

# 颈性眩晕的中西医研究进展

周思富<sup>1</sup>, 曾朝芬<sup>2</sup>, 段金辉<sup>3</sup>, 李国俊<sup>4</sup>

<sup>1</sup>重庆医科大学附属永川中医院肺病科, 重庆

<sup>2</sup>重庆医科大学附属永川中医院门诊部, 重庆

<sup>3</sup>重庆医科大学附属永川中医院骨伤科, 重庆

<sup>4</sup>重庆医科大学附属永川中医院科教科, 重庆

收稿日期: 2024年3月19日; 录用日期: 2024年4月13日; 发布日期: 2024年4月18日

## 摘要

由于生活方式的改变, 手机、电脑等连接网络产品的广泛应用, 外加工作、学习、生活压力的繁重, 人们低头玩手机或在电脑旁保持同一姿势的时间越来越长, 使得日常工作、学习、生活中“低头族”越来越多。长此以往, 严重影响了该类患者的日常工作和生活质量。本文通过对传统医学和现代医学中针对颈性眩晕的研究进展的相关文献及资料进行分析整理, 以探讨颈性眩晕的发病机及其治疗方法, 为今后研究方向提供有力依据。

## 关键词

颈性眩晕, 发病机制, 治疗

# Progress in Traditional Chinese and Western Medicine Research on Cervical Vertigo

Sifu Zhou<sup>1</sup>, Chaofen Zeng<sup>2</sup>, Jinhui Duan<sup>3</sup>, Guojun Li<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Pulmonary Disease, The Affiliated Yongchuan Traditional Chinese Medicine Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

<sup>2</sup>Department of Outpatient, The Affiliated Yongchuan Traditional Chinese Medicine Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

<sup>3</sup>Department of Orthopedics and Traumatology, The Affiliated Yongchuan Traditional Chinese Medicine Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

<sup>4</sup>Department of Science and Education, The Affiliated Yongchuan Traditional Chinese Medicine Hospital of Chongqing Medical University, Chongqing

## Abstract

Due to changes in lifestyle, the widespread use of internet connected products such as mobile phones and computers, as well as the heavy pressure of work, study, and life, people spend more and more time playing with their phones or staying in the same position next to their computers, leading to an increasing number of “low headed people” in daily work, study, and life, and promoting a clear trend towards youthfulness. Over time, this has seriously affected the daily work and quality of life of such patients. This article analyzes and organizes relevant literature and data on the research progress of cervical vertigo in traditional and modern medicine, in order to explore the pathogenesis and treatment methods of cervical vertigo, and provide strong basis for future research directions.

## Keywords

Cervical Vertigo, Pathogenesis, Treatment

Copyright © 2024 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

## 1. 引言

颈性眩晕(Cervical Vertigo, CV)是由于颈椎及相关软组织器质性病变, 压迫椎 - 基底动脉或交感神经, 从而引起的以眩晕为主症, 伴有颈肩部疼痛、头痛、耳鸣、视物模糊、恶心、呕吐、乏力等症状的临床症候群[1]。CV 作为颈椎病的一种临床常见病, 在我国具有相当的普遍性。据流行病学研究显示, 颈性眩晕在 40 岁以上的中老年人群中较为常见[2], 颈椎病患者中有眩晕症状的高达 50%~65% [3], 颈性眩晕发病率攀升, 年轻化趋势明显[4]。由于生活方式的改变, 手机、电脑等连接网络产品的广泛应用, 外加工作、学习、生活压力的繁重, 人们低头玩手机或在电脑旁保持同一姿势的时间越来越长, 使得日常工作、学习、生活中“低头族”越来越多, 促使年轻化明显[5]。长此以往, 严重影响了该类患者的日常工作和生活质量。本文通过对传统医学和现代医学中针对颈性眩晕的研究进展的相关文献及资料进行分析整理, 以探讨颈性眩晕的发病机及其治疗方法, 为今后研究方向提供有力依据。

## 2. 颈性眩晕现代医学的研究

### 2.1. 发病机制

CV 发病机制尚未达成统一共识, 通过阅读相关文献发现, 针对该病的发病机制主要有以下几个学说, 本体感受器异常、颈部结构异常、交感神经刺激、椎动脉病变及偏头痛等。

#### 2.1.1. 本体感受器异常

该学说由 Ryan 和 Cope 两位学者在 1955 年提出, 认为其原因可能是上颈部区域受损关节受体感受器的异常传入信息相关[6]。由于本体感受器异常信号传入的异常, 导致其信号处理的异常, 使得对身体平衡和姿势控制的调节出现失调, 进而引发眩晕症状。

