·针灸经络·

棍针配合针刺治疗颈源性眩晕的临床研究※

● 苏瑟琴　庄垂加　黄志强　黎　健　武志鹏　刘兰英　指导:张永树

摘　要　目的:研究棍针配合针刺治疗颈源性眩晕对患者临床症状改善及平均血流速度的影响。方法:选取 2017 年 2 月至 2018 年 5 月泉州市中医院针灸科收治的颈源性眩晕患者 60 例为研究对象,随机将患者分为治疗组 30 例和对照组 30 例。对照组行常规针刺治疗,治疗组则在对照组的基础上加上棍针治疗。两组均治疗 2 个疗程,观察比较两组的总有效率、临床症状与功能的评分、椎 - 基底动脉平均血流速度等结果。结果:治疗组的有效率略高于对照组,差异无统计学意义($P>0.05$);两组患者治疗后左 VA、右 VA、BA 的平均血流速度均较治疗前高,治疗组较对照组增高更明显,差异有统计学意义($P<0.05$);治疗后两组在眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及适应社会能力等评分及总评分均明显高于治疗前,且治疗组比对照组高($P<0.05$)。结论:相比于单纯传统针灸治疗,结合棍针治疗颈源性眩晕疗效更显著,可提高颈源性眩晕症状与功能评分,改善血流动力学指标,缓解眩晕症状,具有较好的临床应用价值。

关键词　棍针;颈源性眩晕;针灸;血流平均速度

颈源性眩晕为发作性眩晕,通常会突然发病,在晨起和午休之后由于体位和头部位置的变化突然出现,当头部停止活动时可缓解或者消失,有时伴有恶心、呕吐、耳鸣、耳聋、眼球震颤。颈源性眩晕多发于 40 岁以上,无男女差别,发病与血压无直接关联。颈源性眩晕是由于颈椎椎体及椎旁组织(肌肉及肌腱、神经、血管等)功能或结构异常引起的眩晕。本病在当今人群中发病率极高,并越来越趋于年轻,目前认为枕下三角区功能紊乱造成的椎 - 基底动脉和(或)颈内动脉受压使血流异常是该病发生的关键[1]。由于颈源性眩晕病因及疗效评估较困难,临床中多表现为患者的主观症状,目前国内外尚缺乏统一的、量化的评定指标[2]。对于伴随颈椎病的颈源性眩晕如不加以重视,容易引发神经根、交感神经、椎动脉甚至脊髓发生压迫或刺激感,严重影响正常生活及工作[3]。目前临床上对于伴随颈椎病的颈源性眩晕发病机制及治疗诊断尚存争议[4],笔者采用棍针结合传统的针刺疗法对颈源性眩晕患者进行治疗,取得较显著的疗效,现总结报道如下。

※**基金项目**　2016 年泉州市卫计委卫生科研资助项目(No.〔2016〕33 号)

• **作者单位**　福建省泉州市中医院针灸科(福建 泉州 362000)

1　资料与方法

1.1　**诊断标准**　参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》[5]中颈椎病诊断依据及椎动脉型的诊断分型制定:①有慢性劳损或外伤史或有颈椎退行性病变;②眩晕呈突发性、阵发性,反复发作,持续时间不等,发作间歇期可有跌倒或欲跌感;③多伴颈僵、颈项不适、头痛、耳鸣、记忆力下降、恶心、呕吐、失眠、视物昏花等症状;④X 线或 CT 示:横突间距变小,钩椎关节增生,颈椎体前后缘增生,颈椎生理曲度改变,寰枢关节或寰椎关节半脱位;CT 检查可显示左右横突孔大小不对称,一侧相对狭窄;椎动脉造影见椎动脉迂曲、变细或完全梗阻。

1.2　**纳入标准**　①符合诊断标准;②年龄在 18 岁 ~ 65 岁(其中包含 18 和 65 岁);③在最近一周内未行任何相关药物或物理治疗;④患者必须签署知情同意书,明确表示为自愿受试,能配合完成治疗。

1.3　**排除标准**　①合并有肝肾、造血系统、心脑血管或其它疾病，孕妇或者产妇及患精神疾患；②颈椎有骨折、脱位、结核、肿瘤、感染等；③过敏体质及对多种药物过敏者；④颅内病变引起的眩晕或其他疾病引起的眩晕，如耳、眼、药源性眩晕等；⑤疾病较重，预后不良，难以预估患者的安全性，可能产生严重后果的患者。

