

颈性眩晕针灸治疗方案的初步优选

张 晖 侯 腾 陆建虎

(南京市中医院脑病中心,南京,210001)

摘要 目的:对颈性眩晕的针灸治疗方案进行初步优选。方法:选取2014年1月至2015年6月南京市中医院病房及门诊收治的颈性眩晕患者72例为研究对象,采用正交设计,研究穴位及针刺角度方向、针刺深度、针刺根数、留针时间4因素3水平的9组不同搭配组合方案,以颈性眩晕症状与功能评估量表为观察指标,初步确定颈性眩晕针刺治疗优选方案。结果:针灸选穴针刺方向、针刺深度、针刺根数3因素不同水平在临床疗效方面差有统计学意义,而留针时间差异无统计学意义。结论:颈性眩晕优化治疗初选,采用脑空透风池、脑户透风府,中刺或深刺,应用排针,留针1 h,可以获得相对最佳的疗效。

关键词 颈性眩晕;针刺;排针;正交设计;优选

Preliminary Optimazation in Acupuncture Treatment Protocol for Cervical Vertigo

Zhang Hui, Hou Teng, Lu Jianhu

(Center of Stroke, Nanjing Hospital of TCM, Nanjing 210001, China)

Abstract Objective: To Preliminarily optimize acupuncture treatment protocol for cervical vertigo. **Methods:** A total of 72 patients with cervical vertigo were selected as research subjects. With orthogonal design, 9 different groups in terms of acupoint selection, needling angle and direction and depth, number of needles, needle retaining time, from four factors and three levels were studied. Cervical vertigo symptom and functional evaluation scale were set as observation indicators and the optimal scheme of acupuncture treatment for cervical vertigo was preliminarily determined. **Results:** Selection of acupoints, needling direction, needling depth, needle number in different levels significantly affected clinical efficacy but no obvious difference in needle retaining time. **Conclusion:** The primary optimization for Cervical vertigo treatment is from Naokong (GB 19) to Fengchi (GB 20) and from Naohu (GV 17) to Fengfu (GV18), with media or deep depth, by parallel needling, retaining for 1 hour. Thus, it may receive a relative optimal effect.

Key Words Cervical vertigo; Acupuncture; Parallel needling; Orthogonal design; Optimization

中图分类号:R245.31 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2017.02.041

颈性眩晕多见于椎动脉型颈椎病,临床上多表现眩晕为主,伴偏头痛、恶心呕吐、视物模糊、行走不稳、颈项强直,甚则易猝倒。椎动脉长期供血不足,易发生后循环缺血性脑卒中,严重危及生命。本研究意在初步探讨针灸治疗颈性眩晕的最佳优选方案,以便在临床上广泛推广与使用。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取2014年1月至2015年6月南京市中医院病房及门诊患者共75例,剔除3例,总计72例。男38例,女34例;年龄52~81岁,平均年龄 (65.2 ± 9.3) 岁;平均病程2.4个月;伴随恶心、呕吐者20例,耳鸣34例,视物不清35例,体位改变加重者40例,所有入组患者签署临床治疗同意书。各组患者年龄、性别、病程、治疗前根据颈性眩

晕症状与功能评估量表评分等比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 结合2010年眩晕诊治专家共识,拟定诊断标准:1)以眩晕为主,伴有头痛、视物模糊、恶心呕吐、站立行走不稳、颈项强直不舒,甚则有猝倒发作;2)旋颈试验阳性;3)颈部影像学检查异常如颈椎反弓、椎体不稳,椎间盘突出等;4)经耳科和眼科检查排除耳源性眩晕(美尼尔氏综合征)和眼源性眩晕。

1.3 纳入标准 1)以眩晕为主诉,伴有恶心、呕吐,耳鸣,视物不适,出汗,心悸,血压升高,头痛,颈肩痛,潮红及上肢麻木等症状;2)病史提示其发病与起卧床动作、翻身、转头等头颈部活动或颈椎处于某特殊体位而发病;3)颈椎X线片检查提示有颈椎失稳影像学表现者;4)经颅多普勒(TCD)检查提示有椎

