

三部两路调脉平气针法治疗颈性眩晕临床观察

杨懿² 王薇² 梁铭坤² 张梦娜² 段晓荣¹

1. 昆明市中医医院 云南昆明 650000

2. 云南中医药大学 云南昆明 650000

摘要：目的：观察三部两路调脉平气针法治疗颈性眩晕的临床疗效。方法：本研究以昆明市中医医院针灸科为研究对象，选择2023年1月-2024年1月的颈性眩晕病人60例，按随机数表分成对照组和观察组各30例。对照组采用普通针刺治疗，观察组采用三部两路调脉平气针法治疗，比较两组临床疗效、治疗前后椎-基底动脉血流情况与颈性眩晕症状与功能评估量表（ESCV）。结果：观察组的临床总有效率93.33%，高于对照组73.33%，有显著性差异（ $P<0.05$ ）；两组椎-基底动脉血流速度在治疗后都有显著增快，且观察组增快更明显（ $P<0.05$ ）；治疗后两组患者的ESCV得分均增高，观察组增高更明显（ $P<0.05$ ）。结论：三部两路调脉平气针法治疗颈性眩晕，可以减轻眩晕症状、改善椎-基底动脉血流速度，疗效优于普通针刺，值得临床推广。

关键词：临床观察；“三部两路调脉平气”针法；颈性眩晕

颈性眩晕是颈椎及关节囊、肌肉、韧带等相关组织发生器质性和或功能性变化后致使椎-基底动脉供血不足^[1-2]，所引起的一系列以阵发性眩晕为主，伴有恶心呕吐、颈肩痛、视觉障碍等症状的临床常见病，好发于40-60岁中老年人，严重影响着患者的生活质量^[3-4]。目前临床上对该病缺乏特异性治疗，药物疗效不佳且易复发。针灸作为一种有效的治疗方法，被广泛运用于该疾病的治疗中。三部两路调脉平气针法是通过针刺特定穴位使人体上部耳前脉、中部寸口脉、下部趺阳脉以及人体左右两侧脉象比例达到平衡^[5]，使人体气血运行流畅，改善椎-基底动脉供血，从而缓解眩晕。本课题以三部两路调脉平气针法为切入点，对其治疗颈性眩晕的临床效果进行了初步探索，以明确其临床应用价值。

一、临床资料

1. 一般资料

本研究以针灸科门诊诊治的60例颈性眩晕病人为

研究对象，对照组17名男性，13名女性，年龄26-70岁，平均（ 47.0 ± 0.9 ）岁，病程（ 16.1 ± 6.22 ）d。治疗组16名男性，14名女性，年龄25-68岁，平均年龄（ 46.9 ± 12.1 ）岁，病程（ 15.6 ± 6.28 ）d。两组患者的一般资料无明显差别（ $P>0.05$ ）。

2. 诊断标准

西医诊断标准：参照《眩晕诊治多学科专家共识》^[6]和《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[7]，对颈性眩晕进行了如下标准判定：（1）反复出现眩晕，颈部疼痛，活动受限，或伴有耳鸣，恶心，呕吐，视物模糊；（2）以上症状随着颈部活动而加剧；（3）X线片显示：颈椎生理曲度改变、钩椎关节骨质增生、或椎体失稳，寰枢关节半脱位等，CT示横突孔退行性狭窄、椎间盘突出等；（4）经颅多普勒（TCD）检查显示：椎动脉和基底动脉均有明显的血流速度异常；（5）眼源性、耳源性、中枢性等原因所致的眩晕症已被排除。

中医诊断标准：参照“十四五”版本《针灸学》中眩晕病诊断^[8]：头晕目眩，泛泛欲吐，甚则昏眩欲仆。兼见急躁易怒，头目胀痛，耳鸣，口苦，舌红苔黄，脉弦，为肝阳上亢；头蒙如裹，胸闷呕恶，神疲困倦，舌胖苔白腻，脉濡滑，为痰湿中阻；耳鸣，腰膝酸软，遗精，舌淡，脉沉细，为肾精亏虚；神疲乏力，心悸少寐，腹胀纳呆，面色淡白或萎黄，舌淡苔薄白，脉细，为气血不足。

