

电项针配合药物治疗后循环缺血性眩晕的疗效评价

张萍萍^{1*#}, 潘建辉¹, 顾闳邴²

¹台州市黄岩区中医院中医经典科, 浙江 台州

²台州市黄岩区中医院针灸科, 浙江 台州

收稿日期: 2026年4月28日; 录用日期: 2026年5月21日; 发布日期: 2026年5月28日

摘要

目的: 观察电项针联合西药治疗后循环缺血性眩晕的临床疗效, 为临床治疗提供循证依据。方法: 选取2022年1月~2023年6月我院收治的后循环性眩晕患者60例, 经医院医学伦理委员会批准且患者签署知情同意后, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各30例。对照组予基础疾病对症治疗联合阿司匹林肠溶片、苯磺酸倍他司汀片口服, 治疗组在对照组基础上加用电项针治疗, 疗程为4周。比较两组治疗前后中医眩晕症状积分、椎-基底动脉TCD血流参数、Berg平衡量表评分, 临床疗效, 并观察两组的不良反应。结果: 治疗组总有效率93.33%, 显著高于对照组的73.33%($P < 0.05$); 治疗前两组中医眩晕症状积分比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 治疗后两组积分均较治疗前显著降低($P < 0.05$), 且治疗组积分显著低于对照组($P < 0.05$)。椎动脉/基底动脉血流速度均显著改善, 治疗组优于对照组($P < 0.05$); 治疗组Berg平衡功能评分提升更显著($P < 0.05$); 两组不良反应均以轻微不适为主, 治疗组偶见晕针、局部皮下出血, 对照组以胃肠道不适、轻微头痛为主, 所有不适经对症处理后均缓解。结论: 电项针联合药物治疗后循环性眩晕, 电项针联合药物治疗后循环性眩晕, 改善椎-基底动脉供血、提升平衡功能, 疗效优于单纯西药, 安全可靠, 患者耐受性良好的优势, 值得推广。

关键词

后循环性眩晕, 电项针, 中西医结合疗法, 中医症状积分, 椎-基底动脉血流速度, Berg平衡量表, 临床疗效

Efficacy Evaluation of Electroacupuncture Combined with Drug Therapy for Posterior Circulation Ischemic Vertigo

Pingping Zhang^{1*#}, Jianhui Pan¹, Hongbing Gu²

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 张萍萍, 潘建辉, 顾闳邴. 电项针配合药物治疗后循环缺血性眩晕的疗效评价[J]. 国际神经精神科学杂志, 2026, 15(2): 44-50. DOI: 10.12677/ijpn.2026.152006

¹Department of Classical Chinese Medicine, Huangyan District Traditional Chinese Medicine Hospital, Taizhou Zhejiang

²Department of Acupuncture, Huangyan District Traditional Chinese Medicine Hospital, Taizhou Zhejiang

Received: April 28, 2026; accepted: May 21, 2026; published: May 28, 2026

Abstract

Objective: This paper aims to observe the clinical efficacy of electroacupuncture combined with Western medicine in the treatment of posterior vertigo, and to provide evidence-based support for clinical treatment. **Methods:** Sixty patients with posterior vertigo admitted to our hospital from January 2022 to June 2023 were selected. After approval by the hospital's medical ethics committee and with informed consent from the patients, they were randomly divided into a treatment group and a control group, with 30 patients in each group. The control group received symptomatic treatment for underlying diseases combined with oral aspirin enteric-coated tablets and betahistine besylate tablets. The treatment group received electroacupuncture in addition to the treatment given to the control group. The treatment course was 4 weeks. The TCM vertigo symptom scores, vertebrasilar artery TCD blood flow parameters, Berg balance scale scores, and clinical efficacy were compared between the two groups before and after treatment. Adverse reactions were also observed in both groups. **Results:** The total effective rate in the treatment group was 93.33%, significantly higher than that in the control group (73.33%) ($P < 0.05$). Before treatment, there was no statistically significant difference in TCM dizziness symptom scores between the two groups ($P > 0.05$). After treatment, the scores in both groups were significantly lower than before treatment ($P < 0.05$), and the score in the treatment group was significantly lower than that in the control group ($P < 0.05$). Vertebral artery/basilar artery blood flow velocity was significantly improved, with the treatment group showing better improvement than the control group ($P < 0.05$). The Berg balance function score was significantly improved in the treatment group ($P < 0.05$). Adverse reactions in both groups were mainly mild discomfort. Occasionally, fainting and local subcutaneous bleeding occurred in the treatment group, while gastrointestinal discomfort and mild headache were the main adverse reactions in the control group. All discomforts were relieved after symptomatic treatment. **Conclusion:** Electroacupuncture combined with medication is effective in treating post-vertigo, improving vertebrasilar artery blood supply and balance function. It is more effective than Western medicine alone, safe, reliable, and well-tolerated by patients, making it worthy of promotion.

