

颈腰同治针刺联合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病临床研究

张静¹, 焦建坤², 张森²

1. 漯河医学高等专科学校第二附属医院中医科, 河南 漯河 462000

2. 漯河医学高等专科学校第二附属医院康复科, 河南 漯河 462000

[摘要] 目的: 观察颈腰同治针刺联合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效。方法: 选取2022年4月—2024年6月漯河医学高等专科学校第二附属医院收治的CSA患者105例, 按随机数字表法分为联合组53例和推拿组52例。推拿组实施手法推拿治疗, 联合组在推拿组基础上予颈腰同治针刺治疗, 2组均治疗4周。评价2组临床疗效, 比较2组治疗前后中医证候评分、颈椎功能障碍指数(NDI)、颈椎屈伸、旋转活动度、椎基底动脉血流动力学[基底动脉平均流速(V_m)、双侧椎动脉V_m]、血清因子[前列环素(PGI₂)、血栓素A₂(TXA₂)、内皮素(ET)]水平。结果: 联合组总有效率为92.45%(49/53), 高于推拿组78.85%(41/52)($P<0.05$)。治疗后, 2组各项中医证候评分较治疗前降低($P<0.05$), 且联合组各项中医证候评分低于推拿组($P<0.05$)。治疗后, 2组NDI评分较治疗前降低, 颈椎屈伸、旋转活动度较治疗前升高($P<0.05$); 且联合组NDI评分低于推拿组, 颈椎屈伸、旋转活动度高于推拿组($P<0.05$)。治疗后, 2组基底动脉V_m、双侧椎动脉V_m较治疗前升高($P<0.05$); 且联合组治疗后基底动脉V_m、双侧椎动脉V_m高于推拿组($P<0.05$)。治疗后, 2组PGI₂水平较治疗前升高, TXA₂、ET水平较治疗前降低($P<0.05$); 且联合组PGI₂水平高于推拿组, TXA₂、ET水平低于推拿组($P<0.05$)。结论: 颈腰同治针刺联合手法推拿治疗CSA疗效显著, 可有效缓解中医证候, 改善椎基底动脉血流动力学, 促进颈椎功能、活动度恢复, 其机制可能与调节血管功能有关。

[关键词] 椎动脉型颈椎病; 颈腰同治; 针刺; 手法推拿; 颈椎功能; 颈椎活动度; 椎基底动脉血流动力学

[中图分类号] R274.9 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2025) 07-0148-05

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2025.07.026

Clinical Study on Combination Use of Cervical and Lumbar Joint Therapy with Acupuncture and Tuina with Manipulation for Cervical Spondylosis of Vertebral Artery Type

ZHANG Jing¹, JIAO Jiankun², ZHANG Sen²

1. Department of Chinese Medicine, The Second Affiliated Hospital of Luohe Medical College, Luohe Henan 462000, China;

2. Department of Rehabilitation, The Second Affiliated Hospital of Luohe Medical College, Luohe Henan 462000, China

Abstract: **Objective:** To observe the clinical effect of the combination use of cervical and lumbar joint therapy with acupuncture and tuina with manipulation on cervical spondylosis of vertebral artery type (CSA). **Methods:** A total of 105 CSA patients admitted to the Second Affiliated Hospital of Luohe Medical College from April 2022 to June 2024 were selected and divided into the combination group (53 cases) and tuina group (52 cases) according to the random number table method. The tuina group was treated with manual tuina, and the combination group was additionally treated with neck and waist acupuncture based on the treatment of the tuina group. Both groups were treated

