

醒脑开窍针法联合归脾汤对椎-基底动脉供血不足性眩晕患者动脉血流及眩晕程度的影响

姚桂林, 赖京龙, 韩琼, 陈荣庄, 黄冠荣
(东莞市企石医院中医康复科, 广东 东莞 523000)

【摘要】目的 探讨醒脑开窍针法联合归脾汤在椎-基底动脉供血不足性眩晕(VBIV)患者中的应用效果, 以及对患者眩晕程度、动脉血流指标及炎症因子的影响。**方法** 选取2021年12月至2022年12月东莞市企石医院收治的88例VBIV患者, 按随机数字表法分为两组, 各44例。对照组患者口服甲磺酸倍他司汀常规治疗, 观察组患者在对照组的基础上加用醒脑开窍针法联合归脾汤治疗, 均治疗4周。对比两组患者治疗前后眩晕程度、中医证候评分、动脉血流指标、炎症因子水平。**结果** 与治疗前比, 治疗后两组患者眩晕残障程度评定量表(DHI)评分及眩晕、视物模糊、心悸少寐、神倦乏力评分均降低, 且观察组低于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者基底动脉、左侧椎动脉、右侧椎动脉血流速度均加快, 且观察组加快幅度更大; 与治疗前比, 治疗后两组患者血清C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平均降低, 且观察组降低幅度更大(均 $P<0.05$)。**结论** 醒脑开窍针法联合归脾汤能够改善VBIV患者临床症状表现及动脉血流指标, 减轻眩晕程度, 抑制炎症反应。

【关键词】 椎-基底动脉供血不足性眩晕; 醒脑开窍针法; 归脾汤; 血流动力学; 炎症因子

【中图分类号】 R255.3

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.15.0079.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.15.025

椎-基底动脉供血不足性眩晕(vertebral-basilar artery insufficiency vertigo, VBIV)是临床常见缺血性脑血管疾病, 眩晕是首发症状, 严重影响患者日常生活与工作。西医针对VBIV患者以药物治疗为主, 甲磺酸倍他司汀能特异性促进大脑、脑干内血液循环, 增加耳蜗血流量, 改善内耳微循环障碍, 从而减轻患者眩晕症状, 缓解病情, 但单独西药治疗存在较大的局限性, 其短期疗效欠佳, 停药后易复发。中医将VBIV归为“眩晕”范畴, 病位在脑, 多因气血阴精亏虚, 无法上荣于脑, 加之痰浊阻滞, 浊阴不降, 清阳不升, 蒙蔽于脑, 以致眩晕发作, 可伴随耳鸣耳聋、神疲乏力、气短懒言等症状, 轻者闭目即可缓解, 重者则视物旋转, 如乘舟车, 无法站立, 甚至昏倒^[1]。因此, 中医治疗VBIV以通关利窍、醒脑开窍、安神定眩、补气益血等为主。醒脑开窍针法是基于蒙蔽脑窍而提出的针刺之法, 以调神为核心, 并立足整体, 通过醒脑开窍之法以止晕定眩^[2]; 归脾汤由黄芪、丹参等中药组成, 具有补气益血、安神定眩的功效^[3]。但目前关于醒脑开窍针法、归脾汤在VBIV中的联合应用报道尚不多见, 具体效果还需进一步明确。鉴于此, 本研究旨在探讨醒脑开窍针法联合归脾汤在VBIV患者中的应用效果, 以及对患者眩晕程度、动脉血流指标及炎症因子水平的影响, 现将研究结果详细报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2021年12月至2022年12月东莞市企石医院收治的88例VBIV患者, 按随机数字表法分为两组, 各44例。对照组中男、女患者分别为20、24例; 年龄43~78岁, 平均(59.13±5.74)岁; 病程1~9年, 平均(4.92±1.10)年。观察组中男、女患者分别为19、25例; 年龄45~77岁, 平均(58.90±5.22)岁; 病程1~8年, 平均(4.86±1.13)年。两组患者一般资料比较, 差异无统计学意义($P>0.05$), 组间可比。纳入标准: 符合西医《眩晕(第2版)》^[4]中VBIV的相关诊断标准者; 符合中医《中华人民共和国中医药行业标准: 中医病证诊断疗效标准》^[5]中“眩晕”的诊断标准, 辨证为气虚血亏之证; 主证: 头晕目眩, 视物旋转; 次证: 心悸少寐, 神倦乏力, 面色淡白, 舌淡, 脉弱; 存在明显的眩晕症状者; 近期未接受抗血小板、抗缺氧治疗者等。排除标准: 肝、肾功能不全者; 颅脑出血、高血压等其他原因引起的眩晕者; 认知异常者; 醒脑开窍针法、归脾汤过敏或不耐受者等。研究经院内医学伦理委员会批准, 患者或家属签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者口服甲磺酸倍他司汀片[卫材(中国)药业有限公司, 国药准字H20040130, 规格: 6 mg/片]治疗, 6 mg/次, 3次/d, 持续治疗4周。观察组患者在对照组的基础上加用醒脑开窍针法联合归脾汤治

