

按摩灸及手指点穴联合针刺辅助治疗 痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕的临床效果观察

刘晓娜¹, 贺成功^{2*}, 高新¹, 荆亚茹¹

¹安徽中医药大学第二临床医学院, 安徽 合肥

²安徽中医药大学第二附属医院老年病三科, 安徽 合肥

收稿日期: 2024年10月31日; 录用日期: 2024年12月4日; 发布日期: 2024年12月18日

摘要

目的: 探讨按摩灸及手指点穴联合针刺辅助治疗痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕的临床疗效。方法: 抽取52例痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕患者, 随机分为两组, 各组26例。对照组予以常规基础治疗及针刺治疗, 干预组在对照组基础上予以按摩灸联合手指点穴。2组均治疗2周。比较两组干预前后DARS评分、DHI评分、中医症候积分、椎基底动脉血流速度, 统计临床疗效和安全情况。结果: 干预组疗效优于对照组(92.31% vs 76.92%) ($p < 0.05$)。干预后干预组DARS评分、DHI评分、中医症候积分的变化显著高于对照组($p < 0.05$), 椎基底动脉血流速度增快, 且干预组优于对照组($p < 0.05$)。结论: 按摩灸及手指点穴联合针刺辅助治疗痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕能够提高临床疗效, 加快患者康复, 安全可靠, 值得推广应用。

关键词

按摩灸, 手指点穴, 痰瘀阻络型, 后循环缺血, 眩晕

Observation on the Clinical Effect of Massage Moxibustion and Finger Point Combined with Acupuncture in the Treatment of Posterior Circulation Ischemic Vertigo with Phlegm-Stasis Obstruction

Xiaona Liu¹, Chenggong He^{2*}, Xin Gao¹, Yaru Jing¹

¹College of the Second Clinical Medical, Anhui University of Chinese Medicine, Hefei Anhui

*通讯作者。

文章引用: 刘晓娜, 贺成功, 高新, 荆亚茹. 按摩灸及手指点穴联合针刺辅助治疗痰瘀阻络型后循环缺血性眩晕的临床效果观察[J]. 中医学, 2024, 13(12): 3447-3453. DOI: 10.12677/tcm.2024.1312515

²Third Department of Senile Disease, The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine, Hefei Anhui

Received: Oct. 31st, 2024; accepted: Dec. 4th, 2024; published: Dec. 18th, 2024

Abstract

Objective: To investigate the clinical effect of massage moxibustion and finger acupuncture combined with acupuncture in the treatment of post-circulation ischemic vertigo with phlegm-stasis obstruction. **Methods:** 52 patients with posterior circulatory ischemic vertigo were randomly divided into two groups, 26 patients in each group. The control group was given routine basic treatment and acupuncture treatment, and the intervention group was given massage and moxibustion combined with finger point on the basis of the control group. Both groups were treated for 2 weeks. DARS score, DHI score, TCM symptom score, and vertebrobasilar blood flow velocity before and after intervention were compared between the two groups, and clinical efficacy and safety were analyzed. **Results:** The therapeutic effect of the intervention group was better than that of the control group (92.31% vs 76.92%) ($p < 0.05$). After intervention, the changes in DARS score, DHI score, and TCM syndrome score in the intervention group were significantly higher than those in the control group ($p < 0.05$), and the vertebrobasilar artery blood flow velocity was increased, and the intervention group was better than the control group ($p < 0.05$). **Conclusion:** Massage moxibustion and finger point combined with acupuncture in the treatment of phlegm-stasis obstruction type of post-circulation ischemic vertigo can improve clinical efficacy, accelerate the recovery of patients, and is safe and reliable, worthy of popularization and application.

