

# “老十针”为主治疗颈性眩晕临床观察

洪秋阳<sup>1</sup> 王世广<sup>1</sup> 周小平<sup>1</sup> 王玉才<sup>1</sup> 李长聪<sup>1</sup> 王桂玲<sup>2</sup>

(1 北京市顺义区中医医院,北京,101300; 2 首都医科大学附属北京中医医院,北京,100010)

**摘要** 目的:观察以“老十针”为主针刺治疗颈性眩晕的临床疗效。方法:颈性眩晕患者70例,随机分入治疗组35例,以“老十针”为主穴针刺治疗,对照组35例,口服甲磺酸倍他司汀片,治疗时间为4周,观察治疗前后2组椎基底动脉血流速度、颈性眩晕量表积分及临床有效率。结果:治疗组总有效率为91.5%,对照组总有效率为65.7%,2组比较差异有统计学意义( $P < 0.01$ );针刺治疗组椎基底动脉血流改善优于药物对照组( $P < 0.05$ );治疗组颈性眩晕各症状积分和总积分改善上亦明显优于对照组( $P < 0.05$ )。结论:“老十针”为主针刺治疗颈性眩晕疗效明显优于药物。

**关键词** 老十针;眩晕;针灸

## Clinical Observation of Treating Cervical Vertigo with Acupuncture “Old Ten-needles”

Hong Qiuyang<sup>1</sup>, Wang Shiguang<sup>1</sup>, Zhou Xiaoping<sup>1</sup>, Wang Yucai<sup>1</sup>, Li Changcong<sup>1</sup>, Wang Guiling<sup>2</sup>

(1 Beijing Shunyi District Hospital of Traditional Chinese Medicine, Beijing 101300, China; 2 Beijing TCM

Hospital Affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China)

**Abstract Objective:** To observe the clinical effect of “old ten-needles” in treating cervical vertigo. **Methods:** Seventy cases of cervical vertigo were randomly divided into treatment group of 35 cases that are treated with “old ten-needles” acupuncture and 35 cases in control group that are treated by betahistine mesylate tablet. The duration is 4 weeks. The blood flow velocity of vertebral basilar artery, syndrome score and clinical efficacy were observed in the two groups before and after treatment. **Results:** The total effective rate of the treatment group was 91.5% and that of the control group was 65.7%, and the difference is of statistical significance ( $P < 0.01$ ). Besides, the improvement of the vertebral basilar artery blood flow in the treatment group was better than that in the control group ( $P < 0.05$ ). Also, the symptoms of cervical vertigo in the treatment group were significantly relieved compare with the control group ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** The clinical effect of t “old ten-needles” acupuncture is better than the western medicine in treating cervical vertigo.

**Key Words** Old ten-needles; Vertigo; Acupuncture

中图分类号:R245.3 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.059

颈性眩晕是指由于颈椎疾病导致椎基底动脉供血不足而出现以眩晕为主要症状的一种疾病。其主要临床表现为眩晕、颈肩部疼痛、恶心、心慌等,是影响身心健康的常见病,近年来随着信息化的发展,生活节奏的加快,呈现年轻化的趋势。临床上以保守治疗为主,为减少药物的不良反应,针灸治疗具有独特的优势。笔者在临床中以“老十针”为主针刺治疗颈性眩晕,取得满意效果,现报道如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2013年6月至2015年6月来北京市顺义区中医医院就诊的颈性眩晕患者共70例,按照随机数字表法,分为治疗组和对照组,每组35例。其中治疗组男12例,女23例;年龄26~72岁,平均年龄(52.6±16.3)岁;病程1d~5年,平均病程3.2年。对照组男13例,女22例;年龄24~

73岁,平均年龄(51.8±17.1)岁;病程2d~4年,平均病程3.5年。2组患者的性别、年龄、病程比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),组间具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《全国第二届颈椎病专题座谈会纪要》<sup>[1]</sup>拟定:1)曾有颈性眩晕并出现猝倒发作;2)旋颈试验阳性;3)颈椎X线、CT或MRI显示钩椎关节骨质增生,或椎间关节失稳、间隙变窄、椎间孔变小、椎间盘突出等;4)有“一过性、体位改变性眩晕”的特点;5)除外其他疾病引起的眩晕,如眼源性、心源性和耳源性疾病。

