

岐黄针疗法对后循环缺血性眩晕患者生活质量的影响

刘军兵¹, 彭支莲¹, 陈蓉¹, 周瑜¹, 邓学娟², 伧奕¹, 任胜洪¹, 张瑞娟¹, 石燕芳¹

1.重庆市九龙坡区中医院脑病科, 重庆 400081; 2.重庆市九龙社区卫生服务中心内科, 重庆 400083

[摘要] 目的 探讨岐黄针疗法应用于后循环缺血性眩晕患者对生活质量健康观察。方法 将 2021 年 12 月至 2022 年 6 月重庆市九龙坡区中医院 60 例后循环缺血性眩晕患者采用随机数字表法分为两组, 治疗组 30 例予岐黄针疗法治疗, 对照组 30 例予常规针刺治疗, 两组患者治疗 1 个疗程后, 比较两组患者治疗前后眩晕中医证候积分、经颅多普勒、脑干听觉诱发电位变化情况。结果 治疗组在眩晕证候积分改善情况优于对照组 ($P<0.05$); 治疗组患者各项血流动力学参数明显优于对照组 ($P<0.05$); 两组脑干听觉诱发电位反应在改善脑供血情况均有恢复, 治疗组患者潜伏期及达到波峰时间明显优于对照组 ($P<0.05$); 治疗组总有效率为 93.33% (28/30), 对照组总有效率为 83.33% (25/30), 治疗组疗效优于对照组。结论 岐黄针疗法与普通针刺治疗后循环缺血性眩晕比较, 岐黄针疗法优点突出, 见效快, 患者痛苦少, 能迅速缓解的眩晕症状, 患者接受度高, 生活质量好。

[关键词] 岐黄针疗法; 后循环缺血; 眩晕; 生活质量

[中图分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[DOI]** 10.3969/j.issn.1673-9701.2023.12.005

Qi-Huang needle therapy in patients with posterior circulation ischemic vertigo to observe the quality of life

LIU Junbing¹, PENG Zhilian¹, CHEN Rong¹, ZHOU Yu¹, DENG Xuejuan², KANG Yi¹, REN Shenghong¹, ZHANG Ruijuan¹, SHI Yanfang¹

1.Department of Encephalopathy, Jiulongpo Hospital of Traditional Chinese Medicine, Chongqing 400081, China; 2.Department of Internal Medicine, Jiulong Community Health Service Center of Chongqing, Chongqing 400083, China

[Abstract] **Objective** To explore the effect of Qi-Huang acupuncture therapy on the quality of life in patients with posterior circulation ischemic vertigo (PCIV). **Methods** Sixty patients with PCIV were randomly divided into two groups from December 2021 to June 2022 in Jiulongpo Hospital of Traditional Chinese Medicine. Thirty patients in the treatment group were treated with Qi-Huang needle therapy, control group 30 cases were treated with conventional acupuncture. After one course of treatment, the therapeutic effects of vertigo in the two groups were statistically analyzed. The changes of TCM syndrome score, transcranial Doppler (TCD) and brainstem auditory evoked potential (BEAP) before and after treatment were compared between the two groups. **Results** After standardized treatment, the improvement of vertigo syndrome score in the treatment group was better than that in the control group ($P<0.05$). The hemodynamic changes were improved in both groups, and the parameters of the treatment group were significantly better than those of the control group ($P<0.05$). The brainstem auditory evoked potentials in the two groups were recovered in improving the cerebral blood supply. The latency of wave and the time to peak in the treatment group were significantly better than those in the control group ($P<0.05$). The total effective rate was 93.33% (28/30) in the treatment group and 83.33% (25/30), the curative effect of treatment group was more significant than that of control group ($P<0.05$). **Conclusion** Compared with ordinary acupuncture in the treatment of posterior circulation ischemic vertigo, Q Huang-needle therapy has outstanding advantages, rapid effect, less pain, rapid relief of vertigo symptoms, high acceptance of patients, and improved quality of life.

