状与功能评估量表评分均升高 ($P < 0.01$); 治疗后观察组颈性眩晕症状与功能评估量表评分高于对照组 ($P < 0.01$)。与治疗前比较, 治疗后 2 组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平均降低 ($P < 0.01$), 观察组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平较对照组降低更明显 ($P < 0.01$)。与治疗前比较, 治疗后 2 组 LVA-PSV、RVA-PSV、BA-PSV 均升高 ($P < 0.01$), 观察组 LVA-PSV、RVA-PSV、BA-PSV 比对照组升高更明显 ($P < 0.01$)。观察组总有效率 92.75%, 对照组总有效率 78.46%, 2 组比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗颈性眩晕急性期患者, 可有效降低血液黏度, 提高椎-基底动脉收缩期血流速度, 缓解临床症状, 治疗效果显著, 安全性好。

[关键词] 颈性眩晕; 急性期; 针刺; 黄芪桂枝天麻汤; 血液黏度; 症状积分; 血流速度

[中图分类号] R246.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 10-0170-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.10.049

Clinical Observation on Acupuncture Combined with Huangqi Guizhi Tianma Tang for Cervical Vertigo at Acute Stage

WANG Ren, ZHANG Fan, PAN Zhao, XIN Qiaona, SHEN Chongming

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of acupuncture combined with Huangqi Guizhi Tianma tang for cervical vertigo at acute stage. **Methods:** Selected 134 cases of patients with cervical vertigo at acute stage as study subjects, and divided them into the control group and the observation group according to the random number table method, 65 and 69 cases in each group respectively. The two groups received routine treatment. The control group was additionally treated with Huangqi Guizhi Tianma tang and the observation group was additionally treated with acupuncture based on the treatment of the control group. Observed changes in Chinese medicine symptom scores, scores of evaluation scale for cervical vertigo (ESCV), blood viscosity, peak systolic blood flow velocity (PSV) of the left vertebral artery (LVA), the right vertebral artery (RVA), and the basilar artery (BA) before and after treatment, and evaluated the clinical effect and safety in the two groups. **Results:** The Chinese medicine symptom scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). After treatment, the Chinese medicine symptom score in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.01$). Scores of ESCV in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). After treatment, the score of ESCV in the observation group was higher than that in the control group ($P < 0.01$). Levels of the whole blood viscosity at high shear rates, the whole blood viscosity at low shear rates and the blood viscosity in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.01$). Levels of the whole blood viscosity at high shear rates, the whole blood viscosity at low shear rates and the blood viscosity in the observation group were decreased more significantly than those in the control group ($P < 0.01$). Levels of PSV of LVA, RVA, and BA were increased

[收稿日期] 2017-12-29

[基金项目] 宁波市自然科学基金项目 (2016A610189)

[作者简介] 王仁 (1982-), 男, 主治医师, 主要从事中医内科临床工作。

[通信作者] 章帆, E-mail: zf423@163.com。

when compared with those before treatment($P < 0.01$). Levels of PSV of LVA, RVA, and BA in the observation group were increased more significantly than those in the control group($P < 0.01$). The total effective rate was 92.75% in the observation group and 78.46% in the control group, the difference being significant($P < 0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups($P > 0.05$). **Conclusion:** The therapy of acupuncture combined with Huangqi Guizhi Tianma tang for patients with cervical vertigo at acute stage can effectively reduce the blood viscosity, improve the blood flow rate during vertebrobasilar artery systole, alleviate the clinical symptoms, and has significant therapeutic effect and good safety.

Keywords: Cervical vertigo; Acute stage; Acupuncture; Huangqi Guizhi Tianma tang; Blood viscosity; Symptom scores; Blood flow rate

颈性眩晕是由于椎-基底动脉出现供血障碍而引发的一种颈椎病,其发病与人们的生活习惯、工作环境等因素有关。近年来,颈性眩晕日益趋于年轻化,患者急性期发作时常表现为眩晕、颈痛、恶心呕吐等症状,严重影响患者的生活质量^[1]。目前,采用常规西药治疗颈性眩晕急性期患者,仅能在一定程度上缓解症状,易反复发作,临床效果不佳。有研究发现,中医药治疗颈性眩晕,能有效改善患者的临床症状,疗效显著^[2],而针刺可提高中药治疗颈性眩晕的疗效,安全性好。由此,本研究采用针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗颈性眩晕急性期患者,分析临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2016 年 8 月—2017 年 6 月在本院接受治疗的 134 例颈性眩晕急性期患者为研究对象,按随机数字表法分为对照组 65 例与观察组 69 例。对照组男 32 例,女 33 例;年龄 35~69 岁,平均(53.82 ± 8.74)岁;病程 3~17 h,平均(6.35 ± 1.08)h。观察组男 34 例,女 35 例;年龄 36~70 岁,平均(54.21 ± 8.79)岁;病程 4~18 h,平均(6.56 ± 1.17)h。2 组性别、年龄、病程等一般资料比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参考《第二届颈椎病专题座谈会纪要》^[3]中的诊断标准,经颅多普勒检查提示椎-基底动脉供血不足,处于急性发作期。

