

炼, 促进血液循环和预防并发症的发生, 但骨折后局部疼痛和肿胀影响夹板固定治疗的效果。

中医上认为闭合性骨折损伤筋脉、挫其经络使血瘀气滞, 血运不畅, 因此需活血化瘀, 凉血活络。本研究中使用的消瘀止痛药水是纯中药制剂, 以大黄为君, 大黄味苦性寒, 可攻积滞, 化瘀止血, 通瘀行滞; 山梔为臣, 治血热妄行、通络止血、清热解毒; 侧柏叶、红紫草、黄芩、肿节风辅助凉血活血, 化瘀解毒, 活血消斑, 毛冬青、苦参消肿止痛, 活血通脉, 黄柏抗感染, 诸药调和辅助君药以达活络痛血的药效。

本研究结果显示, 观察组临床疗效更好, 疼痛评分下降也更加明显, 与对照组比较, 差异具有统计学意义($P < 0.05$)。探究其原因可能是因为本研究采用的消瘀止痛药水中君药大黄攻积祛瘀作用确切, 疗效迅速。大黄中有效成分 α -儿茶素、没食子酸, 可促进血小板数量增加, 增强血小板聚集与黏附能力。同时增加纤维蛋白原含量, 降低抗凝血酶活性, 促使患处局部血管收缩, 产生良好的止血效果。本研究结果两组患者 VAS 评分与肿胀消退下降明显, 且观察组优于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。原因可能是因为消瘀止痛药水中苦参、肿节风等药物活性成分, 可利尿消水肿, 薄荷外用可刺激神经末梢的冷感受器产生冷感, 反射性刺激深部血管, 对患处的肿胀疼痛有针对性效果。结果中观察组患者临床疗效高于对照组, 且并发症发生率低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)。原因可能是因为消肿止痛药水中的大黄、苦参、肿节风、黄芩等药物活性成分具有调解免疫功能, 有效抗菌消炎的作用, 提高临床疗效减少并发症。

同时毛冬青、泽兰、肿节风有活血化瘀的功效, 对骨折后降低患肢血液黏稠度, 加快血液流动, 促进患处血管新生, 修复微循环障碍有明显疗效, 故观察组患者临床疗效较单纯夹板固定组更显著, 并发症更少。

综上所述, 本研究中消瘀止痛药水对外伤性闭合性骨折患者可有效降低患肢肿胀程度、促进骨折愈合, 疗效显著。

[参考文献]

- (1) 何宝凝, 刘东文, 陈淑映, 等. 生骨贴膏治疗外伤性闭合性骨折的临床有效性及安全性研究 (J). 中华中医药杂志, 2020, 35(3): 571-573.
- (2) 冯万立, 王小明, 陈广儒, 等. 补肾健骨汤联合夹板外固定治疗桡骨远端骨折的临床效果及对骨折愈合, 骨代谢指标的影响 (J). 解放军医药杂志, 2020, 32(11): 100-103.
- (3) 国郑. 消瘀止痛散外敷治疗骨伤局部肿胀疼痛的临床效果分析 (J). 中国医药指南, 2020, 18(14): 176-177.
- (4) 刘锦涛, 戴宇祥, 姜宏, 等. 吴门正骨手法复位加小夹板外固定联合骨折合剂内服治疗老年桡骨远端骨折的临床观察 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(12): 34-39.
- (5) 覃剑, 张涛, 董晓俊. 经皮撬拨复位结合夹板外固定治疗儿童前臂骨折 (J). 中国中医骨伤科杂志, 2020, 28(1): 68-70.
- (6) 张鹏, 方敏, 李来月. 中西医结合夹板外固定减少肱骨干骨折再移位的临床观察 (J). 中国中西医结合外科杂志, 2020, 36(4): 514-516.
- (7) 朱康, 王晓桐, 马胡晶, 等. 自拟活血续断汤治疗闭合性骨折效果及其影响因素分析 (J). 中国医药导报, 2020, 17(12): 93-96.