1.4　**一般资料**　选取 2017 年 2 月至 2018 年 5 月来我院针灸科就诊的 60 例可明确诊断为颈源性眩晕的患者，根据随机数字表依据患者就诊的顺序随机分为治疗组 30 例与对照组 30 例。其中对照组中，男性 9 例，女性 21 例；年龄 36 ~ 65 岁，平均（44.32 ± 1.82）岁；病程 0.5 ~ 6 个月，平均病程（2.71 ± 1.15）个月。观察组 30 例，其中男性 11 例，女性 19 例；年龄 32 ~ 64 岁，平均（41.71 ± 1.65）岁；病程 0.5 ~ 6 个月，平均病程（2.88 ± 1.23）个月。两组患者无一例患者脱落或失访。对两组患者一般资料行统计学处理，其性别、年龄和病程均无统计学差异（$P > 0.05$）。

1.5　**治疗方法**

1.5.1　*对照组*　本组患者采用常规针刺治疗[6]，主要穴位为 C2 - 7 双侧夹脊穴，配穴可选取双侧的天柱、风池及太阳穴。随证取穴：合并头痛者，可取穴百会、双侧的率谷、双侧的头维；合并颈项、肩背等处酸痛拘紧者，选取双侧的肩中俞、肩井、肩贞及天宗等穴位；合并上肢肩臂麻木感，配合患侧的曲池、合谷、手三里等穴位；辨证为痰湿阻滞，选取双侧的丰隆、足三里；辨证为气滞血瘀者，加用双侧的血海、膈俞；伴恶心呕吐者，可针刺双侧的足三里、内关等穴位。患者取坐位或俯卧位，充分暴露颈项、肩背部皮肤，消毒后采用 0.3mm 无菌毫针，行针刺平补平泻手法，并予留针 30 分钟，每日 1 次，持续针刺 10 次为 1 个疗程；1 个疗程结束后，嘱患者休息 5 日，然后进入第 2 个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.5.2　*治疗组*　本组患者先接受棍针治疗，采用福州玉鸿基角器制品厂生产的水牛角质棍针，常规消毒后，首先用棍针对一些重点穴位进行小步式的推拨治疗，手法要由轻到重，找准病筋，用棍针在痛点重推重拨，所经穴位依次分为⑴双侧的攒竹、鱼腰、头维、太阳、率谷、风池；⑵印堂、神庭、前顶、百会、脑户。从眉毛开始向前发迹方向推拨；从前额正中向双侧发际拨行；由前发际向后枕部拨行，均以小步式推拨或拨行手法，每处操作 5 分钟为宜，以不出现血痕为度。在推拨时，多半会出现紫斑，这是因为内部的瘀血被表出的原故，慢慢就会消失。棍针治疗后，再进行针刺的常规治疗（方法同对照组），每日 1 次，持续针刺 10 次为 1 个疗程；1 个疗程结束后，嘱患者休息 5 日，然后进入第 2 个疗程，共治疗 2 个疗程。

1.6　**临床疗效判定标准**　参照《中药新药临床研究指导原则》[7]制定。痊愈：临床症状、体征消失或基本消失，症状、体征积分减少≥90%；显效：临床症状、体征明显改善，症状、体征积分减少≥60%，且 <90%；有效：临床症状、体征改善，症状、体征积分减少≥30%，且 <60%；无效：临床症状、体征均无好转，甚或加重，症状、体征积分减少 <30%。以痊愈 + 显效 + 有效之和记为总有效。

1.7　**观察指标**

1.7.1　*临床症状与功能评分*　根据《颈性眩晕症状与功能评估量表（ESCV）》对治疗组和对照组治疗前后的各项临床症状进行评估，记录其变化情况。按照以下标准评分，其中眩晕 16 分、颈项肩部疼痛 4 分、头痛 2 分、日常生活及工作 4 分、心理及社会适应 4 分，总分值 30 分，评分与患者病情成反比，分值越低则病情越严重。

1.7.2　*椎 - 基底动脉平均血流速度*　采用经颅多普勒超声仪（北京鑫悦琦科贸有限责任公司生产，JYQ TCD - 2000）对颅内血管进行检查。患者取坐立低头位，用 2MHZ 探头自枕窗探测基底动脉（BA）、双侧椎动脉（VA）。取样深度 BA70 ~ 80mm，VA 为 50 ~ 55mm，观察其平均流速（Vm）。

1.8　**统计学方法**　采用 SPSS17.0 统计软件处理数据。计量资料采用均数 ± 标准差（$\bar{x} \pm s$）表示，其中符合正态分布的计量资料，两组之间采用独立样本 t 检验，组内采取配对样本 t 检验；不符合正态分布的计量资料采用秩和检验；计数资料采用 χ^2 检验。$P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1　**两组患者的临床疗效相比**　对照组痊愈 5 例，显效 10 例，有效 9 例，无效 6 例，总有效率 80.00%（24/30）；治疗组痊愈 7 例，显效 14 例，有效 6 例，无效 3 例，总有效率 90.00%（27/30）。治疗组总有效率较对照组偏高，但差异无统计学意义（$P > 0.05$），尚不能认为治疗组临床疗效优于对照组。

