

## 手法结合揸针治疗颈性眩晕的临床观察

杨晓伟<sup>1</sup> 盛锋<sup>1△</sup> 王赛娜<sup>1</sup> 王志超<sup>1</sup> 成磊<sup>1</sup> 龚辰<sup>1</sup> 吴艺<sup>1</sup>

**[摘要]** 目的:采用量表及经颅多普勒超声诊断仪(TCD)观察手法配合揸针治疗颈性眩晕的临床疗效。方法:将符合诊断标准的120例颈性眩晕患者,随机分为单纯手法治疗组(对照组)和手法配合揸针组(观察组),经2周治疗后,观察两组治疗前后临床疗效,并进行比较。1个月后对患者进行随访,统计复发情况。结果:手法配合揸针组与单纯手法治疗组比较,有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ ),复发率差异有统计学意义( $P<0.05$ ),症状评分改善情况视觉模拟量表(VAS)评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),颈椎功能障碍指数(NDI)及颈部疼痛和残疾量表(NPAD)差异有统计学意义( $P<0.05$ ),椎动脉血流速度差异有统计学意义( $P<0.05$ )。结论:手法治疗颈性眩晕效果良好,手法配合揸针疗效更好,揸针可减轻颈部不适症状,远期临床疗效明显提高,对降低颈性眩晕发作频率、减少发作时间有明显作用,对颈性眩晕治疗疗效确切。

**[关键词]** 颈性眩晕;手法治疗;揸针;颈椎;椎动脉超声

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 1005-0205(2025)10-0015-04

**DOI:** 10.20085/j.cnki.issn1005-0205.251003

## Clinical Observation of the Treatment of Cervical Vertigo with Manipulation Combined with Acupuncture

YANG Xiaowei<sup>1</sup> SHENG Feng<sup>1△</sup> WANG Saina<sup>1</sup> WANG Zhichao<sup>1</sup>  
CHENG Lei<sup>1</sup> GONG Chen<sup>1</sup> WU Yi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Longhua Hospital Affiliated to Shanghai University of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200032, China.

**Abstract Objective:** The clinical efficacy of manipulation combined with acupuncture for the treatment of cervical vertigo was observed using scoring scales and transcranial Doppler (TCD) ultrasound. **Methods:** A total of 120 patients with cervical vertigo who met the diagnostic criteria were randomly divided into simple manipulation treatment group and manipulation combined with acupuncture group. After 2 weeks of treatment, the clinical efficacy of the two groups was observed before and after treatment and compared. The patients were followed up one month later and the recurrence was statistically analyzed. **Results:** There was no significant difference in the effective rate between the manipulation combined with acupuncture group and the simple manipulation treatment group ( $P>0.05$ ); the difference in recurrence rate was statistically significant ( $P<0.05$ ); there was no significant difference in visual analogue scale (VAS) score for symptom score improvement ( $P>0.05$ ); there were significant differences in neck disability index (NDI) and neck pain and disability scale (NPAD) between the two groups ( $P<0.05$ ); there was significant difference in vertebral artery blood flow velocity between the two groups ( $P<0.05$ ). **Conclusion:** The manipulation therapy has a good effect on the treatment of cervical vertigo. The manipulation combined with acupuncture has a higher effect. Acupuncture can relieve the symptoms of neck discomfort and significantly improve the long-term clinical efficacy. It has a significant effect on reducing the frequency and duration of attacks and has a definite therapeutic effect on cervical vertigo.

**Keywords:** cervical vertigo; manual therapy; acupuncture; cervical spine; vertebral artery ultrasound

基金项目:上海市中医薄弱领域专科建设项目(BRZK2016001)

<sup>1</sup> 上海中医药大学附属龙华医院(上海,200032)

△通信作者 E-mail: drsheng120@163.com

颈性眩晕(Cervical Vertigo, CV)多是在颈椎运动中发生的,同时伴有颈肩背痛、头痛、恶心呕吐、心悸、耳鸣、乏力,甚至意识障碍或跌仆等症状,严重者对患

者的日常生活和身心健康产生重大影响<sup>[1-2]</sup>。目前临床上运用手法治疗颈性眩晕有确切疗效,对于颈性眩晕患者采用推拿手法治疗后即刻症状多有很大缓解甚至消失,但患者病情容易反复,病程较长,久者容易产生心理负担,给患者带来身体和心理的双重痛苦。临床上揪针结合手法治疗颈性眩晕能确切提高疗效,减少复发,缩短病程。本研究通过临床随机对照试验,评估揪针结合手法治疗颈性眩晕的疗效,分析其治疗机制,以为针灸推拿治疗颈性眩晕提供科学依据。本研究已通过本院伦理委员会审核批准,现报告如下。

