

DOI: 10.13703/j.0255-2930.20240628-k0002

引用格式: 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.

临床研究

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*

龚 萌^{1△}, 刘志祥², 李 沛², 肖仁焱², 贾 鹏², 郭 鸿³, 晋 松^{3✉}(成都中医药大学, ¹ 针灸推拿学院, ² 养生康复学院, 四川成都 610072; ³ 成都中医药大学附属医院康复科, 四川成都 610072)

[摘要] 目的: 观察基于“多关节肌螺旋平衡链”理论浮针治疗颈性眩晕(CV)的临床疗效及对椎动脉血流速度的影响。方法: 将 60 例 CV 患者随机分为浮针组和药物组, 各 30 例。浮针组于大椎穴行浮针治疗, 扫散后留置软管 5 min, 隔日 1 次, 每周 3 次, 治疗 3 周; 药物组给予口服甲磺酸倍他司汀片、双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊治疗, 连续服用 3 周。分别于治疗前后及治疗结束后 1 个月随访观察两组患者眩晕障碍量表(DHI)、视觉模拟量表(VAS)评分, 于治疗前后采用经颅多普勒超声检测椎动脉血流速度, 并于治疗后评定两组临床疗效。结果: 治疗后及随访时, 两组患者 DHI 各分项评分及总分均较治疗前降低($P < 0.05$); 治疗后两组患者 VAS 评分及随访时浮针组患者 VAS 评分较治疗前降低($P < 0.05$)。治疗后及随访时, 浮针组患者 DHI 躯体评分、总分及 VAS 评分均低于药物组($P < 0.05$); 随访时, 浮针组患者 DHI 情绪和功能评分低于药物组($P < 0.05$)。治疗后, 两组患者双侧椎动脉平均血流速度均高于治疗前($P < 0.05$), 且浮针组高于药物组($P < 0.05$)。浮针组总有效率为 100.0% (30/30), 高于药物组的 73.3% (22/30, $P < 0.05$)。结论: 基于“多关节肌螺旋平衡链”理论的浮针疗法可有效减轻 CV 患者眩晕症状和颈部疼痛程度, 提高患者椎动脉血流速度, 有较好的远期疗效。

[关键词] 颈性眩晕; 浮针; 多关节肌螺旋平衡链; 椎动脉; 血流动力学; 随机对照试验

Clinical efficacy of Fu's subcutaneous needling based on "multi-joint muscle spiral balance chain" theory for cervical vertigo and its effect on blood flow velocity of vertebral artery

GONG Meng^{1△}, LIU Zhixiang², LI Pei², XIAO Renyan², JIA Peng², GUO Hong³, JIN Song^{3✉} (¹School of Acupuncture-Moxibustion and Tuina, ²School of Health Preservation and Rehabilitation, Chengdu University of TCM, Chengdu 610072, Sichuan Province, China; ³Department of Rehabilitation, Affiliated Hospital of Chengdu University of TCM, Chengdu 610072, Sichuan Province)

ABSTRACT Objective To observe the clinical efficacy of Fu's subcutaneous needling based on "multi-joint muscle spiral balance chain" theory for cervical vertigo (CV) and its effect on blood flow velocity of vertebral artery. **Methods** A total of 60 patients with CV were randomized into a Fu's subcutaneous needling group and a medication group, 30 cases in each one. In the Fu's subcutaneous needling group, Fu's subcutaneous needling was delivered at Dazhui (GV14), the flexible tube was retained for 5 min after sweeping manipulation, and the treatment was given once every other day, 3 times a week for 3 weeks. In the medication group, betahistine mesylate tablet and diclofenac sodium dual-release enteric capsule were taken orally for continuous 3 weeks. Before treatment, after treatment, and in follow-up of one month after treatment completion, the scores of dizziness handicap inventory (DHI) and visual analogue scale (VAS) were observed; before and after treatment, the blood flow velocity of vertebral artery was measured by transcranial Doppler, and the clinical efficacy was evaluated after treatment in the two groups. **Results** After treatment and in follow-up, each item scores and total scores of DHI were decreased compared with those before treatment in the two groups ($P < 0.05$); the VAS scores after treatment in the two groups, as well as the VAS score in follow-up of the Fu's subcutaneous needling group, were decreased compared with those before treatment ($P < 0.05$). In the Fu's subcutaneous needling group, after treatment and in follow-up, the physical scores and the total scores of DHI, and the VAS scores were lower than those in the medication group ($P < 0.05$); in follow-up, the emotional and functional scores of DHI were lower than those in the medication group ($P < 0.05$). After treatment, the mean blood flow

