

# 电针治疗颈源性眩晕临床观察

李国灿

杭州市萧山区第一人民医院中医针灸科, 浙江 杭州 311200

**[摘要]** 目的: 观察电针治疗颈性眩晕的临床疗效及其对椎-基底动脉供血改善的影响。方法: 将120例患者随机分为2组各60例。因失访、脱落对照组完成55例, 观察组完成57例。对照组予盐酸氟桂利嗪片及甲磺酸倍他斯汀片治疗; 观察组采用电针治疗, 2组均治疗3周。治疗前后对颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)、颈椎病临床评价量表(CASCS)评分、颈椎退变程度进行评价; 采用多普勒超声记录治疗前后椎-基底动脉舒张末期峰值流速(EDV)、收缩期峰值流速(PSV)、阻力指数(RI)和搏动指数(PI)。结果: 临床疗效总有效率观察组92.98%, 高于对照组78.18%, 差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。治疗后, 2组ESCV量表眩晕(程度、频度和持续时间)、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应评分均上升, 颈椎退变程度均有改善, CASCS评分均升高, PSV及EDV均增加, RI及PI均降低, 分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ ); 观察组ESCV量表各项评分、CASCS评分均高于对照组, PSV及EDV均快于对照组, RI及PI均低于对照组, 差异均有统计学意义( $P < 0.05$ ,  $P < 0.01$ )。结论: 电针治疗能缓解颈源性眩晕患者的头晕及伴随症状, 改善颈椎功能和椎-基底动脉供血情况, 且临床疗效优于西药内服治疗。

**[关键词]** 颈源性眩晕; 电针疗法; 颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV); 颈椎病临床评价量表(CASCS); 舒张末期峰值流速(EDV); 收缩期峰值流速(PSV); 阻力指数(RI); 搏动指数(PI)

[中图分类号] R441.2 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415 (2018) 03-0160-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.03.043

## Clinical Observation of Electroacupuncture for Cervical Vertigo

LI Guocan

**Abstract:** **Objective:** To observe the clinical effect of electroacupuncture for cervical vertigo and the effect of blood supply of vertebro-basilar artery. **Methods:** Divided 120 cases of patients into two groups randomly, 60 cases in each group. Due to a loss of follow-up and expulsion, 55 cases were completed in the control group and 57 cases in the observation group. The control group was given flunarizine hydrochloride tablets and betahistine mesilate tablets for treatment; the observation group received electroacupuncture, and both groups were treated for 3 weeks. Evaluated the scores of evaluation scale for cervical vertigo(ESCV) and clinical assessment scale for cervical spondylosis(CASCS) as well as cervical degeneration degree before and after treatment; recorded end diastolic velocity(EDV), peak systolic velocity(PSV), resistance index(RI) and pulsatility index(PI) of vertebro-basilar artery before and after treatment by means of doppler ultrasound. **Results:** The total effective rate was 92.98% in the observation group, higher than that in the control group being 78.18%, difference being significant ( $P < 0.05$ ). After treatment, the scores of ESCV in respect of dizziness(degree, frequency and duration), neck and shoulder pain, headache, daily life and work, psychology and social adaptation were all increased, degree of cervical degeneration was improved, scores of CASCS were significantly increased, PSV and EDV were both increased, RI and PI were both decreased in the two groups, and compared the indexes with those before treatment, differences being significant( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ); Each score of ESCV and CASCS in the observation group was higher than that in the control group, PSV and EDV were both faster than those in the control group, and RI and PI were both lower than those in the control group, differences being significant( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ ). **Conclusion:** Electroacupuncture can relieve dizziness and concomitant symptom of patients with cervical vertigo, improve cervical function and blood supply of vertebro-basilar artery, and its clinical effect is better than that of oral western medicine treatment.

[收稿日期] 2017-06-17

[作者简介] 李国灿(1973-), 男, 主治中医师, 主要从事针灸临床工作。

**Keywords:** Cervical vertigo; Electroacupuncture; Evaluation scale for cervical vertigo(ESCV); Clinical assessment scale for cervical spondylosis(CASCS); End diastolic velocity(EDV); Peak systolic velocity(PSV); Resistance index(RI); Pulsatility index(PI)

