

· 临床研究 ·

微针刀治疗颈源性眩晕病例对照研究

郎伯旭¹, 罗建昌¹, 郎珈望², 王罗丹¹, 徐文斌¹

(1. 台州市立医院, 浙江 台州 318000; 2. 上海中医药大学附属曙光医院骨伤科, 上海 200120)

【摘要】 目的: 观察微针刀疗法对颈源性眩晕的临床疗效。方法: 将 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日收治的 300 例颈源性眩晕患者按随机数字表法分为微针刀组(96 例, 脱落 4 例), 常规针刺组(96 例, 脱落 4 例)和口服药物组(95 例, 脱落 5 例)。微针刀组给予上颈段局部微针刀治疗, 隔日 1 次, 共治疗 7 次; 常规针刺组给予常规针刺治疗, 每日 1 次, 连续治疗 2 周; 口服药物组给予敏使朗片(甲磺酸倍他司汀片)口服, 每次 6 mg, 每天 3 次, 连续口服 2 周。分别于治疗前、疗程结束时和治疗结束后 3 个月随访, 观察眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)并根据 DHI 评分进行疗效评定。结果: 疗程结束时和结束后 3 个月随访, 3 组患者 DHI 评分较治疗前均明显下降($P < 0.01$), 微针刀组治疗后同时间点 DHI 评分低于常规针刺组和药物组($P < 0.01$), 常规针刺组和口服药物组治疗后同时间点比较差异无统计学意义($P > 0.05$)。根据 DHI 评分进行疗效评定: 微针刀组痊愈 50 例, 显效 28 例, 好转 14 例, 总有效率 95.83%; 常规针刺组痊愈 28 例, 显效 26 例, 好转 24 例, 总有效率 81.25%; 药物组痊愈 18 例, 显效 20 例, 好转 28 例, 总有效率 69.47%; 微针刀组总有效率明显高于另两组($\chi^2 = 45.956, P = 0.000$)。3 组治愈患者中, 微针刀组所需时间明显少于常规针刺组和药物组($F = 18.796, P = 0.000$)。结论: 微针刀松解寰枢段软组织对颈源性眩晕具有明显疗效, 临床治愈率及有效率以及痊愈患者所需治疗时间均优于常规针刺及口服药物。

【关键词】 眩晕; 针刀疗法; 敏针; 病例对照研究

中图分类号:

DOI: 10.12200/j.issn.1003-0034.2022.02.012

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



A case control study: the treatment of cervical vertigo with micro needle knife LANG Bo-xu*, LUO Jian-chang, LANG Jia-wang, WANG Luo-dan, and XU Wen-bin. *Taizhou Municipal Hospital, Taizhou 318000, Zhejiang, China

ABSTRACT Objective: To observe the clinical efficacy of micro needle knife therapy on cervical vertigo. **Methods:** A total of 300 patients with cervical vertigo treated from January 1, 2017 to December 31, 2019 were randomly divided into micro needle knife group (96 cases, 4 cases falling off), traditional acupuncture group (96 cases, 4 cases falling off) and oral drug group (95 cases, 5 cases falling off). The micro needle knife group was treated with micro needle knife in the local upper cervical segment once every other day for 7 times; the traditional acupuncture group was treated with traditional acupuncture once a day for 2 weeks; the oral drug group was given Merislon (betahistine mesilate tablets) orally, 6 mg each time, 3 times a day for 2 weeks. The patients were followed up before treatment, at the end of treatment and 3 months after treatment. The dizziness handicap inventory (DHI) was observed and the curative effect was evaluated according to the DHI score. **Results:** At the end of the course of treatment and 3 months after the treatment, DHI scores of the three groups were significantly lower than those before treatment ($P < 0.01$), and the DHI scores of micro needle knife group were lower than those of traditional acupuncture group and oral drug group at the same time point after treatment ($P < 0.01$). There was no statistically significant difference in DHI scores between traditional acupuncture group and oral drug group at the same time after treatment ($P < 0.05$). The curative effect was evaluated according to DHI score; in micro needle knife group, 50 cases were cured, 28 cases were markedly effective, 14 cases were improved, the total effective rate was 95.83%; in traditional acupuncture group, 28 cases were cured, 26 cases were markedly effective, and 24 cases were improved, with the total effective rate of 81.25%; in oral drug group, 18 cases were cured, 20 cases were markedly effective, and 28 cases were improved, with the total effective rate of 69.47%. The total effective rate of micro needle knife group was significantly higher than that of other two groups ($\chi^2 = 45.956, P = 0.000$). Among the cured patients in the three groups, the time required in the micro needle knife group was significantly less than that in the traditional acupuncture group and oral drug group ($F = 18.796, P = 0.000$). **Conclusion:** Micro needle knife loosening atlantoaxial

基金项目: 浙江省中医药科研基金项目(编号: 2020ZT011); 浙江省名中医工作室项目(浙卫发[2018]69号); 浙江省中医药重点学科经费资助项目(2012-XK-D20)

Fund program: Research Fund of Traditional Chinese Medicine of Zhejiang Province (No. 2020ZT011)

通讯作者: 郎伯旭 E-mail: tsylbx@126.com

Corresponding author: LANG Bo-xu E-mail: tsylbx@126.com

soft tissue has obvious curative effect on cervical vertigo which clinical cure rate, effective rate and treatment time required for cured patients are better than traditional acupuncture and oral drug.