2.2　**两组的椎 - 基底动脉平均血流速度比较**　两组经脑血管多普勒造影（TCD）检查，左右椎动脉及基底动脉平均血流速度治疗后均较治疗前高（$P < 0.05$），

治疗组均显著高于对照组($P<0.05$),差异有统计学　意义。见表 1。

表 1　两组的椎 - 基底动脉平均血流速度比较(cm/s, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	(左椎动脉)L VA	(右椎动脉)R VA	(基底动脉)BA
对照组(n = 30)	治疗前	43.27 ± 4.24	48.71 ± 4.08	42.02 ± 3.39
	治疗后	52.24 ± 4.25*	52.38 ± 4.39*	51.08 ± 2.84*
治疗组(n = 30)	治疗前	42.74 ± 4.35	49.20 ± 4.50	43.66 ± 3.21
	治疗后	54.21 ± 3.77*#	55.01 ± 4.16*#	48.88 ± 2.81*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后比较,#$P<0.05$

2.3　**两组临床症状与功能评分**　分别对两组眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应能力等进行评估,各项目评分治疗后均较治疗前高($P<0.05$),且治疗组均显著高于对照组($P<0.05$),差异有统计学意义。见表 2。

表 2　两组临床症状与功能评分(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	眩晕	颈肩痛	头痛	日常生活及工作	心理及社会适应	总分
对照组(n = 30)	治疗前	4.62 ± 1.24	2.12 ± 1.09	0.71 ± 0.39	1.42 ± 0.63	0.92 ± 0.47	8.13 ± 1.27
	治疗后	6.72 ± 1.25*	2.78 ± 0.15*	1.26 ± 0.28*	1.97 ± 0.79*	1.18 ± 0.54*	12.39 ± 1.73*
治疗组 (n = 30)	治疗前	5.11 ± 1.25	2.31 ± 1.16	0.88 ± 0.25	1.39 ± 0.58	0.85 ± 0.31	9.32 ± 1.36
	治疗后	10.32 ± 1.27*#	3.05 ± 1.08*#	1.32 ± 0.57*#	2.11 ± 0.82*#	1.31 ± 0.71*#	19.37 ± 1.92*#

注:与本组治疗前比较,*$P<0.05$;与对照组治疗后比较,#$P<0.05$

3　讨论

棍针疗法是华侨陈伯甫先生首创,与常规针具不同,是以棍状工具通过刺激不同穴位来达到防治疾病的一种治疗方法。它是以中医脏腑经络学说为主要理论依据,对人体具有疏通经络、活血化瘀、调理阴阳的作用。其起源于《灵枢》之九针中的“员针”。《灵枢·九针十二原》记载:“员针,长一寸六分。”“员针者,针如卵形,楷摩分间,不得伤肌肉,以泻分气。”棍针疗法是通过棍针点拨“筋”,使互相粘连的筋得以分离,疏通经筋、脉络,顺其条理,方法不同于手指点穴及刮痧疗法,也不同于按摩推拿,它能起到针灸、按摩手法所不能起到的作用。本课题是以中医针灸传统理论为基础,采用棍针结合针刺疗法治疗颈源性眩晕患者,解痉止痛、舒筋通络,通过与单纯的传统针刺疗法的对比观察体现棍针对于颈源性眩晕的疗效。通过棍针刺激太阳、风池、百会、印堂等头部近端取穴可活血通窍,醒神明目,改善脑窍的气血运行,清利头目,其中太阳穴与走行于头面部的手足少阳经等相联系,而胆经循行于两侧头部,于椎基底动脉邻近处,故刺激这些穴位可加强局部脑血液循环,疏通经络;刺激头颈部所循行的经脉、络脉,经络传导至周身脏腑,从而调整脏腑功能,进一步改善眩晕的症状。棍针有着与传统针刺疗法不同作用,且具有更大的刺激量,因此两者协同治疗,在临床中能起到事半功倍的效果。