[收稿日期] 2024-07-21

[修回日期] 2025-01-02

[作者简介] 张静 (1982-), 女, 副主任中医师, E-mail: z15639568181@163.com。

for four weeks. The clinical effects in the two groups were evaluated. The traditional Chinese medicine syndrome scores, neck disability index (NDI), range of motion of cervical flexion, extension and rotation, hemodynamics of vertebrobasilar artery [mean velocity (Vm) of basilar artery and bilateral vertebral artery], and levels of serum factors [prostaglandin I₂ (PGI₂), thromboxane A₂ (TXA₂) and endothelin (ET)] were compared before and after treatment between the two groups. **Results:** The total effective rate was 92.45% (49/53) in the combination group, higher than that of 78.85% (41/52) in the tuina group ($P < 0.05$). After treatment, the traditional Chinese medicine syndrome scores in the two groups were reduced when compared with those before treatment ($P < 0.05$), and the above scores in the combination group were lower than those in the tuina group ($P < 0.05$). After treatment, the NDI scores in the two groups were down-regulated when compared with those before treatment, and the motion of range of cervical flexion, extension and rotation were elevated when compared with those before treatment ($P < 0.05$). The NDI score in the combination group were lower than that in the tuina group, and the motion of range of cervical flexion, extension and rotation was higher than that in the tuina group ($P < 0.05$). After treatment, the Vm of basilar artery and bilateral vertebral artery in the two groups were up-regulated when compared with those before treatment ($P < 0.05$); after treatment, the Vm of basilar artery and bilateral vertebral artery in the combination group was higher than that in the tuina group ($P < 0.05$). After treatment, the PGI₂ levels in the two groups were increased when compared with those before treatment, and the levels of TXA₂ and ET were dwindled when compared with those before treatment ($P < 0.05$); the PGI₂ level in the combination group was higher than that in the tuina group, and the levels of TXA₂ and ET were lower than those in the tuina group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The combination use of cervical and lumbar joint therapy with acupuncture and tuina has a significant curative effect on CSA, which can effectively mitigate the traditional Chinese medicine syndrome, improve the hemodynamics of vertebrobasilar artery, and promote the recovery of cervical vertebra function and its range of motion, whose mechanism may be related to the regulation of vascular function.

Keywords: Cervical spondylosis of vertebral artery type; Cervical and lumbar joint therapy; Acupuncture; Tuina with manipulation; Cervical vertebra function; Range of motion of cervical vertebra; Hemodynamics of vertebrobasilar artery

椎动脉型颈椎病(CSA)是由颈椎退行性病变引起椎动脉压迫、刺激而产生的一类颈椎病,临床主要表现为头痛、眩晕、麻木等,主要发生于中老年人群,随着工作、生活模式的改变及电子产品的普及,其发病人群趋于年轻化^[1-2]。目前西医以西药、手术治疗为主,均可减轻患者症状,但长期应用西药存在药物依赖、不良反应等问题,手术治疗属有创操作,可对神经功能带来一定损害,恢复时间长。中医治疗CSA包括针刺、推拿等,其中手法推拿具有舒筋活血功效,可缓解肌肉痉挛,改善局部血液循环,解除椎动脉压迫、痉挛状态^[3-4]。颈腰同治针刺是基于脊柱力学、经络循行、生理解剖及中医肾主骨生髓、精血互用、肝肾同源理论所创的中医疗法,通过针刺腰、颈部及补益肝肾类穴位治疗CSA,体现

中医治病求本的整体治疗理念^[5]。本研究观察颈腰同治针刺联合手法推拿治疗CSA的临床疗效,报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 参考《颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)》^[6]中诊断标准。经X线片、MRI成像等影像学检查显示椎体间关节异常;旋颈试验阳性;存在交感神经症状;猝倒病史;颈性眩晕。

1.2 辨证标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]辨证为肝肾亏虚证。失眠多梦,肢体麻木,耳鸣耳聋,眩晕头痛;舌红、少津,脉弦。

1.3 纳入标准 符合诊断及辨证标准;年龄30~65岁;认知功能、精神正常;自愿签署研究同意书。

1.4 排除标准 耳源性眩晕;颈部外伤者;骨折、骨质疏松、结核、肿瘤等骨骼病变者;颈部手术史;

颅内肿瘤；自身免疫性疾病者；先天性颈椎畸形；神经官能症；重要脏器功能障碍；椎动脉Ⅰ段导致的基底动脉供血不全；皮肤脓肿、破溃、过敏等针刺禁忌证；颈椎管骨源性狭窄；近4周内接受相关治疗。