Keywords

Posterior Circulation Vertigo, Electroacupuncture, Integrated Traditional Chinese and Western Medicine Therapy, TCM Symptom Score, Vertebrasilar Artery Blood Flow Velocity, Berg Balance Scale, Clinical Efficacy

Copyright © 2026 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

后循环缺血性眩晕是神经内科、针灸科临床常见的缺血性脑血管病相关症状，以发作性眩晕、恶心呕吐、视物旋转为核心表现，多由椎-基底动脉供血不足引发，中老年人较为常见的后循环缺血(约占脑缺血性卒中的20%)引起的疾患，发病率随人口老龄化、不良生活方式普及呈逐年上升趋势，严重影响患

者生活质量[1][2]。西医临床常规采用抗血小板聚集、改善微循环等药物治疗[3]，但单一用药对合并基础疾病、病程较长患者的疗效有限，且长期用药易出现胃肠道不适等不良反应。中医将本病归属于“眩晕”范畴，认为核心病机为肝肾亏虚、痰浊上扰、气血瘀滞，脑窍失养，有学者总结痰浊上扰型、风阳上扰型、瘀血阻窍型、肝火上炎型为实证典型，髓海空虚型、气血虚弱型为虚证[4]。电项针作为中医特色改良疗法，通过电刺激颈部特定穴位可疏通经络、调和气血、升提清阳，与西药联用可发挥协同增效作用。本研究采用随机对照方法观察电项针联合西药治疗后循环性眩晕的临床疗效，现报道如下。

2. 资料与方法

2.1. 一般资料

选取 2022 年 1 月~2023 年 6 月我院针灸科及神经内科收治的后循环性眩晕患者 60 例，采用随机数字表法将患者分为治疗组和对照组各 30 例。治疗组男 16 例，女 14 例；年龄 35~75 岁，平均(56.2±8.3)岁；病程 3 个月~5 年，平均(2.1±1.3)年；合并高血压 12 例，糖尿病 8 例，冠心病 5 例。对照组男 15 例，女 15 例；年龄 36~74 岁，平均(56.5±8.1)岁；病程 3 个月~5 年，平均(2.0±1.2)年。两组患者性别、年龄、病程及基础疾病分布比较，差异无统计学意义($P > 0.05$)，具有可比性。

2.2. 诊断标准

2.2.1. 西医诊断标准

参照参考《中国后循环缺血的专家共识》(2006 年)[1]制定以下标准：① 以眩晕、视物旋转为主要症状，可伴恶心呕吐、行走不稳、肢体麻木等；② 排除耳源性、眼源性、颅内占位性病变等其他原因所致眩晕；③ 头 MRI 检查明确存在后循环供血部位的缺血病变。

2.2.2. 中医辨证标准

参照《中医病证诊断疗效标准》[5]中肝肾亏虚、痰浊上扰证诊断标准：主症为眩晕、头沉昏蒙；次症为耳鸣、恶心、腰膝酸软、失眠多梦；舌脉为舌淡胖、苔白腻，脉弦滑或濡缓。

2.3. 纳入与排除标准

2.3.1. 纳入标准

① 符合上述中西医诊断标准；② 年龄 18~75 岁；③ 病程 ≥ 1 个月；④ 自愿参与本研究并签署知情同意书。

2.3.2. 排除标准

① 合并严重心、肝、肾、造血系统等器质性疾病；② 颅内出血、脑梗死急性期，颅内占位性病变；③ 前庭神经炎、梅尼埃病、良性阵发性位置性眩晕等耳源性眩晕；④ 有晕针史、凝血功能障碍、皮肤破溃者；⑤ 妊娠或哺乳期女性；⑥ 对本研究用药过敏者；⑦ 精神疾病患者无法配合治疗。

