

文章编号: 1005-0957 (2024) 09-0974-05

· 临床研究 ·

## 补肾理气针刺法治疗前庭性偏头痛的疗效观察

张梦钰<sup>1</sup>, 时赞<sup>1</sup>, 董永书<sup>2</sup>, 张桂霞<sup>2</sup>

(1. 河南中医药大学, 郑州 450000; 2. 河南省中西医结合医院, 郑州 450000)

**【摘要】** 目的 观察补肾理气针刺法治疗前庭性偏头痛 (vestibular migraine, VM) 的临床疗效。方法 将 60 例 VM 患者随机分为治疗组和对照组, 每组 30 例。治疗组采用补肾理气针刺法治疗, 对照组采用口服盐酸氟桂利嗪胶囊治疗。观察两组治疗前后及治疗后 4、6 周随访时眩晕发作次数及持续时间、中医证候积分、头痛视觉模拟量表 (visual analogue scale, VAS) 评分、眩晕残障量表 (dizziness handicap inventory, DHI) 评分的变化情况, 并比较两组临床疗效。结果 两组治疗后及治疗后 4、6 周随访时眩晕发作次数及持续时间、中医证候积分、VAS 评分、DHI 评分均较同组治疗前显著降低, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组治疗后及治疗后 4、6 周随访时眩晕发作次数及持续时间均明显低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P < 0.05$ )。治疗组总有效率为 93.3%, 明显高于对照组的 70.0% ( $P < 0.05$ )。结论 补肾理气针刺法治疗 VM 疗效确切, 能改善眩晕症状, 缓解头痛程度, 提高患者生活质量。

**【关键词】** 针刺疗法; 偏头痛, 前庭性; 视觉模拟量表; 眩晕残障量表

**【中图分类号】** R246.6 **【文献标志码】** A

DOI: 10.13460/j.issn.1005-0957.2024.09.0974

**Therapeutic efficacy of Bushen Liqi acupuncture in the treatment of vestibular migraine** ZHANG Mengyu<sup>1</sup>, SHI Yun<sup>1</sup>, DONG Yongshu<sup>2</sup>, ZHANG Guixia<sup>2</sup>. 1.Henan University of Traditional Chinese Medicine, Zhengzhou 450000, China; 2.Henan Combined Hospital of Traditional Chinese and Western Medicine, Zhengzhou 450000, China

**[Abstract]** **Objective** To observe the clinical efficacy of Bushen Liqi acupuncture in treating vestibular migraine (VM). **Method** A total of 60 patients with VM were randomly divided into the treatment group and the control group, 30 cases in each group. The treatment group was treated by Bushen Liqi acupuncture, and the control group was treated by oral flunarizine hydrochloride capsule. The changes of the number and duration of vertigo attacks, Chinese medicine syndrome score, visual analogue scale (VAS) score, and dizziness handicap inventory (DHI) score before and after treatment, and 4 and 6 weeks after treatment were observed in the two groups, and the clinical efficacy of the two groups was compared. **Result** The number and duration of vertigo episodes, Chinese medicine syndrome score, VAS score and DHI score were significantly reduced in both groups after treatment and at 4 and 6 weeks follow-up after treatment compared with those before treatment in the same group, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The number and duration of vertigo attacks in the treatment group were significantly lower than those in the control group after treatment and at the 4 and 6 weeks follow-up visit after treatment, and the differences were statistically significant ( $P < 0.05$ ). The total effective rate of the treatment group was 93.3%, which was significantly higher than that of 70.0% in the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion** The therapeutic effect of Bushen Liqi acupuncture for VM is exact, which can improve the vertigo symptoms, relieve the degree of headache and improve the

基金项目: 河南省中医药拔尖人才培养项目 [豫卫中医函 (2021) 15 号]; 河南省中医药科学研究专项课题 (2022ZY1142, 2022ZY1143)

作者简介: 张梦钰 (1998—), 女, 2021 级硕士生, Email: 532752598@qq.com

通信作者: 董永书 (1978—), 男, 主任医师, Email: 5959230@qq.com

quality of life of patients.