### 2.1.2. 颈部结构异常

颈椎结构异常是颈性眩晕发病的重要因素之一。颈椎退行性变、畸形等病变会导致颈椎的稳定性受损,进而影响颈部的感觉和运动功能。这种结构异常可能通过直接刺激或压迫颈部神经和血管,引起眩晕和不适感。Treleaven [7]等在他们的研究中发现,颈部结构异常与颈性眩晕的发生率呈正相关关系,颈椎功能障碍患者更容易出现眩晕和不适感。

### 2.1.3. 交感神经兴奋

交感神经系统是人体自主神经系统的一部分,其异常兴奋可能导致心率增快、血压升高等生理反应,从而引发眩晕症状。研究人员发现颈部交感神经节后纤维受刺激可引起脑皮质、下丘脑等血流减少,因此,多数研究者认为颈部交感神经兴奋,导致脑后循环缺血,椎基底动脉痉挛[8]。

### 2.1.4. 椎动脉病变

由于椎动脉其走形的特殊性,在各种致病因素影响椎动脉的供血,从而导致颅内血流受阻或血流动力学异常,引发眩晕症状[9]。椎动脉的血供对前庭耳蜗器官末端小动脉的血供有影响,导致其神经和轴突因缺血而出现反应,引发异位放电并增加兴奋性,进而导致眩晕等症状的出现[10]。

### 2.1.5. 偏头痛

近年来的研究表明,颈性眩晕和偏头痛之间存在密切关系,许多患者同时出现这两种症状。由Yacovino 和 Hain [11]两位学者 2013 年提出了“偏头痛相关性颈源性眩晕”的假设,颈性眩晕和偏头痛患者在神经递质水平上存在共同的异常,神经元兴奋性增加或抑制性减弱,从而影响头痛和眩晕的发生。

由此可见,颈性眩晕的发生是由多个因素相互影响、相互作用而导致的疾病。

## 2.2. 治疗方法

### 2.2.1. 手术治疗

颈性眩晕手术治疗涉及到多种手术方法,具体选择根据患者的病情和解剖结构,包括颈椎手术和椎动脉重建术等。白春宏等[12]通过 PCN 微创手术来治疗颈性眩晕患者,可以有效的降低对椎间盘压力,减轻椎动脉狭窄,从而改善颈性眩晕带来的不适症状。

### 2.2.2. 药物治疗

西药临床用于治疗颈性眩晕的药物,有前庭神经镇静剂药物如地西泮、氟硝西泮,血管扩张剂药物如氟桂利嗪、倍他司汀、尼莫地平,以及抗胆碱药物如东莨菪碱、山莨菪碱、异丙嗪、阿托品等。其中在临床运用中以氟桂利嗪、倍他司汀、尼莫地平类药物应用较多[13]。氟桂利嗪(西比灵)是钙离子拮抗剂,具有改善脑部血液循环[14]。氟桂利嗪的作用机理是通过阻断钙离子在细胞膜内外的超量转运,可有效降低细胞内钙离子浓度,进而减轻基底动脉和颈内动脉的血管痉挛,有助于改善血液供应,减轻眩晕症状,是临床中常用治疗颈性眩晕的选择[15]。

### 2.2.3. 其他治疗

除手术治疗及药物治疗外,现代医学在治疗该疾病方面还有物理治疗或者康复治疗等方面。CV 的物理治疗包括超声疗法[16]、短波疗法,可以消除或缓解颈部肌肉痉挛,从而达到改善局部血液循环来缓解症状。CV 的康复治疗方式主要有手法整复、机械牵引等,通过纠正颈椎解剖结构错误,减轻局部肌肉痉挛,来缓解血管受压,从而改善供血[17]。

目前西医治疗 CV,临床症状会有所减弱,但对其他伴发症疗效甚微,不良反应较多,复发率较高,这成为医生和患者都无法完全解决的难点。

### 3. 颈性眩晕中医学的研究

#### 3.1. 发病机制

查阅古籍,并没有“颈性眩晕”该病名的记载,常按照其症状归类于“眩晕”的范畴。“眩”是指眼睛昏花、视物摇晃不定,而“晕”则指头晕或感到自身或外界在旋转,两者常常一起出现,故统称为眩晕。

