

# 针灸配合半夏白术天麻汤治疗风痰上扰型 眩晕临床观察

陆倩<sup>1</sup> 王海东<sup>1</sup> 夏毅<sup>1</sup> 闵希瑞<sup>1</sup> 乔飞<sup>1</sup> 韩明霞<sup>2</sup>

(1 南京医科大学附属脑科医院中医科,南京,210029; 2 榆林市第一医院手术麻醉科,榆林,719000)

**摘要** 目的:研究针灸疗法联合中药汤剂半夏白术天麻汤治疗风痰上扰型眩晕的临床疗效。方法:选取2012年1月至2016年12月南京医科大学附属脑科医院收治的风痰上扰型眩晕患者80例,随机分为对照组和观察组,每组40例,对照组给予常规西医治疗,观察组在对照组基础上增加针灸联合半夏白术天麻汤治疗,2组均连续治疗15d。比较观察2组患者的经颅多普勒超声(TCD)各指标参数值、中医证候积分、临床疗效。结果:治疗15d后,观察组患者的TCD各项指标参数值均优于对照组( $P < 0.05$ ),观察组患者的中医证候积分( $10.35 \pm 0.98$ )低于对照组( $20.52 \pm 1.75$ ) ( $P < 0.05$ )。观察组患者的临床疗效95.00% (38/40) 优于对照组的67.50% (27/40) ( $P < 0.05$ )。结论:针灸联合半夏白术天麻汤治疗眩晕效果显著,能有效改善患者血流动力学,减轻患者症状。

**关键词** 针灸;半夏白术天麻汤;风痰上扰型;眩晕

## Clinical Observation on Acupuncture Combined with Banxia Baizhu Tianma Decoction in Treatment of Vertigo Due to Wind Phlegm

Lu Qian<sup>1</sup>, Wang Haidong<sup>1</sup>, Xia Yi<sup>1</sup>, Min Xirui<sup>1</sup>, Qiao Fei<sup>1</sup>, Han Mingxia<sup>2</sup>

(1 Department of Traditional Chinese Medicine, Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University, Nanjing 210029, China; 2 Department of surgical anesthesia, Yulin first hospital, Yulin 719000, China)

**Abstract Objective:** To investigate the clinical efficacy of acupuncture combined with Chinese medicine decoction Banxia Baizhu Tianma Decoction in the treatment of vertigo due to wind phlegm. **Methods:** A total of 80 cases of vertigo patients due to wind phlegm from January 2012 to December 2016 in Brain Hospital Affiliated to Nanjing Medical University were selected and divided into control group ( $n = 40$ ) and observation group ( $n = 40$ ). Both groups were treated with routine western medicine treatment and observation group received acupuncture treatment combined with Banxia Baizhu Tianma Decoction on the basis of routine treatment. After 15 days of treatment, the parameters of TCD (TCD), Traditional Chinese Medicine (TCM) syndrome score and clinical efficacy were observed and compared between the two groups. **Results:** The TCD indexes of patients in the treatment group after 15 days of treatment were better than those of control group ( $P < 0.05$ ). TCM syndrome score of patients in the observation group ( $10.35 \pm 0.98$ ) was lower than that of control group ( $20.52 \pm 1.75$ ) ( $P < 0.05$ ). The clinical efficacy of the observation group was 95% (38/40), which was better than that of the control group 67.50% (27/40) ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Acupuncture therapy combined with Banxia Baizhu Tianma Decoction can effectively improve the hemodynamic changes in patients with vertigo, alleviate the symptoms of patients, and have good clinical efficacy for vertigo patients.

**Key Words** Acupuncture; Banxia Baizhu Tianma Decoction; Wind phlegm upper disturbance type; Vertigo

中图分类号:R255.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2018.12.043

眩晕是一组因机体对空间定位障碍而产生的一种位置性或动性错觉的疾病症候群,临床主要表现为轻者闭目即止,重者如坐舟车,严重者常伴恶心呕吐、猝然昏仆等症候<sup>[1]</sup>。常见于中老年人,严重影响患者的工作及日常生活。椎基底动脉供血不足型眩晕是临床常见的疾患之一,其中动脉粥样硬化、高血

压是椎基底动脉供血不足的常见病因,目前,西医治疗上主要以抗血小板聚集、调脂稳斑、控制血压、改善脑循环及对症治疗为主,但其效果不甚理想。研究发现,中医药改善眩晕具有见效快以及疗效稳定的优点<sup>[2-3]</sup>。本科室经过多年的临床研究发现,眩晕患者多以“风”“痰”“瘀”为主要病理表现,其中风痰

