

• 论 著 • DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2023.13.009

吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的疗效 及对椎动脉血流动力学的影响^{*}

何志芳,侯新聚,胡思彦

江西省南昌市洪都中医院,江西南昌 330006

摘 要:目的 探讨吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的疗效及对椎动脉血流动力学的影响。方法 选取 2022 年 1—8 月该院收治的 78 例颈性眩晕患者,按照随机数字表法分为两组,每组 39 例。对照组在常规西医治疗基础上采用温针灸治疗,观察组在对照组基础上加用吴氏手法干预。比较两组临床疗效、椎动脉血流动力学指标[舒张末期血流速度(Vd)、收缩期峰值血流速度(Vs)]、眩晕严重程度[眩晕评定量表(DARS)评分],以及对日常生活的影响[眩晕残障程度评定量表(DHI)评分]。结果 观察组治疗 4 周后总有效率比对照组高($P<0.05$);治疗 4 周后,两组双侧椎动脉 Vs、Vd 比治疗前升高,观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗 4 周后,两组 DARS 评分、DHI 评分比治疗前降低,观察组低于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。结论 吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的效果显著,可改善患者椎动脉血流动力学,减轻眩晕程度,提高患者生活质量。

关键词:颈性眩晕; 吴氏手法; 温针灸; 椎动脉; 血流动力学

中图法分类号:R441.2

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2023)13-1864-04

Effect of Wu's manipulation combined with warm acupuncture in treating cervical vertigo patients and its influence on vertebral artery hemodynamics^{*}

HE Zhifang, HOU Xinju, HU Siyan

Nanchang Municipal Hongdu Hospital of Traditional Chinese Medicine,
Nanchang, Jiangxi 330006, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of Wu's manipulation combined with warm acupuncture in the patients with cervical vertigo and its influence on vertebral artery hemodynamics. **Methods** Seventy-eight patients with cervical vertigo admitted and treated in this hospital from January to August 2022 were selected and divided into the two groups according to the random number table method, 39 cases in each group. The control group was treated with warm acupuncture on the basis of conventional Western medicine treatment, while the observation group was added with Wu's manipulation on the basis of the control group. The clinical efficacy, vertebral artery hemodynamic indexes [end diastolic blood flow velocity (Vd), peak systolic blood flow velocity (Vs)], vertigo severity [vertigo rating scale (DARS) score], and daily life impact [vertigo disability rating scale (DHI) score] were compared between the two groups. **Results** The total effective rate after 4-week treatment in the observation group was higher than that in the control group ($P<0.05$); after 4 weeks of treatment, Vs and Vd of bilateral vertebral arteries in both groups were increased compared with those before treatment, the observation group was higher than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). After 4-week treatment, the DARS score and DHI score of the two groups were decreased compared with those before treatment, the observation group was lower than those in the control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion** Wu's manipulation combined with warm acupuncture has the significant effect in the treatment of the patients with cervical vertigo, which could improve the vertebral artery hemodynamics, reduce the degree of vertigo, and improve the quality of life in the patients.

Key words: cervical vertigo; Wu's maneuver; warm acupuncture; vertebral artery; hemodynamics

颈性眩晕会导致患者恶心、视物模糊、眩晕、颈肩痛等,严重影响患者的身体健康及正常生活。目前,

西医多采用药物治疗颈性眩晕,该方法虽能减轻患者症状,但会产生药物依赖,且长期用药会导致不良反

^{*} 基金项目:江西省中医药管理局科技计划项目(2021B067)。

作者简介:何志芳,女,主治医师,主要从事针灸推拿相关研究。

应的发生,影响疗效。中医认为,颈性眩晕属“项痹”范畴,该病因正虚劳损或风寒湿邪入侵致使经络闭阻,经脉失养,气血运行不畅,治疗需以活血化瘀、疏通经络为主^[1]。吴氏手法推拿为中医特色疗法,可温经通脉、活血化瘀,是治疗眩晕症的常用方法之一^[2]。温针灸通过针刺、艾灸特定穴位达到减轻病症的目的,在治疗颈性眩晕方面已获得显著疗效^[3]。基于此,本研究探讨了吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的疗效及对椎动脉血流动力学的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2022 年 1—8 月本院收治的 78 例颈性眩晕患者,按照随机数字表法分为两组,每组 39 例。对照组男 10 例,女 29 例;年龄 32~71 岁,平均(51.42±5.13)岁;病程 6~29 个月,平均(12.52±1.23)个月。观察组男 11 例,女 28 例;年龄 31~71 岁,平均(51.39±5.11)岁;病程 7~28 个月,平均(12.48±1.22)个月。两组年龄、性别、病程等一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。本研究经本院医学伦理委员会批准[2022 年(015)号],患者及家属已签署知情同意书。