[文章编号] 1007-0893(2021)14-0063-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.14.026

半夏白术天麻汤联合耳穴埋豆在治疗眩晕中的应用

郑世昌 张世葳

(登封市中医院, 河南 登封 452470)

[摘要] **目的:** 探究半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆联合应用治疗眩晕的效果。**方法:** 选取登封市中医院 2017 年 10 月至 2019 年 2 月收治的眩晕患者 80 例, 按照随机数字表法分为观察组和对照组, 各 40 例。对照组采用半夏白术天麻汤加减, 观察组在对照组基础上加用耳穴埋豆, 观察两组患者的临床疗效、椎动脉血流速度、血清中血栓素 B2 (TXB2) 和血小板活化因子 (PAF) 水平、不良反应发生情况。**结果:** 观察组患者的总有效率为 95.00%, 高于对照组的 77.50%, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 观察组椎基底动脉、左侧颈动脉、右侧颈动脉血流速度均高于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 治疗前, 两组患者的 TXB2、PAF 水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 观察组 TXB2、PAF 水平低于对照组, 差异具有统计学意义 ($P < 0.05$); 两组患者经心电图、血常规检查未见异常, 均未发生严重不良反应。**结论:** 半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆联合应用有效治疗眩晕症状, 改善机体微循环, 较为安全。

[关键词] 眩晕; 半夏白术天麻汤; 耳穴埋豆

[中图分类号] R 255.3 [文献标识码] B

[收稿日期] 2021-03-26

[作者简介] 郑世昌, 男, 主治医师, 主要研究方向是中医内科。

眩晕症作为临床上常见病症，主要为椎基底动脉供血不足，是由颈椎退行性病变、高血黏度、动脉粥样硬化等原因造成小脑、脑干、大脑后部供血不足造成患者的眩晕、视力模糊、恶心呕吐等^[1]。眩晕症具有较高的发病率和复发率，患者发病时往往感觉自身及周围事物处于旋转状态，平衡感觉和空间定向等主观感受出现障碍，严重影响患者的日常生活^[2]。眩晕症从中医角度属肝肾阴虚，肝阳偏亢，阳亢化风、挟痰上扰，多采用半夏白术天麻汤加减进行治疗，为避免诱发严重并发症，威胁患者的健康，进一步进行研究^[3]。现分析半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆联合应用治疗眩晕的效果，具体报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2017 年 10 月至 2019 年 2 月收治的眩晕患者 80 例，按照随机数字表法分为观察组和对照组，各 40 例。对照组采用半夏白术天麻汤加减，观察组在对照组基础上加用耳穴埋豆。对照组男 22 例，女 18 例，年龄 48~79 岁，平均年龄 (62.38 ± 5.49) 岁，病程 4 个月~7 年，平均病程 (2.64 ± 0.75) 年；观察组男 21 例，女 19 例，年龄 49~80 岁，平均 (62.39 ± 5.48) 岁，病程 3 个月~7 年，平均 (2.62 ± 0.76) 年，两组患者一般资料比较，差异均无统计学意义 ($P > 0.05$)，具有可比性。所有患者均对本研究知情同意。

1.2 纳入与排除标准

1.2.1 纳入标准 根据《眩晕诊治专家共识》标准^[4]，经临床诊断，包括颅脑计算机断层扫描检查确定为眩晕症的患者。

1.2.2 排除标准 (1) 患有严重肝肾疾病的患者；(2) 经检查颅内肿瘤的患者；(3) 处于妊娠期、哺乳期的患者；(4) 患有精神障碍，无法完成研究的患者。

1.3 方法

1.3.1 对照组 采用半夏白术天麻汤加减，方剂组成：法半夏、天麻、白术、陈皮、川芎、石菖蒲各 15 g，茯苓、丹参各 20 g，葛根、泽泻各 30 g，水蛭、甘草各 6 g，对出现恶心呕吐加重的患者，加生姜 15 g、竹茹 15 g、代赭石 15 g；对出现头重如裹或昏蒙的患者，加郁金 15 g；对出现颈部不适的患者，加赤芍 15 g。将上述诸药温水浸泡 1 h，大火煎沸，小火慢熬 30 min 的煎汁 200 mL，二煎取汁 200 mL，混合两者，得煎液 400 mL，分早晚 2 次服用，1 剂·d⁻¹。连续治疗 10 d。

