

针刺风池、颈夹脊、百会穴治疗颈源性眩晕的疗效比较

朱海军 华海燕

(1 江阴市第五人民医院针灸骨伤科, 江阴, 214415; 2 江阴市第五人民医院针灸科, 江阴, 214415)

摘要 目的:探讨针刺风池、颈夹脊及百会穴在治疗颈源性眩晕方面的疗效较及可能机制。方法:选取 2015 年 1 月至 2015 年 12 月 150 例江阴市第五人民医院门诊颈源性眩晕的患者,随机分为风池组、颈夹脊组和百会穴组,各 50 例。各组分别针刺风池穴、颈夹脊穴及百会穴,1 次/d,10 次/1 个疗程,疗程间隔期休息 3 d,治疗 2 个疗程后观察疗效。结果:1)风池组有效率 82.00%,颈夹脊组有效率 94.00%,百会穴组有效率 78.00%,针刺颈夹脊的疗效明显优于针刺风池及百会穴($P < 0.05$),且风池及百会穴疗效差异无统计学意义($P > 0.05$);2)针刺 3 个穴位治疗前后颈性眩晕症状与功能评估量表评分、左椎动脉及右椎动脉的 Vs、Vm 均较治疗前显著升高(P 均 < 0.05);3)治疗后针刺颈夹脊在 ESCV 评分、左右侧椎动脉 VS、Vm 改善方面均优于另外 2 组($P < 0.05$)。结论:针刺颈夹脊的疗效明显优于针刺风池及百会穴,且针刺颈夹穴不良反应少,值得推广。

关键词 针刺;颈源性眩晕;临床疗效

Comparison of Clinical Efficacy Among Acupuncture GB 20, Cervical Paravertebral and GV 20 on Cervical Vertigo Patients

Zhu Haijun, Hua Haiyan

(1 Acupuncture and Moxibustion Bone Traumatology Department, Jiangyin Fifth People's Hospital, Jiangyin 214415, China;

2 Acupuncture Department, Jiangyin Fifth People's Hospital, Jiangyin 214415, China)

Abstract Objective: To study the therapeutic effect and possible mechanism when acupuncture GB 20, cervical paravertebral and GV 20 on the patients with cervical vertigo. **Methods:** A total of 150 outpatients with cervical vertigo who were admitted to our department during January 2015 to December 2015, were randomly divided into GB 20 group, cervical paravertebral group and GV 20 group, with 50 cases in each group. Three groups received acupuncture treatment on GB 20, cervical paravertebral and GV 20 point respectively, once a day, 10 days as 1 course, for 2 courses, and there were 3 days off during the treatment intervals. The clinical efficacy of three groups were compared after 2 courses. **Results:** 1) There was a significant difference ($P < 0.05$) in the effective rate among cervical paravertebral group (94.00%) and GB 20 group (82.00%), GV 20 group (78.00%), while there was no significant difference between GB 20 group and GV 20 group ($P > 0.05$). 2) After the treatment, in each group, there were significant improvements in the ESCV scores, the Vm and Vs of LVA and RVA ($P < 0.05$). 3) After treatment, the Vm and Vs of LVA and RVA, as well as the ESCV scores in cervical paravertebral group were significantly better than the other two groups ($P < 0.05$). **Conclusion:** The clinical efficacy of the cervical paravertebral group is significantly higher than that of the GB 20 group and GV 20 group, with less adverse reactions, which is worthy of clinical promotion.

Key Words Acupuncture; Cervical vertigo; Clinical efficacy

中图分类号: R246; R174.9 文献标识码: A doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2016.12.065

颈源性眩晕(Cervical Vertigo, CV), 是一种常见病的颈椎病, 在颈椎病中约占 9.4% ~ 18%^[1-2], 且随着年龄的增大而增高, 但由于生活方式的改变, 发病率呈逐年上升趋势, 有年轻化的趋势。颈源性眩晕主要是由于骨质增生、颈椎周围病变及颈肩部等造成椎—基底动脉供血减少而引起一系列临床表现, 包括眩晕、恶心呕吐、失眠、焦虑、颈肩部痛、心悸潮红甚至晕厥等, 其发生或加重多与体位相关。中医学认为, 颈源性眩晕属于“眩晕”, 称为“项痹”, 其

意为痹阻不通, 主要与经络不顺, 脉络阻滞, 气血上荣清窍失利, 使脑缺所养^[3]。本病可对患者的工作、学习及生活造成严重影响, 引起不便与痛苦, 甚至猝死, 这使得越来越多医生关注该病。如何快速、安全有效、操作简单且价格低廉治疗颈源性眩晕, 改善患者生活治疗, 十分必要。

