

[8]

陈 熹,张柳婧,吴 真,等. 金匮肾气丸治疗糖尿病肾病疗效 Meta 分析 [J]. 吉林中医药, 2019, 39 (2): 186-190.

[9]

王晓芳,陈 玮,黄国顺,等. 基于网络药理学探讨金匮肾气丸治疗糖尿病肾病的作用机制 [J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(12): 24-27; 153-157.

[10]

中华医学会肾脏病学分会专家组. 糖尿病肾脏疾病临床诊疗中国指南 [J]. 中华肾脏病杂志, 2021, 37(3): 255-304.

[11]

中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版) [J]. 国际内分泌代谢杂志, 2021, 41 (5): 482-548.

[12]

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.

[13]

张 萌,张 诏.《金匮》肾气丸配伍及用药特点辨析 [J]. 山东中医杂志, 2014, 33(8): 627-629.

[14]

黄柳慧,向少伟. 金匮肾气丸治疗糖尿病肾病研究进展 [J]. 大众科技, 2019, 21(11): 76-78; 103.

[15]

Tett A, Pasolli E, Masetti G, *et al.* Prevotella diversity, niches and interactions with the human host [J]. *Nat Rev Microbiol*, 2021, 19(9): 585-599.

[16]

Kovatcheva-Datchary P, Nilsson A, Akrami R, *et al.* Dietary fiber-induced improvement in glucose metabolism is associated with increased abundance of prevotella [J]. *Cell Metab*, 2015, 22(6): 971-982.

[17]

Monk J M, Lepp D, Wu W Q, *et al.* Navy and black bean supplementation primes the colonic mucosal microenvironment to improve gut health [J]. *J Nutr Biochem*, 2017, 49: 89-100.

[18]

Tan J, McKenzie C, Potamitis M, *et al.* The role of short-chain fatty acids in health and disease [J]. *Adv Immunol*, 2014, 121: 91-119.

[19]

Pedersen H K, Gudmundsdottir V, Nielsen H B, *et al.* Human gut microbes impact host serum metabolome and insulin sensitivity [J]. *Nature*, 2016, 535(7612): 376-381.

[20]

Li J, Zhao F Q, Wang Y D, *et al.* Gut microbiota dysbiosis contributes to the development of hypertension [J]. *Microbiome*, 2017, 5(1): 14.

[21]

Kelly T N, Bazzano L A, Ajami N J, *et al.* Gut microbiome associates with lifetime cardiovascular disease risk profile among bogalusa heart study participants [J]. *Circ Res*, 2016, 119 (8): 956-964.

[22]

Waters J L, Ley R E. The human gut bacteria *Christensenellaceae* are widespread, heritable, and associated with health [J]. *BMC Biol*, 2019, 17(1): 83.

葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗对肾精不足型颈源性眩晕患者的临床疗效

徐冬康, 王勤俭*, 张睿昕, 李泊泊, 姜幸福
[河南省中医院 (河南中医药大学第二附属医院), 河南 郑州 450002]

摘要: **目的** 探讨葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗对肾精不足型颈源性眩晕患者的临床疗效。**方法** 96 例患者随机分为对照组和观察组, 每组 48 例, 对照组给予枕部四肌手法松解治疗, 观察组在对照组基础上加用葛桂定眩汤, 疗程 1 周。检测临床疗效、症状评分、颈椎活动度评分 (ROM)、椎-基底动脉血流动力学指标 (左椎动脉、右椎动脉、椎-基底动脉 Vm)、血清因子 [C 反应蛋白 (CRP)、降钙素基因相关肽 (CGRP)、内皮素 (ET-1)] 变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。治疗后, 2 组症状评分、椎-基底动脉血流动力学指标、CGRP 升高 ($P<0.05$), ROM 评分、CRP、ET-1 降低 ($P<0.05$), 以观察组更明显 ($P<0.05$)。**结论** 葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗可改善肾精不足型颈源性眩晕患者颈椎活动功能、椎基底动脉血液循环、血管功能。**关键词:** 葛桂定眩汤; 枕部四肌手法; 松解治疗; 颈源性眩晕; 肾精不足

中图分类号: R287 **文献标志码:** B **文章编号:** 1001-1528(2023)12-4184-04

doi: 10. 3969/j.issn.1001-1528. 2023. 12. 058

颈源性眩晕是一类因颈椎病变导致脊椎内外平衡失调、临床症状以眩晕为主的临床综合征, 长期伏案工作、低头看书等不良习惯也可导致本病发生, 长期以往可导致颈椎间盘突出、颈椎增生压迫周围神经和血管, 导致椎基底动脉供血不足, 缺血缺氧, 引发眩晕, 反复发作的眩晕是本病最显著的特征, 故降低复发率是改善患者生活质量的重