1.5 一般资料 选取2022年4月—2024年6月漯河医学高等专科学校第二附属医院收治的CSA患者105例，按随机数字表法分为联合组53例和推拿组52例。联合组男29例，女24例；年龄30~63岁，平均 (46.35 ± 6.82) 岁；病程1~3年，平均 (2.15 ± 0.40) 年。推拿组男31例，女21例；年龄32~65岁，平均 (47.83 ± 7.03) 岁；病程1~4年，平均 (2.27 ± 0.48) 年。2组一般资料比较，差异无统计学意义($P>0.05$)，具有可比性。本研究通过漯河医学高等专科学校第二附属医院伦理委员会批准(2022伦审第16号)。

2 治疗方法

2.1 推拿组 给予手法推拿治疗。取坐位，指导患者深呼吸放松全身，以推、揉、滚、捏等手法推拿颈部3~5 min；颈部放松后，缓慢叩击双侧肩背，每侧30次；肩背部放松后，自耳屏到近端锁骨缓缓推直，之后拉提胸锁乳突肌至耳后，持续3 min左右。放松完成后正式实施治疗手法，操作如下：采用一指禅进行颈项推拿，时间3 min；项韧带弹拨，时间2 min；双滚法推拿肩背，时间5 min，之后立即提捏颈肩1 min。整个推拿过程中，推拿、按揉力度以患者感到酸胀为宜。每天1次，每周治疗5天，持续治疗4周。

2.2 联合组 在推拿组基础上给予颈腰同治针刺治疗。先予以手法推拿(操作、疗程同推拿组)，后给予颈腰同治针刺治疗。颈腰同治针刺取穴：风池、天柱、完骨、颈百劳、足三里、肝俞、脾俞、胃俞、肾俞。取俯卧位，常规消毒，选用华佗牌一次性毫针(40 mm×0.3 mm)，得气后平补平泻，深度15~20 mm，以局部酸胀感为宜，每天治疗1次，每周治疗5天，持续治疗4周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①中医证候积分。将中医证候进行量化评分，依据严重程度(无、轻、中、重)单项计0~3分，得分越高证候越严重。②颈椎功能及活动度。采用颈椎功能障碍指数(NDI)^[8]评估颈椎功能，量表包含10项内容，单项计0~5分，总分50分，得

分越低，腰椎功能障碍越轻。测量记录2组患者颈椎屈伸、旋转活动度。③椎基底动脉血流动力学。采用彩色多普勒超声诊断系统(贝登医疗，DC-35Pro型)测定基底动脉平均流速(V_m)、双侧椎动脉 V_m 。④血清因子。治疗前后抽取患者3 mL空腹静脉血，以离心半径8 cm、转速3 200 r/min、离心15 min，取血清，采用酶联免疫法测定前列环素(PGI₂)、血栓素A₂(TXA₂)、内皮素(ET)水平。

3.2 统计学方法 采用SPSS28.0统计学软件分析数据。符合正态分布的计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示，组间比较采用独立样本 t 检验，组内比较采用配对样本 t 检验；计数资料以百分比(%)表示，采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考《中医病证诊断疗效标准》^[7]进行疗效评估。显效：中医证候积分下降 $\geq 70\%$ ，颈椎活动基本恢复，疼痛、麻木、眩晕等症状体征基本消失；有效：30% $\leq$ 中医证候积分下降 $<70\%$ ，颈椎活动轻微受限，症状体征有所减轻；无效：中医证候积分下降 $<30\%$ ，颈椎活动、症状体征无改善。总有效率=(显效+有效)例数/总例数 $\times 100\%$ 。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。联合组总有效率为92.45%，高于推拿组78.85%($P<0.05$)。

表1 2组临床疗效比较					例(%)
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
联合组	53	31(58.49)	18(33.96)	4(7.55)	49(92.45) ^①
推拿组	52	20(38.46)	21(40.38)	11(21.15)	41(78.85)

