

◆临床证治◆

天芎定眩汤联合手指点穴治疗痰瘀阻窍型眩晕临床研究

陈怡然, 凌肇蔓, 梁睿, 郑泽荣, 陈建强, 彭仕熙, 蔡凤英, 余翠叶, 聂亚兰

湛江市第二中医医院脑病科, 广东 湛江 524013

[摘要] 目的: 观察天芎定眩汤联合手指点穴治疗痰瘀阻窍型眩晕的临床疗效。方法: 选取2024年6月—2025年5月湛江市第二中医医院脑病科收治的痰瘀阻窍型眩晕患者84例, 采用随机数字表法分为观察组和对照组各42例。对照组给予西医常规治疗, 观察组在对照组基础上加用天芎定眩汤联合手指点穴治疗, 2组疗程均为2周。评价2组临床疗效, 比较2组治疗前后中医证候积分、椎动脉、基底动脉血流速度及血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)水平, 并统计不良反应发生率。结果: 观察组总有效率92.86% (39/42), 高于对照组76.19% (32/42) ($P < 0.05$)。治疗后, 2组中医证候积分较均治疗前下降 ($P < 0.05$), 且观察组中医证候积分低于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组椎动脉、基底动脉的收缩期峰值流速(V_s)、舒张末期流速(V_d)、平均流速(V_m)均较治疗前加快 ($P < 0.05$); 且观察组椎动脉、基底动脉的 V_s 、 V_d 、 V_m 均快于对照组 ($P < 0.05$)。治疗后, 2组hs-CRP水平均较治疗前下降 ($P < 0.05$), 且观察组hs-CRP水平低于对照组 ($P < 0.05$)。2组不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 天芎定眩汤联合手指点穴治疗痰瘀阻窍型眩晕疗效确切, 可有效改善患者临床症状, 提升脑血流灌注, 减轻炎症反应, 且操作简便、安全性高。

[关键词] 眩晕; 痰瘀阻窍证; 天芎定眩汤; 手指点穴; 椎底动脉; 基底动脉; 炎症因子

[中图分类号] R255.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2026) 11-0014-06

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2026.11.002

Clinical Study on Tianxiong Dingxuan Decoction Combined with Finger Acupoint Pressing for Vertigo of Phlegm-Stasis Blocking the Orifices Type

CHEN Yiran, LING Zhaoman, LIANG Rui, ZHENG Zerong, CHEN Jianqiang,
PENG Shixi, CAI Fengying, YU Cuiye, NIE Yalan

Department of Encephalopathy, Zhanjiang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine, Zhanjiang Guangdong 524013, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of the combination of Tianxiong Dingxuan Decoction and finger acupoint pressing on vertigo of phlegm-stasis blocking the orifices type. **Methods:** A total of 84 patients with vertigo of phlegm-stasis blocking the orifices type admitted to the Department of Encephalopathy, Zhanjiang Second Hospital of Traditional Chinese Medicine from June 2024 to May 2025 were selected and divided into the observation group and the control group by the random number table method, with 42 cases in each group. The control group was treated with routine western medicine, and the observation group was treated with Tianxiong Dingxuan Decoction combined with finger acupoint pressing based on the treatment in the control group. The course of treatment in both groups was two weeks. The clinical efficacy of the two groups was evaluated; the traditional Chinese medicine syndrome scores, the blood flow velocity of vertebral artery and basilar artery, and serum hypersensitive C-reactive protein (hs-

[收稿日期] 2026-01-04

[修回日期] 2026-03-26

[作者简介] 陈怡然 (1992-), 女, 主治医师。

[通信作者] 凌肇蔓 (1986-), 女, 副主任医师。

CRP) levels before and after treatment were compared between the two groups; the incidence of adverse reactions was recorded. **Results:** The total effective rate was 92.86% (39/42) in the observation group, higher than that of 76.19% (32/42) in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above scores in the observation group were lower than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the peak systolic velocity (Vs), end diastolic velocity (Vd) and mean velocity (Vm) of vertebral artery and basilar artery in the two groups were increased when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the Vs, Vd, and Vm of vertebral artery and basilar artery in the observation group were higher than those in the control group ($P < 0.05$). After treatment, the hs-CRP levels in the two groups were decreased when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the hs-CRP level in the observation group was lower than that in the control group ($P < 0.05$). There was no significant difference being found in the comparison of the incidence of adverse reactions between the two groups ($P > 0.05$). **Conclusion:** The combination of Tianxiong Dingxuan Decoction and finger acupoint pressing has a definite curative effect on vertigo of phlegm-stasis blocking the orifices type, which can effectively improve the clinical symptoms and the cerebral blood perfusion of patients, and reduce the inflammatory responses, and is easy to operate and safe.