## 1 研究对象和方法

### 1.1 研究对象

病例来源于2022年6月至2024年7月上海中医药大学附属龙华医院推拿科就诊并符合诊断标准的颈性眩晕患者,按就诊顺序采用随机数字表法将其随机分为手法配合揪针组(观察组)和单纯手法治疗组(对照组),每组60例,共120例。

### 1.2 诊断标准

参照《推拿治疗学》中颈性眩晕的诊断标准<sup>[3]</sup>。根据患者病史、症状、体征,再结合颈部椎动脉超声检查即可确诊。

### 1.3 纳入标准

符合颈性眩晕的诊断标准;年龄为18~70岁,性别不限;治疗期间同意不接受其他相关治疗方法(包括药物);签署知情同意书。

### 1.4 排除标准

严重压迫脊髓并有手术指征者;伴有严重内科疾病患者;伴有先天颈椎椎体骨关节发育异常者。

### 1.5 剔除、脱落标准

不能接受检查者;不能按照治疗方案进行治疗者;中途提出退出者;出现严重不良反应者;自行接受其他治疗者。

### 1.6 方法

**1.6.1 对照组(单纯手法治疗)** 参考《推拿治疗学》<sup>[3]</sup>,操作如下:1)放松颈背部肌群。患者取俯卧位,滚法、按揉法放松颈背部肌肉,一指禅推法、点揉法,放松头夹肌、颈夹肌、斜方肌、冈上肌、冈下肌、菱形肌、肩胛提肌。揉拨颈椎两侧肌肉,放松枕下肌群。2)手法调整。以左侧为例,患者取仰卧位,颈椎向左自然旋转,医师左手托起患者颊部,右手触诊沿右侧横突处,有无隆起、压痛,右手张开虎口拇指置于后枕部,其余四指置于下颌部,缓慢旋转颈椎至最大活动度,颈椎在稍屈曲状态下,右手做一突发性控制的扳动,通常会有颈椎关节复位的响声,注意手法力度、颈椎旋转角度要在患者可耐受的范围内,切忌暴力、蛮力。每周治疗3次,治疗2周。

**1.6.2 观察组(手法结合揪针治疗)** 手法治疗同对照组。揪针治疗参考《针灸治疗学》<sup>[4]</sup>,操作如下:1)无菌揪针属于皮内针的一种,本研究使用揪针规格为0.20 mm×1.50 mm。选取穴位为颈椎C<sub>4/5</sub>、C<sub>5/6</sub>夹脊穴,共4个穴位,留针24 h。2)患者取坐位,采用穴位探棒取穴,经询问患者有无麻、胀、痛感后确定穴位,用75%酒精棉球在穴位处进行局部消毒,然后将揪针贴于相应穴位。自贴敷穴位起,嘱患者每3 h用食指指腹对穴位进行一次按压,共按压4次。力量大小以穴位处有痛、麻、胀的感觉为度,每个穴位匀速按压30次,每周治疗3次,治疗2周。

### 1.7 观察指标

**1.7.1 主要临床症状评分** 1)疼痛视觉模拟量表(VAS)评分,范围为0~10分,分值越大表示疼痛越剧烈。2)颈椎功能障碍指数(NDI)评分,范围为0~50分,分值越大表示颈椎功能障碍越严重。3)颈部疼痛与残疾量表(Neck Pain and Disability Scale, NPAD)评分,范围为0~100分,分值越大表示颈椎功能受限越明显。

**1.7.2 经颅多普勒诊断仪(TCD)探测血流速度** 采用CBS-900经颅多普勒诊断仪,探头频率为2 MHz,探测左右椎动脉(VA),探测深度为58~62 mm,记录其收缩峰血流速度。

**1.7.3 疗效评价标准** 根据《中医病证诊断疗效标准》<sup>[5]</sup>:1)临床痊愈:眩晕消失,伴随症状及体征不明显。2)显效:眩晕基本消失,仍有部分伴随症状及体征。3)有效:眩晕症状减轻,伴随症状及体征有改善。4)无效:眩晕及其他症状改善均不明显。

**1.7.4 复发率调查** 在治疗结束后1个月,对最终纳入研究的治愈、显效和有效患者进行随访,并统计复发率。

### 1.8 统计学方法

研究数据采用SPSS 22.0软件进行统计分析。计量资料均符合正态分布且方差齐,以 $\bar{x} \pm s$ 形式表示,采用 $t$ 检验。计数资料中非等级资料采用卡方检验,等级资料采用秩和检验。 $P < 0.05$ 差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 一般资料

