

董氏奇穴治疗后循环缺血性眩晕风痰上扰型的临床针刺手法探讨研究*

刘军兵¹, 任胜洪^{1△}, 陈蓉¹, 仇奕¹, 程惠¹, 张瑞娟¹, 石燕芳¹, 李滔¹, 何冠², 邓秀琴²

(1. 九龙坡区中医院, 重庆 400082; 2. 重庆市中西医结合康复医院, 重庆 400012)

摘要: **目的** 临床发现董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效显著,对其针刺操作手法可行探索性研究。**方法** 随机双盲数字分组法选取患者120例,分组董氏奇穴组和普通针刺组各60例。董氏奇穴组采取特殊的针刺手法(倒马针法、牵引针法、动气针法),普通针刺组采取平补平泻针刺手法,治疗后观察2组患者中医眩晕症状评分、脑干听觉诱发电位、经络多普勒检查。**结果** 董氏奇穴组在中医证候积分改善高于普通针刺法($P < 0.05$);董氏奇穴组总有效率83.33%显著高于对照组83.23%($P < 0.05$);听性脑干听觉诱发电位客观反应脑干供血恢复情况,董氏奇穴组脑干供血参数优于普通针刺组($P < 0.05$);董氏奇穴组可明显改善患者椎动脉供血系统及血管弹力指数,疗效显著于普通针刺组($P < 0.05$)。**结论** 董氏奇穴疗法可明显改善后循环缺血性眩晕患者生活质量,其针刺手法简单易于操作,基层推广性强,值得深入研究。

关键词: 董氏奇穴;后循环缺血性眩晕;风痰上扰型;针刺手法

中图分类号:R255.3

文献标志码:B

文章编号:1007-2349(2022)12-0058-04

后循环缺血性眩晕(posterior circulation ischemia vertigo, PCIV)是由于椎-基底动脉系统血液循环障碍引起脑供血不足^[1],主要表现为头晕、目眩为首发症状,同时临床常有恶心呕吐、头痛、肢体麻木、无力等症状,严重者可进一步发展为脑卒中,是其发病先兆^[2]。头晕、目眩在临床最常见的症状,各个年龄段阶段都可出现。伴随智能简化社会的加速,人们的生活和工作方式的改变,以头晕和目眩的后循环缺血性眩晕也呈现逐年递增的形式,严重影响患者生活质量。有相关临床报道表明,后循环缺血性眩晕(PCIV)复发的风险很高,并与精神障碍(如焦虑和抑郁)相关,因此在治疗方面难度加大^[3]。针刺治疗后循环缺血性眩晕疗效佳良,副作用少,显效快,得到患者的认可,本研究已取得一定研究成果后,进一步完善董氏奇穴疗法的针刺手法探索性研究在PCIV上治疗机理,现相关具体研究报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 病例来源九龙坡区中医院2019年9月—2021年12月脑病科门诊及住院患者120例;

2组患者年龄,病程等差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性,见表1。

表1 2组患者一般资料比较

组别	n	性别(男/女)	年龄($\bar{x} \pm s$,岁)	病程($\bar{x} \pm s$,月)
董氏奇穴组	60	27/33	51.16 ± 8.23	2.1 ± 0.5
普通针刺组	60	29/31	52.15 ± 7.96	2.0 ± 0.7

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断 参照《中国后循环缺血的专家共识》。临床症状可以眩晕、头晕为主症,伴有头痛、恶心、呕吐、肢体麻木或无力、头面部麻木、行走不稳或跌倒诊断^[4]。

1.2.2 中医辨证诊断标准 参照《实用中医内科学》风痰上扰型:头痛如裹,伴有恶心欲吐呕吐痰涎或恶心呕吐,食少便溏,舌苔白或白腻,脉弦滑,中医辨证标准制定^[5]。

1.3 纳入标准 (1)病例年龄30-75岁。(2)主要证候头晕、目眩主症,且符合风痰上扰证型的PCIV。(3)辅助检查排除颅内疾病。(4)剔除精神病史、

*基金项目:重庆市科卫联合中医药科研项目(2019ZY3278)

第一作者简介:刘军兵(1987-),主治医师,研究方向:针刺治疗心脑血管疾病研究。

△通信作者:任胜洪, E-mail:492414679@qq.com

后循环缺血性眩晕以外引起的眩晕患者。(5)符合医院制定伦理委员相关文件并签署知情同意书。

1.4 治疗方法 基础治疗:临床常规基础治疗(降血压、降血糖、降脂、抗血小板聚集)不受研究影响。若患者治疗前严重呕吐,可不受研究影响给予止吐;甚至烦躁患者可以临床给予镇静治疗。