颈源性眩晕以眩晕和平衡失调为特征,为上颈椎区域功能紊乱引起的本体感受器异常神经传入至前庭核所致,也称椎动脉型颈椎病,其确切发病机制仍然不清,可能是多因素综合作用的结果。临床以保守疗法为主,如颈托固定、手法、物理治疗、前庭康复、局部热疗、药物、血管支架、硬膜外阻滞及微创或手术治疗等,均有一定的疗效,临床无特异性治疗方法,总体疗效并不理想<sup>[1]</sup>。本病属中医学眩晕范畴,国医大师路志正教授认为其病因病机多为风、痰、虚、瘀,路老提出“持中央,调升降”的指导思想,对针刺治疗本病具有重要指导意义<sup>[2]</sup>。中医治疗本病手段丰富,如中药、针刀松解术、手法推拿、针灸等,具有疗效好、副作用少的优势。其中针灸疗法治疗本病因效果良好及经济安全等而得到肯定,是目前治疗本病的理想方法之一<sup>[3]</sup>。笔者以路老“持中央,调升降”的理论指导,以电针治疗颈源性眩晕取得较好的临床疗效,结果报道如下。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照《中国颈椎病诊治与康复指南》<sup>[4]</sup>:以头晕或眩晕为主诉,发作间歇期可有跌倒或欲跌感;伴有颈项疼痛不适,可合并恶心、呕吐、失眠、耳鸣、耳聋等症状;旋颈试验阳性;影像证实具有颈椎小关节错位、颈椎间盘突出、脊髓受压等退行性变;经颅彩色多普勒示椎-基底动脉供血不足;并排除梅尼埃病、动脉硬化、血液病、小脑性眩晕、椎动脉V<sub>1</sub>和V<sub>3</sub>段供血不全、神经官能症与颈内肿瘤。

**1.2 纳入标准** ①符合颈源性眩晕的诊断标准;②病程>1年;③35~70岁,男女不限;④能配合随访治疗,取得患者知情同意并签署知情同意书者。

**1.3 排除标准** ①外耳性和眼源性眩晕;②近4周已经采用过本研究方案治疗者;③孕妇或哺乳期妇女;④合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统、内分泌系统等严重原发性疾病不能控制者;⑤智力或精神障碍患者、严重过敏体质者;⑥颈部外伤、骨折者,脊柱先天性畸形或发育不全,颈椎结核者;⑦有晕针史者。

**1.4 一般资料** 观察病例为2015年4月—2016年10月本院理疗科就诊的颈源性眩晕患者,共120例。按随机数字表法分为2组各60例。因失访、脱落对照组完成55例,观察组完成57例。观察组男27例,女30例;年龄36~67岁,平均(50.72±11.14)岁;病程1~10年,平均(4.17±1.78)年;眩晕程度<sup>[5]</sup>:Ⅱ级15例,Ⅲ级20例,Ⅳ级12例,Ⅴ级10例。对照组男25例,女30例;年龄38~69岁,平均(51.45±10.82)岁,病程1~9年,平均(4.26±1.83)年;眩晕程度:Ⅱ级14例,Ⅲ级22例,Ⅳ级11例,Ⅴ级8例。2组性别、年龄、病程及眩晕程度等基线资料比较,差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 盐酸氟桂利嗪片(哈药集团制药六厂,国药准字H10920064),每次5mg,每天1次,睡前服用;甲磺酸倍他斯汀片(卫材中国药业有限公司生产,H20040130),每次6mg,每天3次。

**2.2 观察组** 行电针疗法。穴位:风池,百会,太阳,四神聪,三阴交,绝骨,颈椎4~7夹脊穴,足三里。方法:患者俯伏坐位或俯卧位,常规穴位,采用0.35mm×40mm毫针。针刺深度和角度根据部位和胖瘦灵活掌握,进针后行平补平泻手法得气。每次选择3组穴位连接华佗牌电针治疗仪6805-2,波型选取2Hz/100Hz疏密波,局部产生麻胀感,且患者能耐受为度,留针30min,每天1次,每周6次。

2组均治疗3周观察疗效。

## 3 观察指标与统计学方法

**3.1 观察指标** ①颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)<sup>[6]</sup>:包括眩晕16分[眩晕程度(8分)、频度(4分)、持续时间(4分)]、颈肩痛4分、头痛2分、日常生活及工作4分、心理及社会适应4分。得分越高表示症状越轻微或功能越好。治疗前后各评价1次。②颈椎退变程度:根据治疗前后颈椎间盘MRI表现,依据Miyazaki标准<sup>[7]</sup>分为I~V级,记1~5分。③颈椎功能:采用颈椎病临床评价量表(CASCS)<sup>[8]</sup>,得分越高表明功能越好。治疗前后各评价1次。④多普勒超

