



热敏灸结合董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕的疗效观察

刘军兵¹, 何冠², 陈蓉¹, 任胜洪¹, 仇奕¹, 柯绍兴¹, 潘莎¹, 张瑞娟¹, 邓秀琴²

摘要:目的 探讨热敏灸结合董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕的疗效。方法 选取 90 例确诊为风痰上扰型后循环缺血性眩晕病人,按照随机数字表均分为 3 组,每组 30 例。对照组给予西医基础治疗,试验 A 组在对照组基础上结合董氏奇穴疗法,试验 B 组在对照组基础上给予热敏灸结合董氏奇穴治疗,3 组均连续治疗 14 d。比较 3 组治疗前后临床症状(眩晕程度)、脑血流动力学变化。结果 治疗 14 d 后,试验 B 组总有效率(90.0%)高于试验 A 组(76.7%)及对照组(60.0%),3 组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$),但试验 A 组、B 组间比较差异无统计学意义($P > 0.05$);试验 B 组治疗后眩晕症状量表评分及脑血流动力学指标优于治疗前($P < 0.05$),且优于试验 A 组和对照组($P < 0.05$)。结论 热敏灸结合董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效显著,能有效缓解眩晕症状,提高椎动脉及椎-基底动脉血流速度,提高生活质量,且安全可靠。

关键词:后循环缺血性眩晕;热敏灸;董氏奇穴;风痰上扰型

doi: 10.12102/j.issn.1672-1349.2021.15.032

后循环缺血性眩晕 (posterior circulation ischemia vertigo, PCIV) 又称椎-基底动脉供血不足性眩晕,其发病表现为脑干功能受损症候群。主要临床症状为眩晕、头痛、麻木、虚弱、呕吐、暂时性意识丧失、视力损害、步态不稳等,临床表现多样,易反复发作^[1]。多数学者认为后循环缺血性眩晕属于颈椎病范畴,其发生发展与椎动脉本身因素密切相关,改变椎动脉状况是改善疾病的关键^[2-3]。随着人口老龄化加剧,多数人长期罹患高血脂、高血糖、高血压或联合起病的病理基础,从而增加了后循环缺血性眩晕发生率,加大了脑卒中发病的风险,甚至可导致后循环脑梗死,危及生命。近年来,临床采用热敏灸结合董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕,取得不错效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 研究对象 选取 2018 年 1 月—2019 年 10 月在重庆市九龙坡区中医院脑病科确诊为风痰上扰型后循环缺血性眩晕病人 90 例。入选标准:①年龄 45~80 岁。②符合《中国后循环缺血的专家共识》诊断标准^[4-5],主要症状包括眩晕、头痛、肢体或头面麻木、肢体无力、恶心呕吐、复视、短暂意识丧失、视觉障碍、行走平衡功能障碍等;伴随体征:眼球运动障碍、肢体瘫

痪、感觉异样、共济失调、构音或吞咽障碍、视野缺损、声嘶、Horner 综合征等。③符合风痰上扰型后循环缺血性眩晕^[6]中医诊断标准,风痰上扰证主症:典型的眩晕症状,自觉有视物旋转感;次要伴随症状:头痛如裹、恶心欲吐、食少便溏,舌苔白或白腻,脉弦滑;在主证基础上,加次症 1 项及舌脉可确定证型^[7]。④自愿参加本研究。排除标准:①急性脑梗死、脑出血等脑血管疾病;②低血压、前庭神经元炎、良性发作性位置性眩晕等。采用随机数字表法将病人随机分为对照组、试验 A 组和试验 B 组,各 30 例。对照组,男 14 例,女 16 例;年龄 45~77(60.8±5.6)岁;病程 1 周至 12 个月,平均(3.8±1.3)个月。试验 A 组,男 13 例,女 17 例,年龄 46~76(61.2±5.8)岁;病程 1 周至 12 个月,平均(3.9±1.5)个月。试验 B 组,男 16 例,女 14 例;年龄 45~78(61.4±5.9)岁;病程 1 周至 12 个月,平均(3.7±1.6)个月。3 组病人一般性资料比较差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法 对照组采用阿司匹林肠溶片(Bayer Vital GmbH, 国药准 H20050059)、盐酸氟桂利嗪片(山东仁和堂药业有限公司, 国药准字 H20013140)治疗,根据病人病情适当选择中药注射剂以改善循环。试验 A 组在对照组基础上联合董氏奇穴疗法,①董氏奇穴针刺取穴:七星穴、风池穴、灵骨穴、大白穴、后溪穴、正会穴、镇静穴、三重穴。②定位:三重穴,其中一重穴在外踝直上三寸向前横开一寸;顺次向上 2 寸别离是二重穴及三重穴^[8]。③操作:病人取仰卧位,采取碘伏对穴位皮肤进行无菌消毒。取 0.25 mm×40 mm 一次性毫针(苏州华伦牌),一重穴针刺一寸至二寸,后两穴由下到上针刺深度增加 1 分,呈阶梯样,每日 1 次,每