1.3.2 观察组 采用半夏白术天麻汤加减联合耳穴埋豆，半夏白术天麻汤加减用法用量同对照组，耳穴埋豆前根据患者主要症状、临床表现、有无感觉迟钝或者障碍、进行耳穴埋豆，埋豆处皮肤有无破损或者炎症、患者对于疼痛的耐受程度等选取穴位，主穴以神门、心、降压沟、交感神经，

配穴以肾、脾、肝，具体步骤以耳穴探测仪检查耳穴阳性反应点，确定穴位，做上标记，利用 75 % 乙醇从内向外、从上到下对耳廓进行消毒，将 1 粒王不留行放置耳廓，用胶布固定，按揉穴位，每次对一侧耳廓进行按摩，两耳交替进行，每日 3~4 次按摩，每次进行 30~40 s，3~4 d 更换 1 次王不留行，在进行按摩期间，以患者感觉局部热、胀、麻、痛为标准，局部皮肤感觉经络放射传导为主，注意皮肤的变化，患者体位不限，以患者意愿为主。连续治疗 10 d。

1.4 观察指标

观察两组患者的临床疗效，显效：患者的头晕、恶心症状完全消失，患者行动自如；有效：患者头晕、恶心症状有所减轻，行动轻微受限；无效：患者头痛、恶心症状未减轻甚至恶化，患者明显眩晕，影响正常行走，总有效率 = (显效 + 有效) / 总例数 × 100 %。观察两组患者的椎动脉血流速度，包括椎基底动脉、左侧椎动脉、右侧椎动脉。患者于清晨空腹取静脉血，酶联免疫吸附法来测定血清中血栓素 B2 (thromboxane, TXA2) 和血小板活化因子 (platelet activating factor, PAF) 的水平。观察两组患者的发热、恶心、呕吐、皮疹的不良反应发生情况。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 22.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验， $P < 0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者的疗效比较

观察组患者的总有效率为 95.00%，高于对照组的 77.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者的疗效比较 ($n = 40, n(\%)$)

组别	显效	有效	无效	总有效
对照组	17(42.50)	14(35.00)	9(22.50)	31(77.50)
观察组	21(52.50)	17(42.50)	2(5.00)	38(95.00) ^a

与对照组比较，^a $P < 0.05$

2.2 两组患者的椎动脉血流速度比较

观察组椎基底动脉、左侧椎动脉、右侧椎动脉血流速度均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 2。

表 2 两组患者的椎动脉血流速度比较 ($n = 40, \bar{x} \pm s, m \cdot s^{-1}$)

组别	椎基底动脉	左侧椎动脉	右侧椎动脉
对照组	50.54 ± 3.02	40.38 ± 3.22	38.85 ± 3.07
观察组	55.75 ± 3.01 ^b	44.56 ± 3.02 ^b	45.85 ± 3.04 ^b

与对照组比较，^b $P < 0.05$

2.3 两组患者治疗前后 TXB2、PAF 水平比较

治疗前，两组患者的 TXB2、PAF 水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组 TXB2、PAF 水平

低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 TXB2、PAF 水平比较
($n = 40, \bar{x} \pm s, \text{pg} \cdot \text{mL}^{-1}$)

组别	时间	TXB2	PAF
对照组	治疗前	160.57 ± 40.55	202.55 ± 35.08
	治疗后	146.52 ± 35.52	180.05 ± 30.05
观察组	治疗前	159.52 ± 41.62	205.67 ± 35.27
	治疗后	127.05 ± 30.15 ^c	151.45 ± 27.52 ^c

