

针刀联合针灸治疗颈性眩晕患者的临床研究

马亮^{1,2}, 赵锦铎¹, 杨军¹, 顾常庆², 马红炜^{2*}

(1. 宁夏医科大学中医学院, 宁夏 银川 750004; 2. 宁夏中医医院暨中医研究院骨伤一科, 宁夏 银川 750021)

【摘要】目的 探讨针刀联合针灸对颈性眩晕患者椎动脉平均血流速度和脑血流灌注状态指标水平的影响。**方法** 选取2020年11月至2022年9月宁夏中医医院暨中医研究院收治的92例颈性眩晕患者, 根据随机数字表法分为对照组(46例, 给予针灸治疗)和观察组(46例, 给予针刀联合针灸治疗), 两组患者均治疗4周。比较两组患者治疗4周后临床疗效, 治疗前与治疗2、4周后颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)评分, 治疗前、治疗4周后椎动脉平均血流速度和脑血流灌注状态指标水平。**结果** 与对照组比, 治疗4周后观察组患者临床总有效率升高; 与治疗前比, 治疗2、4周后两组患者ESCV评分呈逐渐升高趋势, 且治疗2、4周后观察组高于对照组; 与治疗前比, 治疗4周后两组患者左侧椎动脉平均血流速度(LVA)、右侧椎动脉平均血流速度(RVA)、基底动脉平均血流速度(BA)及相对脑血流量(rCBF)、相对脑血容量(rCBV)水平平均升高, 观察组高于对照组; 与治疗前比, 治疗4周后两组患者达峰时间(TTP)、平均通过时间(MTT)均缩短, 观察组短于对照组(均 $P<0.05$)。**结论** 针刀联合针灸治疗颈性眩晕有助于提高患者临床疗效, 改善椎动脉平均血流速度和脑血流灌注状态, 促进颈椎功能恢复, 临床应用效果显著。

【关键词】 颈性眩晕; 针刀; 针灸; 椎动脉平均血流速度; 脑血流灌注

【中图分类号】 R681.5

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0106.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.035

作者简介: 马亮, 2020级在读硕士生, 住院医师, 研究方向: 慢性筋骨病的诊疗。

通信作者: 马红炜, 硕士研究生, 主任医师, 研究方向: 骨伤科。E-mail: mahongwei287@163.com

进内皮因子与前列环素生成, 有助于维持血管张力, 舒张动静脉, 改善血流变化^[10]。本研究中, 在丁苯酞注射液治疗的基础上增加银杏叶提取物注射液, 并未出现明显的不良反应, 说明银杏叶提取物注射液作为中成药, 其用药安全性良好, 可有效改善预后。但在使用银杏叶提取物注射液期间需注意: ①银杏叶提取物注射液中含有银杏酸, 其存在致敏原作用, 容易诱发过敏反应, 在治疗期间也可能造成心慌、头晕等, 所以需要做好用药观察, 以便保障患者安全; ②银杏叶提取物注射液不宜与华法林、阿司匹林等药物合用; ③在用药期间还应注意控制滴速, 避免发生注射部位疼痛、麻木等不良反应。

综上, 银杏叶提取物注射液联合丁苯酞注射液治疗ACI患者, 有利于减轻炎症反应, 同时对ACI患者脑部血液流变学指标起到改善作用, 以更快促进受损神经恢复, 提高日常生活能力, 安全性良好, 具有推广价值。

参考文献

- 钟震东, 黄银芳, 刘卓钦, 等. 银杏叶提取物注射液联合吡拉西坦治疗老年急性脑梗死的效果[J]. 中国医学创新, 2022, 19(29): 5-8.
- 张玲. 银杏叶提取物注射液联合奥扎格雷钠治疗急性脑梗死的效果[J]. 慢性病学杂志, 2021, 22(5): 691-692.
- 中华医学会神经病学分会, 中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国急性缺血性脑卒中诊治指南2018[J]. 中华神经科杂志, 2018, 51(9): 666-682.
- 中华中医药学会. 中医内科常见病诊疗指南: 中医病证部分[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2008: 56.
- 翁映虹, 黄坚红. 阿尔茨海默病评定量表-认知部分中文版与日常生活能力量表评价血管性痴呆的信度与效度[J]. 中国老年学杂志, 2014, 34(7): 1751-1753.
- 李皓楠. 研究肠内营养治疗急性脑梗死患者时对患者美国国立卫生研究院卒中量表(NIHSS)评分及营养状况的影响[J]. 中国保健营养, 2019, 29(34): 66-67.
- 邢英瀛, 齐献忠, 张小林. 丁苯酞软胶囊联合银杏叶提取物注射液治疗急性脑梗死的临床效果观察[J]. 中国民康医学, 2019, 31(1): 101-103.
- 曲彩红, 程刚, 刘佳, 等. 依达拉奉联合银杏叶提取物对急性脑梗死患者神经功能和炎症因子的影响[J]. 临床合理用药杂志, 2021, 14(3): 37-38, 41.
- 张晶, 周绍洪, 罗明建, 等. 银杏叶提取物注射液联合常规治疗对急性脑梗死后血管再生、侧支循环建立的影响[J]. 中国医院用药评价与分析, 2022, 22(10): 1196-1200.
- 王燕. 银杏叶注射液联合丁苯酞治疗急性脑梗死的临床疗效及对血液流变学的影响[J]. 慢性病学杂志, 2022, 23(3): 405-407.