基金项目 重庆市科卫联合中医药科研项目(No.2019ZY3278)

作者单位 1.重庆市九龙坡区中医院(重庆 400080);2.重庆市中西医结合康复医院

通讯作者 何冠, E-mail: yishi75689@163.com

引用信息 刘军兵, 何冠, 陈蓉, 等. 热敏灸结合董氏奇穴治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕的疗效观察 [J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(15): 2638-2641.

次留针 30 min,其间行针 2 次,每周 6 次,2 周为 1 个疗程,其中灵骨穴、大白穴、三重穴采取倒马针法。试验 B 组在试验 A 组治疗基础上结合热敏灸治疗。热敏灸选穴:风池(双侧)、百会、天柱(双侧)、大椎。操作方法:嘱病人俯卧,暴露颈部皮肤,采用艾柱首先在局部穴位进行回旋灸 2~5 min,然后再沿经络走行方向往返灸 5~10 min,通畅颈部气血;有灸感后上述每个穴位再以雀啄灸 5~10 min,加强腧穴热敏化。当腧穴部位呈现如下反应表明已产生腧穴热敏感、局部透热、热量扩散、热量向远处传导,施灸部位或四周发生酸、麻、胀、痛^[9]。某些病人出现大椎向风池热传导感等非热感觉,操作依次风池、百会及天柱穴、大椎,采用温和灸,时间 30~40 min,每日 1 次。整个治疗过程中密切观察和询问病人的症状和感受,以局部皮肤发热稍红晕为度,适时调整,防烫伤,治疗完毕后嘱病人饮温水 1 次,每次 100~300 mL。

1.3 观察指标及疗效评价 ①治疗前后均采用眩晕症状量表评分进行评价,包含 7 个项目,采用 4 级(0~3)评分法,满分 21 分,分数越高提示病情越严重^[10]。②

3 组治疗前后均进行脑血流动力学指标检测,包括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及血管阻力指数。③临床疗效评价,根据临床症状缓解情况评定^[11],痊愈:头晕症状等完全消失;显效:头晕症状明显减弱,伴有轻微的眩晕感;有效:头晕症状有所改善,能够对工作及生活有一定影响;无效:头晕症状无改善甚至加重。

1.4 统计学处理 应用 SPSS 23.0 软件进行数据统计分析。定性资料以率(%)表示,行 χ^2 检验;定量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,两两组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验,多组间比较采用单因素方差分析,检验水准选取双侧 $\alpha = 0.05$ 。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组脑血流动力学指标变化情况比较 试验 B 组治疗 14 d 后椎动脉血流速度、椎-基底动脉血流速度及血管阻力指数优于对照组及试验 A 组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 1。

表 1 3 组治疗前后脑血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左侧椎动脉血流速度(m/s)				右侧椎动脉血流速度(m/s)			
		治疗前	治疗后	t 值	P	治疗前	治疗后	t 值	P
对照组	30	28.9±2.8	27.5±3.4	2.08	<0.05	28.8±2.5	27.3±3.7	1.84	0.07
试验 A 组	30	28.7±2.6	27.0±3.2	2.26	<0.05	28.9±2.3	26.9±3.8	2.47	<0.05
试验 B 组	30	29.0±2.9	25.5±2.1 ^②	5.35	<0.05	29.4±2.8	25.2±2.6 ^②	6.02	<0.05
F 值		0.98	4.33			0.78	5.11		
P		0.52	<0.01			0.43	<0.05		