CV 的治疗方法有针刺治疗、穴位注射、中药治疗及推拿治疗等, 其中以针刺疗法为主。针刺疗法是一种经典治疗, 依据中医学理论, 以针刺入人体特

定的穴位以达到治疗,有疏通经络、驱邪扶正和调和阴阳等功能,在治疗眩晕方面可增加血供,缓解头晕和颈项痛等^[4]。针刺治疗 CV 多选用颈夹脊、风池及百会穴这 3 个穴位。颈夹脊位于足膀胱经与督脉间,刺激这穴位可缓解颈部肌肉紧张、畅通经络、改善督脉之气血,进而增加脑血管血供。风池穴位于斜方肌上端附着处与胸锁乳突肌见的凹陷处,能治疗眩晕、中风、颈背痛等。百会穴,又称“三阳五会”^[5],位于两耳尖与顶正中线连线的交点,即颠顶处,对大脑功能有重要影响,可调节人体的阴阳平衡,改善脑部供血功能。从解剖位置上看,CV 病变于颈部,根据局部近取,针刺疗法则以颈夹脊穴为主;从中经络走行角度看,手足少阳经、手足厥阴经、督脉经过颈部的经络,根据循经远取,针刺疗法则以风池、百会穴为主^[6]。因此在针刺治疗颈源性眩晕时。

针刺风池穴、颈夹脊及百会穴均可疏通经络,增加脑部血流,改善眩晕及颈背部痛,那么在治疗治疗颈源性眩晕方面,针刺这 3 个穴位何者疗效更佳,症状改善更为显著呢? 为了对针刺风池、颈夹脊、百会穴治疗颈源性眩晕的疗效进行比较,我们对本院 150 例颈源性眩晕的患者行观察,观察治疗前后患者症状的改善情况,现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 1 月至 2015 年 12 月 150 例我院门诊颈源性眩晕的患者进行回顾性分析,其中,男 71 例,女 79 例,年龄 30~75 岁,平均年龄(46.2±7.1)岁,。将这 150 例患者随机分成风池组、颈夹脊组和百会穴组,各 50 例。3 组患者在性别、年龄、病程及颈性眩晕症状与功能评估量表评分(ESCV)、左椎动脉(LVA)和右椎动脉(RVA)的收缩期血流速度(Vs)及平均血流速度(Vm)进行比较,差异均无统计学意义(P>0.05),具有可比性。见表 1。

表 1 3 组患者一般情况比较

组别	风池组	颈夹脊组	百会穴组
性别(男/女)	23/27	21/29	27/23
年龄(岁)	44.1±6.12	47.7±7.61	48.5±7.28
病程(年)	5.3±4.31	6.5±5.92	6.1±4.71
ESV	13.85±5.13	12.57±6.31	11.22±5.93
LVA	Vs 38.23±9.61	37.42±9.72	40.22±10.13
	Vm 25.65±6.71	23.26±7.12	26.13±8.22
RVA	Vs 37.12±8.57	38.59±7.98	39.61±9.13
	Vs 24.37±7.13	22.34±7.15	25.44±8.63

1.2 诊断标准 所有患者均符合国家中医药管理

局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[7] 颈源性眩晕诊断标准:1)以眩晕为主要症状,伴有恶心、呕吐、头痛、焦虑抑郁;2)眩晕与头颈部活动相关,具有体位性、突发性等特点;3)旋颈试验阳性;4)X 线片显示颈椎节段性不稳或钩椎关节骨质增生或椎间孔狭窄,颈椎 CT 示椎间盘膨出、突出或脱出,椎管狭窄;5)经颅彩色多普勒提示供血不足;6)排除耳鼻源性、眼性、颅脑性、心源性、药源性、及感染、中毒等病变所致的眩晕患者。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准者;2)年龄在 30~70 岁之间,病程>3 个月;3)治疗前 1 个月内未接受过其他治疗并且治疗过程中不接受其他治疗的患者;4)具有良好的依从性、签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)颈椎有骨折、脱位、感染、结合、肿瘤及脊髓病变者;2)不能耐受针刺治疗者;3)妊娠、哺乳妇女者;4)局部有软组织感染者;5)伴有精神病,严重心、脑、肺、肾及内分泌系统器质性疾病者;6)瘢痕体质、或正在服用抗抑郁药等精神疾病药物者。