颈性眩晕是颈椎、颈部相关软组织发生功能性或者器质性变化,造成椎动脉颅外段血流障碍,引起以眩晕为主要表现的临床综合征,该疾病发作时通常伴有恶心、视物模糊、呕吐等症状。西医治疗多采用血管扩张剂治疗颈性眩晕,疗效迅速但是效果不持久,治疗后容易出现复发的情况。中医上将颈性眩晕归为“痹症”“眩晕”范畴,多为肝火上亢、肝气不安、气血亏虚所致,治疗原则以清热祛风、通经活络为主。中医上多采用针灸推拿、针刀等疗法治疗颈性眩晕,其中针灸治疗是通过刺激大椎、风池等穴位,调节经络气血,平衡阴阳,达到清阳上升的目的,疗效确切,但针灸治疗时间较长,患者依从性较差^[1]。针刀属于一种新型的针灸方式,将“针”与“刀”相结合,通过松解病变部位的瘢痕结构、粘连,恢复原本被破坏的病理结构,促使人体动态平衡恢复至正常,既可达到疏通经络、调气活血的效果,同时又具有缓急止痛、减张减压的作用^[2-3]。基于此,本研究旨在分析针刀联合针灸治疗颈性眩晕患者,对其椎动脉平均血流速度和脑血流灌注状态指标水平的影响,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2020 年 11 月至 2022 年 9 月宁夏中医医院暨中医研究院收治的 92 例颈性眩晕患者,根据随机数字表法分为对照组(46 例)和观察组(46 例)。对照组患者中男性 20 例,女性 26 例;年龄 45~73 岁,平均(52.56±3.45)岁;病程 1~7 周,平均(5.35±1.23)周。观察组患者中男性 21 例,女性 25 例;年龄 46~73 岁,平均(52.58±3.46)岁;病程 1~8 周,平均(5.37±1.25)周。两组患者一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。纳入标准:符合《脊椎病因治疗学》^[4]中的相关诊断标准者;出现颈、枕部酸胀等不适者;对针灸、针刀可耐受者;颈椎失稳、颈椎退行性改变者等。排除标准:颈部肿瘤、颈椎骨折者;其他类型眩晕者;严重消化系统、心血管系统发生障碍者;严重骨质疏松者等。所有患者均签署知情同意书,且本研究已经宁夏中医医院暨中医研究院医学伦理委员会批准。

1.2 治疗方法 给予对照组患者针灸治疗,取主穴:大椎、风池、夹脊、百会、四神聪、肩井、天宗;取配穴:三间、中渚。患者取俯卧位,对穴位部位皮肤常规消毒,选用一次性无菌针灸针(苏州医疗用品厂有限公司,苏械注准 20162270970,规格:0.35 mm×40 mm),常规针刺,采用平补平泻手法,留针 30 min/次,1 次/d,5 次/周。观察组患者在针灸的基础上增加针刀联合治疗,患者取俯卧位,对患者皮肤进行常规消毒,取枢椎棘突、寰椎横突、硬结条索状物压痛点为进针部位,做好标记,取合适

的一次性无菌四号针刀(江苏华友医疗器械有限公司,苏械注准 20172200978,规格:0.8 mm×50 mm),在标记处的进针点将针刀沿颈部垂直刺入,进刀时要保持刀口线平行于身体纵轴,刀下有硬厚感,患者有明显酸胀感时,切两刀,刀下有松动感时出刀,出刀后使用无菌纱布按压进刀部位 3 min,直至无血液渗出,针眼使用创可贴覆盖,1 次/周。两组患者均治疗 4 周。