组别	椎基底动脉血流速度(m/s)				血管阻力指数			
	治疗前	治疗后	t 值	P	治疗前	治疗后	t 值	P
对照组	31.2±2.4	28.1±3.2	4.24	<0.05	0.79±0.14	0.71±0.15	2.14	<0.05
试验 A 组	31.6±2.6	27.8±3.0	5.24	<0.05	0.75±0.16	0.67±0.12	2.20	<0.05
试验 B 组	31.8±2.7	26.2±2.8 ^②	7.89	<0.05	0.78±0.13	0.60±0.09 ^②	6.24	<0.05
F 值	0.67	5.18			0.26	7.23		
P	0.59	<0.05			0.73	<0.05		

与对照组比较,① $P < 0.05$;与试验 A 组比较,② $P < 0.05$ 。

2.2 3 组治疗前后眩晕症状量表评分比较 试验 A 组、试验 B 组病人治疗后眩晕症状量表评分均较治疗前降低,且试验 B 组低于试验 A 组和对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。详见表 2。

2.3 3 组临床疗效比较 试验 B 组治疗总有效率最高,3 组比较差异有统计学意义($\chi^2 = 7.34, P = 0.03$)。试验 A 组与试验组比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。详见表 3。

表 2 3 组治疗前后眩晕症状量表

组别	例数	评分比较($\bar{x} \pm s$)		t 值	P
		治疗前	治疗后		
对照组	30	10.2±1.6	7.2±1.3	7.97	<0.05
试验 A 组	30	10.3±1.5	6.5±1.1 ^①	11.19	<0.05
试验 B 组	30	10.4±1.6	4.1±0.9 ^②	18.80	<0.05
F 值		0.24	9.71		
P		0.85	<0.05		

与对照组比较,① $P < 0.05$;与试验 A 组比较,② $P < 0.05$ 。

表 3 3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
对照组	30	4(13.3)	6(20.0)	8(26.7)	12(40.0)	18(60.0)
试验 A 组	30	6(20.0)	8(26.7)	9(30.0)	7(23.3)	23(76.7)
试验 B 组	30	10(33.3)	9(30.0)	8(26.7)	3(10.0)	27(90.0)

注:3组总有效率比较, $\chi^2=7.34,P=0.03$ 。

3 讨论

后循环缺血性眩晕是基于椎-基底动脉供给脑干、小脑、颞叶下部、枕叶和丘脑相应区域供血不足或血液灌注不足引发的一系列临床症状。西医主要使用抗凝、抗血小板聚集、改善循环、扩张血管、营养脑神经等方法,目前相关治疗可在一定程度上缓解症状,但长久疗效欠佳。急需探究一种远期疗效显著的治疗方案。

后循环缺血性眩晕属中医学眩晕病范畴。历代医家对眩晕病的认识已成熟,眩晕首见于《内经》,《素问·至真要大论》认为“诸风掉眩,皆属于肝”。《灵枢·口问》曰“上气不足,脑为之不满……目为之眩”。《丹溪心法》云:“头眩,痰挟气虚并火……无痰不作眩”。《类证治裁·眩晕论治》曰:“良由肝胆乃风木之脏,相火内寄,其性主动主升……以至目昏耳鸣,震眩不定”。严用和指出:“所谓眩晕者,眼花屋转,起则眩倒是也,由此观之,六淫外感,七情内伤,皆能导致”。因而眩晕多以内伤为主,虚损所致,兼以外感夹杂,其病位在清窍,与肝、脾、肾密切相关,治疗上虚补实泻,调整阴阳为主。本研究选取临床上较为常见风痰上扰证为研究证型,脾主运化水谷,为生痰之源,脾的健运失司,以致水谷不化精微,聚湿生痰,风痰中阻,清阳不升,浊阴不降,引起眩晕。治疗上以息风化痰为主要大法。治疗穴位选择采取多气多血及祛风健脾化痰为主的腧穴。因此,三重穴位于足阳明胃经与足少阳胆经之间,可以沟通两经之经气。足阳明胃经多气多血,行于头面部及身体的前面;足三重穴在胆足少阳脉和胃足阳明脉之间,在两条经脉之间的夹穴,针刺可选择一经或两经透刺,根据不同的针刺方向,能够达到调理两经之间脉气的作用。《灵枢》中主治:所治者,头痛眩仆,腹痛中满暴胀,及有新积,痛不移者,易已也,积不痛,难已也^[8]。与《灵枢》中的主治不谋而合,三重穴中完全体现出来,同时三重穴可使阴阳相贯,脾胃升降达到上病下取治疗头面疾病。《通玄指要赋》言“头晕目眩,要觅于风池”;风池穴夹项两边,属足少阳胆经,循胆经输向头之各部,具有平肝息风的作用,针灸具有调整阴阳、通经活络、调和气血的功能。张圣良研究“项九针”针法对椎动脉影响显示,针刺能增加椎-基底动脉颅内支

