

针刀治疗颈源性眩晕 78 例

费骏, 赖震, 石仕元, 魏威

(浙江省中西医结合医院, 浙江 杭州 310003)

关键词 眩晕 小刀针

颈源性眩晕是骨科常见病, 病情往往反复发作或经久不愈。2008 年 6 月至 2010 年 6 月, 笔者采用针刀治疗颈源性眩晕患者 78 例, 获得了满意的疗效, 现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 78 例, 男 25 例, 女 53 例。年龄 25 ~ 68 岁, 平均 42.5 岁。阵发性眩晕 26 例, 反复发作性眩晕 52 例。合并头痛 47 例, 恶心呕吐 22 例, 颈痛 45 例, 双肩背及上肢痛 35 例。辅助检查: 70 例行血管多普勒检查, 其中 58 例存在椎基底动脉痉挛、变窄及血流动力学改变, 12 例无明显异常; 78 例均摄颈椎正侧位及过伸过屈动力位 X 线片, 其中 65 例存在不同程度的骨赘增生及颈椎生理曲度改变, 排除明显存在颈椎失稳者; 25 例行椎动脉磁共振血管造影, 其中 20 例有不同程度的椎动脉迂曲、狭窄征象。病程 6 周至 10 年, 平均 3.2 年。

1.2 诊断标准 参照 1992 年全国颈椎病专题座谈会提出的椎动脉型颈椎病的诊断标准^[1]。①有慢性劳损史, 以长期伏案或低头工作者多见; ②有眩晕、恶心、头痛等症状, 头颈部位置改变时上述症状加重, 伴有不同程度的记忆力减退; ③颈部酸痛不适, 颈肌紧张, 有结节及条索样改变, 按之疼痛, 以颈部中上段为甚; ④颈部活动受限, 旋颈试验阳性; ⑤X 线片检查存在颈椎曲度变直、钩椎关节骨质增生等影像学改变; ⑥多伴有交感症状或神经根刺激症状^[2]。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准者; ②对治疗有良好的依从性者。

1.4 排除标准 ①合并梅尼埃病者; ②颈椎失稳症者; ③椎动脉畸形者; ④合并颅内血管病变者; ⑤椎动脉粥样硬化者; ⑥合并颅内占位性病变者; ⑦凝血功能异常者; ⑧合并严重的心、肺及脑部疾病者。

2 方法

2.1 体位 患者反向骑坐在靠背椅上, 双前臂合抱

置于椅背上, 低头前额枕于前臂上。

2.2 定点 于棘旁软组织阳性点、C₂ 棘突的压痛点、C₁ 横突后结节及颈部下项线压痛点处, 用龙胆紫作记号。

2.3 操作 常规消毒, 铺无菌洞巾; 选用 4 号针刀按照朱汉章进针四步规程^[3]施术。于棘旁软组织阳性点处进针刀, 刀口线与肌纤维平行, 快速进针刀后, 再缓慢将针刀向前推进, 待出现酸胀感后, 行纵行和横行疏通剥离法各切开 2 ~ 3 刀; 于 C₂ 棘间点处进针刀, 刀口线与棘突平行, 针刀体与皮肤垂直刺入皮下, 缓慢前进至棘突骨面, 调转刀口线 90°, 与棘间韧带纤维垂直, 将棘间韧带切开 2 ~ 3 刀; 于 C₁ 横突后结节处进针刀, 针刀体与皮面垂直或略向外倾斜刺入皮下, 缓慢前进达横突骨面, 先作纵行疏通、横行剥离, 再将刀锋调整到横突间隙, 调转刀口线 90°与椎间隙平行, 将横突间韧带切开 2 ~ 3 刀; 于颈部下项线压痛点处进针刀, 刀口线与身体纵轴平行, 针刀体与枕骨骨面切线位垂直刺入, 直达骨面, 稍提起针刀, 将寰枕后膜切开 2 ~ 3 刀。以上各点在出针刀后用无菌纱布按压 2 ~ 3 min。

2.4 疗程 每周治疗 1 次, 3 次为 1 个疗程。

3 结果

3.1 疗效评定标准 (自拟) 治愈: 眩晕及其伴发症状、体征消失; 显效: 眩晕消失, 其他症状、体征基本消失。有效: 眩晕程度减轻, 发作次数明显减少, 其他症状有所改善。无效: 未达到有效标准。

3.2 疗效评定结果 本组患者均获得随访, 随访时间 3 ~ 12 个月, 平均 6.5 个月。按上述标准评定疗效, 本组治愈 40 例, 显效 20 例, 有效 18 例。

