

岐黄针疗法治疗急性期后循环缺血性眩晕的临床观察*

刘军兵¹ 陈振虎^{2Δ} 陈蓉¹ 伉奕¹ 任胜洪¹ 程惠¹ 张瑞娟¹ 石燕芳¹ 陈小丹¹
(1.重庆市九龙坡区中医院,重庆 400050;2.广州中医药大学,广东 广州 510405)

中图分类号:R543.5 文献标志码:B 文章编号:1004-745X(2022)04-0670-04
doi:10.3969/j.issn.1004-745X.2022.04.029

【摘要】 目的 观察岐黄针疗法治疗急性期后循环缺血性眩晕的临床疗效。方法 将120例患者随机分为两组各60例;试验组采取岐黄针疗法治疗,对照组采取普通电针治疗。比较治疗前后两组患者的经颅多普勒(TCD)血流动力学指标[左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)、椎基底动脉(BA)、血流阻力指数(RI)]的变化、脑干听觉诱发电位(BEAP)参数变化、中医眩晕程度分级评分及临床疗效。结果 两组治疗后TCD血流动力学参数均有改善($P < 0.05$),试验组患者LVA、RVA、BA和RI值改善明显优于对照组($P < 0.05$)。试验组测定得脑干听觉诱发电位中(I、III、V)PL波潜伏期及达到波峰时间明显优于对照组($P < 0.05$);中医眩晕程度评分均较治疗前改善($P < 0.05$)。试验组的评分改善优势明显,差异有统计学意义($P < 0.05$)。试验组的总有效率为95.00%,高于对照组的83.33%($P < 0.05$)。两组临床均无明显的不良反应情况发生。结论 岐黄针疗法治疗与传统针灸治疗急性后循环缺血性眩晕相比较,岐黄针疗法疗效明显,能够有效缓解改善眩晕症状,改善后循环椎动脉血流动力学指标。

【关键词】 后循环缺血性眩晕 岐黄针疗法 输刺 合谷刺

Clinical Observation of Qihuang Acupuncture Therapy in the Treatment of Acute Posterior Circulation Ischemia Vertigo Liu Junbing, Chen Zhenhu, Chen Rong, Kang Yi, Ren Shenghong, Cheng Hui, Zhang Ruijuan, Shi Yanfang, Chen Xiaodan. Jiulongpo Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400050, China.

【Abstract】 Objective: To observe the clinical efficacy of Qihuang acupuncture in the treatment of acute posterior circulation ischemic vertigo(PCIV). **Methods:** A total of 120 patients were divided into two groups. The TCM syndrome differentiation was vertigo, and there were 60 cases in each group. The experimental group was treated with Qihuang acupuncture therapy, and the control group was treated with electroacupuncture. The changes of left vertebral artery(LVA), right vertebral artery(RVA), vertebral basilar artery(BA), blood flow resistance index(RI), the changes of brainstem auditory evoked potential(BEAP) parameters, the grading of vertigo degree of traditional Chinese medicine and the clinical efficacy of the two groups before and after treatment were compared. **Results:** Transcranial Doppler(TCD) hemodynamic parameters were improved in both groups before and after treatment, and LVA, RVA, BA and RI values in the experimental group were significantly better than those in the control group($P < 0.05$). The incubation period and peak time of PL wave in brainstem auditory evoked potential(I、III、V) measured in the experimental group were significantly better than those in the control group($P < 0.05$). In self-evaluation of TCM vertigo degree. The scores of the both groups were significantly improved, and the difference was statistically significant($P < 0.05$). The total effective rate of the experimental group was 95.00%, and the total effective rate of the control group was 83.3%, the overall effective index of the experimental group was better than that of the control group, and the difference was statistically significant($P < 0.05$). There were no obvious adverse reactions in the two groups. **Conclusion:** Compared with conventional acupuncture treatment, Qihuang acupuncture therapy for acute posterior circulation ischemic vertigo has significant effect, which can the relieve the vertigo symptoms and improve the hemodynamics of the vertebral artery in the posterior circulation.