收缩波的波幅,降低椎-基底动脉颅内支流入时间,增加椎-基底动脉颅内支的血流量,可使供血不平衡得到有效改善^[12]。采取双侧风池穴提插手手法,对椎基底动脉血流速度有改善作用^[13]。另有研究显示,针刺“项八穴”可有效降低血管阻力,减缓脑血管痉挛,改善椎-基底动脉供血不足,提高病人双侧椎-基底动脉血流速度,从而改善脑血流量^[14]。太阳穴虽为经外奇穴,但位于少阳经循行区域,且靠近病所,太阳穴与走行于头面部的手少阳经、手太阳经、足少阳经在颜部相比邻,有孙络相连,可调诸经气血^[15]。灵骨穴、大白穴、三重穴采取倒马针法,倒马针法较普通针刺刺激强度大,较普通单穴针刺感应更强,以致达到祛风调理气血的功能。因而局部选穴加上远端选穴辨证治疗头面疾病,同时采取特殊倒马针法增强针感,以致具有扩张脑血管、提高脑部血液流量和恢复血管弹性的作用。正会穴、镇静穴犹如百会、印堂穴,同时取两穴,具备安神开窍、镇静的作用。

通过董氏奇穴疗法结合热敏灸,可进一步提高临床疗效。“经脉所过,主治所及”的理论体系下,陈日新教授以经络理论为指导,在传统艾灸基础上创新的新型温灸疗法,以腧穴的热传导、热扩散、热深透及非局部非表面热感为特点,在临床上呈现酸、麻、胀、重、麻、冷等热敏灸疗法^[9]。临床观察风池、大椎、百会、天柱等高热敏穴位区,激发人体经络之气,促进循经感传到椎-基底动脉部位,舒张血管,促进血管的顺应性与通透性,以达到改善供血效能。有研究表明,热敏灸可以提供活化能至能量缺乏的细胞,调控体内的免疫平衡、内分泌功能和神经功能^[16]。因而,热敏灸结合董氏奇穴疗法能改善后循环缺血性眩晕病人的相关临床症状及血流动力学指标,本研究显示试验 B 组改善情况均优于对照组、试验 A 组。

综上所述,热敏灸结合董氏奇穴疗法治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕的临床疗效,理论依据充足,比单纯西医常规基础治疗及单纯董氏奇穴疗法治疗疗效更优。

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] 邓希兰.对于奥扎格雷钠治疗后循环缺血导致的发作性头晕的临床研究[J].临床医药文献电子杂志,2014,1(9):809-810.

[3] 胡伟东,刘锦燕,燕虹,等.前列地尔联合奥扎格雷钠治疗后循环缺血性眩晕 50 例[J].中国药业,2012,21(17):87-88.

[4] 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.

[5] 刘雪云,胡小伟,蔡秀英,等.后循环缺血早期识别的研究进展[J].临床神经病学杂志,2018,31(2):151-154.

[6] 王长德,杜青.风眩宁煎方治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)临床观察[J].吉林中医药,2010,30(9):770-771.

[7] 闫庆忠.中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察[J].山西中医,2018,34(1):32-35.

[8] 刘毅.董氏针灸注疏[M].北京:中国中医药出版社,2011:86-90.