KEYWORDS Vertigo; Acupotomy therapy; Sword-like needle; Case-control studies

颈源性眩晕是指由于颈源性因素引起的以头昏眩晕为主要症状的一个综合征,是临床常见疾病,可发生于除婴幼儿外的任何年龄段。近年来,本课题组一直致力于对颈源性眩晕发病机制的探索,得出的结论是寰枢段因素与颈源性眩晕的发病有十分密切的相关性^[1]。基于上述认识,笔者针对寰枢段采用微针刀技术治疗,取得满意疗效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

参考 2008 年《第 3 届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[2]和 2010 年《眩晕诊治专家共识》^[3]中的诊断标准:轻度发作通常表现为短暂和一过性的,重度发作可持续数天至数周;头晕或眩晕伴随颈部不适、牵拉感或疼痛;经常在头部姿势改变或颈部旋转时发生;部分患者旋颈诱发试验阳性;颈部肌肉紧张,多可触及条索状激痛点;多伴有视力模糊、头痛、耳鸣、听力障碍等头颅症状;颈部影像学检查异常,如颈椎反屈、椎体不稳、椎间盘突出等;除外眼源性、心源性、脑源性、耳源性眩晕。

1.2 病例选择

纳入标准:符合诊断标准;年龄 18~60 岁;经影像学检查存在异常或经颅多普勒(transcranial doppler, TCD)结果显示椎-基底动脉血流障碍;依从性好,配合本次研究者;经医院伦理委员会批准,患者知情同意。排除标准:眼源性、心源性、脑源性及耳源性眩晕;同时参加其他药物临床研究者;妊娠及哺乳期妇女;自身有传染性、代谢性、免疫性疾病;合并严重心、脑、肝、肾等原发性疾病;患有先天性发育性椎管狭窄、重度骨质疏松症;存在颈椎关节脱位、骨结核或骨肿瘤;凝血功能、血糖或血脂明显异常者;存在失语、视听、认知等躯体功能障碍。

1.3 一般资料

本研究共纳入病例 300 例,全部来源于 2017 年 1 月 1 日至 2019 年 12 月 31 日台州市立医院针推康复科门诊患者。按随机数字表法分为微针刀组、常规针刺组、口服药物组,每组各 100 例。其中因各种原因未完成治疗者 8 例(微针刀组 2 例、常规针刺组 3 例、口服药物组 3 例),完成治疗但随访阶段失访者 5 例(微针刀组 2 例、常规针刺组 1 例、口服药物组 2 例),最后共完成 287 例,微针刀组和常规针刺组各 96 例,口服药物组 95 例。3 组性别、年龄、病程比较差异无统计学意义(见表 1),其中微针刀组、常规针组、口服药物组年龄分别为 18~60、19~60、18~

60 岁,病程分别为 1~144、1~126、1~136 个月。本临床研究方案获得台州市立医院伦理委员会批准(批准文号:tzslyy-lw-20161201)。

表 1 各组颈源性眩晕患者一般资料比较
Tab.1 Comparison of general data of three groups of patients with cervical vertigo

组别	例数	性别(例)		年龄 ($\bar{x}\pm s$, 岁)	病程 ($\bar{x}\pm s$, 月)
		男	女		
针刀组	96	33	63	40.66±8.97	34.23±26.22
常规针刺组	96	31	65	39.95±9.39	32.43±25.37
口服药物组	95	28	67	41.26±9.85	31.85±25.02
检验值		$\chi^2=0.530$		$F=0.467$	$F=0.225$
P 值		0.767		0.627	0.798

1.4 治疗方法

1.4.1 微针刀组 (1)选用中德合资马鞍山邦德医疗器械有限公司生产的乐灸牌微针刀,规格为 0.4 mm×25 mm,刀口约 0.4 mm,批号 LJ3525R。(2)选择下项线、乳突、C₁ 横突及 C₂ 棘突周围痛性结节点,下项线与上项线之间的痛性结节点,综合选取 8~10 个进针点,最多不超过 10 个治疗点。进针点选定后标记。(3)患者取俯卧位或伏案位,戴一次性手术帽,将颈部头发收于帽中,充分暴露患者颈肩及枕部。医者徒手在施术点周围分层次逐步触诊,深浅筋膜、筋节、浅在的肌肉附着点,摸到细小的一个或数个条索状结节。用贝加尔碘伏消毒棉球和 75%乙醇棉球常规消毒,带无菌乳胶手套,右手拇食两指捏持微针刀,刀刃沿肌纤维纵轴方向,左手拇(或食指)触摸并用力压住条索状结节,根据结节大小分别提插切割 1~3 次,进针深度不超过 1 cm。操作完成后,出微针刀,用干棉签或无菌纱布压迫针孔片刻,待不出血为止。隔日治疗 1 次,以 7 次为 1 个疗程。