*四川省中医药科研专项项目: H2021096; 成都中医药大学附属医院(四川省中医医院)院基金项目: Y2023010

✉通信作者: 晋松, 主任医师。E-mail: 1049147000@qq.com

△龚萌, 成都中医药大学博士研究生。E-mail: 932439053@qq.com

velocity (Vm) of the left vertebral artery (LVA) and the right vertebral artery (RVA) was increased compared with that before treatment in the two groups ($P < 0.05$), and the Vm of LVA and RVA in the Fu's subcutaneous needling group was higher than that in the medication group ($P < 0.05$). The total effective rate was 100.0% (30/30) in the Fu's subcutaneous needling group, which was superior to 73.3% (22/30) in the medication group ($P < 0.05$). **Conclusion** Fu's subcutaneous needling based on the "multi-joint muscle spiral balance chain" theory can effectively alleviate the vertigo and neck pain, and improve the blood flow velocity of vertebral artery in CV patients, and has a long-term therapeutic effect.

KEYWORDS cervical vertigo; Fu's subcutaneous needling; multi-joint muscle spiral balance chain; vertebral artery; hemodynamics; randomized controlled trial (RCT)

颈性眩晕 (cervical vertigo, CV), 又称颈源性眩晕, 是由于各种原因导致颈部病变引起椎动脉供血障碍, 以头晕目眩、恶心呕吐、平衡失调为特征, 且多数患者伴有颈部疼痛的眩晕综合征^[1-2]。据报道, 40% 的颈痛患者同时存在眩晕症状, 而我国成人 CV 发病率约 20%, 且发病率逐年增加, 发病年龄呈年轻化趋势^[3]。目前, CV 尚缺乏权威有效的治疗方法^[4], 西医以手术或血管扩张剂对症治疗为主^[5], 但存在手术创伤大、风险高, 药物起效慢、复发率高等不利因素^[6]。因此, 亟待探求一种有效且安全的治疗手段。浮针疗法作为一种源于传统针刺, 基于现代解剖学、生物力学等理论而产生的新针刺疗法, 运用针体在皮下做扇形摆动从而达到促进患处肌肉、韧带等软组织修复的目的^[7-8]。近年来, 浮针疗法已被广泛应用于多种疾病的治疗, 特别是在缓解头晕、颈部疼痛等症状方面表现出突出的效果^[9-10]。2019 年“多关节肌”(即从起点到止点跨两个或两个以上关节的肌肉)的概念正式提出^[11], 笔者团队以此为切入点, 创新性提出“多关节肌螺旋平衡链”理论^[12], “以脊柱线为轴、以关节为枢, 调整多关节肌螺旋平衡, 从而达到矫正骨关节失衡的目的”。本研究以西药治疗为对照, 观察基于“多关节肌螺旋平衡链”理论浮针治疗颈性眩晕的临床疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2023 年 3 月至 2024 年 3 月于成都中医药大学附属医院康复科门诊招募 CV 患者 60 例。参考既往研究^[13]中眩晕障碍量表 (dizziness handicap inventory, DHI) 评分结果, 本研究期望浮针治疗颈性眩晕 DHI 评分为 (23.15 ± 5.50) 分, 西药治疗 DHI 评分为 (27.80 ± 5.50) 分, 取双侧 $\alpha = 0.05$, $1 - \beta = 0.85$, 使用 PASS15.0 软件中两独立样本比较的估算方法, 计算得出每组样本含量至少为 27 例, 总样本量应为 54 例。按照 10% 脱落率计算, 每组不少于 30 例, 最终样本总量为 60 例。将符合纳入标准的患者按照纳入先后

