

针灸配合推拿治疗颈性眩晕的临床效果

白云贵

云南省红河州第二人民医院 云南红河 654399

〔摘要〕目的 对颈性眩晕行针灸联合推拿治疗的意义予以探究。方法 选择的 120 例患者均为 2018 年 3 月至 2020 年 3 月接收的颈性眩晕患者，借助电脑系统平均分为 2 组，对照组予以推拿治疗，观察组予以针灸联合推拿治疗，并对两组疼痛、颈性眩晕以及生活质量的评分予以对照。结果 两组治疗后疼痛评分比治疗前低，颈性眩晕评分比治疗前高，且观察组疼痛评分比对照组低，颈性眩晕评分比对照组高 ($P<0.05$)；两组治疗后生活质量评分高于治疗前，且观察组评分比对照组高 ($P<0.05$)。结论 颈性眩晕行针灸联合推拿治疗，可改善临床症状，减轻疼痛程度，提高生活质量。

〔关键词〕颈性眩晕；针灸；推拿；意义

〔中图分类号〕R246.2 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 10-096-02

颈性眩晕主要是因为机体颈部病变导致椎-基底动脉供血不足引发的。此病在临床十分常见，也属于颈椎病的常见并发症，以头晕或眩晕为主要症状，或伴有恶心、呕吐、视物旋转，直接影响患者的工作与生活^[1]。现对颈性眩晕行针灸联合推拿治疗的意义分析如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择的 120 例患者均为 2018 年 3 月至 2020 年 3 月接收的颈性眩晕患者，借助电脑系统平均分为 2 组，对照组中，男、女有 34 例、26 例，年龄 49-73 岁，平均 (61.35 ± 12.54) 岁；病程 1-9 年，平均 (5.25 ± 4.68) 年。观察组中，男、女有 35 例、25 例，年龄 50-74 岁，平均 (62.46 ± 12.68) 岁；病程 2-10 年，平均 (6.57 ± 4.75) 年。处理组间病程等信息无明显区别 ($P>0.05$)。

1.2 方法

予以对照组推拿治疗，患者予以俯卧位，推拿按摩颈部，放松颈部肌肉，对肩井穴以及风府穴等予以点压，按照患者描述受力情况确定力度。按摩后调整为仰卧位，头部垫高，托举其下颏，使头部和颈部呈 45 度角，按照患者最大弯曲程度对角度进行调整，保持 1-2 分钟后，牵引头部予以匀速旋转，幅度不可太大，在 20-30 度角就可以。推拿治疗周期 1 周，每天一次，每次半小时，一个疗程总计三个周期。

观察组予以针灸联合推拿治疗，推拿方法与对照组一致。针灸方法如下：患者选择直立坐姿，选择毫针对患者风池穴、颈椎夹棘穴以及肩井穴等进行针刺，按照患者感受描述确定针刺强度，毫针针尖与棘突靠近，距离低于 1 寸，进针速度不可过快，进针时应对患者感受时刻观察，若存在过度刺激感觉，需马上停止。针刺结束后留针半小时。并对风池穴予以温针灸处理，实现温通经脉，加快头部血液循环。颈夹脊穴针灸的过程中，应对行针时间间隔充分注意，维持在 5 分钟左右即可。

1.3 评定指标^[2]

(1) 疼痛评分：根据视觉模拟评分法对疼痛程度判断，无痛为 0 分，剧烈疼痛为 10 分，分数越大，说明痛感越强烈；(2) 颈性眩晕评分：根据 ESCV 量表判定，内容有颈肩部痛以及眩晕等五个内容，满分 30 分，分数越小，说明症状越严重；(3) 生活质量评分：根据 SF-36 量表进行判定，内容有健康状况以及健康功能等八个方面，总分 100 分，分数越小，表明质量差。

1.4 统计学

予以 SPSS21.0 对数据统计，计量资料如颈性眩晕评分等检验为 t ， $P<0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 疼痛与颈性眩晕的评分

两组治疗后疼痛评分比治疗前低，颈性眩晕评分比治疗前高，且观察组疼痛评分比对照组低，颈性眩晕评分比对照组高 ($P<0.05$)。见下表 1：

表 1：疼痛与颈性眩晕的评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	疼痛		颈性眩晕	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	60	5.68 ± 0.58	3.38 ± 0.18	15.34 ± 2.31	20.79 ± 1.42
观察组	60	5.64 ± 0.58	1.16 ± 0.47	5.63 ± 2.57	26.85 ± 1.52
t 值	-	0.3777	34.1673	21.7658	22.5665
P 值	-	0.7063	0.0000	0.0000	0.0000