Keywords: Vertigo; Syndrome of phlegm-stasis blocking the orifices; Tianxiong Dingxuan Decoction; Finger acupoint pressing; Vertebral artery; Basilar artery; Inflammatory factors

眩晕是指由于情志失调、病后体虚、年高肾亏、饮食不节、跌仆外伤等因素引起风火痰瘀等上扰清窍或精亏血少、清窍失养所致以头晕眼花为主要临床表现的病证^[1]。眩晕既是一些疾病的主要临床表现,也是某些疾病的首发或前驱症状之一,可见于多种病症,如椎基底动脉供血不足、颈椎病、梅尼埃病、高血压病等^[2]。《黄帝内经》对其病因病机有较多的论述。《素问·至真要大论》曰:“诸风掉眩,皆属于肝。”认为眩晕属肝之所主,与髓海不足、血虚、邪中等多种因素有关。《灵枢·口问》曰:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩。”《灵枢·海论》云:“髓海不足,则脑转耳鸣,胫酸眩冒。”《灵枢·大惑论》云:“故邪中于项,因逢其身之虚……人于脑则脑转,脑转则引目系急,目系急则目眩以转矣。”东汉·张仲景《金匮要略·痰饮咳嗽病脉证并治》云:“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之。”认为痰饮是眩晕重要的致病因素之一,为后世医家“无痰不作

眩”的观点提供了理论基础^[3]。痰瘀阻窍型眩晕临床多表现为眩晕反复发作、头重昏蒙、健忘失眠、舌质暗紫或有瘀点、苔白腻、脉涩或细涩,此类患者单纯西医治疗疗效有限,且易复发。天芎定眩汤具有化痰熄风、活血通络、宁心安神作用。手指点穴有疏通经络、活血化瘀、扶正驱邪和调整阴阳等作用。本研究观察天芎定眩汤联合手指点穴治疗痰瘀阻窍型眩晕的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《实用中医内科学》^[2]眩晕的诊断标准。临床表现以目眩、头晕为主,患者眼花或眼前发黑,视外界景物旋转动摇不定,或自觉头身动摇,如坐舟车,同时或兼见恶心、呕吐、汗出、耳鸣、耳聋、怠懈、肢体震颤等症状。

1.2 辨证标准 参考《中医内科学》^[3]辨证为痰瘀阻窍证。主症:眩晕反复发作,头重昏蒙,视物旋转或摇晃;次症:健忘,失眠多梦,胸闷恶心,肢体麻木;舌脉:舌质暗紫或

有瘀点、瘀斑，苔白腻，脉涩或细涩。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准；年龄18~75岁；近1周内未接受过中西医结合治疗；患者及家属知情同意并签署知情同意书。

1.4 排除标准 合并严重心、肝、肾、造血系统等器质性疾病；妊娠或哺乳期妇女；对本研究所用药物过敏者；由颅内肿瘤、脑血管意外、梅尼埃病等明确器质性疾病引起的眩晕；存在精神疾病、认知障碍，无法配合治疗及疗效评价者。

1.5 一般资料 选取2024年6月—2025年5月湛江市第二中医医院脑病科收治的84例痰瘀阻窍型眩晕患者，采用随机数字表法分为观察组和对照组各42例。观察组男19例，女23例；年龄28~72岁，平均 (51.3 ± 6.8) 岁；病程3个月~5年，平均 (2.1 ± 0.7) 年；基础疾病：高血压病15例，颈椎病12例，高脂血症8例。对照组男20例，女22例；年龄30~73岁，平均 (52.1 ± 7.2) 岁；病程2个月~6年，平均 (2.3 ± 0.8) 年；基础疾病：高血压病14例，颈椎病13例，高脂血症7例。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究经湛江市第二中医医院伦理委员会批准(2024-05-04)。

2 治疗方法

2组均给予基础护理：指导患者卧床休息，避免突然体位变化，控制血压、血糖、血脂等基础指标，保持情绪稳定。

2.1 对照组 给予西医常规治疗。口服盐酸氟桂利嗪胶囊(山东方明药业集团有限公司，国药准字H37023094，规格：5 mg/粒)，每次5 mg，每天2次，早晚服用；合并基础疾病者(如高血压病、高脂血症)继续服用原治疗药物，避免使用其他改善循环或抗眩晕药物。