基金项目:榆林市科技计划项目(2015JH-21)

作者简介:陆倩(1971.07—),女,本科,副主任中医师,研究方向:神经系统疾病的中西医结合治疗,E-mail:535971776@qq.com

通信作者:王海东(1970.02—),男,硕士研究生,副主任中医师,研究方向:神经系统疾病的中西医结合治疗,E-mail:Whd143057@sohu.com;韩明霞(1973.03—),女,大专,主治医师,研究方向:外科,E-mail:615387650@qq.com

上扰型眩晕为临床眩晕的常见证型之一,因此,积极研究中医药在风痰上扰型眩晕患者治疗中的临床疗效以及作用机制具有重要的临床意义。本研究针对我院收治的椎基底动脉供血不足风痰上扰型眩晕患者采用针灸疗法联合半夏白术天麻汤治疗,取得了较好的疗效。现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2012年1月至2016年12月南京医科大学附属脑科医院收治的风痰上扰型眩晕患者80例,采用随机数字表分成观察组和对照组2组,每组40例。观察组中男22例,女18例,年龄45~80岁,平均年龄(58.2±13.6)岁,平均病程(3.5±2.1)年;动脉粥样硬化患者18例,高血压患者12例,颈椎病患者10例。对照组中男23例,女17例,年龄45~80岁,平均年龄为(57.6±13.8)岁,平均病程(3.3±2.4)年;动脉粥样硬化患者19例,高血压患者13例,颈椎病患者8例。2组基线资料比较,差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照葛均波主编的《内科学》<sup>[4]</sup>椎基底动脉供血不足的西医诊断标准及《中医内科学》<sup>[5]</sup>眩晕的中医诊断标准,辨证分型为风痰上扰型。

1.3 纳入标准 符合上述中西医诊断标准者,且均经询问病史、临床表现、TCD等确诊为眩晕;临床资料完整,自愿加入本研究者并签署知情同意书者等。

1.4 排除标准 多器官功能衰竭、严重肝肾功能衰竭、非椎基底动脉供血不足所致的眩晕;对治疗药物过敏者;严重意识障碍;哺乳及妊娠期等。

1.5 脱落与剔除标准 治疗中发生严重不良反应需退出与研究;治疗中途主动放弃治疗者等。

1.6 治疗方法 1)对照组给予静滴银杏叶提取物注射液(中豪国际有限公司;批号HC20090014)20 mL,1次/d,联合口服甲磺酸倍他司汀片[卫材(中国)药业有限公司;国药准字1611012],6 mg/次,3次/d,共治疗15 d。2)观察组在上述治疗的同时加用针灸联合中药汤剂半夏白术天麻汤。针灸选穴:

主穴:风池、百会、内关、太冲,配穴:头维、丰隆、中脘、阴陵泉。操作方法:患者取坐位或卧位,取消毒湿棉球消毒患者穴位皮肤、针身,局部皮肤消毒后,选用28~30号长1.5~3寸的毫针,采用毫针泻法,风池穴向对侧眼球斜刺约1寸深,百会穴沿皮向后斜刺,内关穴直刺约1寸,太冲穴斜刺约1寸,头维穴平刺约1寸,丰隆穴直刺约1.5寸,中脘直刺约1寸,阴陵泉直刺约1.5寸,得气后稍予以捻转提插2~3 min,留针20~30 min。联合口服中药汤剂半夏白术天麻汤,方药组成:法半夏15 g、白术12 g、天麻20 g、茯苓30 g、陈皮10 g、大枣10 g、生姜3片、甘草5 g。随症加减:若食欲不振,可加砂仁10 g、焦三仙10 g;若大便秘结,可加大黄5 g、火麻仁20 g;若夜寐欠安,可加酸枣仁20 g、远志10 g养心安神,生牡蛎20 g重镇安神。水煎服,1剂/d,早晚温服。共服用15 d。

1.7 观察指标 于治疗前、治疗后7 d、15 d观察2组患者的经颅多普勒超声(TCD)各指标参数值;统计2组相关中医证候积分及临床疗效。

1.8 疗效判定标准 参照1994年国家中医药管理局出版的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[6]</sup>对2组患者的中医证候积分进行评价,参照《中药新药临床指导原则》<sup>[7]</sup>判定2组患者的临床总疗效。

1.9 统计学方法 采用SPSS 17.0统计软件进行数据分析,计量资料采用均数±标准差( $\bar{x} \pm s$ )表示,满足正态性和方差齐性的2组比较采用 $t$ 检验,计数资料以百分比(%)表示,采用 $\chi^2$ 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