顺序依次编号, 使用 SPSS23.0 软件随机数字生成模块产生随机数字及对应分组, 并将序号、组别装入不透光的信封中密封, 信封上标注编号。由研究人员按患者入组顺序打开相应编号信封, 将患者按 1:1 比例随机分为浮针组和药物组, 各 30 例, 并告知治疗医师患者组别。本研究随机化方案全部环节均由不参与试验的专职随机化人员负责, 研究过程中临床诊治、指标评价及数据分析人员三分离。本研究方案获成都中医药大学附属医院伦理委员会批准 (批准号: 2024KL-021)。

1.2 诊断标准

参照《血管性眩晕和头晕: 诊断标准》^[14]和《眩晕诊治专家共识》^[15]制定 CV 诊断标准: ①呈发作性眩晕, 常在颈部体位改变时诱发或加重, 时伴有恶心、头痛、视物模糊、耳鸣等; ②查体可见颈肌僵硬、活动受限、压痛阳性、单侧或双侧上肢及远端等典型神经根压迫症状; ③颈椎 X 线或 CT 检查提示骨质增生, 颈椎退行性病变, 颈椎生理曲线变直、反张, 节段性失稳等; ④排除所有其他类型的眩晕, 如耳源性、眼源性及其他系统疾病引起的眩晕。

1.3 纳入标准

①符合上述 CV 诊断标准; ②年龄 18~80 岁; ③生命体征及病情基本稳定; ④近 1 个月内未接受相关治疗者; ⑤自愿参加本研究, 患者本人签署或由其直系亲属代签知情同意书。

1.4 排除标准

①其他疾病及外伤所致的眩晕, 如颅内占位及耳源性、脑动脉硬化、感染性疾病等引起的眩晕者; ②合并心血管、肝、肾、消化系统、造血系统等严重原发性疾病者; ③妊娠或哺乳期或近半年有生育要求的妇女; ④惧怕针灸或对本研究所用药物过敏者; ⑤治疗部位有严重皮肤损伤或皮肤病者; ⑥同时接受其他药物或理疗治疗者。

1.5 剔除及脱落标准

①依从性较差, 不愿继续参与研究并自行退出者; ②临床资料不全或无法判断疗效等, 影响疗效

或安全性判定者；③未按规定接受针刺或药物治疗者，不依从设计方案规定治疗的病例。

1.6 中止标准

研究过程中出现严重不良反应、特殊生理变化或其他意外事件，不宜继续参加本研究者。

2 治疗方法

2.1 浮针组

取穴：大椎，以后正中线上第 7 颈椎棘突下凹陷处为进针点。操作：嘱患者俯卧位，局部皮肤碘附棉签消毒。选用一次性 4.8 cm 中号浮针，医者佩戴一次性医用手套，左手拇指和示指捏起并固定进针处皮肤，以右手拇指、示指、中指捏住浮针尾部，针尖朝向患者头部，与皮肤呈 15°角刺入，随后持浮针尾部和管座行扇形扫扇，扫散幅度约为 30°，频率 60 次/min，扫散 2~3 min，见图 1。结束后拔出针芯，留置软管 5 min。抽出软管，用干棉签按压针孔，同时检查浮针软管的完整性，进针处以输液贴固定按压 1 min。隔日 1 次，每周 3 次，治疗 3 周，共 9 次。所有浮针治疗均由经过本课题组标准技能培训，并熟练掌握浮针操作的具有主治医师及以上职称的针灸医师进行。

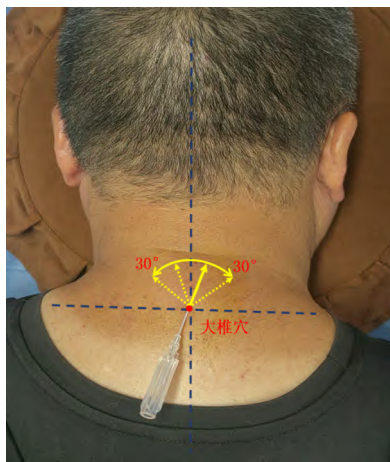


图 1 基于“多关节肌螺旋平衡链”理论浮针治疗颈性眩晕操作示意图

2.2 药物组

根据《甲磺酸倍他司汀治疗眩晕症的专家共识》^[16]及《中华人民共和国药典》，予口服甲磺酸倍他司汀片〔卫材（中国）药业有限公司，国药准字 H20040130，6 mg〕，每次 6 mg，每日 3 次；口服双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊（德国克林格制药公司，进口药品注册证号 H20140548，75 mg），每次 75 mg，每天 1 次。均连续服用 3 周。

