

# “从督论治”法针刺治疗颈性眩晕临床研究\*

李璠同<sup>1</sup>,王慧新<sup>2△</sup>,张宇<sup>1</sup>,周驰<sup>1</sup>,宋宏伟<sup>2</sup>,沈婷<sup>2</sup>,吕祥<sup>2</sup>

1 上海市静安区中医医院,上海 200072; 2 上海市中医医院,上海 200071

**[摘要]** 目的:观察“从督论治”法针刺治疗颈性眩晕(cervical vertigo, CV)的临床疗效。方法:将296例CV患者按随机数字表法分为对照组和观察组,每组148例。两组均予常规对症治疗,对照组同时采用常规针刺治疗,观察组同时采用“从督论治”针刺治疗,两组均连续治疗4周。比较两组患者CV症状与功能评估量表(evaluation scale for cervical vertigo, ESCV)评分和眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评分、椎-基底动脉血流速度变化和血管搏动指数(perfusion index, PI)及临床疗效。结果:治疗后两组患者ESCV量表各项评分均升高( $P < 0.05$ ),观察组高于对照组( $P < 0.05$ );DHI评分降低( $P < 0.05$ ),观察组降低更明显( $P < 0.05$ );椎动脉与基底动脉血流速度均增加,PI均减少( $P < 0.05$ ),且观察组以上指标改善程度优于对照组( $P < 0.05$ );总有效率观察组[95.27% (141/148)]高于对照组[89.19% (132/148)]( $P < 0.05$ )。结论:“从督论治”法针刺能够缓解CV患者症状和体征,改善椎-基底动脉血流速度,有一定临床借鉴意义。

**[关键词]** 颈性眩晕;督脉;疗效;血流速度;针刺

**[中图分类号]** R246.1 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 2096-9600(2025)10-0131-04

## Clinical Study on Acupuncture Therapy Focusing on the Governor Meridian for Cervical Vertigo

LI Aitong<sup>1</sup>, WANG Huixin<sup>2△</sup>, ZHANG Yu<sup>1</sup>, ZHOU Chi<sup>1</sup>, SONG Hongwei<sup>2</sup>, SHEN Ting<sup>2</sup>, LYU Xiang<sup>2</sup>

1 Jing'an District Hospital of TCM, Shanghai 200072, China;

2 Shanghai Municipal Hospital of Traditional Chinese Medicine, Shanghai 200071, China

**Abstract** Objective: To survey therapeutic effects of acupuncture therapy focusing on the governor meridian in treating cervical vertigo (CV). Methods: All 296 CV patients were randomized to the control group and the observation group with 148 cases in each. Both groups accepted conventional symptomatic treatment, the control group was treated with conventional acupuncture therapy while the observation group received acupuncture therapy focusing on the governor meridian, both groups were treated for four weeks continuously. To compare ESCV and DHI scores, changes in blood flow velocity in the vertebro-basilar artery, PI and curative effects between both groups. Results: After the treatment, the scores for different items on the ESCV increased in the two groups ( $P < 0.05$ ), the observation group was higher than the control group ( $P < 0.05$ ); the decrease in DHI scores was found in the two groups ( $P < 0.05$ ), while the decrease of the observation group was more evident ( $P < 0.05$ ); vertebral artery and basilar artery blood flow velocity was elevated while PI reduced ( $P < 0.05$ ), and the improvements of the indexes of the observation group were better than these of the control group ( $P < 0.05$ ); total effective rate of the observation group was [95.27%(141/148)], higher than [89.19%(132/148)] of the control group ( $P < 0.05$ ). Conclusion: Acupuncture therapy focusing on the governor meridian could relieve CV patients' symptoms and body signs, and improve blood flow velocity in the vertebro-basilar artery, which has notable clinical significance.