**[Key words]** Acupuncture therapy; Migraine, vestibular; Visual analogue scale; Dizziness handicap inventory

前庭性偏头痛(vestibular migraine, VM)是一种临床上常见的、可遗传的前庭性疾病,可伴有反复发作性头晕或眩晕、恶心、呕吐、口苦、纳差和/或头痛等症状<sup>[1]</sup>。VM是引起反复发作性眩晕的常见病因,约占所有眩晕疾病发病的10%<sup>[2]</sup>,这些患者中近一半还患有精神焦虑和抑郁等心理疾病,症状也较其他类型眩晕更严重<sup>[3]</sup>。由于VM临床症状的多变性,现代医学对其诊断率较低<sup>[4]</sup>。

西医目前治疗方法主要是在急性发作期给予相关对症治疗;间歇期给予β受体拮抗剂、抗癫痫药物、钙离子拮抗剂和抗抑郁等药物治疗<sup>[5]</sup>。但药物治疗效果有限,耐受性较差且治疗后复发率较高,且用药期间易产生嗜睡、乏力等不良反应,后期常并发焦虑或抑郁情绪<sup>[6]</sup>。

针刺治疗VM有一定的优势,但目前研究较少,本研究采用补肾理气针刺法治疗VM,从眩晕发作次数及持续时间、症状缓解程度等方面评价其临床疗效,现报道如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

60例VM患者均为2023年1月至2023年6月河南省中西医结合医院脑病科门诊或住院患者,根据就诊先后顺序采用查随机数字表法分为治疗组和对照组,每组30例。两组患者性别、年龄及病程比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。详见表1。本研究通过河南省中西医结合医院伦理委员会批准(2023伦审YJ-S004)。

表1 两组一般资料比较

组别	例数	性别/例		平均年龄/岁 ( $\bar{x} \pm s$ )	平均病程/月 ( $\bar{x} \pm s$ )
		男	女		
治疗组	30	13	17	45±8	55.33±26.95
对照组	30	16	14	46±7	55.73±28.03

### 1.2 诊断标准

西医诊断标准参考2018年第3版国际头痛疾病分类(the international classification of headache disorders, 3rd edition, ICHD-3)<sup>[7]</sup>中相关诊断标准。中医辨证标准参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[8]</sup>中眩

晕肝肾阴虚证的辨证标准,主症为眩晕,头痛;次症为少寐健忘,心烦口干,耳鸣,神倦乏力,腰酸膝软;舌红,苔薄,脉弦细。

### 1.3 纳入标准

符合上述中西医诊断标准;意识清楚,查体合作;年龄18~65岁,性别不限;患者自愿参加本研究,并签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

合并中枢神经系统病变、后循环缺血、颈椎病、椎基底动脉供血不足等其他引起头晕的疾病者;后循环缺血、良性阵发性位置性眩晕、梅尼埃病等其他前庭性疾病者;妊娠或哺乳期者;合并精神病疾患、痴呆等无法配合治疗者;研究者认为有任何不适合入选情况者。

## 2 治疗方法

### 2.1 治疗组

采用补肾理气针刺法治疗。取晕听区、百会、四神聪、风池、肾俞、太溪、三阴交和太冲穴。患者取仰卧位,局部皮肤用75%乙醇棉球常规消毒后,采用0.35mm×25mm毫针(苏州医疗用品厂有限公司),晕听区、百会、四神聪要求与头皮呈30°角分别快速刺入0.3~0.5寸,得气后施以平补平泻法;三阴交、太冲采用0.35mm×40mm毫针直刺0.8~1寸,得气后施以捻转泻法,留针30min。取针后患者更换为俯卧位,常规消毒后,采用0.35mm×40mm毫针,风池向鼻尖方向斜刺0.3~1寸,得气后施以平补平泻法;肾俞、太溪直刺1寸,得气后施以捻转补法,留针30min。每日1次,每周治疗5次,共治疗2周。

### 2.2 对照组

口服盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字H10930003)10mg,每晚1次,共治疗2周。

## 3 治疗效果

### 3.1 观察指标

#### 3.1.1 眩晕发作次数及持续时间

两组治疗前后及治疗后4、6周随访时分别记录患者眩晕发作次数及持续时间。

3.1.2 中医证候积分

两组治疗前后及治疗后 4、6 周随访时分别记录中医证候积分。其中主症按无、轻、中、重分别计为 0、2、4、6 分,次症按无、轻、中、重分别计为 0、1、2、3 分。

3.1.3 头痛视觉模拟量表(visual analogue scale, VAS)评分

两组治疗前后及治疗后 4、6 周随访时分别采用 VAS 评估头痛程度。VAS 以 0~10 分代表头痛严重程度,分值越高表示头痛程度越严重。

3.1.4 眩晕残障量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分

两组治疗前后及治疗后 4、6 周随访时分别采用 DHI 评估患者生活质量。该表共包括 25 个项目,共计 100 分,分别评定患者的躯体(28 分)、情绪(36 分)和功能(36 分)3 个方面的影响程度,回答选项为“是”“有时”“无”,分别计为 4、2、0 分,得分越高说明眩晕对患者损害程度越重。

