

针药结合治疗颈源性眩晕的临床研究

林 臻

广东省揭阳市中医院 广东 揭阳 522000

【摘要】：本文主要围绕药物与针灸相结合治疗颈源性眩晕的临床疗效进行探究，主要方法是选取我院收治的患者为研究对象，选取其中的61例患者，划分为治疗组与对照组，在对照组予以西药治疗，在治疗组中予针药混合治疗，对两组的各项指标进行对比，即总有效率、临床症状、功能指标、观察评分。结论，治疗成效明显优于传统的单纯西药治疗效果，采用此手法治疗颈源性眩晕的优势突出，可进一步推广应用。

【关键词】：针刺；柴陈泽泻汤；颈源性眩晕

引言

在临床上，颈源性眩晕较为常见，颈源性眩晕又称为椎动脉型颈椎病，是由椎动脉、交感神经、本体感觉等多个因素促使颈椎动脉持续压迫与刺激，导致的动脉狭窄与弯曲，从而形成基底动脉供血不足的临床综合征。颈源性眩晕的临床发生率较高，患者伴有眩晕、疼痛等典型症状，且伴有视物模糊、耳鸣耳聋等症状出现，西医临床上主要采用口服药物等方法治疗颈源性眩晕，可以起到一定的作用，缓解患者的临床症状，与此同时，也会出现复发率较高的情况，因此对患者的治疗成效并不高效，因此本文对改病症开展了如下研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院在2020年1月到2021年1月期间收治的颈源性眩晕患者61例，选取的患者病例均为颈源性眩晕，并将其划分为对照组和治疗组，其中治疗组30例，男16例，女14例；年龄27~68岁，平均 (43.26 ± 2.18) 岁。对照组31：男18例，女13例；年龄28~69岁，平均 (43.31 ± 2.22) 岁。两组一般资料比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，有可比性。

1.2 诊断标准

(1) 患有颈椎退行性病变病史、外伤史、慢性劳损伤；(2) 患者眩晕症发作时，会伴有强烈的眩晕，伴随着跌倒感，慢性持续且反复发作性眩晕；(3) 眩晕症患者对常伴颈椎僵硬难耐、恶心、失眠、记忆力不佳、呕吐、耳鸣等不适症状；(4) 患者的X片会显示出颈椎生理曲度发生变化，且伴有椎体前后缘不同程度增生、钩椎关节增生、以及横突间距发生变化、寰椎关节或寰枢关节半脱位。

1.3 纳入标准

(1) 符合上述的诊断标准；(2) 患者必须明确表示为自

愿受试，签署知情同意书，配合完成治疗。

1.4 排除标准

(1) 排除掉由梅尼尔氏综合征所引起的患者眩晕；(2) 排除掉自身伴有颈椎骨折、颈椎脱位、结核、肿瘤、中毒、感染、脊髓病变的患者；(3) 排除患有其他内科疾病患者（高血压并发症、脑卒中患者）；(4) 排除肝功能异常或损伤、肾功能异常或损伤的患者；(5) 排除有身体其他方面接受治疗的患者、或对本次研究有影响的患者。

1.5 治疗方法

1.5.1 对照组

给予盐酸氟桂利嗪胶囊治疗。操作：盐酸氟桂利嗪胶囊，每次5mg，每天1次，睡前服用。7天为一疗程，共1个疗程。

1.5.2 观察组

(1) 予柴胡陈皮泽泻汤，组方为柴胡、法半夏各15克；生姜、大枣、陈皮、茯苓、天麻、泽泻各10克；黄芩9克；党参12克；丹参、白术20克；炙甘草5克。每日一剂，水煎取汁分2次服用。共1个疗程（7天）。

(2) 穴位：双侧的风池、天柱、完骨、颈椎3-7夹脊穴、阿是穴。方法：患者俯伏坐位或俯卧位，采用0.25mm×40mm毫针。局部产生麻胀感，且患者能耐受为度，留针30min，每天1次，7天为一疗程，共1个疗程。3个月和半年各随访一次。

1.6 观察指标

临床疗效判定参照《中药新药临床研究指导原则》制定的痊愈、显效、有效及无效的诊断标准。观察指标采用颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)：包括眩晕(16分)，眩晕程度(8分)、频度(4分)、持续时间(4分)、头痛(2