**Keywords** cervical vertigo; the governor meridian; clinical effects; blood flow rate; acupuncture

颈性眩晕(cervical vertigo, CV)是由于颈椎退变、颈椎小关节错位等致颈椎内外平衡失调而引起以眩晕为主要症状的一组临床综合征,且部分颈椎病患者合并眩晕症状。随着信息化时代的到来,颈椎病的发病率不断升高且呈现年轻化, CV也已成为医学关注的重点问题之一<sup>[1]</sup>。临床治疗 CV 患者多采取吸氧、扩张血管等疗法,虽然能快速缓解患者临床症状,但停药后病情易反复,影

响疗效<sup>[2]</sup>。中医治疗 CV 的疗效确切,且治疗方法多样,如推拿、针灸、中药内服、气功导引等<sup>[3]</sup>。督脉属奇经八脉,其主干循行于脊背正中,经颈入脑,与脑相连,可改善后循环缺血眩晕症状,安全性好<sup>[4-5]</sup>。本研究旨在探讨“从督论治”法针刺治疗 CV 的疗效。现报道如下。

### 1 资料与方法

1.1 临床资料 样本量估算:选用无序分类资料

(样本率)的两样本率比较的样本量计算公式,  $n = (\mu\alpha + \mu\beta)^2 / [\alpha(\sin^{-1} \cdot Pe^{-2} - \sin^{-1} \cdot Pc^{-2})^2]$ 。因为20%脱落因素,每组纳入148例,共296例患者。将患者进行随机分组,使用SPSS 18.0软件生成随机数字,进而制作随机分配卡片。将卡片放入编号与之匹配的不透明信封中。按照患者就诊顺序,病例通过拆开编号相同的信封确定分组,随机将其分配至对照组和观察组,每组148例。对照组中男82例,女66例;年龄62~75岁,平均(66.93±6.93)岁;病程1~3个月,平均(2.25±0.36)月;颈性眩晕症状与功能评估量表(evaluation scale for cervical vertigo, ESCV)评分<sup>[6]</sup>为9~12分,平均(11.03±2.33)分。观察组中男80例,女68例;年龄60~75岁,平均(67.01±6.95)岁;病程1~3个月,平均(2.34±0.37)月;ESCV评分为8~12分,平均(11.06±2.35)分。两组患者基线资料比较差异无统计学意义( $P > 0.05$ ),具有可比性。

**1.2 纳入标准** 1)具备《头晕/眩晕基层诊疗指南(实践版·2019)》<sup>[7]</sup>中CV的相关诊断标准;2)年龄60~75岁;3)意识清楚;4)参与本次研究前1个月未给予相关干预措施;5)患者签定知情同意书。

**1.3 排除标准** 1)患有脊柱疾病;2)其他疾病引起的眩晕;3)既往颅脑损伤;4)晕针;5)存在严重基础疾病;6)脑源性/心源性/耳源性眩晕;7)颈椎关节严重脱位/椎管狭窄/颈椎间盘突出压迫脊髓、骨肿瘤、骨结核。

**1.4 剔除及脱落标准** 1)出现不良反应等要求停止治疗者;2)自行加用其他相关治疗影响疗效判定者;3)自行退出;4)未按照实验方案治疗者。

**1.5 治疗方法** 两组均予常规对症治疗,如降压、调脂、控制血糖、纠正贫血等,同时口服盐酸氟桂利嗪胶囊[黑龙江百泰药业有限公司,国药准字H23021009,规格:5 mg(按C26H26F2N2计)],每日10~20 mg,分两次服药。

**1.5.1 对照组** 常规针刺治疗,沿督脉取大椎、百会、神道、印堂、风池(双)、C2颈夹脊穴(双)。具体操作:取相应体位,穴位局部常规消毒,用一次性无菌针灸针(0.30 mm×50 mm),行套管针浅刺,不行手法,得气后留针30 min,隔20 min行针1次,每3日治疗1次,每周治疗2次。

**1.5.2 观察组** 予“从督论治”针刺治疗,沿督脉取大椎、百会、神庭、印堂、风池(双)、C2颈夹脊穴(双)。具体操作:患者采取适当体位,对选定穴位进行标准消毒。使用一次性无菌针灸针(0.30 mm×50 mm),在大椎、风府、气海、上星、腰阳关、血海进

行直刺,针刺深度1.67~3.33 cm。百会穴向后平刺1.67~2.66 cm,至阳穴向上斜刺1.67~3.33 cm。采用补虚泻实法,留针40 min,隔20 min行针1次。每3日治疗1次,每周治疗2次。