动脉或基底动脉供血不足者;5)眩晕发作次数在2次以上;6)每次眩晕时间在7 d以上,不能自行缓解,或药物治疗效果不明显。

1.4 排除标准 1)合并心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;2)耳源性、眼源性、心源性眩晕患者;3)脑干、小脑病变或大脑病变患者;4)偶有1次眩晕发生者(7 d以内);5)不符合纳入标准,未按规定进行检查或治疗,或者资料不全者。

1.5 剔除标准 在治疗过程中不能完全配合者,或者治疗中有人晕针者。

1.6 考察因素及水平 本试验考察4因素3水平的安排。见表1。

表1 考察因素及水平安排

水平	穴位及针刺角度方向	针刺深度	针刺根数	留针时间
1	脑空透风池、脑户透风府	浅	1根	0.5 h
2	风池、风府直刺	中	2根	1 h
3	颈夹脊平刺	深	排针	>6 h

1.7 分组 采用正交设计,按分组及考察因素和水平的安排,将72例患者随机分为9组,每组8例。见表2。

表2 分组及考察因素和水平的安排

组别	A(穴位及针刺方向角度)	B(针刺深度)	C(针刺根数)	D留针时间(h)
1	1(脑空透风池、脑户透风府)	1(浅)	1(1根)	1(0.5 h)
2	1(脑空透风池、脑户透风府)	2(中)	2(2根)	2(1 h)
3	1(脑空透风池、脑户透风府)	3(深)	3(排针)	3(>6 h)
4	2(风池、风府直刺)	1(浅)	2(2根)	3(>6 h)
5	2(风池、风府直刺)	2(中)	3(排针)	1(0.5 h)
6	2(风池、风府直刺)	3(深)	1(1根)	2(1 h)
7	3(颈夹脊平刺)	1(浅)	3(排针)	2(1 h)
8	3(颈夹脊平刺)	2(中)	1(1根)	3(>6 h)
9	3(颈夹脊平刺)	3(深)	2(2根)	1(0.5 h)

注:如第7组针刺治疗方案为,选颈夹脊穴,采用排针平刺法,留针1 h。余组类推。

1.8 治疗方法

1.8.1 针刺方向 脑空透风池、脑户透风府刺法的针刺方向角度:均采用平刺法。进皮后,沿浅筋膜层透向相应穴位。风池、风府直刺:风池向鼻尖方向直刺,风府向下颌方向直刺。颈夹脊平刺法:颈1穴在枕外隆凸下,C₂棘突上最凹陷处旁开2~3 cm处,压之最痛点处颈2穴、颈3穴、颈4穴分别在C₃、C₄、C₅棘突上缘旁开2~3 cm压之最痛点取穴。选穴点平行或略向下1.5寸外,为针刺进针点,采用平刺法,分别针向相应部位的颈夹脊穴。

1.8.2 针刺深度 对针刺深度进行量化分级,分浅、中、深3个针刺水平。脑空透风池、脑户透风府、

颈夹脊平刺法的针刺深度:浅刺即深度不及0.5寸透皮即止,中刺即深度为0.5寸,深刺即深度约为1寸。

风池、风府穴直刺法的针刺深度:浅刺即深度为透皮不及0.5寸即止,中刺即深度约为1寸,深刺即深度约为1.5寸。

1.8.3 针刺根数 脑空透风池、脑户透风府、风池、风府直刺法针刺根数水平量化。针刺根数1指选穴处进针1根。针刺根数2指选穴处旁1 cm处,再加1根。排针法:以脑空为中心,在其两旁间距1 cm处各加刺2根,共5根,均平刺透向风池;以脑户为中心,在其两旁间距1 cm处各加刺1根,共3根,均平刺透向风府;在风池、风府两旁各加刺1根,共3根。颈夹脊平刺法针刺根数水平量化:针1根为针颈1穴;针2根针为针颈1及颈2穴;排针法为针颈1、2、3、4穴共4穴。均采用平刺法。

1.8.4 留针时间 留针三水平为0.5 h、1 h、>6 h。>6 h指嘱患者尽量延长针刺时间,直刺时,可为2 h,透刺与平刺留针时间大于6 h。隔日针刺治疗1次,3次为1个疗程,3次结束后休息2 d,进行下1个疗程的治疗,6次(2个疗程)后治疗结束。