1.3 纳入标准 1)符合椎动脉型颈椎病的诊断标准。2)年龄18~65岁者。3)1月内未接受药物及相关治疗者。4)知情同意,能够理解并完整填写相关问卷者。

1.4 排除标准 1)眼源性、耳源性和药源性等所致

基金项目:北京市中医药科技项目(编号:JJ2009-40)

作者简介:洪秋阳(1983.10—),男,硕士研究生,主治医师,研究方向:针灸治疗眩晕、颈椎病和失眠,E-mail:carland95@126.com

通信作者:王世广(1962.05—),男,大专,主任医师,科主任,研究方向:针灸治疗眩晕、腰椎间盘突出和面瘫,E-mail:zyzjkw@126.com

的眩晕。2) 合并有严重心脑血管、肾、肝等疾病及造血系统疾病者。3) 孕妇、经期及哺乳期妇女。4) 不能配合或坚持治疗者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 取穴:主穴以王乐亭“老十针”为主,即上腕、中腕、下腕、气海、天枢、足三里、内关、合谷、曲池;肝阳上亢型加行间、太溪,痰湿内停型加阴陵泉、神庭;气血两虚型加关元、三阴交。操作:患者仰卧位,局部皮肤常规消毒后,采用0.30 mm × (25~40) mm 一次性针灸针,诸穴均行提插捻转手法使之得气,根据证候虚实采用相应补泻手法,留针30 min。治疗1次/d,5次/周(周六、日休息),治疗4周后观察疗效。

1.5.2 对照组 口服甲磺酸倍他司汀片(敏使朗),12 mg/次,3次/d,治疗4周后观察疗效。

1.6 疗效观察

1.6.1 观察指标 经颅多普勒超声检查(TCD)用于观察2组治疗前后椎-基底动脉血流速度。《颈性眩晕症状与功能评估量表》<sup>[2]</sup>对患者眩晕程度、颈肩部的疼痛和头痛程度、心理及社会适应能力、日常生活工作能力等方面进行评估。

1.6.2 疗效评价标准 痊愈:眩晕及体征和其他伴随症状消失;显效:眩晕的发作频率以及程度减少60%以上,其伴随症状基本消失或有明显好转;有效:眩晕的发作频率及其程度减少60%以下,其伴

随症状有一定的缓解;无效:眩晕及其伴随症状与治疗前比较无改善<sup>[3]</sup>。

1.7 统计学方法 数据处理使用SPSS 18.0 统计软件进行分析,符合正态分布的计量资料采用t 检验,以(均数 ± 标准差)表示,不符合正态分布的数据使用秩和检验进行2组间差异的比较,计数资料采用卡方检验,P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 2组患者治疗前后椎基底动脉流速比较 2组患者治疗前椎-基底动脉血流速度比较差异无统计学意义(P > 0.05),治疗组治疗后椎-基底动脉血流速度显著高于治疗前,差异有统计学意义(P < 0.01),且明显高于对照组治疗后的TCD 检查指标,差异有统计学意义(P < 0.05),结果表明治疗组改善椎-基底动脉血流速度具有明显优势。见表1。

2.2 2组治疗前后颈性眩晕量表积分比较 治疗组治疗后各症状积分及总积分与治疗前比较差异有统计学意义(P < 0.05),对照组治疗后眩晕和心理及社会适应能力症状积分与治疗前比较有明显提高,差异有统计学意义(P < 0.05),治疗组治疗后各症状积分及总积分与对照组治疗后比较差异有统计学意义(P < 0.05),结果表明老十针为主针刺治疗颈性眩晕在改善眩晕、颈肩部、日常生活能力、头痛和心理及社会适应能力方面优于药物对照组。见表2。

表1 2组治疗前后椎-基底动脉血流速度比较( $\bar{x} \pm s$ , cm/s)

组别	例数	时间	LVA	RVA	BA
治疗组	35	治疗前	33.6 ± 3.1	30.7 ± 2.9	39.5 ± 3.7
		治疗后	47.9 ± 3.5 <sup>**△△</sup>	45.2 ± 3.6 <sup>**△△</sup>	50.1 ± 2.8 <sup>**△△</sup>
对照组	35	治疗前	33.5 ± 3.3	31.6 ± 3.1	38.7 ± 3.2
		治疗后	38.1 ± 3.6 <sup>*</sup>	36.1 ± 3.0 <sup>*</sup>	42.5 ± 2.5 <sup>*</sup>

