

颈椎三扳法治疗颈性眩晕的临床观察

郭姜,王得志,丁全茂

(中国中医科学院广安门医院,北京 100053)

摘要 目的:观察颈椎三扳法治疗颈性眩晕的临床疗效。**方法:**将符合要求的 60 例患者随机分为实验组和对照组,每组 30 例。实验组采用颈椎三扳法治疗,对照组采用常规手法治疗。均每周治疗 2 次,共治疗 5 周。分别于治疗前和治疗 5 周后采用椎动脉型颈椎病症状评分标准对 2 组患者的临床症状进行评分,同时采用自拟的疗效评定标准在治疗 5 周后评定 2 组患者的临床疗效。**结果:**①症状评分。治疗前 2 组患者的眩晕、颈肩痛、头痛评分比较,差异无统计学意义($t = -0.648, P = 0.519; t = -1.000, P = 0.321; t = -1.645, P = 0.105$);治疗 5 周后实验组患者的眩晕、颈肩痛、头痛评分均小于对照组($t = -6.193, P = 0.000; t = -6.874, P = 0.000; t = -8.678, P = 0.000$)。②临床疗效。治疗 5 周后 2 组患者临床疗效比较,实验组优于对照组($Z = -2.286, P = 0.022$)。**结论:**颈椎三扳法能有效改善颈性眩晕患者的眩晕、头痛及颈肩痛症状,临床疗效显著,是治疗该病的有效方法。**关键词** 眩晕 颈椎病 推拿,脊柱 治疗,临床研究性

Clinical observation on the curative effect of three-type pulling method on cervical vertigo GUO Jiang*, WANG De-zhi, DING Quan-mao. * Guang'anmen Hospital of China Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100053, China

ABSTRACT Objective: To observe the clinical curative effect of three-type pulling method on cervical vertigo. **Methods:** Sixty patients met the requirements were randomly divided into experimental group and control group, 30 cases in each group. Patients in the experimental group were administrated with three-type pulling method in cervical vertebra, while the others in the control group were administrated with common manipulations. Clinical symptoms of patients in the 2 groups were scored according to symptom scoring criteria of vertebral artery type of cervical spondylosis before the treatment and after 5 weeks of treatment respectively. After 5 weeks of treatment, the clinical curative effects of patients in the 2 groups were evaluated according to the self-designed standard of curative effect. **Results:** ① There were no statistical difference in scores of vertigo, neck and shoulder pain and headache of patients between the 2 groups before the treatment ($t = -0.648, P = 0.519; t = -1.000, P = 0.321; t = -1.645, P = 0.105$). After 5 weeks of treatment, scores of vertigo, neck and shoulder pain and headache of patients in the experimental group were lower than those of control group ($t = -6.193, P = 0.000; t = -6.874, P = 0.000; t = -8.678, P = 0.000$). ② After 5 weeks of treatment, clinical curative effect of experimental group was better than that of control group ($Z = -2.286, P = 0.022$). **Conclusion:** Three-type pulling method in cervical vertebra can effectively relieve the symptoms of vertigo, headache, neck and shoulder pain for patients with cervical vertigo, therefore, it is an effective method in the treatment of cervical vertigo.

Key words Vertigo; Cervical spondylosis; Manipulation, spinal; Therapies, investigational

颈性眩晕大多由颈椎退行性变、颈椎骨质增生和(或)颈椎不稳,压迫椎动脉或刺激其周围的交感神经网引起椎-基底动脉有效血容量减少,导致脑组织缺血缺氧而引起^[1]。推拿是治疗颈性眩晕的有效方法。2010 年 9 月至 2012 年 3 月,我们对颈椎三扳法与常规手法治疗颈性眩晕的临床疗效进行了对比观察,现总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本实验纳入研究的患者共 60 例,均