[Key words] Qi-Huang needle therapy; Posterior circulation ischemia; Vertigo; Quality of life

后循环缺血性眩晕是常见的缺血性脑血管病,由椎-基底动脉系统血液循环障碍引起丘脑、脑干、小

脑等部位的血液灌注不足,脑部局部血液循环障碍,血流阻力增加,最终影响前庭功能而发生视物旋转、

基金项目:重庆市科卫联合中医药科技项目(2019ZY3278);重庆市九龙坡区科技技术预见项目(2021-03-010-Y)

通信作者:彭支莲,电子邮箱:578933865@qq.com

恶心呕吐、平衡障碍为主要表现的眩晕综合征^[1]。智能数字化时代的加快，人们生活方式不断改变，伴随不同的形式的身心疾病改变，临床发现后循环短暂性脑缺血发作是临床常见的中老年疾病之一，同时也是后循环脑梗死发作的恶性征兆^[2]。笔者 2021 年 12 月至 2022 年 6 月于重庆市九龙坡区中医院脑病科观察用岐黄针疗法治疗后循环缺血性眩晕 30 例，并与普通针刺治疗 30 例后循环缺血性眩晕进行比较，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

60 例患者均为 2021 年 12 月至 2022 年 6 月重庆市九龙坡区中医院脑病科后循环缺血性眩晕患者，诊断标准：西医诊断参照《实用神经病学》^[3]相关拟定部分标准：急性或慢性起病，发作性眩晕，伴或不伴恶心、呕吐，听力下降，耳鸣，视物不清；有共济失调、构音障碍，可有病侧头面部及对侧肢体感觉减退或消失。纳入标准：①符合以上中西诊断参照部分；②年龄 28~82 岁；③患者均对本研究知情同意并自愿参加本研究。排除标准：①排除脑血管意外、颅内占位病变等；②帕金森病；③妊娠或哺乳期妇女；④神经元病等；⑤患有严重心脑血管疾病；⑥肝肾功能障碍；⑦精神类疾病；⑧凝血功能障碍者。全部患者采用随机数字表法分为治疗组和对照组，每组各 30 例，两组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性，见表 1。中医诊断参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中眩晕病诊断：头目晕眩，视物旋转，轻的闭目即止，重的如坐车船，甚则扑倒；可伴有恶心呕吐，汗出，耳鸣耳聋，面色苍白，眼球震颤等。本研究经重庆市九龙坡区中医院伦理委员会批准（伦理审批号：ZLZYHEC-2019-27）。

1.2 治疗方法

两组患者予以基础疾病常规治疗（降压、调整血糖、调理血脂），注重患者饮食及运动锻炼的指导与养生保健。

1.2.1 治疗组 选择岐黄针疗法，针刺取穴：百会、

双侧风池、双侧天牖穴、印堂穴、双侧厥阴俞，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（岭南飞针法），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 2~5min。每次选穴 3~4 穴，不超过四穴，间隔 3d 一次，每个疗程 3~4 次。

1.2.2 对照组 参照《针灸学》^[3]中眩晕的取穴，辨证取穴百会、风池、丰隆、内关、太冲；同时取翳风、曲池、颈部夹脊穴、大椎，除百会外，余穴位取双侧。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 0.3mm×40mm 一次性毫针（苏州华伦牌），快速刺入行补泻手法，得气后留针，每隔 10min 行针一次，每次 30min，每日 1 次，每周 6 次，连续 2 周为一疗程。

1.3 观察指标

①两组患者治疗前后中医证候变化情况；②两组患者治疗前后经颅多普勒血流变学改变情况；③两组患者治疗前后脑干听觉诱发电位改变情况。

1.4 疗效评价

参照《39 个中医优势病种中医临床路径和中医诊疗方案（2018 年版）》^[5]和《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[6]。治愈：眩晕及伴随症状消失，TCD 结果显示正常评；显效：TCD 结果显示正常；有效：TCD 结果比治疗前好转；无效：治疗前后病情改善不明显，甚至加重。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 20.0 统计学软件对数据进行处理分析，计数资料以例数（百分率） $[n(\%)]$ 表示，组间比较采用 χ^2 检验；计量资料用均数±标准差（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，组间比较采用 t 检验，多组间比较采用单因素方差分析，多因素进行 Logistic 回归分析， $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 两组患者一般资料比较

组别	性别 (n)		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$, d)
	男	女		
对照组 (n=30)	13	17	51.67±6.02	3.98±2.25
治疗组 (n=30)	12	18	52.84±5.72	4.01±2.18
χ^2/t		0.059	-0.539	0.541
P		0.723	0.897	0.915

2 结果

2.1 两组疗效比较

治疗组总有效率为 93.3%，对照组总有效率为 83.3%，两组比较，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 2。

2.2 两组中医证候积分比较

治疗组患者的眩晕、头痛、视觉障碍、猝倒、颈部活动功能、旋颈诱发实验、肩部肌肉压痛、颈椎棘上或椎旁压痛积分治疗后均明显低于治疗前及对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 3。

