

doi:10.3969/j.issn.1674-4616.2020.02.006

加味益气聪明汤结合针灸治疗颈性眩晕的临床观察

周光莹

息县中医院脑病科,河南信阳 464300

关键词 颈性眩晕;益气聪明汤;针灸;纤维蛋白原**中图分类号** R255.3 **文献标识码** A

颈性眩晕为临床常见疾病,是指由于颈源性因素刺激和压迫椎-基底动脉颅外段及周围神经,引起血液循环障碍,继而出现以眩晕为主症的一组综合征。本病起病突然,患者产生旋转、倾倒及起伏等主观感觉较强烈,常伴有恶心、呕吐、耳鸣或听力下降^[1],极易影响工作及日常生活能力,甚至可能出现突然晕倒,引起意外或危及生命。目前本病病因及发病机制尚未清楚,也无特效治疗药物。近年来大量研究^[2-4]表明,采用针灸结合中药治疗颈性眩晕可取得不错的临床疗效。鉴于此,本研究观察了加味益气聪明汤结合针灸治疗对颈性眩晕患者椎-基底动脉血流速度及血浆纤维蛋白原(fibrinogen, FIB)、血清总胆固醇(total cholesterol, TC)水平的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2017 年 1 月—2019 年 3 月本院收治的颈性眩晕患者 85 例,按照随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 43 例,其中男 10 例,女 33 例;年龄(60.62±3.38)岁,年龄范围为 44~80 岁;病程(4.94±0.73)个月,病程范围为 1.5~10 个月。对照组 42 例,其中男 10 例,女 32 例;年龄(60.14±6.48)岁,年龄范围为 44~81 岁;病程(4.25±0.87)个月,病程范围为 1~8 个月。2 组患者一般资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 纳入及排除标准

纳入标准:①符合《眩晕诊治多学科专家共识》^[5]中相关诊断标准,且有影像学检查依据支持;②符合《中医病证诊断疗效标准》^[6]中眩晕病气血亏虚证相关的辨证标准,头晕目眩,面色淡白,神倦乏力,心悸少寐,舌淡,苔薄白,脉弱;③患者自愿签署知情同意书,经过本院伦理委员会批准。

排除标准:①颅底畸形、颈椎畸形或有外伤、胸廓

上口综合征等原因导致的眩晕;②脑肿瘤、中风、血液系统疾病、神经性疾病等引发的眩晕;③合并心、肝、肾等重要器官功能障碍者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤对研究药物或治疗方式不耐受者。

1.3 治疗方法

对照组患者采用西药联合针灸治疗,西药予以盐酸倍他司汀片(乐普恒久远药业有限公司,国药准字 H41022374)口服,2 片/次,3 次/d。针灸取大椎、百会、完骨、颈夹脊诸穴为主穴,取三阴交、血海、肾俞、肝俞、脾俞、胃俞为配穴;穴位常规消毒后,1.5 寸毫针斜刺大椎穴(刺入约 0.6 寸),1 寸毫针朝脊柱方向斜刺夹脊穴(刺入约 0.6 寸),1 寸毫针平刺百会穴(刺入约 0.6 寸),其他穴位按常规方法以 1 寸毫针捻转刺入,1 次/d,每次留针 30 min。

治疗组患者在对照组治疗基础上联合加味益气聪明汤治疗,方药组成为黄芪 15 g、人参 15 g、葛根 10 g、白芍 12 g、蔓荆子 8 g、甘草 8 g、升麻 10 g、黄柏 3 g;在此基础上进行加减,恶心或呕吐严重者加陈皮、半夏各 10 g、厚朴 15 g,心悸者加当归 10 g、丹参 15 g,脾虚纳差加茯苓、白术各 10 g,耳鸣耳聋加磁石 30 g,唇甲无华、头发干枯者加何首乌、桑葚子各 15 g。上述药物水煎取汁,早晚分 2 次温服,1 剂/d。2 组患者均连续治疗 1 个月。

1.4 观察指标

治疗前后,比较 2 组患者椎-基底动脉血流速度、血浆 FIB、血清 TC 水平及中医证候积分。

采用经颅多普勒(深圳理邦精密仪器公司, CBS-900 型)检测所有患者左椎动脉、右椎动脉、基底动脉的血流速度。

采集清晨空腹肘静脉血 2 mL,采用凝血酶测定法检测血浆 FIB 水平;采集清晨空腹肘静脉血 5 mL,离心取血清后,采用全自动生化分析仪(日本 Beckman Coulter K. K.)检测血清 TC 水平。

参照文献[6],根据面色淡白、头晕目眩、心悸少寐的症状程度计 0~5 分,分数越高表明症状越严重。

1.5 统计学处理

采用 SPSS 20.0 统计软件进行数据处理,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 *t* 检验;计数资料以率(%)表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 椎-基底动脉血流速度比较

治疗前,2 组患者椎-基底动脉血流速度比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 1 个月后,2 组患者椎-基底动脉血流速度均较治疗前明显升高,且治疗组显著高于对照组($P < 0.05$)。见表 1。

2.2 血浆 FIB 及血清 TC 水平比较

治疗前,2 组患者血浆 FIB 及血清 TC 水平比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗 1 个月后,2 组患者血浆 FIB 及血清 TC 水平均较治疗前明显降低,且治疗组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 2。

2.3 中医证候积分比较

治疗前,2 组患者中医证候积分比较,差异无统计

学意义($P > 0.05$);治疗 1 个月后,2 组患者中医证候积分均较治疗前明显降低,且治疗组显著低于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