1.4.2 常规针刺组 (1)选用江苏吴江市医疗仪器厂生产的佳辰牌一次性针灸针,规格为 0.25 mm×40 mm。(2)参照《针灸治疗学》^[4]中“眩晕病”的相关取穴方案,施术点选择百会穴、风池穴(双侧)、C₂-C₇ 夹脊穴(双)。(3)患者取俯卧位或伏案位,常规消毒,针刺风池穴时针尖向鼻尖方向直刺 1.2 寸,百会穴以平刺法,颈夹脊直刺 1.2~1.5 寸,留针 30 min。每日治疗 1 次,连续治疗 2 周为 1 疗程。

1.4.3 口服药物组 患者口服敏使朗片[甲磺酸倍他司汀片,卫材(中国)药业有限公司,国药准字:

H20040130], 每次 6 mg, 每天 3 次, 连续口服 2 周为 1 个疗程。

1.5 观察项目与方法

治疗前、疗程结束时和结束后 3 个月采用眩晕障碍量表 (dizziness handicap inventory, DHI) [5] 记录患者治疗前后情况。DHI 评估头晕和平衡障碍的严重程度及眩晕时对生活的影 响程度, 其共有 25 个问题选项, 分为躯体 P(7 个问题)、情绪 E(9 个问题)、功能 F(9 个问题)3 个指数。如 P1: 向上看会加重眩晕或平衡障碍吗? E2: 是否会因为眩晕或平衡障碍而感到失落? F3: 是否会因为眩晕或平衡障碍而限制工作或休闲旅行? P4: 在超市的货架道中行走会加重眩晕或平衡障碍吗? F5: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 使您上下床有困难? F6: 是否会因为眩晕或平衡障碍限制了您的社交活动, 比如出去晚餐, 看电影, 跳舞或聚会? F7: 是否会因为眩晕或平衡障碍使您阅读有困难? P8: 进行剧烈活动时, 比如运动、跳舞; 或者做家务, 比如扫除, 放置物品会加重眩晕或平衡障碍吗? E9: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 使您害怕在没有人陪伴时独自在家? E10: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 使您在他人面前感到局促不安? P11: 做快速的头部运动是否会加重眩晕或平衡障碍? F12: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而使您恐高? P13: 在床上翻身会加重眩晕或平衡障碍吗? F14: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而使您做较重的家务或体力劳动时感到有难? E15: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而使您害怕别人误认为您是喝醉了? F16: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 使您无法独立完成工作? P17: 在人行道上行走会加重眩晕或平衡障碍吗? E18: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而使您很难集中精力? F19: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 使您夜间在房子里行走有困难? E20: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而害怕独自在家? E21: 是否会因为眩晕或平衡障碍, 而感到自己有残疾? E22: 是否会因为眩晕或平衡障碍给您与家人或朋友的关系带来压力? E23: 会因为眩晕或平衡障碍而感到沮丧吗? F24: 眩晕或平衡障碍, 是否已经影响到了您的工作或家庭责任? P25: 弯腰会加重眩晕或平衡障碍吗? ”回答选项“是”得 4 分, “有时”得 2 分, “否”得 0 分, 得分越高, 病情越严重。依据国家中医药管理局颁布的《中医内科病证诊断疗效标准》[6] 和卫生部颁布的《中药新药临床研究指导原则》[7] 结合临床, 并根据随访时的 DHI 改善率, 采用疗效指数对临床效果进行评定。疗效指数=[(治疗前积分-疗程结束后积分)/治疗前积分]×100%。治愈: 疗效指数≥90%, 症状消失; 显效: 70%≤疗效指数<90%, 症状基本消失或减轻明显; 好转: 30%≤疗效指数<

70%, 症状减轻或缓解; 无效: 疗效指数<30%, 症状无任何改善, 或出现加重情况。比较 3 组治愈患者所需天数。

1.6 统计学处理

采用 SPSS 22.0 软件包进行数据分析。定性资料用率(%)表示, 采用 χ^2 检验; 定量资料采用均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示, 组内治疗前后比较采用配对设计定量资料 *t* 检验, 组间比较采用单因素方差分析; 等级资料比较采用秩和检验。以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 各组患者治疗前后各时间点 DHI 评分比较

各组患者 DHI 总分比较见表 2。各组患者治疗前 DHI 评分比较差异无统计学意义(*P*>0.05)。疗程结束及结束 3 个月随访时 DHI 总分均较治疗前降低(*P*<0.05)。微针刀组疗程结束及结束 3 个月 DHI 总分低于常规针刺组和药物组(*P*<0.05)。常规针刺组和药物组疗程结束后及结束 3 个月随访时 DHI 总分比较差异无统计学意义(*P*>0.05)。各组 DHI 分项评分结果见表 3。