注:与本组的治疗前相比<sup>\*</sup>P < 0.05, <sup>\*\*</sup>P < 0.01;与对照组治疗后比较<sup>△</sup>P < 0.05。

表2 2组治疗前后量表积分比较( $\bar{x} \pm s$ , 分)

组别	例数	时间	眩晕	颈肩部痛	头痛	日常生活工作	心理社会适应	症状总积分
治疗组	35	治疗前	6.27 ± 1.07	2.32 ± 0.39	1.05 ± 0.51	2.13 ± 0.43	1.35 ± 0.31	12.91 ± 3.67
		治疗后	12.86 ± 1.21 <sup>*△</sup>	3.95 ± 0.23 <sup>*△</sup>	1.69 ± 0.47 <sup>*△</sup>	3.27 ± 0.39 <sup>*△</sup>	3.26 ± 0.37 <sup>*△</sup>	23.52 ± 3.85 <sup>*△</sup>
对照组	35	治疗前	6.31 ± 1.19	2.29 ± 0.35	1.07 ± 0.49	2.15 ± 0.45	1.33 ± 0.34	12.95 ± 3.59
		治疗后	8.53 ± 1.18 <sup>*</sup>	2.65 ± 0.21	1.21 ± 0.45	2.52 ± 0.37	2.19 ± 0.36 <sup>*</sup>	16.43 ± 3.71 <sup>*</sup>

注:与同组治疗前比较<sup>\*</sup>P < 0.05;与对照组比较<sup>△</sup>P < 0.05。

表3 2组临床疗效比较(n)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
治疗组	35	10	15	7	3	91.5 <sup>**</sup>
对照组	35	5	7	11	12	65.7

注:与对照组比较<sup>\*\*</sup>P < 0.01。

2.3 2组临床疗效比较 针刺治疗组总有效率为91.5%,显著高于对照组的65.7%,差异有统计学意义(P < 0.01),提示老十针为主针刺治疗颈性眩晕总有效率显著优于药物治疗。见表3。

### 3 讨论

颈性眩晕是指椎动脉的颅外段受颈部病变影响导致血流障碍引起的眩晕综合征<sup>[4-5]</sup>,多数学者认为颈性眩晕与椎基底动脉供血不足(后循环缺血)相关。有报道认为颈动脉狭窄所致的椎基底动脉供血不足是脑梗死的危险因素之一<sup>[6]</sup>,故对颈性眩晕的治疗不仅解除患者的病痛,还有预防中风的作用。颈性眩晕的发病机制尚不明确,其结果都是导致椎基底动脉供血不足,以致脑干、小脑及前庭系统缺血而引起眩晕<sup>[7]</sup>,目前西医治疗方法是尽快消除或缓解患者眩晕症状,常用药物有抗胆碱能药物、钙通道阻滞剂和前庭神经镇静剂等,但药物的效果不确定和所带来的不良反应让患者不愿选择;病情严重的手术治疗,手术所面临的风险和疗效不确定性同样在临床应用中受到一定的限制。非药物疗法对于颈性眩晕具有较好的疗效,且不良反应少,针灸作为重要的非药物疗法治疗之一,其各种针法在临床上治疗颈性眩晕均取得较好疗效<sup>[8-11]</sup>。目前针灸治疗颈性眩晕方法多样,有体针、头皮针、腹针、平衡针、刺络放血以及针药结合等,以局部取穴、远端配穴或特殊针法改善椎动脉供血从而改善眩晕症状,但眩晕在颈椎病中虚多实少,故常规针刺治疗患者病情易出现反复,其远期疗效欠佳。