3 疗效观察

3.1 观察指标

3.1.1 主要结局指标

眩晕障碍量表（DHI）评分^[17]：包括 3 个部分，其中躯体（P）评分 0~28 分，情绪（E）评分 0~36 分，功能（F）评分 0~36 分。各项问题均采用 0 分（否定）、2 分（有时）、4 分（肯定）标准评分，总分范围为 0~100 分，评分越高表示眩晕程度越重。分别于治疗前后及随访时（治疗结束后 1 个月）进行评定。

3.1.2 次要结局指标

（1）视觉模拟量表（visual analogue scale, VAS）评分^[18]：画 1 条 10 cm 直线，“0”端（0 分）表示无疼痛，“10”端（10 分）表示最剧烈的疼痛，患者根据评定即刻颈部自觉疼痛程度（非按压痛）在标尺上进行标记。总分范围为 0~10 分。分别于治疗前后及随访时（治疗结束后 1 个月）进行评定。

（2）血流动力学指标：采用经颅多普勒超声（EK-1000，江苏亿康电子科技有限公司）探测并记录患者左侧椎动脉（LVA）和右侧椎动脉（RVA）的平均血流速度（Vm）。分别于治疗前后进行检测。

3.2 疗效评定标准

治疗结束后，根据患者 DHI 总分改善情况评定疗效。疗效指数（%）= [(治疗前 DHI 总分 - 治疗后 DHI 总分) ÷ 治疗前 DHI 总分] × 100%。治愈：疗效指数 ≥ 95%；显效：70% ≤ 疗效指数 < 95%；有效：30% ≤ 疗效指数 < 70%；无效：疗效指数 < 30%。

3.3 安全性评价

记录研究过程中两组不良反应发生情况，包括与浮针相关的不良事件，如皮下出血、血肿、晕针、断针等；与药物相关的不良事件，如过敏反应、血压异常、胃肠道反应等，并计算两组不良反应发生率。

3.4 统计学处理

数据采用 SPSS22.0 软件进行统计分析。计量资料符合正态分布用均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，组内比较采用配对样本 *t* 检验，组间比较采用两独立样本 *t* 检验；不符合正态分布的计量资料用中位数（上下四分位数）[*M* (*P*₂₅, *P*₇₅)] 表示，组内比较采用 Wilcoxon 秩和检验，组间比较采用 Mann-Whitney *U* 秩和检验。计数资料用频数或百分数表示，组间比较采用 χ^2 检验。以 *P* < 0.05 为差异有统计学意义。

3.5 结果

3.5.1 两组患者一般资料比较

试验过程中无病例脱落, 两组患者性别、年龄、病程一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性, 见表 1。

表 1 两组颈性眩晕患者一般资料比较

组别	例数	性别/例		年龄/岁			病程/月		
		男	女	最小	最大	平均 ($\bar{x} \pm s$)	最短	最长	平均 ($\bar{x} \pm s$)
浮针组	30	11	19	28	71	49 ± 9	0.5	24	7.0 ± 1.3
药物组	30	14	16	32	70	50 ± 10	0.5	36	7.2 ± 1.4

3.5.2 两组患者治疗前后各时点 DHI 评分比较

治疗前两组患者 DHI 各分项评分及总分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后及随访时, 两组患者 DHI 各分项评分及总分均较治疗前降低 ($P < 0.05$)。治疗后及随访时, 浮针组患者 DHI 躯体评分和总分均低于药物组 ($P < 0.05$); 随访时, 浮针组患者 DHI 情绪和功能评分低于药物组 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组颈性眩晕患者治疗前后各时点 DHI 评分比较

