

针刺联合天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型颈性眩晕 36例临床观察

夏 飞 虞鹤鸣

(南京市中医院, 江苏南京 210001)

摘 要 目的:观察针刺联合天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型颈性眩晕的临床疗效。方法:将72例颈性眩晕患者随机分为治疗组和对照组,每组36例。对照组予天麻钩藤饮口服,治疗组在对照组基础上联合针刺治疗(双侧脑空透风池、脑户透风府),2组均治疗2周。观察2组患者治疗前后颈性眩晕症状与功能评分并评估临床疗效,同时记录2组不良反应情况。结果:2组患者治疗后颈性眩晕症状与功能评分均较治疗前提高($P<0.05$),且治疗组高于对照组($P<0.05$)。治疗组总有效率为94.44%,优于对照组的77.78% ($P<0.05$)。2组治疗中均无严重不良反应发生。结论:针刺联合天麻钩藤饮治疗肝阳上亢型颈性眩晕可有效改善患者眩晕症状及头痛、颈肩痛等伴随症状,促进心理与社会功能的恢复,且安全性良好,值得临床应用。

关键词 天麻钩藤饮;针刺疗法;肝阳上亢;颈性眩晕

中图分类号 R681.550.5

文献标志码 A

文章编号 1672-397X(2019)03-0062-03

基金项目 南京市第五批老中医药专家学术经验继承工作【宁卫中医(2016)1号】

颈性眩晕是头晕(眩晕)的一种常见类型,研究显示50岁以上的头晕(眩晕)患者约有50%属于颈性眩晕^[1]。随着生活节奏的加快和工作方式的转变,与颈椎疾患密切相关的颈性眩晕在年轻人中患病的比例也日益增高。颈性眩晕常反复发作,呈现慢性病程,明显影响生活质量。临证发现,包括颈性眩晕在内的眩晕患者尤以肝阳上亢证型多见,而以天麻钩藤饮加减治之,多可获效。但亦有部分患者因对中药敏感性较差等原因,起效相对较慢,甚至无效。针刺治疗往往具有快速缓解症状,增强患者信心与依从性的特点,配合中药可弥补单一治疗方式的不足,具有内外同治、增效减毒的优势^[2-4]。近年来我们在天麻钩藤饮组方基础上联合针刺治疗颈性眩晕取得较好疗效,现将相关研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择2017年5月至2018年5月于我院脑病科门诊或住院治疗的颈性眩晕患者72例,按照就诊顺序编号,采用随机数字表法分为治疗组和对照组,每组36例。治疗组:男13例,女23例;年龄19~64岁,平均年龄(50.83±11.26)岁;病程8~66个月,平均病程(35.39±12.22)个月。对照组:男11例,女25例;年龄20~65岁,平均年

龄(49.22±11.08)岁;病程7~72个月,平均病程(34.56±12.84)个月。2组患者性别、年龄、病程等一般资料比较均无统计学差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医诊断标准 参考2010版中华医学会神经病学分会《眩晕诊治专家共识》^[5]中“颈性眩晕”诊断标准拟定。

1.2.2 中医诊断及辨证标准 参考全国高等中医药院校规划教材(第九版)《中医内科学》^[6]中“眩晕”诊断与辨证依据,属肝阳上亢证者:眩晕,耳鸣,头目胀痛,口苦,失眠多梦,遇烦劳郁怒而加重,甚则仆倒,颜面潮红,急躁易怒,肢麻震颤,舌红苔黄,脉弦或数。

1.3 纳入标准 (1)符合以上颈性眩晕中西医诊断标准及中医辨证标准者;(2)年龄在18~65岁范围内,病程3个月以上者;(3)近1个月内未接受包括药物、针灸、康复理疗等针对颈性眩晕的治疗;(4)自愿接受治疗并签署知情同意书者。

1.4 排除标准 (1)合并严重的与颈性眩晕无关的神经、心血管、消化、泌尿、血液、内分泌系统疾病;(2)有严重精神疾患、认知障碍以致无法正常沟通和

接受诊疗者;(3)因头、颈部外伤或皮肤疾病等不宜行针刺治疗者;(4)怀疑或确有酒精、药物滥用史;(5)妊娠及哺乳期妇女。

2 治疗方法

2.1 对照组 予天麻钩藤饮口服。药物组成:天麻15g,钩藤(后下)20g,石决明(先煎)30g,川牛膝20g,杜仲、桑寄生、栀子、黄芩、益母草、茯神、夜交藤各15g。随症加减:头晕头痛剧烈者加生龙骨、生牡蛎各15g;颈项疼痛者加葛根、白芍各15g;口苦目赤、烦躁易怒者加川楝子、夏枯草各10g;夜寐不宁者加丹参10g、酸枣仁15g。水煎400mL早晚饭后温服,每日1剂,治疗2周。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上配合针刺治疗。针刺选穴:双侧脑空透风池、脑户透风府。具体操作:患者取正坐位,操作者常规消毒后,持华佗牌一次性使用无菌针灸针(苏州卫生医疗器械厂生产,规格0.25mm×25mm)于脑空穴处皮肤进针,向风池穴方向平刺透刺,针体刺入浅筋膜层,最终进针约20mm。同样的操作方法,在脑户穴处进针,向风府穴方向平刺透刺。同样的操作方法,以脑空为中心,在其两旁间距1cm处各加刺2根,局部共5根;以脑户为中心,在其两旁间距1cm处各加刺1根,局部共3根。总计13根针,留针1h。隔日治疗1次,每周3次,共治疗2周。