表 2 各组颈源性眩晕患者治疗前后 DHI 总分比较($\bar{x}\pm s$, 分)
Tab.2 Comparison of total DHI scores among three groups of patients with cervical vertigo before and after treatment ($\bar{x}\pm s$, scores)

组别	例数	治疗前	疗程结束	疗程结束 3 个月
微针刀组	96	50.42±17.94	11.46±12.03*	11.47±11.89**
常规针刺组	96	48.77±18.86	20.00±15.64 [▲]	19.88±15.72 ^{▲▲}
口服药物组	95	47.37±19.15	23.18±15.45 [◆]	23.45±15.65 ^{◆◆}

注: 与治疗前比较, **t*=22.077, *P*=0.000, ***t*=22.022, *P*=0.000, [▲]*t*=16.509, *P*=0.000, ^{▲▲}*t*=16.367, *P*=0.000; [◆]*t*=13.759, *P*=0.000, ^{◆◆}*t*=13.260, *P*=0.000。*与[▲]比较, *F*=15.215, *P*=0.000; **与^{▲▲}比较, *F*=15.789, *P*=0.000; [▲]与[◆]比较, *t*=0.611, *P*=0.542; ^{▲▲}与^{◆◆}比较, *t*=0.839, *P*=0.403

Note: Compared with preoperative data, **t*=22.077, *P*=0.000, ***t*=22.022, *P*=0.000, [▲]*t*=16.509, *P*=0.000, ^{▲▲}*t*=16.367, *P*=0.000; [◆]*t*=13.759, *P*=0.000, ^{◆◆}*t*=13.260, *P*=0.000。*vs[▲], *F*=15.215, *P*=0.000; **vs^{▲▲}, *F*=15.789, *P*=0.000; [▲]vs[◆], *t*=0.611, *P*=0.542; ^{▲▲}vs^{◆◆}, *t*=0.839, *P*=0.403

2.2 各组患者临床疗效比较

治愈率微针刀组为 52.08%(50/96), 常规针刺组为 29.17%(28/96), 药物组为 18.95%(18/95), 3 组比较差异有统计学意义(*P*<0.01); 微针刀组总有效率 95.83%(92/96), 常规针刺组为 81.25%(78/96), 药物组为 69.47%(66/95), 3 组比较差异有统计学意义($\chi^2=45.956, P=0.000$)。总体疗效经秩和检验, 3 组差异有统计学意义(*P*<0.01)。见表 4。

表 3 各组颈源性眩晕患者治疗前后 DHI 各项评分结果 ($\bar{x}\pm s$, 分)

Tab.3 DHI scores of patients with cervical vertigo before and after treatment in each group ($\bar{x}\pm s$, 分)