2.2 生活质量的评分

两组治疗后生活质量评分高于治疗前，且观察组评分比对照组高 ($P<0.05$)。见下表 2：

表 2：生活质量的评分 ($\bar{x} \pm s$, 分)

分组	例数	治疗前	治疗后
对照组	60	61.76 ± 10.75	75.16 ± 11.17
观察组	60	61.85 ± 10.67	89.46 ± 16.17
t 值	-	0.0460	5.6362
P 值	-	0.9634	0.0000

3 讨论

颈性眩晕主要是由于不同因素导致的椎-基底动脉供血障碍引发的，通常会伴随颈椎活动障碍等表现，现代医学表示，此病的出现和椎动脉交感神经刺激等机制有直接联系。中医认为此病属于眩晕与痹症范畴，主要是由于筋脉失养与肝肾亏虚等导致的，主要以活血通络与荣窍定眩为治疗原则^[3]。

针灸治疗借助针刺方法，将患者不同穴位的郁结之气充分消除，如阿是穴以及风池穴等，使患者平心静气与头目清利的目标。气血有效疏通后，颈部疼痛感会显著减轻^[4]。推拿治疗借助外力使错位颈部关节得以扶正，于压迫力量作用下，对交感神经丛与椎动脉进行刺激，从而使颈部血液畅通流动。两种方法结合，可实现优势互补，针灸科对气血进行调节，推拿可对神经有效刺激，使颈椎恢复正常的生理弧度，使正常的应力分布得以重建^[5]。

本研究显示：两组治疗后疼痛评分比治疗前低，颈性眩晕评分比治疗前高，且观察组疼痛评分比对照组低，颈性眩晕评分比对照组高；两组治疗后生活质量评分高于治疗前，且观察组评分比对照组高，与其他研究结论相近。

总之，颈性眩晕行针灸联合推拿治疗，可使临床症状与疼痛程度显著改善，促使生活质量有效提升。

〔参考文献〕

- [1] 陈安亮. 推拿配合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎 - (下转第 97 页)

运动神经元病验案 1 例

吴春梅

黑龙江中医药大学 黑龙江哈尔滨 150040

〔摘要〕运动神经元病是一系列以上下运动神经元改变为突出表现的慢性进行性神经系统变性疾病^[1]。临床特征表现为肌无力和萎缩，延髓麻痹及锥体束征，多中年发病。临床实习期间观察到运用针灸治疗此病疗效显著，现择其验案 1 则如下。

〔关键词〕针灸；中药；运动神经元病

〔中图分类号〕R249 〔文献标识码〕B 〔文章编号〕2095-7165(2020)10-097-01

1 病例资料

金某，女，52 岁，2018 年 11 月 8 日初诊，主诉：右上肢活动不利 1 年。现病史：患者于 1 年前无明显诱因出现右上肢无力，从右上肢远端开始，持筷，穿衣费劲，当时就诊于哈医大四院，行右腕管及尺神经沟松解术，术后症状未见明显改善，并逐渐出现右上肢抬举困难，左上肢无力，随后就诊于北京安达医院，诊断为“运动神经元病”，未治疗，病情呈逐渐进展趋势，为求中医治疗，遂来于教授处就诊。目前患者右上肢活动不利，抬举困难，左上肢无力，心烦，焦虑，饮食及睡眠尚可，二便利。刻诊：患者右上肢活动不利，抬举困难，左上肢无力，未见痰涎及呕吐物，胸闷及善太息，舌质淡，苔薄白，脉细弱。查体：右上肢肌张力低，腱反射活跃，右上肢近端肌力 3 级，远端肌力 2 级，其余肢体肌力 5 级，右手肌肉萎缩，右上肢刺痛觉减退，Hoffmann 征阳性，颈强（-），克氏征（-）。西医诊断：运动神经元病。中医诊断：痿病—肾精亏损，气血虚滞。治疗原则：补肾填精，益气养血。中医施以针灸配合中药治疗。针灸取穴：百会，四神聪，太阳，风池，外关，合谷，足三里，膻中，阳陵泉，太冲，昆仑，丘墟，操作：患者取坐位，选穴常规消毒，取安迪牌毫针（苏州医疗用品厂有限公司生产，规格：0.35mm×40mm）针刺，进针深浅以得气为度。百会向四神聪方向斜刺 0.5～1 寸，快速捻转 1～2 分钟，产生酸胀感；太阳直刺 0.5～1 寸，风池向对侧眼球方向斜刺 1.5～2 寸，行提插捻转手法使针感至眼部有胀感，膻中点刺不留针，余穴位均常规针刺，以提插捻转补法为主，留针 50min，其间行针 1～2 次。每日针刺一次。10 天后，患者胸闷症状缓解，情绪较平稳，继续针灸治疗 10 天，双上肢远端肌力增强，遂出院，1 个月后电话随访，上述症状均有所改善。

