

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, 均持治疗 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、明日益聪等功效；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] 栗秀仞,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.