基金项目: 东莞市社会发展科技项目(编号: 20211800900752)

作者简介: 姚桂林, 大学本科, 副主任医师, 研究方向: 中医内科。

疗, ①醒脑开窍针法: 取风池、百会、翳风、完骨、气海、血海(双侧)、足三里穴位, 用75%乙醇清洁消毒各穴位及周边皮肤, 以0.25 mm×40 mm毫针单手快速针刺穴位, 施以小幅度、高频率捻转补法, 得气后留针30 min, 5 min行针1次, 1次/d, 持续治疗4周。②归脾汤, 药方组成: 丹参、葛根、黄芪各30 g, 党参、天麻、酸枣仁、茯苓各15 g, 白术、木香、当归各10 g, 川芎、远志各6 g, 炙甘草3 g, 红枣3枚, 生姜3片, 龙眼肉7颗; 失眠多梦者加酸枣仁、牡蛎、龙骨各30 g; 颈部胀痛加威灵仙15 g, 桂枝16 g, 姜黄10 g; 恶心呕吐者加陈皮6 g、半夏10 g; 以水煎至400 mL, 200 mL/次, 2次/d, 分早晚2次口服, 持续治疗4周。

1.3 观察指标 ①眩晕程度、中医证候评分。以眩晕残障程度评定量表(DHI)^[6]评价患者治疗前后眩晕程度, 量表包括25个条目, 每个条目分值0~4分, 总分0~100分, 评分与头晕程度呈负相关。参照《中华人民共和国中医药行业标准: 中医病证诊断疗效标准》^[5]对眩晕、视物模糊、心悸少寐、神倦乏力症状进行评分, 据症状严重程度无、轻度、中度、重度分别计0、2、4、6分, 评分越低, 症状越轻。②动脉血流指标。以超声经颅多普勒血流分析仪(上海继圣医疗器械有限公司, 型号: EMS-9U2)检测治疗前后基底动脉、左侧及右侧的椎动脉血流速度。③炎症因子。于治疗前后采集两组患者5 mL晨起空腹静脉血, 随后进行离心处理(3 000 r/min, 15 min)取血清, 以酶联免疫吸附法测定血清C-反应蛋白(CRP)、白细胞介素-6(IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)水平。

1.4 统计学方法 用SPSS 20.0统计学软件分析数据, 计量资料经K-S法检验证实符合正态分布且方差齐, 以

($\bar{x} \pm s$)表示, 行 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者眩晕程度、中医证候评分比较 与治疗前比, 治疗后两组患者DHI评分及眩晕、视物模糊、心悸少寐、神倦乏力评分均降低, 且观察组低于对照组, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 见表1。

2.2 两组患者动脉血流指标比较 与治疗前比, 治疗后两组患者基底动脉、左侧椎动脉、右侧椎动脉血流速度均加快, 与对照组比, 观察组加快幅度更大, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 见表2。

2.3 两组患者炎症因子比较 与治疗前比, 治疗后两组患者血清CRP、IL-6、TNF- α 水平均降低, 与对照组比, 观察组降低幅度更大, 差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$), 见表3。

