

针刺结合推拿治疗颈源性眩晕临床分析

王正心, 陈光辉, 张锦义, 施小成, 吴礼春, 冯志伟, 王康, 丁惠春

义乌市第二人民医院, 浙江 322002, 中国

【摘要】目的: 探讨针刺结合推拿治疗颈源性眩晕的临床疗效。**方法:** 选择符合纳入标准的 258 例颈源性眩晕患者作为研究对象, 按照随机入组原则, 将其随机分入观察组或对照组, 每组 129 例。观察组患者接受针刺配合推拿治疗, 对照组患者仅接受与观察组相同的针刺治疗。连续治疗 10 天后分析、比较两组临床疗效。**结果:** 观察组总有效率为 100%, 对照组为 86.1%, 两组总有效率差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗后, 两组颈椎活动度 (range of motion, ROM) 评分均与本组治疗前有统计学差异 (均 $P<0.05$) ; 两组 ROM 评分也有统计学差异 ($P<0.05$) 。**结论:** 与单纯针刺治疗相比, 针刺结合推拿治疗能更好地改善颈源性眩晕患者的 ROM, 且临床疗效更好。

【关键词】 针刺疗法; 推拿; 按摩; 眩晕; 椎关节强硬; 活动度, 关节

临床上, 颈源性眩晕 (cervicogenic vertigo, CV) 为椎动脉压迫缺血综合征的别称, 是一种最常见的眩晕病症, 多是因颈枕、颈肩等部位发生器质病变, 或是因组织功能病变所致^[1]。CV 在中老年群体中的发病率相对较高。近年来, 随着我国社会经济的发展, 人口老龄化程度的不断加剧, 以及人们生活方式的改变, 该疾病的发病率呈现逐年上升的趋势^[2]。一些研究认为, 针灸、推拿等疗法可以用于治疗 CV^[3-4]。为了探讨针刺结合推拿治疗 CV 的临床疗效, 本研究选择 129 例 CV 患者, 给予针刺结合推拿治疗, 并将接受单纯针刺治疗的 129 例患者设为对照组, 现将研究结果报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准

根据第三届全国颈椎病专题座谈会会议纪要^[5], CV 为颈椎病中的椎动脉型, 其诊断标准为: 有颈性眩晕, 或 (和) 曾有猝倒发作; 旋颈试验阳性; 多伴有头痛症状, 包括视力模糊、耳鸣及听力障碍等; X 线片显示颈椎节段性不稳定或钩椎关节骨质增生; 除外眼源性、心源性、脑源性及耳源性眩晕; 磁共振血管成像 (magnetic resonance angiography, MRA) 或椎动脉彩超显示第二段椎动脉 (V-II) 有局限性狭窄或扭曲征; 除外椎动脉 I 段 (进入颈 6 横突孔以前的椎动脉段) 和椎动脉 III 段 (出颈椎进入颅内以前的椎动脉段) 受压所引起的基底动脉供血不足。

1.2 纳入标准

符合上述诊断标准; 年龄范围在 37-72 岁; 性别不限; 签署知情同意书。

1.3 排除标准

患有严重肝肾疾病或精神性疾病者; 颈椎骨折者; 患有脊髓型颈椎间盘突出症者; 不配合研究者。

1.4 统计学分析

选择 SPSS 19.0 统计软件对所有数据进行处理和统计。计数材料以百分率形式显示, 组间比较应用卡方检验。计量材料应用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 组间比较应用独立样本 t 检验, 以 $P<0.05$ 作为差异有统计学意义的判断依据。

1.5 一般资料

以我院 2011 年 12 月到 2013 年 11 月期间收治的符合纳入标准的 258 例 CV 患者为研究对象, 按随机入组方式, 将其分入观察组或对照组, 每组 129 例。在性别、平均年龄以及平均病程方面, 两组差异均无统计学意义 (均 $P>0.05$) , 提示两组具有可比性。