本研究病例120例,其中挥鞭损伤史3例,伴有颈肩部疼痛54例,伴头痛18例,恶心24例,恶心+呕吐8例。查体:伴有颈椎活动受限35例,寰枢椎横突压痛96,眼震2例。影像学检查:齿突偏歪(两侧间隙相差大于1 mm)42例(其中向右25例,向左17例),C<sub>2</sub>棘突偏歪36例(向右28例,向左8例),椎体和钩椎关节增生53例,颈椎失稳53例(椎体后缘连线不连续)。寰枢外侧关节间隙不等33例,寰枢关节对称患者16

例。病程长者 3 年,短者 2 d。两组患者一般资料差异均无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性,见表 1。

表 1 两组患者基线资料比较( $n=60$ )

组别	性别		年龄/岁 ( $\bar{x}\pm s$ )	病程/月 ( $\bar{x}\pm s$ )
	男/例	女/例		
观察组	28	32	46.18±3.91	2.23±0.70
对照组	24	36	47.05±4.30	2.14±0.92
统计检验值	$\chi^2=0.074$		$t=0.360$	$t=0.674$
$P$	0.658		0.757	0.436

### 2.2 临床疗效及复发率比较

120 例患者经 2 周治疗后,治愈 62 例,好转 35 例,总有效率为 89.17%。其中单纯手法组(对照组)有效率为 83.33%,复发率为 28.00%。手法联合揲针组(观察组)有效率为 95.00%,复发率为 8.77%,两组患者总有效率差异无统计学意义( $P>0.05$ ),两组患者复发率差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 2。

表 2 两组患者临床疗效及复发情况比较(例)

组别	例数	痊愈	有效	无效	总有效	1 个月后复发
观察组	60	38	19	3	57(95.00%)	5(8.77%) <sup>1)</sup>
对照组	60	24	26	10	50(83.33%)	14(28.00%)
合计	120	62	35	13	107(89.17%)	19(17.76%)
$\chi^2$					3.672	6.743
$P$					0.056	0.009

注:1)与对照组相比, $P<0.05$ 。

### 2.3 疼痛和功能评分比较

治疗前,两组患者的 VAS 评分、NDI 评分及 NPAD 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。治疗后组内对比,患者 VAS 评分、NDI 评分及 NPAD 评分均较同组治疗前降低,差异有统计学意义( $P<0.05$ );组间对比,VAS 评分差异无统计学意义( $P>0.05$ ),NDI 评分及 NPAD 评分均显著低于对照组,差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 3。

表 3 两组患者颈部疼痛和功能评分比较( $n=60, \bar{x}\pm s$ ,分)

组别	时间	VAS 评分	NDI 评分	NPAD 评分
观察组	治疗前	5.37±0.67	36.90±5.01	52.72±18.25
	治疗后	2.60±0.70 <sup>1)</sup>	13.48±1.18 <sup>1)2)</sup>	21.24±4.14 <sup>1)2)</sup>
对照组	治疗前	5.41±0.59	36.85±4.47	51.69±17.56
	治疗后	3.03±0.63 <sup>1)</sup>	17.12±1.54 <sup>1)</sup>	34.51±17.23 <sup>1)</sup>
$t_1$ (观察组组内)		22.16	35.43	13.06
$t_2$ (对照组组内)		21.37	32.45	5.40
$t_3$ (治疗后组间)		1.07	14.42	5.87
$P_1$ (观察组组内)		<0.001	<0.001	<0.001
$P_2$ (对照组组内)		<0.001	<0.001	<0.001
$P_3$ (治疗后组间)		0.287	<0.001	<0.001

注:1)与本组治疗前相比, $P<0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P<0.05$ 。

### 2.4 经颅多普勒超声检查结果比较

治疗前两组颈性眩晕患者的左椎动脉(LVA)、右椎动脉(RVA)的收缩峰流速差异无统计学意义( $P>0.05$ );治疗 2 周后,两组间差异有统计学意义( $P<0.05$ )。组内比较,两组患者在治疗 2 周后左椎动脉、右椎动脉的收缩峰流速较基线差异有统计学意义( $P<0.05$ ),见表 4。

表 4 两组患者左椎动脉、右椎动脉收缩峰流速比较( $n=60, \bar{x}\pm s$ ,cm/s)