2.1 2组治疗前后TCD各指标比较 治疗前,观察组患者与对照组患者TCD各指标差异无统计学意义( $P>0.05$ ),治疗15 d后,观察组TCD各指标均优于对照组(均 $P<0.05$ )。见表1、2。

2.2 2组治疗前后中医证候积分比较 治疗7 d、15 d后,观察组中医证候积分均低于对照组( $P<0.05$ )。见表3。

表1 2组治疗前后TCD各指标情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	LVA-Vd	LVA-Vs	LVA-Vm	LVA-PI	RVA-Vd	RVA-Vs
观察组( $n=40$ )						
治疗前	17.25±2.38	40.25±2.15	22.38±1.97	0.90±0.18	18.26±2.12	41.65±3.07
治疗15 d后	26.66±2.29* $\Delta$	52.76±3.13* $\Delta$	34.29±3.98* $\Delta$	0.71±0.12* $\Delta$	26.37±3.78* $\Delta$	53.33±3.66* $\Delta$
对照组( $n=40$ )						
治疗前	17.31±2.40	40.23±2.29	22.95±2.01	0.89±0.16	18.22±2.36	41.25±2.98
治疗15 d后	20.37±2.18	45.42±2.36	25.38±2.56	0.52±0.15	21.28±3.10	43.36±2.78

注:与治疗前比较,\* $P<0.05$ ;与对照组比较, $\Delta P<0.05$

表2 2组治疗前后TCD各指标情况比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	RVA-Vm	RVA-PI	RA-Vd	RA-Vs	RA-Vm	RA-PI
观察组(n=40)						
治疗前	21.56 ± 2.19	0.89 ± 0.21	18.01 ± 1.98	39.34 ± 2.46	21.36 ± 1.86	0.94 ± 0.22
治疗15 d后	35.37 ± 4.01* $\Delta$	0.82 ± 0.34* $\Delta$	25.37 ± 2.89* $\Delta$	49.52 ± 3.57* $\Delta$	34.45 ± 3.19* $\Delta$	0.81 ± 0.16* $\Delta$
对照组(n=40)						
治疗前	21.47 ± 2.98	0.91 ± 0.18	18.13 ± 1.88	38.84 ± 2.35	21.22 ± 2.45	0.93 ± 0.21
治疗15 d后	23.37 ± 2.56	0.88 ± 0.13	21.05 ± 2.33	42.33 ± 2.78	24.55 ± 2.68	0.90 ± 0.18

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

表3 2组治疗前后中医证候积分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	中医证候积分
观察组(n=40)	
治疗前	27.38 ± 3.52
治疗7 d	20.65 ± 1.23* $\Delta$
治疗15 d	10.35 ± 0.98* $\Delta$
对照组(n=40)	
治疗前	27.91 ± 3.35
治疗7 d	25.23 ± 1.35
治疗15 d	20.52 ± 1.75

注:与治疗前比较,\* $P < 0.05$ ;与对照组比较, $\Delta P < 0.05$

2.3 2组风痰上扰型眩晕患者治疗后临床疗效情况 治疗15 d后,观察组和对照组患者的临床有效率分别为95.00%(38/40)、67.50%(27/40),组间差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。见表4。

表4 2组临床总疗效情况比较[例(%)]

组别	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
观察组(n=40)	15(37.50)	18(45.00)	5(12.50)	2(5.00)	38(95.00)*
对照组(n=40)	8(20.00)	12(30.00)	7(17.50)	13(32.50)	27(67.50)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

### 3 讨论

眩晕是自觉头晕眼花、视物旋转的一种症状,症状轻者,发作短暂,患者常闭目即止,症状重者,患者常自觉旋转起伏不定,甚而恶心呕吐,部分患者病情时轻时重,常兼他症如头痛等而迁延不愈,反复发作。其可见于多系统疾患,如椎基底动脉供血不足、高血压、颈椎病、耳源性疾病、贫血等<sup>[8-9]</sup>。其中椎基底动脉供血不足是由动脉粥样硬化、高血压或低血压、颈椎病等多种原因引起的一种常见的、反复发作的脑血管疾病,其临床症状主要以眩晕为主,在中医学中可将其归属于“眩晕”的范畴。“眩晕”最早见于《素问·至真要大论》“诸风掉眩,皆属于肝”,《灵枢·卫气》云“上虚则眩”,其病因复杂多样,患者或因情志不遂,忧思郁怒伤肝,肝失调达,肝阳上亢,上扰头目而发为眩晕;或因饮食不节,过食肥甘厚,脾失健运,聚生痰湿之邪,痰湿中阻,上扰头目,而发为本病;或因肾精亏虚,髓海不足,无以荣养头目而发;或