项目	微针刀组(96 例)			常规针刺组(96 例)			口服药物组(95 例)		
	治疗前	疗程结束	疗程结束 3 个月	治疗前	疗程结束	疗程结束 3 个月	治疗前	疗程结束	疗程结束 3 个月
P1	3.12±1.22	1.16±1.07	1.16±1.07	3.02±1.23	1.31±1.11	1.29±1.08	2.98±1.26	1.55±1.09	1.60±1.07
E2	1.97±1.37	0.22±0.64	0.22±0.64	1.95±1.58	0.54±0.93	0.47±0.85	1.60±1.63	0.48±0.86	0.52±0.88
F3	2.08±1.35	0.27±0.68	0.27±0.68	1.93±1.46	0.81±0.98	0.81±0.98	1.85±1.37	0.90±1.04	0.90±1.04
P4	2.35±1.39	0.29±0.70	0.29±0.70	2.50±1.45	0.60±1.01	0.54±0.89	2.35±1.39	0.77±1.06	0.73±0.96
F5	2.25±1.36	0.97±1.04	1.00±1.04	2.35±1.39	1.29±1.12	1.22±1.06	2.12±1.56	1.41±1.12	1.45±1.10
F6	1.97±1.34	0.27±0.68	0.27±0.68	2.06±1.40	0.47±0.85	0.47±0.85	2.06±1.47	0.71±0.96	0.73±0.96
F7	1.70±1.26	0.18±0.58	0.18±0.58	1.87±1.25	0.54±0.89	0.54±0.89	2.04±1.39	0.69±1.00	0.71±1.00
P8	2.81±1.21	1.16±1.14	1.18±1.14	2.64±1.37	1.41±1.08	1.37±1.09	2.67±1.50	1.70±1.16	1.70±1.12
E9	1.85±1.36	0.37±0.78	0.37±0.78	1.62±1.37	0.37±0.78	0.37±0.78	1.62±1.43	0.63±0.93	0.65±0.94
E10	1.41±1.41	0.20±0.61	0.20±0.61	1.50±1.39	0.37±0.78	0.37±0.78	1.41±1.48	0.58±0.91	0.58±0.91
P11	3.37±1.01	1.56±1.01	1.56±1.01	3.52±0.95	1.81±0.96	1.75±0.97	3.45±1.02	1.85±1.06	1.89±1.02
F12	2.2±1.4	0.29±0.70	0.29±0.70	2.06±1.37	0.64±0.94	0.64±0.94	1.97±1.47	0.65±0.98	0.65±0.98
P13	2.33±1.38	0.60±1.01	0.6±1.01	2.35±1.50	1.58±1.04	1.68±1.13	2.50±1.36	1.72±1.15	1.74±1.13
F14	2.18±1.26	0.25±0.66	0.25±0.66	1.87±1.25	0.58±0.91	0.60±0.92	1.76±1.30	0.67±0.99	0.67±0.99
E15	1.33±1.49	0.16±0.62	0.16±0.62	1.22±1.51	0.37±0.78	0.39±0.80	1.03±1.33	0.63±1.02	0.65±1.02
F16	2.00±1.39	0.39±0.80	0.39±0.80	1.58±1.26	0.7±1.00	0.7±1.00	1.76±1.33	0.90±1.04	0.92±1.04
P17	2.14±1.39	0.35±0.82	0.35±0.82	2.18±1.48	0.77±1.10	0.79±1.10	2.16±1.38	0.90±1.19	0.92±1.19
E18	1.79±1.28	0.27±0.68	0.27±0.68	1.68±1.40	0.89±0.99	0.91±1.00	1.76±1.33	1.07±1.04	1.07±1.04
F19	1.66±1.35	0.29±0.76	0.29±0.76	1.43±1.28	0.54±0.89	0.52±0.88	1.28±1.26	0.56±0.90	0.58±0.91
E20	1.66±1.28	0.29±0.76	0.29±0.76	1.56±1.30	0.70±0.96	0.70±0.96	1.45±1.25	0.77±1.06	0.75±1.05
E21	1.18±1.46	0.25±0.66	0.25±0.66	0.97±1.29	0.41±0.81	0.43±0.83	0.96±1.19	0.50±0.87	0.52±0.88
E22	1.66±1.47	0.33±0.85	0.33±0.85	1.41±1.38	0.66±0.99	0.66±0.99	1.53±1.47	0.77±1.10	0.77±1.10
E23	1.58±1.41	0.22±0.76	0.22±0.76	1.29±1.39	0.6±0.96	0.58±0.95	1.49±1.48	0.61±1.01	0.61±1.01
F24	1.47±1.36	0.33±0.8	0.33±0.80	1.54±1.54	0.66±1.03	0.64±1.02	1.45±1.50	0.75±1.13	0.75±1.13
P25	2.33±1.52	0.68±1.07	0.68±1.07	2.52±1.39	1.31±1.22	1.31±1.22	2.00±1.59	1.30±1.29	1.30±1.26

注: DHI 评分共 25 个问题, 其中 P 为躯体相关问题, 共 7 个; E 为情绪相关问题, 共 9 个; F 为功能相关问题, 共 9 个

Note: There are 25 questions in DHI score, of which P is body related problems, a total of 7; E is emotion related, 9 in total; and F refers to 9 function related questions in total

表 4 各组颈源性眩晕患者疗效比较

Tab.4 Comparison of curative effect among three groups of patients with cervical vertigo

组别	例数	临床疗效(例)				有效率 (%)	治愈率 (%)
		治愈	显效	好转	无效		
微针刀组	96	50	28	14	4	95.83	52.08
常规针刺组	96	28	26	24	18	81.25	29.17
药物组	95	18	20	28	29	69.47	18.95

注: 治愈率 3 组比较 $\chi^2=24.740, P=0.000$; 有效率 3 组比较 $\chi^2=22.800, P=0.000$; 总体疗效比较 $\chi^2=45.956, P=0.000$

Note: The cure rate was compared among the three groups $\chi^2=24.740, P=0.000$; the effective rate was compared among the three groups $\chi^2=22.800, P=0.000$; Overall efficacy comparison $\chi^2=45.956, P=0.000$

微针刀组, 常规针刺组, 口服药物组治愈患者所

需天数分别为 (5.48±3.12)、(8.68±3.28)、(10.28±3.16) d, 经方差分析, 3 组治愈患者所需天数差异有统计学意义 ($F=18.796, P=0.000$)。

3 讨论

3.1 颈源性眩晕研究背景

颈源性眩晕实际是临床一个十分常见的疾病, 然而对其发病机制至今没有形成统一论^[8], 以致缺乏公认的诊断标准和治疗方案^[9-10]。因此加深对此病的机制研究、探索靶向治疗方案, 具有十分重要的意义。笔者认为对于颈源性眩晕的发病机制研究离不开 2 个因素, 即病变的部位及致病因素。弄清这 2 个因素将为本病的机制研究带来重大的突破, 进而探索针对性的治疗方案。课题组通过对 500 例患者的研究分析得出结论, 寰枢段因素与颈源性眩晕的发病有十分密切的相关性, 其中寰枢段的软组织