基金项目：云南省中医药基础研究联合专项面上项目（2019FF002（-016））；全国名中医张沛霖以脉为治学术思想的整理研究

作者简介：杨懿（1999—），女，彝族，云南省楚雄州，研究生，昆明市中医医院，针灸治疗脑病方向。

通讯作者：段晓荣（1970—），女，主任医师，研究方向：针灸防治脑病的临床应用研究

3. 纳入标准

(1) 符合上述西医及中医诊断标准；(2) 生命体征平稳者；(3) 自愿签署知情同意书且能积极配合治疗者；(4) 在研究过程中停止使用任何会妨碍此研究的其它治疗或药品；(5) 所诊察患者三部脉均无外伤史或疤痕，脉搏无异常消失；(6) 患者上中下三部脉比例不符合1:2:3或左右两路脉象不符合1:1者。

4. 排除标准

(1) 不符合上述诊断标准及纳入标准者；(2) 合并有严重的心脏、肝脏、肾脏和造血系统等原发病，精神患者；(3) 孕期或哺乳期女性；(4) 不能接受针灸治疗者。

二、治疗方法

1. 对照组

采用普通针刺，主穴及辨证配穴参照全国高等中医药行业高等教育“十四五”规划教材《针灸学》^[8]中眩晕病取穴方案取穴。实证主穴：风池、百会、内关、太冲；辨证配穴：肝阳上亢配侠溪、太溪、行间；痰湿中阻配中脘、丰隆、阴陵泉。虚证主穴：肾俞、肝俞、百会、风池、足三里；辨证配穴：肾精亏虚配悬钟、志室；气血不足配脾俞、胃俞、气海。患者取仰卧位，常规消毒后采用常规针刺，实证选穴用泻法，虚证选穴用补法，留针30min。(注：先针刺颈项部及背部腧穴，针刺得气后留针5min，取针后再嘱患者取平卧位针刺头面、腹部及四肢腧穴)，周一到周五治疗，两周一个疗程，共治疗2个疗程。

2. 观察组

嘱患者取平卧位，双手诊脉，因为不同部位的脉象深浅位置不一，故指腹分别以轻、中、重三种不同的力度诊脉，以诊察到的最大脉搏为参照，分别在上、中、下三部和左右两侧进行诊脉，对比各部位的参照脉象大小。(脉气调和比值为：耳前脉：寸口脉：趺阳脉=1:2:3，左右两路脉象比值=1:1)，所诊查该部脉象小于相应比例则定为脉象小，提示气机升发或沉降不足；大于相应比例则定为脉象大，提示气机升发或沉降太过；若脉象微弱或不能触及，定为脉象不出，提示气机痹阻或气血虚弱^[9]。除督脉穴位外，均选取脉象异常一侧的穴位，具体取穴见表1。

三、治疗效果

1. 观察指标

(1) 临床症状及功能评价：参考《颈性眩晕症状与功能评估量表 (ESCV)》^[10]，总分为30分，评定5个项

表1 取穴表

诊脉部位	脉象	选穴
耳前脉	小	天柱、风池、曲池、通天、天冲
	不出	大椎*、风府*、风池、天柱、络却*、通天、天冲、曲池
	大	颌厌*、完骨*、率谷*、风池*、天柱*
寸口脉	小	内关、曲池
	不出	太渊、内关、曲池
	大	二间*、尺泽*
趺阳脉	小	足三里、解溪
	不出	冲阳、足三里、解溪
	大	足三里*、内庭*

