

临床研究

百会长留针配合电针治疗痰湿内阻型眩晕 40 例

谢 腾^{1,2} 王一红^{1,3}

(1. 浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053; 2. 杭州市拱墅区中医医院针灸科, 浙江 杭州 310015;
3. 杭州市上城区小营街道社区卫生服务中心针灸科, 浙江 杭州 310009)

摘 要:目的 观察研究百会长留针法配合电针对痰湿内阻型眩晕的治疗效果。方法 选取 2011 年 6 月 ~ 2013 年 6 月来院就诊的痰湿内阻型眩晕患者 80 例随机分为两组, 治疗组 40 例患者使用百会长留针配合电针治疗, 对照组 40 例患者实行西医常规治疗, 比较观察两组的临床疗效。结果 治疗组 40 例患者的有效率(92.50%)明显高于对照组 40 例患者的有效率(72.50%), 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 百会长留针配合电针治疗痰湿内阻型眩晕有很好的临床效果。

关键词: 眩晕; 痰湿内阻; 电针; 百会

中图分类号: R 246.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1002-168X(2015)03-0051-02

DOI: 10.13424/j.cnki.jscetm.2015.03.019

眩晕,《内经》称为“冒眩”,即目眩、头晕,目眩即眼前发黑,视物昏花迷乱;眼花、头晕即周身所见之物皆旋转不停,天旋地转以至于站立不稳,二者并见即为眩晕。西医认为其多与植物神经紊乱、偏头痛、低血压等病症相关。传统医学理论认为是有“风、痰、瘀、火、虚”五个病因所致,其中痰湿内阻型是比较常见的一型。病者多本虚标实,体内气机阻滞,脾失健运,则痰浊中阻,清阳不得上行以濡养头窍,脑髓不荣,则视物昏暗旋转,头重身乏、胸闷心悸、纳呆昏蒙、时吐痰涎,发为眩晕。

1 临床资料

1.1 一般资料 选择 2011 年 6 月 ~ 2013 年 6 月期间来院就诊的眩晕患者 80 例,均确诊为痰湿内阻型眩晕,随机分为 2 组。治疗组 40 例:男 23 例,女 17 例;年龄 33 ~ 58 岁,平均年龄(45.5 ± 6.7)岁;病程 2 个月 ~ 2 年。对照组 40 例:男 22 例,女 18 例;年龄 35 ~ 57 岁,平均年龄(42.3 ± 5.5)岁;病程 1 个月 ~ 2 年。两组一般资料比较,无统计学差异($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 中医诊断标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]所制定,即头晕目眩,头重如裹,视物旋转,胸闷作恶,呕吐痰涎,舌质淡红苔白腻、脉濡。

1.3 排除标准 ①经 CT、MRI 等排除脑部器质性病变;②排除鼻窦炎、青光眼等疾病以及全身疾病

引起的眩晕;③排除偏头性、低血压眩晕或耳源性眩晕

2 治疗方法

2.1 对照组 给予盐酸氟桂利嗪胶囊常规治疗,口服每晚 1 次,5 mg,服用 28 天。

2.2 治疗组 穴选足三里、丰隆、阴陵泉、风池、天柱、颈部夹脊穴、内关、百会,针具选用天津亿朋医疗器械有限公司生产的杏林牌 0.30 mm × 40 mm 一次性使用无菌针灸针。足三里、丰隆、阴陵泉、风池、天柱、颈部夹脊穴、内关针刺得气后,采用长城牌 KWD-808 全能脉冲电疗仪,将同侧风池与天柱,同侧颈部夹脊穴分别接上电针,波形选取疏密波,刺激强度以患者能耐受为度,治疗 20 分钟。百会采用平刺法,针刺方向向后,进针 1 寸,针刺得气后,行抽提法以增强针感,留针 6 小时,中途不行针。每周 5 次,共治疗 4 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标 根据眩晕病临床症候评价量表(参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)^[2])对临床症状进行评分:头晕目眩为主要症状,按正常、轻度异常、中度异常、重度异常分级,分别记作 0、2、4、6 分;头重如裹、视物旋转、胸闷作恶、呕吐痰涎 4 项兼症也按正常、轻度异常、中度异常、重度异常分级,分别记作 0、1、2、3 分;舌质、舌苔、脉象则按正常、好转、异常分级,分别记作 0、1、2 分。各症

状总积分 24 分,观察治疗前后症状积分改善情况。

3.2 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(试行)的临床疗效评估标准的减分率制定:减分率=(治疗前症状积分-治疗后症状积分)/治疗前症状积分×100%,临床痊愈:头晕、视物旋转、胸闷、恶心等中医临床症状及体征基本消失(减分率≥70%);好转:中医临床症状及体征明显减轻,症状轻微,无天旋地转之感,可以站立,不