(分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	躯体评分			情绪评分		
		治疗前	治疗后	随访	治疗前	治疗后	随访
浮针组	30	12.6 ± 3.1	$4.3 \pm 2.2^{(1)(2)}$	$3.5 \pm 1.7^{(1)(2)}$	18.2 ± 4.2	$6.7 \pm 3.2^{(1)}$	$5.6 \pm 2.8^{(1)(2)}$
药物组	30	12.7 ± 2.4	$6.7 \pm 2.5^{(1)}$	$7.3 \pm 2.9^{(1)}$	18.3 ± 3.6	$9.3 \pm 4.0^{(1)}$	$10.2 \pm 3.9^{(1)}$

组别	例数	功能评分			总分		
		治疗前	治疗后	随访	治疗前	治疗后	随访
浮针组	30	20.7 ± 4.9	$8.4 \pm 3.9^{(1)}$	$7.7 \pm 4.0^{(1)(2)}$	50.9 ± 11.4	$19.6 \pm 8.4^{(1)(2)}$	$16.8 \pm 8.2^{(1)(2)}$
药物组	30	21.8 ± 4.6	$12.2 \pm 4.8^{(1)}$	$11.4 \pm 5.3^{(1)}$	52.8 ± 10.3	$28.1 \pm 11.1^{(1)}$	$28.8 \pm 11.7^{(1)}$

注: DHI: 眩晕障碍量表。与本组治疗前比较, $^{(1)} P < 0.05$; 与药物组同时点比较, $^{(2)} P < 0.05$ 。

表 3 两组颈性眩晕患者治疗前后各时点 VAS

评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后	随访
浮针组	30	5.6 ± 1.5	$2.8 \pm 1.3^{(1)(2)}$	$2.4 \pm 1.3^{(1)(2)}$
药物组	30	5.7 ± 1.5	$3.6 \pm 1.0^{(1)}$	4.1 ± 1.2

注: VAS: 视觉模拟量表。与本组治疗前比较, $^{(1)} P < 0.05$; 与药物组同时点比较, $^{(2)} P < 0.05$ 。

表 4 两组颈性眩晕患者治疗前后椎动脉血流

速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVA		RVA	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
浮针组	30	18.2 ± 2.7	$23.1 \pm 2.8^{(1)(2)}$	19.6 ± 2.6	$23.0 \pm 2.6^{(1)(2)}$
药物组	30	18.6 ± 2.4	$21.6 \pm 2.6^{(1)}$	19.5 ± 1.8	$21.4 \pm 2.0^{(1)}$

注: LVA: 左侧椎动脉, RVA: 右侧椎动脉。与本组治疗前比较, $^{(1)} P < 0.05$; 与药物组治疗后比较, $^{(2)} P < 0.05$ 。

3.5.3 两组患者治疗前后各时点 VAS 评分比较

治疗前两组患者 VAS 评分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 两组患者 VAS 评分较治疗前降低 ($P < 0.05$); 随访时, 浮针组患者 VAS 评分较治疗前降低 ($P < 0.05$)。治疗后及随访时, 浮针组患者 VAS 评分低于药物组 ($P < 0.05$)。见表 3。

3.5.4 两组患者治疗前后椎动脉血流速度比较

治疗前两组患者 LVA、RVA 的 Vm 比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。治疗后, 两组患者 LVA、RVA 的 Vm 高于治疗前 ($P < 0.05$), 且浮针组高于药物组 ($P < 0.05$)。见表 4。

3.5.5 两组患者临床疗效比较

浮针组总有效率为 100.0%, 高于药物组的 73.3% ($P < 0.05$), 见表 5。

3.5.6 安全性评价

浮针组无皮下出血、血肿、晕针、断针等不良事件发生, 不良反应发生率为 0%; 药物组 1 例患者出现胃肠道反应, 不良反应发生率为 3.3% (1/30)。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P = 0.492$)。

表 5 两组颈性眩晕患者临床疗效比较 例

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效率/%
浮针组	30	1	8	21	0	100.0 $^{(1)}$
药物组	30	0	5	17	8	73.3