1.3 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[4]及《中医内科学》^[5]中的辨证标准,辨为气血亏虚证,症见头晕目眩,视物旋转,神疲乏力,头胀痛,恶心呕吐,失眠多梦,面色苍白,或精神不振,心悸气短,舌淡暗、苔少,脉细弱。

1.4 纳入标准 ①已确诊为颈性眩晕急性期患者,符合气血亏虚证的辨证标准;②入院前未接受相似药物治疗者;③年龄 35~70 岁;④签署知情同意书。

1.5 排除标准 ①对本研究所用药物过敏者;②颈椎关节严重脱位或颈椎间盘突出者;③心源性、眼源性或耳源性眩晕患者;④伴重度骨质疏松、骨结核、骨肿瘤等患者;⑤合并心、肝、肾等脏器功能损伤者;⑥有语言障碍或精神疾病者;⑦存在免疫缺陷综合征的患者;⑧妊娠或哺乳期妇女。

2 治疗方法

2 组均给予尼莫地平片(正大青春宝药业有限公司,规格:每片 20 mg)治疗,每天 3 次,每次 2 片,1 周为 1 疗程,共治疗 2 疗程;同时进行健康知识宣传、饮食指导等。

2.1 对照组 在常规治疗基础上加黄芪桂枝天麻汤,处方:黄芪 60 g,葛根 20 g,川芎 15 g,天麻、赤芍、法半夏各 12 g,桂枝、地龙各 10 g。每天 1 剂,水煎取汁 300 mL,分早晚饭后温服,1 周为 1 疗程,共治疗 2 疗程。

2.2 观察组 在对照组治疗基础上给予针刺治疗,选取百会、风池、天柱、风府、颈百劳以及大杼为主穴,以足三里、气海与血海为配穴,患者取相应体位,对操作穴位进行消毒并选用 0.30 mm × 40 mm 毫针施针,百会平刺 1.2 寸,风池向鼻间方向直刺约 1 寸,风府直刺 0.5~1 寸,其他穴位常规针刺,得气后留针 30 min,每天 1 次,1 周为 1 疗程,共治疗 2 疗程。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医症状积分按照无、轻、中、重度分别记为 0、1、2、3 分,总分即为中医症状积分。②采用颈性眩晕症状与功能评估量表^[6]评定 2 组治疗前后的症状恢复状况,包括眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应 5 个方面,分数分别为 0~16 分、0~4 分、0~2 分、0~4 分、0~4 分,满分 30 分,评分越高表明患者症状恢复越好。③血液黏度,抽取 2 组治疗前后清晨空腹(禁食 ≥ 12 h)外周血 3 mL 置于 EDTA 抗凝管中,采用 MEN-C200 全自动血液流变动态分析仪检测全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平。④采用彩色多普勒超声检测 2 组治疗前后的左侧椎动脉(LVA)、右侧椎动脉(RVA)、基底动脉(BA)的收缩期血流峰值速度(PSV)。⑤观察并记录 2 组治疗过程中头晕、恶心、呕吐、皮疹、腹泻等不良反应发生情况。

3.2 统计学方法 采用 SPSS20.0 统计学软件分析数据。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[4],结合患者临床症状改善情况评定疗效。痊愈:头晕目眩、视物旋转、神

疲乏力等症状消失, TCD 提示椎-基底动脉血流速度恢复正常; 显效: 头晕目眩、视物旋转、神疲乏力等症状明显改善, TCD 提示椎-基底动脉血流速度明显加快; 有效: 头晕目眩、视物旋转、神疲乏力等症状有好转, TCD 提示椎-基底动脉血流速度有所加快; 无效: 头晕目眩、视物旋转、神疲乏力等症状无变化甚至恶化, TCD 提示椎-基底动脉血流速度无变化。

4.2 2 组治疗前后中医症状积分比较 见表 1。治疗前, 2 组中医症状积分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较, 2 组中医症状积分均下降($P<0.01$); 治疗后观察组中医症状积分低于对照组($P<0.01$)。