筋有刚者束骨、柔者相维。凡手足项背行附骨者,多为坚实的刚筋,胸腹头面支别横经者,多为细小柔筋,足三阳经筋会于烦(面部),手三阳经筋合于角(头部),故通过棍针治疗,理诸血而调诸逆顺,故对于头疾的效果多可立竿见影。如林志苇[8]通过棍针治疗 100 例头痛患者,其中痊愈(头痛完全消失,24 小时内无反复)78 例,好转(头痛减轻或基本消失,24 小时内无加重)17 例,无效 5 例,总有效率 95%。头为诸阳之会,手足三阳经脉均上行于头面部,故急性头痛多属阳经病变。取头面经穴位,交错连线弹拨点按棍针治疗,可疏理经络郁滞,通调经气,配合辨经远端取穴按压治疗,则使经脉贯通,事半功倍。棍针疗法集针刺和按摩为一体,既消除患者对针刺的恐惧感,又能随时调整穴位得气感,亦无严格的无菌要求及针灸

禁忌。

传统针刺法对于颈源性眩晕稳定病情、改善症状有一定的疗效,这是不容置疑的,但是却不能及时、短时间内消除患者的痛苦。临床中颈源性眩晕的患者除了头晕,常伴有头痛、颈项部酸痛等痛症。棍针能在患者就诊时便给予快速的处理,缓解症状。陈伯甫先生还提出,若能在传统常规的针刺治疗后施予棍针刺激,不仅能加强针刺治疗的效果,还能达到活血通窍、平衡阴阳、舒筋通络[9]。对于颈源性眩晕的患者,棍针可醒脑开窍,疏通经络,并能明显改善局部血流运行的速度,从而起到行气活血的作用。

棍针以取节为主,以痛为腧,方法简便,疗效可靠。因病各有所处,故针各有所宜,它应是针灸中不可分割的一部分,为继承与发扬中医学,棍针确有推广之必要,其特色在于易于携带、省时、省力、无任何副作用、易于学习掌握、便于临床开展,按照穴位及手法操作,收效较快。除了颈源性眩晕外,若能将棍针治疗推广运用于其它疾病,例如面瘫、腰痛及肩周炎等,必将成为广大患者的福音,同时也将引起更多学者对棍针这一治疗方法的关注,为本地区及周边带来更多的社会效益和经济效益。

参考文献

[1]高治增,刘燕观,郑通. 针刺枕下三角区肌肉起止点治疗颈源性眩晕临床观察[J]. 陕西中医,2017,11(38):1596 – 1597.

[2]方　凯,冯大雄,赵家凭. 颈椎病伴颈源性眩晕的临床分析[J]. 华西医学,2014,29(8):1450 – 1453.

[3]李孟婧,赵征宇,余曙光. 颈性眩晕案[J]. 中国针灸,2016,36(2):152 – 153.

[4]钟卓霖,胡建华,翟吉良,等. 伴随颈椎病颈性眩晕的手术治疗[J]. 中华医学杂志,2015,95(25):2014 – 2017.

[5]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:86.

[6]石学敏. 针灸学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:220 – 221.

[7]中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则[M]. 北京:中国医药科技出版社,2002:25 – 26.

[8]林志苇. 棍针治疗急性头痛 100 例[J]. 四川中医,1997,15(8):51.

[9]陈伯甫. 筋科棍针疗法[M]. 香港:利源书报社,1984:1.

(收稿日期:2018 – 05 – 20)

(本文编辑:金冠羽)

(上接第 45 页)

上的中风患者均有不同程度的秘结[5],由于中风急性期为标急本缓,对中风急性期患者排便通腑,已成为后世医家的共识。

3　结语

余尝读“东垣主乎气”“东垣立论,因元气不足……是因乎气虚”“既于中风门,皆言此病非风矣,而何于本门皆首列小续命汤,而附以加减之法? 何前后之言不相应耶?”对此说信之,今读《中风有三》原著,始觉“元气不足”“气虚”之表述,不能完全包括东垣所说的“本气病”之内涵。《中风有三》小续命汤与《千金方》小续命汤药物重量不同,医疗目的亦各不相同。东垣“本气”论寓意精深,扶正思想,发人深省,给药过程,注重四时之辅,对我辈医者均有重要的指导意义。

参考文献

[1]李　彬,何国斌. 羌活愈风汤治疗中风 52 例[J]. 实用中医内科杂志,2012,26(7):42 – 47.

[2]田　华. 国医大师朱良春教授培补肾阳法治疗中风后遗症之理论探析[J]. 新中医,2015,47(12):3 – 4.

[3]邹怀忆. 中风病外因致病学说的再认识[J]. 中国中医基础医学杂志,1997,3(3):17 – 19.

[4]李海霞,谢仁明,王竞涛. 小续命汤治疗中风偏瘫的历史沿革[J]. 中医临床研究. 2013,5(4):118 – 120.

[5]范　敏,陈楚玲,陈新兰,等. 中药穴位贴敷对中风后便秘的预防效果研究[J]. 广州中医药大学学报,2016,33(5):661 – 665.

(收稿日期:2018 – 07 – 06)

(本文编辑:蒋艺芬)