为门诊病例,男 26 例,女 34 例;年龄 22~63 岁,中位数 39.5 岁。病程 6~29 个月,中位数 14.5 个月。

1.2 诊断标准 采用《现代神经内科学》中颈性眩晕的诊断标准^[2]:①眩晕发作常与颈部体位改变有关;②有发作性或慢性头痛,头痛位于枕部;③旋颈实验阳性;④颈部活动受限,患椎棘突偏歪、椎体旁有压痛;⑤可伴发神经根症状;⑥颈椎 X 线片提示颈椎生理曲度改变、骨质增生、寰椎后结节上翘、齿状突距两侧块距离不等;⑦经颅多普勒超声检查提示一侧或双侧椎-基底动脉血流速度降低,脑血流量相对减少。

1.3 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②年龄 < 85

基金项目:中国中医科学院广安门医院推拿科学科培育专项课题(20091218)

岁;③同意加入本研究,签署知情同意书。

1.4 排除标准 ①混合型颈椎病或合并其他类型颈椎病症状、体征者;②影像学检查显示颈椎椎管狭窄、颈椎肿瘤者;③合并美尼尔病、锁骨下动脉盗血综合征、颈动脉窦综合征及严重颈椎结核者;④妊娠期及哺乳期妇女、精神病患者。

表 1 2 组患者一般资料比较 例

组别	性别		年龄			病程		
	男	女	22~30岁	31~40岁	41~63岁	6~10个月	11~20个月	21~29个月
实验组	16	14	6	9	15	13	10	7
对照组	10	20	7	13	10	11	11	8
χ^2 值	2.443		1.804			0.281		
P 值	0.118		0.406			0.869		

2.2 治疗方法

2.2.1 实验组 采用颈椎三扳法治疗,具体操作方法如下。①放松手法:患者坐位,术者立于患者身后,拿揉患者颈肩两侧肌肉,从上向下拿揉 5~7 遍。再由上向下弹拨颈椎项韧带 5~8 遍。然后点按风池、肩井、肩中俞、肩外俞及天宗等穴,每个穴位点按 30 s。②后伸位扳法:患者坐位,头后倾 20°左右,术者双手扶住患者头部,掌根顶住患者两耳下角,双手相对用力旋转头部,当旋转到最大限度时,使用巧力扳动。③定位斜扳法:患者坐位,头向前倾 15°或中立位,术者以一手扶按其头顶后部,另一手扶托下颌部,两手协同动作,使患者头部向侧方旋转。当遇到阻力时,略停片刻,随即用巧力,做一突发性的有控制的快速扳动。④过屈位扳法:患者坐位,头部前屈 45°,头部偏向患侧或健侧,术者一手扶住患者颞侧,另一手扶住耳根部,同时以小鱼际顶住患者 C₅ 棘突,当旋转到最大角度时,双手相对用力,斜向上扳动。

2.2.2 对照组 采用常规手法^[3]治疗,具体操作步骤如下。①放松手法:患者坐位,术者立于其后,用拇指和中指指腹同时按揉风池穴 1 min,然后由上而下捏拿颈项两旁肌肉等软组织 5 min。随后用滚法放松患者颈肩部、上背部及上肢肌肉 5 min。②颈部拔伸法:患者坐位,术者立于其后。术者两前臂尺侧放于患者两侧肩部并向下用力,双手拇指顶按在两侧风池穴上方,其余 4 指及手掌托住下颌部。嘱患者身体放松,术者双手向上用力,边牵引边使患者头颈部前屈、后伸及左右旋转。③提拿肩井:患者坐位,术者立于患者身后。先提拿患者两侧肩井部,然后拿揉患侧肱二头肌和肱三头肌,并用手指横拨腋下肢丛神经分支,以

2 方 法

2.1 分组方法 采用随机数字表将符合要求的 60 例患者随机分为实验组和对照组,每组 30 例。2 组患者性别、年龄、病程比较,差异无统计学意义,有可比性(表 1)。