1.9 观察指标 根据《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[1],对各组患者治疗前后进行评估。并记录症候积分。进行比较统计分析。

1.10 疗效判定标准 疗效观察根据《中医病证诊断疗效标准》(国家中医药管理局医政司,1995年1月1日)中“眩晕”部分进行疗效统计并根据国内^[2]学者评定所用方法自拟症候积分计分表作为评分标准,对治疗前后进行评分。疗效评定方法以患者的症状和体征累计积分,通过疗效指数作为评定依据,然后按下述标准进行评定。

疗效评定标准评分指数 $n = (\text{治疗前积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分} \times 100\%$ 。

1.11 统计学方法 对治疗前后的评定结果进行总结,并计算出治疗前与治疗后的评定差值,并选用SPSS 16.0统计软件进行数据统计分析,对颈性眩晕症状与功能评估量表的统计结果进行直观分析、方差分析与多重比较。

2 结果

2.1 各组统计结果 分别于治疗前后对患者进行评定,并计算出针灸治疗前后的差值,差值越大,说明疗效越好。见表3。

2.2 直观分析 对表3数据进行直观分析,得出结果见表4。由表4可知:采用脑空透风池,脑户透风

府,进针 0.5~1.0 寸,同时采用排针法,留针 1 h 左右,能取得相对最佳的疗效。

表 3 治疗前后的评定差值

分组	A	B	C	D	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	ΣX
1	1	1	1	1	5	9	16	8	16	15	8	6	83
2	1	2	2	2	24	19	14	18	13	23	20	14	145
3	1	3	3	3	17	24	18	23	18	19	24	18	161
4	2	1	2	3	7	15	6	8	15	7	4	7	69
5	2	2	3	1	18	25	9	19	17	12	18	10	128
6	2	3	1	2	18	10	7	17	6	11	12	6	87
7	3	1	3	2	14	8	7	15	8	8	7	14	81
8	3	2	1	3	9	7	8	5	6	16	6	7	64
9	3	3	2	1	9	10	18	9	6	10	8	9	79

表 4 直观分析

K、R 值	A(穴位及针刺方向角度)	B(针刺深度)	C(针刺根数)	D(留针时间)
K1	389	233	234	290
K2	284	337	293	313
K3	224	327	370	294
R×21	165	104	136	23

2.3 方差分析 为检验各因素在获得临床疗效方面差异有统计学意义,对表 4 进行了方差分析,结果见表 5。由表 5 可知,因素 A、B、C 为显著因素,说明针灸选穴、针刺根数及针刺深度的水平不同在获得临床疗效方面差异有统计学意义,而留针时间作用不显著。

表 5 方差分析

因素	偏差平方和	自由度	F 值	F 临界值	P
A	4650.000	2	46.192	19.000	0.021*
B	2194.667	2	21.801	19.000	0.044*
C	3100.667	2	30.801	19.000	0.031*
D	100.667	2	1.000	19.000	
误差	100.67	2			

2.4 多重比较 为进一步观察因素 A、B、C 各水平两两之间的差异如何,则必须进行多重比较,得出结果见表 6、表 7、表 8。从下 3 表看,对于因素 A(针刺选穴),选择 A1 水平疗效优于 A2、A3 水平,且差异有统计学意义($P<0.05$),A2 与 A3 水平相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。对于因素 B(针刺深度),B3、B2 水平明显优于 B1 水平,且差异有统计学意义($P<0.05$),B2 水平与 B3 水平相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。对于因素 C(针刺根数),C3 水平明显优于 C2、C1 水平,且差异有统计学意义($P<0.05$),C2 水平与 C1 水平相比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。

表 6 A 因素的多重比较

组别		均值差值(I-J)	标准差	P
1	2	35.0000*	5.79272	0.026*
	3	55.0000*	5.79272	0.011*
2	1	-35.0000*	5.79272	0.026*
	3	20.0000	5.79272	0.075
3	1	-55.0000*	5.79272	0.011*
	2	-20.0000	5.79272	0.075