Keywords

Massage Moxibustion, Finger Acupuncture, Phlegm Stasis Obstruction Type, Posterior Circulation Ischemia, Vertigo

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

后循环缺血性眩晕(Posterior Circulation Ischemia Vertigo, PCIV)是由各种诱因引起的椎 - 基底动脉供血不足导致前庭神经核血流量减少, 出现片刻性脑功能障碍, 引起脑缺血缺氧, 从而出现眩晕头痛、呕吐、耳鸣、面色苍白、出汗等临床表现[1][2], 是一种较为常见的临床脑血管疾病。眩晕是后循环缺血首要表现, 约占发病人群 60% [3], 该病易反复、不易根除, 目前西医多是对症治疗, 通过血管舒张改善脑循环、降血脂、降压抗凝等相关治疗, 临床虽取得一定疗效, 但此类药物常存在副作用, 且需要定期检测相关指标[4], 极大地影响到了患者的生活质量[5]。因此, 及时有效地干预患者的眩晕情况十分必要。中医药疗法在治疗眩晕方面取得效果明显, 艾灸临床广泛应用, 刺激性小, 安全性高。现代医学研究表明, 艾灸通过扩张血管, 改善脑动脉压迫, 增加脑部供血[6]-[8]。按摩灸是在灸法的基础上发展而来, 把经络、腧穴、药物、艾灸、按摩相结合来防治疾病[9]。手指点穴法以拇指指端垂直点压在体表穴位上, 面积较小, 刺激量大, 从而开通闭塞, 活血止痛, 达到治疗疾病的目的。本研究采用按摩灸及手指点穴联合针刺辅助治疗痰瘀阻络型 PCIV 患者进行干预, 疗效明显。报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

便利抽取 2022 年 10 月~2024 年 3 月 52 例入住我院的痰瘀阻络型 PCIV 患者作为研究对象, 随机分为对照组和干预组, 每组 26 例。对照组男女各 7 例、19 例, 平均年龄(60.50 ± 9.16)岁; 干预组男女各 10 例、16 例, 平均年龄(61.50 ± 9.84)岁。无脱落病例。一般资料差异无统计学意义($p > 0.05$)。

本研究经医院伦理委员会审批通过, 伦理审查编号: 2022-zj-26。

2.2. 选择标准

2.2.1. 诊断标准

西医符合《中国后循环缺血的专家共识》[10]中 PCIV 的诊断标准; 中医依照《中医内科学》(第十版)[11]及《中药新药临床研究指导原则(试行)》[12]中痰瘀阻络证执行。

2.2.2. 纳入标准

① 符合上述诊断标准; ② 知情同意, 配合治疗, 自愿参加; ③ 经颅多普勒超声检查提示椎动脉、基底动脉速度减慢。

2.2.3. 排除标准

① 颅脑 CT、MRI 等检查显示脑出血和占位性病变等其他脑部病变; ② 其他脏器严重病症者; ③ 精神类疾病, 无法配合研究者; ④ 参与其他临床研究; ⑤ 妊娠、哺乳期妇女。

2.2.4. 脱落标准

① 突发病情变化者; ② 依从性差者。

2.3. 治疗方法

两组均予以眩晕常规西医治疗, 合并有高血压病、糖尿病、高脂血症的患者给予对应治疗, 并配合心理指导及生活起居指导, 向患者普及眩晕的诱因、干预方式等知识。

2.3.1. 对照组

配合针刺疗法, 取百会、四神聪、太阳穴、神庭、风池、足三里、太冲、内关等穴位。痰湿者, 加丰隆、中脘、三阴交; 瘀血者, 加曲池、血海。常规消毒后进针, 百会、四神聪、神庭、太阳穴、气海、关元采用平补平泻法, 余诸穴采用泻法, 以患者诉酸胀感但不难受者为宜, 患者得气后, 留针 30 min, 期间行针 1 次。