3 观察指标

3.1 观察指标 治疗前后采用颈性眩晕症状与功能评分量表对2组患者进行评分,该评分量表包括5项,每项均分为5个等级,各项分值为眩晕16分(眩晕程度8分,频度4分,持续时间4分),颈肩痛4分,头痛2分,日常生活及工作4分,心理及社会适应4分,全表满分为30分^[7]。分数越低表明症状越重,分数越高表明症状越轻,改善越明显。

3.2 疗效评定标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。治愈:治疗后颈性眩晕临床症状和阳性体征消失,颈性眩晕症状与功能评分为满分;显效:治疗后临床症状及阳性体征明显改善,颈性眩晕症状与功能评分提升>10分;有效:治疗后临床症状及阳性体征部分改善,颈性眩晕症状与功能评分提升>3分且≤10分;无效:治疗后临床症状及阳性体征均无明显改善,颈性眩晕症状与功能评分提升≤3分。

3.3 安全性评价 对2组患者治疗中不良反应进行记录,其中中药相关不良反应包括胃肠道反应(如恶心、呕吐)等,针刺相关不良反应包括晕针、出血、皮下血肿、感染、过敏、神经损伤等。

3.4 统计学方法 数据统计分析运用SPSS 17.0统计软件完成,其中计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对 t 检验,计数资料采用卡方检验。取双侧检验,并设定 $P < 0.05$ 时差异有统计学意义,检验水准为 $\alpha = 0.05$ 。

3.5 治疗结果

3.5.1 2组患者颈性眩晕症状与功能评分比较 见表1。

表1 治疗组与对照组治疗前后颈性眩晕症状与功能评分比较($\bar{x} \pm s$) 分

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	36	11.08±1.86	22.22±4.62 [#]
对照组	36	10.92±2.03	18.86±4.53 [*]

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

3.5.2 2组患者临床疗效比较 见表2。

表2 治疗组与对照组临床疗效比较 例(%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	36	3(8.33)	18(50.00)	13(36.11)	2(5.56)	94.44 [#]
对照组	36	1(2.78)	11(30.56)	16(44.44)	8(2.22)	77.78

注:与对照组比较,# $P < 0.05$ 。

3.6 2组患者安全性评价 治疗组有1例患者出现晕针,1例患者服药后出现恶心;对照组有2例患者出现恶心、呕吐等不适。4例患者经休息后均好转,并顺利完成疗程。

4 讨论

颈性眩晕的头晕、眩晕症状多在颈部运动中发生,同时伴有颈项痛、头痛,以及恶心、呕吐、耳鸣、视物模糊、记忆力下降、心悸等症状^[5,9]。目前认为,其病因与颈椎椎体不稳、颈项部挥鞭损伤、手法按摩损伤、手术并发症、血管颈椎等变异或畸形有关;有3种病理机制可能参与了颈性眩晕的发生,包括旋转性椎动脉闭塞、颈部交感神经损伤以及颈部本体觉损伤^[10-11]。针对不同机制假说,西医治疗方式及治疗效果不尽相同,包括针对颈本体觉相关性眩晕行手法疗法、物理治疗或前庭康复治疗,以及针对神经血管机制行微创或手术治疗等,因具体发病机制研究尚不完善,故治疗存在一定盲目性^[12]。

中医学将颈性眩晕归于“眩晕”“项痹”等范畴,其辨证分型主要包括肝阳上亢、痰湿中阻、瘀血阻窍、肾精不足、气血亏虚等,治以辨证施治为主。天麻钩藤饮是治疗肝阳上亢型眩晕的常用方剂,方中天麻善治“风虚眩晕头痛”,钩藤能“泻火、定风”,两者相须为用共为君药,有平肝息风之效;石决明为“凉肝、镇肝之要药”,可平肝潜阳,除热明目;川牛膝

引血下行,直折亢阳,与石决明助君药平降肝阳,共为臣药;栀子、黄芩清肝降火,益母草活血利水,杜仲、桑寄生补益肝肾,夜交藤、茯神安神定志,俱为佐药;诸药合用,共奏平肝潜阳、清热息风、补益肝肾、活血宁神之效。临床运用多获良效,然而由于存在对中药敏感性不足等因素,部分患者服药后起效较慢甚至无效。而能在中药基础上配合针刺治疗,往往可发挥协同作用、提高疗效、减少不良反应^[2-4]。