注：①与推拿组比较， $P<0.05$

4.3 2组治疗前后中医证候评分比较 见表2。治疗前，2组各项中医证候评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组各项中医证候评分较治疗前降低($P<0.05$)，且联合组各项中医证候评分低于推拿组($P<0.05$)。

4.4 2组治疗前后NDI评分及颈椎活动度比较 见表3。治疗前，2组NDI评分、颈椎屈伸活动度及旋转活动度比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2组NDI评分较治疗前降低，颈椎屈伸、旋转活动度较治疗前升高($P<0.05$)；且联合组NDI评分低于推拿组，颈椎屈伸、旋转活动度高于推拿组($P<0.05$)。

4.5 2组治疗前后椎基底动脉血流动力学比较 见

表 4。治疗前，2 组基底动脉 V_m、双侧椎动脉 V_m 比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组基底动脉 V_m、双侧椎动脉 V_m 较治疗前升高($P<0.05$)；且联合组治疗后基底动脉 V_m、双侧椎动脉 V_m 高于推拿组($P<0.05$)。

4.6 2 组治疗前后血清因子水平比较 见表 5。治疗

前，2 组 PGI₂、TXA₂、ET 水平比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。治疗后，2 组 PGI₂ 水平较治疗前升高，TXA₂、ET 水平较治疗前降低($P<0.05$)；且联合组 PGI₂ 水平高于推拿组，TXA₂、ET 水平低于推拿组($P<0.05$)。

表 2 2 组治疗前后中医证候评分比较($\bar{x}\pm s$)										分
组 别	例数	肢体麻木		眩晕头痛		失眠多梦		耳鸣耳聋		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
联合组	53	2.08±0.39	1.08±0.36 ^{①②}	2.21±0.37	1.13±0.35 ^{①②}	2.03±0.41	0.95±0.30 ^{①②}	2.12±0.43	0.97±0.31 ^{①②}	
推拿组	52	2.14±0.42	1.51±0.38 ^①	2.16±0.39	1.56±0.34 ^①	2.09±0.44	1.38±0.34 ^①	2.19±0.40	1.40±0.36 ^①	

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与推拿组治疗后比较， $P<0.05$

表 3 2 组治疗前后 NDI 评分及颈椎活动度比较($\bar{x}\pm s$)							
组 别	例数	NDI 评分(分)		颈椎屈伸活动度(°)		颈椎旋转活动度(°)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	53	26.41±4.63	9.37±2.49 ^{①②}	88.75±3.26	96.07±3.51 ^{①②}	110.34±3.87	117.89±3.52 ^{①②}
推拿组	52	25.87±4.81	13.26±2.84 ^①	89.14±3.08	93.14±3.37 ^①	109.69±3.71	113.29±3.28 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与推拿组治疗后比较， $P<0.05$

表 4 2 组治疗前后椎基底动脉血流动力学比较($\bar{x}\pm s$)								cm/s
组 别	例数	基底动脉 V _m		左侧椎动脉 V _m		右侧椎动脉 V _m		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
联合组	53	20.37±3.17	29.10±3.61 ^{①②}	17.16±5.24	28.61±6.28 ^{①②}	18.46±5.73	26.72±5.51 ^{①②}	
推拿组	52	21.51±3.34	26.49±3.47 ^①	17.94±5.50	23.46±5.96 ^①	17.85±5.61	22.69±5.49 ^①	

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与推拿组治疗后比较， $P<0.05$

表 5 2 组治疗前后血清因子水平比较($\bar{x}\pm s$)							
组 别	例数	PGI ₂ (pg/mL)		TXA ₂ (ng/L)		ET(pg/mL)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
联合组	53	63.27±6.85	87.46±8.54 ^{①②}	23.68±4.12	16.27±3.18 ^{①②}	92.57±9.62	73.42±8.35 ^{①②}
推拿组	52	64.79±6.77	76.29±8.30 ^①	22.87±4.05	18.84±3.41 ^①	94.08±9.41	82.10±8.68 ^①

