

- [3] 蒋珊珊,胡京辉,沈燕.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合术前应用促性腺激素释放激素激动剂治疗大子宫肌瘤的疗效观察[J].中国内镜杂志,2017,23(5):1-4.
- [4] 王浩,朱月,严立祥.腹腔镜下子宫动脉阻断术联合肌瘤切除术治疗子宫肌瘤的临床效果[J].中国妇幼保健,2017,32(24):6330-6332.
- [5] 莫玉俏,陈小菊.腹腔镜下不同子宫肌瘤剔除方式妊娠结局的比较[J].现代仪器与医疗,2017,23(3):43-44.
- [6] 雷声云,郑春艳.腹腔镜下子宫动脉上行支阻断术辅助腹腔镜子宫肌瘤剔除术对患者性功能影响的临床研究[J].中国性科学,2017,26(3):40-42.
- [7] 子宫肌瘤的诊治中国专家共识专家组.子宫肌瘤的诊治中国专家共识[J].中华妇产科杂志,2017,52(12):793-800.
- [8] 游芳,何春妮,洪新如.超声引导下射频消融治疗子宫肌瘤的研究进展[J].国际妇产科学杂志,2018,45(3):306-309.
- [9] 徐书峰.子宫肌瘤的介入治疗进展[J].实用放射学杂志,2020,36(6):998-1000.
- [10] 孙绍敏.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的效果及对患者免疫功能的影响[J].中国妇幼保健,2018,33(1):213-216.
- [11] 计雪玲,郭豪,黄嘉敏,等.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术联合子宫动脉上行支阻断术治疗子宫肌瘤的效果及对患者卵巢功能的影响[J].广西医学,2021,43(9):1078-1081.
- [12] 施建红,石磊,马越,等.腹腔镜下肌瘤切除术时两种子宫动脉阻断术式的比较[J].中国性科学,2018,27(8):68-70.
- [13] 陈光,陈钢,王佩红.腹腔镜下子宫动脉阻断术加子宫肌瘤剔除术对子宫肌瘤患者围手术期,术后并发症及生育的影响[J].临床误诊误治,2020,33(8):75-79.
- [14] 张香玲.腹腔镜下子宫动脉阻断子宫肌瘤剔除术对子宫平滑肌瘤患者术后康复及复发率的影响[J].中国药物与临床,2021,21(24):4006-4008.
- [15] 蒋琼,张梅.腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤临床分析[J].中华实用诊断与治疗杂志,2016,30(10):987-989.
- [16] 沈燕,沈冰燕.腹腔镜下子宫动脉阻断术联合子宫肌瘤剔除术治疗子宫肌瘤的临床疗效[J].检验医学与临床,2021,18(19):2830-2833.
- [17] 陈静.腹腔镜下子宫动脉阻断后子宫肌瘤剔除术的临床应用价值[J].局解手术学杂志,2016,25(1):35-37.
- [18] 李利玲,汪向红.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术对患者卵巢功能以及疼痛指标的影响[J].检验医学与临床,2017,14(5):627-629.
- [19] 闫冬丽.腹腔镜下子宫动脉上行支阻断术辅助腹腔镜子宫肌瘤剔除术对患者卵巢功能和性功能的影响[J].临床和实验医学杂志,2016,15(1):66-69.
- [20] 杨小波.腹腔镜下子宫动脉阻断术辅助子宫肌瘤切除术对患者生育功能及肌瘤复发率的影响[J].中国现代手术学杂志,2016,20(2):137-140.

(收稿日期:2022-10-26 修回日期:2023-02-11)