因素是引起颈源性眩晕的主要致病因素^[1]。实际上已经有很多的文献研究支持寰枢段因素是主要的致病原因^[11-15]。基于此研究成果,针对寰枢段开展治疗是对因治疗,这也是本项目立题的基础。

文献报道^[16-23]也认为,针对寰枢段治疗疗效均优于常规针刺组及药物组,提示颈源性眩晕的发病机制和枕后部的软组织病变存在密切关系,这与本课题组前期的研究基本吻合^[1]。其中刃针、铍针、针刀的疗效明显具有优势,但三者操作时常要求深入骨面、关节囊,风险相对较大。倪刚等^[24]为了提高刃针治疗的安全性,应用了 10 具尸体解剖对颈枕部软组织损伤致颈性眩晕的刃针手术入路进行了研究。可见从业者要有精准的解剖知识,否则操作安全性无法保障;同时针刀施术时的疼痛也极大限制了针刀疗法的推广应用。因此探索一种创伤少、安全性高,既能达到针刀的疗效,又能消除患者恐惧心理,普遍被患者所接受的新颖疗法,将具有重要的临床意义。

3.2 微针刀疗法介绍

所谓微针刀疗法,是以中医经筋理论和现代解剖学以及生物力学为指导,在古代九针及现代针刀的基础上改进、发展、派生出来的,以浅筋膜松解为主兼顾深部组织松解的一种新型微创疗法。该疗法综合借鉴了目前学术界较为流行而有效的针刀、刃针、超微针刀、豪刃针、铍针、筋针等疗法,也包含了目前国外较为流行的干针疗法的治疗理念。干针疗法是基于现代解剖学激痛点理论,以治疗肌肉性疼痛与运动损伤为主的一种方法^[25],其与微针刀疗法在治疗工具、理论基础、操作方法、治疗选点、适应范围等方面均存在较大差距。

3.3 微针刀治疗机制阐述

笔者认为针对寰枢段的软组织病变引起的肌肉挛缩、无菌性炎症及条索状结节等采用微针刀松解,主要是解除了颈后肌群紧张,恢复力学平衡,从而减少对椎动脉、椎旁交感神经的压迫刺激,达到治疗颈源性眩晕的目的。黄强民等^[26]研究认为,上颈段软组织存在的肌筋膜触发点导致的颈部肌肉张力不平衡才可能是引起颈性眩晕的关键原因,因此治疗这些触发点,使颈部肌力恢复一定的平衡是治疗颈源性眩晕的关键点。实际上微针刀操作的痛性结节点类似肌筋膜理论中的触发点或扳机点,实际也是对触发点的灭活,以解除肌肉异常痉挛状态^[27]。研究表明上颈段软组织存在丰富的本体感受器,当颈部急慢性软组织损伤,产生的无菌性炎症势必刺激这些本体感受器,使之产生错误的本体感觉信息,其传入使中枢神经对前庭和视觉的信号产生错误,空间定位

受影响,从而产生头晕或失稳的感觉^[28-31]。微针刀通过对该部位软组织的有效松解,解除了对这些本体感受器的刺激,从而迅速解除眩晕症状。

3.4 微针刀疗法安全性分析

由于微针刀刀具直径仅 0.35~0.5 mm,长度 25~60 mm,相比临床常用的直径 1.0 mm 的传统针刀而言,接受微针刀治疗的患者疼痛感、不良反应大大降低。如果说针刀疗法的实质是微创手术,则微针刀的应用近似于无创治疗。本研究仅发现部分患者术后存在少量的皮下出血,尚无须特殊处理,数天后可自行消退;少部分患者术后出现类似针灸后的晕针现象,只要使患者头低足高位平卧,或服用温开水或糖水即可缓解。由于微针刀疗法每 2~3 天治疗 1 次,每次治疗 1~3 min,且一般进针深度仅 3~5 mm,因此更易被医患双方所接受。