分)、颈肩痛(4分)、心理及社会适应(4分)、日常生活及工作(4分)。

1.7 统计方法

计量资料以均值加减标准差表示($\bar{x} \pm s$),两组间均值比较采用两独立样本 t/t' 检验,无序计数资料以频数(f)、构成比(P)表示,采用 χ^2 检验;均由 SPSS 20.0 软件进行数据处理。

2 结果

2.1 临床疗效

见表 1。

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	$\bar{R}$	总有效率(%)
对照组	31	5	6	10	10	0.5947	67.74
治疗组	30	12	9	5	4	0.4022 ^①	86.67 ^①

注:与对照组比较,(1) $P < 0.05$

2.2 临床症状与功能评分

见表 2。

组别	例数	时间点	眩晕	颈肩痛	头痛	日常生活和工作	心理及社会适应	总分
对照组	31	治疗前	4.52±1.22	2.32±1.29	0.81±0.38	1.41±0.65	0.88±0.50	9.13±1.17
		治疗后	7.02±1.15 ^①	2.81±0.16	1.23±0.18 ^②	1.87±0.89 ^②	1.15±0.51 ^②	13.10±1.83 ^②
治疗组	30	治疗前	5.01±1.22	2.30±1.26	0.87±0.26	1.38±0.78	0.75±0.51	9.22±1.88
		治疗后	11.88±1.20 ^{②③}	3.55±1.58 ^{②③}	1.32±0.56 ^{②③}	2.51±0.81 ^{②③}	1.30±0.71 ^{②③}	20.37±1.42 ^{②③}

注:与治疗前比较,(1) $P < 0.05$;与对照组比较,(2) $P < 0.05$

3 讨论

颈源性眩晕是临床上发生率较高的疾病,该病主要是由动脉周围神经丛受到激惹而引发椎动脉供血不足为主要特点,关于该病的具体发生机制目前尚未完全明确,普遍认为是机械性压迫和交感神经刺激所致。随着临床研究的不断深入,颈椎本体感觉紊乱被认为是导致颈源性眩晕的主要病理因素。

颈源性眩晕是临床上发生率较高的疾病,该病主要来源于颈椎眩晕和不平衡的特点,关于该病的具体发生机制目前尚未明确,普遍认为是机械性压迫和交感神经刺激所致。随着临床研究的不断深入,颈椎本体感觉紊乱被认为是导致颈

参考文献:

- [1] 周润津,郭昌,庞博,庞智晖,吴智兵,林兴栋.益气聪明汤联合针灸治疗颈性眩晕疗效 Meta 分析[J].时珍国医国药,2020,31(10):2528-2532.
- [2] 张云龙,魏雪茹.半夏白术天麻汤联合针灸推拿治疗颈性眩晕的临床效果[J].临床医学研究与实践,2020,5(23):149-151.
- [3] 方金,张国妍,焦志宏,勾明会,田伟,张玉辉.针灸对气血亏虚型颈性眩晕患者椎动脉血流状态的影响[J].世界中医药,2020,15(14):2159-2162.

源性眩晕的主要病理因素。颈源性眩晕患者的病程长,且病情呈现进行性加重的情况,随着病情的进展,可导致患者出现颈椎退行性病变,西医内科上将颈源性眩晕诊断为“椎动脉供血不足”“良性位置性眩晕”,西医上主要采用口服药、静脉滴注用药的方法改善微循环、营养神经,或采用肌肉注射苯海拉明、曲安奈德等治疗方式,或采用电针针灸治疗。除用药、电针外,手法复位、中药外敷、针灸也是常用的治疗手段。作为一种新型的物理疗法,针刺结合了传统针灸和现代医学的精髓。针刺疗法具备独特的理论和疗效,针刺治疗对于机体产生的创伤性和刺激性非常小,此种治疗方法也更容易被广大医患人员接受。