• 临床探讨 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.11.030

通络定眩针法联合盐酸氟桂利嗪及阿司匹林在后循环缺血性眩晕患者中的应用效果

吕 瑶¹,杨 阳^{2△}

1. 陕西省铜川市人民医院中医科,陕西铜川 727000;2. 北京中医药大学孙思邈医院针灸科,陕西铜川 727000

摘 要:目的 探讨通络定眩针法联合盐酸氟桂利嗪及阿司匹林在后循环缺血性眩晕(PCIV)患者中的应用效果。**方法** 选择 2021 年 1 月至 2022 年 5 月陕西省铜川市人民医院中医科收治的 PCIV 患者 116 例作为研究对象,采用随机数字表法分为对照组(给予盐酸氟桂利嗪及阿司匹林治疗)和观察组(给予通络定眩针法联合盐酸氟桂利嗪及阿司匹林治疗),每组 58 例。对比两组患者临床疗效。**结果** 观察组患者总有效率优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。两组患者治疗后右椎动脉(RVA)、左椎动脉(LVA)、基底动脉(BA)血流速度均提高,血液流变学指标水平均降低,促肾上腺皮质激素(ACTH)、内皮素(ET)、血栓素 B2(TXB2)、前列环素(PGI2)水平,以及眩晕障碍量表(DHI)、简明健康状况调查问卷(SF-36 量表)评分均改善,且观察组患者治疗后 RVA、LVA、BA 血流速度均高于对照组,血液流变学指标水平低于对照组,ACTH、ET、TXB2、PGI2 水平,以及 DHI、SF-36 量表评分均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 通络定眩针法在 PCIV 中的应用效果显著,可提高患者 BA 血流速度及生活质量,改善机体血液流变学指标及实验室指标水平,降低患者眩晕症状,值得推广应用。

关键词:通络定眩针法; 盐酸氟桂利嗪; 阿司匹林; 后循环缺血性眩晕

中图分类号:R441.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)11-1626-04

后循环即椎-基底动脉(BA)系统,包括椎动脉、BA、大脑后动脉等,主要给小脑、丘脑、脑干、大脑半球后部供血^[1]。当后循环动脉粥样硬化、栓塞及动脉

病变时可引发供血脑组织短暂性缺血,进而出现眩晕等症状,也称为后循环缺血性眩晕(PCIV)^[2]。PCIV 若治疗不及时可引发脑梗死,进而威胁患者的生命安

全,故需采取有效治疗措施。目前,多采用扩血管(盐酸氟桂利嗪胶囊)及抗血小板聚集(阿司匹林)类药物对 PCIV 患者进行治疗,但疗效并不理想^[3]。通络定眩针法是一种中医诊疗方法,可疏通气血,调理经络,在心、脑血管疾病的治疗方面具有积极疗效^[4]。本研究探讨了通络定眩针法联合盐酸氟桂利嗪胶囊及阿司匹林对 PCIV 患者后循环血流速度、血液流变学及相关实验室指标水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2021 年 1 月至 2022 年 5 月陕西省铜川市人民医院中医科收治的 PCIV 患者 116 例作为研究对象,采用随机数字表法分为观察组和对照组,每组 58 例。观察组男 30 例,女 28 例;年龄 46~69 岁,平均 (57.36±11.34) 岁;病程 1~5 年,平均 (3.23±0.36) 年。对照组男 31 例,女 27 例;年龄 45~68 岁,平均 (56.96±11.55) 岁;病程 1~6 年,平均 (3.35±0.37) 年。两组一般资料比较,差异无统计学意义 ($P>0.05$),具有可比性。西医诊断标准符合《中国后循环缺血的专家共识》^[5] 中 PCIV 的诊断标准:(1)经颅多普勒超声检查见后循环血管狭窄;(2)磁共振成像检查见脑组织点片状高信号;(3)主要表现为眩晕,可伴有不同程度的肢体无力、头痛、恶心、视觉障碍、行走不稳等。中医诊断标准符合《中医病证诊断疗效标准》^[6] 中“眩晕”的诊断标准:(1)主症为头晕目眩,老则加剧;(2)次症为面目发麻,神疲乏力,纳差少食;(3)舌脉为苔薄白,脉细弱。纳入标准:(1)符合中、西医诊断标准;(2)处于缓解期;(3)年龄<70 岁。排除标准:(1)伴有脑梗死;(2)伴有其他恶性疾病;(3)伴有脏器功能不全;(4)近 1 个月接受过治疗;(5)伴有精神异常及严重血管类疾病。所有患者均了解本研究并签订知情同意书。本研究经医院伦理委员会审批。