1.2 诊断标准 (1)西医诊断符合颈性眩晕诊断标准^[4];(2)中医诊断符合《中医病证诊断疗效标准》^[5]中风寒湿证标准:主证为颈部疼痛或活动障碍,可伴有肩膀、胸部疼痛,向上肢放射;次证为四肢麻木,肌肉萎缩;舌脉为脉浮紧,舌质紫黯有瘀斑。

1.3 入选标准 (1)纳入标准:①符合中西医诊断标准;②治疗前 1 个月未采用同类药物治疗;③患者意识清晰,可配合治疗。(2)排除标准:①合并心肝肾功能障碍者;②合并造血系统严重原发病或精神疾病者;③妊娠或哺乳期女性;④眼源性、耳源性眩晕者;⑤未按规定检查或治疗者。

1.4 方法 对照组在常规西医治疗基础上采用温针灸治疗。患者口服尼莫地平片(河北永丰药业有限公司,国药准字 H13021882,规格:20 毫克/片)2 片/次,3 次/天。温针灸治疗:以夹脊穴为主穴,百会、气海、中脘、风池、率谷、上星穴为配穴。常规消毒患者穴位处皮肤及针具后,用毫针(衡水沛森医疗器械商贸有限公司,规格:0.30 mm×40.00 mm)针刺上述诸穴 15 mm,以针刺感散发至整个颈肩部为最佳针感,得气后行平补平泻手法,再于上述诸穴处行雷火温针灸。将雷火灸条(茵陈、木香、沉香、穿山甲及干姜组成)剪为高 1.5 cm、直径 1.5 cm 的圆柱体,插于针尾后点燃,灸条距皮肤 4~5 cm,每次灸 1 柱,留针 30 min 后出针,每周 3 次,持续 4 周。

观察组在对照组基础上加用吴氏手法推拿。(1)头面部:医生用双手拇指桡侧缘交替推(印堂至神庭)2 min,拇指指腹推攒竹至太阳穴 2 min,并按揉角孙、百会、四神聪 2~3 min。(2)颈项部:用中指与拇指同时按压风池穴 1 min,从该穴位起至颈项部,用食指和

中指、拇指自上而下拿捏颈项两旁的软组织 6 min,再指揉点压肩中俞、肩井、肩外俞、风池、天柱、天宗、肩髃等穴 3 min,滚法放松颈肩部、上肢、上背部肌肉 2 min。(3)颈部拔伸法:医生将两前臂尺侧放至患者肩部,向下用力,用剩余 4 指及手掌托住患者颌部,拇指按于其风池穴上方,让患者身体自然下沉。医生手掌、前臂同时反方向用力,使患者头颈部前屈、后伸、左右旋转约 1 min。(4)配合局部湿热敷、中频脉冲电治疗、微波治疗等辅助治疗。10 d 为 1 个疗程,休息 2 d 再进行下一个疗程,治疗 4 周。

1.5 观察指标 (1)临床疗效参考《中医病证诊断疗效标准》^[5]评估患者治疗 4 周后的疗效。治愈:眩晕、头痛等消失,生活恢复正常;显效:病症基本消失,生活基本恢复正常;有效:病症减轻 50%~69%,生活大致恢复正常;无效:不符合上述要求。总有效率=(治愈例数+显效例数+有效例数)/总例数×100%。(2)椎动脉血流动力学指标:治疗前、治疗 4 周后采用多普勒彩超(中科乐普医疗技术有限公司,HP21000 型)检测患者双侧椎动脉的舒张末期血流速度(Vd)、收缩期峰值血流速度(Vs)。(3)眩晕严重程度:治疗前、治疗 4 周后采用眩晕评定量表(DARS)^[6]评估患者的眩晕严重程度,该量表共 6 个问题,根据眩晕的程度赋值 0~6 分,总分 0~36 分,分数越高,眩晕程度越重。(4)对日常生活的影响:治疗前、治疗 4 周后采用眩晕残障程度评定量表(DHI)^[7]评估眩晕对患者日常生活的影响,该量表共 25 个问题,每项按严重程度记为 0、2、4 分(3 级评分),总分 0~100 分,得分越高,眩晕对患者生活的影响越大。