2.3 两组经颅多普勒检测比较

两组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、血管阻力指数治疗后较治疗前及对照组明显提高，且治疗组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、血管阻力指数明显高于对照组 ($P<0.05$)，见表 4。

2.4 两组脑干听觉诱发电位比较

治疗组患者脑干听觉诱发电位潜伏期 I、III、V，波峰潜伏期 I~III、III~V、I~V 数值分别明显低于对照组，差异有统计学意义 ($P<0.05$)，见表 5。

表 2 两组疗效比较

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率[n (%)]
对照组 (n=30)	8	13	4	5	25 (83.3)
治疗组 (n=30)	13	10	5	2	28 (93.3)

表 3 两组中医证候积分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

症状	n	对照组 (n=30)		n	治疗组 (n=30)	
		治疗前	治疗后		治疗前	治疗后
眩晕	30	2.84±0.86	1.12±0.35	30	2.86±0.85	0.84±0.27
头痛	12	2.89±0.83	1.01±0.32	11	2.94±0.73	0.61±0.18
视觉障碍	8	0.93±0.71	0.46±0.09	6	0.94±0.65	0.27±0.07
猝倒	3	1.71±0.52	0.87±0.29	4	1.69±0.46	0.62±0.31
颈部活动功能	18	2.08±0.49	0.98±0.36	16	2.19±0.53	0.72±0.27
旋颈诱发实验	11	1.87±0.50	0.85±0.37	12	1.98±0.42	0.67±0.34
肩部肌肉压痛	26	0.92±0.17	0.48±0.10	24	0.86±0.15	0.32±0.09
颈椎棘上或椎旁压痛	28	0.94±0.21	0.46±0.12	27	0.91±0.19	0.28±0.11

表 4 两组经颅多普勒检测比较

组别	左侧椎动脉血流速度 ($\bar{x} \pm s$, cm/s)		右侧椎动脉血流速度 ($\bar{x} \pm s$, cm/s)		椎基底动脉血流速度 ($\bar{x} \pm s$, cm/s)		血管阻力指数	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	26.8±3.2	29.4±2.7	26.2±3.5	28.9±2.7	26.9±3.1	29.5±2.5	0.62±0.15	0.75±0.16
治疗组 (n=30)	26.3±3.1	35.2±2.6	26.3±3.7	35.6±2.6	26.7±3.3	35.8±2.4	0.65±0.13	1.01±0.15

表 5 两组脑干听觉诱发电位比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	潜伏期			波峰潜伏期		
		I	III	V	I~III	III~V	I~V
对照组 (n=30)	治疗前	2.34±0.87	4.43±0.21	6.70±0.23	2.21±0.39	2.13±0.16	4.51±0.17
	治疗后	1.91±0.15	4.23±0.26	5.63±0.23	1.74±0.24	1.74±0.51	3.81±0.21
治疗组 (n=30)	治疗前	2.46±0.85	4.58±0.18	6.78±0.26	2.31±0.41	2.13±0.16	4.51±0.17
	治疗后	1.42±0.13	3.39±0.33	5.09±0.34	2.10±0.27	1.97±0.46	4.21±0.29

3 讨论

后循环缺血性眩晕是临床表现的证候群，个体表现的症状差异各一。当前多数专家学者认为 PCI 性眩晕的诱发与椎基底动脉的脑梗死和短暂性脑缺血发作关系密切，引起后循环系统缺血性损伤，诱

发以眩晕为主的一系列症状，具有易反复发作、持续时间长的特点，好发于中老年人群^[7-8]。PCI 的西医治疗基本同缺血性脑卒中一致，主要以抗血小板聚集、降低血脂、稳定斑块、溶栓等以扩张动脉、改善脑血液循环为主^[9]。目前现代医学治疗可快速缓

解眩晕、呕吐等临床症状，但缺乏个体性和标准性诊疗方案。伴随 PCI 性眩晕呈现年轻化趋势，单一疗法不能从根本上进行治疗，需要多种疗法联合进行治疗以提高疗效^[10]。PCI 性眩晕归属于中医学“眩晕病”范畴。历代医家对眩晕病病因病机的理论认识逐步深化和具体进行详细阐述，涉及肝、脾、肾三脏，可概括“因风致眩”、“因火致眩”、“因痰致眩”、“因瘀致眩”、“因虚致眩”，对临床治疗提供较高价值的理论依据^[11]。

