

针灸联合天麻钩藤饮加减治疗颈源性眩晕临床研究

赵贝贝, 崔晓峰

深圳市宝安区中医院, 广东 深圳 518133

摘要:目的:观察针灸联合天麻钩藤饮加减治疗颈源性眩晕的临床疗效。方法:将 80 例颈源性眩晕患者按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 40 例。常规组给予针灸治疗,试验组在常规组治疗的基础上联合天麻钩藤饮加减。比较两组患者的临床疗效及治疗前后眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory,DHI)评分、临床症状积分、血流动力学指标、炎症因子水平[肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α ,TNF- α),白细胞介素-6(interleukin-6,IL-6)、C 反应蛋白(C reactive protein,CRP)]、心理状态[汉密尔顿焦虑量表(hamilton depression scale,HAMD)、汉密尔顿焦虑量表(hamilton anxiety scale,HAMA)]变化情况。结果:两组患者治疗后躯体、功能、情感、总分等 DHI 评分、临床症状积分、HAMA、HAMD 评分低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P<0.05$)。两组患者治疗后左侧椎动脉、右侧椎动脉及基底动脉血流速度大于本组治疗前,且治疗后试验组大于常规组($P<0.05$)。两组患者治疗后 IL-6、CRP 及 TNF- α 水平低于本组治疗前,且治疗后试验组低于常规组($P<0.05$)。试验组有效率为 92.50%,常规组有效率为 72.50%,试验组有效率高于常规组($P<0.05$)。结论:针灸联合天麻钩藤饮加减治疗颈源性眩晕,可改善患者的眩晕症状及心理状态,主要通过抑制炎症因子水平、调节血管活性物质而发挥疗效。

关键词:颈源性眩晕;天麻钩藤饮;针灸疗法

DOI:10.16367/j.issn.1003-5028.2023.09.0278

中图分类号:R274.981.55 **文献标志码:**A **文章编号:**1003-5028(2023)09-1423-05

Clinical Study on the Treatment of Cervical Vertigo by Acupuncture and Moxibustion Combined with Modified Gastrodia and Uncaria Decoction

ZHAO Beibei, CUI Xiaofeng

Shenzhen Bao'an District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shenzhen, Guangdong, China, 518133

Abstract: Objective: To observe the clinical efficacy of acupuncture and moxibustion combined with Gastrodia and Uncaria Decoction on cervical vertigo. Methods: A total of 80 patients with cervical vertigo were divided into the conventional group and the experimental group according to the random number table method, with 40 cases in each group. The conventional group was given acupuncture treatment, while the experimental group was combined with Gastrodia and Uncaria Decoction on the basis of the conventional group. The clinical efficacy, changes in dizziness handicap inventory (DHI) score, clinical symptom score, hemodynamic index, and inflammatory factor levels [including tumor necrosis factor- α (TNF- α), interleukin-6 (IL-6), C reactive protein (CRP)], psychological status [including Hamilton depression scale (HAMD), Hamilton anxiety scale (HAMA)] of the two groups before and after treatment were compared. Results: After treatment, DHI scores (such as body, function, emotion and total score), clinical symptom scores, HAMA and HAMD scores in two groups were lower than those before treatment, and the above scores of the experimental group were lower than those of the conventional group ($P<0.05$); The blood flow velocities of left vertebral artery, right vertebral artery and basilar artery in the two groups were higher than those before treatment, and the above indexes of the experimental group were lower than those of the conventional group ($P<0.05$); The levels of IL-6, CRP and TNF- α in the two groups were lower than those before treatment, and the above indexes of the experimental group were lower than those in the conventional group ($P<0.05$). The effective rate was 92.50% in the experimental group, and 72.50% in the conventional group, and the effective rate of the experimental group was higher than that of the con-

ventional group ($P < 0.05$). Conclusion: Acupuncture and moxibustion combined with Gastrodia and Uncaria Decoction in the treatment of cervical vertigo can improve the vertigo symptoms and psychological status of patients, mainly by inhibiting the levels of inflammatory factors and regulating vasoactive substances.