患者手指有串麻感为宜。④结束手法:患者坐位,术者先牵抖患侧上肢 2~3 次,然后拍打肩背部和上肢。

2.2.3 疗程及操作注意事项 2 组患者手法治疗均每周 2 次,10 次为 1 个疗程。颈椎三扳法在使用时并不是要同时使用 3 种扳法,而应根据患者颈椎的病变部位来具体选择。C₁~C₂ 病变采用后伸位扳法;C₃~C₅ 病变采用定位斜扳法;C₆~C₇ 病变采用过屈位扳法。急性期手法操作禁止使用暴力,尽量使用轻柔手法,防止病情加重。

2.3 疗效观察

2.3.1 症状评分 分别于治疗前和治疗 1 个疗程后采用张盛强等^[4]的椎动脉型颈椎病症状评分标准(表 2)对 2 组患者的临床症状进行评分。

2.3.2 临床疗效 治疗 1 个疗程后,参照《中医病证诊断疗效标准》中颈椎病的疗效标准^[5]自拟疗效评定标准。痊愈:眩晕症状和体征全部消失,能正常参加劳动和工作;显效:大部分症状和体征消失,残留症状较以前明显减轻,基本能够进行日常活动;有效:少数症状得到改善,日常劳动和工作仍受到一定影响;无效:症状较治疗前无改善或恶化。

2.4 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计学软件对所得数据进行统计学分析,2 组患者性别、年龄、病程的比较采用 χ^2 检验,治疗前后临床症状评分的比较采用 t 检验,临床疗效的比较采用秩和检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 。

3 结 果

3.1 症状评分 治疗前 2 组患者的眩晕、颈肩痛、头痛评分比较,差异无统计学意义(表 3);治疗 5 周后实验组眩晕、颈肩痛、头痛评分均小于对照组(表 4)。

表 2 椎动脉型颈椎病临床症状评分标准

项 目	评分
眩晕	
自觉头晕并有自身和景物旋转感,头身不敢转动或表现为单纯头晕、心烦意乱,难以坚持工作	3
自觉头晕并有自身旋转或晃动感,但不影响日常生活或表现为单纯头晕,但能坚持工作	2
自觉头晕目眩,无自身或景物旋转感、晃动感或单纯头部昏沉,但不影响活动	1
无眩晕	0
颈肩部	
颈肩部疼痛难忍,严重影响工作、学习和日常生活,必须卧床休息	3
颈肩部常有疼痛,影响工作、学习和日常生活,不需卧床休息	2
颈肩部偶发疼痛,对工作、学习和日常生活影响不大	1
无颈肩部	0
头痛	
头痛难忍,坐卧不宁,严重影响工作、学习和生活,必须卧床休息,采取止痛措施后无明显缓解	3
头痛严重,影响工作、学习和生活,但不需卧床休息,采取止痛措施后疼痛暂缓	2
头痛明显,对工作、学习和生活影响不大,有时需服用止痛药	1
无头痛	0

表 3 治疗前 2 组患者临床症状评分比较 分

组别	眩晕	颈肩部	头痛
实验组	2.00 ± 0.64	1.87 ± 0.43	1.90 ± 0.66
对照组	2.10 ± 0.55	2.00 ± 0.59	2.17 ± 0.59
t 值	-0.648	-1.000	-1.645
P 值	0.519	0.321	0.105

表 4 治疗 5 周后 2 组患者临床症状评分比较 分

组别	眩晕	颈肩部	头痛
实验组	9.47 ± 4.38	9.10 ± 4.05	8.40 ± 3.10
对照组	16.43 ± 4.33	16.33 ± 4.11	17.50 ± 4.83
t 值	-6.193	-6.874	-8.678
P 值	0.000	0.000	0.000

3.2 临床疗效 治疗 5 周后 2 组患者临床疗效比较,实验组优于对照组 ($Z = -2.286, P = 0.022$)。(表 5)