表 7 B 因素的多重比较

组别		均值差值(I-J)	标准差	P
1	2	-34.6667*	5.79272	0.027*
	3	-31.3333*	5.79272	0.033*
2	1	34.6667*	5.79272	0.027*
	3	3.3333	5.79272	0.623
3	1	31.3333*	5.79272	0.033*
	2	-3.3333	5.79272	0.623

表 8 C 因素的多重比较

组别		均值差值(I-J)	标准差	P
1	2	-19.6667	5.79272	0.077
	3	-45.3333*	5.79272	0.016*
2	1	19.6667	5.79272	0.077
	3	-25.6667*	5.79272	0.047*
3	1	45.3333*	5.79272	0.016*
	2	25.6667*	5.79272	0.047*

3 讨论

3.1 选穴 本病临床取穴繁多,连树林^[3]等针刺颈夹脊 2~7 穴配合透刺法治疗颈性眩晕,疗效确实。陆箐等^[4]针刺风池、百会配四关治疗颈性眩晕,总有效率 89.1%。何智泉等^[5]李春颖等^[6]采用腹针取穴,张艳^[7]采用山西头针穴位透刺法治疗,疗效均满意。本研究采用了“脑空透风池,脑户透风府”一针两穴的透刺方法,既改善局部供血,又发挥了通经活络的作用,取得了满意的疗效。风池穴属足少阳胆经,又是阳维脉、阳跷脉之交会穴,临床使用广泛。周湘明^[8]基于对颈性眩晕解剖结构的认识,采用风池穴互相透刺,结合其他穴位针刺,发现疗效明显优于药物组。脑空穴同属于足少阳胆经,脑空透向风池,更加强了疏通经络、流注气血的作用,同时达到针至病所的目的,进一步提高了疗效。脑户,风府均属督脉,杨潇然等^[9]采取针刺督脉穴治疗椎基底动脉型颈椎病,对照组采用辨证结合局部取穴,发现无论从临床疗效,还是 TCD 结果,均明显优于对照组。并认为中医眩晕病位在督脉与足太阳膀胱经循行处,经脉所过,主治所及,采用督脉穴可直达病所,以使督脉及足太阳经经脉通畅,气血运行恢复正常,自

然上行而滋养脉络。

3.2 针刺方向角度 目前针灸治疗本病,大多采用直刺的方法,未见斜刺或平刺的报道。目前关于平刺疗效的认识,多是基于对浮针刺法的认识,浮针治疗不同于传统针灸,最初是从中医之皮部理论加以解释,认为十二皮部是十二经脉功能活动反应于体表的部位,也是络脉之气散步之所在。有报道^[10]采用浮针方法治疗颈性眩晕,疗效优于局部直刺及辨证取穴。郑云甲^[11]认为直刺对浅筋膜等结缔组织中胶原纤维的刺激仅仅是一个点,而平刺却是一条线。即平刺比直刺对胶原纤维的刺激量大,也就是说平刺对人体所产生的信息量和能量更大。所以平刺比直刺能收到更好的治疗效果。由此证明了针刺角度在针灸治病的过程中起着重要的作用。

3.3 针刺根数 多针刺法自古早已有之,《灵枢·官针》篇有傍针刺、齐刺、扬刺等刺法,临床常用此以增加针感和刺激量,以增加疗效。传统认为,经络或皮部在人体是呈带状分布的,而非线状分布,因此,通过增加针刺的根数,一方面能够起到增加针灸刺激的作用,还能够使针灸作用的范围更广,作用更强。这种方法与浮针刺法中的扫散动作类似。

