

- [2] 陈平有, 陈学强, 陈文, 等. 骨内腱鞘囊肿的发病机制及临床和影像学表现研究[J]. 医学影像学杂志, 2011, 21(11): 1734-1738.
- [3] 张朝晖, 梁满球, 李竹浩, 等. 足踝部软组织腱鞘囊肿的 MRI 诊断[J]. 影像诊断与介入放射学, 2011, 20(6): 425-427.
- [4] 张赞, 谢传森, 沈静娴, 等. 腕骨骨内腱鞘囊肿的影像学表现[J]. 中国医学计算机成像杂志, 2010, 16(1): 31-33.
- [5] 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.
- [6] 陈刚. 十字交叉缝扎法治疗腱鞘囊肿效果观察[J]. 中国全科医学, 2010, 13(3): 315.
- (责任编辑: 骆欢欢, 李海霞)

川丹定眩汤配合药枕、牵引、整脊运动调曲法治疗椎动脉型颈椎病临床观察

周文扬, 赵永锋, 施建玲

文成县中医院, 浙江 文成 325300

[摘要] 目的: 观察川丹定眩汤配合药枕、牵引、整脊运动调曲法治疗椎动脉型颈椎病(CSA)的临床疗效。方法: 将80例椎动脉型颈椎病患者随机分为2组各40例, 对照组给予川丹定眩汤治疗, 治疗组在对照组治疗基础上加用药枕牵引和整脊运动调曲法治疗。2周后评定疗效。结果: 治愈率、总有效率治疗组分别为72.5%、100%, 对照组分别为47.5%、82.5%, 2组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$)。治疗后治疗组颈椎X线变化以腰颈曲改善最理想, 其他各种移位不同程度改善。治疗后治疗组腰颈曲、椎-基底动脉供血与本组治疗前后及对照组治疗后比较改善明显($P < 0.01$)。治疗后治疗组左、右椎动脉(LVA、RVA)、基底动脉(BA)的平均血流速度(V_m)均较治疗前及对照组治疗后显著升高($P < 0.01$)。结论: 川丹定眩汤配合药枕、牵引和整脊运动调曲法治疗椎动脉型颈椎病, 可提高临床疗效。

[关键词] 椎动脉型颈椎病(CSA); 川丹定眩汤; 药枕; 牵引; 整脊手法; 运动调曲法

[中图分类号] R681.5*5 [文献标志码] A [文章编号] 0256-7415(2015)06-0125-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.06.060

椎动脉型颈椎病(CSA)是骨科临床的常见多发病, 它以眩晕为主要症状, 故又称为眩晕型颈椎病或颈性眩晕。其好发于中老年人、长期低头伏案工作及睡姿不良者。临床以发作性的眩晕伴耳鸣、恶心呕吐、四肢麻木甚则无力、猝倒, 但患者始终保持清醒的意识为典型表现^[1]。CSA约占所有颈椎病患者10~15%, 其发病率仅次于神经根型颈椎病, 对人类健康造成严重危害^[2]。目前, 本病在诊治方面尚无理想手段, 主要采取对症疗法。笔者采用川丹定眩汤内服配合药枕、牵引、整脊运动调曲法治疗椎动脉型颈椎病, 获得满意效果, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 观察病例均为2010年6月—2014年6月本院

骨伤科门诊 CSA 患者, 共 80 例。男 29 例, 女 51 例; 年龄 29~66 岁; 病程 1 月~3 年。所有患者治疗前后均常规摄颈、腰椎 X 线片(颈椎正侧位和过屈过伸位; 腰椎正侧位)及 TCD 检查。所有患者随机分为 2 组各 40 例。2 组病程、年龄及治疗前病情等比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《第二届颈椎病专题座谈会纪要》^[3]制定的 CSA 诊断标准: ①眩晕、头痛、视、听障碍甚至猝倒, 旋颈时可诱发病状出现; ②颈痛、颈僵硬、活动受限、颈肌痉挛或压痛、压头试验阳性; ③X 线片示颈椎关节增生、患椎失稳; ④脑血流检查有椎-基底动脉供血不足。