2.2 观察组 在对照组基础上给予天芎定眩汤联合手指点穴治疗。(1)天芎定眩汤处方：天

麻15 g，川芎10 g，法半夏9 g，白术12 g，橘红6 g，桃仁9 g，茯苓15 g，鸡血藤20 g，生甘草6 g，路路通9 g，桑枝12 g，石菖蒲9 g，郁金9 g。每天1剂，由湛江市第二中医医院中药房统一煎煮，每剂水煎取汁400 mL，早晚餐后30 min温服。(2)手指点穴操作手法。采用“开天门”为主的综合手法，具体步骤如下，①推上星：双手拇指自患者前发际正中(神庭穴)向上推至前顶穴(上星穴附近)，反复10次；②推头维：双手拇指自头维穴(额角发际上0.5寸)向头顶方向推揉，每次3 min；③抹眉：双手食指、中指自眉头(攒竹穴)向眉尾(丝竹空穴)抹揉，反复15次；④梳理太阳经：双手五指指腹自头顶部向耳后梳理(沿足太阳膀胱经走向)，每次2 min；⑤叩印堂、百会：双手食指轻叩印堂穴(两眉正中)、百会穴(头顶正中线与两耳尖连线交点)，各30 s；⑥揉太阳穴：双手拇指按揉太阳穴(眉梢与目外眦之间向后约1寸凹陷处)，顺时针、逆时针各揉1 min；⑦轻拍头部：双手虚掌自头顶向耳后轻拍，每次1 min；⑧按压风池穴、肩井穴：双手拇指按压风池穴(颈后枕骨下凹陷处)、肩井穴(肩部最高点)，各按压30 s，力度以患者感酸胀为宜。频率：每次操作20 min，每天1次，于午餐后1 h进行。

2组疗程均为2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床疗效。②中医证候积分。参考《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]制定积分标准，对眩晕、头重昏蒙、健忘、失眠多梦、舌脉等症状进行量化评分。无(0分)：无该症状；轻(1分)：症状轻微，偶尔出现，不影响生活；中(2分)：症状明显，频繁出现，影响生活；重(3分)：症状严重，持续存在，严重影响生活。治疗前后各评分1次，总分越高提示症状越严重。③推动

脉、基底动脉血流速度。治疗前后,采用经颅多普勒超声仪(ThinkCentre悦琦-2000款)检测患者椎动脉、基底动脉的血流速度,包括收缩期峰值流速(V_s)、舒张末期流速(V_d)、平均流速(V_m),检测部位为枕窗,由同一名经验丰富的超声科医师操作,避免检测误差。④血清超敏C-反应蛋白(hs-CRP)水平。治疗前后,采集患者空腹静脉血5 mL,离心分离血清,采用酶联免疫法检测血清hs-CRP水平。⑤不良反应。治疗期间观察患者不良反应,如头晕加重、胃肠道不适等,并记录处理情况

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数 $\pm$ 标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 t 检验,组内比较采用配对样本 t 检验;计数资料以百分比(%)表示,采用 χ^2 检验。等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 治疗2周后,根据中医证候积分改善情况评价疗效^[4]。显效:中医证候积分减少率 $\geq 70\%$,眩晕等症状基本消失,日常生活恢复正常;有效:30% $\leq$ 中医证候积分减少率 $< 70\%$,眩晕等症状明显减轻,日常生活基本不受影响;无效:中医证候积分减少率 $< 30\%$,眩晕等症状无改善或加重,日常生活受严重影响。中医证候积分减少率=(治疗前中医证候积分-治疗后中医证候积分)/治疗前中医证候积分 $\times 100\%$ 。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率92.86%,高于对照组76.19%($P < 0.05$)。

4.3 2组治疗前后中医证候积分比较 见表2。治疗前,2组中医证候积分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组中医证候

积分均较治疗前下降($P < 0.05$),且观察组中医证候积分低于对照组($P < 0.05$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	例数	显效	有效	无效	总有效
观察组	42	22(52.38)	17(40.48)	3(7.14)	39(92.86)
对照组	42	16(38.10)	16(38.10)	10(23.81)	32(76.19)
χ^2 值					4.46
P 值					< 0.05