注：①与本组治疗前比较， $P<0.05$ ；②与推拿组治疗后比较， $P<0.05$

5 讨论

CSA 属于中医学眩晕、项痹等范畴。患者肾气亏虚，肝失所养，精血不足，骨骼失养，外邪侵袭或劳累，致筋骨退行，血脉瘀滞，经络不通，发为本病。《素问》有云：“骨正筋柔，气血以流。”对颈、肩部进行局部推、拨、揉、拿等手法推拿，促使骨合缝、筋入槽，发挥活血舒筋、止痛解痉的治疗效果。

颈腰同治针刺取穴中，颈部取穴风池、天柱、完骨、颈百劳，腰部取穴肝俞、脾俞、胃俞、肾俞，其中肝俞、肾俞为足太阳膀胱经之肝、肾背俞穴，

刺之可疏通经络、补肝益肾、强腰助阳，恢复气血阴阳；针刺脾俞、胃俞有健脾和胃、养血柔筋之功；针刺颈百劳可舒筋活络，缓解颈肩部劳损；天柱属足太阳膀胱经，刺之可疏通头部太阳经气，调和气血，舒筋活络；针刺风池可调节全身气血阴阳，调畅脑部气血脉络，促使清阳之气升入清窍；针刺完骨有醒脑通窍之效，针刺足三里可健脾和胃、疏经活络，诸穴配伍，共奏补肝益肾、舒筋活络之功效。

督脉、足太阳膀胱经沿颈、腰部分布，足太阳脉病变可同时引发颈、腰部症状，采用颈腰同治针刺可充分体现中医整体治疗的思想。临床研究发现，颈

腰同治针刺有助于改善椎动脉血流,改善颈椎功能^[9]。

本研究在手法推拿基础上联合颈腰同治针刺治疗CSA患者,结果显示,联合治疗可进一步减轻患者症状,改善颈椎功能和活动度,效果更为显著。分析认为,颈椎对维持人体功能活动稳定性具有重要意义,基于生物力学“脊柱整体性”的观点,颈、腰椎在生理上互相影响,两者共同维持人体动态平衡,颈椎的失稳退变可波及腰椎,致使气血痹阻,引起颈肩痛、眩晕等症状^[10]。颈腰同治针刺可纠正脊柱生物力学平衡,松解腰、颈部肌肉,改善椎动脉压迫状态,还可消瘀散结、通经活络,进一步改善局部微循环,促进颈椎功能恢复^[11]。而手法推拿可松解粘连、痉挛的颈肩部肌肉群和组织,减轻颈交感神经压迫,改善局部血供,恢复患者颈椎功能^[12]。因此,颈腰同治针刺联合手法推拿可协同改善患者颈椎功能,进一步提高治疗效果。

椎基底动脉供血不足是CSA发病基础,患者椎动脉受压迫、刺激,促使椎动脉管腔变窄^[13]。PGI₂可激活腺苷酸环化酶,可抑制血小板聚集,扩张血管;TXA₂属于缩血管物质,与PGI₂作用相反,二者共同维护血小板聚集、血管收缩功能^[14-15]。CSA患者椎动脉受压迫、刺激,促使椎动脉管腔变窄,导致TXA₂水平升高,PGI₂水平降低。ET属于内源性血管活性肽,可促进血管收缩^[16]。本研究显示,联合组治疗后PGI₂水平较推拿组高,TXA₂、ET水平较推拿组低,且椎基底动脉血流动力学指标改善幅度大于推拿组,提示颈腰同治针刺联合手法推拿可能通过调节血管活性因子水平,改善椎基底动脉血液循环。研究发现,微血管形态结构与脉络系统较为相似,手法推拿、针刺均可通经活络,改善局部微循环,恢复血液濡养功能,进而调节血管功能,改善椎基底动脉血流^[17]。

综上,颈腰同治针刺联合手法推拿疗效显著,可有效缓解中医证候,改善椎基底动脉血流动力学,促进颈椎功能、活动度恢复,其机制可能与调节血管功能有关。

[参考文献]

[1] LU J X, SONG Q M, ZHU Y Z, et al. The effect of acupuncture used for cervical spondylosis of vertebral artery type: A protocol for

systematic review and meta-analysis[J]. Medicine(Baltimore), 2022, 101(8): e28956.