1.3 排除标准 ①年龄 <20 岁或 >65 岁; ②女性妊娠期、哺

[收稿日期] 2014-09-25

[作者简介] 周文扬(1969-), 男, 副主任中医师, 主要从事中西医结合骨伤科临床及科研工作。

乳期；③有较重的心脑肾及消化系统疾病者；④眼源性或耳源性眩晕、颅内肿瘤及单纯精神神经官能症等脑内外疾病；⑤未按照规定治疗或已接受有关治疗，影响疗效判断者。

2 治疗方法

2.1 对照组 予自拟川丹定眩汤治疗。处方：丹参、白芍各30g，川芎、葛根各15g，姜半夏、白术、天麻、茯苓各9g，陈皮、甘草各6g。加减：气虚加黄芪、党参；阳虚加淫羊藿；肝阳上亢加钩藤、珍珠母；心烦痰热加竹茹；失眠多梦加夜交藤、远志；手指麻木加桑枝、全蝎；颈背疼甚加羌活、制乳香、制没药。每天1剂，水煎取汁300mL，分早晚2次温服。

2.2 治疗组 在对照组治疗基础上加用药枕、牵引及整脊运动调曲术治疗。①药枕牵引疗法：将蚕砂1500g、菊花150g，混匀装入直径为10cm，长为40cm的日用枕袋内制成实心圆枕。平时睡觉时将药枕垫在头颈部下方，治疗期间加用颌枕带仰卧位牵引，牵引重量以不超过5kg为宜，牵引时间每次1h，每天2次。②整脊疗法：根据X线片和触诊结果判断枕骨和椎体棘突位移情况，包括耳垂、乳突大小高低是否对称及棘突移位的方向和程度，进行定点矫正操作。具体操作：患者仰卧位垫妥药枕，先用颌枕带牵引30min，以放松枕部肌肉。第一步先矫正枕骨，术者一手将患者的头往头顶方向顺势牵引，另一手环抱下颌面颊部由下往上均匀用力，令患者咳嗽一声时发力，完成矫正。第二步拔伸颈椎，双手抱住后枕部。术者力量由轻到重提拔颈椎，同时根据棘突移位方向，术者用拇指向相反方向推按，此时拇指端即有患椎移动感或听到小关节响声。颈曲减少或反弓者，可在顺势牵引下配合折顶手法。第三步在牵伸的基础上行欲合先离旋转手法，重复3~5次，使侧偏寰枢复位，两侧平衡，再无压痛即可。此时患者顿感眩晕、头痛、视物不清等症状有所缓解。3天1次，每周2次。操作要点：手法宜稳、准、轻、柔、巧；术中不可一味追求响声而旋转过度，宜在正常生理范围或10°以内；切忌粗暴，用力过猛，强力侧扳。治疗中宜掌握好适应症，如明显颈椎退变强直、脑供血不足者或眩晕等症状较重时应避免因手法不当而引发症状加重。③运动调曲法：指导患者做“弓步后箭式米字保健操”，患者站立，双手叉腰，右下肢前跨，胸部挺直，腰部尽量前凸，并屈膝(前弓)，左下肢伸直(后箭)，然后按“米”字写法顺序尽量使颈部屈伸及左右侧屈旋转，前后左右交换和调换脚步反复4×4次。平时可经常坚持做。如行走不便或膝关节有病者，运动时避免屈膝引起疼痛。每天2次，每次20min。

2组均以1周为1疗程，治疗2周观察结果。

3 观察项目与统计学方法

3.1 观察项目 ①观察治疗组治疗前后颈腰椎X线改变程度；②观察2组治疗前后颈腰椎曲改善情况，评价临床疗效；③治疗前后TCD检测2组患者椎—基底动脉供血改善状况。