颈性眩晕属中医学“眩晕”范畴,《灵枢经》:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”,表明中气不足,清阳不升,可导致眩晕;《丹溪心法》:“无痰不作眩”,说明脾失健运、痰湿中阻也可致眩晕;还有气血亏虚、清窍失养致眩晕,以上病因皆需健运脾胃,脾胃为气血生化之源,气血足则清窍得养,脾胃健则升降降浊,眩晕得愈<sup>[12]</sup>。《灵枢·卫气》提出“上虚则眩”的理论与现代医学的颈椎病供血不足所致的眩晕十分相似<sup>[13]</sup>。脾胃的功能主要是受纳和运化,脾胃虚弱,推运无力,则可导致气机阻滞,出现郁、滞、闭、塞、瘀、虚等脏腑气机阻滞性病变<sup>[14]</sup>。王乐亭老十针是根据李东垣《脾胃论》中补中益气而来,作用是调中气、健脾、理气、和血、升清降浊、调理肠胃<sup>[15]</sup>。对于肝阳上亢型取太溪、行间滋肾水平肝阳,痰湿内停型取足三里、中脘调理脾胃以除湿化痰,神庭、内关治头晕目眩开胸解闷止呕,气血两虚型取气海、关元以补气血,中脘、足三里和三阴交健脾胃而强气血生化之源。合谷位于大肠经,透过脏腑别通肝与大肠相通,故治疗眩晕效佳,合谷与曲池均位于大肠经,大肠经多气多血,故调理全身气血而止晕效果明显。足三里为足阳明经合

穴,调理脾胃培补后天,合谷配三阴交,一气一血,可调理全身气血<sup>[16]</sup>。近代名医秦伯未于《中医临证备要》中说“头晕虚多实少”<sup>[17]</sup>,《灵枢·卫气》曰:“上虚则眩”,皆说明眩晕本质为虚,通过以老十针为主针刺健脾胃、调中气治疗颈性眩晕是治病求本的具体体现。今后尚需以老十针为主针刺治疗进行大样本的临床疗效观察和相关基础理论研究,探索其内在机制以期与国际高水平研究接轨。这是一种疗效确切、不良反应小的治疗方法,为颈性眩晕的治疗提供新思路。

#### 参考文献

- [1] 孙宇,陈琪. 第二届全国颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472.
- [2] 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.
- [3] 郑筱蓓. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京:中国医药科技出版社,2002:346.
- [4] Brandt T, Bronstein AM. Cervical vertigo[J]. J Neurol Neurosurg Psychiatr,2001,1:8-12.
- [5] Hong L, Kawaguchi Y. Anterior cervical discectomy and fusion to treat cervical spondylosis with sympathetic symptoms[J]. J Spinal Disord Tech,2011,1:11-14.
- [6] 耿稚江,佳帆. 治疗卒中的进展[J]. 国外医学情报,1999,20(6):18.
- [7] 魏佳军,章军建. 颈性眩晕的病因及其发病机制[J]. 国外医学神经病学神经外科学分册,2004,31(1):71-74.
- [8] 张红,钱拉拉. 耳针疗法对颈性眩晕即时效应的疗效观察[J]. 上海针灸杂志,2009,28(11):643-644.
- [9] 谢文霞,董海欣,叶天申,等. 腹针治疗颈性眩晕的临床观察[J]. 中华中医药学刊,2007,25(12):2563-2565.
- [10] 陈会娥,赵帅,蔡鑫桂. 平衡针配合药枕治疗颈性眩晕 32 例[J]. 河南中医,2015,35(5):1142-1143.
- [11] 张超云,陈惠贞. 风池穴透刺治疗颈性眩晕 32 例[J]. 上海针灸杂志,2006,25(3):29.
- [12] 肖靛宜,王凌燕,吴清明. 从脾胃论眩晕的针刺治疗思路[J]. 中医药通报,2014,13(6):54-55.
- [13] 李建萍,蔡俊,千霞曼. 不同方法治疗颈性眩晕疗效对比观察[J]. 中国针灸,2011,31(5):405-408.
- [14] 黄石玺. “脾胃十针”的临床应用举隅[J]. 中国针灸,2002,22(4):243-244.
- [15] 孙敬青,张琳. “老十针”合调神穴治疗功能性消化不良临床观察[J]. 湖北中医药大学学报,2012,14(4):54-55.
- [16] 洪秋阳,王世广,周小平. 针灸结合中药治疗多形性日光疹 21 例[J]. 吉林中医药,2013,33(5):512-513.
- [17] 秦伯未,李岩,张田仁,等. 中医临证备要[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:36.