2.4. 治疗方法

2.4.1. 对照组

予基础疾病对症治疗：有糖尿病、高血压、冠心病等基础疾病的病人，给予控制血糖、血压等对症治疗。同时予西药口服：阿司匹林肠溶片(拜耳医药保健有限公司，国药准字 J20171021) 100 mg，每晚睡前 1 次；苯磺酸倍他司汀片(卫材(中国)药业有限公司，国药准字 H20040130) 5 mg，每日 3 次。连续治疗 4 周。

2.4.2. 治疗组

在对照组治疗基础上加用电项针治疗。① 取穴：双侧风池、供血(经外奇穴，风池穴直下 1.5 寸)、

百会、四神聪。② 操作：患者取坐位或仰卧位，75%医用酒精常规消毒穴位皮肤，采用 0.30 mm × 40 mm 无菌毫针，风池、供血穴针尖稍向内下方刺入 30 mm，百会、四神聪平刺 15~20 mm，得气后将双侧风池、供血穴针柄分别连接 G9805 型低频脉冲治疗仪(上海医疗器械高技术公司)，选用疏密波，频率 2 Hz/100 Hz，刺激强度以患者局部有酸胀感、无明显疼痛为宜。留针 30 min，每日 1 次，连续治疗 5 天休息 2 天。4 周为 1 个疗程，若患者提前痊愈则终止治疗并进行疗效评价。

2.5. 观察指标

2.5.1. 中医眩晕症状积分

参照《中医病证诊断疗效标准》[5]制定分级量化标准，从眩晕程度、发作频率、恶心呕吐、耳鸣 4 个维度评分，每项 0~7 分，总分 0~28 分，积分越高表示症状越严重。分别于治疗前、治疗 4 周后由 2 名主治以上医师双盲评分，取平均值作为最终积分。

2.5.2. 椎 - 基底动脉血流动力学指标

采用经颅多普勒超声(TCD)检测治疗前后左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉的收缩期峰值血流速度(Vs)、平均血流速度(Vm)、搏动指数(PI)，量化评估后循环供血改善情况。

2.5.3. 平衡功能评估(客观功能指标)

采用 Berg 平衡量表(BBS)评定平衡能力，总分 0~56 分，分值越高平衡功能越好；辅以计时起走测试(TUGT)评估步态稳定性

2.5.4. 临床疗效

参照《中医病证诊断疗效标准》[5]结合临床实际制定疗效标准。痊愈：眩晕及伴随症状完全消失，能正常工作和生活；显效：眩晕症状明显改善，发作频率减少 $\geq 70\%$ ，伴随症状基本消失，不影响日常工作；有效：眩晕症状减轻，发作频率减少 30%~69%，伴随症状缓解，工作生活受轻度影响；无效：眩晕及伴随症状无改善甚至加重。

总有效率 = (痊愈 + 显效 + 有效)/总例数 × 100%。

2.5.5. 安全性指标

观察并记录研究期间两组患者不良反应发生情况，包括晕针、局部皮下出血、胃肠道不适、头痛等；治疗前后均检测血常规、肝肾功能等，评估治疗方案的安全性。

2.6. 统计学方法

所有数据均导入 SPSS 26.0 统计软件进行处理。其中，计量资料以均数 ± 标准差($\bar{x} \pm s$)形式呈现，两组间比较选用独立样本 t 检验，治疗前后自身对比采用配对 t 检验；计数资料采用率(%)描述，组间比较运用 χ^2 检验。设定检验水准 $\alpha = 0.05$ ，即 $P < 0.05$ 时认为差异有统计学意义。

3. 结果

3.1. 两组临床疗效比较

治疗后，治疗组总有效率 93.33%，显著高于对照组的 73.33%，差异有统计学意义($P < 0.05$)。见表 1。

3.2. 两组治疗前后中医眩晕症状积分比较

治疗前，两组中医眩晕症状积分差异不显著($P > 0.05$)，具有可比性。经治疗后，两组积分均较治疗前显著减少($P < 0.05$)；其中治疗组积分明显低于对照组，差异达到统计学显著水平($P < 0.05$)。见表 2。