1.2 治疗方法 两组患者均给予降糖、降脂、降压等基础治疗。对照组采用盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司,国药准字 H10930003,5 mg×20 粒/盒)及阿司匹林肠溶片(大同市利群药业有限责任公司,国药准字 H14022744,50 mg×25 片)口服治疗,盐酸氟桂利嗪胶囊 65 岁以下患者每晚 2 粒,≥65 岁患者每晚 1 粒,连续治疗 2 个月;阿司匹林肠溶片 2 片/次,1 次/天,共治疗 2 个月。观察组在盐酸氟桂利嗪及阿司匹林治疗基础上采用通络定眩针法治疗。取额中、上星、足三里、风府、丰隆、大椎穴等。嘱患者取坐位,暴露针刺部位,常规消毒,采用 0.3 mm×40 mm 一次性无菌针灸针(上海康年医疗器械有限公司)垂直刺入,得气后停止进针,足三里施以徐疾提插补法,丰隆施以徐疾提插泻法,余穴施以平补平泻法,留针 30 min,1 次/天,连续治疗 6 d 后停 1 d,共治疗 2 个月。

1.3 疗效判断标准 (1)痊愈:眩晕症状再无发作;(2)显效:眩晕症状明显改善;(3)有效:眩晕症状有所好转,但改善并不显著;(4)无效:眩晕症状无明显改善,甚至加重。总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%^[7]。

1.4 观察指标 (1)采用经颅多普勒超声(科进,型号:KJ-2V4M)检测两组患者治疗前后椎-BA 系统血流速度,包括右椎动脉(RVA)、左椎动脉(LVA)、BA 等。(2)采用全自动血液流变仪(恒拓,型号:HT-100)检测两组患者治疗前后血液流变学指标水平,包括高切变率全血黏度(H η b)、低切变率全血黏度(L η b)、血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原等。(3)采集两组患者治疗前后静脉血 3 mL,2 500 r/min 离心 10 min,采用酶联免疫吸附试验测定实验室指标水平,包括促肾上腺皮质激素(ACTH)、内皮素(ET)、血栓素 B2(TXB2)、前列环素(PGI2)等。(4)采用眩晕障碍量表(DHI)^[8]、简明健康状况调查问卷(SF-36 量表)^[9]评估两组患者治疗前后生活质量,分值均为 0~100 分,DHI 分值越高表示眩晕障碍越严重,SF-36 量表分值越高表示生活质量越好。

1.5 统计学处理 采用 SPSS25.0 软件进行数据分析。呈正态分布的计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,两组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,采用 χ^2 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 观察组患者总有效率高于对照组,差异有统计学意义 ($\chi^2=5.473, P=0.006$)。见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[n(%)]						
组别	<i>n</i>	痊愈	显效	有效	无效	总有效
观察组	58	8(13.79)	31(53.45)	19(32.76)	0(0.00)	58(100.00)
对照组	58	3(5.17)	26(44.83)	22(37.93)	7(12.07)	51(87.93)

2.2 两组患者治疗前后椎-BA 系统血流速度比较 两组患者治疗后 RVA、LVA、BA 血流速度均提高,且观察组均高于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 2。

2.3 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较 两组患者治疗后血液流变学指标水平均降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 3。

2.4 两组患者治疗前后实验室指标水平比较 两组患者治疗后 ACTH、ET、TXB2、PGI2 水平均改善,且观察组均优于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 4。

2.5 两组患者治疗前后生活质量比较 两组患者治疗后 DHI、SF-36 量表评分均改善,且观察组均优于对照组,差异均有统计学意义 ($P<0.05$)。见表 5。

表 2 两组患者治疗前后椎-BA 系统血流速度比较($\bar{x} \pm s$, cm/s)

组别	n	RVA		LVA		BA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	33.54±3.67	46.49±4.46 ^{ab}	31.35±3.36	45.74±4.77 ^{ab}	30.64±3.65	44.97±4.74 ^{ab}
对照组	58	33.76±3.73	41.37±4.73 ^a	31.52±3.48	40.33±4.23 ^a	30.31±3.72	39.82±3.81 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 3 两组患者治疗前后血液流变学指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	H η b(mPa·s)	L η b(mPa·s)	血浆黏度(mPa·s)	红细胞聚集指数	纤维蛋白原(g/L)
观察组	58	治疗前	8.14±0.83	12.53±1.26	1.82±0.18	2.85±0.28	4.52±0.45
		治疗后	6.55±0.64 ^{ab}	9.14±0.91 ^{ab}	1.34±0.13 ^{ab}	1.87±0.19 ^{ab}	3.53±0.35 ^{ab}
对照组	58	治疗前	8.17±0.82	12.47±1.27	1.85±0.17	2.83±0.29	4.54±0.44
		治疗后	7.03±0.71 ^a	10.03±1.36 ^a	1.51±0.15 ^a	2.04±0.22 ^a	3.87±0.38 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 4 两组患者治疗前后实验室指标水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	ACTH(ng/L)	ET(ng/L)	TXB2(pg/mL)	PGI2(pg/mL)
观察组	58	治疗前	18.33±1.84	125.23±11.27	253.83±26.26	23.24±2.35
		治疗后	12.25±1.23 ^{ab}	80.25±8.26 ^{ab}	155.47±16.46 ^{ab}	37.23±3.46 ^{ab}
对照组	58	治疗前	17.92±1.83	127.83±13.53	250.29±23.31	22.37±2.46
		治疗后	14.46±1.47 ^a	91.33±9.36 ^a	177.83±17.24 ^a	33.71±3.73 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