1.4.1 董氏奇穴组 参照《董氏针灸注疏》^[6]中相关穴位定位标准及治疗选穴参考,取穴:镇静穴、正会穴、前会穴、后会穴、总枢穴、双侧支禹穴、双侧土禹穴、驷马三穴、灵骨穴、大白穴、天皇穴、人皇穴、火主穴^[6];操作:选用1.5寸(0.3 mm×40 mm)一次性无菌针灸针(大名华龙,北京大名科技有限公司),毫针快速进针,其中按照进针先后顺序针刺灵骨穴、大白穴,灵骨穴的深度深于大白穴,两穴并排,如同小倒马针法;先针通肾、再针通胃、最后通背三穴深度依次由深到浅,形式倒马,的倒马针法;火主穴、火硬穴两穴针刺方向可随病情调整,可到达一针两穴;适当可增加一重穴、二重穴、三重穴增加刺激强度,穴位有酸胀感、走串感;镇静穴、正会穴、后会穴三穴采用动气针法;得气后留针30 min,双侧土禹穴、双侧支禹穴用三棱针点刺放血,一周一次;以上穴位操作每周6次,共14次。

1.4.2 普通针刺组 参照《针灸学》中眩晕病选穴加减,主穴:百会、双侧风池、双侧完骨、四神聪、天柱、曲池、外关、颈部夹脊穴、阳陵泉、丰隆、太冲^[7]。选取1.5寸(0.3 mm×40 mm)一次性无菌针灸针(大名华龙,北京大名科技有限公司),具体穴位操作:其中双侧风池穴、四神聪、百会、阳陵泉、针刺得气后行捻转补法1 min,太冲、丰隆行泻法;其余穴位采取平补平泻,颈部夹脊穴、风池穴、四神聪、完骨穴均采取平补平泻,剩余配穴针刺得气后留针,每次留针30 min,每10 min行针一次,每周6次,共14次。

1.5 观察指标

1.5.1 中医证候评分 客观询问患者证候,对比治疗前后,分析可见分数越高证候越突出。

1.5.2 脑干听觉诱发电位(BEAP) 比较董氏奇穴组与普通针刺组的PL波在潜伏期、潜伏期波速参数变化,间接反应脑干供血恢复能力。

1.5.3 经络多普勒(TCD) 比较2组在左右椎基底动脉、血管弹力指数,分析参数血流动力学改变。

1.6 统计学方法 运用SPSS20.0软件处理2组数据,计量资料分别应用 t 检验,并通过 $(\bar{x} \pm s)$ 与率(%)描述,组间比较有临床统计学意义且符合 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 疗效比较 组间分析董氏奇穴组和普通针刺组总有效率为96.67%、83.33%,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表2。

表2 2组临床疗效比较 $n(\%)$

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
普通针刺组	60	9(15.0)	22(36.67)	19(31.67)	10(16.67)	83.33
董氏奇穴组	60	15(25.0)	27(45.0)	16(26.67)	2(3.33)	96.67*

注:与对照组比较,* $P < 0.05$

2.2 脑干听觉诱发电位(BEAP) 董氏奇穴组通过特定手法能明显改善脑干缺血,优于平补平泻的普通针刺组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表3。

表3 2组脑干听觉诱发电位治疗前后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	潜伏期(ms)		
		I	III	V
普通针刺组	治疗前	2.28 ± 0.92	4.59 ± 0.13	6.76 ± 0.25
	治疗后	1.83 ± 0.14	4.26 ± 0.27	5.54 ± 0.16
董氏奇穴组	治疗前	2.36 ± 0.84	4.64 ± 0.17	6.98 ± 0.17
	治疗后	1.38 ± 0.15*	3.43 ± 0.85*	5.15 ± 0.1*

组别	时间	波峰潜伏期(ms)		
		I-III	III-V	I-V
普通针刺组	治疗前	2.21 ± 0.45	2.41 ± 0.15	4.42 ± 0.25
	治疗后	2.05 ± 0.23	2.08 ± 0.56	4.17 ± 0.19
董氏奇穴组	治疗前	2.23 ± 0.48	2.46 ± 0.12	4.54 ± 0.27
	治疗后	1.81 ± 0.16*	1.69 ± 0.24*	3.52 ± 0.16*

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$

2.3 经络多普勒(TCD) 通过倒马针法、牵引针法的董氏奇穴组在改善患者左、右椎基底动脉、血管弹力指数方面优于平补平泻的普通针刺组,差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表4。

表4 2组经络多普勒治疗前后比较($\bar{x} \pm s$)