组别	时间	左椎动脉	右椎动脉
观察组	治疗前	36.54±5.14	34.70±4.94
	治疗后	47.10±6.91 <sup>1)2)</sup>	46.51±6.65 <sup>1)2)</sup>
对照组	治疗前	36.01±4.06	35.40±4.54
	治疗后	43.37±7.51 <sup>1)</sup>	42.56±6.70 <sup>1)</sup>
$t_1$ (观察组组内)		9.69	11.14
$t_2$ (对照组组内)		6.88	6.95
$t_3$ (治疗后组间)		2.83	3.24
$P_1$ (观察组组内)		<0.001	<0.001
$P_2$ (对照组组内)		<0.001	<0.001
$P_3$ (治疗后组间)		0.005	0.002

注:1)与本组治疗前相比, $P<0.05$ ;2)与对照组治疗后相比, $P<0.05$ 。

## 3 讨论

目前临床上对颈性眩晕的发病机制尚不十分清楚,常见的有本体感受器移位学说、交感神经激惹学说、椎动脉扭转学说<sup>[6]</sup>。由于颈椎上中段肌肉中含有丰富的感受器,颈椎退变,椎后肌肉紧张,刺激本体感受器,导致感受器功能紊乱,从而出现眩晕症状。寰枢关节错位,环枢椎错位,颈椎失稳,椎动脉上行出寰椎动脉沟内,在颈椎旋转活动时受到挤压,导致供血不足,出现眩晕。临床上部分患者无明显影像学改变,颈椎小关节错位,关节顺应性下降,椎旁肌张力增高,牵动深层肌肉痉挛,交感神经激惹,在颈椎活动过程中椎动脉颅外段受压病变也可产生眩晕症状<sup>[7]</sup>。

中医理论对颈性眩晕也有较深的认识,“筋出槽、骨错缝”从颈椎骨性小关节结构错位、颈椎周围肌肉韧带等软组织失衡方面,归为本病的病因,《内经》中也有对筋的功能的描述,“宗筋主束骨而利关节也”即软组织的功能为约束关节,维持关节稳定,以保证关节功能正常。从颈椎生物力学角度分析<sup>[8]</sup>,正常颈椎活动灵活,有向前的生理曲度,加强颈椎的承载能力和灵活性,由于生活方式的改变,长期低头劳作,颈椎前屈时,头部

重力经过杠杆作用,使得颈椎承受更大的力以达到平衡,颈后肌肉犹如紧张的弓弦,长期负荷下颈部肌肉挛缩,导致本体感受功能紊乱,同时穿行于肌肉内的血管受到挤压,血管管径变窄、供血不足<sup>[9-10]</sup>。

本研究显示手法结合揞针和单纯手法治疗均可减轻颈性眩晕患者的眩晕程度,改善眩晕症状。虽然两种方法对疼痛改善效果相当,但观察组颈椎功能状态改善优于对照组,同时在改善颈性眩晕患者血流速度方面,手法结合揞针优于单纯手法。揞针属于皮内埋针,具有作用持久、经济安全等特点,颈椎血管中与椎动脉相关联的交感神经纤维也在颈后部密集分布<sup>[11]</sup>,揞针可对颈部神经纤维及肌肉筋膜形成微弱而持久的刺激,从而起到良性调节作用。同时,经手法治疗后错位得到纠正,症状得到缓解,但由于颈椎仍处于不稳定状态,在日常活动中容易再发生紊乱,供血不足造成颈性眩晕反复发作。临床上颈椎退变、椎体不稳、血供不足是颈性眩晕发病的关键因素<sup>[12]</sup>,从颈部肌肉来看,颈椎屈曲与后伸功能不协调造成颈椎稳定性较差,因而手法疗效不能持久,这就提示临床医师治疗时不仅要恢复骨性结构的平衡,也要恢复肌肉血供的功能状态,使颈椎关节肌肉处于血供稳定状态,使颈性眩晕不再复发<sup>[13]</sup>。

本研究中部分患者影像学检查显示颈椎结构完整,但临床症状明显,在查体中发现颈后、枕下肌肉紧张,在治疗中通过放松颈后肌群,降低肌肉张力,眩晕症状有较好的改善,说明颈后肌肉痉挛致血供变差、本体感受功能紊乱,导致颈性眩晕<sup>[14]</sup>。肌肉软组织的动力性平衡和稳定有赖于肌肉张力的稳定及局部血供的充足,临床上只注重骨性结构的在位,未解除肌肉的病理状态、恢复血供,所以导致临床症状反复出现,病程延长<sup>[15]</sup>。