3.4 研究结论 根据考察的因素与水平来说,颈性眩晕的针灸治疗方案初步优选,采用脑空透风池、脑

户透风府,中刺或深刺,应用排针(针刺根数 3~5 根),留针 1 h,可以获得相对最佳的疗效。

参考文献

- [1] 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.
- [2] 范炳华,吴良浩,张杰,等. 椎动脉性眩晕的血管形态学变化及分型研究[J]. 中国骨伤,2005,18(9):527-529.
- [3] 连树林,丁庆刚,旋静. 针刺颈夹脊穴配合透穴刺法治疗颈源性眩晕临床研究[J]. 吉林中医药,2012,32(1):92-93.
- [4] 边新娜,张玉莲. 调理髓海针刺治疗颈性眩晕临床观察[J]. 吉林中医药,2010,30(2):151-152.
- [5] 何智泉,肖路,曹哲,等. 薄氏腹针疗法治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2011,9(12):1446-1447.
- [6] 梁定宇. 腹针疗法治疗颈源性眩晕的临床观察[J]. 现代医药卫生,2010,26(21):3307-3308.
- [7] 张艳. 头针配合穴位透刺法治疗颈性眩晕 38 例[J]. 湖南中医杂志,2012,28(5):88-89.
- [8] 周湘明. 风池穴互相透刺治疗颈性眩晕 55 例[J]. 上海针灸杂志,2001,20(3):30.
- [9] 杨潇然,张保成,党读华,等. 针刺督脉穴治疗椎-基底动脉型颈椎病 29 例临床观察[J]. 河北中医,2008,30(8):841-843.
- [10] 张秋玲,吴扬扬. 浮针治疗椎动脉型颈椎病 45 例[J]. 陕西中医,2009,30(8):1054-1055.
- [11] 郑云甲,郑雁南. 关于针刺方法改革方向的思考[J]. 中国针灸,2003,23(5):277-279.

(2016-02-29 收稿 责任编辑:王明)

(上接第 400 页)

综上所述,刺回阳九针穴联合加味补中益气汤治疗急性脑梗死,可有效调节患者血浆 ET 和 NO 的水平,改善血管内皮细胞的功能,促进神经缺损功能的恢复,提高患者的生活质量,疗效确切,值得应用于临床。

参考文献

- [1] 赵锋. 奥扎格雷钠对急性脑梗死患者血清白细胞介素-6 和可溶性细胞间黏附分子-1 的影响[J]. 国际神经病学神经外科学杂志,2011,38(3):239-240.
- [2] 康梅娟. 应用丹参川芎嗪注射液治疗急性脑梗塞早期临床观察[J]. 中药药理与临床,2015,31(5):117-120.
- [3] 中华神经学会中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):379-380.
- [4] 全国第四届脑血管学术会议. 脑卒中患者神经功能缺损程度评分标准[J]. 中华神经科杂志,1996,29(6):381-383.
- [5] 王慧娟,刘运平,曹妍,等. 丁苯酞氯化钠联合依达拉奉治疗急性期脑梗死患者对神经功能缺损评分和日常生活活动能力的影响[J]. 河北医药,2015,37(21):3255-3258.
- [6] 邵安健. 银杏达莫注射液治疗急性脑梗塞的临床研究[J]. 现代

中药研究与实践,2008,22(5):56-57.

- [7] 张洪,周敏,章军建. 舒血宁注射液治疗急性脑梗塞的疗效及其作用机制[J]. 中华中医药杂志,2009,24(1):81-84.
- [8] 曹理璞. 补中益气汤加味治疗急性脑梗塞临床疗效分析[J]. 四川中医,2015,33(5):78-80.
- [9] 杜维民. 补中益气汤加味治疗脑分水岭梗死 40 例临床疗效观察[J]. 中医临床研究,2012,4(23):97-98.
- [10] 蔡永强. 补中益气汤加味联合阿托伐他汀治疗脑梗塞并高血脂的疗效观察及其对血液流变学的影响[J]. 中国中医药科技,2016,23(1):71-72.
- [11] 俊华,周嘉澄,刘刚. 针刺背俞穴对中风偏瘫患者运动功能的影响[J]. 上海针灸杂志,2010,29(12):770-772.
- [12] 余长江,沈玉杰,胡小军. 针刺回阳九针穴对中风后遗症患者血浆 ET 及 NO 的影响[J]. 实用中医药杂志,2015,31(9):796-797.
- [13] 肖乾林. 针灸回阳九针穴治疗四肢痛痹 142 例临床观察[J]. 按摩与康复医学,2011,29(2):213-213.
- [14] 岳爱霞. 醒神通络方加针灸改善缺血性中风恢复期神经功能缺损的临床观察[J]. 中国实验方剂学杂志,2014,20(10):200-204.

(2016-04-27 收稿 责任编辑:洪志强)