表2 2组治疗前后中医证候积分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	例数	中医证候积分
观察组	治疗前	42	12.34 $\pm$ 2.15
	治疗后	42	4.56 $\pm$ 1.23 ^{①②}
对照组	治疗前	42	12.41 $\pm$ 2.08
	治疗后	42	7.89 $\pm$ 1.67 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.4 2组治疗前后椎动脉、基底动脉血流速度比较 见表3。治疗前,2组椎动脉、基底动脉的 V_s 、 V_d 、 V_m 比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。治疗后,2组椎动脉、基底动脉的 V_s 、 V_d 、 V_m 均较治疗前加快($P < 0.05$);且观察组椎动脉、基底动脉的 V_s 、 V_d 、 V_m 均快于对照组($P < 0.05$)。

表3 2组治疗前后椎动脉、基底动脉血流速度比较($\bar{x} \pm s$)

指标	组别	例数	治疗前	治疗后
椎动脉- V_s	观察组	42	35.21 $\pm$ 4.32	48.56 $\pm$ 5.17 ^{①②}
	对照组	42	34.89 $\pm$ 4.15	41.23 $\pm$ 4.89 ^①
椎动脉- V_d	观察组	42	18.34 $\pm$ 2.56	25.67 $\pm$ 3.12 ^{①②}
	对照组	42	18.12 $\pm$ 2.48	21.34 $\pm$ 2.97 ^①
椎动脉- V_m	观察组	42	24.56 $\pm$ 3.21	35.89 $\pm$ 3.78 ^{①②}
	对照组	42	24.31 $\pm$ 3.15	29.67 $\pm$ 3.54 ^①
基底动脉- V_s	观察组	42	38.12 $\pm$ 4.56	52.34 $\pm$ 5.43 ^{①②}
	对照组	42	37.89 $\pm$ 4.48	44.56 $\pm$ 5.12 ^①
基底动脉- V_d	观察组	42	19.23 $\pm$ 2.67	27.89 $\pm$ 3.24 ^{①②}
	对照组	42	19.01 $\pm$ 2.59	23.12 $\pm$ 3.08 ^①
基底动脉- V_m	观察组	42	26.89 $\pm$ 3.45	38.76 $\pm$ 4.12 ^{①②}
	对照组	42	26.54 $\pm$ 3.37	32.15 $\pm$ 3.89 ^①

注:①与本组治疗前比较, $P < 0.05$;②与对照组治疗后比较, $P < 0.05$ 。

4.5 2组治疗前后血清hs-CRP水平比较 见表4。治疗前,2组血清hs-CRP水平比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,2组hs-CRP水平均较治疗前下降($P<0.05$),且观察组hs-CRP水平低于对照组($P<0.05$)。

表4 2组治疗前后血清hs-CRP水平比较($\bar{x}\pm s$) mg/L

组别	时间	例数	hs-CRP
观察组	治疗前	42	8.76 ± 1.53
	治疗后	42	3.21 ± 0.89^{①②}
对照组	治疗前	42	8.89 ± 1.47
	治疗后	42	5.67 ± 1.12^{①}

注:①与本组治疗前比较, $P<0.05$;②与对照组治疗后比较, $P<0.05$ 。

4.6 2组不良反应发生率比较 治疗期间,观察组出现1例轻度胃肠道不适(腹胀),不良反应发生率为2.38%(1/42);对照组出现2例嗜睡、1例头晕加重,不良反应发生率为7.14%(3/42)。均经对症处理(观察组:餐后服药;对照组:调整服药时间、减少活动)后缓解,未影响治疗。2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

5 讨论

现代医学认为,眩晕与椎基底动脉供血、前庭功能及全身炎症反应密切相关,该动脉血流速度(V_s 、 V_d 、 V_m)下降会导致脑干、小脑等靶器官缺血缺氧引发眩晕,而hs-CRP升高会加重血管内皮损伤、加剧脑供血不足^[5],故改善该动脉血流动力学、抑制炎症反应是西医治疗的核心靶点。

《素问·至真要大论》“诸风掉眩,皆属于肝”、《丹溪心法》“无痰不作眩”、《景岳全书》“无虚不作眩”。后世医家融合三者提出“痰瘀互结、阻滞脑窍”的核心病机,其本质为脾失健运、气血亏虚为本,痰浊内生、瘀血阻络为标,导致脑窍闭阻、清阳失养引发眩晕。本研究选取痰瘀阻窍型眩晕患者,采用天芎定眩汤联合手指点穴治疗,结果显示,观察组总有效