两组患者均连续治疗4周。

## 1.6 观察指标

**1.6.1 ESCV量表评分<sup>[6]</sup>** 于治疗前后采用ESCV量表评估患者眩晕症状,ESCV量表内容主要包括眩晕、颈肩痛、头痛、日常工作及生活能力、心理与社会适应能力。其中,眩晕分值为0~16分,包括程度(0~8分)、频度(0~4分)以及持续时间(0~4分);颈肩痛分值为0~4分;头痛分值为0~2分;日常工作及生活能力分值为0~4分;心理与社会适应能力分值为0~4分。以上5项总评分为30分,得分越高表示患者眩晕改善更好。

**1.6.2 颈性眩晕严重程度<sup>[8]</sup>** 治疗前后采用眩晕障碍量表(dizziness handicap inventory, DHI)评估颈性眩晕严重程度,共25个指标,每个指标按是、有时、无分别计4、2、0分,总评分为100分,得分越高表示患者眩晕越严重。

**1.6.3 椎-基底动脉血流速度及搏动指数(perfusion index, PI)** 治疗前后采用颅多普勒超声测定患者椎动脉和基底动脉血流速度与PI。

**1.6.4 临床疗效<sup>[9]</sup>** 参考《22个专业95个病种中医诊疗方案》判定临床疗效,治愈:患者眩晕等症状基本消除,疗效指数≥90%;显效:患者眩晕等症状获明显好转,70%≤疗效指数<90%;好转:患者眩晕等症状一定程度好转,30%≤疗效指数<70%;未愈:患者眩晕等症状轻微好转,疗效指数<30%。

疗效指数(%)=(治疗后ESCV量表总评分-治疗前ESCV量表总评分)/治疗前ESCV量表总评分×100%

总有效率(%)=(治愈+显效+好转)例数/总例数×100%

**1.7 统计学方法** 采用SPSS 18.0软件处理数据,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,行 $t$ 检验;计数资料以 $n$ (%)表示,采用 $\chi^2$ 检验; $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 ESCV量表评分** 治疗后两组患者ESCV量表各项评分均升高( $P < 0.05$ ),观察组升高更明显( $P < 0.05$ )。DHI评分降低( $P < 0.05$ ),观察组降低( $P < 0.05$ )。见表1。

**2.2 临床疗效** 总有效率观察组[95.27%(141/148)]高于对照组[89.19%(132/148)]( $P < 0.05$ )。见表2。

2.3 椎-基底动脉血流速度及PI 治疗后两组患者椎动脉与基底动脉血流速度均增加,PI均减少( $P < 0.05$ ),观察组以上指标改善程度优于对照组( $P < 0.05$ )。见表3。

表1 两组患者治疗前后ESCV量表各项评分及DHI评分比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	眩晕	颈肩痛	头痛	日常工作及生活能力	心理与社会适应能力	总评分	DHI评分
对照组	148	治疗前	6.29 ± 0.75	1.12 ± 0.23	0.57 ± 0.07	1.40 ± 0.26	1.63 ± 0.28	11.01 ± 2.04	58.94 ± 7.04
		治疗后	7.40 ± 0.86*	2.03 ± 0.33*	1.11 ± 0.22*	2.15 ± 0.33*	2.52 ± 0.37*	15.21 ± 2.72*	37.03 ± 4.90*
观察组	148	治疗前	6.22 ± 0.73	1.14 ± 0.23	0.59 ± 0.07	1.44 ± 0.27	1.68 ± 0.29	11.07 ± 2.06	58.78 ± 7.01
		治疗后	11.25 ± 2.33**	2.49 ± 0.37**	1.40 ± 0.26**	2.59 ± 0.38**	2.92 ± 0.41**	20.65 ± 3.30**	33.04 ± 4.51**

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$ ;#表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

表2 两组患者临床疗效比较[n(%)]

组别	例数	治愈	显效	好转	未愈	总有效情况
对照组	148	30(20.27)	51(34.46)	51(34.46)	16(10.81)	132(89.19)
观察组	148	46(31.08)	60(40.54)	35(23.65)	7(4.73)	141(95.27)*