1.3 观察指标 ①临床疗效。参照眩晕障碍量表(DHI)^[5]评分评估临床疗效,DHI 包括躯体(7 个问题)、情绪(9 个问题)、功能(9 个问题),总分 100 分,分值越高患者眩晕症状恢复越好,其中痊愈:DHI 评分 ≥ 90 分;显效:70 分 \leq DHI 评分 <90 分;有效:30 分 \leq DHI 评分 <70 分;无效:DHI 评分 <30 分。治疗总有效率=(痊愈例数+显效例数+有效例数)/总例数 $\times 100\%$ 。②颈椎功能评分。采用颈性眩晕症状与功能评估量表(ESCV)评分^[6]评估治疗前与治疗 2、4 周后患者颈椎恢复情况,ESCV 评分包括眩晕(16 分)、颈肩部(4 分)、头痛(2 分)、日常生活与工作(14 分)、心理与社会适应能力(8 分),总分是 44 分,分值越高患者颈椎功能恢复越好。③椎动脉平均血流速度。于治疗前与治疗 4 周后使用经颅多普勒超声仪检查并统计两组患者左侧椎动脉平均血流速度(LVA)、右侧椎动脉平均血流速度(RVA)、基底动脉平均血流速度(RV)。④脑灌注状态指标。于治疗前与治疗 4 周后使用 64 排螺旋 CT 机做头颅 CT 灌注成像检查,统计相对脑血流量(rCBF)、相对脑血容量(rCBV)、达峰时间(TTP)、平均通过时间(MTT)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件进行数据分析,计数资料以[例(%)]表示,采用 χ^2 检验;计量资料符合正态分布且方差齐,以($\bar{x}\pm s$)表示,两组间比较行 t 检验,多时间点比较采用重复测量方差分析。以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者临床疗效比较 治疗 4 周后,观察组患者临床总有效率高于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	46	17(36.96)	12(26.09)	8(17.39)	9(19.57)	37(80.43)
观察组	46	22(47.83)	13(28.26)	9(19.57)	2(4.35)	44(95.65)
χ^2 值						5.059
P 值						<0.05

2.2 两组患者不同时间点 ESCV 评分比较 与治疗前比,治疗 2、4 周后两组患者 ESCV 评分呈逐渐升高趋势,且治

疗 2、4 周后观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 2。

表 2 两组患者不同时间点 ESCV 评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗 2 周后	治疗 4 周后
对照组	46	19.15 ± 1.34	23.45 ± 3.41*	28.12 ± 2.78**
观察组	46	19.21 ± 1.47	26.63 ± 3.58*	35.68 ± 2.36**
<i>t</i> 值		0.205	4.362	14.061
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$, 与治疗 2 周后比, ** $P < 0.05$ 。ESCV: 颈性眩晕症状与功能评估量表。

2.3 两组患者椎动脉平均血流速度比较 与治疗前比, 治疗 4 周后两组患者 LVA、RVA、BA 均升高, 观察组高于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 3。

2.4 两组患者脑血流灌注状态指标水平比较 与治疗前比, 治疗 4 周后两组患者 rCBF、rCBV 水平升高, 观察组高于对照组; 与治疗前比, 治疗 4 周后两组患者 TTP、MTT 缩短, 观察组短于对照组, 差异均有统计学意义 (均 $P < 0.05$), 见表 4。

3 讨论

颈性眩晕发病原因主要与长期低头伏案、颈部外伤、不良睡眠体位等有关, 引起颈椎骨关节退变导致颈性眩晕。目前发病机制尚未明确, 但可能与椎动脉供血不足、颈部椎体局部病变等有关。针灸治疗是祖国医学的传统治疗方法, 其是以中医经络理论为指导, 通过针刺取主穴: 大椎、风池、夹脊、百会、四神聪、肩井、天宗; 取配穴: 三间、中渚等, 可解除局部肌肉痉挛, 改善神经根周围微循环, 减轻椎体不稳造成的周围神经血管压迫, 以调节脑血流量, 从而达到缓解颈性眩晕症状的目的^[7]。但临床研究