声：检测椎-基底动脉供血情况。治疗前后各检测1次。记录舒张末期峰值流速(EDV)、收缩期峰值流速(PSV)、阻力指数(RI)和搏动指数(PI)。

3.2 统计学方法 数据管理与统计分析采用SPSS 20.0 统计分析软件，计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示，组间比较采用t检验，计数资料比较采用 $\chi^2$ 检验，以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》<sup>[9]</sup>及《中药新药临床研究指导原则(试行)》<sup>[10]</sup>拟定。临床治愈：眩晕等症状完全消失，颈椎功能正常。显效：眩晕等症状明显减轻，伴发症状和体征多数消失，颈椎功能基本恢复正常。有效：眩晕等症状有所减轻，伴发症状和体征部分消失，工作生活所受影响有所减轻。无效：眩晕和其它伴随症状、体征

无改善。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。临床疗效总有效率观察组92.98%，高于对照组78.18%，2组比较， $\chi^2=5.024$ ，差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	临床治愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
观察组	57	12	30	11	4	92.98 <sup>①</sup>
对照组	55	7	25	11	12	78.18

与对照组比较，① $P < 0.05$

4.3 2组治疗前后ESCV量表评分比较 见表2。治疗后，2组ESCV量表眩晕(程度、频度和持续时间)、颈肩部、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应评分均上升，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；观察组ESCV量表各项评分均高于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表2 2组治疗前后ESCV量表评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	眩晕			颈肩部	头痛	日常生活及工作	心理及社会适应
			程度	频度	持续时间				
观察组	治疗前	57	2.68±0.94	1.53±0.49	1.43±0.48	1.89±0.51	0.63±0.49	1.75±0.78	1.73±0.74
	治疗后	57	6.91±0.45 <sup>①②</sup>	3.55±0.83 <sup>①②</sup>	3.77±0.81 <sup>①②</sup>	3.64±0.98 <sup>①②</sup>	1.74±0.52 <sup>①②</sup>	3.23±0.18 <sup>①②</sup>	3.32±0.93 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	55	2.74±0.85	1.49±0.55	1.48±0.42	1.84±0.46	0.61±0.33	1.71±0.62	1.78±0.77
	治疗后	55	5.93±1.62 <sup>①</sup>	2.86±0.71 <sup>①</sup>	2.76±0.73 <sup>①</sup>	2.88±0.75 <sup>①</sup>	1.36±0.41 <sup>①</sup>	2.55±0.80 <sup>①</sup>	2.56±0.95 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

4.4 2组治疗前后颈椎退变程度及CASCs评分比较 见表3。治疗后，2组颈椎退变程度均有改善，与治疗前比较，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )；治疗后，2组间比较，差异均无统计学意义( $P > 0.05$ )。治疗后，2组CASCs评分均显著升高，与治疗前比较，差异均有统计学意义( $P < 0.01$ )；治疗后，观察组CASCs评分高于对照组，差异有统计学意义( $P < 0.01$ )。

表3 2组治疗前后颈椎退变程度及CASCs评分比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	颈椎退变程度	CASCs评分
观察组	治疗前	57	2.68±0.79	33.62±8.23
	治疗后	57	2.03±0.46 <sup>①</sup>	62.45±13.52 <sup>②③</sup>
对照组	治疗前	55	2.74±0.81	34.51±8.45
	治疗后	55	2.23±0.42 <sup>①</sup>	54.18±12.15 <sup>②</sup>

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ，② $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，③ $P < 0.01$

4.5 2组治疗前后PSV、EDV、RI和PI变化情况比较 见表4。治疗后，2组PSV及EDV均较治疗前

增加，治疗后观察组PSV及EDV均快于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )；治疗后，2组RI及PI均较治疗前降低，且观察组RI及PI均低于对照组，差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。

表4 2组治疗前后PSV、EDV、RI和PI变化情况比较 $(\bar{x} \pm s)$

组别	时间	n	PSV(cm/s)	EDV(cm/s)	RI	PI
观察组	治疗前	57	41.68±6.92	10.25±0.57	0.75±0.05	1.49±0.06
	治疗后	57	50.31±8.87 <sup>①②</sup>	14.37±1.16 <sup>①②</sup>	0.66±0.03 <sup>①②</sup>	1.22±0.07 <sup>①②</sup>
对照组	治疗前	55	42.79±6.84	10.14±0.62	0.74±0.04	1.48±0.09
	治疗后	55	45.83±7.53 <sup>①</sup>	12.43±0.95 <sup>①</sup>	0.70±0.03 <sup>①</sup>	1.33±0.06 <sup>①</sup>