3.1.5 安全性评价

记录两组患者治疗期间所有不良反应事件。

3.2 疗效标准

参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[9]</sup>中眩晕的疗效判定标准。中医证候积分减少率=[(治疗前积分-治疗后积分)/治疗前积分]×100%。

痊愈:眩晕症状完全消失,生活能力恢复正常,中

医证候积分减少率≥90%。

显效:眩晕症状基本消失,中医证候积分减少率为 70%~89%。

有效:眩晕症状有所改善,中医证候积分减少率为 30%~69%。

无效:眩晕症状没有任何改善或加重,中医证候积分减少率<30%。

总有效率=[(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数]×100%。

3.3 统计学方法

采用 SPSS21.0 软件对数据进行处理。符合正态分布的计量资料以均数±标准差表示,组内比较采用配对 t 检验,组间比较采用成组 t 检验;计数资料以频数或百分比表示,比较采用卡方检验。以 P<0.05 表示差异具有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 两组不同时间点眩晕发作次数及持续时间比较

由表 2 可见,两组治疗前眩晕发作次数及持续时间比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。两组治疗后及治疗后 4、6 周随访时眩晕发作次数及持续时间均较同组治疗前显著降低,差异均具有统计学意义(P<0.05)。治疗组治疗后及治疗后 4、6 周随访时眩晕发作次数及持续时间均明显低于对照组,差异均具有统计学意义(P<0.05)。

表 2 两组不同时间点眩晕发作次数及持续时间比较(̄x ± s)

组别	例数	项目	治疗前	治疗后	治疗后 4 周	治疗后 6 周
治疗组	30	发作次数/(次·2 周 <sup>-1</sup> )	6.50±2.01	4.53±1.28 <sup>1)2)</sup>	3.40±1.22 <sup>1)2)</sup>	2.50±1.20 <sup>1)2)</sup>
		发作持续时间/h	6.80±1.92	4.77±1.28 <sup>1)2)</sup>	3.50±1.31 <sup>1)2)</sup>	2.37±1.35 <sup>1)2)</sup>
对照组	30	发作次数/(次·2 周 <sup>-1</sup> )	6.47±2.03	5.30±1.54 <sup>1)</sup>	4.63±1.35 <sup>1)</sup>	3.70±1.21 <sup>1)</sup>
		发作持续时间/h	6.63±1.65	5.73±1.48 <sup>1)</sup>	4.90±1.27 <sup>1)</sup>	4.00±1.29 <sup>1)</sup>

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup>P<0.05;与对照组比较<sup>2)</sup>P<0.05。

3.4.2 两组不同时间点中医证候积分比较

由表 3 可见,两组治疗前中医证候积分比较,差异均无统计学意义(P>0.05)。两组治疗后及治疗后 4、6 周随访时中医证候积分均较同组治疗前显著降低,

差异均具有统计学意义(P<0.05)。治疗组治疗后及治疗后 4、6 周随访时中医证候积分均明显低于对照组,差异均具有统计学意义(P<0.05)。

表 3 两组不同时间点中医证候积分比较(̄x ± s)

单位:分

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗后 4 周	治疗后 6 周
治疗组	30	18.03±2.68	11.17±2.64 <sup>1)2)</sup>	9.40±2.77 <sup>1)2)</sup>	6.13±3.06 <sup>1)2)</sup>
对照组	30	17.50±3.62	13.70±3.47 <sup>1)</sup>	11.27±3.89 <sup>1)</sup>	8.47±4.19 <sup>1)</sup>

注:与同组治疗前比较<sup>1)</sup>P<0.05;与对照组比较<sup>2)</sup>P<0.05。

## 3.4.3 两组不同时间点 VAS 评分及 DHI 评分比较

由表 4 可见, 两组治疗前 VAS 评分及 DHI 评分比较, 差异均无统计学意义 ( $P>0.05$ )。两组治疗后及治疗后 4、6 周随访时 VAS 评分及 DHI 评分均较同组治疗前显

著降低, 差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。治疗组治疗后及治疗后 4、6 周随访时 VAS 评分及 DHI 评分均明显低于对照组, 差异均具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