【Key words】 Posterior circulation ischemic vertigo; Qihuang acupuncture therapy; Draining needle; Hegu needling

* 基金项目:广东省中医药管理局临床专项(20203014);广州中医药大学第一附属医院高水平医院建设创新强院二期培育项目(2019IIT30);重庆市科卫联合中医药科研项目(2019ZY3278)
Δ通信作者(电子邮箱:936733729@qq.com)

后循环缺血性眩晕是严重威胁中老年人群易发的一种神经系统疾病,近年发病率越来越高,且年轻化;由于动脉粥样硬化,导致大动脉狭窄和闭塞、血栓形成及穿支小动脉病变等引起椎基底动脉系统的缺血性病损。该病以眩晕为主要症状表现,可常伴肢体麻木、头痛、呕吐、复视、短暂意识丧失、血压增高、平衡障碍,站立不稳和双下肢无力或跌倒等症状^[1]。其发病有突发起病、持续时间长、反复发作、无法根治等特点。岐黄针疗法以简、便、灵、效的优势,在治疗效果上更具优势,所以岐黄针疗法受到医学界的广泛重视。本文以岐黄针疗法作为研究切入点,观察循环缺血性眩晕患者经过岐黄针疗法后的临床效果。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 1)诊断标准:西医诊断参照《中国后循环缺血的专家共识》^[1]中症状及体征诊断标准;眩晕病根据《22个专业95个病种中医诊疗方案合订本-眩晕诊疗方案》的中医诊断标准^[2]。2)纳入标准:满足后循环缺血性眩晕西医诊断标准和眩晕病中医诊断标准;年龄28~75岁,性别不限;最近1个月未接受其他治疗,自愿同意参加本研究。3)排除标准:严重的颈动脉闭塞需支架植入者;继发性高脂血症者;脑血管意外急性期,颅内感染、脑外伤、神经脱髓鞘及神经元疾病者;在过去6个月中患急性心肌梗死、脑血管意外,严重创伤或重大手术者。

1.2 临床资料 选择2019年1月至2020年10月重庆市九龙坡区中医院脑病科住院部及门诊部收治的后循环缺血性眩晕患者120例。按随机数字表法分为试验组与对照组各60例。两组临床资料差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表1。本研究经医院伦理委员会批准。

表1 两组临床资料比较

组别	n	男性(n)	女性(n)	年龄(岁, $\bar{x} \pm s$)	病程(月, $\bar{x} \pm s$)
试验组	60	29	31	62.07±5.08	5.80±2.42
对照组	60	27	33	62.57±5.18	5.60±2.48

1.3 治疗方法 1)基础治疗:结合两组患者实际病情,开展对应的基础治疗,同时针对患者基础疾病,给予降糖、降压、降血脂,强调注意饮食调节和适当运动。2)对照组:在基础治疗的前提下,给予普通电针治疗。参照《针灸学》^[3]中眩晕的取穴。实证取穴百会、风池、丰隆、内关、太冲、翳风、曲池、颈部夹脊穴、大椎。除百会外,以上穴位采取双侧^[3]。操作方法:放松状态下的患者处于侧卧位,选定穴用安尔碘局部消毒,选取0.30 mm×40 mm一次性针灸针(苏州华佗牌),快速刺入,得气后接电针,选取疏密波,每次25 min,每日1次,每周6次,连续2周为1疗程。3)试验组:在基础

治疗的同时,给予岐黄针疗法。针刺取穴:首次选穴百会、双侧风池;间隔3 d选双侧天牖穴、镇静穴;最后选穴可以参考百会、双侧厥阴俞。上肢麻木、乏力辨经取穴手三里、曲泽、小海;针对颈椎僵硬活动前伸或后仰受限明显的考虑颈椎C₄或C₆夹脊穴。操作方法:患者放松侧卧位,用安尔碘对定位的穴位皮肤进行无菌消毒。左手置于进针部位两侧,右手持针快速垂直刺入皮下(飞针法),进针时可听到或感觉到岐黄针穿透筋膜的突破感,运用五刺法中的“输刺”或“合谷刺”“直入直出,深纳之到骨,以取骨痹”,深刺至骨,针尖到达骨膜时,轻轻摆动针尾,进针时若遇到阻力,勿强行深刺,调整针尖方向,随时注意针柄处有无血液回流。用消毒干棉球按压出针的针孔2~5 min。每次选穴3~4穴,不超过4穴,间隔3 d 1次,3~4次为1个疗程。