中医对于眩晕认识较为悠久,早在《素问·至真要大论》中就有记载:“太阴司天,湿淫所胜,则沉阴且布,雨变枯槁;丑未岁也。肘肿骨痛阴痹。阴痹者按之不得,腰脊头项痛,时眩……”论述阴寒湿邪入侵可出现头项强痛、眩晕,揭示眩晕易发于丑未之年、太阴湿土司天之时。在《灵枢·五乱》中记载:“清气在阴,浊气在阳,……头重眩仆。”总结了脾气不升清,影响脾的运化功能,则中焦水湿中阻、滞留于头部,形成湿阻中焦型眩晕,同时水湿滞气机,影响血液的运行,产生痰浊、淤血等病理产物,通过经络逆行于头部,发展为痰浊、瘀血内阻型眩晕。《素问·至真要大论》认为:“诸风掉眩,皆属于肝”,指明眩晕与肝关系密切。东汉张仲景《金匮要略》:“心下有支饮,其人苦冒眩”,眩晕发病的因素是痰饮,元代朱丹溪提出:“无痰不作眩”等观点。总而言之,痰湿为引起眩晕的治病因素之一,临床表现多见为眩晕昏蒙,头重如裹,头项强痛等。在《景岳全书》中,张景岳以“因虚致眩”的理论阐述,强调了“无虚不能作眩”的观点,并将眩晕主要归因于气血及脾肾的亏虚[18]。古代医学对眩晕有着各自独特的看法,形成了以本虚标实理念,本虚主要指肝、脾、肾三脏虚弱,而标实则指包括痰、风、瘀、火等[19]。中医认为,眩晕的病因病机相对较为复杂,常常表现为证候较多且相互交织,单一证型很难概括其实质,证候往往表里夹杂,虚实夹杂,但最终可以归为外邪的侵扰而导致人体脏腑的阴阳气血失衡。

#### 3.2. 治疗方法

##### 3.2.1. 中药治疗

通过辨证论治,依据不同的证型进行加减,中药对颈性眩晕往往有较好的治疗效果。胡军[20]把眩晕分为痰湿中阻型、精髓不足型、肝肾阴虚型、气虚血滞型、寒凝督脉型,分别予半夏白术天麻汤、河车大造丸、天麻钩藤饮、通窍活血汤、桂枝汤进行加减。邓振兴等[21]用益气定眩方治疗后循环缺血所致眩晕,分析益气定眩方治疗后循环缺血所致眩晕有较好疗效,能降低低密度脂蛋白胆固醇水平,减少血管斑块的形成,改善动脉血流速度,降低脑血管疾病的发病风险。刘朝燕[22]用黄连温胆汤加减方治疗眩晕患者,中医组的总有效率 97.30% 明显高于常规组的总有效率 81.08%。从以上的研究中不难发现,在临床辨证诊治过程中,不仅广泛使用了经方,自拟方在治疗中也扮演着非常重要的角色。

##### 3.2.2. 针刺治疗

中医学认为针刺治疗的主要作用是疏通经络、调和阴阳、扶正祛邪。针刺可以松解颈部肌肉,使椎动脉、基底动脉的血流速度得到改善,达到改善头部供血的作用[23]。耿俊聪[24]治疗颈性眩晕患者,对比组给予口服盐酸氟桂利嗪胶囊,研究组予针刺颈夹脊、风池、外关、肩井、陶道、大椎、风府,研究组病情总好转率 96.65% 明显高于对比组病情总好转率 78.26%。王韵婷、郑士立[25]等通过观察针刺项三穴治疗颈性眩晕的疗效,针刺项三穴能够有效改善椎动脉、基底动脉血流速度,同时改善头晕目眩为主症及其次症、兼证等症状。钟林晓[26]用针刺治疗颈性眩晕气血亏虚型患者,研究组的总有效率高达 95.56%,明显高于参比组的总有效率 82.22%,说明针刺治疗颈性眩晕气血亏虚型的效果显著,改善其眩晕的症状。

##### 3.2.3. 推拿治疗

推拿疗法融合脏腑以及经络学说,同时结合现代医学的解剖学和诊断方法,运用推拿手法在特定部

位调节人体的生理和病理, 达到减轻疼痛的目的。通过推拿治疗颈性眩晕来观察患者前后经颅多普勒(TCD)变化, 推拿明显提高椎动脉及基底动脉的血流速度, 来缓解症状, 推拿是颇受欢迎的治疗方式[27]。袁学雅[28]将对照组予常规推拿手法操作, 治疗组在对照组治疗方案的基础上配合开气门治疗, 对比它们在椎动脉和基底动脉血流指标改善方面的情况以及治疗总体效果, 治疗组的临床疗效总有效率达到90.00%高于对照组的82.50%。李锐[29]等收集治疗组和对照组各65例颈性寰枢关节错缝所致眩晕患者, 治疗组给予疏筋整复手法治疗, 对照组给予常规牵引治疗, 结论用疏筋整复手法的治疗组对于寰枢关节错缝导致颈性眩晕有较好疗效, 可以改善患者枢椎齿突偏移, 增加寰枢关节活动度, 效果优于用常规牵引的对照组。