收稿日期: 2022-05-17
基金项目: 河南省中医药科学研究专项课题 (2016ZY3015)
作者简介: 徐冬康 (1986—), 男, 硕士, 主治医师, 研究方向为针灸骨伤。E-mail: zyyfy_hn@ aliyun.com
* 通信作者: 王勤俭 (1976—), 男, 硕士, 副主任医师, 研究方向为中医药治疗颈肩腰腿痛。E-mail: wangqinjian1976@ 126.com

要目标^[1-2]。临床上对颈源性眩晕的治疗方案包括手术、推拿、针刺、中药等，其中中医药方案以疗效确切、痛苦较少、易被接受等优势在临床上广泛应用。枕部四肌手法松解治疗是通过按摩、松解枕下肌群以达到放松周围神经目标的治疗方案，对于颈源性眩晕疗效较好。葛桂定眩汤由定眩汤化裁加味而成，后者出自《首批国家级名老中医经验秘方精选·续集》，在本院临床应用多年。本研究探讨葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗对肾精不足型颈源性眩晕患者的临床疗效，现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2020 年 3 月至 2021 年 9 月收治于河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）的 96 例肾精不足型颈源性眩晕患者，均行完整的问诊治疗流程，随机数字表法分为对照组和观察组，每组 48 例。其中，对照组男性 27 例，女性 21 例；平均年龄（55.64±12.31）岁，而观察组男性 26 例，女性 22 例；平均年龄（55.76±12.73）岁，2 组一般资料比较，差异无统计学意义（ $P>0.05$ ），具有可比性。研究经医院伦理委员会批准（批号 HNZY202002035-07）。

1.2 诊断标准

1.2.1 西医（颈源性眩晕） 参照 1993 年全国第二节颈椎病专题座谈会^[3]制定的标准，①多发于长期伏案、低头工作者，一般病势较缓；②主要症状为反复发作性眩晕、头痛，伴有恶心、呕吐、汗出、失眠甚至跌倒等；③颈椎旋转和屈伸活动受限，颈椎棘突上或椎体两侧旁有压痛感，椎间孔压缩实验呈阳性；④影像学检查显示颈椎间盘或关节出现退行性病变，颈椎生理弧度消失；⑤排除耳源性眩晕、眼源性眩晕或脑动脉硬化、出血、外伤等引起的眩晕。

1.2.2 中医（肾精不足型） 参照《中医内科学》^[4]，头晕而空，精神萎靡，少寐多梦，健忘耳鸣，腰酸遗精，齿摇发脱。偏阴虚者，颧红咽干，烦热形瘦，舌嫩红，苔少或光剥，脉细数；偏阳虚者，四肢不温，性寒怯冷，舌质淡，脉沉细无力。

1.3 纳入标准 ①符合“1.2”项下诊断标准；②年龄 45~70 岁；③近期内未服用影响研究结果的药物；④患者自愿参与本研究，签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①因美尼尔氏综合征、大小脑病变、神经官能症等疾病引起的眩晕；②合并心脑血管疾病、肝肾功能障碍、严重高血压等疾病，不适合参与本研究；③合并关节病、皮肤病等疾病，不适合进行松解治疗；④妊娠期或哺乳期妇女；⑤有精神障碍。

1.5 治疗手段 对照组采用枕部四肌手法松解治疗，患者取俯卧位或坐位，对枕下四肌、肌肉压痛点以拇指揉法、掌揉法及点、压、推、拿、滚手法进行肌群松解，每天 1 次，每次 30 min，每周连续治疗 5 d 后休息 2 d，以 1 周为 1 个疗程，连续 4 个疗程；观察组在对照组基础上采用葛桂定眩汤，组方药材葛根 15 g、桂枝 20 g、天麻 12 g、补骨脂 9 g、白芍 9 g、川芎 9 g、黄芩 9 g、白术 12 g、法半夏

15 g、石菖蒲 6 g，由医院中药房统一配药，每天 1 袋，每袋 250 mL，早晚分 2 次餐后温服，以 1 周为 1 个疗程，连续 4 个疗程。

1.6 疗效评价 参考《中医病证诊断疗效标准》^[5]，（1）治愈，症状、体征、实验室检查指标基本正常；（2）好转，症状、体征减轻，实验室检查指标改善；（3）未愈，症状、体征、实验室检查指标无变化。总有效率 = [（治愈例数+好转例数）/总例数] ×100%。