1.5 治疗方法 患者进食 1 h 后行针刺治疗,禁饱腹饥饿,嘱其取俯伏坐位,先常规消毒风池穴后,使用直径为 0.25 mm×40 mm 的华佗牌一次性毫针(苏州医疗器械厂生产)。风池组在胸锁乳突肌与斜方肌上端的凹陷间毫针针头稍微向下,向下颌或鼻尖方向直刺 0.5~0.8 寸,使局部有酸胀感同时向头顶颞、前额扩散。颈夹脊组于颈 3~6 直刺 1.5~2 寸,产生酸胀感。百会穴组于颠顶处使针尖与头皮呈 15°~30°夹角后平刺,使得针感扩散到颈部。3 组均快速进针,行平补泄手法,需有得气感。针刺治疗均 1 次/d,留针 30 min/次,10 次/1 个疗程,疗程间隔期休息 3 d,治疗 2 个疗程后观察疗效。

1.6 观察指标 3 组患者治疗前后均行彩色颈颅多普勒超声(Transcranial Doppler,TCD)、ESCV,并观测治疗 2 个疗程后临床疗效。

1.6.1 症状与功能评估量表评分 在参照《颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)》^[8],在治疗前后对患者进行评分,量表包括量眩晕程度、频率、持续时间,颈肩痛,头痛,日常生活及工作,心理及社会适应这 7 个内容,总分为 30 分,若得分越高则症状越轻。

1.6.2 彩色颈颅多普勒超声 颈颅多普勒超声可查看到颅底动脉的多普勒回声信号,对于诊断颈动脉系统血管是否狭窄和闭塞重要价值^[9],是判断椎动脉血流动力的客观治疗,有利于颈源性眩晕的诊断与治疗。TCD 在诊断颈动脉狭窄方面具有灵敏度

高、方便准确及无创性等优点。治疗前后均采用深圳市德力凯电子有限公司生产的经颅多普勒超声检测仪,探头 1.6 MHz,连续脉冲探头,并记录收缩期血流速度(Vs)、平均血流速度(Vm)、舒张末期血流速度(Vd)。

1.6.3 疗效判定标准 根据《中医病症诊断疗效标准》^[7],眩晕疗效标准如下:1)临床痊愈:眩晕及其他伴随症状消失,可参加正常活动和工作;2)显效:眩晕明显减轻,偶有昏沉或头晕目眩,但不伴有天旋地转,日程生活及工作不受影响;3)有效:眩晕或头晕减轻,仅伴有轻微自身及外物的旋转,虽能坚持工作,但生活和工作受影响;4)无效:眩晕等症状无改善,日常生活和工作受到严重影响。

1.7 统计学方法 应用 SPSS 21.0 软件进行统计分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,各组治疗前后变化采用方差分析,治疗后 3 组 ESCV 及 TCD 参数差异先行方差分析,组间比较采用 LSD,等级资料进行秩和检验,计数资料进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 3 组患者临床疗效比较 3 组患者分别经过 2 疗程的治疗后,风池组有效率 82.0%,颈夹脊组有效率 94.00%,百会穴组有效率 78.00%,3 组有效率经 χ^2 检验计算, χ^2 为 11.23, $P < 0.05$,针刺 3 个穴位的有效率不全相等,3 组两两比较后,发现颈夹脊组的疗效明显优于风池组及百会穴组,且风池组及百会穴组疗效异常无统计学意义。见表 2。

表 2 3 组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	临床痊愈	显效	有效	无效	有效率(%)
风池组	50	12	14	15	9	82.0
颈夹脊组	50	18	11	8	3	94.0
百会穴组	50	10	13	16	11	78.0

2.2 3 组患者治疗前后 ESCV 比较 3 组患者经方差分析计算后,针刺 3 个穴位治疗前后颈性眩晕症状与功能评估量表评分差异均有显著性($P < 0.05$),且 3 组治疗后 ESCV 均提高。3 组患者治疗后 ESCV 评分经方差分析计算 F 为 26.93 ($P < 0.05$),治疗后 3 组 ESCV 评分不全相等,3 组经 LSD 两两比较,颈夹脊组显著高于风池组及百会穴组(P 分别为 0.02,0.03),风池组及百会穴组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 3。

2.3 3 组患者治疗前后经颅多普勒超声参数比较

3 组患者经针刺不同穴位后,左椎动脉及右椎动脉的 Vs、Vm 均较治疗前显著升高(P 均 < 0.05)。

风池组、颈夹脊组及百会穴组治疗后,左、右侧椎动脉的 Vs、Vm 经方差分析计算后 F 分别对应为 25.34、27.33、26.51、29.34, P 均 < 0.05 ,治疗后 3 组患者 Vs、Vm 均不全相等,分别经 LSD 两两比较后,治疗后 Vs、Vm 改善情况,颈夹脊组显著高于另外 2 组,风池组及百会穴组差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 4。