### 3.2.4. 其他治疗

中医治疗除了上述治疗手段外, 还有如穴位贴敷、耳穴压豆、针刀等疗法, 有方便、效果佳等优点同样得到了应用[30]。姚恒帽[31]等用耳穴压豆治疗淤血阻窍型眩晕的临床效果, 对照组予常规治疗, 研究组在对照组的基础上予耳穴压豆治疗, 研究组的总有效率达到97.06%, 明显高于对照组的81.08%, 同时患者住院时间也相对缩短。由此可见, 耳穴压豆对缓解眩晕症状具有恢复快、疗效佳等优点, 可以在临床推广使用。邓正明等[32]将风痰上扰型眩晕患者试验组和对照组各100例, 采用自拟中药方在风池穴和翳风穴进行穴位贴敷的方式进行治疗患者作为试验组, 对比以口服盐酸氟桂利嗪片进行治疗患者作为对照组, 治疗后对照组的总有效率89.0%低于试验组91.0%总有效率, 同时试验组眩晕障碍评分量表(DHI)较对照组下降更明显。王秀丽[33]将常规组予以小针刀松解配合手法复位治疗颈性眩晕, 通过对比常规组给予封闭疗法并配合应用血管扩张药物治疗, 发现常规组治疗颈性眩晕效果显著, 且住院时间明显缩短, 眩晕复发率明显降低。

## 4. 小结

在临床中, CV患者在治疗大多以头晕或者头昏为首发症状前来就诊[34], 西药常予以改善脑循环的药物, 但是有较多不良反应。近年来, 丰富的临床研究验证了中医治疗颈性眩晕的有效性, 且不良反应低, 仍存有一些不足之处: ① 病例数相对不多: 相关文献纳入的病例数相对不多, 统计的结果可能存在一定的偏差; ② 时效性: 尽管在接受药物治疗时, 或者治疗后的一段时间内, 患者的症状可能会逐渐缓解甚至消失, 但缺乏治疗后的定期随访, 难以评估长期疗效及复发率。针对上述问题, 进行临床研究需要尽可能多的收集相关病例, 同时需要加强对患者的定期随访。

## 参考文献

- [1] Yao, M., Tang, Z.Y., Cui, X.J., et al. (2020) Shi-Style Cervical Mobilizations versus Massage for Cervical Vertigo: A Multicenter, Randomized, Controlled Clinical Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, **26**, 58-66. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0113>
- [2] 周丽萍. 眩晕的流行病学调查研究[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2010, 13(18): 31-32.
- [3] Peng, B.C. (2018) Cervical Vertigo: Historical Reviews and Advances. *World Neurosurgery*, **109**, 347-350. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.10.063>
- [4] 徐静, 孙道东, 张国庆. 颈部彩色多普勒血流显像联合CT血管造影对颈性眩晕的诊断价值[J]. 安徽医药, 2021, 25(6):1144-1146+1277.
- [5] 侯金雨. “天柱 II 穴”为主结合滞针雀啄法治疗颈性眩晕的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 天津: 天津中医药大学, 2023.
- [6] Ryan, M.S. and Cope, S. (1955) Cervical Vertigo. *The Lancet*, **2**, 1355-1358. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)93159-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)93159-7)
- [7] Julia, T. (2017) Dizziness, Unsteadiness, Visual Disturbances, and Sensorimotor Control in Traumatic Neck Pain. *The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, **47**, 492-502. <https://doi.org/10.2519/jospt.2017.7052>