Table 1. Comparison of clinical efficacy between the two groups of patients with posterior circulation vertigo [n (%)]
表 1. 两组后循环性眩晕患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	12 (40.00)	10 (33.33)	6 (20.00)	2 (6.67)	28 (93.33)
对照组	30	6 (20.00)	4 (13.33)	12 (40.00)	8 (26.67)	22 (73.33)
χ^2						10.171
P						0.017

Table 2. Comparison of TCM vertigo symptom scores before and after treatment in two groups of patients with posterior circulation vertigo ($\bar{x} \pm s$, points)

表 2. 两组后循环性眩晕患者治疗前后中医眩晕症状积分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	组内 t 值	组内 P 值
治疗组	30	24.5 ± 3.2	8.3 ± 2.1	28.96	<0.001
对照组	30	24.8 ± 3.4	12.6 ± 2.8	16.83	<0.001
组间 t 值		0.365	6.772		
组间 P 值		0.716	<0.001		

3.3. 两组治疗前后椎 - 基底动脉 TCD 血流参数比较

治疗前两组 Vs、Vm、PI 无显著差异($P > 0.05$); 治疗后两组椎动脉、基底动脉 Vs、Vm 显著升高, PI 显著降低, 提示血管弹性与供血改善; 治疗组改善幅度显著优于对照组($P < 0.05$), 见表 3。

Table 3. Comparison of TCD blood flow parameters before and after treatment in the two groups ($\bar{x} \pm s$, cm/s)

表 3. 两组治疗前后 TCD 血流参数比较($\bar{x} \pm s$, cm/s)

指标	组别	治疗前	治疗后	t	P
左椎动脉 Vs	治疗组	31.2 ± 4.5	42.6 ± 5.3	18.25	<0.001
	对照组	30.8 ± 4.3	35.7 ± 4.8	9.68	<0.001
右椎动脉 Vs	治疗组	30.9 ± 4.2	41.8 ± 5.1	17.93	<0.001
	对照组	30.5 ± 4.1	34.9 ± 4.6	9.12	<0.001
基底动脉 Vs	治疗组	35.6 ± 5.1	48.2 ± 5.7	20.16	<0.001
	对照组	35.2 ± 4.9	40.3 ± 5.2	11.37	<0.001

3.4. 两组治疗前后 Berg 平衡量表比较

治疗前两组 BBS 评分无差异($P > 0.05$); 治疗后两组均升高, 治疗组显著高于对照组($P < 0.05$), 提示平衡功能改善更优, 见表 4。

3.5. 两组安全性评价

治疗组 30 例患者中, 出现轻度晕针 1 例、局部轻微皮下出血 2 例, 不良反应发生率 10.00%, 所有不良反应经平卧休息、局部热敷后均缓解, 未影响治疗进程。对照组 30 例患者中, 出现胃肠道不适 2 例、轻微头痛 1 例, 不良反应发生率 10.00%, 症状轻微未予特殊处理, 自行缓解。两组患者治疗前后血常规、

尿常规及肾功能指标均在正常参考范围,无明显异常改变。

Table 4. Comparison of Berg Balance Scale scores before and after treatment in the two groups ($\bar{x} \pm s$, points)

表 4. 两组治疗前后 Berg 平衡量表评分比较($\bar{x} \pm s$, 分)

组别	例数	治疗前	治疗后	t	P
治疗组	30	32.6 ± 5.8	48.3 ± 4.2	21.35	<0.001
对照组	30	33.1 ± 5.6	41.2 ± 4.7	12.68	<0.001
t	—	0.342	7.826	—	—
P	—	0.733	<0.001	—	—

4. 讨论

后循环性眩晕的病理基础为椎-基底动脉系统供血不足,血管内皮损伤、血小板聚集、颈部肌肉痉挛压迫血管等因素均可导致脑部微循环障碍低灌注,除此之外还有血栓形成等引发眩晕症状[6]。西医临床中,阿司匹林的抗血小板聚集作用源于对血小板环氧化酶活性的抑制,进而发挥预防血栓形成的功效。苯磺酸倍他司汀可选择性地使脑血管与内耳微血管扩张,改善微循环状态,增加脑部血流量,改善神经功能[7]。但单一西药治疗仅能针对“缺血”单一病理环节,无法兼顾机体整体调节,故部分患者疗效欠佳。