针刺治疗颈性眩晕可选择的治疗方案众多,有研究从穴位及针刺角度方向、针刺深度、针刺根数、留针时间等4因素3水平,初步优选出“选脑空透风池、脑户透风府,中刺或深刺,应用排针,留针1h”的相对最佳临床方案^[13]。本研究选择这一治疗方案,以期针刺、中药两者强强联合,提高疗效。其中风池穴属足少阳胆经,风府属督脉腧穴,均为临床治疗颈性眩晕的常用腧穴。而选用脑空透风池、脑户透风府,平刺透刺、多针排针法,可加强疏通头项少阳经、督脉气血,以效清窍醒神止晕之功。解剖学角度分析,脑空、风池、脑户、风府等穴分布有头夹肌、头半棘肌、项韧带、棘韧带、黄韧带等软组织,以及枕大神经、枕小神经、第3枕神经、枕动脉、枕静脉等神经血管组织^[14-15]。对相关穴位,以平刺法,从浅筋膜层次刺激,可通过筋膜结构上的神经传导使针刺作用传入至深层的肌肉之间,从而松解枕颈部肌肉痉挛及筋膜粘连,减少枕颈部神经、血管的压迫与刺激因素,改善局部血供的同时,亦能调整颈部本体感觉功能,恢复姿势的平衡,从而缓解颈性眩晕症状^[16-17]。

本研究结果显示,在颈性眩晕症状与功能评分及总有效率方面,口服天麻钩藤饮联合针刺治疗在短期疗效方面优于单纯口服天麻钩藤饮治疗。笔者在临床治疗中发现,针刺治疗有时可迅速缓解眩晕症状,甚至针下晕止,这有利于增强患者治疗信心,提高依从性。此外,针刺治疗可针对性地缓解局部肌肉痉挛、改善组织循环、松解组织粘连,结合中药整体调节,内服外调,局部与整体结合治疗,从而标本兼治、相得益彰。既往认为针药合用可减少药物不良反应,但由于本次样本量有限,加之本身中药的不良反应较少,且研究周期较短,因此安全性结果提示针药结合治疗或单用中药治疗不良反应均较轻微,但至少可以证明加用针刺后不会明显增加治疗不良反应。

综上,本研究认为,针刺联合天麻钩藤饮治疗在改善颈性眩晕患者的症状、生活与工作、心理与社会功能方面,整体优于单用天麻钩藤饮治疗者,且安全性良好。后期可扩大样本量,延长随访时间,以科

学、全面、客观地评价本治疗方案的临床效应。

参考文献

- [1] Brandt T, Bronstein AM. Cervical vertigo[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 71 (1): 8.
- [2] 赖新生, 吴沛龙, 庄娟娟, 等. 针药并用的治疗优势及其临床应用[J]. 中医杂志, 2017, 58 (12): 1010.
- [3] 柳宁, 田翠丽, 焦红蕾, 等. 加味八珍止眩汤联合针灸治疗老年人颈性眩晕的效果分析及对相关生化指标的影响[J]. 四川中医, 2018, 36 (2): 125.
- [4] 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.
- [5] 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43 (5): 370.
- [6] 吴勉华, 王新月. 中医内科学[M]. 3版. 北京: 中国中医药出版社, 2012: 275.
- [7] 王楚怀, 卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13 (6): 246.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 37.
- [9] 张阳, 李放, 孙天胜. 颈性眩晕发病机制新进展[J]. 中国骨与关节杂志, 2018, 7 (5): 373.
- [10] 曹洁, 齐瑞, 王辉昊. 颈性眩晕病因及发病机制的研究进展[J]. 河北中医, 2016, 38 (9): 1420.
- [11] 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): 811.
- [12] 李永超, 彭宝淦. 颈性眩晕的发病机制及诊治新进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2015, 23 (3): 252.
- [13] 张晖, 侯腾, 陆建虎. 颈性眩晕针灸治疗方案的初步优选[J]. 世界中医药, 2017, 12 (2): 404.
- [14] 龚国胜, 朱以蔚, 全坤, 等. 风池、风府穴位注射结合针刀治疗颈性眩晕60例[J]. 针灸临床杂志, 2014, 30 (6): 31.
- [15] 王兵, 张宁, 吴中朝. 吴中朝“三风一针”平扫法治疗头颈部疾病经验[J]. 中医杂志, 2016, 57 (19): 1637.
- [16] 王翀敏, 王延武, 楚佳梅, 等. 平刺和直刺肌筋膜触发点治疗颈型颈椎病疗效比较[J]. 上海针灸杂志, 2016, 35 (6): 712.
- [17] 姚芬芬, 罗军, 刘娇, 等. 筋针针刺扳机点下本体感觉反射疗法治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 针刺研究, 2017, 42 (5): 452.

第一作者: 夏飞 (1981—), 男, 本科学历, 主治医师, 研究方向为中医脑病的诊治。

通讯作者: 虞鹤鸣, 医学硕士, 主任中医师。
lante999@126.com

收稿日期: 2018-10-10

编辑: 强雨叶