2.3.2. 干预组

在对照组的基础上实施按摩灸联合手指点穴。

(1) 按摩灸

选穴: 百会、四神聪、风池、大椎、肩井、关元、命门、足三里。

操作: 取针后, 患者取合适体位, 在施灸部位消毒后放上纱布, 将点燃后的艾条放到柱状按摩灸治疗器[13], 操作时将治疗器放置于纱布之上, 通过按灸法、揉灸法、擦灸法, 动作轻柔且节律性, 充分刺激深层组织。百会、四神聪取坐位, 采用按灸法, 力度适中, 由轻及重向下按压, 按而留之, 停留 5~6 s 后缓慢撤力, 共操作 5 min; 大椎、肩井取俯卧位, 采用擦灸法, 从大椎穴向肩井穴做直线往返摩擦, 各操作 5 min; 风池、足三里、命门取俯卧位, 关元取仰卧位, 均采用揉灸法, 垂直向下按压并带动皮下组织进行回旋运动, 将按揉技巧结合, 按中蕴揉, 揉中含按, 同时保持力度的张弛有度, 各操作 5 min [9]。操作时力道适中、均匀、柔和, 以病人自感酸、麻、重、胀, 皮肤轻微发红为度, 注意观察局部皮肤, 如

有瘙痒、疼痛、水泡等不适应及时停止操作并予以相应处理。治疗完毕后嘱病人饮温水 1 次，每次 100~300 mL，一天一次，7 天一疗程，治疗两个疗程。

(2) 手指点穴

操作医生以一手手指在穴位上进行点压，力道适中，不可暴力点压，以患者感觉酸、麻、胀、重为宜，每个穴位约 2~3 min，一天一次，7 天一疗程，治疗两个疗程。

2.4. 观察指标

2.4.1. 眩晕评估评分量表(DARS)

用于评估个体眩晕症状的严重程度，共有 6 个问题，每个问题的评分从 0~6 分不等，分值越高，眩晕症状越严重。

2.4.2. 眩晕障碍量表筛查表(DHI)

根据眩晕病提出，共 10 个问题，每个问题分为 0、2、4 分，得分越高，眩晕越严重。

2.4.3. 中医症候积分

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[12]方法，评定干预前后患者症状改善情况。

2.4.4. 血流动力学指标

采取 TCD 检测治疗前后两组基底动脉(BA)、椎动脉(LVA、RVA)的平均血流速度(Vm)。

2.5. 疗效标准

参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》[12]中的疗效标准。痊愈：眩晕等不适完全或基本消失，无明显不适症状。显效：眩晕等症状明显减轻，虽有轻微晕眩感，但不影响正常生活与工作。有效：眩晕等症状减轻，虽能耐受，但对生活和工作有一定影响。无效：眩晕等无改善或加重，不能正常进行生活、工作。总有效率 = (痊愈例数 + 显效例数 + 有效例数)/总例数 × 100%。

2.6. 统计学方法

数据分析采用 SPSS 27.0，DARS 评分、DHI 评分、中医症候得分及血流动力学指标用 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用独立样本 t 检验比较差异。 $p < 0.05$ 表示差异有意义。

3. 结果

3.1. 两组干预前后 DARS、DHI 评分比较

干预后干预组得分较低，有统计学意义($p < 0.05$)，见表 1。

Table 1. Comparison of DARS and DHI scores before and after the intervention

表 1. 两组干预前后 DARS、DHI 评分比较

组别	例数	DARS 评分		DHI 评分	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	26	19.500 ± 3.397	11.308 ± 4.576	54.539 ± 6.683	30.769 ± 8.673
干预组	26	19.039 ± 3.714	8.846 ± 3.947	54.461 ± 7.560	25.077 ± 8.750
t		0.468	2.077	0.039	2.356
p		0.642	0.043	0.969	0.022

3.2. 两组干预前后中医症候得分比较

干预后干预组得分较低，有统计学意义($p < 0.05$)，见表 2。

Table 2. Comparison of TCM syndrome scores before and after the intervention
表 2. 两组干预前后中医症候得分比较

组别	例数	中医症候积分	
		干预前	干预后
对照组	26	19.039 ± 3.066	7.885 ± 3.891
干预组	26	18.654 ± 3.429	4.885 ± 3.103
<i>t</i>		0.426	3.073
<i>p</i>		0.672	0.003

3.3. 两组血流动力学指标比较(见表 3)