3.2 统计学方法 采用SPSS13.0统计学软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示，采用t检验；计数资料采用 χ^2 检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[4]的评定。临床治愈：眩晕、头痛、颈肩痛等症状全部消失，不影响活动及工作。显效：眩晕、头痛、颈肩痛等症状基本消失，仅在劳累或天气变化时有轻度症状，不影响日常生活或工作。有效：眩晕、头痛、颈肩痛等症状有所改善，但病情不稳定，停药后复发，对重体力劳动有影响。无效：眩晕、头痛、颈肩痛等症状无变化，或加重。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。治愈率、总有效率治疗组分别为72.5%、100%，对照组分别为47.5%、82.5%，2组比较，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表1 2组临床疗效比较

组别	n	治愈	显效	有效	无效	治愈率(%)	总有效率(%)
治疗组	40	29	9	2	0	72.5 ^①	100 ^②
对照组	40	19	8	6	7	47.5	82.5

与对照组比较，① $P < 0.01$

4.3 治疗组治疗前后颈腰椎X线变化比较 见表2。治疗后治疗组患者腰椎X线表现以腰颈曲改善最理想，其他各种移位不同程度改善；椎间隙狭窄改变小，骨质增生无改变。

表2 治疗组治疗前后颈腰椎X线变化比较

颈椎	治疗前			治疗后			改善率(%)
	治疗前	治疗后	改善率(%)	治疗前	治疗后	改善率(%)	
变直	37	35	94.59	变直	36	34	94.44
反弓	22	22	100	上段反弓	10	10	100
屈度增大	3	3	100	曲度增大	4	4	100
成角	20	20	100	侧弯	27	23	85.19
椎间狭窄	19	5	26.32	椎间狭窄	19	6	31.58
椎间孔小	23	19	82.60	椎体旋转	23	20	86.96
钩椎增生	17	0	0	骨质增生	15	0	0
棘突偏歪	18	13	90.00	位移不稳	5	2	40.00
双边征	26	21	80.77				
齿突偏歪	4	3	75.00				
位移不稳	11	8	72.73				

4.4 2组治疗前后腰颈曲变化比较 见表3。治疗后治疗组腰颈曲改善状况明显，与本组治疗前及对照组治疗后比较，差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

表3 2组治疗前后腰颈曲变化比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	腰曲(弓顶距mm)	颈曲(α°)
治疗组	40	治疗前	7.47±3.52	15.64±5.12
		治疗后	15.73±2.86 ^②	21.65±5.41 ^②
对照组	40	治疗前	7.53±2.45	15.52±5.37
		治疗后	8.61±3.21	16.83±3.23

与治疗前比较，① $P < 0.01$ ；与对照组治疗后比较，② $P < 0.01$

4.5 2组治疗前后TCD变化比较 见表4。治疗后治疗组左、右椎动脉(LVA、RVA)、基底动脉(BA)的平均血流速度(Vm)均显著上升,与本组治疗前及对照组治疗后比较,差异均有统计学意义($P < 0.01$)。

组别	n	时间	LAA	RVA	BA
治疗组	40	治疗前	25.8±6.21	25.9±6.43	25.6±6.12
		治疗后	37.9±6.13 ^{①②}	36.2±5.83 ^{①②}	39.1±6.34 ^{①②}
对照组	40	治疗前	25.3±6.25	25.7±6.37	26.1±6.43
		治疗后	31.6±6.42	30.1±6.71	32.4±6.22