Keywords: cervical vertigo; Gastrodia and Uncaria Decoction; acupuncture and moxibustion

颈源性眩晕又称为椎动脉型颈椎病,主要是由于椎动脉供血不足而导致的一过性脑血管痉挛疾病,常伴随耳鸣、颈痛、眩晕等症状,给患者生活、工作带来了一定的影响^[1-2]。眩晕主要与肝、脾、肾密切相关,病机可分为内伤、外感两类,因风、火、痰、瘀等因素导致眩晕属于内伤;外感六淫之邪,阻滞清窍,引起眩晕为外感所致。肝阳上亢证为临床常见证型,滋补肝肾、平肝潜阳为主要治疗原则^[3-4]。近年来,越来越多的临床工作者将针灸、中药逐步应用于眩晕的治疗中,体现出中医的独特优势^[5]。笔者采用针灸联合中药天麻钩藤饮加减治疗颈源性眩晕,观察临床疗效及其对各项临床指标的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2021 年 6 月至 2022 年 6 月深圳市宝安区中医院收治 80 例颈源性眩晕患者,按照随机数字表法分为常规组和试验组,每组各 40 例。常规组男 22 例,女 18 例;年龄 33 ~ 69 (36.01 ± 6.22) 岁;病程 (31.75 ± 9.33) d。试验组男 21 例,女 19 例;年龄 35 ~ 70 (36.87 ± 6.67) 岁;病程 (30.24 ± 9.58) d。两组患者一般资料比较,差异具有统计学意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 符合《眩晕症的诊断与治疗》^[6] 的诊断标准,且经影像学检查可见椎动脉走行变异、管径变小,椎体移位或颈曲异常。

1.2.2 中医诊断标准 符合颈源性眩晕标准,依据《中医病证诊断疗效标准》^[7] 判断为颈源性眩晕,眼前发黑,头目晕眩,旋转不定,动则尤甚。

1.3 病例纳入标准 对本次所用药物无过敏史;无晕针史;无精神疾病,能正常沟通;愿意参与调查研究者;本次研究已通过伦理委员会审查;患者及家属知情且签字同意。

1.4 病例排除标准 妊娠期或哺乳期者;中途退出研究者;合并恶性肿瘤;谈吐不清,意识模糊者;对本次使用药物过敏者。

1.5 治疗方法 常规组给予针灸治疗,具体操作方法:患者取俯卧位,取风池穴、天柱穴、颈夹脊穴,上

述穴位周围皮肤行常规消毒,采用规格 1.5 寸 30 号毫针进针,各穴位以平补平泄法,得气后取艾灸 1 壮,将艾炷插入针柄,与皮肤保持 2 cm 距离,以免烫伤。治疗过程以患者舒适度调整艾炷位置,无灼热感结束治疗,每次 15 min,每日 1 次,1 周为 1 个疗程。

试验组在常规组治疗的基础上联合天麻钩藤饮加减治疗,具体药物组成:牛膝、栀子、杜仲、益母草、茯神、石决明各 20 g,黄芩、夜交藤、天麻、桑寄生各 15 g,钩藤 12 g,甘草 10 g。颈项疼痛者加白芍、葛根各 15 g;气血亏虚者加当归 6 g,党参 15 g;夜寐不宁者加丹参 10 g,酸枣仁 30 g;耳鸣者加炙远志 6 g,磁石 30 g。每日 1 剂,水煎制 300 mL,分两次口服。两组患者均治疗 1 个月。

1.6 观察指标

1.6.1 眩晕障碍量表 (dizziness handicap inventory, DHI) 使用 DHI 量表评定两组患者治疗前后眩晕主观症状严重程度,从躯体、功能、情感等方面的 25 个问题进行评定,满分为 100 分,分数越低表示症状越轻。

1.6.2 临床症状积分 比较两组患者治疗前后头重如裹、胸闷少食、时吐痰涎、头目不清等临床症状积分,每项 0 ~ 6 分,0 分表示无任何症状,2 分表示轻度,4 分表示中度,6 分表示重度,分数越低表示症状越轻^[8]。