参考文献

- [1] 郎伯旭,王罗丹,罗建昌,等. 椎动脉寰枢段因素与颈性眩晕发病的关系[J]. 中医正骨, 2017, 29(2): 28-30.
LANG BX, WANG LD, LUO JC, et al. The relationship between atlanto-axial factors of vertebral artery and pathogenesis of cervical vertigo[J]. Zhong Yi Zheng Gu, 2017, 29(2): 28-30. Chinese.
- [2] 李增春,陈德玉,吴德升,等. 第 3 届全国颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 2008, 46(23): 1796-1799.
LI ZC, CHEN DY, WU DS, et al. Summary of the third National Symposium on cervical spondylosis[J]. Zhonghua Wai Ke Za Zhi, 2008, 46(23): 1796-1799. Chinese.
- [3] 中华医学会神经病学分会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(3): 369.
Neurology Branch of Chinese Medical Association. Expert consensus on diagnosis and treatment of vertigo[J]. Zhonghua Shen Jing Ke Za Zhi, 2010, 43(3): 369. Chinese.
- [4] 高树中. 针灸治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 40-42.
GAO SZ. Acupuncture Therapeutics[M]. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press, 2016: 40-42. Chinese.
- [5] Vereck L, Truijen S, Wuys FL, et al. The dizziness handicap inventory and its relationship with functional balance performance[J]. Otol Neurol, 2007, 28(1): 87-93.
- [6] 国家中医药管理局. 中医内科病证诊断疗效标准[J]. 辽宁中医药大学学报, 2016, 17(9): 167.
State Administration of Traditional Chinese Medicine. Diagnostic and therapeutic criteria of diseases and syndromes in Chinese medicine of traditional Chinese Medicine[J]. Liao Ning Zhong Yi Yao Da Xue Xue Bao, 2016, 17(9): 167. Chinese.
- [7] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则(试行)[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 346-349.
Ministry of Health, PRC. Guiding principles for clinical research of new drugs of traditional Chinese medicine (Trial)[M]. Beijing: China Medical Science and Technology Press, 2002: 346-349. Chinese.
- [8] 张阳,李放,孙天胜. 颈性眩晕发病机制新进展[J]. 中国骨与关节杂志, 2018, 7(5): 373-376.