因跌扑损伤,血脉瘀阻,气血不能上荣于头目而发为本病。其病性不外乎虚实两端,“风”“火”“痰”“瘀”是本病的常见病因,如《素问·玄机原病式·五运主病》云:“所谓风气甚,而头目眩运者,由风木旺,必是金衰不能制木,而木复生火,风火皆属阳,多为兼化,阳主乎动,两动相搏,则为之旋转”<sup>[10-12]</sup>。《丹溪心法·头眩》指出:“无痰不作眩”,因此,在治疗上主张以化痰祛湿,平肝潜阳,健脾和胃为主。

中医学经过几千年的临床实践与发展,其对于椎基底动脉供血不足型眩晕的治疗效果显著<sup>[13]</sup>。研究<sup>[14-16]</sup>发现,针灸疗法能有效改善眩晕患者的症状,具有不良反应少、不易复发等优点。针灸是中医学的瑰宝之一,足厥阴肝经为风木所寄,与足少阳胆经相表里,本研究主穴选取足厥阴肝经的太冲穴、足少阳胆经的风池穴,取其清泻肝胆、平抑肝阳之效,手厥阴心包经之内关穴和中化痰,取督脉之百会穴清利脑窍而定眩之意;配穴取头维、丰隆、中脘、阴陵泉。诸穴合用,起化痰祛湿、平肝潜阳之功效。本研究选用针灸疗法治疗风痰上扰型眩晕患者,能有效改善患者眩晕的症状,其具体作用机制可能与针灸能有效改善患者脑血流动力学改变,扩张脑血管,增加脑部供血情况,改善脑局部缺血缺氧的状态有关<sup>[17-18]</sup>。此外,本研究联合口服中药汤剂治疗,选取具有化痰祛湿、健脾和中功效的半夏白术天麻汤作为干预药物,方中法半夏燥湿化痰兼降逆止呕,天麻平肝熄风止眩,两药合用,相辅相成,正如李东垣所云:“足太阳痰厥头痛,非半夏不能疗;眼黑头眩,风虚内作,非天麻不能除”。白术补气健脾,茯苓补益脾气兼化湿利水,陈皮燥湿化痰,甘草补益中气兼调和诸药;此外,方中兼加生姜、大枣调和脾胃。诸药合用,共奏健脾和胃、化痰祛湿、平肝潜阳之效<sup>[19-20]</sup>。本研究结果中,治疗15 d后,观察组TCD各项指标参数值均优于对照组,观察组患者的中医证候积分低于对照组,观察组的临床疗效优于对照组,提示针灸联合半夏白术天麻汤治疗风痰上扰型眩晕的疗效由于单用西药治疗。

综上所述,本研究采用针灸联合半夏白术天麻汤治疗椎基底动脉供血不足风痰上扰型眩晕可有效改善患者脑动脉血流灌注,改善局部脑组织缺血缺氧的状态,对眩晕的治疗具有较好的疗效,值得应用于临床眩晕患者的治疗中。

#### 参考文献

[1]张滨斌,寇兰俊,梁晋普,等. 306例头晕患者的临床资料及中医证候分析[J]. 中国中西医结合急救杂志,2011,18(4):237-238.

[2]杜青,顾宝东. 半夏白术天麻汤加味联合舒地尔注射液治疗后循环缺血性眩晕(风痰上扰型)的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2015,13(31):181-182.

[3]陆玲玲,董昌武. 王不留行耳穴贴压治疗风痰上扰型眩晕疗效观察[J]. 中医药临床杂志,2014,26(10):1012-1013.

[4]葛均波. 内科学[M]. 8版. 北京:人民卫生出版社,2013.

[5]吴勉华. 中医内科学[M]. 9版. 北京:中国中医药出版社,2012.

[6]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994.

[8]刘孟珍,王茜. 半夏白术天麻汤加味治疗脾虚湿盛痰浊上扰型眩晕疗效观察[J]. 四川中医,2016,34(12):150-152.

[9]苏瑾,王宝亮,张志军. 针刺联合定眩通络汤治疗颈性眩晕40例[J]. 中医研究,2018,31(3):59-61.

[10]李桂杰,海英. 眩晕中医病因病机探析[J]. 辽宁中医药大学学报,2017,4(9):179-182.

[11]蒋文潇,王保和. 从气虚角度探讨眩晕与高血压病机的相关性[J]. 西部中医药,2014,27(3):61-63.

[12]张妍翎,裴英,杨冬玲. 天麻钩藤饮加减治疗高血压眩晕29例[J]. 陕西中医,2007,28(10):1298-1299.

