

针刺供血穴联合热奄包治疗气虚血瘀型眩晕的临床疗效与安全性评价

杨斯淮 陈文华*

深圳市罗湖区中医院

DOI:10.12238/bmtr.v7i4.15521

[摘要] 目的: 评价针刺供血穴联合热奄包治疗气虚血瘀型眩晕患者的临床疗效及安全性。方法: 采用随机对照方法,将2024年3月1日至2025年2月28日期间在深圳市罗湖区中医院急诊科就诊的84例气虚血瘀型眩晕患者分为试验组与对照组各42例。试验组接受针刺供血穴联合眩晕热奄包及常规西药治疗,对照组仅予常规西药治疗,疗程均为1周。采用中医症状积分量表、眩晕障碍评定量表(DHI)评分及彩超检测椎动脉血流速度评估疗效,记录不良反应发生情况。结果: 治疗后试验组DHI评分、症状积分、双侧椎动脉血流峰值速度改善程度均优于对照组($P<0.01$)。不良反应发生率组间无显著差异($P>0.05$)。结论: 针刺供血穴联合眩晕热奄包治疗可显著缓解气虚血瘀型眩晕症状,改善椎动脉血流动力学,疗效确切,安全性高,具备较高的临床推广价值。

[关键词] 针刺供血穴; 眩晕热奄包; 气虚血瘀型眩晕; 眩晕障碍评定量表(DHI); 椎动脉血流速度
中图分类号: R4 文献标识码: A

Clinical Efficacy and Safety Evaluation of Acupuncture on Blood Supply Points Combined with Hot Compresses for the Treatment of Qi Deficiency and Blood Stasis-Type Vertigo

Sihuai Yang Wenhua Chen*

Shenzhen Luohu Hospital of Traditional Chinese Medicine

[Abstract] Objective: To evaluate the clinical efficacy and safety of acupuncture at the blood supply point combined with dizziness and heat therapy in the treatment of Qi deficiency and blood stasis type dizziness patients. Method: A randomized controlled trial was conducted to divide 84 patients with Qi deficiency and blood stasis dizziness who visited a traditional Chinese medicine hospital from March 1, 2024 to February 28, 2025 into an experimental group and a control group, with 42 patients in each group. The experimental group received acupuncture at the blood supply point combined with dizziness and heat therapy and conventional Western medicine treatment, while the control group received only conventional Western medicine treatment, with a course of one week for both. The efficacy was evaluated using the Traditional Chinese Medicine Symptom Integral Scale, Dizziness Disorder Assessment Scale (DHI) score, and color ultrasound to measure vertebral artery blood flow velocity, and adverse reactions were recorded. Result: After treatment, the experimental group showed better improvement in DHI score, symptom score, and peak velocity of bilateral vertebral artery blood flow than the control group ($P<0.01$). There was no significant difference in the incidence of adverse reactions between the groups ($P>0.05$). Conclusion: Acupuncture at blood supply points combined with dizziness and heat therapy can significantly alleviate the symptoms of Qi deficiency and blood stasis type dizziness, improve vertebral artery hemodynamics, have definite therapeutic effects, high safety, and high clinical promotion value.

[Key words] acupuncture at blood supply points; dizziness and heat loss package; qi deficiency and blood stasis type dizziness; dizziness Assessment Inventory (DHI); vertebral artery blood flow velocity

前言

眩晕是临床常见病,气虚血瘀型眩晕尤为多见,表现为头晕、耳鸣、乏力、面色淡白等症状,严重影响患者生活质量。现代医学多采用血管扩张剂、神经营养药物进行对症治疗,但疗效不持久,复发率高。中医认为眩晕多因气虚推动无力、血瘀阻络,治宜益气活血通络。针刺供血穴可改善脑供血,热奄包可温经通络、活血化瘀,二者联合具有协同增效作用,具有良好的临床应用前景。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2024年3月1日至2025年2月28日期间于深圳市罗湖区中医院急诊科确诊为气虚血瘀型眩晕的患者共84例,均符合《中医内科常见诊疗指南·中医病证部分》及《中药新药临床研究指导原则》中相关中医诊断标准及辨证标准。纳入标准包括典型眩晕症状、反复发作史、辨证属气虚血瘀证、意识清楚、沟通无障碍,能配合研究并签署知情同意书。排除标准为脑血管意外急性期、耳源性或药物性眩晕、严重肝肾功能障碍、神经系统疾病或妊娠哺乳期妇女。患者按随机数字表法分为试验组和对照组,每组42例,组间性别、年龄、病程等一般资料经t检验和 χ^2 检验比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

(1)试验组采用针刺供血穴联合眩晕热奄包配合常规西药治疗。针刺选取供血穴(风池穴下方1.5寸,平对口唇处),使用苏州针灸设备厂0.30mm×27mm毫针,患者取卧位,常规皮肤消毒后行双侧斜刺针刺,进针深度控制在1.5寸以内,得气后平补平泻手法,留针30分钟,每日1次,连续治疗7天。眩晕热奄包取当归、川芎、辛夷花、羌活、藁本、苏叶等共15味中药,配以粗盐共200g,药物研末分装后置于专用药袋中,加热至40~50℃后热敷于颈项部30分钟,每日1次,连续1周。常规西药治疗使用盐酸倍他司汀口服片4mg tid,异丙嗪肌注25mg,每日1次,疗程1周^[1]。