- [2] 曾繁广, 王大中, 陆征麟. 电针项六针联合化瘀颈痹汤治疗椎动脉型颈椎病的回顾性研究[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(5): 1244-1249.
- [3] 高群兴, 张盛强, 郭志彬, 等. 手法推拿联合镇肝息风汤治疗椎动脉型颈椎病的疗效分析[J]. 颈腰痛杂志, 2020, 41(1): 96-98.
- [4] 张万钧, 李建国. 61例椎动脉型颈椎病患者应用中医针灸联合推拿手法治疗的临床效果评估[J]. 贵州医药, 2020, 44(3): 421-422.
- [5] 李智刚, 屈绮文, 林漫婷. 滋水涵木活血方结合“颈腰同治”针灸法治疗椎动脉型颈椎病(肝肾不足证)的临床观察[J]. 中医药导报, 2023, 29(9): 68-71, 81.
- [6] 中华外科杂志编辑部. 颈椎病的分型、诊断及非手术治疗专家共识(2018)[J]. 中华外科杂志, 2018, 56(6): 401-402.
- [7] 国家中医药管理局. ZY/T001.1~001.9-94 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189-190.
- [8] 孙兵, 车晓明. 颈椎功能障碍指数量表(NDI)[J]. 中华神经外科杂志, 2012, 28(6): 626.
- [9] 罗萍, 何庆生. “颈腰同治”温针灸治疗颈型颈椎病[J]. 长春中医药大学学报, 2023, 39(7): 777-781.
- [10] 杨昆鹏, 田国杰, 廖明娟, 等. 基于“颈腰同治”理论温针灸治疗颈型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医急症, 2020, 29(10): 1781-1783, 1797.
- [11] 吴树钦, 林冬莉, 郑凉, 等. 基于“颈腰同治”理论温针灸疗法对神经根型颈椎病患者椎动脉血流速度及颈椎功能的影响[J]. 长春中医药大学学报, 2021, 37(6): 1363-1366.
- [12] 陈君, 李立国, 宁南义, 等. 针刺联合推拿治疗神经根型颈椎病的疗效及对患者肩部疼痛、颈椎活动度的影响[J]. 湖北中医药大学学报, 2023, 25(2): 90-92.
- [13] 张晓玲, 王雷, 刘伯辉, 等. 基于疼痛、椎动脉-基底动脉血流及颈椎活动度观察针刺联合Mulligan手法治疗椎动脉型颈椎病的疗效[J]. 中医药学报, 2024, 52(7): 66-70.
- [14] 谢云港, 刘荣顺, 辛永健, 等. 通脉化瘀胶囊对椎动脉型颈椎病患者椎-基底动脉血流动力学及实验室指标水平影响[J]. 临床军医杂志, 2024, 52(2): 189-192.
- [15] 徐丰, 穆艳云. “颈腰同治”温针灸治疗椎动脉型颈椎病肝肾不足证[J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(14): 3451-3455.
- [16] 马军虎, 胡沛铎, 牛相来, 等. 三维正骨推拿联合祛风通络温肾汤治疗椎动脉型颈椎病效果及对血清ET、NSE和椎基底动脉血流动力学的影响[J]. 现代中西医结合杂志, 2020, 29(28): 3123-3127.
- [17] 杨波, 陈清清, 储红英. 络虚通补法联合揉筋正脊手法对椎动脉型颈椎病患者颈肌MRI影像学指标及颈椎功能的影响[J]. 环球中医药, 2022, 15(6): 1087-1090.

(责任编辑: 郑锋玲)