组别	左侧椎动脉血流速度		右侧椎动脉血流速度		椎基底动脉血流速度		血管阻力指数	
	Vd(cm/s)		Vd(cm/s)		Vd(cm/s)			
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
普通针刺组	25.8 ± 3.8	28.9 ± 2.6	26.6 ± 3.5	29.8 ± 2.6	27.8 ± 3.4	29.8 ± 2.7	0.64 ± 0.17	0.75 ± 0.15
董氏奇穴组	25.6 ± 3.1*	36.1 ± 2.7*	25.9 ± 3.7*	35.42 ± 2.7*	27.3 ± 3.7*	35.8 ± 2.1*	0.66 ± 0.13*	1.02 ± 0.17*

注:与对照组治疗后比较,* $P < 0.05$

3 讨论

后循环缺血性眩晕是中医脑病科最常见及多复发性疾病,往往发作时患者痛苦难忍,以“头晕、眩晕、目眩、恶心呕吐”症状急需快速解决。PCIV治疗大多采取中西合璧相结合,提高临床实用性。西医主要以改善血管痉挛的扩血管药、抑制神经活动的细胞膜稳定药以及对症处理止吐、镇静安神,能够改善患者临床症状。但该病具有病情反复,延绵不断,治愈率差的临床特点。中医对该病的认识越来越深入,取得的临床疗效也更加凸显。PCIV可归属于中医的“眩晕病”,中医对本病认识可概括为具“本虚标实,虚实夹杂”的临床特点^[8],主要与肝脏关系密切,因肝体阴用阳,加上情志、内伤、外感等病邪诱发致肝风内动,肝阳上扰而生风,多表现为风痰上扰型,则可发眩晕。早在《黄帝内经》对于眩晕病之机要在“肝”的理论,提出肝风内动对眩晕发病起绝对性作用,肝风内动,清窍受扰,脑失营养,则目眩头晕。中医在经历中医者不断探索性传承创新,使得不断丰富的中医临床经验和方案来完善在PCIV的治疗。在中医治疗方面,针刺治疗PCIV已得到认可的有效方案,且疗效显著,近几年循证医学方面也证实其有效性。融合新理论知识并不断创新,不断研究深入,完善董氏奇穴在临床各个领域的挖掘,PCIV临床问题可得到有效解决。

普通针刺治疗后循环缺血性眩晕选择穴位以督脉、手、足太阳膀胱经、足厥阴肝经的穴位为主,以百会、双侧风池、双侧完骨、四神聪、天柱、曲池、外关、颈部夹脊穴、阳陵泉、丰隆、太冲。纵观穴位特色以祛肝风化痰,调神醒脑为治疗特色,其中选取督脉的百会穴“三阳五会”之名,穴位解剖位于头部帽状腱膜之

中,有枕大神经与额神经分支经行该穴位处,《太平圣惠方》记载针刺百会穴可治疗“头目眩痛,少心力,忘前失后,心神恍惚。”有研究表明针刺双风池、双完骨穴、四神聪能够清利头目,改善椎-基底动脉系统供血,从而确保气血充盈而灌注脑髓^[9]。《东医宝鉴》记载针刺四神聪穴,“主头风目眩,风痲狂乱”。由此可见普通针刺可改善眩晕。董师奇穴疗法是经历代传承下来的针灸瑰宝,进针多以贴骨为主,自创了“动气针法”、“倒马针法”、“牵引针法”、“董氏特重的放血疗法”^[10]。在PCIV方面选穴以镇静穴、正会穴、前会穴、后会穴、总枢穴、双侧支禹穴、双侧土禹穴、驷马三穴、灵骨穴、大白穴、天皇穴、人皇穴、火主穴^[6]为主,镇静穴、正会穴、前会穴、后会穴在董氏奇穴属十部位头面,与正经督脉上穴位相吻合,三穴采取“牵引针法”,贴骨进针,可明显促进穴位的刺激,增强醒脑开窍、镇静安神之功,再则正会穴具有升阳之功。同时督脉与任脉相连,以上几穴采取此针法,可加强与任脉相连,通调气血。灵骨穴、大白穴,一重穴、二重穴、三重穴,通胃、通背、通肾,采取倒马针法,以小倒马针和大倒马针为主,以上几穴恰似正经的太阳、阳明经,多气多穴之经,该针法刺激其穴位可加强针感,达到通调全身气血,气血调和则阴平阳秘。在治疗上灵骨穴可主治头痛、耳鸣、耳聋、眼疾、半身不遂风,与大白穴采取此针刺法,增强针感,提高醒脑宁神疗效^[10]。以全息论而言,灵骨穴主下焦,大白穴主上焦,二者合用涵盖俞、原穴所经之处,调气补气温阳效佳^[11]。牵引针法即在针刺火主穴、火硬穴同时与头面之正会穴一同齐行针,如同牵引。上肢的灵骨穴、大白穴针刺的牵引,串通全身之气血,火硬穴、火主穴正于行间、太冲穴相吻合,肝者风木之