表 5 2 组患者临床疗效比较 例

组别	痊愈	显效	有效	无效	合计
实验组	16	8	5	1	30
对照组	10	6	9	5	30
合计	26	14	14	6	60

4 讨 论

尽管很多学者对颈性眩晕进行了大量研究,但目前它的发病机制尚未完全明确^[6]。金圣博等^[7]认为颈椎相对固定于一个位置时间过长,极易引起颈椎退行性病变,即颈椎相关部位骨质增生,可压迫或刺激经横突孔穿行的椎动脉,引起短暂性脑供血不足。史林辉^[8]认为颈椎的解剖结构特殊,颈椎关节面与水平面有 40° 的倾角,这有利于颈部活动,但这也导致关节

稳定性差。当颈部受到突然的旋转外力时,极易产生半脱位而压迫神经根和椎动脉。另外,颈椎间盘变薄,可引起椎动脉和颈椎长度的对应关系改变,导致椎动脉扭曲,椎间关节面容易发生触碰或磨擦而增生,最终使椎间孔横径变小,挤压该处的神经根和椎动脉。何光亮^[9]认为颈性眩晕是由于颈椎在生理载荷下,椎体面异常引起椎动脉痉挛所致。而左金良等^[10]通过研究发现,椎动脉表面分布有大量的交感神经末梢,控制着椎动脉的血流。当这些神经末梢受到异常刺激后,椎动脉会发生痉挛,从而引起后循环缺血,产生眩晕症状。

由于 C₁ ~ C₂ 的特殊解剖结构,使其在活动度较大时极易发生小关节的位移与错缝,导致肌肉和软组织痉挛,刺激椎动脉周围的交感神经丛,使椎动脉收缩,造成前庭迷路缺血而产生眩晕^[11]。后伸位扳法可直接纠正寰枢关节和寰枕关节的紊乱,缓解其周围软组织痉挛,减少对椎动脉的刺激和压迫,从而减轻或消除由此引起的眩晕症状。椎体旋转、椎曲紊乱,必然使走行于横突孔中的椎动脉受到刺激或压迫,加上颈椎横突孔周围及钩椎关节的骨赘形成,使椎动脉壁上的交感神经纤维受到刺激,引起椎 - 基底动脉痉挛,导致属于椎动脉系营养的前庭神经核或迷路供血不足,从而引起眩晕^[12]。而定位斜扳法和过屈位扳法分别能够调整 C₃ ~ C₅ 和 C₆ ~ C₇ 椎体的位移,纠正小关节错缝,减少其对神经网络的刺激,缓解椎动脉痉挛,从而减轻或消除患者的眩晕症状。(下转第 22 页)

比较,差异无统计学意义($\chi^2=0.100, P=0.752$)。

4 讨 论

骨关节炎属中医学“骨痹”范畴,肝肾亏损、慢性劳损是其病因^[5]。肝肾亏虚导致骨髓化源不足,筋骨失养引起关节软骨退变,进而发生骨痹。另外,过度劳累,日积月累,筋骨受损,营卫失调,气血受阻,经脉凝滞,筋骨失养,亦可发生本病。贺宪等^[6]的研究表明,肾虚时患者血液黏度增加,红细胞流动速度变慢,血小板聚集度增加;肾阳虚时毛细血管管襻开放数减少,血色深红,血流变慢,这些变化均直接影响骨与软组织的营养供应。因此,本病在治疗上,应以补益肝肾、强壮筋骨为主,辅以化瘀通络。

本院自制药壮骨通痹丸,方中紫河车、巴戟天、肉苁蓉、淫羊藿、阳起石、海马、鹿角霜、韭菜子、补骨脂温补肝肾,强筋骨,益精血;山药、枸杞子、杜仲、黄芪、人参、炒白术、当归、五味子益气养阴,补肝肾,强筋骨;牛膝补肾壮骨,引药入经;当归、赤芍、川芎活血行气止痛;水蛭、地龙、全蝎、炮穿山甲祛瘀通络止痛。全方共奏补益肝肾、强壮筋骨、化瘀通络之效。

硫酸氨基葡萄糖胶囊是目前临床治疗膝骨关节炎的代表性药物,其疗效已在临床上得到证实^[7-8]。史昌乾等^[9]认为,硫酸氨基葡萄糖胶囊可以抑制因免疫反应而造成的蛋白多糖降解,修复受损关节软骨,全面恢复受损关节功能。