本研究提示临床治疗方向不能仅限于调整骨性结构失衡、降低颈部肌张力,还应当改善颈部血液供应。手法治疗颈性眩晕通过调整颈椎静力性稳定系统,颈椎骨性结构的良好对位,解除椎后小关节紊乱,降低椎旁韧带张力,纠正椎体微小偏移,解除小关节错位,改善软组织痉挛状态,降低肌肉张力,改善本体感受器功能紊乱状态<sup>[16]</sup>;另一方面也要同时改善颈椎动力学血液供应系统功能状态,增强肌肉张力,使血管不同程度受压,相应部位血流增快。手法治疗后,颈椎功能状态改善,但血供情况处于不稳定状态,由于平素个人习惯,使颈部肌肉再次失去平衡,眩晕容易再次发作,回到治疗前的状态。手法配合揞针使得发作间隔慢慢延长,最终骨性结构与软组织处于稳定状态,血供得到改善,减少疾病的复发。通过揞针治疗增加颈部血供,改善颈椎功能状态,最终恢复颈椎骨正筋柔、血流通畅的生理状态<sup>[17]</sup>。

综上所述,手法结合揞针治疗颈性眩晕不仅重视筋和骨之间的关系,手法重建脊柱静力平衡系统,恢复脊柱的生物力学平衡,揞针还可改善患者颈部血流状

况的动力平衡系统,且安全性高,取材方便,成本低廉。本研究在手法治疗颈性眩晕的基础上结合揞针治疗,进一步探索其对患者功能和生活质量的改善,并观察患者的经颅多普勒超声诊断仪变化趋势,研究手法和揞针对加快患者颈部血流速度的影响和生理机制,丰富其理论基础,也为进一步推广非药物治疗颈性眩晕奠定基础。通过本研究临床观察,手法配合揞针对颈性眩晕疗效更好,有助于加强关节稳定性,减少眩晕发作频次,减少复发,缩短病程,疗效显著。

## 参考文献

- [1] 刘文英,于广莹,金鸿宾. 颈性眩晕的诊治国内进展[J]. 中国矫形外科杂志,2014,22(1):55-58.
- [2] 时开英,朱晓斌. 中西医结合治疗椎-基底动脉供血不足临床观察[J]. 西部中医药,2014,27(11):119-121.
- [3] 井夫杰,杨永刚. 推拿治疗学[M]. 2版. 北京:中国中医药出版社,2021:66-70.
- [4] 高树中. 针灸治疗学[M]. 3版. 上海:上海科学技术出版社,2018:40-41.
- [5] 国家中医药管理局医政司. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社,2017:212-213.
- [6] 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.
- [7] 饶凯华,黄春华,张卫华,等. 颈性眩晕的中医病机、证型特点及中医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志,2024,30(9):1609-1613.
- [8] 秦廷武. 临床生物力学基础[M]. 北京:军事医学科学出版社,2015:136-144.
- [9] 庄明辉,李路广,唐彬,等. 颈椎旋提手法治疗中青年颈椎失稳 22 例[J]. 中国中医骨伤科杂志,2022,30(4):46-50.
- [10] 任树军,于长江,姜磊,等. 针刀疗法联合颈舒颗粒治疗颈源性眩晕临床观察[J]. 中国中医骨伤科杂志,2021,29(2):23-26.
- [11] 董永书,行书丽. 头穴久留针治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕 56 例临床观察[J]. 中西医结合心脑血管病杂志,2013,11(5):554-555.
- [12] 曹洁,齐瑞,王辉昊. 颈性眩晕病因及发病机制的研究进展[J]. 河北中医,2016,38(9):1416-1421.
- [13] 杨盛宇,朱清广,房敏,等. 推拿手法结合运动疗法治疗颈椎病经筋力学机制研究[J]. 四川中医,2014,32(6):144-146.
- [14] 李锐,刘洋,张世民,等. 筋柔骨正理论指导下运用单纯疏筋手法治疗寰枢关节错缝 30 例[J]. 中国中医骨伤科杂志,2024,32(4):59-63.
- [15] 李勇涛,东琨,王程. 选择性功能动作评估指导下“仰头推正”法治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志,2023,31(5):60-63.
- [16] YANG X W, SHENG F, WANG S N, et al. Observation on the efficacy of traditional Qigong exercise combined with Tuina manipulations in treating lower cervical disc herniation[J]. J Acupunct Tuina Sci,2023,21(3):203-209.
- [17] 龚萌,刘志祥,李沛,等. 基于“多关节肌螺旋平衡链”理论浮针治疗颈性眩晕的临床疗效及对椎动脉血流速度的影响[J]. 中国针灸,2025,45(1):13-18.

(收稿日期:2025-05-09)