脏,两穴连用可调畅肝气舒畅,清降肝阳祛肝风。火硬穴具有主治惊悸、头晕之功,联合火主穴,可进一步快速降低眩晕、头晕,减少患者神经衰弱发生^[10]。动气针法即针刺穴位同时令患者活动颈项部,采用的两种针法均是董氏独创的特色针法,配合使用加强针感,提高痛阈,改善局部微循环,疏导局部气血,以达到通则不痛的目的^[12]。董公在临床上散用放血疗法,取其本意,联合全息疗法,经络是运行气血而至全身,沟通联络各脏腑,若脏腑气血受阻,则出现功能障碍。如《素问》:“夫百病之生,皆因郁塞痞滞,凝结不通”。颈部是人体所有经络上至头顶关键所在,也是任督二脉交会之处,对于激发督脉与手足三阳之经气至关重要,同时也起到疏通全身经络之功,因此运用董氏奇穴放血疗法,对颈部的双侧支禹穴、双侧土禹穴点刺放血,可使经络畅达,灌注脑髓、经筋和各脏腑的气血得以恢复。有研究表明“以通为用”刺络放血大椎穴对颈性眩晕患者降低椎-基底动脉高流速,其供血得到恢复,缓解了迷路动脉供血不足的状态^[13]。董氏奇穴所选穴位特定手法针刺可明显针感得以体现,加快激发人体神经功能修复。正如研究证明针刺穴位具有调节神经体液和血管舒缩功能、改善血液流变学、促进血管新生等功能^[14]。以上所有董氏奇穴的针刺特殊手法,联合其特定穴位,如同正经针刺能够达到任督二脉贯通,醒脑宁神,引导祛肝风,伏内痰,同时调内虚的辅助效果,不但醒脑开窍镇静安神且可活血化瘀通络之功,标本同治,充分客观分析^[15]。

综上所述,董氏奇穴疗法通过特定的针刺手法,在疗效、脑干供血、椎基底动脉供血、血管弹力指数方面都表现出优于普通针刺组,该针刺手法操作简单,无复杂操作流程,临床疗效显著等优点,值得临床推广应用。伴随中医药在国际地位逐步提升,越来越多的人将目光投射在中医疗效和循证医学上,本次研究样本病例样数不大,今后研究应增加样本观察量及病人长期后期随访复发率,增加多中心研究样本,增加循证医学效力。

参考文献:

- [1] 邱艳华,蒋娟,封爱婷. 中医辨证施护在后循环缺血性眩晕中应用研究[J]. 河北中医,2014,36(9):1406-1407.
- [2] Zhang Z Q, Song J Y, Jia Y Q, et al. Buyanghuanwu decoction promotes angiogenesis after cerebral ischemia/reperfusion injury; mechanisms of brain tissue repair[J]. NRR, 2016, 11(3):435-440.
- [3] Herdman D, Norton S, Pavlon M, et al. Vestibular deficits and psychological factors correlating to dizziness handicap symptom severity[J]. J Psychosom Res, 2020, 132:109969.
- [4] 中国后循环缺血专家共识. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(1):786-787.
- [5] 王永炎,严世芸. 实用中医内科学[M]. 上海:上海科学技术出版社, 2009:22-26.
- [6] 刘毅. 董氏针灸注疏[M]. 北京:中国中医药出版社, 2011:18-19.
- [7] 石学敏. 针灸学[M]. 北京:中国中医药出版社, 2004:218-219.
- [8] 杜泥泥,谭果,韩为. 针灸治疗后循环缺血性眩晕研究概况[J]. 中医药临床杂志, 2015, 25(8):1067-1069.
- [9] 李龙春,后循环缺血性眩晕中针灸治疗方案的临床研究进展[J]. 东方药膳, 2020, 21(9):292.
- [10] 白钰如,董氏奇穴与传统针灸相关性研究[D]. 广州:广州中医药大学, 2016.
- [11] 毛靖,陆兔林. 针刺董氏奇穴结合拔罐放血疗法治疗颈性颈椎病临床观察[J]. 亚太传统医药, 2019, 15(2):109-111.
- [12] 丘雅昌,论“董氏奇穴”的特点和理论基础[J]. 北京中医药大学学报, 1999, 22(6):76-77.
- [13] 张贻强,“以通为用”刺络放血对颈椎椎-基底动脉高流速的影响及临床疗效[D]. 福州:福建中医药大学, 2019.
- [14] 王非,张京兰,潘微. 针刺四神聪穴为主对颈性眩晕患者中医证候量表评分的评价[J]. 时珍国医国药, 2015, 26(6):1426-1427.
- [15] 李莹,王永德. 联用克林澳、甲磺酸倍他司汀和中药足浴法治疗后循环缺血性眩晕的疗效评价[J]. 当代医药论丛, 2018, 16(11):94-96.

(收稿日期:2022-05-18)