1.7 指标检测 于治疗前 2 h 及治疗后（早晚服药后 2 h）依据患者主诉情况对症状进行评估（患者、医师角度），并且每天准时记录。①参考《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[6]检测症状评分，包括眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活和工作、心理和社会适应 5 个部分，其中眩晕 16 分，含程度、频度、持续时间，程度分为无症状（8 分）；轻度眩晕，可忍受，能正常行走（6 分）；中度眩晕，较难受，尚能行走（4 分）；重度眩晕，极难受，行走有困难，需扶持或坐下（2 分）；剧烈眩晕，几乎无法忍受，需卧床（0 分），频度分为无症状（4 分）、每月约 1 次（3 分）、每周约 1 次（2 分）、每天约 1 次（1 分）、每天数次（0 分），持续时间分为无症状（4 分）、几秒至几分钟（3 分）、几分钟至 1 h（2 分）、几小时（1 分）、1 d 或以上（0 分）。颈肩痛分为无症状（4 分）；轻度，可忍受（3 分）；中度，较难受（2 分）；重度，极难受（1 分）；剧烈，几乎无法忍受（0 分）。头痛分为无症状（4 分）；轻度，可忍受（3 分）；中度，较难受（2 分）；重度，极难受（1 分）；剧烈，几乎无法忍受（0 分）。日常生活及工作含发病期间日常生活需帮助情况、发病期间工作情况，前者分为不需要（2 分）；偶尔需要（1.5 分）；经常需要，尚可自理（1 分）；大量需要，离开帮助自理有困难（0.5 分）；完全依赖，离开帮助无法自理（0 分），而后者分为与原来完全一样（2 分）；需适当减轻，能上全班（1.5 分）；需明显减轻，尚能上全班（1 分）；需大量减轻，只能上半班（0.5 分）。心理和社会适应部分分为闷闷不乐、情绪低沉，容易激动、生气、烦躁，对自己的病情感到担心，睡眠比往常差，难像往常一样与人相处，根据没有、极少、偶有、常有、一直有分别计为 4、3、2、1、0 分；②采用颈椎活动度评分（ROM），1 分为颈椎活动正常，无僵硬，不影响正常生活；2 分为颈椎活动轻度受限，有轻度牵涉感；3 分为颈椎活动严重受限，僵硬伴疼痛；4 分为颈椎基本不能活动，僵硬伴剧痛，严重影响生活；③采用彩色多普勒超声诊断仪（通用电气医疗系统有限公司）检测椎-基底动脉血流动力学指标，包括双侧椎动脉、椎-基底动脉平均血流速度；④抽取患者空腹肘静脉血，分离血清，采用酶联免疫吸附法检测 C 反应蛋白（CRP）、降钙素基因相关肽（CGRP）、内皮素（ET-1）水平。

1.8 统计学分析 通过 SPSS 23.0 软件进行处理，计量资料以（ $\bar{x}\pm s$ ）表示，符合正态分布者组内比较采用配对样本 t 检验，组间比较采用成组样本 t 检验，而不符合者采用 U

检验；计数资料以百分率表示，组间比较采用卡方检验。
 $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 如表 1 所示，观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)。

2.2 症状评分 如表 2 所示，治疗后，2 组症状评分升高 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

表 2 2 组症状评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=48$)

组别	眩晕		颈肩痛		头痛	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	9.41±1.24	11.49±2.86 [*]	1.15±0.33	2.29±0.56 [*]	0.78±0.19	1.34±0.31 [*]
观察组	9.25±1.06	13.19±2.78 ^{**}	1.26±0.39	3.16±0.51 ^{**}	0.80±0.17	1.56±0.33 ^{**}

组别	日常生活和工作		心理及社会适应	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	0.75±0.28	1.06±0.32 [*]	2.14±0.58	2.89±0.66 [*]
观察组	0.70±0.21	1.38±0.27 ^{**}	2.23±0.64	3.43±0.61 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 3 2 组 ROM 评分比较 (分, $\bar{x}\pm s$, $n=48$)

组别	治疗前	治疗后
对照组	3.45±0.49	1.43±0.29 [*]
观察组	3.60±0.41	1.15±0.23 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 4 2 组椎-基底动脉血流动力学指标比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=48$)

组别	左椎动脉 $V_m/(\text{cm}\cdot\text{s}^{-1})$		右椎动脉 $V_m/(\text{cm}\cdot\text{s}^{-1})$		椎-基底动脉 $V_m/(\text{cm}\cdot\text{s}^{-1})$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	18.56±2.68	26.85±4.18 [*]	20.17±3.06	28.52±4.63 [*]	22.42±3.86	29.18±4.88 [*]
观察组	18.72±2.80	30.52±5.50 ^{**}	20.45±3.18	34.55±5.79 ^{**}	22.34±3.67	36.46±5.10 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