[9] 陈金萍,陈日新,焦琳,陈日新教授悬灸得气经验集粹[J].上海针灸杂志,2014,33(9):788-789.

[10] 王维治.神经病学[M].北京:人民卫生出版社,2002:127.

[11] 张晓华,艾群.列缺穴对椎动脉血流动力学影响的研究[J].上海针灸杂志,2006,25(6):36-37.

[12] 张圣良,莫新华.“项九针”针法对椎-基底动脉影响的临床研究[J].浙江中医学报,2004,28(6):57-62.

[13] 王舒,周颖,李军,等.风池穴提插手法对椎基底动脉供血不足患者血流动力学的影响[J].针灸临床杂志,1997,13(11):26-28.

[14] 郎伯旭,金灵青.针刺项八穴治疗椎基底动脉供血不足性眩晕临床观察[J].上海针灸杂志,2014,33(10):890-892.

[15] 姜云武.“上病下取”针刺治疗偏头痛 30 例[J].针灸临床杂志,1996,12(1):19.

[16] 肖袁柳,邓文,张波.热敏灸治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J].中国中医急症,2012,21(1):147-153.

(收稿日期:2019-12-23)

(本文编辑 王雅洁)

针康法对脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人下肢运动功能及生活质量的影响

罗鑫,胡非非



摘要:目的 探讨针康法对脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人下肢运动功能及生活质量的影响。方法 选取 2018 年 3 月—2019 年 3 月我院收治的 90 例脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人为研究对象,采用随机数字表法将其分为对照组与观察组,每组 45 例,对照组采取常规治疗方案,观察组在对照组基础上联合针康法治疗。治疗 8 周后,采用简化 Fugl-Meyer 下肢运动评分(SFMA)评估病人下肢运动功能,采用 Berg 平衡量表(BBS)评估平衡能力;采用改良 Barthel 指数评价生活质量。结果 治疗 8 周后,两组下肢 SFMA 评分、BBS 评分及改良 Barthel 指数评分均高于治疗前($P < 0.05$),且观察组高于对照组($P < 0.05$)。结论 针康法可有效改善脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人下肢运动功能及平衡能力,提高生活质量。

关键词:脑卒中;Brunnstrom Ⅲ 期;针康法;下肢运动功能;生活质量

doi: 10.12102/j.issn.1672-1349.2021.15.033

脑卒中是指由不同血管性病因引发的急性或局灶性脑血管系统功能障碍性疾病,是导致成年人残疾的主要原因^[1]。20 世纪 70 年代,瑞典物理治疗师 Signe Brunnstrom 提出了一套运动障碍的治疗法,将病人的运动恢复过程分为 6 个不同阶段,已有研究表明,基于 Brunnstrom 理论对脑卒中病人采取不同阶段的治疗方式,有利于提高治疗效果^[2]。针康法是一种结合头

穴丛刺针法及现代康复技术的治疗方式,在改善病人肢体功能方面效果显著^[3]。陈玲^[4]提出采用针刺法结合康复训练可有效改善脑卒中后偏瘫 Brunnstrom I 期或 II 期病人的运动功能,并促进其神经功能恢复,但对于针康法在 Brunnstrom Ⅲ 期病人中的应用尚报道较少。本研究采用针康法对 Brunnstrom Ⅲ 期脑卒中病人进行治疗,取得了较好的临床效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 选取 2018 年 3 月—2019 年 3 月我院收治的 90 例脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人作为研究对象。入组标准:①符合中国急性缺血性脑卒中诊治指南(2014)中脑卒中诊断标准^[5];②符合 Brunnstrom 分期 III 期^[6];③发病时间 2 周至 6 个月;④生命体征平稳、意识清楚、认知功能正常;⑤临床资料完整。排除

基金项目 沧州市科学技术研究与发展指导计划项目(No.172302012)

作者单位 河北省沧州中西医结合医院(河北沧州 061011)

通讯作者 胡非非, E-mail: haishangzhida@tom.com

引用信息 罗鑫,胡非非.针康法对脑卒中 Brunnstrom Ⅲ 期病人下肢运动功能及生活质量的影响[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(15):2641-2643.