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组治疗后比较, ② $P < 0.01$

5 讨论

CSA属中医学眩晕范畴,又因常合并颈肩臂疼痛而具有痹证的特点。本病之眩晕与其他各科之眩晕的病机有很大的区别。中医学认为,本病基本病机为痰瘀阻滞经脉,精血不能上荣清窍;或气血亏虚,肝肾不足,加重清窍失养,故见眩晕等症状。患者长期不良姿势所致颈项部慢性积累劳损,筋骨失养受损;内、外因素的共同作用,使痰瘀互结,瘀滞颈部,胶着于筋骨,使筋骨变性,而发为本病^[9],故见颈肩臂麻木、疼痛,眩晕每因颈部转动而诱发或加重,舌质暗淡等。现代医学认为,椎动脉型颈椎病是由于颈椎间盘等退行性变,压迫或刺激椎动脉,使其发生痉挛、狭窄或折曲,导致椎基底动脉供血不足引起CSA^[6]。根据CSA痰瘀互结和痰犯头颈的病机,笔者设川丹定眩汤配合药枕牵引和整脊运动调曲法治疗CSA。该方由《医学心悟》半夏白术天麻汤加减而成,方中丹参功同四物,破宿血、生新血、安神除烦;川芎为血中气药,上行头目,活血行气,祛风止痛;芍药养血和营,缓急止痛,敛阴平肝;葛根解肌散寒,加强活血通络作用;半夏、白术、天麻、陈皮、茯苓健脾化痰,熄风止眩;甘草调和诸药。全方共奏祛瘀通络、化痰止眩之功。药枕中蚕砂祛风除湿,活血通经;菊花疏风解表,平肝明目止眩。以蚕砂为主要材料填充制作的圆枕受力均匀而舒适,深受患者青睐。笔者临床发现颈椎曲度变直或反弓仍按常规牵引治疗,常常使症状加重。而本药枕牵引法能够按照生物力学原理,打破单力向上牵引的传统,增加水平方向的分力而形成复合力牵引,对改善压迫症状效果更佳。枕骨矫正法目的在于使枕骨恢复正常位置,解除枕骨移位

引起的中枢神经、脑神经及神经系统失衡所致症状^[7]。拔伸旋转复位是集牵引和复位为一体,牵引可解除颈部肌肉痉挛,增加椎间隙和椎间孔;患椎旋转复位可使错位的关节突关节和钩椎关节恢复正常解剖位置,从而减轻或消除对椎动脉周围神经丛刺激和机械压迫,增加椎动脉的血流量,使患者症状缓解或消失。拔伸整复手法可以调节椎体活动节段的对应关系,理顺肌纤维,梳理韧带,起到了纠正“筋出槽”、“骨错缝”的作用^[8]。本运动疗法符合调曲论原理:通过恢复腰曲来恢复颈曲而使颈椎椎曲紊乱、侧凸、反弓迎刃而解;同时符合颈椎病的治愈以恢复颈曲为主要客观指标及中医的“上病下治、背病腹治”的原则^[9]。

综上所述,采用综合疗法治疗CSA能进一步减轻或缓解CSA临床症状,提高疗效,值得临床研究和推广使用。

[参考文献]

- [1] 张学民,唐萌芽,倪慧英,等. 加减葛根汤配合牵引疗法治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J]. 中医正骨, 2014, 25(5): 28.
- [2] 王雷,王遵来,盛坤,等. 椎动脉型颈椎病临床治疗进展[J]. 世界中西医结合杂志, 2010, 5(2): 75-177.
- [3] 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.
- [4] 中药新药临床指导原则(试行)[M]. 北京:中国科学技术出版社, 2002: 16.
- [5] 金国军,曹逸. 强肝除痹汤联合推拿术治疗神经根型颈椎病疗效观察[J]. 新中医, 2014, 46(5): 112.
- [6] 王斌,张晓刚,党永生,等. 手法配合银杏达莫治疗椎动脉颈椎病96例临床观察[J]. 中医临床研究, 2013, 24(5): 25-27.
- [7] 苟亚博,黄国松. 脊椎手疗法大全[M]. 北京:中国科学技术出版社, 2004: 16.
- [8] 陈威,陈东煜,吴耀持,等. 仰卧位拔伸整复手法与针刺治疗颈椎病的对比临床研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(9): 23-24.
- [9] 韦以宗. 中国整脊学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005: 5.

(责任编辑:冯天保)