注: 与药物组比较, $^{(1)} P < 0.05$ 。

4 讨论

颈性眩晕 (CV) 归于中医“眩晕”“项痹”等范畴, 与肝、脾、肾三脏关系密切, 其病因病机多为气血亏虚, 清窍失养, 脑部濡养不足, 夹杂瘀血、痰湿阻窍而发病, 为本虚标实之证。在现代医学中, CV 具体病理机制尚无共识^[19]。目前多认为机械压迫与 CV 发病密切相关, 当颈部肌肉劳损挛缩, 可导致机械感受器损伤, 出现本体感觉信号传输紊乱, 从而诱发眩晕^[20]; 同时, 颈部肌群异常痉挛, 将间接或直接刺激、压迫椎动脉^[21], 从而导致椎动脉血流动力

学的改变诱发眩晕,反过来又会引起血管阻力、血液黏度增加,加重椎动脉血流速度降低情况,引起供血不足而产生一系列不利影响^[22]。因此,改善颈部肌群异常状态引起的椎体、小关节及韧带等整体系统力学失衡^[23],在治疗 CV 中显得愈发关键。

本团队尤其重视三维视角下对颈部多关节肌螺旋平衡态的调节,强调“多关节肌螺旋平衡链”理论在针灸临床中的应用^[24]。基于此,本团队观察到颈后部斜方肌、头夹肌、小菱形肌、上后锯肌的起点均位于第 7 颈椎棘突范围内(即大椎穴附近),且均以脊柱正中轴为轴,分别向外、外上及外下方呈螺旋状附着于自枕部到肩胛骨范围内多个椎体、关节、韧带等,共同维持着颈部生物力学系统的平衡。大椎本身解剖所处位置具有特殊性,其下有多条颈部横静脉、各静脉丛以及 C₈ 颈神经、T₁ 神经后支内侧皮支等分布,还有相应的脊神经后支伴行,因此大椎处生物动力学失衡可刺激组织周围的感受器、神经纤维和血管,从而引起眩晕、颈部疼痛等症状^[25]。《伤寒论》云“头项强痛,或眩晕……当刺大椎”,大椎属督脉之要穴,为机体的动力之源。因此,本团队选择以大椎为枢纽点,沿脊柱线进针并以其为轴进行一定幅度扫散,旨在引发颈后部多关节肌的螺旋链联动,从而调整因患肌异常力学导致的平衡失常(图 2),以期最终达到重置颈部本体感觉、改善血流供应、增强颈椎结构稳定性的目的。

自 1996 年浮针疗法提出以来^[26],这一由传统毫针刺法改良并结合现代解剖学理念而来的新型疗法,强调肌肉功能性改变是引发临床病症的核心原因^[7],通过对患肌扫散,促进血流再灌注,发挥了纠正患肌

痉挛,恢复患肌与周围骨骼、血管间的整体生物力学平衡的作用。而在本研究中并未配合再灌注方法,主要原因是本团队在长期临床实践过程中发现,仅采用扫散法和短时间留置软管法即能产生良好的临床疗效。同时,本团队认为扫散阶段是浮针疗法的核心组成部分,采用更为简化、高效的浮针疗法,一方面考虑到患者体位的特殊性,另一方面可有效减轻患者不适感并降低潜在的风险。改良后的浮针疗法操作不仅保留了传统浮针疗法的优势,而且更加符合患者的实际临床需求。尽管如此,未来研究仍有必要进一步探讨再灌注方法、留置软管时间等在浮针疗法中的作用。

本研究选用将甲磺酸倍他司汀片与双氯芬酸钠双释放肠溶胶囊作为阳性对照药物,因其分别具有促进微循环改善眩晕及强大抗炎镇痛的作用,是临床防治颈性眩晕的一线用药^[16,27]。本研究 DHI 评分结果显示,浮针在改善 CV 患者眩晕相关躯体症状及总体情况方面较口服西药作用更显著,疗效优势可持续至治疗结束后 1 个月随访;治疗后,浮针与口服西药在改善患者情绪和功能方面疗效相当,而浮针组在随访时的疗效优于药物组。同时,在改善 CV 患者颈部疼痛及改善作用的持续时间方面,浮针较口服西药效优,药物组患者停药后颈部疼痛症状有加重趋势,而浮针组治疗结束后疼痛呈持续减轻趋势。在改善椎动脉血流速度方面,浮针同样优于口服西药。口服西药存在引发胃肠道不适等不良反应的可能性,而采用浮针治疗可避免此类不良事件的发生。本研究中浮针组治疗总有效率高于药物组,可能是由于西药治疗未能在本质上有效解决 CV 的致病因素,有待后续研究进一步探索。