表 1 2 组治疗前后中医症状积分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	65	19.75 ± 3.24	11.36 ± 1.82 ^①
观察组	69	19.82 ± 3.31	8.57 ± 1.29 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.01$

4.3 2 组临床疗效比较 见表 2。观察组总有效率 92.75%, 对照组总有效率 78.46%, 2 组比较, 差异有统计学意义($P<0.05$)。

4.4 2 组治疗前后颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较 见表 3。治疗前, 2 组颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较, 2 组颈性眩晕症状与功能评估量表评分均升高($P<0.01$); 治疗后观察组颈性眩

晕症状与功能评估量表评分高于对照组($P<0.01$)。

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	65	20(30.77)	27(41.54)	4(6.15)	14(21.54)	51(78.46)
观察组	69	35(50.72)	20(28.99)	9(13.04)	5(7.25)	64(92.75) ^①

与对照组比较, ① $P<0.05$

表 3 2 组治疗前后颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	n	治疗前	治疗后
对照组	65	15.28 ± 2.46	21.45 ± 3.39 ^①
观察组	69	15.34 ± 2.51	26.83 ± 4.27 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.01$

4.5 2 组治疗前后血液黏度比较 见表 4。治疗前, 2 组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较, 治疗后 2 组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平均降低($P<0.01$), 观察组全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平均较对照组降低更明显, 差异均有统计学意义($P<0.01$)。

4.6 2 组治疗前后 TCD 检测指标比较 见表 5。治疗前, 2 组 LVA-PSV、RVA-PSV、BA-PSV 比较, 差异均无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较, 治疗后 2 组 LVA-PSV、RVA-PSV、BA-PSV 均升高($P<0.01$), 观察组 LVA-PSV、RVA-PSV、BA-PSV 比对照组升高更明显($P<0.01$)。

表 4 2 组治疗前后血液黏度比较($\bar{x} \pm s$) mPa·s

组别	n	全血黏度高切		全血黏度低切		血浆黏度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	65	7.35 ± 1.21	5.26 ± 0.80 ^①	12.09 ± 1.87	9.35 ± 1.46 ^①	1.92 ± 0.31	1.68 ± 0.27 ^①
观察组	69	7.41 ± 1.25	4.35 ± 0.72 ^{①②}	12.13 ± 1.94	7.26 ± 1.18 ^{①②}	1.94 ± 0.33	1.53 ± 0.24 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.01$

表 5 2 组治疗前后 TCD 检测指标比较($\bar{x} \pm s$) cm/s

组别	n	LVA-PSV		RVA-PSV		BA-PSV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	65	26.57 ± 4.38	35.86 ± 5.92 ^①	26.74 ± 4.45	35.16 ± 5.87 ^①	32.58 ± 5.40	44.62 ± 7.38 ^①
观察组	69	26.63 ± 4.41	40.55 ± 6.73 ^{①②}	26.79 ± 4.48	41.85 ± 6.92 ^{①②}	32.46 ± 5.35	51.43 ± 8.52 ^{①②}

与治疗前比较, ① $P<0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P<0.01$

4.7 2 组不良反应比较 对照组出现头晕 2 例、恶心 1 例、皮疹 1 例、腹泻 1 例, 不良反应发生率为 7.69%(5/65)。观察组出现头晕 2 例、恶心 1 例、呕吐 1 例、皮疹 2 例、腹泻 1 例, 不良反应发生率为 10.14%(7/69)。2 组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义($P>0.05$)。

5 讨论

颈性眩晕是临床常见的一种椎动脉型颈椎病, 多由不良工

作或生活习惯使得椎动脉遭受各种理化因素刺激, 引起椎-基底动脉供血不足, 进而引发脑缺血, 导致患者出现眩晕、头痛、颈痛等症状。颈性眩晕若不及时治疗, 常诱发高血压、动脉硬化等疾病, 危及患者生命健康。有研究发现, 血液黏度在颈性眩晕发病过程中具有重要作用, 血液黏度降低使得血流速度减缓, 可导致椎-基底动脉血流减慢而出现供血障碍, 进而引发疾病^[7]。其中, 全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏

度可有效反映血液的流动性和黏滞性。有资料显示,颈性眩晕患者全血黏度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平处于高表达状态,血液黏度高,当病情好转时,这 3 项指标值显著降低,患者的血液黏度也降低^[8]。此外,颈性眩晕患者 LVA、RVA、BA 的 PSV 较低,当病情好转时,LVA、RVA、BA 的 PSV 显著升高^[9]。