(2)对照组给予常规西药治疗方案一致,包括盐酸倍他司汀口服片及异丙嗪注射。

(3)治疗期间密切观察患者治疗依从性及不良反应,定期进行疗效评估及记录,确保操作规范统一^[2]。

1.3 观察指标

(1)DHI评分:治疗前后分别采用眩晕障碍评定量表(Dizziness Handicap Inventory)评估患者眩晕程度及生活质量影响,总分越高代表障碍程度越严重。记录治疗前后总分及变化幅度,并进行组间比较。

(2)中医症状积分:根据中医四诊评估头晕、耳鸣、乏力、舌象脉象等核心症状,评分标准采用五级量表,积分降低代表症状缓解。分别在治疗前后评分,计算积分差异及改善率。

(3)椎动脉血流速度:采用Acclarix AX3彩色多普勒超声仪检测双侧椎动脉血流内径及峰值流速,探头频率5-12MHz,统一由中级超声技师操作,重复性良好,观察治疗后血流动力学变化^[3]。

1.4 统计学方法

所有数据使用SPSS 26.0统计软件分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,组间比较采用独立样本t检验,组内治疗前后比较采用配对t检验,计数资料以频数和百分比表示,组间比较采用 χ^2 检验,所有检验均为双侧检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

本研究共纳入84例患者,所有受试者均完成1周干预及评估,无脱落。治疗后两组眩晕症状、中医证候积分及椎动脉血流速度均有改善,试验组改善幅度明显优于对照组,差异具有统计学意义($P<0.01$)。

表1 两组患者治疗前后DHI评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

项目	试验组治疗前	试验组治疗后	对照组治疗前	对照组治疗后	P值(治疗后)
DHI总分	56.74±6.12	23.60±5.87	56.42±5.89	35.26±6.44	<0.01
功能维度评分	14.85±2.88	8.15±2.10	15.01±2.76	11.32±2.45	<0.01
情绪维度评分	14.22±2.74	7.92±1.88	14.40±2.65	10.94±2.17	<0.01
物理维度评分	14.80±2.70	7.53±2.03	14.33±2.68	10.28±2.06	<0.01

注:针刺联合热奄包治疗显著降低DHI总分及各维度评分, $P<0.01$ 。

表2 两组患者中医症状积分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

项目	试验组治疗前	试验组治疗后	对照组治疗前	对照组治疗后	P值(治疗后)
总症状积分	12.31±2.14	4.28±1.76	12.05±2.01	7.10±2.03	<0.01
头晕积分	2.52±0.68	1.32±0.51	2.48±0.65	2.01±0.67	<0.01
乏力积分	1.95±0.61	1.06±0.45	1.91±0.58	1.76±0.54	<0.01
耳鸣积分	2.03±0.60	1.13±0.48	1.98±0.56	1.84±0.52	<0.01

注:试验组中医证候积分下降更明显,症状改善效果显著优于对照组。

表3 两组患者椎动脉血流峰值速度比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

项目	试验组治疗前	试验组治疗后	对照组治疗前	对照组治疗后	P值(治疗后)
左侧血流速度	35.26±4.18	46.81±5.03	35.01±4.23	40.02±4.60	<0.01
右侧血流速度	34.89±4.07	47.20±4.85	34.65±3.88	40.48±4.42	<0.01
平均峰值流速增量	—	11.93±3.65	—	5.91±3.28	<0.01

注:试验组双侧椎动脉血流峰值速度提升幅度更大,血供改善明显优于对照组。

3 讨论

眩晕作为临床常见的神经系统症状之一,发病机制复杂,影响因素众多,气虚血瘀证型在中医辨证体系中较为常见,病因病机主要在于气虚无力推动血行,导致瘀血阻络,脑部供血不足,

现代医学研究表明,眩晕与脑供血障碍、内耳功能失调及植物神经紊乱密切相关。本研究在除了传统中药的治疗基础上,还联合针刺供血穴,以增强脑部血流供给,恢复神经功能,从而发挥协同治疗作用。试验结果显示针刺供血穴协同眩晕热奄包治疗较常规西药治疗在多个关键观察指标上具有显著优势,具体反映在症状改善、血流动力学提升及生活质量恢复方面^[4]。