表 5 两组患者治疗前后生活质量比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	DHI 评分		SF-36 量表评分	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	58	58.24±5.83	24.23±2.62 ^{ab}	60.24±6.33	87.84±8.45 ^{ab}
对照组	58	59.19±5.96	31.33±3.57 ^a	61.65±6.62	80.23±8.31 ^a

注:与同组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$ 。

3 讨 论

PCIV 是指后循环颈动脉系统短暂性缺血、缺氧所致的眩晕,多因动脉粥样硬化、栓塞、穿支小动脉病变所致,除眩晕外常伴有面部麻木、肢体无力、恶心等^[10]。盐酸氟桂利嗪胶囊及阿司匹林肠溶片是治疗 PCIV 的常规药物,盐酸氟桂利嗪胶囊是一种促进血液循环的药物,可阻碍过量钙离子进入细胞,缓解脑血管痉挛,提高脑血流速度,改善脑组织血供,改善患者的头晕症状^[11];阿司匹林肠溶片则是一种抗血小板聚集药物,可抑制血小板活性,降低血栓的形成,预防心、脑血管不良事件的发生^[12]。盐酸氟桂利嗪胶囊联合阿司匹林肠溶片虽可改善机体的血液流变学、降低患者的眩晕症状,但疗效并不显著。

PCIV 属中医“眩晕”范畴,多因气血不调、脉络不通、清窍失养所致,治疗应以通经理气、活血化瘀为主^[13]。通络定眩针法是一种中医治疗方式,在通经活络方面具有独特优势,可缓解血管痉挛,改善血供^[14]。本研究结果显示,观察组患者总有效率高于对照组,

且治疗后 DHI、SF-36 量表评分改善均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明通络定眩针法可改善 PCIV 患者临床症状及生活质量。其原因为通络定眩针法取额中、上星、足三里、风府、丰隆、大椎穴等。额中穴位于额部正中,具有调补肾阴、清脑开窍之功;上星穴归属督脉,具有安神醒脑、明目通窍之功;足三里穴位于小腿外侧,具有通经活络、扶正祛邪之功;风府穴归属督脉,具有醒脑开窍、散风熄风之功;丰隆穴位于小腿外侧,具有祛湿化痰、抑制风痰上扰之功;大椎穴归属督脉,具有镇静调气、解表退热之功^[15]。针刺上述穴位可通经活络、醒脑开窍、安神镇静,可改善患者头晕、头痛等症状,改善患者生活质量^[16]。

血液流变学异常与 PCIV 的发生息息相关,H η b、L η b、血浆黏度、红细胞聚集指数、纤维蛋白原水平均是血液流变学的重要指标,其可升高机体血黏度,提高循环阻力,降低血流速度,导致组织血流灌注降低而发生缺血、缺氧^[17]。本研究结果显示,两组患者治

疗后 RVA、LVA、BA 血流速度均提高,血液流变学指标水平均降低,且观察组均优于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明通络定眩针法可提高 PCIV 患者椎-BA 系统血流速度,改善机体血液流变学指标水平。其原因为经现代医学研究表明,针刺额中、上星穴等可兴奋大脑皮层,促进神经功能的恢复,增加血流量;且针灸可改善细胞的新陈代谢,降低血液黏度,抑制血小板及红细胞的聚集,进而达到改善机体血液流变学指标水平、增加脑血流量的目的^[18]。