注：*穴位为针刺得气后用泻法，余穴均用补法。

目：眩晕、头痛、肩颈疼痛、生活与工作、心理和社会适应。分数由高到低表明病情由轻到重。

(2) 采用彩色经颅多普勒观测基底动脉 (BA) 和左、右椎动脉 (LVA、RVA) 的平均血流速度 (Vm)。

2. 疗效标准

依据《中医病证诊断疗效标准》^[11]，眩晕的疗效评定标准为：1) 临床治愈：眩晕、肩颈疼痛等症状均已消失，能正常劳动、生活；2) 显效：眩晕症状显著减轻，偶尔出现但不影响正常的工作和生活；3) 显效：头昏头晕症状减轻，但有轻度视物旋转，对工作、生活造成一定的影响；4) 无效：眩晕临床症状无明显缓解，对工作、生活造成较大的影响。

3. 统计学方法

采用SPSS 26.0统计软件分析数据。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示，用t检验，计数资料用 χ^2 检验，以 $P < 0.05$ 为差别有显著性。

四、治疗结果

1. 两组疗效对比

观察组的总有效率为93.33% (28/30)，高于对照组的73.33% (22/30)，差异具有统计学意义 ($P < 0.05$)，见表2。

表2 两组临床疗效比较[n (%)]

组别	治愈	显效	有效	无效	总有效率
对照组 (n=30)	3 (10.00)	7 (23.33)	12 (40.00)	8 (26.67)	22 (73.33)
观察组 (n=30)	7 (23.33)	12 (40.00)	9 (30.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
χ^2 值					4.320
P值					0.038

2. 两组治疗前后ESCV比较

两组患者的ESCV得分在治疗前无显著性差异 ($P>0.05$)；两组治疗后的ESCV得分都较治疗前有所提高，且观察组的ESCV得分更高 ($P<0.05$)，见表3。

表3 两组治疗前后ESCV评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	ESCV评分		t值	P值
	治疗前	治疗后		
观察组 (n=30)	16.33 ± 2.60	22.83 ± 2.84	10.757	<0.001
对照组 (n=30)	16.57 ± 2.45	21.67 ± 2.47	6.976	<0.001
t值	0.358	2.300		
P值	0.722	0.025		

3. 两组治疗前后动脉血流速度比较

两组患者术前LVA、RVA及BA血流速度无显著性差异 ($P>0.05$)；两组术后LVA、RVA及BA血流速度较治疗前明显增高，但观察组较对照组增高明显 ($P<0.05$)。(见表4)

五、讨论

颈性眩晕属“眩晕”范畴，与气机升降失调有着密切关系。《灵枢》篇中有“上气不足，脑为之不满……头为之苦倾，目为之眩”的记载，气血上行不足，脑不得以濡养则发为眩晕；《临证指南医案》指出“肝阴不足……热则风阳上升……眩晕跌扑”，眩晕与肝气上逆、

表4 两组治疗前后动脉血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	LVA		RVA		BA	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组 (n=30)	33.34 ± 3.59	39.03 ± 4.44*	32.09 ± 4.07	41.06 ± 4.52*	35.56 ± 4.22	42.17 ± 4.31*
对照组 (n=30)	33.00 ± 3.15	38.95 ± 3.41*	32.90 ± 3.90	39.43 ± 4.20*	35.86 ± 4.66	41.87 ± 4.59*
t值	0.388	3.110	0.783	2.357	0.267	2.021
P值	0.699	0.003	0.437	0.022	0.791	0.048

注：与治疗前比较， $P<0.05$ 。

导致气机升之太过相关。《素问》曰：“天气下降，气流于地；地气上升，气腾于天。故高下相召，升降相因，而变作矣”。人体气机升降亦同于此，上下左右之气协调，人体全身气机才得以协调。