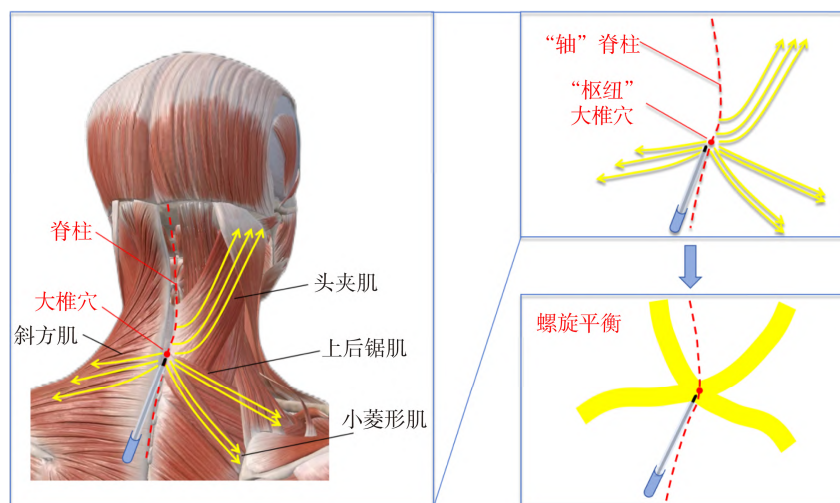


图 2 多关节肌螺旋平衡链示意图

综上所述,本研究结果显示两种疗法均能有效改善 CV 患者眩晕症状,降低颈部疼痛程度,提高椎动脉血流速度,基于“多关节肌螺旋平衡链”理论的浮针治疗的效果更优,且其优效性可持续至治疗结束后 1 个月随访,并具有良好的安全性。对于进针深度、进针角度、留针时间等浮针干预细节^[28],还需进一步开展更大样本量的多中心临床试验,以更加量化的研究结果为临床使用提供充分的标准化依据。

参考文献

- [1] 杨雨薇, 陈小波, 祝郑飞, 等. 颈性眩晕发病机制的最新研究进展[J]. 中医临床研究, 2022, 14(30): 26-29.
- [2] 谭依立, 吕振, 洪毅. 颈性眩晕的研究进展[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2022, 32(7): 648-653.
- [3] 蒋艺敏. 颈性眩晕发病机制的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(92): 100-101.
- [4] 罗恒, 刘汝专, 唐晓菊, 等. 颈性眩晕治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2020, 22(2): 175-178.
- [5] 王蔚琳. 颈性眩晕的中西医病因分析及治疗现状研究[J]. 中国实用医药, 2018, 13(35): 189-191.
- [6] 周峻, 熊振成, 李文浩, 等. 颈性眩晕的中西医研究进展[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(4): 951-954.
- [7] 李虎, 白田雨, 孙健, 等. 浮针从患肌论治颈性眩晕[J]. 中西医结合心脑血管病杂志, 2021, 19(16): 2784-2786.
- [8] 李桂凤, 符仲华. 浅谈浮针对疼痛医学发展的启示[J]. 中国针灸, 2014, 34(6): 591-593.
- [9] 钟敏莹, 张熹煜. 符仲华浮针治疗颈椎病临证经验[J]. 中国针灸, 2015, 35(8): 823-826.
- [10] 张晔, 王瑞新. 浮针治疗颈型颈椎病的临床疗效观察[J]. 光明中医, 2016, 31(16): 2378-2381.
- [11] Schofield M, Tinwala F, Cronin J, et al. Multijoint musculoarticular stiffness derived from a perturbation is highly variable[J]. J Strength Cond Res, 2021, 35(9): 2498-2503.
- [12] 高秀花, 贾敏, 郭鸿, 等. 基于“解剖列车”理论的浮针再灌注结合关节松动术对肩袖损伤术后康复的疗效观察[J]. 中医临床研究, 2020, 12(26): 102-105.
- [13] 刘振. “项七针”治疗颈性眩晕的临床研究[D]. 济南: 山东中

医药大学, 2023.