注:\*表示与对照组比较, $P < 0.05$

表3 两组患者椎-基底动脉血流速度及PI比较( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	时间	血流速度		PI	
			椎动脉	基底动脉	椎动脉	基底动脉
对照组	148	治疗前	25.13 ± 3.71	24.41 ± 3.66	1.09 ± 0.22	1.64 ± 0.29
		治疗后	30.51 ± 4.30*	31.85 ± 4.34*	0.89 ± 0.12*	1.30 ± 0.25*
观察组	148	治疗前	25.04 ± 3.69	24.25 ± 3.64	1.03 ± 0.21	1.68 ± 0.30
		治疗后	34.83 ± 4.61**	36.29 ± 4.81**	0.81 ± 0.10**	1.09 ± 0.22**

注:\*表示与本组治疗前比较, $P < 0.05$ ;#表示与对照组治疗后比较, $P < 0.05$

### 3 讨论

CV的病机目前尚未明确,其可能与本体感觉失调、椎动脉狭窄、交感神经异常刺激、偏头痛等有关<sup>[10]</sup>。以上因素可直接或间接引起颈椎及其周围软组织出现器质性或功能性病变,从而诱发CV。目前,西医治疗CV多采用非手术疗法,主要施以镇静和血管扩张药物,虽然可缓解症状体征,但不能达到根治目的,且部分患者疗效欠佳<sup>[11]</sup>。中医学将CV归于“眩晕”“头眩”范畴,认为其病机主要是脉络瘀阻、脑窍失养,多由于患者长期颈项姿势不当或遭受外邪入侵等致使颈项筋脉不舒,气血通行失畅,而且由于颈项为联系人体上下的枢纽,气血精微物质经颈项上达脑窍,若颈项不通,则脑窍闭塞、失养,最终诱发眩晕、头痛等病症<sup>[12-13]</sup>。故瘀血阻滞颈项脉络为CV的关键病机,以活血化瘀,通络开窍为主要治法。

“督脉”也称“阳脉之海”,能统领人体阳经气血运行。“脊背骨节之交,督脉之所循也”,脊柱也是督脉循行路线。本研究“从督论治”法针刺选穴大椎,作为手足三阳经的交汇点,有助于调整督脉,增强体力,提升脑髓健康;百会穴位于头顶中央,为全身百脉汇聚之处,链接脑部,具有增强脑功能、提升阳气、启发心智作用;神道穴位于心脏对应位置,主心神,具有安神益智功能;印堂具有

安神定惊,醒脑开窍,宁心益智之功;夹脊穴为经外奇穴,连通足太阳膀胱经、督脉,能调节督脉气血运行,治疗头颈部病变;风池为足少阳、阳维之会,可散风熄风、通关开窍。因此,通过针刺以上督脉之穴能有效调理督脉经气,畅通阴阳诸经经气,使元气充盛,以统血、行血,可促进瘀血消散。本研究结果显示,治疗后两组患者ESCV评分均升高,且观察组升高更明显;两组患者DHI评分均减少,且观察组减少更明显;观察组总有效率高于对照组。以上结果表明本研究“从督论治”法针刺治疗CV临床疗效明显,能有效改善患者临床症状。椎动脉颈椎病是引起CV的主要因素,患者会出现椎-基底动脉循环障碍,引起椎-基底动脉和前庭平衡器官供血不足,进而导致眩晕等相关症状<sup>[14-15]</sup>。本研究结果显示,治疗后两组患者椎动脉与基底动脉血流速度明显增加,PI明显减少,且观察组改善更明显。表明“从督论治”法针刺治疗CV能改善患者椎-基底动脉循环,从而改善患者眩晕症状。

综上所述,“从督论治”法针刺治疗CV患者临床疗效显著,能够缓解患者症状和体征,改善椎-基底动脉血流速度,有一定临床借鉴意义。

#### 参考文献

[1] 阿依达娜·哈力木,李芳蕾,张丽华,等. 颈性眩晕的研究进展[J]. 中国老年保健医学,2022,20(4):118-122.