3 讨论

颈性眩晕是中老年常见疾病,尤其以女性患者居多,且患者常伴有血脂紊乱、血液黏稠、血流速度减慢等特点。目前关于本病的发病机制尚未清楚,常见的有血管神经因素、小关节增生、横突孔异常、寰枢关节半脱位、局部软组织病变、体液因子影响及植物神经紊乱等学说^[7]。

中医学理论认为本病属“眩晕”范畴,临床上多表现为本虚标实、虚实夹杂,虚为气血阴阳之虚,实为风火痰瘀之实。“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”“髓海不足,则脑转耳鸣,眩酸眩冒,目无所见”,由于过劳、体虚导致气血亏损,气虚则清阳不展,血虚则脑失所养,上气不足、髓海空虚则发为眩晕。根据本病本虚标实、虚实夹杂的特点,治疗应以祛瘀、活血、益气为主^[8]。

益气聪明汤出自《东垣试效方》中古方,原方主药为黄芪、黄柏、人参、蔓荆子、葛根、升麻及甘草,主治脾

表 1 治疗前后椎-基底动脉血流速度比较($\bar{x} \pm s, \text{cm/s}$)

组别	例数	时间	左椎动脉	右椎动脉	基底动脉
对照组	42	治疗前	37.87±8.56	33.13±8.34	43.95±11.24
		治疗后	42.46±5.85*	46.65±8.14*	48.65±9.74*
治疗组	43	治疗前	38.04±6.42	33.65±5.44	44.15±6.76
		治疗后	50.87±8.76* [△]	52.71±10.34* [△]	55.24±10.32* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

表 2 治疗前后血浆 FIB 及血清 TC 水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	时间	FIB(g/L)	TC(mmol/L)
对照组	42	治疗前	15.69±3.42	3.78±0.85
		治疗后	6.13±1.35*	3.51±0.53*
治疗组	43	治疗前	15.31±5.14	3.88±0.68
		治疗后	3.65±0.96* [△]	3.02±0.71* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

表 3 治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s, \text{分}$)

组别	例数	时间	面色淡白	头晕目眩	心悸少寐
对照组	42	治疗前	3.89±0.41	4.38±0.55	3.45±0.56
		治疗后	2.17±0.62*	2.69±0.88*	1.64±0.54*
治疗组	43	治疗前	4.02±0.75	4.41±0.82	3.48±0.31
		治疗后	1.56±0.87* [△]	1.17±0.32* [△]	0.95±0.14* [△]

与治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,[△] $P < 0.05$

胃不和、耳鸣耳聋、头晕病。本院在古方基础上改良更新,方中黄芪补气升阳、益卫固表、利水消肿;人参有大补元气、复脉固脱、补脾益肺、生津养血、安神益智的功效;葛根疏经通络、生津止渴;白芍养血敛阴、柔肝止痛、平抑肝阳;蔓荆子疏散风热、清利头目、祛风除湿;升麻清热解毒、升阳举陷;黄柏清热燥湿、泻火解毒、保肝利胆;甘草健脾益气、调和诸药。另外,恶心呕吐者加厚朴、陈皮、半夏和中益气、降逆止呕;心悸者加丹参、当归活血化瘀、补血通络;脾虚纳差者加白术、茯苓宁心健脾、养心安神。以上诸药共用可益气活血、祛瘀通络。本研究结果显示,治疗 1 个月后治疗组患者椎-基底动脉血流速度明显高于对照组,血浆 FIB 及血清 TC 水平、中医证候积分显著低于对照组;表明加味益气聪明汤结合针灸治疗颈性眩晕患者,在提升椎-基底动脉血流速度、降低血浆 FIB 及血清 TC 水平方面效果更加显著,能更好地改善临床症状。这与顾伟等^[9-10]的研究结果相一致。

综上所述,应用加味益气聪明汤结合针灸治疗颈性眩晕患者效果确切,可提升椎-基底动脉血流速度,降低血浆 FIB 及血清 TC 水平,改善临床症状,值得临床推广。

参 考 文 献

[1] 贾建平,陈生弟. 神经病学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版

社,2018:73.

- [2] 孔红英. 中西医结合治疗风痰上扰型眩晕的临床观察[J]. 中西医结合研究,2019,11(3):133-134.
- [3] 郭学勤. 半夏白术天麻汤结合针刺治疗颈性眩晕痰浊中阻型临床研究[J]. 实用中医药杂志,2019,35(11):1309-1310.
- [4] 余晓敏,周双秀,刘芳,等. 补中益气汤加减治疗颈源性眩晕的疗效分析[J]. 中国医药科学,2019,9(19):75-77,108.
- [5] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治多学科专家共识[J]. 中华神经科杂志,2017,50(11):805-812.
- [6] 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,1994:23.
- [7] 马江涛,张银刚,袁启令,等. 颈性眩晕的发病机制、诊断和治疗研究进展[J]. 中医正骨,2016,28(10):32-37.
- [8] 佟佳馨. 从虚论治眩晕理论探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2018,20(6):196-198.
- [9] 顾伟,闵婕. 益气温中针灸疗法联合益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕临床研究[J]. 中医学报,2018,33(7):1359-1363.
- [10] 孙雪美. 通窍活血汤联合西药治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕的临床研究[J]. 中西医结合研究,2019,11(1):4-7.

(收稿日期:2020-01-30)