表 1. 两组一般资料比较

组别	n	性别 (例数)		平均年龄 ($\bar{x} \pm s$, 岁)	平均病程 ($\bar{x} \pm s$, 年)
		男	女		
治疗组	129	66	63	52.7 ± 4.2	3.8 ± 1.2
对照组	129	72	57	50.4 ± 3.8	3.5 ± 1.3

2 治疗方法

2.1 观察组

2.1.1 针刺

主穴: 百会、太阳、风池、头维及颈夹脊穴。

配穴: 风阳上扰者加行间、丘墟; 气血两亏者加三阴交、足三里; 肝肾阴虚者, 加太溪、复溜。

操作:患者取平卧位。常规消毒穴区皮肤后,选用直径 0.35 mm,长 40 mm 一次性毫针进行针刺治疗。平刺百会,刺入约 1 寸,得气后施平补平泻手法。平刺太阳,刺入约 1 寸。针刺风池时针尖朝向同侧口角方向,刺入约 1 寸。其余诸穴进行常规针刺。每次留针 15-20 min。每天治疗一次。

2.1.2 推拿

针刺治疗结束,再予推拿治疗。

首先,患者取俯卧位。推、拿、揉、点、拨患者颈部肌肉、韧带等软组织以放松。

接着,患者取仰卧位。用颈椎斜扳法纠正患者错位的颈部小关节。

然后,用仰卧位颈椎拔伸法,牵引颈椎 3-5 min,以拉开颈椎椎间隙,改善椎动脉受压情况。

最后,指按百会、风池、太阳及头维,每穴 1-2 min。

推拿每日 2 次,10 次为 1 个疗程,连续治疗 2 个疗程(10 天)后观察疗效。

2.2 对照组

对照组患者仅接受与观察组相同的针刺治疗,穴位及操作均与观察组相同。

3 疗效观察

3.1 观察指标

颈椎活动度(range of motion, ROM)评分:活动自如记 1 分;活动范围受限记 2 分;活动范围僵硬记 3 分;难以活动记 4 分。分数越高表示病情越严重。

3.2 疗效标准

参照相关文献制定本研究疗效标准^[6-7]。

痊愈:治疗后患者的临床症状(包括头痛、头晕等)完全消除,颈部可正常活动,可从事日常工作及生活,半年内未复发。

显效:治疗后临床症状明显改善,颈部基本正常活动,日常工作及生活时偶有颈部不适感。

有效:治疗后临床症状好转,颈部功能有所改善。

无效:治疗后临床症状及体征无明显变化甚至加重。

3.3 结果

3.3.1 两组患者治疗前后ROM评分比较

治疗前,两组患者的 ROM 评分差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后,两组患者的 ROM 评分均与本组治疗前有统计学差异(均 $P<0.05$),两组患者 ROM 评分亦有统计学差异($P<0.05$),提示观察组患者症状改善情况优于对照组(表 2)。

表 2. 两组 ROM 评分比较 ($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗后
观察组	129	2.9 $\pm$ 1.2	0.7 $\pm$ 0.3 ¹⁾²⁾
对照组	129	2.8 $\pm$ 1.3	1.8 $\pm$ 0.5 ¹⁾

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

3.3.2 两组临床疗效比较

连续治疗 10 d 后,观察组痊愈率为 55.8%,总有效率为 100%,对照组分别为 30.2%和 86.0%,两组痊愈率及总有效率差异均有统计学意义(均 $P<0.05$),提示观察组疗效优于对照组(表 3)。

表 3. 两组临床疗效比较(例数)

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	痊愈率 (%)	总有效率 (%)
观察组	129	72	42	15	0	55.8 ¹⁾	100 ¹⁾
对照组	129	39	33	39	18	30.2	86.0

注:与对照组比较,1) $P<0.05$

4 讨论

中医学认为 CV 属于“眩晕”范畴,其病机多为本虚标实。导致 CV 的原因可概括为内因与外因两种^[7]。内因是指机体抵抗力下降、先天禀赋不足、肝肾亏虚;外因是指外感风寒之邪及急