率高于对照组,且中医证候积分更低,提示该联合方案能改善痰瘀阻窍型眩晕的核心症状。从方药配伍来看,天芎定眩汤全方标本兼顾,以半夏燥湿化痰、天麻平肝熄风、桃仁活血祛瘀、川芎行气通窍,共奏化痰行瘀、通络醒神之效;辅以白术、茯苓健脾益气,当归、黄芪补气养血,脾运得健则痰湿无由化生,气旺血行则瘀血可渐消散,从根本上固护气血亏虚之本,切中本病本虚标实的病机特点。同时配合手指点穴,通过刺激相关穴位疏通经络、调和气血^[6],进一步增强化痰祛瘀、醒脑开窍之功,与中药内服形成协同互补的治疗体系。该联合方案精准契合痰瘀阻窍型眩晕的病机本质,故能显著降低证候积分、改善临床症状。

椎动脉、基底动脉供血不足是痰瘀阻窍型眩晕的主要病理基础。本研究中治疗后观察组椎动脉、基底动脉血流速度均快于对照组,提示方案可有效改善脑血流动力学、提升脑灌注。天芎定眩汤中川芎嗪、桃仁提取物等成分,可扩张脑血管、抑制血小板聚集、改善微循环^[7-8];手指点穴刺激百会、风池等治眩效穴,既能疏通头颈部经络、升举清阳^[9],又可通过神经-体液调节扩张脑血管^[10],内外合治实现整体与局部的双重调节,有效缓解脑干、小脑等部位的缺血缺氧状态。

血清hs-CRP升高引发的血管内皮损伤,是形成“炎症-缺血”恶性循环、导致眩晕迁延的关键因素。观察组治疗后hs-CRP水平低于对照组,因西医常规用药盐酸氟桂利嗪对炎症调控作用有限,而天芎定眩汤中白术多糖、茯苓多糖等可抑制炎症因子释放、保护血管内皮,活血化瘀药能减少炎症因子在血管壁的沉积^[11-12],打破恶性循环,为缓解眩晕提供保障。

治疗过程中,2组不良反应发生率比较,差异无统计学意义($P>0.05$),提示该方案安全性良好。手指点穴操作简便、无需特殊设

备,医护人员经简单培训即可掌握,且治疗成本低,尤其适合基层医院、社区医疗机构推广。

综合上述,天芎定眩汤联合手指点穴治疗痰瘀阻窍型眩晕可改善患者临床症状,改善基底动脉血流动力学及炎症状态,且安全性高、操作简便。

[参考文献]

- [1] 张安富. 中医内科临证精要与方法[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2024: 344.
- [2] 王永炎. 实用中医内科学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2022: 425-428.
- [3] 吴勉华. 中医内科学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2021: 139, 142.
- [4] 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: 75-78, 383-385.
- [5] 穆珍珍. 健脾化痰通络方治疗椎—基底动脉供血不足性眩晕痰浊中阻证的临床研究[D]. 南宁: 广西中医药大学, 2013.
- [6] 李云. 穴位贴敷联合手指点穴护理干预在眩晕病患者中的应用效果分析[J]. 黑龙江医学, 2022, 46(4): 493-495.
- [7] 蒋昇源, 邓博文, 刘港, 等. 川芎嗪与丹参酮ⅡA对脊髓损伤的保护作用及机制[J]. 现代中西医结合杂志, 2023, 32(9): 1176-1182.
- [8] 朱萱萱, 朱芳, 施荣山, 等. 桃仁、防己提取物对大鼠血小板聚集作用的研究[J]. 中医药研究, 2000, 16(3): 44-45.
- [9] 黄鼎坚. 点穴疗法[M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2002: 10.
- [10] 黄秋棠, 汪刚, 艾池波, 等. 眩晕疾病诊治流程优化探索与基层医院推广应用研究[J]. 中华耳科学杂志, 2025, 23(1): 22-27.
- [11] 陶铭, 尹苗苗, 王帅, 等. 白术多糖研究进展[J]. 中医药学报, 2025, 53(6): 109-116.
- [12] 王郑, 董一洁, 张有丽, 等. 茯苓多糖药用活性作用与应用新进展[J]. 深圳中西医结合杂志, 2025, 35(21): 98-105.

[责任编辑: 郑锋玲, 蒋维超(英文)]