ACTH 是由脑垂前叶分泌的激素,具有收缩血管的作用;ET 是长效血管收缩因子,可促进血管的收缩,加重 PCIV 的进展;TXB2 是一种前列腺素,具有促进血小板聚集及收缩血管的作用;而 PGI2 则是 TXB2 的对抗剂,具有抗血小板聚集、舒张血管的作用^[19]。本研究结果显示,观察组患者治疗后 ACTH、ET、TXB2 水平均低于对照组,PGI2 水平高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),说明通络定眩针法可改善机体血管收缩/舒张因子水平,促进血管扩张。其原因为针灸具有抑制交感神经兴奋的作用,可改善机体的微循环,调节机体血管收缩/舒张机制,改善患者血管收缩/舒张因子水平,进而达到促进血管扩张的作用^[20]。

综上所述,通络定眩针法在 PCIV 中的应用效果显著,可提高患者椎-BA 系统血流速度及生活质量,改善机体血液流变学指标及实验室指标水平,改善患者眩晕症状,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 王峰,赵艳敏,王红震.中西医结合治疗后循环缺血性眩晕临床观察[J].实用中医药杂志,2022,38(6):980-982.

[2] 王会磊,裴媛.中西医结合治疗后循环缺血性眩晕合并高血压临床观察[J].中国医药指南,2022,20(13):120-126.

[3] 张烁焱.中西医结合治疗风痰上扰型后循环缺血性眩晕疗效观察[J].黑龙江中医药,2021,50(6):213-214.

[4] 李娜,程红亮.针灸治疗后循环缺血性眩晕的研究进展[J].中医药临床杂志,2018,30(3):558-560.

[5] 李焰生.中国后循环缺血的专家共识[J].中华内科杂志,2006,45(9):786-787.

[6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:48.

[7] 刘利,杨春霞,邓娟娟.“小醒脑开窍”针刺法对后循环缺血性眩晕患者的辅助治疗[J].吉林中医药,2022,42(4):471-474.

[8] 房琳,李晓鹏.“互联网+医疗健康系统”对脑卒中患者 HAMA、HAMD、SCHFI 评分及 SF-36 评分的影响分析[J].昆明医科大学学报,2022,43(2):166-170.

[9] 王彦彦.甲钴胺联合地塞米松对前庭神经炎患者前庭功能及 DHI 评分的影响[J].黑龙江医药科学,2022,45(3):176-177.

[10] 孙继飞,马克信,王佳兴,等.“中风七穴”治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(21):3654-3658.

[11] 霍亮亮.化痰止晕剂联合氟桂利嗪治疗痰湿中阻型后循环缺血性眩晕的临床观察[J].名医,2022,13(5):150-152.

[12] 邓华,张选国,王凌,等.针刺联合阿司匹林、长春西汀治疗气虚型后循环缺血性眩晕 30 例[J].陕西中医药大学学报,2019,42(6):89-91.

[13] 刘军兵,陈振虎,陈蓉,等.岐黄针疗法治疗急性期后循环缺血性眩晕的临床观察[J].中国中医急症,2022,31(4):670-673.

[14] 梁立新,刘超,肖阳春,等.“老十针”加减方针刺治疗后循环缺血性眩晕气虚亏虚证临床研究[J].现代中医临床,2022,29(2):7-12.

[15] 张利平.通络定眩针法联合银杏达莫注射液治疗后循环缺血性眩晕的效果观察[J].中国实用医刊,2021,48(18):114-117.

[16] 张培丽,王维杰.针刺结合天麻素治疗后循环缺血性眩晕症临床研究[J].实用中医药杂志,2021,37(5):724-726.

[17] 刘娟,郑小军,王英,等.前列地尔联合长春西汀对后循环缺血性眩晕患者 DHI 评分、血流流变学及血管内皮功能的影响[J].临床医学研究与实践,2022,7(7):57-60.

[18] 万裕萍,龚墩,龚阳陵.补阳还五汤结合头针治疗后循环缺血性眩晕的临床研究[J].湖北中医杂志,2021,43(2):32-34.

[19] 欧阳冷星,潘朝霞,王剑峰,等.针刺对短暂性脑缺血发作患者 GMP-140、TXB2、PGI2 的影响[J].上海针灸杂志,2013,32(6):451-453.

[20] 高亭,高慧.针灸联合通心活血解毒汤对缺血性脑卒中纤维细胞生长因子和血管内皮生长因子及细胞凋亡相关指标的影响[J].中国中医急症,2018,27(6):1048-1050.