1.6 统计学处理 采用 SPSS25.0 统计软件处理数据。计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;等级资料采用秩和检验;符合正态分布的计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 观察组治疗 4 周后的总有效率比对照组高,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[n(%)]					
组别	n	治愈	显效	有效	无效
观察组	39	20(51.28)	12(30.77)	6(15.38)	1(2.56)
对照组	39	10(25.64)	14(35.90)	7(17.95)	8(20.51)
Z/ χ^2			2.702		4.522
P			0.007		0.034

2.2 椎动脉血流动力学指标 治疗前,两组双侧椎动脉 Vs、Vd 比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 4 周后,两组双侧椎动脉 Vs、Vd 比治疗前升高,且观察组高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 2。

表 2 两组椎动脉血流动力学指标比较($\bar{x} \pm s$, cm/s)

组别	时间	<i>n</i>	左侧 Vs	左侧 Vd	右侧 Vs	右侧 Vd
观察组	治疗前	39	42.55±4.26	18.36±1.85	43.72±4.46	21.13±2.14
	治疗 4 周后		51.62±5.15 ^a	25.42±2.53 ^a	51.16±5.13 ^a	25.49±2.53 ^a
对照组	治疗前	39	42.59±4.23	18.59±1.87	43.67±4.43	21.14±2.15
	治疗 4 周后		46.38±4.64 ^a	22.69±2.25 ^a	48.55±4.83 ^a	23.86±2.39 ^a
<i>t</i> ₁			0.042	0.546	0.050	0.021
<i>P</i> ₁			0.967	0.587	0.961	0.984
<i>t</i> ₂			4.721	5.035	2.313	2.925
<i>P</i> ₂			<0.001	<0.001	0.023	0.005

注:与同组治疗前比较,^a*P*<0.05;*t*₁、*P*₁为两组治疗前比较;*t*₂、*P*₂为两组治疗 4 周后比较。

2.3 眩晕严重程度 治疗前,两组 DARS 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 4 周后,两组 DARS 评分比治疗前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 3。

表 3 两组 DARS 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 4 周后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	39	19.52±1.94	7.36±0.74	63.283	<0.001
对照组	39	19.48±1.93	9.58±0.82	55.699	<0.001
<i>t</i>		0.091	12.552		
<i>P</i>		0.928	<0.001		

2.4 对日常生活的影响 治疗前,两组 DHI 评分比较,差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗 4 周后,两组 DHI 评分比治疗前降低,且观察组低于对照组,差异均有统计学意义(*P*<0.05)。见表 4。

表 4 两组 DHI 评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	<i>n</i>	治疗前	治疗 4 周后	<i>t</i>	<i>P</i>
观察组	39	50.42±5.03	25.63±2.55	62.425	<0.001
对照组	39	49.85±4.97	29.85±2.94	61.527	<0.001
<i>t</i>		0.503	6.772		
<i>P</i>		0.616	<0.001		

3 讨论

颈性眩晕的发生机制较为复杂,临床多认为该病的发生与椎基底动脉系统病变、血流动力学改变有关。西医多采用药物治疗该病,尼莫地平片为常用药物,该药可缓解血管痉挛,扩张血管,改善局部微循环,减轻患者眩晕、颈肩痛等症状。但长期使用该药会引发低血压、头痛等不良反应,影响疗效,需寻求更有效的治疗方案。

中医认为该病的发生与素体虚弱、风寒湿邪入侵机体有关,风寒湿邪侵袭会导致经络受阻,气滞血瘀,不通则痛,治疗需以温经通脉、活血化瘀为主^[8]。温针灸是通过将毫针刺入穴位并将点燃的艾炷插入毫针熏蒸穴位的疗法,对颈性眩晕有较好的疗效。吴氏手法推拿为吴洪义先生及其子吴来发先生所创,讲究