- ZHANG Y, LI F, SUN TS. New progress in pathogenesis of cervical vertigo[J]. *Zhongguo Gu Yu Guan Jie Za Zhi*, 2018, 7(5): 373-376. Chinese.
- [9] Li Y, Peng B. Pathogenesis, diagnosis, and treatment of cervical vertigo[J]. *Pain Physician*, 2015, 18(4): E583-E595.
- [10] Brandt T, Huppert D. A new type of cervical vertigo: head motion-induced spells in acute neck pain[J]. *Neurology*, 2016, 86(10): 974-975.
- [11] 方建啓, 蔡树河. 整脊治疗颈性眩晕机制研究[J]. *现代中西医结合杂志*, 2020, 29(13): 1479-1482.
- FANG JQ, CAI SH. Mechanism of chiropractic treatment for cervical vertigo[J]. *Xian Dai Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi*, 2020, 29(13): 1479-1482. Chinese.
- [12] 刘再高, 金红妹, 周亚, 等. 枕颈交界区推拿治疗颈性眩晕的临床观察[J]. *中国康复*, 2020, 35(5): 250-253.
- LIU ZG, JIN HS, ZHOU Y, et al. Clinical observation on treatment of cervical vertigo by massage at occipito cervical junction [J]. *Zhongguo Kang Fu*, 2020, 35(5): 250-253. Chinese.
- [13] Taylor HH, Murphy B. Altered sensorimotor integration with cervical spine manipulation[J]. *J Manipulative Phys Ther*, 2008, 31(2): 115-126.
- [14] 罗健, 安建军, 鄢志雄. 电针治疗寰枢关节紊乱型眩晕疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2018, 37(7): 793-796.
- LUO J, AN JJ, WU ZX. Therapeutic effect of electroacupuncture on vertigo of atlantoaxial joint disorder[J]. *Shang Hai Zhen Jiu Za Zhi*, 2018, 37(7): 793-796. Chinese.
- [15] 魏一丁, 赵焰, 曹必伟. 寰枕后膜的解剖结构与颈源性眩晕发病的相关性[J]. *按摩与康复医学*, 2016, 7(10): 11-13.
- WEI YD, ZHAO Y, CAO BW. The relationship between the anatomical structure of posterior atlantooccipital membrane and cervical vertigo[J]. *An Mo Yu Kang Fu Yi Xue*, 2016, 7(10): 11-13. Chinese.
- [16] 董有康, 沈燕, 徐磊, 等. 从“筋”论刺治疗颈源性眩晕的临床研究[J]. *河北中医*, 2018, 40(11): 1725-1728.
- DONG YK, SHEN Y, XU L, et al. Clinical study on cervical vertigo treated by acupuncture from "tendon" [J]. *He Bei Zhong Yi*, 2018, 40(11): 1725-1728. Chinese.
- [17] 吴文锋, 李宝国, 马友盟, 等. 项线针刺法治疗颈性眩晕的临床探讨[J]. *按摩与康复医学*, 2019, 10(6): 15-16.
- WU WF, LI BG, MA YM, et al. Clinical study on nape thread acupuncture in the treatment of cervical vertigo[J]. *An Mo Yu Kang Fu Yi Xue*, 2019, 10(6): 15-16. Chinese.
- [18] 王歆婷, 郑士立, 潘胜莲, 等. 针刺项三穴治疗颈性眩晕 30 例临床观察[J]. *浙江中医杂志*, 2017, 52(2): 136-137.
- WANG XT, ZHENG SL, PAN SL, et al. Clinical observation on 30 cases of cervical vertigo treated by acupuncture at three points[J]. *Zhe Jiang Zhong Yi Za Zhi*, 2017, 52(2): 136-137. Chinese.
- [19] 江洋. 刃针松解枕下三角治疗颈性眩晕 35 例[J]. *健康之路*, 2016, 15(3): 216.
- JIANG Y. Treatment of 35 cases of cervical vertigo by loosening suboccipital triangle with edge needle[J]. *Jian Kang Zhi Lu*, 2016, 15(3): 216. Chinese.
- [20] 李少芳, 黄漫华, 林卓鹏, 等. 枕下缘针刀松解治疗颈性眩晕疗效观察[J]. *中国针灸*, 2017, 37(3): 297-300.
- LI SF, HUANG MH, LIN ZP, et al. Clinical observation on treatment of cervical vertigo with needle knife release at suboccipital margin[J]. *Zhongguo Zhen Jiu*, 2017, 37(3): 297-300. Chinese.
- [21] 唐占英, 胡志俊, 肖静, 等. 针刀松解枕下肌群治疗颈性眩晕的临床随机对照观察[J]. *上海中医药杂志*, 2015, 49(1): 41-43.
- TANG ZY, HU ZJ, XIAO J, et al. A randomized controlled clinical observation on the treatment of suboccipital vertigo with acupuncture knife[J]. *Shang Hai Zhong Yi Yao Za Zhi*, 2015, 49(1): 41-43. Chinese.
- [22] 巩凤梅, 杨新波. 铍针配合针刺治疗颈性眩晕疗效观察[J]. *上海针灸杂志*, 2015, 34(6): 553-555.
- GONG FM, YANG XB. Observation on therapeutic effect of beryllium needle combined with acupuncture on cervical vertigo [J]. *Shang Hai Zhen Jiu Za Zhi*, 2015, 34(6): 553-555. Chinese.
- [23] 许仕龙, 苏海涛, 王羽丰. 铍针疗法治疗颈源性眩晕 80 例[J]. *中国中医骨伤科杂志*, 2017, 25(6): 71-72, 75.
- XU SL, SU HT, WANG YF. Treatment of 80 cases of cervical vertigo with beryllium acupuncture[J]. *Zhongguo Zhong Yi Gu Shang Ke Za Zhi*, 2017, 25(6): 71-72, 75. Chinese.
- [24] 倪刚, 李传健, 刘畅. 颈枕部软组织损伤致颈性眩晕的应用解剖及刃针手术入路研究[J]. *微创医学*, 2019, 14(1): 38-40, 64.
- NI G, LI CJ, LIU C. Applied anatomy of cervical vertigo caused by soft tissue injury of cervico occipital region and study on the surgical approach of knife needle[J]. *Wei Chuang Yi Xue*, 2019, 14(1): 38-40, 64. Chinese.
- [25] 管洁, 周建伟. 干针与针灸关系辨思[J]. *中华中医药杂志*, 2020, 35(4): 1957-1959.
- GUAN J, ZHOU JW. Discussion on the relationship between dry needling and acupuncture[J]. *Zhonghua Zhong Yi Yao Za Zhi*, 2020, 35(4): 1957-1959. Chinese.
- [26] 黄强民, 谭树生, 张辉, 等. 基于筋膜疼痛触发点的 4 种方法治疗颈性眩晕的疗效观察[J]. *颈腰痛杂志*, 2015, 36(4): 288-292.
- HUANG QM, TAN SS, ZHANG H, et al. Clinical observation of four methods based on myofascial pain trigger point in the treatment of cervical vertigo[J]. *Jing Yao Tong Za Zhi*, 2015, 36(4): 288-292. Chinese.
- [27] 韦英成, 吴肖梅, 梁晓行, 等. 针刀灭活筋膜触发点术结合复合扳法治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J]. *中国中医急症*, 2016, 25(3): 525-528.
- WEI YC, WU XM, LIANG XX, et al. Clinical observation on the treatment of cervical spondylosis of vertebral artery type with acupotomy inactivating myofascial trigger point combined with compound pulling method[J]. *Zhongguo Zhong Yi Ji Zheng*, 2016, 25(3): 525-528. Chinese.
- [28] 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.
- [29] Morinaka S. Musculoskeletal diseases as a causal factor of cervical vertigo[J]. *Auris Nasus Larynx*, 2009, 36(6): 649-654.
- [30] Hain TC. Cervicogenic causes of vertigo[J]. *Curr Opin Neurol*, 2015, 28(1): 69-73.
- [31] Trampas A, Kitsios A, Sykaras E, et al. Clinical massage and modified proprioceptive neuromuscular facilitation stretching in males with latent myofascial trigger points[J]. *Phys Ther Sport*, 2010, 11: 91-98.