与对照组治疗后比较，^c $P < 0.05$
注：TXB2 一血栓素 B2；PAF 一血小板活化因子

2.4 两组患者的不良反应发生率比较

两组患者经心电图、血常规检查未见异常，均未发生严重不良反应。

3 讨论

眩晕在临床上多见，各年龄均可见，老年人发病率较多，古籍《素问·至真要大论》中“诸风掉眩，皆属于肝”；《灵枢·卫气》中“上虚则眩”；《灵枢·海论》中“髓海不足，则脑转耳鸣”；患者出现头昏、胸闷、耳鸣，由痰浊上扰、阻遏清阳、脾虚运化无力、水聚生湿成痰，痰阻清窍，肝风内动，风痰上扰清窍得病^[3]。半夏白术天麻汤出自《医学心悟》中“湿痰壅遏，眼花头旋，以半夏白术天麻汤除也”，半夏白术天麻汤加减对于眩晕症患者有一定的疗效^[5]。半夏白术天麻汤加减中半夏有燥湿利水、益气健脾作用，丹参发挥凉血除烦、活血祛瘀作用，茯苓健脾祛痰，有效降低血脂、血糖，白术、陈皮健脾行气，对增加脑血管流量、减轻脑血管阻力，有一定改善机体缺氧作用，有利于微脑循环，加泽泻发挥利湿作用，配合黄芪、党参产生健脾作用，能改善眩晕症状^[6]。耳廓位于外耳，与机体五脏六腑关系密切，因此通过按压耳廓穴位治疗机体疾病，耳穴埋豆通过对心、交感神经主穴，肾、脾、肝等配穴按压，达到凝神镇静，缓解头痛、头晕效果，对促进系统循环、调节体液、神经有重要意义^[7]。本研

究的结果显示，观察组患者的总有效率为 95.00%，高于对照组的 77.50%，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；观察组椎基底动脉、左侧颈动脉、右侧颈动脉血流速度均高于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；治疗前，两组患者的 TXB2、PAF 水平比较，差异无统计学意义 ($P > 0.05$)；治疗后，观察组 TXB2、PAF 水平低于对照组，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)；两组患者经心电图、血常规检查未见异常，均发生严重不良反应。通过两者合用，患者的眩晕症状明显改善，机体椎动脉血流速度增加，TXB2、PAF 水平降低，患者整体的疗效较好^[8]。

综上所述，半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆联合应用有效治疗眩晕症状，改善机体微循环，较为安全。

[参考文献]

- (1) 杨晨光. 半夏白术天麻汤加减辅治椎-基底动脉缺血性眩晕疗效观察 (J). 实用中医药杂志, 2019, 15(4): 467-468.
- (2) 郭凯. 盐酸倍他司汀对眩晕症患者临床症状及不良反应的疗效观察 (J). 医学理论与实践, 2018, 31(4): 521-522.
- (3) 张小霞. 半夏白术天麻汤加减配合耳穴埋豆治疗眩晕 44 例疗效观察 (J). 四川中医, 2016, 34(11): 106-107.
- (4) 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识 (J). 中华神经科杂志, 2010, 43(5): 369-374.
- (5) 王文斌, 胡文彬, 高伟明, 等. 半夏白术天麻汤加减治疗眩晕临床研究概况 (J). 中医药临床杂志, 2016, 28(2): 273-275.
- (6) 刘蕊. 半夏白术天麻汤加减治疗椎-基底动脉供血不足眩晕的临床观察 (J). 光明中医, 2017, 32(23): 3432-3433, 3442.
- (7) 梁宛选. 耳穴埋豆联合穴位按摩在眩晕病中的应用效果 (J). 中国当代医药, 2018, 25(14): 173-175, 179.
- (8) 杨帆. 半夏白术天麻汤加减与耳穴埋豆在治疗眩晕中的联合应用 (J). 基层医学论坛, 2019, 23(10): 1446-1447.