中医认为,后循环性眩晕的发病与肝、肾、脾相关,肝肾亏虚则髓海不足,脾失健运则痰浊内生,瘀血阻络则气血运行不畅,终致清阳不升、浊阴不降,脑窍失养而发眩晕。电项针是在传统针灸基础上结合电刺激的改良疗法,其取穴兼顾“疏通经络、醒脑开窍”,风池穴为足少阳胆经与阳维脉交会穴,可疏通颈部经络瘀滞、清利头目;供血穴为治疗脑血管疾病的经外奇穴,直接作用于颈部血管,可改善脑部供血;百会、四神聪为督脉及周围奇穴,督脉入脑,可升提清阳、醒脑开窍,诸穴合用共奏疏通经络、调和气血、滋养脑窍之效。现代医学研究表明,电项针刺刺激感觉颈部纤维使肌肉收缩(气行),挤压了血管内的血液使之加速(血行),此即行气活血作用。颈部肌肉的节律性跳动,可以推动椎动脉的血流速度加快,进而改善脑血液循环,从而治疗椎-基底动脉系统供血不全和梗死所产生眩晕[8],与西药联用可从“抗血小板、扩血管、调经络”多环节发挥作用,实现协同增效。

本研究结果显示,治疗组总有效率 93.32%显著高于对照组的 73.33%,且治疗后中医眩晕症状积分改善幅度更优,显著提高椎-基底动脉血流速度、降低搏动指数,提示电项针联合西药能更有效地缓解后循环性眩晕患者的临床症状。安全性方面,两组不良反应发生率相近,且均为轻微不适,无严重不良事件发生,治疗前后实验室检查无异常,证实该联合治疗方案安全性良好,患者耐受性高。

本研究的局限性为单中心、样本量有限,且未进行长期随访,未来可开展多中心、大样本随机对照试验,进一步验证电项针联合西药治疗后循环性眩晕的远期疗效;同时可深入探讨电项针不同刺激参数(频率、强度、留针时间)对疗效的影响,为临床个体化治疗提供更精准的方案。

5. 结论

电项针配合阿司匹林、苯磺酸倍他司汀治疗后循环性眩晕,能显著改善患者眩晕及伴随症状,疗效优于单纯西药治疗,且不良反应轻微、安全性良好,是一种高效、安全的中西医结合治疗方案,值得临床推广应用。

声 明

本研究经我院医学伦理委员会批准,所有患者均签署知情同意书。

基金项目

台州市科技技术局项目(编号: 22ywb101)。

参考文献

- [1] 李焰生. 中国后循环缺血的专家共识[J]. 中华内科杂志, 2006, 45(9): 786-787.
- [2] Gulli, G., Marquardt, L., Rothwell, P.M. and Markus, H.S. (2013) Stroke Risk after Posterior Circulation Stroke/Transient Ischemic Attack and Its Relationship to Site of Vertebrobasilar Stenosis: Pooled Data Analysis from Prospective Studies. *Stroke*, **44**, 598-604. <https://doi.org/10.1161/strokeaha.112.669929>
- [3] 李雪, 黄石娇, 岳文华, 杨静, 王凌. 后循环缺血性眩晕机制研究及中西医治疗研究进展[J]. 辽宁中医药大学学报, 2022, 24(3): 60-63.
- [4] 黄培新, 刘茂才, 黄燕, 等. 神经科专病中医临床诊治[M]. 北京: 北京人民卫生出版社, 2000.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [6] 刘畅, 焦富英. 中西医治疗气虚血瘀型后循环缺血性眩晕的研究进展[J]. 实用中医内科杂志, 2021, 35(3): 44-47.
- [7] 中国医药教育协会眩晕专业委员会. 甲磺酸倍他司汀治疗眩晕症的专家共识[J]. 中国全科学, 2023, 26(29): 3591-3598.
- [8] 高维滨. 高维滨针刺十绝: 神经病针刺新疗法[M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2019: 49.