表 5 2 组血清因子水平比较 ($\bar{x}\pm s$, $n=48$)

组别	CRP/ $(\text{mg}\cdot\text{L}^{-1})$		CGRP/ $(\text{ng}\cdot\text{L}^{-1})$		ET-1/ $(\text{ng}\cdot\text{L}^{-1})$	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	4.16±0.55	2.79±0.58 [*]	14.56±2.39	19.71±3.88 [*]	127.45±16.78	110.38±12.74 [*]
观察组	4.08±0.63	1.66±0.43 ^{**}	14.23±2.55	21.46±3.74 ^{**}	124.80±18.47	95.41±10.56 ^{**}

注：与同组治疗前比较，^{*} $P<0.05$ ；与对照组治疗后比较，[#] $P<0.05$ 。

3 讨论

西医认为，颈椎及其周围软组织发生退行性病变是导致眩晕发作的病因之一，手法松解枕下肌群可改善颈部局部组织的粘连、挛缩，进而减轻颈部周围神经压力，舒张血管，促进颈部血液循环，改善眩晕症状^[7]。中医药在治疗颈源性眩晕发挥了独特的优势，并形成了较为完整的研究体系^[8-11]。颈源性眩晕发病机制较复杂，临床诊断大多以患者主诉眩晕症状为主，同时伴有颈部不适，同时需排除与前庭和中枢相关的一类疾病，感觉紊乱是最主要的临床特征^[12]。

中医认为，颈源性眩晕属“眩晕”范畴^[13]，脑为人之首，精髓不足则不能上充于脑，肾为藏精之所，贮精之源，肾精不足，髓海失养，气血失调，清阳浊阴升降失司，导致痰湿中阻，而见头晕目眩之证，故在治疗之时以固肾养阴治其本的同时，兼以化痰祛湿治其标。葛桂定眩汤由葛

表 1 2 组临床疗效比较 ($n=48$)				
组别	治愈/例	好转/例	未愈/例	总有效率/%
对照组	11	28	9	81.25
观察组	25	21	2	95.83 [#]

注：与对照组比较，[#] $P<0.05$ 。

2.3 ROM 评分 如表 3 所示，治疗后，2 组 ROM 评分降低 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

2.4 椎-基底动脉血流动力学指标 如表 4 所示，治疗后，2 组左椎动脉、右椎动脉、椎-基底动脉 V_m 升高 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

2.5 血清因子水平 如表 5 所示，治疗后，2 组 CRP、ET-1 水平降低 ($P<0.05$)，CGRP 水平升高 ($P<0.05$)，以观察组更明显 ($P<0.05$)。

根、桂枝、天麻、白芍、川芎、黄芩、白术、法半夏、石菖蒲组成，方中葛根、桂枝为君药，其中葛根升举阳气，生津止渴，桂枝通阳化气，二药联用，起温阳化气、运化水湿之效；臣药为补骨脂、白芍、白术，其中补骨脂补肾壮阳，补脾健胃，白术健脾和胃，燥湿利水，白芍祛风除湿，三药联用，起益肾健脾燥湿之功；佐之天麻平抑肝阳，祛风通络，为治疗眩晕之要药，川芎活血止痛，祛风燥湿，黄芩清热燥湿，法半夏燥湿化痰，石菖蒲开窍化痰，全方合用，纳气归肾，健脾和胃，渗湿利水，共奏化痰通络之功。

本研究发现，观察组总有效率、症状评分高于对照组，表明葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗对临床症状的改善效果较好；治疗后，观察组 ROM 评分低于对照组，表明两者联用对颈椎活动功能的改善疗效较好；观察组左、右侧椎动脉和椎-基底动脉 V_m 高于对照组，表明两者联用

可有效改善脑部供血不足。

前期报道，CRP 水平反映炎症反应程度，ET-1 水平反映血管收缩水平，本研究发现，治疗后，观察组血清 CRP、ET-1 水平低于对照组，说明葛桂定眩汤有助于舒张血管。CGRP 是一类舒张血管的活性多肽^[14-15]，本研究发现，观察组 CGRP 水平高于对照组，表明葛桂定眩汤对于舒张血管、改善脑供血的疗效较好。

综上所述，葛桂定眩汤联合枕部四肌手法松解治疗可改善肾精不足型颈源性眩晕患者颈椎活动功能、椎基底动脉血液循环、改善血管功能，疗效较好。

参考文献：

[1] 张俊杰, 田河水, 张侠杰, 等. 通窍活络汤联合小针刀对颈性眩晕患者椎动脉血流动力学及血管内皮功能的影响[J]. 国医论坛, 2020, 35(3): 29-31.