表 3 3 组颈性眩晕症状与功能评估量表评分比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
风池组	50	13.85±5.13	21.67±6.31
颈夹脊组	50	12.57±6.31	28.12±7.13
百会穴组	50	11.22±5.93	22.33±6.83

表 4 3 组治疗前后经颅多普勒超声参数比较($\bar{x} \pm s$)

组别	时间	LVA		RVA	
		Vs	Vm	Vs	Vm
风池组	治疗前	38.23±9.61	25.65±6.71	37.12±8.57	24.37±7.13
	治疗后	49.12±8.95	34.73±7.12	48.74±9.12	33.34±9.85
颈夹脊组	治疗前	37.42±9.72	23.26±7.12	38.59±7.98	22.34±7.15
	治疗后	51.22±9.47	38.66±7.54	49.69±8.97	39.56±8.61
百会穴组	治疗前	40.22±10.13	26.13±8.22	39.61±9.13	25.44±8.63
	治疗后	48.98±9.39	33.17±6.57	49.13±9.22	34.59±7.31

3 讨论

3.1 概述 颈源性眩晕又名椎动脉压迫综合征或椎动脉缺血综合征,多见于中老年,是由于颈椎病引起的椎-基底动脉供血不足而造成眩晕、恶心呕吐、耳鸣、颈肩痛等阵发性症状。CV 最早由 Barre 于 1926 年提出,随后 Ryan 与 Cope 在 1955 年完善“颈源性眩晕”这一概念^[10]。本病在中医学上属于“眩晕”范畴,病征于脑,多与“虚”“瘀”“火”“风”等相关,以“虚”为主^[11]。CV 可给广大中老年患者的工作和生活带来诸多不便,因此,快速、安全、有效及可靠改变显得十分重要。

3.2 CV 机制 椎动脉从锁骨下动脉发出,分为左和右,沿着斜角肌内侧方向上行,穿第 2 颈椎横突孔颈枕骨大孔进入颅腔,左、右椎动脉在脑桥和延髓合成基底动脉,即椎基底动脉系统。随着年龄的增加,颈椎可发生退行性改变以及骨赘的产生,且椎动脉较其他动脉可能形成动脉粥样硬化,这二者因素的作用下,当颈部急剧改变体位,容易压迫椎动脉,造成脑供血不足,从而发生眩晕,其他原因导致椎动脉受压及前庭系统供血不足均可引起眩晕^[12-14]。从中医学角度来看,本病的病因主要为饮食、体虚、情志、年高等,常虚实夹杂,以虚者多见,阴虚则易肝内动,气血不足则不能上承空窍,精虚则未能髓海空虚,实者多因痰浊壅遏^[15]。本病病位于头窍,脑部为“髓

海”，髓由精生，精虚失髓，则髓海不足，精髓未至于头窍，头窍缺滋养，则生眩晕；根为督脉，督脉行于身后，为“阳脉之海”，而颈椎为督脉之所主，眩晕与督脉关系尤为密切；病变脏腑为肝、脾、肾，多与肝病气，肝胆失调、肾失精血相关^[16]。故从辨证角度，眩晕治疗重点在督脉，并调肝补虚、补肾生髓、疏通经络、活血化瘀等诸法。

3.3 颈夹脊的优势 针刺疗法是一种治疗颈源性眩晕最为常用，也是有疗效显著的方法，作为一种非药物的方法，具有简便、不良反应小、安全有效等优点。因颈源性眩晕病位在头，头为“诸阳之会”^[17]，脏之精髓，六腑之气血皆汇于头，故针刺穴位多以头部为主，如风池穴、颈夹脊及百会穴等。其中，百会穴属督脉，位于头部，为手、足三阳与督脉位交会穴，是息风之要穴。因百会穴为百脉所集、阳气所汇，故有“百会，百病皆主”之说^[18]，能宣通气血，调节阴阳，息风通络，开窍醒脑。风池穴属足少阳胆经，于颞后发际中陷处，是祛风之要穴。改穴既能通畅脑部脉络气血，又可调整阴阳平衡，使清阳上升入，醒脑开窍。颈夹脊穴沿督脉走行，兼有膀胱经与督脉之效，调节督脉，奋阳气^[19]。从人体解剖上看，该穴的分布与神经节段的关系非常密切，刺激颈夹脊穴可直接使颈肩部周围紧张的肌肉缓解，减少交感神经刺激，使得颈动脉扩张，改善脑部供血及椎动脉血流动力学，有生精益髓、调节腑气之效^[20]。百会穴、颈夹脊穴及风池穴均可调节气血，改善椎动脉循环，缓解眩晕，但是，颈夹脊穴不仅经络走行与眩晕之根督脉相似，而且局部位置为椎动脉的体表投影，生理解剖上来看其分布与神经节段密切，综上所述，颈夹脊在治疗颈源性眩晕方面，优于风池穴及百会穴。