4 讨论

眩晕是人体平衡系统 (前庭、视觉、本体感觉系统) 功能障碍所出现的一类复杂的症状, 涉及到耳鼻喉科、神经内科、骨科及精神科等多个临床学科, 因其

症状复杂繁多,诊断、治疗较为困难。临床上将眩晕分为前庭系统性眩晕和非前庭系统性眩晕两大类。颈源性眩晕属于非前庭性眩晕的一种。

颈源性眩晕的病因及发病机制一直存在争议。一般认为是由于颈椎失稳、椎间盘突出以及钩椎关节的增生直接刺激椎动脉使之痉挛、扭曲、狭窄、闭塞等,从而产生椎基底动脉供血不足而导致一系列临床表现。近年来,随着基础研究的不断进展,学者们已从解剖学和病理生理学角度对本病的发病机理有了进一步的认识^[4]。主要有以下两种学说:①椎动脉压迫学说。椎动脉起源于锁骨下动脉,参与脑的血供,占脑血流量的 11.5%。椎动脉自锁骨下动脉发出后上升,一般经上位 6 个颈椎横突孔,再经寰椎侧块后方的椎动脉沟转向上入颅腔。这其中有 2 个重要阶段:第 1 阶段是椎动脉在横突孔循行阶段;第 2 阶段是椎动脉穿出颈椎横突孔并从寰椎后弓上面的椎动脉沟呈水平方向转向后内侧,再经寰枕筋膜至枕骨大孔。在这 2 个阶段,椎动脉都可能受压,出现痉挛、狭窄,致脑供血不足而引起眩晕^[5]。长期从事低头工作或头部长时间固定一种姿势,均可导致颈枕部软组织长期处于紧张状态,造成持续张力性肌损伤,从而产生无菌性炎症、肌痉挛、肌挛缩等一系列病理变化,使得寰枕后膜挛缩、枕下三角变小,椎动脉受到挤压,影响颅内供血,导致眩晕的发生^[6]。②交感神经刺激学说。当椎动脉的交感神经纤维受到刺激时,引起椎动脉反射性收缩、血管痉挛,使椎基底动脉系血流减少而诱发眩晕。沿椎基底动脉的交感神经纤维在颅内经内耳动脉可到达耳的前庭部,支配血管运动和血流量,这就能够解释为什么有些颈源性眩晕患者会出现视物旋转、恶心、呕吐等类似于前庭性眩晕的症状。

我们用针刀对枕下三角的阳性点进行切、摆、铲等治疗,可以松懈枕下小肌群及寰枕后膜的粘连、瘢

痕、挛缩,改善肌肉间的动态失衡状况,使周围循环血液迅速进入病灶部位,同时可以解除动脉壁上的交感神经所受的异常刺激,使痉挛的椎动脉得以扩张,血液循环得以改善^[7-8]。因为针刀治疗属于微创性手术,其减压方式有别于开放性手术的直接减压,而是通过对血管神经周围软组织进行松解,获得一种类似于“拉花效应”的间接减压。这种减压方式在闭合手术的情况下不需要接触血管神经等重要结构即可获得良好的减压效果,体现了针刀治疗安全有效的优点。

针刀治疗颈源性眩晕的适应证是颈部的慢性软组织损伤,而颈椎失稳、骨赘增生、血管畸形等引起的颈源性眩晕不是针刀治疗的适应证。采用针刀治疗颈源性眩晕,要想获得满意的临床疗效,首先必须正确地选择其适应证,此外还要使患者改正不正当的生活工作方式,防止颈部软组织的劳损。

5 参考文献

- [1] 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472-476.
- [2] 刘晋闽,张洁,任伟峰,等. 椎动脉型颈椎病中医多途径治疗的临床观察[J]. 中医正骨,2009,21(12):7-9.
- [3] 朱汉章. 小针刀疗法[M]. 北京:中国中医药出版社,1992:6.
- [4] 伍海昭,林列,王临,等. 椎动脉型颈椎病发病机理的研究现状及其进展[J]. 骨与关节损伤杂志,2003,18(9):647-648.
- [5] 郭世绂. 骨科临床解剖学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2002:51,71.
- [6] 徐荣海. 组织源性眩晕的诊疗体会[J]. 中外健康文摘,2007,4(9):53.
- [7] 吴绪平,张天民. 针刀临床治疗学[M]. 北京:中国医药科技出版社,2007:18.
- [8] 陆开旭,郭建香,邓玉珍. 小针刀治疗椎动脉型颈椎病效应观察[J]. 中医正骨,2003,15(8):12-13.

(2010-08-23 收稿 2010-11-22 修回)

(上接第 59 页)环,消除无菌性炎症,解除局部组织对神经根的压迫,从而缓解疼痛,减轻症状,是治疗神经根型颈椎病的一种有效方法。

5 参考文献

- [1] 陈卓伟. 针刀配合颈部牵引治疗神经根型颈椎病 52 例[J]. 实用医学杂志,2007,23(6):911-912.
- [2] 中华医学会. 临床诊疗指南疼痛学分册[M]. 北京:人民

卫生出版社,2007:96.

- [3] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社,1997:186.
- [4] 姜宏,施杞. 颈椎病疗效评定的研讨[J]. 中国中医骨伤科杂志,1996,4(4):47-50.
- [5] 尹常宝. 医用臭氧在临床疼痛中的应用[J]. 中国康复医学杂志,2007,22(1):90-93.

(2010-07-20 收稿 2011-07-05 修回)