1.4 观察项目 1)经颅多普勒(TCD)血流动力学参数:超声TCD血流分析仪检测左、右椎动脉,椎基底动脉血流速度,血管阻力指数^[4]。2)脑干听觉诱发电位:诱发电位肌肉检测仪(KRL-NMD)检测脑干听觉诱发电位(BEAP)的I、III、V的PL波潜伏期;I~III、III~V、I~V的PL波波峰潜伏期。3)中医眩晕程度评分标准:通过自评或者问卷性客观评估两组治疗前后参照中医症状眩晕程度评分标准^[2]。得分越低,眩晕程度越轻,反之眩晕程度越重。

1.5 疗效标准 参照《神经病学》^[5]和《中医病证诊疗疗效标准》^[6]。治愈:眩晕及伴随症状改善率≥90%。显效:60%≤眩晕及伴随症状改善率<90%。有效:30%≤眩晕及伴随症状改善率<60%。无效:眩晕及伴随症状改善率<30%或甚至加重。总有效率=(痊愈+显效+有效)/总例数×100%。

1.6 统计学处理 应用SPSS22.0统计软件。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用选择性t检验。计数资料采用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组治疗前后TCD血流动力学检测指标比较 见表2。两组左、右椎动脉,椎基底动脉血流速度,血管阻力指数均较治疗前改善($P < 0.05$),与对照组比较,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。

表2 两组治疗前后经颅多普勒血流动力学检测指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	左侧椎动脉血流(cm/s)	右侧椎动脉血流(cm/s)	椎基底动脉血流(cm/s)	血管阻力指数
试验组 (n=60)	治疗前	25.90±3.10	25.70±3.60	26.90±3.80	0.60±0.11
	治疗后	34.60±2.90 [△]	35.20±2.80 [△]	34.80±2.70 [△]	0.98±0.13 [△]
对照组 (n=60)	治疗前	26.30±3.40	27.10±3.20	27.10±3.20	0.68±0.15
	治疗后	28.60±2.80 [*]	29.20±2.40 [*]	29.20±2.40 [*]	0.76±0.14 [*]

注:与本组治疗前比较,^{*} $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,[△] $P < 0.05$ 。下同。

2.2 两组治疗前后脑干BEAP比较 见表3。试验组的BAEP的I、Ⅲ、V的PL波值明显优于对照组,两组差异有统计学意义($P < 0.05$)。

表3 两组治疗前后脑干BEAP比较(ms, $\bar{x} \pm s$)

组别	时间	潜伏期			波峰潜伏期		
		I	Ⅲ	V	I-Ⅲ	Ⅲ-V	I-V
试验组 (n=60)	治疗前	2.36±0.83	4.61±0.18	6.95±0.18	2.26±0.41	2.14±0.13	4.52±0.25
	治疗后	2.09±0.18 ^a	1.92±0.21 ^a	4.19±0.13 ^a	2.09±0.18 ^a	1.92±0.21 ^a	4.19±0.13 ^a
对照组 (n=60)	治疗前	2.25±0.91	4.52±0.14	6.75±0.23	2.16±0.43	2.09±0.14	4.42±0.23
	治疗后	1.81±0.13 [*]	4.23±0.26 [*]	5.58±0.18 [*]	1.71±0.21 [*]	1.75±0.54 [*]	3.86±0.17 [*]

2.3 两组治疗前后眩晕症状评分比较 见表4。两组治疗后眩晕评分均较本组治疗前明显降低($P < 0.05$),且试验组治疗后评分较对照组更低($P < 0.05$)。

表4 两组治疗前后眩晕症状评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	治疗前	治疗后
试验组	60	14.40±1.60	3.10±0.90 ^a
对照组	60	14.20±1.60	7.20±1.30 [*]

2.4 两组临床疗效比较 见表5。试验组总有效率高于对照组($P < 0.05$)。

表5 两组临床疗效比较(n)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效(%)
试验组	60	15	20	22	3	57(95.00) ^a
对照组	60	8	16	26	10	50(83.33)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3 讨论

后循环缺血性眩晕是中老年人中在神经内科常见的缺血性脑血管疾病,约占脑缺血性卒中的20%^[7]。多数由于高血压病、动脉粥样硬化、糖尿病、高脂血症等病因引起的椎-基底动脉狭窄,或闭塞而导致的脑干、小脑、或枕叶皮层的缺血^[8]。临床常规治疗以抗血小板治疗、抗凝治疗、扩溶治疗、溶栓治疗为主^[9],甚至可选择血管介入及外科治疗。当前临床治疗方面尚有诸多不足,如缺乏个体性、易复发、药物副作用、症状改善不佳等。同时缺乏能有效改善患者后循环缺血性的自然病理基础^[10]。临床研究发现,岐黄针疗法在后循环缺血性眩晕疗效显著,与现代普通电针治疗相比,它具有选穴少,改善血流动学参数以及治疗周期短等方面的优势,下面进一步探讨其机制。