我们对本院 2015 年 1 月至 2015 年 12 月 150 例门诊颈源性眩晕的患者行针刺风池穴、颈夹脊穴及百会穴的疗效进行分析发现，针刺颈夹脊的疗效明显优于针刺风池及百会穴，且风池及百会穴无统计学意义。治疗后针刺颈夹脊在 ESCV 评分、左右侧椎动脉 VS、Vm 改善方面均优于另外 2 组。同时，本研究还存在样本量小、治疗窗不够长等不足，希望在进一步研究中可以加以改善。故针刺颈夹脊穴治疗颈源性眩晕具有良好的疗效，且优于针刺风池穴及百会穴，同时价格低廉，操作方便，不良反应少，患者易于接受，依从性高，值得临床推广。

参考文献

[1] 徐德永, 栾红梅. 椎动脉型颈椎病的发病因素与检查方法的探索

[J]. 临床放射学杂志, 1998, 17(6): 371.

[2] 孙宇, 陆琪. 第二届颈椎病座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472.

[3] 黄绪银, 陈秀清, 吴欢影, 等. 温针夹脊穴为主治疗颈源性眩晕的临床疗效分析[J]. 中国医药科学, 2011, 1(22): 100-101.

[4] 刘平, 刘凯燕. 百会穴临床应用研究[J]. 针灸临床杂志, 2004, 20(4): 42-43.

[5] 李享, 寿依夏, 任玉兰, 等. 古代不同时期针灸治疗眩晕用穴特点的数据挖掘研究[J]. 中国针灸, 2014, 34(5): 511-515.

[6] 蒋非, 邱剑锋, 李国栋. 中药熏洗疗法治疗肛肠疾病研究进展[J]. 中医外治杂志, 2007, 16(1): 57-59.

[7] 国家中医药管理局. 中华人民共和国中医行业标准: 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186-188.

[8] 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): 245-207.

[9] 吴国英, 陈华德, 申屠小良, 等. TCD 评估针刺百会穴对颈性眩晕椎一基底动脉供血的影响[J]. 浙江中医药大学学报, 2008, 32(1): 82-84.

[10] Ryan GMS, Cope S. Cervical vertigo[J]. Lancer, 1955, 31(7): 1355.

[9] 候转转, 陈华德, 王灿军, 等. 督脉穴位为主治疗气血亏虚型颈性眩晕的临床体会[J]. 浙江中医药大学学报, 2013, 16(10): 1242-1243.

[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] 唐琼. 中西药加针灸治疗眩晕症的临床体会[J]. 中医临床研究, 2012, 4(5): 70-77.

[13] 尹保锋. 针刀联合针刺治疗椎动脉型颈椎病 100 例疗效观察[J]. 医学信息, 2014, 27(10): 304.

[14] 夏志强. 加减葛根汤治疗气滞血瘀型颈源性眩晕 50 例临床观察[J]. 中医药导报, 2008, 14(7): 32.

[15] 严相默. 颈源性眩晕的诊断治疗[J]. 实用疼痛学杂志, 2005, 1(1): 408-410.

[16] 徐建平, 徐卫东, 林国兵, 等. 双膝关节炎患者行小切口单髁置换术与全膝关节置换术临床疗效对比分析[J]. 中华外科杂志, 2013, 51(2): 157-160.

[17] 纪桂茹. 椎动脉型颈椎病的中西医治疗概况[J]. 职业与健康, 2010, 10(3): 951-953.

[18] World Health Organization (WHO). Regional Office for the Western Pacific, Standard Acupuncture Nomenclature[M]. Manila: World Health Organization, 1993.

[19] 唐琼. 中西药加针灸治疗眩晕症的临床体会[J]. 中医临床研究, 2012, 4(5): 70-71.

[20] Langevin HM, Bouffard NA, Churchill DL, et al. Connective tissue fibroblast response to acupuncture: dose-dependent effect of bidirectional needle rotation[J]. J Complement Med, 2007, 13(3): 355-360.

(2016-06-13 收稿 责任编辑: 白桦)