后循环缺血性眩晕中医药疗效方面已得到专家们的认可，尤其在针灸领域治疗后循环缺血性眩晕积累不少临床经验。针刺研究更加深入，针灸一方面可以通过刺激机体调节神经体液系统，分泌神经递质，调节血管舒张和收缩，进而改善局部血流状况；另一方面可以降低全血高切比黏度、全血低切比黏度、全血红细胞压积等，改善动脉粥样硬化程度^[12-14]。针刺可以改善颈椎及后枕部供血量，缓解局部血管痉挛及眩晕症状，可见针灸可明显改善患者临床症状。

岐黄针疗法是广州中医药大学第一附属医院陈振虎教授结合临床经验研发的新型针具，与传统针刺疗法相比，岐黄针疗法具有选穴少、不留针、快速针刺、见效快、功能多等优点。临床运用在心脑血管方面取得可喜的疗效。岐黄针疗法从选穴而言具有少而精，治疗后循环缺血性眩晕可选择百会穴、双侧风池、双侧天牖穴、双侧厥阴俞、双侧 C₂₋₄ 夹脊穴为主穴，每次操作选择 3~4 穴，以飞针快速刺入，行“输刺”“合谷刺”手法，针到病所，快速出针。针刺百会可益气固本、升阳固脱、醒脑开窍；针刺风池可使气血上注于脑，平肝熄风、除眩止晕^[15]。《备急千金要方》首次提出厥阴俞，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，为心包经的背俞穴，有宽胸理气、活血止痛，同时也可以刺激神经、改善肌紧张。有研究表明^[16]，针刺天牖穴能疏调三焦经气，使颈部气血运行通畅，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。

纵观以上取穴，岐黄针疗法选择以上穴位可改善急性后循环缺血性眩晕患者后循环血流速度，增加脑血流供氧，扩张血管，抑制脑血管痉挛，从而改善患者眩晕症状^[17]。通过分析，岐黄针疗法具有开窍醒神、熄风止晕、定惊宁神之功。同时该针法可促进改善椎动脉血供，加快血流供血，改善后循环血供，脑血管痉挛得以缓解，快速缓解患者临床症状，提高生活质

量，同时降低缺血性卒中的诱发，也降低再次眩晕症状的复发，可见岐黄针疗法对后循环缺血性眩晕患者的生活质量明显改善。

本研究发现，两组患者的中医临床证候、大脑后循环血供、脑干听觉诱发电位较治疗前明显改善 ($P<0.05$)，岐黄针疗法组在中医证候积分较治疗前明显改善，提示患者临床症状缓解明显。同时，治疗组在临床疗效、经络多普勒超声检查、脑干听觉诱发电位检测较对照组改善更明显，提示治疗组在改善大脑后循环供血方面优于对照组，中医证候积分作为客观评价患者临床证候的量表，能快速反应患者生活质量的改善。但存在一定主观性，因此在此基础上联合经络多普勒检测和脑干听觉诱发电位检测，更能客观事实反应大脑后循环血供改善情况，可作为有效评价的客观指标。通过数据对比发现，岐黄针疗法较普通针刺改善患者临床症状明显，同时岐黄针疗法具有选穴少、操作快、痛苦少、不留针等诸多优点，能明显提高患者生活质量。

本研究结果显示，岐黄针疗法作为痛苦少、接受高、疗效佳、安全、经济的治疗方法，大大改善后循环缺血性眩晕患者临床症状，提高生活质量，同时也降低脑卒中的发病率，明显改善患者后循环，及大脑供血，缓解脑血管痉挛。

[参考文献]

- [1] 程红亮, 胡培佳, 张闻东, 等. 通督调神针法治疗后循环缺血性眩晕临床研究[J]. 中医药临床杂志, 2013, 25(3): 208-210.
- [2] JAMES F Toole 著, 龙洁主译, 脑血管疾病[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2004: 57.
- [3] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1994: 1072-1073.
- [4] 中华人民共和国中医药行业标准. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京: 国家中医药管理局, 2017: 37.
- [5] 国家中医药管理局. 39 个中医优势病种中医临床路径和中医诊疗方案(2018 年版)[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2018: 99-101.
- [6] 孙传兴. 临床疾病诊断依据治愈好转标准[M]. 北京: 人民军医出版社, 2002: 317.
- [7] 李焰生. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 786-787.
- [8] 李杰, 欧胜胜, 毛文晴, 等. 健脑颗粒对后循环缺血患者的疗效及患者颈动脉斑块、脑血流的变化研究[J]. 现代医学, 2020, 48(1): 21-25.