1.6.3 血流动力学指标 采用彩色多普勒测定两组患者治疗前后左侧椎动脉、右侧椎动脉及基底动脉平均血流速度^[9-10]。

1.6.4 炎症因子水平 采集空腹静脉血,使用酶联免疫吸附法检测两组患者治疗前后肿瘤坏死因子- α (tumor necrosis factor- α , TNF- α),白细胞介素-6 (interleukin-6, IL-6)、C 反应蛋白 (C reactive protein, CRP) 水平。

1.6.5 心理状态评分 采取汉密尔顿焦虑量表 (hamilton depression scale, HAMD)、汉密尔顿焦虑量表 (hamilton anxiety scale, HAMA) 评估两组患者治疗前后心理状态,前者量表 17 个项目,后者量表 14 个项目,分数越高表示负面情绪越严重^[11-12]。

1.7 疗效判定标准 治愈:治疗后临床症状消失,

临床症状积分降低率大于 95% ; 显效: 临床症状显著改善, 临床症状积分降低率为 70% ~ <95% ; 有效: 临床症状有改善, 临床症状积分降低率为 30% ~ <70% ; 无效: 治疗后临床症状无变化甚至加重^[13]。

积分降低率 = (治疗前积分 - 治疗后积分) / 治疗前积分 × 100%

有效率 = (治愈 + 显效 + 有效) / n × 100%

1.8 统计学方法 所有数据采用 SPSS 21.0 软件

学软件, 计量资料采用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较采用 t 检验, 计数资料用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组颈源性眩晕患者治疗前后 DHI 评分比较

两组患者治疗后躯体、功能、情感、总分低于本组治疗前, 且治疗后试验组低于常规组 ($P < 0.05$), 见表 1。

表 1 两组颈源性眩晕患者治疗前后 DHI 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)						
组别	<i>n</i>	时间	躯体	功能	情感	总分
常规组	40	治疗前	22.56 ± 2.40	18.08 ± 2.09	16.73 ± 1.86	56.01 ± 6.11
	40	治疗后	11.06 ± 1.67 *	10.85 ± 1.36 *	9.58 ± 1.66 *	31.23 ± 4.12 *
试验组	40	治疗前	22.35 ± 2.34	18.22 ± 2.05	16.55 ± 2.23	56.35 ± 5.77
	40	治疗后	8.27 ± 1.23 *△	5.95 ± 1.08 *△	6.02 ± 1.15 *△	18.46 ± 3.23 *△

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与常规组治疗后比较, △ $P < 0.05$ 。

2.2 两组颈源性眩晕患者治疗前后临床症状积分比较 两组患者治疗后头重如裹、胸闷少食、时吐痰涎、头目不清等临床症状积分低于本组治疗前, 且治疗后试验组低于常规组 ($P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组颈源性眩晕患者治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)						
组别	<i>n</i>	时间	头重如裹	胸闷少食	时吐痰涎	头目不清
常规组	40	治疗前	5.13 ± 0.77	4.88 ± 0.91	4.17 ± 1.50	4.19 ± 1.50
	40	治疗后	2.23 ± 1.35 *	2.03 ± 1.45 *	1.90 ± 0.87 *	1.95 ± 0.83 *
试验组	40	治疗前	5.03 ± 0.62	4.93 ± 0.87	4.24 ± 1.42	4.27 ± 1.45
	40	治疗后	1.18 ± 0.77 *△	1.02 ± 0.76 *△	1.13 ± 0.67 *△	1.11 ± 0.67 *△

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与常规组治疗后比较, △ $P < 0.05$ 。

2.3 两组颈源性眩晕患者治疗前后椎动脉及基底动脉血流速度比较 两组患者治疗后左侧椎动脉、右侧椎动脉及基底动脉血流速度大于本组治疗前, 且治疗后试验组大于常规组 ($P < 0.05$), 见表 3。