慢性损伤。目前临床上普遍认为,导致 CV 的主要原因是颈椎小关节错位、颈椎骨质增生、颈椎间盘突出及颈椎生理曲度异常等所致的颈椎力学失衡。颈椎力学失衡,使得椎动脉及其周边的交感神经丛受压及血液循环受阻,继而产生缺

氧、营养不良、头晕和恶心、呕吐等一系列症状。因此,中医治疗 CV 以扶正祛邪,纠正颈椎力学失衡为主^[8]。

针灸、推拿是治疗 CV 的常用疗法^[9-12]。百会穴位居巅顶,可醒脑开窍、升阳举陷;太阳穴主治头痛、偏头痛及牙痛等病症;风池可定晕止痛、疏通经络;头维为胃经、胆经交会穴,可治疗眩晕、目痛及迎风流泪;颈夹脊穴可疏通气血,强筋健骨。通过针刺百会、太阳、风池、头维和颈夹脊穴,再配合辨证取穴,配以三里穴、三阴交、行间或丘墟穴,能通经活络、平肝潜阳、降逆止晕。配合推拿手法治疗,可促进局部血液循环,纠正颈椎小关节错位,恢复颈椎力学平衡^[13],可谓标本兼治。

在研究结果表明,针刺配合推拿治疗颈源性眩晕疗效明显优于单纯针刺治疗,值得在临床上进一步推广应用。

参考文献

- [1] 孟兆军.点揉推拿治疗颈源性眩晕.中医外治杂志, 2012, 2(1): 23.
- [2] 刘麒麟.针刺四神聪穴为主治疗颈性眩晕的临床研究.湖北中医药大学硕士学位论文, 2013.
- [3] 陈丽琴.针灸结合养血清脑颗粒治疗颈性眩晕临床分析.中国医药科学, 2012, 2(1): 117-118.
- [4] 冯卫星, 王卫刚, 袁海光.推拿理筋配合整脊复位治疗颈源性眩晕 60 例.河南中医, 2013, 33(11): 2003-2004.
- [5] 雷培政.推拿治疗颈性眩晕的临床分析.内蒙古中医药, 2013, 32(35): 45-46.
- [6] 李增春, 陈德玉, 吴德升, 赵杰, 王新伟, 卢旭华, 郭永飞, 于彬, 刘忠汉, 赵定麟.第三届全国颈椎病专题座谈会纪要.中华外科杂志, 2008, 46(23): 1797-1798.
- [7] 荆瑞恒.针灸联合推拿治疗颈源性头痛的疗效观察.中国医药指南, 2013, 11(33): 490-491.
- [8] 陈璧, 蔡丽华.针灸推拿综合治疗颈性眩晕的临床效果观察.内蒙古中医药, 2011, 30(12): 73-74.
- [9] Weng JS. Observation on efficacy comparison of treating cervical headache with massage combined with acupuncture and simple acupuncture treatment. Zhongyi Linchuang Yanjiu, 2013, 5(4): 35-36.
- [10] Luo RH, Luo RH, Xu K. Therapeutic observation on electroacupuncture for cervical vertigo. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2012, 31(5): 311-312.
- [11] Liu GX, Chen X, Yang Y. Observation on clinical efficacy of acupuncture therapy for posterior circulation ischemia vertigo. J Acupunct Tuina Sci, 2012, 10(3): 165-168.
- [12] Lu JZ, Li YP. Clinical observations on electroacupuncture plus sitting-position pulling and stretching reduction manipulation for the treatment of cervical vertigo. Shanghai Zhenjiu Zazhi, 2013, 32(6): 495-496.
- [13] 胡芳, 毛宗福.针灸结合推拿治疗颈源性眩晕临床观察.针灸临床杂志, 2009, 25(7): 28-29.

作者简介:王正心, 大学, 副主任中医师。

E-mail: zjywwzx@163.com

收稿日期:2014-6-10