“脊正筋顺”,对脊源性疾病有较好的疗效。

颈性眩晕发生时,病变的椎体会压迫椎基底动脉,导致椎动脉血流动力学发生变化。本研究显示,观察组治疗 4 周后的总有效率及双侧椎动脉 Vs、Vd 比对照组高,DARS 评分、DHI 评分比对照组低,说明吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的效果显著,可改善患者椎动脉血流动力学,减轻颈性眩晕患者的眩晕程度,提高患者生活质量。分析原因:温针灸是以经脉学说为基础的中医疗法,所选夹脊穴可通降腑气、调和五脏;百会穴为各经脉会聚之处,可调节气体阴阳;气海可调经固经、益气助阳;风池穴通多经,刺激该穴可激发阳经之气,使髓海得养,减轻眩晕^[9]。温针灸通过雷火灸条结合针刺对上述穴位进行刺激可以强化活血通经、祛除寒湿的效果;且艾条产生的热量可以对患者的皮肤产生刺激,促使皮肤感官功能激活,使患者肌肉放松,并加快局部血液循环,改善患者的颈部血流动力学,减轻颈性眩晕症状。吴氏手法是依据经络、穴位理论及生理学理论施治,通过对头面部、颈项部等推拿进一步放松患者颈部肌群,缓解椎动脉痉挛,加快血液循环,改善其血流动力学,从而促进颈部症状消失,改善生活质量^[10]。温针灸结合吴氏手法可强化疏经活血效果,能有效改善颈性眩晕患者的椎动脉血流情况,减轻患者脑部、颈部供血不足所引发的头晕、目眩症状,促进其颈部功能恢复。

综上所述,吴氏手法配合温针灸治疗颈性眩晕患者的效果显著,可改善患者椎动脉血流动力学,减轻眩晕程度,提高患者生活质量。

参考文献

[1] 邓建军.从“寒湿凝痰、上蒙清窍”论治颈性眩晕[J]. 中医临床研究,2021,13(5):115-116.
[2] 甄朋超,王倩倩,刘钢,等.吴氏手法配合中药热敷及功能锻炼改善粘连前期肩周炎疼痛的临床研究[J]. 中国中医急症,2018,27(1):77-79.
[3] 王鑫,李艾琳,闫绍妹,等.平衡针刀联合温针灸治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J]. 针刺研究,2022,47(7):625-629.
(下转第 1871 页)

用于评估心功能的可靠生物学标志物,其水平升高说明心功能受损程度加剧。另外,经 ROC 曲线分析可知:血清 UA、CysC 及 galectin-3 联合预测 HFrEF 患者 1 年内再入院的效能优于上述 3 项指标单独预测。这提示上述 3 项指标联合检测可为临床预测 HFrEF 患者 1 年内再入院提供更为充分、全面的依据。

综上所述,随着血清 UA、CysC 及 galectin-3 水平升高,HFrEF 患者 1 年内再入院风险增加,上述 3 项指标联合预测可实现对 HFrEF 患者 1 年内再入院风险的有效评估。

参考文献

[1] HEIDENREICH P A,BOZKURT B,AGUILAR D,et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines[J]. Circulation,2022,145(18):e895-e1032.

[2] 程小兵,罗娟娟,陈燕,等. 血清脑源性神经营养因子水平与左心室射血分数降低的心力衰竭患者预后的关系研究[J]. 实用心脑血管病杂志,2021,29(10):29-35.

[3] 毛毅,肖进群,陈思洁,等. 慢性心力衰竭患者并发抑郁障碍的影响因素及对患者 UA、CysC、Scr、生活质量及预后的影响[J]. 现代生物医学进展,2022,22(11):2123-2127.

[4] 王建,刘晓红,陈若诗,等. 血清胱抑素 C 与常见心血管疾病的关 系[J]. 中国介入心脏病学杂志,2020,28(10):585-588.