表 3 两组颈源性眩晕患者治疗前后椎动脉及基底动脉血流速度比较 ($\bar{x} \pm s$, cm · s ⁻¹)						
组别	<i>n</i>	时间	左侧椎动脉	右侧椎动脉	基底动脉	
常规组	40	治疗前	40.31 ± 3.42	40.08 ± 2.30	61.92 ± 3.03	
	40	治疗后	48.13 ± 3.97 *	47.87 ± 3.81 *	66.99 ± 2.76 *	
试验组	40	治疗前	40.32 ± 3.37	39.87 ± 2.14	61.81 ± 2.98	
	40	治疗后	51.02 ± 4.32 *△	50.56 ± 3.51 *△	70.57 ± 2.87 *△	

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与常规组治疗后比较, △ $P < 0.05$ 。

2.4 两组颈源性眩晕患者治疗前后炎症因子水平比较 两组患者治疗后 IL-6、CRP 及 TNF- α 水平低于本组治疗前, 且治疗后试验组低于常规组 ($P < 0.05$), 见表 4。

2.5 两组颈源性眩晕患者治疗前后治疗前后心理状态评分比较 两组患者治疗后 HAMA、HAM-D 评分低于本组治疗前, 且治疗后试验组低于常规组

($P < 0.05$), 见表 5。

表 4 两组颈源性眩晕患者治疗前后炎症因子水平比较 ($\bar{x} \pm s$)						
组别	<i>n</i>	时间	IL-6 ($\rho/\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	CRP ($\rho/\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	TNF- α ($\rho/\text{ng} \cdot \text{L}^{-1}$)	
常规组	40	治疗前	42.25 ± 6.31	12.62 ± 2.12	145.10 ± 18.66	
	40	治疗后	30.43 ± 5.13 *	9.23 ± 1.46 *	86.42 ± 14.26 *	
试验组	40	治疗前	42.46 ± 6.23	13.16 ± 2.23	145.43 ± 20.13	
	40	治疗后	26.55 ± 4.37 *△	7.16 ± 1.21 *△	72.66 ± 12.33 *△	

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与常规组治疗后比较, △ $P < 0.05$ 。

表 5 两组颈源性眩晕患者治疗前后心理状态评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)					
组别	<i>n</i>	时间	HAMA	HAMD	
常规组	40	治疗前	20.62 ± 4.09	17.76 ± 2.91	
	40	治疗后	12.24 ± 2.67 *	9.88 ± 1.95 *	
试验组	40	治疗前	20.35 ± 4.23	17.87 ± 3.16	
	40	治疗后	7.88 ± 1.50 *△	6.33 ± 1.57 *△	

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.05$; 与常规组治疗后比较, △ $P < 0.05$ 。

2.6 两组颈源性眩晕患者临床疗效比较 试验组有效率为 92.50%, 常规组有效率为 72.50%, 试验组有效率高于常规组($P < 0.05$), 见表 6。

表 6 两组颈源性眩晕患者 临床疗效比较						例(%)
组别	<i>n</i>	治愈	显效	有效	无效	有效率
常规组	40	7 (17.50)	9 (22.50)	13 (32.50)	11 (27.50)	(72.50)
试验组	40	10 (25.00)	12 (30.00)	15 (37.50)	3 (7.50)	(92.50)*