表 4 两组不同时间点 VAS 评分及 DHI 评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

单位: 分

组别	例数	观察指标	治疗前	治疗后	治疗后 4 周	治疗后 6 周
治疗组	30	VAS 评分	7.43±1.48	4.43±1.28 <sup>1)2)</sup>	3.50±1.23 <sup>1)2)</sup>	2.53±1.25 <sup>1)2)</sup>
		DHI 评分	53.80±9.55	33.80±6.11 <sup>1)2)</sup>	23.80±4.88 <sup>1)2)</sup>	18.73±4.86 <sup>1)2)</sup>
对照组	30	VAS 评分	7.27±1.48	5.70±1.26 <sup>1)</sup>	5.27±1.26 <sup>1)</sup>	4.43±1.31 <sup>1)</sup>
		DHI 评分	54.93±9.14	44.33±6.56 <sup>1)</sup>	39.60±6.53 <sup>1)</sup>	34.47±6.80 <sup>1)</sup>

注: 与同组治疗前比较 <sup>1)</sup> $P<0.05$ ; 与对照组比较 <sup>2)</sup> $P<0.05$ 。

## 3.4.4 两组临床疗效比较

由表 5 可见, 治疗组总有效率为 93.3%, 明显高于对照组的 70.0%, 两组比较差异具有统计学意义 ( $P<0.05$ )。

表 5 两组临床疗效比较 单位: 例

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	30	4	9	15	2	93.3 <sup>1)</sup>
对照组	30	2	6	13	9	70.0

注: 与对照组比较 <sup>1)</sup> $P<0.05$ 。

## 3.4.5 不良反应

两组患者治疗期间均未见不良反应事件发生。

## 4 讨论

前庭性偏头痛 (VM) 多伴有偏头痛、畏光、畏声、视觉先兆的偏头痛性症状, 或伴有偏头痛病史<sup>[10]</sup>, 患者往往因疼痛发作而难以入睡或因疼痛而苏醒<sup>[11]</sup>。由于本病表现的多样性及反复发作性, 严重影响患者的睡眠质量及生活质量。目前, 该病的发病机制尚不明确, 当前的假说主要有三叉血管神经学说、Cav2.1 (P/Q 型) 离子通道学说、遗传学学说、皮质扩散异常学说、神经递质重叠学说和中枢信号整合异常学说等, 这些机制相互交叉、关联, 共同参与引起 VM 发病<sup>[12]</sup>。西药盐酸氟桂利嗪可抑制钙离子通道, 减少血管阻力, 缓解血管痉挛引起的头痛; 增加前庭供血, 改善前庭循环障碍, 缓解眩晕, 见效快, 但长期服用易产生依赖性, 停药后出现嗜睡、抑郁等戒断反应, 病情迁延难愈, 反复发作<sup>[13-14]</sup>。中医学治疗眩晕有着丰富的经验, 针刺可疏通局部经络, 调节脏腑功能, 脑髓得以濡养, 眩晕即止, 在疗效和安全性方面优于西药, 故针刺疗法成为重要的研究方向。

VM 属中医学“眩晕”范畴, 为本虚标实之证, 病机多为虚、风、火、痰、瘀, 肝肾阴虚是其常见证型。中医学认为, 肝肾同源, 肝肾阴液相互资生, 肝阴充足则下藏于肾, 肾阴旺盛则上滋肝木; 肝肾精血互滋互生, 肝血有赖肾精的资助, 肾精足则肝血旺, 肾精亦赖肝血的滋养, 肝血旺则肾精充。病理上, 肾阴不足连累肝阴, 共作肝肾阴虚, 水不涵木, 肝阳无以制约而上亢, 阳升风动, 风阳循经上扰清窍则见眩晕; 肾精不足则肝血亏虚, 肝体失养, 则疏泄失常, 发生气血郁滞致头痛。本研究根据前庭性偏头痛的临床特点, 治宜滋阴补肾, 理气活血。

晕听区为大脑颞上回中部在头皮上的投影, 是治疗眩晕的特殊穴位, 针刺可扩张大脑皮层血管, 增加供氧量, 促进前庭信息处理与代偿, 改善动脉血液循环, 从而缓解眩晕<sup>[15]</sup>。百会归属督脉, 有“三阳五会”之别, 《针灸大成》中记载“头痛目眩, 百会主之”。有研究<sup>[16]</sup>表明, 针刺百会可改善血液循环, 促进神经系统恢复, 有通督调神、醒脑开窍之功效。风池为足少阳胆经的经穴, 《针灸资生经》有“头晕目眩, 要觅风池”的记载, 针刺风池可以疏通脑部经络, 调节气血, 清阳之气上升脑窍, 醒脑明目, 髓海得养从而缓解眩晕。有研究<sup>[17]</sup>表明, 风池能够调节三叉神经系统, 抑制偏头痛痛觉, 缓解头痛症状, 还能减少神经源性炎症的发生, 改善偏头痛。四神聪为经外奇穴, 其左右两穴位于膀胱经支脉, 前后两穴位于督脉循行线上, 针刺此穴可激发百会调节百脉的作用, 能安神定志、调和阴阳, 还可调整神经纤维活动, 从而达到镇痛的功效<sup>[18]</sup>。肾俞为肾脏之气输注出入背部的部位, 具有补肾益精之功, 取肾的背俞穴肾俞配肾经原穴太溪以补肾养阴。三阴交为足三阴经之交会穴, 三经气血在此交汇, 针刺此穴可调肝补