颈性眩晕归属中医学眩晕范畴,中医学认为本病的发生与先天禀赋不足、邪毒内侵、情志不畅等有关。《灵枢》记载:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒”,《临证指南医案》记载:“所患眩晕者,非外来之邪,乃肝胆之风上冒耳”及《素问》记载:“春脉……太过则令人善怒,忽忽眩冒而巅疾”。颈性眩晕的基本病机为气虚血瘀、脉络壅滞,气血瘀滞则脉不通,血不流,以致气血运行失常,使血液不能充于脑,脑失所养进而出现眩晕、头痛等症状。中医辨证分型以痰瘀阻络、气血亏虚、肝阳上亢为主。其中气血亏虚与肝、脾密切相关,病性本虚标实,虚实夹杂,治疗应以益气补血、通络化瘀为主。

黄芪桂枝天麻汤中黄芪补气固表,桂枝通脉化气,天麻祛风止痛,共为君药;川芎活血行气,葛根除烦止渴,赤芍祛瘀止痛,地龙通经活络,法半夏燥湿化痰,共为臣药。诸药合用,共奏益气活血、通络化瘀之功。现代药理学研究表明,黄芪桂枝五物汤能有效改善颈性眩晕患者的血液流变学指标,改善脑缺血症状^[10]。中医学认为,眩晕病位于脑,髓海不宁为其病机,《通玄指要赋》云:“头晕目眩,要觅于风池”,本研究以百会、风池、风府为主穴,可醒脑开窍、止眩祛风;足三里属足阳明胃经穴,可通经活络、益气补血;气海与血海具有温阳益气、活血化瘀功效。药理学研究表明,针刺天柱、颈百劳等穴位可有效调节颈部肌肉张力,减轻软组织对椎动脉压迫,还可显著改善局部血液循环,从而有效缓解缺血、缺氧症状^[11]。

本研究结果表明,观察组总有效率优于对照组,2 组不良反应发生率比较无显著性差异,提示采用针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗颈性眩晕急性期患者,可明显提高临床效果,操作方法易行,治疗安全性高。此外,治疗后 2 组中医症状积分均较治疗前下降,症状功能评分均升高,并且观察组上述各项指标优于对照组,提示该联合治疗方式可明显改善颈部微循环,使临床症状得到有效缓解。研究结果还显示,治疗后 2 组全血黏

度高切、全血黏度低切、血浆黏度水平较治疗前均下降,而 LVA、RVA、BA 的 PVS 均升高,进一步证明本治疗措施可有效改善椎基底动脉供血,促进患者康复。

综上所述,针刺联合黄芪桂枝天麻汤治疗气血亏虚型颈性眩晕急性期,可消除椎动脉痉挛,扩张脑动脉,从而缓解患者的脑缺血症状,疗效显著,可为临床颈性眩晕急性期的治疗提供新的思路。但本研究存在收集样本少、未做远期疗效观察等缺陷,结果可能稍有偏差,临床需深入研究。

[参考文献]

- [1] 张冬梅. 颈性眩晕 100 例临床分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2015, 18(22): 103-104.
- [2] 温伯平, 王海强, 苏丹. 颈性眩晕的临床治疗进展[J]. 西南国防医药, 2015, 25(1): 110-112.
- [3] 孙宇, 李贵存. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 19(2): 156-158.
- [4] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994.
- [5] 肖振辉. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [6] 王文春, 张安仁, 卢家春, 等. 改良《颈性眩晕症状与功能评估量表》在椎动脉型颈椎病中医临床中的应用及评价[J]. 西南军医, 2007, 9(4): 145-146.
- [7] 刘少东, 常春丽, 李兰涛, 等. 颈性眩晕病人椎-基底动脉形态异常及其邻近颈椎结构异常的多层螺旋 CT 血管成像对比研究[J]. 安徽医药, 2017, 21(6): 1073-1075.
- [8] 罗春蕾. 眩晕宁对颈性眩晕患者血脂及血液流变学影响的研究[J]. 中国医刊, 2013, 48(12): 100-101.
- [9] 杨金生, 李玲. 针刺联合加味益气聪明汤治疗颈性眩晕的临床观察[J]. 临床医学研究与实践, 2017, 2(16): 120-121.
- [10] 覃伟钊, 郑泽荣. 黄芪桂枝五物汤联合归脾汤加减治疗气血亏虚型颈性眩晕临床研究[J]. 陕西中医, 2017, 38(12): 1734-1735.
- [11] 范淑敏. 针刺配合功能锻炼治疗肝肾不足型颈性眩晕 35 例[J]. 中国针灸, 2016, 36(9): 938.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)