3 讨论

VBIV主要是因脑动脉硬化、血液黏度增加、血流动力学改变等引起的椎基底动脉管腔闭塞或狭窄, 可导致小脑、间脑、脑干等供血区局灶性神经功能障碍, 临床表现以发作性眩晕为主, 轻者视物旋转, 而重者可导致后循环卒中, 危及患者生命。甲磺酸倍他司汀是一种抗组胺药, 有改善微循环、扩张血管、降低血液黏度等作用, 口服进入人体后能够选择性增加小脑、脑干、脑等处的微循环, 增加局部血流量, 减轻缺血引起的眩晕症状, 但整体效果欠佳, 且易引发患者出现肠胃道不良反应。

中医认为, VBIV与饮食不洁、情志不畅、年高肾亏、病后体虚、血瘀内阻等有关。本虚标实为VBIV特

表1 两组患者眩晕程度、中医证候评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	DHI评分		眩晕		视物模糊		心悸少寐		神倦乏力	
		治疗前	治疗后	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	44	40.05±6.49	18.56±3.02*	3.17±0.39	1.19±0.26*	3.49±0.55	1.59±0.43*	4.15±0.41	1.69±0.31*	3.69±0.44	0.86±0.20*
观察组	44	38.78±5.82	14.31±2.34*	3.20±0.42	0.73±0.25*	3.56±0.38	1.01±0.32*	4.20±0.37	1.12±0.25*	3.72±0.34	0.68±0.17*
t 值		0.966	7.379	0.347	8.460	0.695	7.178	0.601	9.494	0.358	4.549
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。DHI: 眩晕残障程度评定量表。

表2 两组患者动脉血流指标比较(cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	基底动脉		左侧椎动脉		右侧椎动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44	28.15±5.72	33.55±4.30*	23.70±4.21	30.23±4.67*	22.01±4.36	28.90±5.17*
观察组	44	27.87±4.86	37.43±3.37*	22.84±3.57	35.44±4.59*	21.48±4.42	34.52±5.73*
t 值		0.247	4.711	1.033	5.278	0.566	4.830
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者炎症因子比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	CRP(mg/L)		IL-6(pg/mL)		TNF- α (pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	44	3.83 \pm 0.75	1.67 \pm 0.27*	25.15 \pm 4.44	14.56 \pm 2.13*	148.31 \pm 12.42	94.39 \pm 7.38*
观察组	44	3.79 \pm 0.61	1.22 \pm 0.35*	26.04 \pm 5.30	10.38 \pm 2.35*	149.32 \pm 13.07	81.27 \pm 6.22*
t 值		0.274	6.753	0.854	8.742	0.372	9.017
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，*P<0.05。CRP：C-反应蛋白；IL-6：白细胞介素-6；TNF- α ：肿瘤坏死因子- α 。

点，气血虚、阴阳虚为本，“风、火、痰、湿、瘀”乃标，多因脑失所养，病理转化为痰瘀互结，瘀血阻窍，导致清阳不升，脑府失养，发为眩晕，临床治疗应以调神、养脑为核心^[7]。醒脑开窍针法具有调神通络、疏通经脉、醒脑开窍等作用。其中选穴百会穴为百脉之会，为足厥阴经和足三阳经的会所，与髓核关系密切，刺其能安神醒脑、提升阳气、祛风潜阳；风池在颈后区，枕骨之下，有熄风、化痰、通利清窍、明目益聪等功效；完骨为足太阳、少阳交会之穴，刺其能宁神开窍、祛风泻热；气海能益肾固精、升发元气；血海可健脾渗湿、益气养血、活血化瘀；足三里为健脾补虚培元要穴，刺其能补中益气、固本培元；翳风是手足少阳经交会穴，有祛风通络止痛的功效，诸穴合用，共奏醒脑开窍之功效^[8]。从现代医学角度来看，刺激百会穴能够促进血管扩张，增加脑部血流，减轻脑缺血、缺氧；刺激风池穴能降低全血黏度，促进血液循环，进而缓解眩晕^[9]。归脾汤中的党参、白术、黄芪补脾益气以生血，气旺而血生；当归与龙眼肉温补心脾，健脾胃，益气血；酸枣仁宁心安神；茯苓健脾化湿；木香行气散滞；远志安神益智；葛根升阳止泻，通经活络；丹参宁心安神、活血止痛；天麻息风止痉，为治疗头痛眩晕良药；川芎疏风止痛，活血化瘀，多用于瘀血阻络的头痛、头晕之症；以甘草调和诸药，协全方共奏养血安神、益气活血等功效^[10]。本研究结果显示，治疗后观察组患者基底动脉、左侧椎动脉、右侧椎动脉血流速度均快于对照组，DHI 评分、眩晕、视物模糊、心悸少寐、神倦乏力评分均低于对照组，提示醒脑开窍针法联合归脾汤治疗 VBIV 患者疗效显著，能够缓解患者眩晕症状，促进脑动脉血流复常。