通过与硫酸氨基葡萄糖胶囊的临床疗效对比可

发现,壮骨通痹丸在改善患者临床症状体征、改善关节功能方面有明显优势,且治疗期间无严重不良反应,具有一定的临床应用价值。

5 参考文献

- [1] 陈大宇,曹亚飞,麦庆春,等. 中药热奄包治疗膝骨关节炎的临床观察[J]. 中医正骨,2011,23(6):6-8.
- [2] 施桂英. 关节炎概要[M]. 北京:中国医药科技出版社,2000:331-336.
- [3] 李亮晖,杜宇康,赖小荣,等. Lequesne 指数和髌股骨关节功能评分对膝骨性关节炎患者的评价比较[J]. 海南医学,2011,22(8):17-19.
- [4] 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,1994:30-31.
- [5] 何伟,张俐,王维佳,等. 骨病临床研究[M]. 北京:北京科学技术出版社,2006:135.
- [6] 贺宪,魏春山,蔡智刚,等. 膝骨性关节炎的病机和防治机制探讨[J]. 山东中医杂志,2005,24(2):73-75.
- [7] 王国新,陈文红,励建安,等. 硫酸氨基葡萄糖片治疗膝骨性关节炎多中心双盲随机平行对照临床试验[J]. 中国临床药理学杂志,2004,20(5):328-331.
- [8] 王哲,方家,付文轶. 硫酸氨基葡萄糖治疗膝关节炎近期疗效评价[J]. 实用药物与临床,2009,12(6):397-398.
- [9] 史昌乾,姜辉,胥学冰,等. 硫酸氨基葡萄糖钾胶囊治疗退行性骨性关节炎 613 例临床效果评价[J]. 武警医学院学报,2011,20(5):362-363.

(2012-01-13 收稿 2012-04-18 修回)

(上接第 19 页)

从本实验的结果可以看出,颈椎三扳法能有效改善颈性眩晕患者的眩晕、头痛及颈肩部症状,临床疗效显著,是治疗该病的有效方法。

5 参考文献

- [1] 罗开涛,钱立锋,高峰,等. 温针灸配合脑电仿生仪治疗颈性眩晕的临床研究[J]. 中医正骨,2011,23(4):11-12.
- [2] 李大年. 现代神经内科学[M]. 济南:山东科学技术出版社,2009:137.
- [3] 罗才贵. 推拿治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2006:69.
- [4] 张盛强,石星,张继平. 穴位手法推拿治疗椎动脉型颈椎病临床疗效及其对血流动力学的影响[J]. 中医正骨,2005,17(8):11-12.
- [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] 黄有荣,安连生,刘汝专,等. 非手术治疗颈性眩晕的临床疗效观察[J]. 中医正骨,2010,22(3):10-13.

- [7] 金圣博,李明珠,韩明舫. 扳法结合针刺对颈性眩晕患者疗效及椎-基底动脉血流的影响[J]. 辽宁中医药大学学报,2011,13(4):234-236.
- [8] 史林辉. 龙氏正骨推拿治疗颈源性眩晕 45 例小结[J]. 中医药导报,2011,17(3):64-65.
- [9] 何光亮. 三维颈椎牵引治疗颈性眩晕的临床体会[J]. 医学理论与实践,2011,24(4):424.
- [10] 左金良,韩建龙,邱思强,等. 颈脊神经节到颈交感神经节的神经纤维联系在颈性眩晕发病中的意义[J]. 中国临床医学,2011,18(2):255-256.
- [11] 曾顺军,曹淑华. 穴位注射治疗寰枢关节紊乱引起颈性眩晕 30 例疗效观察[J]. 云南中医中药杂志,2011,32(1):43-44.
- [12] 张美程,陈海友,林英华,等. 整脊调曲手法配合中药内服治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 中医正骨,2010,22(1):45-46.

(2012-05-05 收稿 2012-06-14 修回)