发现, 单独的针灸治疗对于部分深层组织粘连的颈性眩晕患者来说, 其治疗效果不理想, 需联合其他治疗方法^[8]。

针刀属于新型微创治疗方法, 通过松解枕下三角肌筋膜, 缓解组织粘连对周围神经血管造成的压迫, 扩张脑血管, 改善椎基底动脉血流供应, 增加脑血流量, 使患者颈性眩晕相关症状得以缓解^[9]; 此外, 针刀通过对颈项部的刺痛点进行切割、撬剥, 会减少神经的压迫, 缓解颈项部肌肉痉挛, 可消除局部炎症反应, 有效改善患者颈部不适、眩晕等症状, 也促进了颈椎功能的恢复^[10]。针刀治疗联合针灸治疗, 起效迅速, 可消除移位椎体造成的组织变性, 使颈椎活体应力恢复平衡, 快速缓解患者痛苦, 且不良反应较少, 患者相对容易接受, 配合度较高, 提升了整体的治疗效果^[11]。本研究中, 与对照组比, 治疗 4 周后观察组患者临床总有效率及治疗 2、4 周后 ESCV 评分均升高, 表明针刀联合针灸治疗颈性眩晕, 有助于提高患者临床疗效, 促进颈椎功能恢复, 加快病情康复。

有研究表明, 受颈椎局部组织粘连、挛缩等影响, 会导致颈性眩晕患者后循环供血不足, 使椎动脉平均血流速度缓慢, 脑血流灌注不足^[12]。针刀利用针刀特殊的针、刀结合结构, 产生更加强烈的针刺作用, 能够调节颈项部生物力学的失衡状态, 改善局部异常张力变化, 调整颈椎小关节紊乱, 调节颈项部生物力学失衡状态, 解除椎动脉卡压及痉挛情况, 降低颈交感神经兴奋性, 调节椎动脉交感神经丛, 疏通椎基底动脉供血通路, 加速血液循环, 改善脑血流量及椎动脉血流^[13-14]。此外, 针刺穴位解除椎动脉壁交感神经所受的异常刺激, 调整椎动脉交感神经丛, 舒张血管, 改善神经血管功能, 进而促进椎动脉功能恢复。本研究结果显示, 治疗 4 周后, 与对照组比, 观察组患者 LVA、RVA、BA 及 rCBF、rCBV 均升高, TTP、

表 3 两组患者椎动脉平均血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	LVA		RVA		BA	
		治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后	治疗前	治疗 4 周后
对照组	46	22.16 ± 3.37	36.14 ± 5.45*	22.46 ± 3.84	34.37 ± 5.78*	33.45 ± 4.24	38.98 ± 5.35*
观察组	46	22.59 ± 3.24	40.91 ± 5.22*	22.52 ± 3.37	41.13 ± 6.65*	33.18 ± 4.57	43.23 ± 5.34*
<i>t</i> 值		0.624	4.287	0.080	5.204	0.294	3.813
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。LVA: 左侧椎动脉平均血流速度; RVA: 右侧椎动脉平均血流速度; BA: 基底动脉平均血流速度。

表 4 两组患者 rCBF、rCBV、TTP、MTT 水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	rCBF(mL/g)		rCBV(mL/g)		TTP(s)		MTT(s)	
		治疗前	治疗 4 周后						
对照组	46	312.18 ± 61.65	521.83 ± 52.44*	701.55 ± 70.26	842.31 ± 80.34*	135.13 ± 15.45	101.52 ± 11.24*	210.27 ± 21.64	158.50 ± 50.97*
观察组	46	312.25 ± 61.73	725.96 ± 52.37*	701.57 ± 70.23	932.85 ± 70.37*	136.37 ± 14.54	91.27 ± 10.46*	210.11 ± 21.42	125.91 ± 50.74*
<i>t</i> 值		0.005	18.681	0.001	5.750	0.396	4.528	0.036	3.073
<i>P</i> 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注: 与治疗前比, * $P < 0.05$ 。rCBF: 相对脑血流量; rCBV: 相对脑血容量; TTP: 达峰时间; MTT: 平均通过时间。

髋关节撞击综合征患者行磁共振成像髋关节单侧斜冠状扫描的诊断效能分析

马喆, 钮敏, 陆琦

[苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)放射科, 江苏 苏州 215221]