影响正常的生活、工作,偶有复发,发作间隙较之前明显延长(35%≤减分率<70%);无效:眩晕临床症状无改善,仍感天旋地转不得以站立,甚至病情加重(减分率<35%)。

3.3 统计学方法 所有数据结果均运用 SPSS 17.0 软件进行分析,根据需求对资料采用 *t* 检验和卡方检验,以 *P*<0.05 时为有显著差异。

3.4 治疗结果 见表 1、表 2。

表 1 两组治疗前后临床症状积分比较 ($\bar{x}\pm s$)

组别		症状总积分	主要症状积分	兼症积分	舌苔脉象
对照组	治疗前	16.43±1.74	4.65±0.95	8.60±1.06	3.23±0.58
	治疗后	9.35±1.27	3.55±0.96	4.13±1.02	1.60±0.50
治疗组	治疗前	16.75±1.56 [*]	4.60±0.93 [*]	8.75±0.95 [*]	3.40±0.55 [*]
	治疗后	6.20±1.68 [#]	2.05±1.06 [#]	3.16±0.68 [#]	0.97±0.53 [#]

注:与治疗组治疗前相比[#]*P*<0.01,与对照组治疗后相比[#]*P*<0.01,与对照组治疗前相比^{*} *P*>0.05。

表 2 两组疗效比较 (*n*)

组别	<i>n</i>	治愈	好转	无效	总有效率(%)
治疗组	40	15	22	3	92.50
对照组	40	7	22	11	72.50
χ^2					5.541
<i>P</i>					0.019

由表 2 能够看出,治疗组的总有效率为(92.50%),对照组的总有效率为(72.50%),*P*值为 0.019,*P*<0.05,表明两组差异有统计学意义。

4 讨论

眩晕在临床上主要以眼花、头晕等症状为主。本病的病因有年老体虚、饮食不当、情志不遂、跌扑损伤等多种因素。本病的病位以清窍为主,涉及肝、脾、肾三个脏腑。《内经》认为眩晕当属肝所主,此外与髓海不足、气血亏虚、外邪入侵等多种因素有关。汉代张机认为引起眩晕的最主要致病因素之一便是痰饮,其《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治》就说:“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”。朱丹溪在《丹溪心法·头眩》中则强调“无痰则不作眩”,提出了痰水致眩学说。现代人不良的生活作息和不健康的生活方式导致饮食不节,过食肥甘厚味,起居失常。致脾运化水湿的功能异常,湿邪滞留中焦,日久生痰,痰湿中阻,清阳不升、浊阴不降,清窍失于濡养,故痰湿内阻型眩晕较为多见。

足三里为足阳明胃经之合穴,取其健脾和胃,祛湿化痰。丰隆为足阳明胃经之络穴,兼通脾胃,又主涤痰降浊,是化痰要穴,阴陵泉为足太阴脾经

之合穴,主利水除湿,取二穴有降涤痰浊,运化水湿之功,配内关宽中豁痰。刺激风池、天柱及颈部夹脊穴可疏通局部经络,升清阳,利头目^[3-4]。百会穴位居颠顶,可会聚百脉、贯达周身、醒脑开窍,诸穴合用共奏健脾降浊、涤痰祛湿、定眩止晕之效。此外,留针时间长短作为针灸治疗方案的一项重要内容,被视为影响治疗效果的一个关键共性因素^[5]。长时间留针可以使穴位的有效刺激量维持在一个恒定的水平,有利于激发经气,达到气至病所的作用,从而来提高治疗效果^[6]。

综上所述,百会长留针配合电针法较对照组而言,具有非药物治疗、副作用较小及费用低廉等优势,对痰湿内阻型眩晕的治疗有良好的效果。

参考文献

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 北京: 人民卫生出版社,1994:37-38.
[2] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社,2002.
[3] 谢平安,廖辉. 互动式针刺法配合针刺风池天柱治疗颈性眩晕 30 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2012, 53(6):54-55.
[4] 李新蓉,姜敏. 电针颈夹脊对颈性眩晕患者 TCD 和血浆溶血磷脂酸含量的临床分析[J]. 山东医药,2011,51 (29):66-68.
[5] 陈少宗. 针刺作用时效关系研究的临床意义[J]. 针灸临床杂志,2008,24(6):1-3.
[6] 洪媚. 百会长留针法治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 40 例[J]. 浙江中医杂志,2012,47(8):592.

(收稿日期:2014-10-26 编辑:巩振东)