与同组治疗前比较，① $P < 0.05$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.05$

5 讨论

对颈源性眩晕的机制，学者多认为是在颈项软组织劳损或颈椎退行性改变的基础上所造成的一系列次生致病因素，所诱发的以椎-基底动脉系统供血不足的后循环缺血性眩晕。现代医学主要采取扩张血管、

镇静、理疗及颈椎牵引等对症处理,只有少数患者需要手术治疗,对症处理能在一定程度上缓解眩晕症状,但效果不甚理想,治疗不当反而会加重患者的病情<sup>[1]</sup>。随着我国人口的老年化,年轻人长时间使用电脑、手机等,本病发病率有逐年上升趋势,且发病人群呈年轻化趋势,给患者的生活、工作造成严重影响<sup>[2]</sup>,因此,积极探讨安全有效的治疗方法具有重要的临床意义。

针灸疗法是中医治疗本病的重要措施。观察组所取穴位风池能平肝熄风,祛风解毒,通利官窍,通经活络;百会熄风醒脑,清头散风,提升阳气;太阳清肝明目,通络止痛;四神聪镇静安神,清头明目,醒脑开窍。绝骨清热散风,疏通经络;三阴交健脾理血,益肾平肝;颈椎4~7夹脊穴振奋阳气,舒筋通络;足三里健脾和胃,扶正培元,通经活络,升降气机。路志正认为,五脏六腑清阳之气皆上注于头,脾胃失调,升降失常,气血不得正常宣发肃降布络周身,则可见头晕、头痛诸症,因此,选择足三里、三阴交配百会、四神聪等穴位以调节气机升降,清阳之气得以上升,浊阴之气得以下降,诸病可除<sup>[2]</sup>。而电针选用疏密波可加强针刺对穴位的刺激,使颈部肌肉有节律地收缩,起到舒张颈部血管,促进气血循环,改善组织营养,消除炎性水肿,缓解肌肉痉挛的作用,解除椎动脉所受的压迫,因而临床收效显著<sup>[13]</sup>。

本研究结果显示,治疗后观察组患者的ESCV量表眩晕(眩晕程度、频度和持续时间)、颈肩部、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应等评分和CASCS评分均高于对照组,治疗后观察组EDV和PSV均快于对照组,RI和PI低于对照组,颈椎退变程度得到改善,观察组临床疗效总有效率为92.98%,高于对照组的78.18%,提示了电针的使用缓解了头晕及伴随症状,改善了颈椎功能和椎-基底动脉供血情况,临床疗效优于西药内服治疗,值得临床运用。

## [参考文献]

- [1] 王善金,潘福敏,麻彬,等.对颈椎病性眩晕的临床认识[J].中国矫形外科杂志,2016,24(17):1587-1589.
- [2] 于志谋,张华东.路志正“持中央、调升降”思想在针刺治疗颈椎病眩晕中的应用[J].北京中医药,2016,35(2):140-142.
- [3] 李旗,张宇佳,魏旭,等.针灸治疗颈源性眩晕临床选穴规律研究[J].世界科学技术-中医药现代化,2014,16(6):1318-1321.
- [4] 中国康复医学会颈椎病专业委员会.中国颈椎病诊治与康复指南[M].北京:中国医药科技出版社,2010:9.
- [5] 粟秀初.眩晕的临床诊断[J].中国现代神经疾病杂志,2005,5(5):292-297.
- [6] 王文春,张安仁,卢家春,等.改良《颈性眩晕症状与功能评估量表》在椎动脉型颈椎病中医临床中的应用及评价[J].西南军医,2007,9(4):145-146.
- [7] Miyazaki M, Hong SW, Yoon SH, et al. Reliability of a magnetic resonance imaging-based grading system for cervical intervertebral disc degeneration[J]. Journal of Spinal Disorders & Techniques, 2008, 21(4): 288-292.
- [8] 张鸣生,许伟成,林仲民,等.颈椎病临床评价量表的信度与效度研究[J].中华物理医学与康复杂志,2003,25(3):151-154.
- [9] 左大鹏.补阳还五汤结合推拿治疗椎动脉型颈椎病眩晕60例临床观察[J].云南中医中药杂志,2014,35(3):38-39.
- [10] 国家中医药管理局.ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [11] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则(试行)[M].北京:中国医药科技出版社,2002.
- [12] 王晓东,朱立国,于杰.椎动脉型颈椎病眩晕症状的临床研究概述[J].中国中医骨伤科杂志,2016,24(3):80-82.
- [13] 罗仁浩,罗仁瀚,徐凯.电针治疗颈性眩晕疗效观察[J].上海针灸杂志,2012,31(5):311-313.

(责任编辑:刘淑婷)