[2] 黄 勇. 彩色多普勒血流显像观察颈性眩晕患者中药治疗前后椎动脉血流动力学变化[J]. 交通医学, 2017, 31(6): 578-580.

[3] 孙 宇, 陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 38(8): 472-476.

[4] 王永炎, 鲁兆麟. 中医内科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 291.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2012: 38.

[6] 王楚怀, 卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研

究[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6): 245-247.

[7] 唐占英, 胡志俊, 肖 静, 等. 针刀松解枕下肌群治疗颈性眩晕的临床随机对照观察[J]. 上海中医药杂志, 2015, 49(1): 41-43.

[8] 李 锐, 张兆杰, 张世民, 等. 疏筋整复手法治疗寰枢关节错缝所致颈性眩晕 65 例临床观察[J]. 中医杂志, 2022, 63(5): 450-454.

[9] 辛荣超, 党建军, 樊效鸿, 等. 脊柱牵引状态下定点整复手法治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中医药导报, 2021, 27(12): 103-106; 118.

[10] 戴晓娟. 葛根二陈汤治疗痰湿阻滞型颈性眩晕的疗效及与血清炎症因子水平的潜在关联研究[J]. 中医药学报, 2021, 49(11): 87-90.

[11] 王 靖, 可海霞, 王 敏. 三七通舒胶囊联合脑蛋白水解物对后循环缺血性眩晕患者的临床疗效[J]. 中成药, 2021, 43(4): 1108-1111.

[12] 沈国权. 脊柱推拿的理论与实践[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2016: 470.

[13] 常有刚, 李浩炜, 邹文文, 等. 天鼓针对颈性眩晕疗效及 ESCV 量表积分的影响[J]. 中医研究, 2022, 35(4): 17-20.

[14] 郭庆军, 蒋 涛, 陈 飞, 等. 温针灸联合整脊法对颈性眩晕患者血清 TC、CGRP 及椎-基底动脉血流速度的影响[J]. 针灸临床杂志, 2021, 37(5): 22-25.

[15] 宋坤锋. 颈性眩晕患者血浆 NPY、ET-1、CGRP 的变化及意义[D]. 开封: 河南大学, 2013.

化瘀排石方对输尿管上段嵌顿性结石经皮肾镜术后气滞血瘀型残留结石患者的临床疗效

李林波¹, 赵润璞^{2*}, 王志民¹, 王 赞¹, 屈颖伟², 屈森林²
(1. 河南中医药大学, 河南 郑州 450046; 2. 河南中医药大学第一附属医院泌尿外科, 河南 郑州 450000)

摘要：目的 观察化瘀排石方对输尿管上段嵌顿性结石经皮肾镜术后气滞血瘀型残留结石患者的临床疗效。**方法** 62 例患者随机分为对照组和观察组，每组 31 例，对照组给予常规治疗，观察组在对照组基础上加用化瘀排石方，疗程 1 个月。检测临床疗效、残留结石排出时间、输尿管支架管分级情况、术后康复评分、术后血常规白细胞、术后尿常规白细胞、术后尿常规红细胞、术后并发症发生率变化。**结果** 观察组总有效率高于对照组 ($P<0.05$)，残留结石排出时间更短 ($P<0.05$)，输尿管支架管分级情况更优 ($P<0.05$)，术后并发症发生率更低 ($P<0.05$)。术后第 7 天，观察组术后康复评分高于对照组 ($P<0.05$)，并且术后第 30 天血常规白细胞及术后第 7、30 天尿常规白细胞、红细胞更优 ($P<0.05$)。**结论** 化瘀排石方可安全有效地促进输尿管上段嵌顿性结石经皮肾镜术后气滞血瘀型残留结石患者排石，减少术后并发症发生率。

关键词：化瘀排石方；常规治疗；输尿管上段嵌顿性结石；经皮肾镜术；残留结石；气滞血瘀

中图分类号：R287 **文献标志码：**B **文章编号：**1001-1528(2023)12-4187-04

doi:10.3969/j.issn.1001-1528.2023.12.059

收稿日期：2022-08-30
基金项目：河南省中医药管理局科研专项（2018ZY2086）
作者简介：李林波（1996—），男，硕士，医师，研究方向为中西医结合防治泌尿外科疾病。Tel：15238333165
* 通信作者：赵润璞（1965—），男，教授，主任医师，硕士生导师，研究方向为中西医结合防治泌尿外科疾病。Tel：13526529284