- [14] Kim JS, Newman-Toker DE, Kerber KA, et al. Vascular vertigo and dizziness: diagnostic criteria[J]. J Vestib Res, 2022, 32(3): 205-222.
- [15] 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(5): 369-374.
- [16] 中国医药教育协会眩晕专业委员会, 吴子明, 王武庆, 等. 甲磺酸倍他司汀治疗眩晕症的专家共识[J]. 中国全科医学, 2023, 26(29): 3591-3598.
- [17] Treleaven J. Dizziness handicap inventory (DHI)[J]. Aust J Physiother, 2006, 52(1): 67.
- [18] Merboth MK, Barnason S. Managing pain: the fifth vital sign[J]. Nurs Clin North Am, 2000, 35(2): 375-383.
- [19] Vural M, Karan A, Albayrak Gezer İ, et al. Prevalence, etiology, and biopsychosocial risk factors of cervicogenic dizziness in patients with neck pain: a multi-center, cross-sectional study[J]. Turk J Phys Med Rehabil, 2021, 67(4): 399-408.
- [20] Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: implications for assessment and management[J]. J Orthop Sports Phys Ther, 2009, 39(5): 364-377.
- [21] 边俊莉. 颈性眩晕的病因及发病机制研究[D]. 泰安: 泰山医学院, 2014.
- [22] 胡凤丽. 彩超分析颈部血管病变及血流变化与老年患者颈性眩晕的相关性[J]. 中国实用医药, 2014, 9(8): 61-62.
- [23] 李黎, 王金玲, 吴山, 等. 从筋骨力学平衡理论探讨林氏颈椎定点旋转扳法治疗急性颈性眩晕的理论来源及诊疗方法[J]. 中国中医急症, 2016, 25(9): 1714-1716, 1719.
- [24] 李鸿鹏, 张迪, 刘志祥, 等. 筋膜触发点浮针治疗对腰椎间盘突出症患者疼痛及腰部活动度影响的随机对照研究[J]. 针刺研究, 2024, 49(5): 512-518.
- [25] 闫冬, 陈聪, 宋咏梅. 大椎穴治疗颈椎病的研究进展[J]. 山东中医杂志, 2018, 37(3): 262-266.
- [26] 符仲华. 再灌注和再灌注活动: 关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.
- [27] 陈新谦, 金有豫, 汤光. 新编药理学[M]. 17 版. 北京: 人民卫生出版社, 2011: 188.
- [28] 龚萌, 林栋, 齐诗仪, 等. 基于系统论探讨中医临床复合干预体系的构建[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(6): 3108-3112.

(收稿日期: 2024-06-28, 网络首发日期: 2024-10-12, 编辑: 李婧婷)

广告目次

- | | | | |
|------|----------------------------|-----|----------------------|
| 封 2 | 东邦一次性使用无菌针灸针(苏州东邦医疗器械有限公司) | 封 4 | 华佗牌医疗器械(苏州医疗用品厂有限公司) |
| 前插 2 | 清铃揸针(四川源泉医疗器械有限公司) | | |

读者·作者·编者

- | | | | |
|-----|--------------|-----|-------------------------------|
| 对 1 | 《中国针灸》杂志投稿指南 | 104 | 《中国针灸》第五届编委会委员名单、第二届青年编委会成员名单 |
| 2 | 《中国针灸》专栏征稿 | | |
| 封 3 | 《中国针灸》简介 | | |

征订·书讯

- | | | | |
|------|--------------|----|-----------|
| 前插 1 | 《中国针灸》杂志光盘 | 86 | 编辑部在售杂志明细 |
| 26 | 《中国针灸》《针刺研究》 | | |