从DHI评分角度分析,两组治疗前DHI总评分及功能、情绪、物理三个维度评分差异均无统计学意义($P>0.05$),提示基线可比,治疗1周后,试验组DHI总分降至 23.60 ± 5.87 ,各维度评分亦明显下降,其中功能维度降至 8.15 ± 2.10 ,情绪维度为 7.92 ± 1.88 ,物理维度为 7.53 ± 2.03 ,改善幅度显著。对照组治疗后总分为 35.26 ± 6.44 ,三维度评分分别为 11.32 ± 2.45 、 10.94 ± 2.17 、 10.28 ± 2.06 ,虽较治疗前亦有改善,但幅度明显小于试验组。组间差异均具统计学意义($P<0.01$)。DHI评分作为评价眩晕对患者生活质量影响的量化工具,能较为准确反映主观障碍水平,试验组改善幅度更大,提示联合治疗方案在缓解头晕感、增强情绪稳定性及日常活动能力方面效果更为显著。针刺根据激活脑内血管调节机制,改善神经递质传导,而热奄包药物根据温热渗透促进局部微循环,二者结合可增强前庭调节功能,提升生活质量^[5]。

在中医症状积分方面,试验组治疗前积分为 12.31 ± 2.14 ,治疗后显著下降至 4.28 ± 1.76 ,对照组从 12.05 ± 2.01 降至 7.10 ± 2.03 ,改善率为41.1%,组间差异显著($P<0.01$),在分项分析中,试验组头晕、乏力、耳鸣积分分别下降至 1.32 ± 0.51 、 1.06 ± 0.45 、 1.13 ± 0.48 ,均较对照组改善更为明显。对照组相应积分分别为 2.01 ± 0.67 、 1.76 ± 0.54 、 1.84 ± 0.52 ,改善幅度较小。中医症状积分从辨证角度反映临床主要症状,结果表明针刺供血穴联合热奄包在调和气血、扶正祛邪、疏通经络方面具有明显优势。热奄包所含当归、川芎等具有活血祛瘀、养血通络作用,经热力渗透可进一步促进经络气血运行;针刺作用于供血穴,激发机体自我调节功能,改善脑供血不足的本质病机,从而使临床症状得到快速有效缓解。

在椎动脉血流动力学方面,试验组治疗后双侧椎动脉血流峰值速度分别为 $46.81\pm5.03\text{cm/s}$ 与 $47.20\pm4.85\text{cm/s}$,较治疗前分别提高了 $11.55\pm3.27\text{cm/s}$ 与 $12.31\pm3.47\text{cm/s}$,平均增速达 $11.93\pm3.65\text{cm/s}$,对照组治疗后左、右侧血流速度分别为

$40.02\pm4.60\text{cm/s}$ 与 $40.48\pm4.42\text{cm/s}$,增速为 $5.01\pm2.89\text{cm/s}$ 与 $5.83\pm2.95\text{cm/s}$,平均增速为 $5.91\pm3.28\text{cm/s}$,均显著低于试验组($P<0.01$)。上述结果提示针刺配合热奄包治疗可有效改善椎动脉血流灌注,增强椎基底供血能力,有助于改善由于气虚血瘀导致的脑部血液循环障碍。针刺刺激供血穴可引发局部与中枢神经反射,调节血管张力、促进血流通畅,热奄包则根据局部升温扩张血管,增强血液流速,改善局部组织氧供。两种治疗方式在作用机制上互补,针对脑供血不足型眩晕可发挥快速、稳定的治疗效果。

综上所述,针刺供血穴协同眩晕热奄包治疗气虚血瘀型眩晕不仅可显著改善临床症状,提升生活质量,还能有效提高椎动脉血流速度,缓解脑供血不足,疗效优于单纯西药治疗,且安全性良好,值得在临床中进一步推广与深入研究。未来可拓展样本量并延长随访周期,以观察其远期疗效与复发控制能力,进一步完善其干预机制的理论依据。

[基金项目]

项目来源: 本文系深圳市罗湖区科技创新局2023年度软科学项目《针刺供血穴联合眩晕热奄包治疗气虚血瘀型眩晕的临床疗效观察》(编号LX202302051)阶段研究成果之一。

课题组成员: 陆莹,刘琛怡,唐爽,陈杰文,陈建锋,吴启俊,潘思敏,陈文华。

[参考文献]

- [1]王位,刘茜茜.针刺联合益气活血汤治疗气虚血瘀型耳石症复位后残余头晕30例[J].浙江中医杂志,2025,60(1):51-52.
- [2]刘连芬,陈秀珠,李红霞.雷火灸在气虚血瘀型眩晕患者中医护理中的应用[J].生命科学仪器,2024,22(6):220-221+224.
- [3]申昊颖,连清,陈艳霞.头戴式艾灸结合针刺治疗气虚血瘀型小脑梗死性眩晕34例[J].中国针灸,2024,44(04):460-462.
- [4]蔡美芹,何泽多.二联(埋针+雷火灸)外治疗法治疗气虚血瘀型眩晕的临床观察[J].智慧健康,2023,9(6):233-236+241.
- [5]邹婷,苏临荣,奚玉凤,等.针刺供血穴联合晕乃停和西比灵治疗颈性眩晕气虚血瘀证的临床疗效观察[J].世界中西医结合杂志,2021,16(10):1933-1937.

作者简介:

杨斯淮(1993--),男,汉族,广东汕尾人,本科,主治医师。研究方向: 急诊科。