肾,行气活血。《素问·至真要大论》:“诸风掉眩,皆属于肝。”太冲为足厥阴肝经之原穴及输穴,足厥阴肝经与督脉会于巅,具有平肝潜阳、清目利窍、调理气血的作用。诸穴相配,共奏补肾滋阴、理气止痛、安神定眩之功效。

本研究结果显示,治疗组治疗后及治疗后4、6周随访时眩晕发作次数及持续时间、中医证候积分、VAS评分及DHI评分均优于西药组,提示补肾理气针刺法治疗VM可有效缓解眩晕症状,促进前庭功能的康复,减轻患者头痛程度,改善其生活质量,且安全有效,无不良反应。

### 参考文献

- [1] 中国医师协会神经内科医师分会疼痛和感觉障碍学组,中国医药教育协会眩晕专业委员会,中国研究型医院学会头痛与感觉障碍专业委员会,等.前庭性偏头痛诊治专家共识(2018)[J].中国疼痛医学杂志,2018(7):481-488.
- [2] BRANDT T, DIETERICH M. The dizzy patient: don't forget disorders of the central vestibular system[J]. *Nat Rev Neurol*, 2017(6):352-362.
- [3] 陈清,张肖.滋阴止眩汤联合氟桂利嗪治疗阴虚阳亢型前庭性偏头痛临床观察[J].中西医结合研究,2021(4):245-248.
- [4] 潘宋斌,孙永海,姜树军,等.前庭性偏头痛的诊治进展[J].中华老年多器官疾病杂志,2022(2):157-160.
- [5] 王凯,毛真真,姜树军.前庭性偏头痛诊断和治疗的研究进展[J].北京医学,2022(8):732-735.
- [6] 刘柯均,周天梅.前庭性偏头痛的中医治疗研究进展[J].中医文献杂志,2021(4):85-89.
- [7] Headache classification committee of the international headache society (IHS) the international classification of headache disorders, 3rd edition[J]. *Cephalalgia*, 2018(1):1-211.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].北京:中国中医药出版社,2017:37-38.
- [9] 中华人民共和国卫生部.中药新药临床研究指导原则(试行)[S].北京:中国医药科技出版社,2002:90-105.
- [10] GBD 2016 HEADACHE COLLABORATORS. Global, regional, and national burden of migraine and tension-type headache,1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016[J]. *Lancet Neurol*, 2018(11):954-976.
- [11] 沈晓英,陈菊华,戈雪华,等.温中定眩汤加减配合引经药治疗痰浊内阻型前庭性偏头痛临床体会[J].内蒙古中医药,2022(5):38-39.
- [12] 赵月,毕国荣.前庭性偏头痛的研究现状[J].中国神经精神疾病杂志,2019(2):124-128.
- [13] 金子凡.天舒胶囊辅助氟桂利嗪治疗前庭性偏头痛的效果及对患者血清5-HT、NO和MMP-9水平的影响[J].中国医学创新,2023(3):86-89.
- [14] 朱玲玲,李文涛.晕平方加味治疗前庭性偏头痛临床疗效研究[J].湖北中医药大学学报,2022(6):62-64.
- [15] 蔡建辉,吴振华,夏文辉,等.电针双侧晕听区配合甲磺酸倍他司汀片治疗颈源性眩晕疗效观察[J].中国中医急症,2023(5):873-876.
- [16] 何凯峰,王丽芬.针刺百会穴治疗脑缺血再灌注损伤的作用机制研究进展[J].中医药导报,2022(7):198-202.
- [17] 刘振,卢岩.偏头痛作用机制与风池穴的相关性研究[J].中医药学报,2023(3):51-55.
- [18] 范丽娜,张鹏鹏,高岚.四神聪穴临证验案3则[J].山西中医,2018(4):36,41.

收稿日期2024-03-08



## 《上海针灸杂志》官方微信公众账号

为方便广大作者和读者第一时间了解期刊动态和热点信息以及随时浏览期刊内容,《上海针灸杂志》已开通官方微信公众账号(上海针灸杂志)。

扫一扫左侧公众账号二维码,敬请关注《上海针灸杂志》官方微信公众账号。