检索文献可得出针刺具有活血舒经祛风,理气通络止晕之功。对于后循环缺血性眩晕,针刺是通过加快颈椎及后枕部局部血液循环,缓解局部血管痉挛,以改善供血,促使后循环的血供增加,眩晕症状缓解。纵

观岐黄针也属于针刺治疗一种,其研究机制需进一步探讨。选穴上少而精,具有针刺痛苦少、操作简单快速、疗效显著、复发率低等优点。岐黄针疗法中选穴上以百会穴、双侧风池、双侧天牖穴、双侧厥阴俞为主要穴位。《黄帝明堂经》最早记录百会穴,属督脉。杨上善曰“髓上输脑盖百会穴”。百会穴属阳,阳中寓阴,且与督脉连通任脉,百会有通达阴阳脉络,对维系人体内部的阴阳平衡发挥着重要的作用。历代医家对百会的主治头痛、头晕、目眩等早有概括,如《胜玉歌》曰“头痛眩晕百会好”。此穴可调和阴阳,疏通经络之气滞,通行全身经脉,使脉通血行,脑健头清。针刺百会穴可以有效减轻脑缺血时脑功能的损伤,同时促进脑缺血后再灌注时脑功能的恢复,降低局部脑血管紧张度,使血管扩张,增加血流量,使脑组织得到濡养,同时还可以改变血液流变学指标,降低全血黏度、血浆黏度等,提高红细胞的变形性,稳定血液内环境。记载风池穴的古籍很多,《难经·二十八难》有记载“阳跷者……入风池”,论治疗的如《针灸大成》曰“头晕目眩,要觅风池”等。风池归经于足少阳胆经,为风邪为病的重要辨证要穴。历代医家总结出风池穴具有疏通经络,激发少阳经、阳维脉、阳跷脉的经气,循督脉上注于脑髓,祛风解表、清利肝胆、贯通三焦,从而达到通利清窍、濡养大脑,益脑止晕。从现代有关临床研究数据来看,针刺风池穴不但能够对动脉壁细胞上的β受体起到兴奋作用,还能通过脊神经和自主神经的神经体液调节,来调节椎-基底动脉的血管弹性,增加脑血流量和周围组织营养供应,使后循环缺血的情况得到快速恢复,减轻临床症状。天牖穴在颈部的侧面,是手少阳三焦经上穴位,亦是足少阳、足太阳、手太阳经筋交会处。《千金方》记载“天牖、昆仑、风门、关元,主风眩头痛”。有研究表明^[11]针刺天牖穴能疏调三焦经经气,颈部气血运行通畅,缓解颈部局部的胸锁乳突肌、斜角肌等肌肉韧带对周围神经血管的刺激,从而缓解局部痉挛^[12]。厥阴俞在背部,是足太阳膀胱经上的穴位,是足太阳、足少阴、手太阳经筋交会。《备急千金要方》首次提出厥阴俞,为心包经的背俞穴,有宽胸理气、活血止痛的作用,有研究表明针刺厥阴俞可以刺激神经,改善肌紧张^[13]。陈振虎教授认为患者在眩晕时心中烦闷取其厥阴俞可起到养心安神之意。试验组通过针刺以上穴位,采取不通的针刺工具,相同的针刺手法,得出TCD血流动力学参数、听性脑干BAEP实验数据,间接论证岐黄针疗法可明显改善患者后循环血流速度,增加脑血流供血,有效扩张血管,抑制脑血管痉挛,增加脑组织供血,调节血流速度及血流流变,从而有效改善了患者的眩晕症状。

岐黄针疗法具有传统针灸经典经络辨证的守正,又具有新时代针具的发展创新特点,灵活运用五刺

法。临床研究表明岐黄针疗法疗效显著,效果稳定,价格低廉、操作简单、安全性高、依从性高,患者痛苦感小,易于国内外推广,但岐黄针疗法在客观大量临床实验样本及长期效果需要监测,不同的针具给临床带来疗效差别显著,今后需要更多研究来挖掘其治疗机制。