注:与常规组比较,* $P < 0.05$ 。

3 讨论

近些年,颈源性眩晕的发病率呈逐年上升趋势^[14],临床治疗以口服药物为主,虽能缓解患者临床症状,但仍有 40% 的患者需长期服用药物,部分患者伴有漂浮感或不稳感,这些症状会降低其自控能力,增加心理负担,继而引起抑郁、焦虑等负面情绪,增加再次眩晕的发生率^[15-16]。《医宗已任编》云:“眩晕之病,悉属肝胆两经风火。”说明肝胆气机失衡可诱发眩晕。《灵枢·口问》云:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”充分说明了眩晕的特点^[17-19]。眩晕的主要病因为气血不足、卫气虚弱,尤其老年人群体气血俱虚,髓海不充,肾水不足。明清后,开始盛行“瘀滞不行,皆能眩晕”一说,如《医林改错》中提出逐瘀方剂,进一步丰富眩晕的诊治方法。经多年临床实践发现,瘀血贯穿于眩晕发病始终,且各证型均有瘀血的表现。因此,在辨证论治眩晕时应以活血化瘀为主要治疗原则。历代医家认为,肝肾阴亏,肝阳上逆,水不涵木,气火上扰,从而引发眩晕^[20-22]。天麻钩藤饮中天麻主治头旋目眩,天麻主治头痛眩晕,两者为君药,共奏平肝潜阳之功;牛膝可逐瘀通经,引血下行,石决明清肝明目,平肝潜阳,两者为臣药,具有平肝熄风之效;栀子、黄芩利湿凉血、清肺泻火,益母草活血化瘀,桑寄生、杜仲强筋壮骨、补肝益肾,夜交藤、茯神安神宁心、祛风通络,共为佐药,可清肺补肾、活血化瘀;甘草调和诸药。全方配伍,共奏活血通络、平肝潜阳之功^[23-24]。

针灸疗法属于我国非物质文化遗产,是中医学的重要组成部分,其以独特经络腧穴理论及显著疗效得到医务工作者及广大患者的认可^[25-26]。针灸是将艾灸与针刺相结合,通过将热力输送于穴位,起到温通经络、行气活血的作用。该疗法操作便捷、安

全无不良反应,能有效减轻患者不适症状,促使早日康复^[27-28]。风池穴为足少阳、阳维脉交汇穴位,可将升发清阳之气传输于脑,促进脑部血液循环,髓海得养则渐消眩晕;百会穴具有安神止眩、升阳益气的功效,而夹脊穴处于重要肌肉起止位置,针灸此处可改善血流,促进血液循环。

基底动脉在脑桥前的正中沟内,若基底动脉远端的血流速大于近端血流速的 30% 则说明出现异常。正常人椎动脉血流速度左侧和右侧大部分在 30~80 cm·s⁻¹。椎动脉可以分为左侧椎动脉和右侧椎动脉,两侧椎动脉内径不一样。左侧椎动脉内径为 3.7 mm,右侧椎动脉内径为 3.4 mm。正常人左侧椎动脉血流量为(164.21±63.54) mL·min⁻¹,右侧椎动脉血流量为(130.47±56.10) mL·min⁻¹。如果患者椎动脉血流量超过这个范围,则提示眩晕的发生与颈椎病有关。本研究结果显示,两组患者治疗后左侧椎动脉、右侧椎动脉及基底动脉血流速度大于本组治疗前,且治疗后试验组大于常规组($P < 0.05$)。

综上,针灸联合天麻钩藤饮加减治疗颈源性眩晕,可改善患者的眩晕症状及心理状态,主要通过抑制炎症因子水平、调节血管活性物质而发挥疗效。

参考文献:

[1] 咸连芬,皮寅啸.天麻钩藤饮加减联合经颅磁刺激治疗肝阳上亢型眩晕的效果评价[J].人人健康,2020,39(1):229.

[2] 申贵虹.天麻钩藤饮加减治疗眩晕病肝阳上亢证 158 例临床疗效观察[J].健康必读,2019,3(11):99.

[3] 蔡兴黎.建瓩汤治疗后循环缺血性眩晕临床研究[J].光明中医,2020,35(9):1300-1302.

[4] 范少华,伍大华.伍大华运用平眩定晕汤加减治疗眩晕经验[J].湖南中医杂志,2020,36(8):21-22.

[5] 韦薇,杨德钱.杨德钱从肝治疗眩晕经验[J].实用中医药杂志,2022,38(2):301-302.

[6] 张素珍.眩晕症的诊断与治疗[M].北京:人民军医出版社,2006:370-370.

[7] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994:128.

[8] 刘利,杨春霞,邓娟娟.“小醒脑开窍”针刺法对后循环缺血性眩晕患者的辅助治疗[J].吉林中医药,2022,42(4):471-474.