CRP、IL-6、TNF- α 等炎症因子可通过对血管的慢性刺激，使血管壁发生重构，并影响舒缩血管物质的占比，其水平升高会导致眩晕症状的加重，因此炎症因子水平变化可反映 VBIV 病情变化^[11]。本研究结果显示，治疗后观察组患者血清 CRP、IL-6、TNF- α 水平均低于对照组，提示醒脑开窍针法联合归脾汤能减轻 VBIV 患者炎症反应。现代药理学研究表明，葛根中的黄酮可选择性地促进脑血管扩张，修复血管内皮细胞，阻止血栓形成，加快血流速

度与炎症吸收，从而减轻炎症反应，利于病情恢复^[12]。

综上，醒脑开窍针法联合归脾汤能够改善 VBIV 患者临床症状表现及动脉血流指标，减轻眩晕程度，抑制炎症反应，但本研究存在样本量较小的不足，后期建议增加样本量进一步研究证实该结果。

参考文献

- [1] 张金钗, 王连成, 杨昌宽. 醒脑开窍针法联合通脉养脑汤治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕疗效观察 [J]. 陕西中医, 2020, 41(7): 969-971.
- [2] 方芳, 陈秀华, 石尧, 等. 醒脑开窍针法配合雷火灸治疗椎基底动脉供血不足疗效观察 [J]. 上海针灸杂志, 2015, 34(11): 1043-1045.
- [3] 俞小芬, 张春霞. 归脾汤加减治疗椎-基底动脉供血不足型眩晕的临床观察 [J]. 中国中医药科技, 2014, 21(4): 473.
- [4] 粟秀仞, 黄如训. 眩晕 [M]. 2 版. 西安: 第四军医大学出版社, 2008: 226-231.
- [5] 国家中医药管理局. 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]. 南京: 南京大学出版社, 2012: 20-21.
- [6] 丁雷, 刘畅, 王嘉玺, 等. 眩晕残障程度评定量表(中文版)的评价 [J]. 中华耳科学杂志, 2013, 11(2): 228-230.
- [7] 钟娟. 中医药对椎-基底动脉供血不足性眩晕临床研究进展 [J]. 中医临床研究, 2013, 5(21): 111-113.
- [8] 刘小琳, 张明波. 辨证分型联合针刺治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕随机平行对照研究 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(11): 141-143.
- [9] 万福铭, 吴雷, 周森焱, 等. 醒脑开窍针刺法治疗椎-基底动脉综合征伴眩晕患者疗效及对脑血流动力学影响 [J]. 辽宁中医杂志, 2021, 48(12): 158-161.
- [10] 潘贤. 归脾汤加减治疗椎-基底动脉供血不足型眩晕的效果评价 [J]. 中国保健营养, 2020, 30(6): 345.
- [11] 杨春霞, 徐静, 臧东静, 等. 益气聪明汤治疗椎基底动脉供血不足性眩晕疗效观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2014, 23(11): 1191-1192.
- [12] 黄晓巍, 张丹丹, 王晋冀, 等. 葛根化学成分及药理作用 [J]. 吉林中医药, 2018, 38(1): 87-89.