《灵枢》曰：“凡将用针，必先诊脉，视气之剧易，乃可以治也”，脉诊在针灸治疗中起着重要的指导作用。三部两路调脉平气针法是导师在传承全国名中医张沛霖主任从医70余载临床经验，不断尊古纳新，所提炼出的一种以通过针刺特定穴位来协调上、中、下三部脉以及左右两侧脉象比例的一种治疗方法^[10]。

升发上部气机穴位中，通天穴，其性属上，可引气血向上而行；《针灸穴名》曰：“人体以头为天，颈项犹其支柱，天在项上，故名天柱”，故天柱为气血向上运行之通道；天冲穴、风池穴均属足少阳胆经，胆木主升发；阳明多气多血，而曲池为手阳明经气血汇合之处，经气强盛，补之可推动气血顺经络上行。耳前脉不出是由于上部气机痹阻不通。督脉为阳脉之海，大椎为诸阳之会，风府、络却为从督入脑之入口，泻此三穴可疏通阻滞经气，升发阳气，改善头部气血。平抑上部气机穴位中，颌厌穴作用与通天穴相反，可导气向下；完骨、率谷具有平肝、潜阳、通络之功，三穴合用可抑制阳气升发太

过，加上泻气血升发之力强盛的风池、天柱，共同调节耳前脉。

升发中部气机穴位中，开内关可使脉气之关打开，气血得以流通，加上阳明经气强盛的曲池穴，两穴合用可调节中部气血；加之太渊穴为手太阴肺经原穴，原气是推动十二经脉运行的根本动力，刺之可激发气血运行。平抑中部气机穴位中，取手阳明、手太阴经的子穴二间、尺泽以泻多余之气，从而调节寸口脉。

升发下部气机穴位中，取足阳明胃经母穴解溪、经气强盛的足三里、及原穴冲阳，三穴合用共同调补气血，推动经气运行^[12]。平抑下部气机穴位中，取足阳明胃经子穴厉兑，“当刺井者，以荥泻之”，故泻内庭，加上泻足三里，方可起到泻除多余之气的作用，从而调节跌阳脉。

本研究通过对比普通针刺和“三部两路调脉平气”针法治疗颈性眩晕前后椎-基底动脉血流情况与颈性眩晕症状与功能评估量表 (ESCV)，结果表明，两组在治疗前、后都有一定的疗效，且观察组的疗效更好。综上所述，“三部两路调脉平气”针法治疗颈性眩晕具有较好的疗效，且见效快、疗程短、无毒副作用，可作为临床的一种治疗方案，值得临床推广。

参考文献

- [1] 朱恪材. 疏颈定眩汤联合颈椎牵引和推拿治疗颈性眩晕60例[J]. 中医研究, 2019, 32(7): 21-23.
- [2] 黄立莉, 陈泽林, 钟红英, 等. 中医药治疗颈性眩晕的研究进展[J]. 中医临床研究, 2018, (18): 39-41.
- [3] 王权. 红花黄色素联合电针对颈性眩晕患者血清CRP、肝功能及CGRP水平及临床疗效的影响[J]. 辽宁中医杂志, 2016, 43(9): 1965-1967.
- [4] 王晓东, 朱立国, 于杰. 椎动脉型颈椎病眩晕症状的临床研究概述[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2016, 24(3): 80-82.
- [5] 张建梅. 张沛霖主任学术思想、临床经验总结及治疗急性基底节区脑梗塞临床研究[D]. 云南中医学院, 2011.
- [6] 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: 805-812.
- [7] 李增春, 陈德玉, 吴德升等. 第三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.
- [8] 梁繁荣, 王华. 针灸学[M]. 中国中医药出版社, 2021.
- [9] 管浩. “三部两路调脉平气”针法治疗脑梗死恢复期临床研究[D]. 云南中医药大学, 2020.
- [10] 王楚怀, 卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6): 245-247.
- [11] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 24.
- [12] 吕云华, 张建梅, 张沛霖. 张沛霖主任诊治疾病特色介绍[J]. 云南中医中药杂志, 2011, 32(07): 5-7.