

针灸配合 TDP 照射治疗颈源性眩晕 62 例

★ 杨春花 (浙江省临安市中医院 临安 311300)

关键词: 针灸疗法; 眩晕

中图分类号: R 245 文献标识码: B

笔者近 3 年来采用针刺、艾灸同时配合 TDP 照射治疗颈源性眩晕取得满意效果, 现报道如下:

1 临床资料

1.1 诊断标准 参照《实用神经病学》第二版^[1]拟定。临床表现: 眩晕, 多因体位的改变而发生, 可伴有恶心、颈部酸胀不适, 或伴有头痛、心悸等。体格检查: 颈部肌肉僵硬、紧张, 局部压痛阳性, 甚至向肩部及上肢放射。辅助检查: 经颅多普勒检查示椎-基底动脉供血不足; 影像学检查, 颈椎 X 线摄片或 CT 检查为椎体边缘骨质增生, 颈椎生理曲度改变。排除内耳性眩晕、动脉硬化、高血压、神经衰弱和某些脑部疾患引起的眩晕。

1.2 一般资料 62 例均为我科门诊患者, 男 32 例, 女 30 例, 年龄 17~65 岁, 病程 18 天~12 年, 其中经核磁共振检查为颈椎间盘突出者 18 例。

2 治疗方法

主穴: 风池、颈椎夹脊穴、百会。操作时, 令患者坐位, 取风池穴, 向对侧眼睛方向斜刺 0.5~0.8 寸, 并在针柄上放上长约 2 cm 的艾柱, 灸二柱; 针夹脊穴, 直刺, 深 1.5~2.5 寸, 要求有酸胀感。同时用 TDP 照射百会穴, 距离约 30 cm, 要求患者有温热感, 以舒适为度。

配穴: 实证者加刺太冲、丰隆, 要求手法重, 用泻法; 虚证者加刺足三里、肾俞, 要求手法轻, 用补法。留针 20 分钟, 每日 1 次, 7 天为一疗程。

3 治疗结果

痊愈(临床症状、体征消失, 半年后随访无复发者)30 例, 有效(临床症状有改善)29 例, 无效 3 例, 总有效率为 95.2%。

4 典型病例

刘某, 男, 33 岁, 某单位会计, 2004 年 3 月 5 日初诊。眩晕伴颈部酸痛 3 天。患者长期伏案工作 10 年, 最近由于工作繁忙, 近 3 天来自觉头晕, 颈部酸痛不适, 活动不利。查体: 颈 2~3 椎旁压痛阳性。颈椎摄片示颈椎骨质增生, 生理曲度变直; 经颅多普勒提示椎-基底动脉供血不足。诊断: 颈源性眩晕。治疗: 采用上法, 首次治疗后即感颈部酸痛消失, 头晕明显好转, 共治疗 7 次痊愈, 随访半年无复发。

5 讨论

中医学认为风、火、痰、虚为眩晕发病的主要病机, 眩晕与心、肾、肝、脾四脏关系密切。主穴风池为祛风之要穴, 为足少阳胆经在颈部的重要穴位, 针风池能祛内风, 眩晕可平; 颈夹脊穴能舒筋通络, 解痉止痛; 百会为诸阳之会, 神灯照射可升清阳, 行气活络。配穴足三里、丰隆均为足阳明胃经穴, 可健脾胃、化痰浊; 太冲可降肝火; 肾俞可补肾精之气。主、配穴合用可祛风化痰、降火、补虚, 起到定眩止晕的效果。

从现代医学角度看, 颈源性眩晕是由于骨质增生引起的椎间孔狭窄, 压迫椎动脉或动脉粥样硬化使血管内壁发生改变, 导致椎-基底动脉供血不足或血流受阻所致, 针刺风池、夹脊穴可缓解肌肉痉挛, 改善椎-基底动脉的供血状态, 使周围组织营养得到足够的供给, 促进炎性渗出物的吸收, 减轻水肿, 从而改善脑部的供血供氧; 神灯照射百会穴可扩张血管, 进一步促进脑血管的微循环, 三者配合使用, 具有显著的治疗效果。

参考文献

[1] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 第 2 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1994. 1 072

(收稿日期: 2005-12-29)