[5] SUTHAHAR N,MEIJERS W C,SILLJÉ H H W,et al. galectin-3 activation and inhibition in heart failure and cardiovascular disease:an update[J]. Theranostics,2018,8(3):593-609.

[6] 中华医学会心血管病学分会心力衰竭学组,中国医师协会心力衰竭专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心力衰竭诊断和治疗指南 2018[J]. 中华心血管病杂志,2018,46(10):760-789.

[7] JIN X,NAUTA J F,HUNG C L,et al. Left atrial structure and function in heart failure with reduced (HFrEF) versus preserved ejection fraction (HFpEF): systematic

review and meta-analysis[J]. Heart Fail Rev,2022,27(5):1933-1955.

[8] CHEN Y T,WONG L L,LIEW O W,et al. Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) and preserved ejection fraction (HFpEF): the diagnostic value of circulating microRNAs[J]. Cells,2019,8(12):1651.

[9] 郝佳梦,王丹东,集川原,等. 射血分数保留型心力衰竭发病机制及治疗进展[J]. 世界中医药,2021,16(11):1679-1684.

[10] 姚璋璐,董彬. 射血分数保留心力衰竭的研究进展[J]. 长治医学院学报,2022,36(1):72-75.

[11] 王小红,王丽. 不同射血分数心力衰竭患者黄嘌呤氧化酶与尿酸的表达及意义[J]. 实用医学杂志,2022,38(10):1231-1235.

[12] 阿米娜·叶尔生,艾力曼·马合木提,娜儿娜·吾格提. 慢性心力衰竭患者血清胱抑素 C 和 B 型利钠肽相关性研究[J]. 中国临床保健杂志,2020,23(6):790-793.

[13] FU H,NIE S,LUO P,et al. Galectin-3 and acute heart failure: genetic polymorphisms,plasma level,myocardial fibrosis and 1-year outcomes[J]. Biomark Med,2020,14(11):943-954.

[14] 张妮婧,何锦丽,刘洋,等. 扩张型心肌病心力衰竭患者血 尿素与心房颤动的相关性[J]. 中华老年心脑血管病杂志,2018,20(9):901-905.

[15] 施根灵,高明喜,沈蕾. 慢性心力衰竭患者血清 CA125、CysC、CRP 及凝血指标与患者病情程度及预后的关系分析[J]. 血栓与止血学,2020,26(2):199-202.

[16] 王晶,李培,白玉芝,等. 血清半乳糖凝集素-3、生长分化因子-15 浓度与慢性心力衰竭患者严重程度的相关性分析及其临床诊断价值[J]. 岭南心血管病杂志,2022,28(1):59-62.

[17] 罗立,黄怡,翦林昊. Galectin-3 联合 hs-CRP 评估慢性心力衰竭患者近期预后的价值[J]. 重庆医学,2016,45(13):1837-1839.

[18] 尹海宁,张文杰. 慢性心力衰竭患者易损期非计划性再入院风险预测模型的构建及验证[J]. 实用心脑血管病杂志,2022,30(5):9-14.

(收稿日期:2022-09-10 修回日期:2023-03-29)

(上接第 1866 页)

[4] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治多学科专家共识[J]. 中华神经科杂志,2017,50(11):805-812.

[5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 北京:中国中医药出版社,2019:189-190.

[6] 宋春明,杨玲. 补肾益肝通络方联合针刀治疗后循环缺血性眩晕临床应用价值分析[J]. 中医临床研究,2020,12(26):80-82.

[7] 姜娜,纪侠,管亚妹,等. 眩晕残障程度量表在急诊留观眩晕患者中的应用[J]. 中国病案,2020,21(3):86-89.

[8] 陈紫恒,伍广锐,黄勇. 温针灸治疗寒湿痹阻证神经根型颈椎病急性期的疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2021,30(1):84-88.

[9] 王向阳. 温针灸夹脊穴联合神经妥乐平治疗椎动脉型颈椎病疗效及对动脉血流变化和颈椎功能的影响[J]. 现代中西医结合杂志,2019,28(25):2794-2796.

[10] 何志芳,陈勇,刘露. 吴氏手法联合西药治疗颈性眩晕临床观察[J]. 光明中医,2021,36(14):2413-2415.

(收稿日期:2022-10-19 修回日期:2023-02-21)