参 考 文 献

- [1] 中国后循环缺血专家共识组. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 786-787.
- [2] 国家中医药管理局医政司. 22个专业95个病种中医诊疗方案合订本-眩晕诊疗方案[S]. 2010: 21-24.
- [3] 两繁荣. 针灸学[M]. 上海: 上海科技出版社, 2006: 207-209.
- [4] 焦明德, 田家玮, 任卫东, 等. 临床多普勒超声学[M]. 北京: 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社, 1997: 114.
- [5] 王维治. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 127.
- [6] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1997: 37.
- [7] Gulli G, Marquardt L, Rothwell PM, et al. Stroke risk after posterior circulation stroke/transient ischemic attack and its relationship to site of vertebrobasilar stenosis pooled data analysis from prospective studies [J]. Stroke, 2013, 44 (3): 598-604.
- [8] 周艳红, 纪春玲. 中医治疗后循环缺血性眩晕[J]. 中国医药指南, 2015, 13(32): 193-194.
- [9] 何菊, 张怀亮. 后循环缺血性眩晕的中西医研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 6(24): 871-874.
- [10] M M, S A, D H, et al. Multidisciplinary treatment of posterior circulation ischemia [J]. Neurological Research, 2004, 26 (1): 67-73.
- [11] 克晓军. 针刺风池穴对脑血流的影响[J]. 中医杂志, 1996, 37(5): 285.
- [12] 顾均青, 朱博畅, 单永华. 颈部“天穴”推拿治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 上海中医药杂志, 2007, 41(12): 40-41.
- [13] 薛立功, 张海荣. 筋伤理论与临床疼痛诊疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2002: 601.

(收稿日期 2022-01-15)

复位手法配合针刺治疗寰枢椎半脱位所致急性眩晕疗效观察

刘汉山[△] 焦光娟 丁 鹏

(山东省日照市中心医院, 山东 日照 276800)

中图分类号: R684 文献标志码: B 文章编号: 1004-745X(2022)04-0673-04

doi: 10.3969/j.issn.1004-745X.2022.04.030

【摘要】 目的 观察复位手法配合针刺治疗寰枢椎半脱位所致急性眩晕的临床疗效。方法 患者70例随机分为治疗组与对照组各35例, 对照组行仰卧位针刺配合传统推拿手法治疗, 治疗组在仰卧位针刺基础上行仰卧位寰枢椎半脱位复位手法。比较分析两组患者的总有效率、治疗前后主要症状体征积分、治疗前后寰齿前间距(ADI)及寰齿侧间距差值(VBLADS)。结果 治疗组总有效率为97.14%, 明显高于对照组的82.86% ($P < 0.05$), 且治疗组患者治疗后症状体征积分、ADI及VBLADS均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论 仰卧位复位手法配合针刺治疗可以恢复寰枢椎的正常解剖结构, 消除寰枢椎半脱位导致的局部软组织紧张、炎症刺激及椎动脉扭曲痉挛, 有效治疗寰枢椎半脱位所致急性眩晕, 值得临床进一步研究。

【关键词】 寰枢椎半脱位 急性眩晕 复位手法 针刺

寰枢椎半脱位所致急性眩晕属于“颈性眩晕”“椎动脉型颈椎病”范围, 表现为突然发作的头晕头昏, 常伴有头痛、颈痛、斜颈、恶心呕吐、心慌心悸、视物不清, 部分发作视物旋转、耳鸣耳塞等症状, 严重者出现猝倒晕厥^[1-2]。发病机理目前尚未有定论, 当前研究认为主要与寰枢关节半脱位引起寰枢段椎动脉牵拉扭曲, 或局部交感神经受刺激后兴奋引起椎动脉痉挛, 导致椎-基底动脉供血不足有关; 亦有认为与寰枢椎紊乱后引起上颈部软组织本体感觉传入异常相关^[3]。本病

多因外伤或长期头颈部姿势不良导致^[4-6], 易与耳石症^[7]、心脑血管疾病、神经官能症等疾病相混淆, 导致漏诊、误诊、失治, 致使病情延误, 迁延不愈, 严重影响患者的工作和生活。本研究通过复位手法配合针刺治疗寰枢椎半脱位所致急性眩晕取得了较好的临床疗效。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择 诊断标准: 参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[8]和潘之清主编的《实用脊柱病学》^[9]拟定。纳入标准: 符合上述诊断标准;

[△]通信作者(电子邮箱: shdlhs@126.com)