目前临床上常用氟桂利嗪胶囊治疗颈源性眩晕,但因为颈部肌肉及血管的痉挛未能得到有效缓解,故疗程较长,且易反复。根据颈源性眩晕的病因病机,本研究采用柴胡陈皮泽泻汤结合传统针刺疗法对颈源性眩晕患者进行治疗,探索了一条新的有效路径。风池、完骨、天柱三穴是寰枕后膜上的关键穴位,同时也是醒脑开窍针刺法的常用穴位,被誉为“小醒脑开窍”。风池、完骨、天柱三穴能平肝熄风,通经活络,亦能振奋阳气,温阳通经,起到养血健脑的功效,可以显著改善后循环缺血性眩晕。颈源性眩晕多半颈部僵硬疼痛不适,且眩晕的程度与疼痛成正比。颈椎 3-7 夹脊穴不仅可以缓解斜方肌、头夹肌、菱形肌、上后锯肌等颈部浅层肌肉痉挛,对深层的头半棘肌、颈半棘肌的拘挛亦起到放松的作用,减轻对颈椎间盘的压力,调节左右侧力线的平衡,从而缓解椎动脉的痉挛,改善脑供血。作为治疗的阿是穴,可以显著提高临床疗效,即《灵枢·经筋》篇:“以痛为输,燔针劫刺是也。”本研究采用风池、天柱、完骨、颈椎 3-7 夹脊穴、阿是穴治疗颈源性眩晕,诸穴联合,清阳之气得以上升,浊阴之气得以下降,起到祛风化痰,平肝熄风,舒筋活络的功效,可有效缓解眩晕等相关症状。

因此,针药结合既可以舒筋通络,促进气血循环,有效针对眩晕的“风、火、痰、虚”的病机,故治疗颈源性眩晕的疗效显著。为颈源性眩晕的临床治疗提供一条疗效确切,简便廉验的临床方案。

- [4] 刘俊涛,董荣荣,张灵霞.针灸联合半夏白术天麻汤治疗痰浊上蒙型眩晕(椎-基底动脉供血不足)80例的临床疗效观察[J].中医临床研究,2020,12(06):96-97+115.
- [5] 宋秀娟,王银宁,赵芳,李国徽,胡莉莉.电热针灸“项七针”治疗后循环缺血性眩晕的临床观察[J].宁夏医学杂志,2019,41(12):1156-1157.
- [6] 乔红,杜杰,王辉.丹葛汤辅助针灸治疗后循环缺血性眩晕对血流变学指标的影响[J].中华中医药学刊,2020,38(01):200-202.
- [7] 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/OL].中医药学报,2021(11):87-90[2021-11-23].
- [8] 韦业,苏晗,刘宏业,黄芳琴,陈广辉.近5年针灸治疗颈性眩晕的研究进展[J].临床医学研究与实践,2019,4(23):195-196.
- [9] 王锡义.手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影响[J].按摩与康复医学,2019,10(12):21-22.
- [10] 陆倩,王海东,夏毅,闵希瑞,乔飞,韩明霞.针灸配合半夏白术天麻汤治疗风痰上扰型眩晕临床观察[J].世界中医药,2018,13(12):3130-3133.
- [11] 李淑芝,任晓娜,王威岩,刘广丽,张琬.头穴透刺配合温针灸治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕30例[J].中国中医药科技,2018,25(04):579-580.
- [12] 何芬,谢韶东,崔羽.镇肝熄风汤结合针灸治疗眩晕症疗效及对椎-基底动脉血流动力学的影响[J].四川中医,2018,36(06):139-141.
- [13] 柳宁,田翠丽,焦红蕾,赵博雅,孙立新,王凌芬.加味八珍止眩汤联合针灸治疗老年人颈性眩晕的效果分析及对相关生化指标的影响[J].四川中医,2018,36(02):125-127.
- [14] 任成龙,单希征,王恩彤,陈元星,王宁.针灸联合复位治疗良性阵发性位置性眩晕的系统评价与Meta分析[J].北京医学,2018,40(02):137-140.
- [15] 妥金芳,杨丹,马火伞,杨瑞萍,郭玉峰.针灸、电针联合小针刀综合治疗颈性眩晕对患者血流动力学的影响[J].世界中医药,2017,12(12):3082-3084.

作者简介: 姓名: 林臻, 出生年: 1981年, 性别: 女, 民族: 汉, 籍贯: 广东揭阳, 职称: 中医针灸科主治医师, 学历: 本科, 研究方向: 中医针灸科。