- [8] 王冠, 冷向阳. 颈性眩晕的中西医研究进展[J]. 吉林中医药, 2020, 40(4):554-556.
- [9] 刘培太, 张军, 吴硕柱, 等. 颈性眩晕发病机制探讨[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2019, 27(6): 13-17, 22.
- [10] 蒋艺敏. 颈性眩晕发病机制的研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2019, 19(92): 100-101.
- [11] Yacovino, D.A. and Hain, T.C. (2013) Clinical Characteristics of Cervicogenic Related Dizziness and Vertigo. *Seminars in Neurology*, **33**, 244-255. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1354592>
- [12] 白春宏, 孙明林, 王锋, 等. 微创手术治疗椎间盘源性颈性眩晕的长期疗效[J]. 武警医学, 2021, 32(2): 140-144.
- [13] 周峻, 熊振成, 李文浩, 董春科, 谭明生. 颈性眩晕的中西医研究进展[J]. 时珍国医国药, 2019, 30(4): 951-954.
- [14] 刘霞. 西比灵联合醒脑静注射液治疗颈性眩晕临床研究[J]. 泰山医学院学报, 2012(9): 692-693.
- [15] 王骁汉. 小柴胡汤加味联合推拿手法治疗颈性眩晕的临床疗效研究[D]: [硕士学位论文]. 北京: 北京中医药大学, 2021.
- [16] 朱遵燕, 杨晓秋. 聚焦超声治疗慢性软组织损伤的临床研究[J]. 国际检验医学杂志, 2013, 34(18): 2398-2399.
- [17] 闫宇晶. 针药结合治疗肾虚痰浊型颈性眩晕的临床疗效观察[D]: [硕士学位论文]. 承德: 承德医学院, 2024.
- [18] 谢慧. 眩晕的中医认识[J]. 山东大学耳鼻喉眼学报, 2019, 33(5): 11-17.
- [19] 饶凯华, 黄春华, 张卫华, 等. 述评颈性眩晕的中医病机、证型特点及中医治疗进展[J]. 中国中医基础医学杂志, 2024: 1-10.
- [20] 胡军. 颈性眩晕的辨证与辨病[J]. 河北中医, 2001, 23(8): 600-601.
- [21] 邓振兴, 伍艺灵. 益气定眩方治疗后循环缺血所致眩晕 57 例[J]. 中医研究, 2019, 32(10): 20-23.
- [22] 刘朝燕. 黄连温胆汤加减方治疗眩晕症的疗效评析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(4): 192-193.
- [23] 管志敏, 李彦瑶, 李国石, 等. 针刺颈项部偷穴治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 针灸临床杂志, 2015, 31(1): 31-33.
- [24] 耿俊聪. 针灸治疗颈性眩晕症临床疗效分析[J]. 中西医结合心血管病电子杂志, 2020, 8(3): 178+183.
- [25] 王歆婷, 郑士立, 潘胜莲, 方芳, 吴斯. 针刺项三穴治疗颈性眩晕 30 例临床观察[J]. 浙江中医杂志, 2017, 52(2): 136-137.
- [26] 钟林晓. 对气血亏虚型颈性眩晕患者进行针刺治疗的效果探析[J]. 当代医药论丛, 2020, 18(1): 204-205.
- [27] 高恺屿, 卓佳兵, 石瑜. 颈性眩晕中医治疗概况[J]. 中国民族民间医药, 2021, 30(3): 73-76.
- [28] 袁学雅, 幸伟杰, 杨玉婵. 推拿配合开气门手法治疗椎动脉型颈椎病临床观察[J]. 新中医, 2017, 49(12): 79-82.
- [29] 李锐, 张兆杰, 张世民, 吴冠男, 黎作旭, 刘昱彰, 王毅, 马明, 郝俊涛, 靳蛟. 疏筋整复手法治疗寰枢关节错缝所致颈性眩晕 65 例临床观察[J]. 中医杂志, 2022, 63(5): 450-454.
- [30] 韩霖, 赵雷勇, 彭伟. 中医适宜技术治疗眩晕的研究进展[J]. 中国民间疗法, 2024, 32(3): 101-104.
- [31] 姚恒帽, 胡海霞. 耳穴压豆治疗瘀血阻窍型眩晕的临床观察[J]. 光明中医, 2019, 34(16): 2513-2516.
- [32] 邓正明, 张丽瑛, 苏丽芳, 等. 中药穴位贴敷治疗风痰上扰型眩晕临床疗效观察[J]. 亚太传统医药, 2020, 16(1): 118-120.
- [33] 王秀丽. 小针刀松解配合手法复位治疗颈性眩晕的临床效果[J]. 内蒙古中医药, 2021, 40(12): 115-117.
- [34] 邬鑫. TCD 联合颈部血管彩超在老年性头晕患者中的应用[J]. 内蒙古医学杂志, 2021, 53(12): 1487-1488.