(下转第 25 页)

手术的高效和安全实施提供保障。从模拟实验研究数据中也得到了证实,值得临床应用研究,临床推广应用效果还有待于大样本数据进一步验证。

[参考文献]

- [1] 向永国, 王文娟, 胡柯. 白内障超声乳化手术治疗的研究进展[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(14): 2394-2398.
- [2] 郑广瑛, 张萌, 郭静君, 等. 人工晶状体Ⅱ期缝线固定术中眼压稳定的意义[J]. 中华眼外伤职业眼病杂志, 2014, 36(4): 250-254.
- [3] 何守志. 超声乳化白内障吸除手术中的负压调整[J]. 中华眼科杂志, 2000, 36(2): 73-76.
- [4] SHINKAI Y, YONEDA K, SOTOZONO C. Ex vivo comparison of intraocular pressure fluctuation during pars plana vitrectomy performed using 25- and 27-gauge systems[J]. Ophthalmic Res, 2022, 65(2): 210-215.
- [5] 南炜瑾. 主控液流系统在白内障超声乳化术中的应用观察[D]. 长春: 吉林大学, 2020.
- [6] 郑晚秋. 前房维持器在眼前节手术中的应用[D]. 重庆: 重庆医科大学, 2019.
- [7] PARK J, POPOVIC M M, BALAS M, et al. Clinical features of endophthalmitis clusters after cataract surgery and practical recommendations to mitigate risk: Systematic review[J]. J Cataract Refract Surg, 2022, 48(1): 100-112.
- [8] GUPTA C, JOSEPH J, DAVE V P. Clinical presentations and management outcomes of culture-proven mixed bacterial and fungal endophthalmitis[J]. Semin Ophthalmol, 2022, 37(1): 123-128.

- [9] LEE T, ROBBINS C B, WISELY C E, et al. Clinical characteristics and visual outcomes in endophthalmitis after keratoprosthesis implantation[J]. Retina, 2022, 42(2): 321-327.
- [10] CHEN K J, CHONG Y J, SUN M H, et al. Streptococcus pneumoniae endophthalmitis: Clinical settings, antibiotic susceptibility, and visual outcomes[J]. Sci Rep, 2021, 11(1): 6195.
- [11] WADE C I, WHITESCARVER T D, ASHCROFT C R, et al. Endophthalmitis: A bibliographic review[J]. Int Ophthalmol, 2021, 41(12): 4151-4161.
- [12] GONDHALE H, JAICHANDRAN V V, JAMBULINGAM M, et al. Distribution and risk factors of postoperative endophthalmitis in people with diabetes[J]. Indian J Ophthalmol, 2021, 69(11): 3329-3334.
- [13] PENG K L, KUNG Y H, TSAI H S, et al. Treatment outcomes of acute postoperative infectious endophthalmitis[J]. BMC Ophthalmol, 2021, 21(1): 384.
- [14] STAROPOLI P C, FLYNN HW J R, MILLER D, et al. Endophthalmitis caused by streptococcus: clinical outcomes and antimicrobial susceptibilities 2014-2019[J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina, 2021, 52(4): 182-189.
- [15] DE GEUS SJR, HOPMAN J, BRÜGGEMANN R J, et al. Acute endophthalmitis after cataract surgery: Clinical characteristics and the role of intracameral antibiotic prophylaxis[J]. Ophthalmol Retina, 2021, 5(6): 503-510.

(收稿日期: 2022-09-24)

(修回日期: 2022-10-22)

(上接第 21 页)

- [9] 甘莉. 针刺结合半夏白术天麻汤治疗后循环缺血疗效观察[J]. 实用中医药杂志, 2022, 38(6): 911-913.
- [10] 岳春梅, 肖延龄. 升清降浊法治疗后循环缺血性眩晕经验[J]. 环球中医药, 2019, 12(10): 1541-1543.
- [11] 李雪, 黄石娇. 后循环缺血性眩晕机制研究及中西医治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(3): 60-63.
- [12] 李雅琴, 高淑红. 从《黄帝内经》探讨针刺治疗后循环缺血性眩晕[J]. 湖北中医杂志, 2020, 42(7): 40-43.
- [13] 杜泥泥, 谭杲, 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, 27(8): 1067-1069.
- [14] 万红. 针刺治疗后循环缺血性眩晕(痰瘀阻络型)的

临床研究及对血流变的影响[D]. 郑州: 河南中医药大学, 2011.

- [15] 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.
- [16] 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.
- [17] 刘军兵, 陈振虎. 岐黄针疗法治疗急性期后循环缺血性眩晕的临床观察[J]. 中国中医急症, 2022, 31(4): 670-673.

(收稿日期: 2022-10-10)

(修回日期: 2023-02-11)