Table 3. Comparison of the hemodynamic measures between the two groups
表 3. 两组血流动力学指标比较

组别	例数	时间	BA	LVA	RVA
对照组	26	治疗前	33.4615 ± 7.522	28.692 ± 6.828	29.346 ± 6.356
		治疗后	35.346 ± 5.381*	34.462 ± 6.513*	34.615 ± 8.266*
干预组	26	治疗前	33.768 ± 6.849	29.077 ± 6.190	29.115 ± 6.831
		治疗后	38.192 ± 4.733*	37.801 ± 4.318*	38.846 ± 5.297*
<i>t</i> ₁			0.154	0.213	0.126
<i>p</i> ₁			0.878	0.832	0.900
<i>t</i> ₂			2.025	2.184	2.197
<i>p</i> ₂			0.048	0.034	0.033

注：t₁、p₁、t₂、p₂ 分别表示两组治疗前后独立样本 t 检验统计值；*表示同组治疗前后 $p < 0.05$ 。

3.4. 两组患者干预前后临床疗效比较(见表 4)

Table 4. Comparison of clinical efficacy before and after intervention in the two groups (%)
表 4. 两组患者干预前后临床疗效比较例(%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	26	1 (3.85)	9 (34.62)	10 (38.46)	6 (23.08)	20 (76.92)
干预组	26	3 (11.54)	17 (63.38)	4 (15.38)	2 (7.69)	24 (92.31)

3.5. 安全性分析

患者在治疗期间均未出现明显不良反应和烫伤、水泡等不良事件。

4. 讨论

中医上将 PCIV 归属“眩晕”、“头眩”等范畴，是中医的优势病种之一。中医在治疗眩晕上历史悠久，《内经》中最早记载该病，“诸风掉眩，皆属于肝”是后人认识该病的理论基础。张仲景认为痰饮是导致眩晕发病的重要原因，对此提出中药及针灸治疗。元代朱丹溪提倡“痰火致眩”学说，并提出了“无

痰则不作眩”理论,对后世该病的诊治影响重大。叶天士也有“痰多火升作眩”的观点。明代杨仁斋明确提出瘀滞皆致眩晕。汪机在《医读》中曰:“瘀血停蓄,上冲作逆,亦作眩晕,桃红四物。”虞抟在《医学正传·眩运》首次明确提出了“因瘀致眩”学说。近现代医家普遍认为该病的病因病机主要总结为5个因素,即“风、火、痰、瘀、虚”,该病病位在脑窍,与肝肾脾三脏相关,为本虚标实之症[14]。随着现代生活方式改变,嗜酒肥甘、情志不畅、过度疲劳、缺乏运动等,影响脾胃运化、气血运行,机体脏腑气机升降失调,导致痰瘀内生,阻塞血脉,影响脑部微循环,导致眩晕。治疗上多采取化痰祛湿、活血化瘀等方法,采用中药[15]、针刺疗法[16]、灸法[17]、按摩[18]等中医疗法,临床上疗效颇丰。