【摘要】目的 探讨髋关节撞击综合征患者行磁共振成像(MRI)髋关节单侧斜冠状扫描和常规正冠状面扫描的诊断价值及患者的影像学特点,为临床诊断该疾病提供参考。**方法** 回顾性分析2019年8月至2022年5月苏州市吴江区中医医院(苏州市吴江区第二人民医院)接收的79例疑似髋关节撞击综合征患者的临床资料,所有疑似患者均行MRI常规正冠状面扫描、单侧斜冠状扫描、关节镜及临床综合诊断,并以关节镜和临床诊断为金标准,比较MRI常规正冠状面扫描、单侧斜冠状扫描对髋关节撞击综合征的检出结果和诊断效能,对比伴随损伤的检出情况。**结果** 79例疑似髋关节撞击综合征患者经关节镜和临床检查后,确诊阳性70例,阴性9例,经MRI髋关节单侧斜冠状扫描检查诊断髋关节撞击综合征的准确性、灵敏度均显著高于经MRI髋关节常规正冠状面扫描检查(均 $P<0.05$),两种扫描方式诊断髋关节撞击综合征的阳性率、特异度经比较,差异均无统计意义(均 $P>0.05$);MRI髋关节单侧斜冠状扫描检查对软骨损伤的检出率显著高于MRI髋关节常规正冠状面扫描($P<0.05$),但两种扫描方式对唇旁囊肿、股骨头囊肿、圆韧带损伤、股骨颈疝囊的检出率比较,差异均无统计意义(均 $P>0.05$)。**结论** 采用MRI髋关节单侧斜冠状扫描诊断髋关节撞击综合征具有较高的诊断准确率与灵敏度,且对患者伴随损伤的检出率相对较高。

【关键词】 髋关节撞击综合征; 磁共振成像; 常规正冠状面扫描; 单侧斜冠状扫描

【中图分类号】 R445.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.04.0109.04

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.04.036

作者简介: 马喆, 大学本科, 主治医师, 研究方向: 影像学诊断。

MTT均缩短,表明针刀联合针灸治疗颈性眩晕,可有效提高椎动脉平均血流速度,改善脑灌注状态,促进病情好转。

综上,针刀联合针灸治疗颈性眩晕有助于提高临床疗效,改善脑灌注状态及椎动脉血流,促进颈椎功能恢复,值得临床推广。

参考文献

- 郭汝松,黄帆,赵思怡,等.正骨联合针灸治疗颈性眩晕有效性和安全性的系统评价[J].中国循证医学杂志,2017,17(12):1428-1436.
- 秦谊,胡晓玲,郑媛媛,等.微针刀疗法治疗颈性眩晕临床疗效观察[J].北京中医药,2019,38(7):679-682.
- 刘冠中,李鹏霄,纪妙丽.针刀治疗椎动脉型颈椎病及对脑血流量的影响[J].山东中医药大学学报,2019,43(4):377-380.
- 段俊峰,魏征.脊椎病因治疗学[M].北京:人民军医出版社,2011:137.
- 张志军,王宝亮,付利然,等.“调营充络”法治疗椎-基底动脉迂曲合并后循环缺血性眩晕的临床疗效及对DHI评分、BAEP的影响[J].中医研究,2022,35(2):26-30.
- 王文春,张安仁,卢家春,等.改良《颈性眩晕症状与功能评估量表》在椎动脉型颈椎病中医临床中的应用及评价[J].西南军医,2007,9(4):145-146.
- 厉依园,李飞.针刀结合针灸治疗颈源性眩晕的临床观察[J].湖北中医杂志,2022,44(8):56-59.
- 妥金芳,杨丹,马火伞,等.针灸、电针联合小针刀综合治疗颈性眩晕对患者血流动力学的影响[J].世界中医药,2017,12(12):3082-3084.
- 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.
- 王萍.枕下三角针刀松解术治疗颈性眩晕的临床研究[J].中西医结合心脑血管病杂志,2021,19(21):3822-3824.
- 邱亿明.针灸、电针联合小针刀治疗颈性眩晕患者的临床疗效分析[J].按摩与康复医学,2020,11(16):31-33.
- 赵秋鹤,贺芳,周庆辉.针刀松解辅助颈椎稳定性训练治疗颈性眩晕疗效及对椎-基底动脉血流的影响[J].现代中西医结合杂志,2019,28(6):632-634.
- 刘西纺,杨民毅,惠国栋,等.针刀枕下三角松解治疗对椎动脉型颈椎病症状功能评分及椎动脉血流的影响[J].中国医药导报,2019,16(9):166-169.
- 罗建昌,王罗丹,徐文斌,等.微针刀治疗颈源性眩晕及对椎动脉血流动力学的影响[J].中国针灸,2022,42(8):844-848.