[13]王文斌,胡文彬,高伟明,黄晓峰. 半夏白术天麻汤加味治疗眩晕临床研究概况[J]. 中医药临床杂志,2016,28(2):273-275.

[14]周明,刘志军,常峥. 针灸联合加味益气聪明汤治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床观察[J]. 湖南中医药大学学报,2014,34(3):50-53.

[15]陈睿,孙苏闻,孔婷婷,等. 加味益气聪明汤联合针灸治疗气血亏虚型颈性眩晕效果观察[J]. 山东医药,2016,56(18):59-61.

[16]惠振,王敬卿. 定眩颗粒治疗椎-基底动脉供血不足风痰瘀阻型眩晕的临床研究[J]. 陕西中医学院学报,2013,36(6):53-55.

[17]薛瑞文,陈荣,路亚娥,等. 综合疗法治疗风痰上扰证眩晕50例疗效观察[J]. 山东中医药大学学报,2015,39(2):146-147+159.

[18]张海芝. 中药配合针刺治疗风阳上扰型眩晕的临床疗效观察[J]. 中国医药指南,2015,13(22):203.

[19]雷华斌,张恒. 半夏白术天麻汤配合耳石复位法治疗良性阵发性位置性眩晕的临床疗效及对血脂代谢影响[J]. 世界中医药,2016,11(10):2039-2042.

[20]李芳,李霞. 半夏白术天麻汤联合血府逐瘀汤佐治高血压病的疗效及对内皮功能的影响[J]. 广东医学,2014,30(6):936-937. (2018-09-17收稿 责任编辑:芮莉莉)

#### (上接第3129页)

[5]孙存桂. 穴位按摩配合艾灸缓解恶性肿瘤化疗患者恶心呕吐的效果观察[J]. 实用临床医药杂志,2014,18(22):153-153.

[6]张国义. 鼻咽癌咽后淋巴结转移的MRI诊断标准及其规律的研究[D]. 广州:中山大学,2006.

[7]徐向英,曲雅勤. 肿瘤放射治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2010:150-151.

[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.

[9]Blanchard P, Lee A, Marguet S, et al. Chemotherapy and radiotherapy in nasopharyngeal carcinoma: an update of the MAC-NPC meta-analysis[J]. Lancet Oncology, 2015, 16(6):645-655.

[10]金迎迎,苏王辉,王亚利,等. 复方苦参注射液治疗局部晚期鼻咽癌同期放疗所致急性口腔黏膜损伤的疗效[J]. 现代肿瘤医学,2016,24(12):1883-1886.

[11]李荣兴,贾彬. 分析中医辨证治疗对放疗鼻咽癌患者生存率的影响[J]. 中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(4):135-135,137.

[12]吴婷,田道法,周振峰. 鼻咽癌放疗后康复期中医病机特点研究现状[J]. 中国中西医结合耳鼻咽喉科杂志,2016,24(1):76-80.

[13]刘浩,方素萍,赵志正,等. 扶正解毒方选择性抑制肿瘤血管生成及调控 VEGF/VEGFR-2 信号通路的实验研究[J]. 中国中医药科技,2015,22(6):626-628.

[14]刘晓芸,赵秀梅,张桂贤,等. 扶正解毒祛瘀方对大肠癌术后化疗增效减毒的作用[J]. 中国中西医结合外科杂志,2016,22(2):150-156.

[15]查必祥,杨骏,石菲菲. 神阙穴隔盐灸疗法的理论探讨与临床应用[J]. 云南中医学院学报,2013,36(3):95-98.

[16]李金红,张萌,肖丽,等. 药灸神阙穴疗法改善恶性肿瘤化疗后外周血象及生命质量的探讨[J]. 陕西中医,2016,37(5):617-618.

[17]叶明,高坤. 扶正解毒方联合化疗治疗肺癌临床研究[J]. 河南中医,2016,36(1):107-109.

[18]李延晖,张蓉,邹练,等. 八珍汤、六味地黄丸、自拟扶正解毒方剂对~(60)Co $\gamma$ -射线致大鼠生殖系统损伤的防治作用[J]. 山东医药,2014,54(43):28-30.

[19]侯新芳,倪光夏. 艾灸治疗恶性肿瘤研究进展[J]. 世界中西医结合杂志,2014,9(1):101-104.

[20]党东,雷斌. 艾灸、穴位注射、药物治疗对肿瘤气血亏虚证患者生命质量的影响[J]. 陕西中医,2015,36(9):1197-1198. (2018-10-29收稿 责任编辑:王明)