针灸作为一种重要的中医疗法,眩晕是针灸治疗的优势病种之一[19]。通过激活特定穴位,既针对局部病症进行治疗,又平衡体内气血和阴阳。蔡圣朝教授主张任督二脉在经络学说中的核心地位,任督二脉起于胞中,为肾所主,督脉行身后,为“阳脉之海”,循脊上脑,主阳主气;任脉行于前,为“阴脉之海”,脏腑精血津液汇集于内,入脑,两脉交于承泣。阴升阳降,水火既济,脑府元神充养。脑为髓海,髓为肾精所化生,肾为藏精之府,精成而脑髓生。故此提出从“神-脑-督脉-肾-任脉”轴来防治脑病。本病治疗时采用“审因论治,精疏取穴”,选取局部穴位:百会、四神聪、神庭、太阳穴等穴。督脉要穴百会穴为诸阳之会,具有激发阳气、平肝熄风、开窍醒神之功,是治疗眩晕的要穴。《太平圣惠方》载“神聪四穴,理头风目眩”,具有醒脑益智、清利头目、健脑宁神之效,四神聪配合局部穴位神庭、太阳穴具有通窍安神、平肝熄风、缓解头晕头痛、改善脑部供血情况、缓解脑血管痉挛之功。《通玄赋》云:“头晕目眩觅风池。”风池穴为足少阳经穴,为治疗内外风要穴,可平肝熄风、祛湿化痰、调畅气血,是治疗眩晕的要穴。脑部有丰富的血管神经,针刺头部局部穴位,可有效改善后循环血流状况,缓解眩晕等症。临床经验取穴:太冲、内关、丰隆、中脘、三阴交、曲池、血海。既调理了脏腑,又排除了疾病过程中产生的次生病因及其病理。足三里为胃经之合穴,具有健脾利湿、和胃化痰、补益气血之效,太冲为足厥阴肝经穴位,具有平肝熄风、清热利湿、调节气血之效,内关穴为心包经穴位,可双向调节中枢神经,宁心安神、醒脑开窍,改善椎-基底动脉供血,与太冲穴合称“开四关”,为治疗脑部疾病要穴。丰隆具有调理胃气、化湿祛痰的疗效;三阴交是足三阴经交会穴,配伍足三里、中脘,具有调理气机、益气健脾祛湿。血海为脾经郄穴,具有理血活血化痰、疏通气血、促进血液运行之效。曲池为手阳明经合穴,具有清热解表,调和气血,疏通经络,定眩降压的作用。通过针刺激活穴位,调节神经体液系统,释放神经传递物质,调节血管张力,并增加血流量,改善局部微循环,进而改善后循环系统的血液循环。

研究表明[20]-[22]艾灸可促进血液循环,扩张血管,增加血流量,从而改善后循环供血。艾灸能通过抗氧化应激,减轻炎症反应、改善血管内皮功能[23]。按摩灸随着艾条的产生、发展而兴起,在不断地实践中产生了将按摩和灸法相结合的治疗方法,《寿域神方·卷三》曰:“用纸实卷艾,以纸隔之点穴,于隔纸上用力实按之,待腹内觉热,汗出即差”[24]。按摩灸联合手指点穴是将经络、艾灸、按摩相结合[24],使得艾叶的药效更具透达力,增强疗效,提高临床治疗效果[25][26]。起到活血化瘀,化痰祛湿之效,改善患者眩晕程度,通过选取百会穴、四神聪穴、风池等穴位,达到醒神开窍止眩,调节脑部气血运行,改善脑部供血的效果,同时选取关元、命门,有阴中求阳,阳中求阴之妙,调和内阴阳,同时可滋养肾精、温补肾阳、培补元气,使得脑髓充盈、痰瘀得化,以达开脑窍、调神智之效,确保较好的临床治疗成效[27]。