2 方法

按：运动神经元病是以损害脊髓前角、脑干运动神经核以及锥体束为主的一组慢性进行性变性疾病，该病发病机制不清，目前临床上对该病尚无确切有效的治疗手段，因预后不佳，给患

者带来极大痛苦。中医没有运动神经元病这一名称，根据此病的临床表现，可归属于中医“痿证”范畴。《内经》有云：“年过四十，阴气自半。”该患中年女性，肝肾亏虚，加之病程日久，精血亏耗，筋脉失于濡养，从而出现肢体无力、痿废不用，发为此病。《素问·痿论》指出：“治痿者独取阳明。”吴昆治疗痿证强调肾与督脉的关系：“肾主督脉，督脉者行于脊里，肾坏则督脉虚，故令腰脊不举^[2]。针灸处方中百会为诸脉之会，可加强肾与督脉的联系，调节一身之阳气；四神聪、太阳局部取穴，可醒脑开窍；昆仑、太冲、丘墟，刺之可调理筋脉气血，膻中为心包经之募穴，刺之可宽胸理气；风池醒脑开窍；阳陵泉为少阳胆经之合穴，为脉气所入之处；合谷、足三里为阳明经穴，阳明经多气多血，刺之可益气补血以增强肌张力；而长留针，亦取“久病者，邪气入深，刺此病者，深内而久留之”之意（《灵枢·终始》）。诸穴合用，共奏补肾填精，益气养血之功。

3 小结

运动神经元病患者多在了解病情后，因西医无有效治疗方法，在心理上无法接受，故焦虑，烦躁，恐惧，故治疗时还应对患者进行心理疏导，放松心情，减轻患者痛苦，配合针灸治疗时以患者舒适为度，这也是治疗的关键。

〔参考文献〕

- [1] 秦悦. 王健教授治疗运动神经元病的经验总结 [C]. 辽宁中医药大学, 2013.
- [2] 李小龙, 路永坤. 温针灸治疗运动神经元病临床研究 [J]. 中医学报, 2017, v.32;No.232, 233-236
- [3] 程慧娟, 周德生. 周德生治疗运动神经元病验案 1 则 [J]. 湖南中医杂志, 2019, 35(09):92-93.
- [4] 宋会会, 石学敏. 石学敏治疗运动神经元病验案 1 则 [J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(11):99-100.
- [5] 刘志宇, 周学平. 周仲瑛治疗运动神经元病验案 1 例 [J]. 中医杂志, 2009, 50(06):565-566.

（上接第 95 页）

[2] Jiang J, Liu R, Zhang Z, et al. Study on the treatment of pancreatic cancer with integrated traditional Chinese and Western medicine: A study protocol of a multicenter prospective cohort study[J]. Medicine, 2019, 98(47):e17975-e17977.

（上接第 96 页）

基底动脉血流动力学的影响 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(2):269.

[2] 曹志平. 手法推拿联合针灸治疗老年颈性眩晕的效果及对椎-基底动脉血流动力学的影响 [J]. 中医临床研究, 2020, 12(8):75-77.

[3] 贾仰春. 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕的效果探究 [J]. 临

[3] 田静, 杨爽, 宋丹丹, 等. 血必净在治疗重症肺炎中的临床疗效研究进展 [J]. 临床肺科杂志, 2019, 24(05):96-99+104.

[4] 车晓宇, 陈冰, 宋洋, 等. 血必净联合抗菌药物治疗对 ICU 重症肺炎患者血清感染指标, 急性蛋白和应激激素的影响 [J]. 实用药物与临床, 2018, 21(12):36-39.

床医药文献电子杂志, 2020, 7(7):14, 35.

[4] 王桃萍, 安国松. 中医针灸推拿联合口服氟桂利嗪治疗颈性眩晕患者的临床效果 [J]. 临床医学研究与实践, 2020, 5(24):152-153, 156.

[5] 许永良. 推拿配合温针灸治疗颈性眩晕 82 例临床观察 [J]. 浙江中医杂志, 2014, 49(5):360.