[9] 陈韵龙,黄春梅,朱彦龙.针刺开四关治疗良性阵发性

位置性眩晕复位后再发眩晕[J]. 浙江中医药大学学报,2022,46(3):326-328,344.

[10] 任莉琼,钱淑霞,顾静霞,等. 耳穴埋籽法治疗后循环缺血性眩晕临床研究[J]. 新中医,2022,54(1):194-196.

[11] 何心愉,周红海,陈龙豪,等. 韦贵康教授运用“三期九分法”治疗颈源性眩晕辨证经验[J]. 陕西中医,2022,43(6):771-774.

[12] 孙卫红. 痰定眩汤联合氟桂利嗪治疗内耳眩晕症疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(4):620-622.

[13] 李丽卿,吴清明. 吴清明应用葛根天麻汤治疗颈源性眩晕经验[J]. 中医临床研究,2022,14(6):4-5.

[14] 孙鹏云. 近 10 年中医外治法治疗颈源性眩晕研究进展[J]. 光明中医,2022,37(4):723-726.

[15] 廖晶晶. 化痰清眩汤对血管源性眩晕患者脑血流灌注及血管内皮功能的影响[J]. 内蒙古中医药,2022,41(4):5-6.

[16] 赵海霞,吴敬. 醒脑开窍结合枕三经排刺法治疗基底动脉尖综合征眩晕疗效观察[J]. 实用中医药杂志,2022,38(2):284-286.

[17] 梁立新,刘超,肖阳春,等. “老十针”加减方针刺治疗后循环缺血性眩晕气血亏虚证临床研究[J]. 现代中医临床,2022,29(2):7-12.

[18] 李建伟,周利渊. 中药穴位贴敷联合茯苓泽泻汤治疗风痰上扰型眩晕临床研究[J]. 亚太传统医药,2022,18(1):101-104.

[19] 王萍萍,管日军. 半夏白术天麻汤联合氟桂利嗪对脑动脉供血不足导致眩晕患者症状及血流动力学的影响[J]. 实用中医内科杂志,2022,36(2):115-117.

[20] 匡琳,李卉,魏佳明,等. 郭志华从“心脑相关”理论治疗眩晕临床经验[J]. 中医药临床杂志,2022,34(1):57-60.

[21] 高地纪,齐向华,滕晶. 基于系统辨证脉学以“一气周流”理论探析眩晕证治[J]. 中医临床研究,2022,14(2):93-95.

[22] 曾纪超,李爱民,李莲英,等. 吴茱萸汤联合艾灸治疗厥阴寒证眩晕的临床研究[J]. 中国医药科学,2022,12(1):72-75.

[23] 周婉莹,张荣珍. 中药汤剂治疗前庭周围性眩晕的 Meta 分析[J]. 临床医学研究与实践,2022,7(1):5-9.

[24] 杨杰堃. 自拟痰风止眩汤治疗颈源性眩晕的临床效果观察[J]. 医学诊断,2022(1):84-88.

[25] 程松. 半夏白术天麻汤加减+耳穴压豆治疗后循环缺血性眩晕症的临床有效性[J]. 中外医学研究,2022,20(6):122-124.

[26] 朱迎春,郭永菊. 针灸推拿在颈源性眩晕患者中的临床效果及对 QOL 评分的影响研究[J]. 中华养生保健,2020,38(8):1-3.

[27] 陈欣泽,林卓鹏,李少芳,等. 针刺人迎穴配合压灸百会穴治疗颈源性眩晕的临床研究[J]. 上海针灸杂志,2019,38(7):727-730.

[28] 俞萍,郑昌岳,蒋剑文,等. 悬灸百会穴配合针刺治疗气血亏虚型颈源性眩晕临床观察[J]. 光明中医,2022,37(6):1046-1049.

收稿日期:2023-03-19

作者简介:赵贝贝(1982-),女,河南新乡人,医学博士,副主任中医师。

通信作者:崔晓峰,E-mail:64699609@qq.com

(编辑:倪婷婷)