本研究结果证明了按摩灸联合手指点穴能积极有效干预 PCIV 患者的眩晕症状,改善脑血流速度,促进疾病的康复,增强临床治疗效果,值得临床推广。

基金项目

安徽省高校优秀拔尖人才培养项目(gxgnfx2022017);安徽中医药大学针灸学科平台依托科研项目

(2022ZJPT03)。

参考文献

- [1] 何菊, 张怀亮. 后循环缺血性眩晕的中西医研究进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2018, 24(6): 871-874.
- [2] 朱文旭, 王震, 赵薇薇, 等. 王震针刺治疗后循环缺血性眩晕经验总结[J]. 中医药临床杂志, 2023, 35(7): 1309-1312.
- [3] 李达. 基于中医传承辅助平台的现代文献后循环缺血性眩晕的辨治规律研究[D]: [硕士学位论文]. 沈阳: 辽宁中医药大学, 2022.
- [4] 杨妮. 天麻钩藤饮联合针刺治疗后循环缺血性眩晕肝阳上亢证的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 济南: 山东中医药大学, 2023.
- [5] 武旭娇, 何凯峰, 孟姿, 等. 针刺治疗后循环缺血性眩晕的临床及机制研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2024, 26(1): 193-198.
- [6] Keszler, A., Lindemer, B., Hogg, N., Weihrauch, D. and Lohr, N.L. (2018) Wavelength-Dependence of Vasodilation and NO Release from S-Nitrosothiols and Dinitrosyl Iron Complexes by Far Red/Near Infrared Light. *Archives of Biochemistry and Biophysics*, **649**, 47-52. <https://doi.org/10.1016/j.abb.2018.05.006>
- [7] 麦威, 卜献忠, 苗芙蕊, 等. 艾灸百会联合针刺治疗颈性眩晕的 Meta 分析与试验序贯分析[J]. 针刺研究, 2023, 48(1): 95-101.
- [8] 原佩玉, 郝重耀, 张天生. 艾灸效应的原理及功能的临床研究现状[J]. 中国医药导报, 2019, 16(12): 31-34.
- [9] 王佳, 贺成功, 王先志, 等. 浅谈按摩与艾灸结合疗法——按摩灸[J]. 江西中医药, 2023, 54(6): 55-58, 61.
- [10] 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.
- [11] 张伯礼, 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 121-122.
- [12] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 73.
- [13] 贺成功, 龙红慧, 徐斌, 等. 贺氏针灸器械源流考[J]. 河南中医, 2019, 39(7): 993-996.
- [14] 胡小花, 黄纤寰, 段小林. 钩草平肝汤联合针刺治疗肝阳上亢型后循环缺血性眩晕临床观察[J]. 中国中医药现代远程教育, 2024, 22(6): 133-135, 154.
- [15] 刘海洋. 加用自拟祛痰散瘀方治疗痰瘀阻型后循环缺血性眩晕疗效观察[J]. 广西中医药, 2023, 46(3): 1-4.
- [16] 刘青松, 慈玉莹, 迟文成, 等. 腹针结合常规针刺法对后循环缺血性眩晕患者眩晕症状及脑血流动力学指标的影响[J]. 河北中医, 2024, 46(5): 804-808, 814.
- [17] 张国庆, 张玲, 朱玲玲, 等. 通督调神针刺结合化痰通络灸治疗痰瘀阻型后循环缺血性眩晕临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2023, 42(4): 40-44.
- [18] 陆玉兰, 谭秀玲, 朱洁霞, 等. 手法雷火灸配合头颈肩背部穴位按摩对后循环缺血性眩晕的疗效[J]. 名医, 2024(9): 30-32.
- [19] 黄琴峰, 谢晨, 吴焕淦, 等. 基于文献计量的针灸病谱与适宜病症研究[J]. 中国针灸, 2021, 41(9): 1055-1059.
- [20] 孙继飞. 麦粒灸“中风七穴”治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 中国中医科学院, 2020.
- [21] 欧喜智, 洪苹, 邓钦文, 等. 循经灸联合祛瘀通络开窍汤治疗缺血性脑卒中疗效观察[J]. 西部中医药, 2022, 35(8): 124-128.
- [22] 梁彦启. 循环灸治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[D]: [硕士学位论文]. 南宁: 广西中医药大学, 2019.
- [23] 蒋洁, 赵百孝, 陈立彬, 等. 灸法预处理脑缺血再灌注模型大鼠自噬及 NLRP3 炎症小体的表达[J]. 中国组织工程研究, 2022, 26(23): 3615-3619.
- [24] 贺成功, 龙红慧, 蔡圣朝. 浅谈按摩灸[J]. 上海针灸杂志, 2012, 31(7): 533-534.
- [25] 吕亚南, 傅敏, 高新, 等. 点穴经筋疗法治疗颈性眩晕临床效果[J]. 中国医药导报, 2017, 14(34): 86-88, 93.
- [26] 李云. 穴位贴敷联合手指点穴护理干预在眩晕病患者中的应用效果分析[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(4): 493-495.
- [27] 王佳. 按摩灸联合针刺治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 合肥: 安徽中医药大学, 2023.