

[参考文献]

- [1] 梁玉宏, 张小琳. 卒中急性期的并发症及处理[J]. 国外医学: 脑血管疾病分册, 1996, 4(1): 39-41.
- [2] Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in Acute Stroke[J]. British Medical Journal, 1987, 295(6595): 411-414.
- [3] 刘香华, 刘爱珍, 张学丽, 等. 针刺治疗中风舌本病—假性球麻痹的临床观察[J]. 中国针灸, 2000, 20(6): 325-328.
- [4] 中华神经科学会, 中华神经外科学会. 各类脑血管疾病诊断要点[J]. 中华神经科杂志, 1996, 29(6): 379-380.
- [5] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准(试行)[J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 55-56.
- [6] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南摘要(三)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(1): 4-8.
- [7] 饶明俐. 中国脑血管病防治指南摘要(四)[J]. 中风与神经疾病杂志, 2006, 23(2): 132-136.
- [8] 吴清明, 冯国湘, 刘未艾, 等. 祛风化痰针刺法治疗风痰型假性球麻痹 120 例[J]. 中国针灸, 2005, 25(9): 603-606.
- [9] 赵长泉, 张月峰. 开窍降逆针刺治疗吞咽障碍 13 例[J]. 中国针灸, 2001, 21(10): 586.
- [10] 段洪涛. “醒脑开窍”针刺法治疗假性球麻痹 40 例临床观察[J]. 江苏中医药, 2010, 42(6): 54-55.
- [11] 周明林, 郑梅生, 陈小转, 等. 通窍利咽针法治疗脑卒中后假性球麻痹 40 例[J]. 安徽中医学院学报, 2009, 28(4): 47-48.
- [12] 吴超, 李慎贤, 张辉. 深刺睛明治疗额窦炎 62 例[J]. 中国针灸, 2006, 26(7): 522.
- [13] 王守平. 深刺睛明穴治疗中风急性期疗效观察[J]. 中国针灸, 2000, 20(7): 405-407.

(责任编辑: 吴凌, 刘迪成)

定点旋转复位法配合针刀治疗颈性眩晕 50 例临床观察

王元新

郑州济华骨科医院, 河南 郑州 450003

[摘要] 目的: 观察定点旋转复位法配合针刀治疗颈性眩晕的临床疗效。方法: 采用随机数字法将 100 例符合要求的患者分为 2 组各 50 例。对照组采用针刀治疗。观察组在对照组治疗的基础上采用定点旋转复位法进行正骨治疗。治疗前后临床症状与功能情况评价, 记录基底动脉 (BA)、左右椎动脉 (LVA、RVA) 的平均血流速度 (Vm), 治疗前后各检测 1 次。结果: 观察组总有效率达 96.00%, 高于对照组的 82.00%, 差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.005, P < 0.05$)。治疗后, 2 组患者眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应和总分评分均升高 ($P < 0.01$)。治疗后观察组除头痛外, 其它指标评分和总分均高于对照组 ($P < 0.01$)。治疗后 2 组患者的 BA、LVA 和 RVA 速度均较治疗前增快 ($P < 0.01$)。治疗后观察组患者的 BA、LVA 和 RVA 均快于对照组 ($P < 0.01$)。结论: 定点旋转复位法配合针刀治疗颈性眩晕能减轻临床症状, 改善患者椎-基底动脉血流状态, 提高临床疗效。

[关键词] 颈性眩晕; 定点旋转复位法; 针刀; 中医疗法

[中图分类号] R255.3 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2018) 12-0197-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2018.12.059

Clinical Observation on 50 Cases of Cervical Vertigo Treated by Rotating Reduction at Fixed Points Combined with Acupotomy

WANG Yuanxin

Abstract: Objective: To observe the clinical effect of rotating reduction at fixed points combined with acupotomy for

[收稿日期] 2018-04-13

[作者简介] 王元新 (1980-), 男, 主治医师, 研究方向: 颈肩腰腿痛的保守与微创治疗。

cervical vertigo. **Methods:** Divided 100 eligible cases of patients into two groups according to the random number table method, 50 cases in each group. The control group was treated with acupotomy. The observation group was additionally treated with rotating reduction at fixed points for bone-setting. Evaluated the clinical symptoms and functional status before and after treatment, and recorded the velocity of mean blood flow (Vm) of the basilar artery (BA) and the left and right vertebral arteries (LVA, RVA). **Results:** The total effective rate was 96.00% in the observation group, higher than that of 82.00% in the control group, the difference being significant ($\chi^2 = 5.005, P < 0.05$). After treatment, scores of dizziness, neck pain, shoulder pain, headache, daily life and work, psychological and social adaptation as well as the total scores in the two groups were all increased ($P < 0.01$). After treatment, except for the score of headache, the scores of other indexes and total scores in the observation group were higher than those of the control group ($P < 0.01$). After treatment, the speed of BA, LVA and RVA in the two groups was increased when compared with that before treatment ($P < 0.01$). After treatment, the speed of BA, LVA and RVA in the observation group was faster than that of in the control group ($P < 0.01$). **Conclusion:** Rotating reduction at fixed points combined with acupotomy for cervical vertigo can improve the clinical symptoms, improve the blood flow velocity of vertebro-basilar artery, and improve clinical effect.

Keywords: Cervical vertigo; Rotating reduction at fixed points; Acupotomy; Chinese medicine therapy

颈性眩晕(Cervical vertigo, CV)的主要特点是头晕,发作时患者感到头重脚轻,站立不稳,头部转动或体位变化时加重;甚至猝倒,严重者伴恶心呕吐,但一般不伴有意识障碍。CV以源于颈椎的眩晕和不平衡为特点,其发病机制尚不完全清楚,处于各种假说阶段^[1]。针灸、手法、牵引、针刀、封闭、理疗及药物等非手术疗法是治疗 CV 主要措施,临床报道均有一定的效果,但单一疗法缺少循证支持,临床多采取综合疗法以提高疗效^[2]。针刀疗法将“针”与西医的“刀”巧妙结合,通过“针”通经活络、调理气血,同时借助“刀”的锋利,对局部病变组织切割、松解,恢复血液循环,起到松解椎体周围组织、复位寰枢关节,还原颈椎力的动态平衡,起到治疗的目的,是中医治疗 CV 的特色疗法之一^[3]。推拿手法为中医传统治疗方式,手法多样,可以刺激局部血供,加快血流量,加速炎性物质的循环代谢,同时提高痛阈,减轻患者疼痛感,还可调节颈椎小关节紊乱,缓解椎动脉受压,改善供血,同时还可缓解椎间盘压力,起到治疗 CV 作用^[4]。笔者在临床中以定点旋转复位法配合针刀治疗 CV,取得较好临床疗效,现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 纳入 2016 年 5 月—2017 年 11 月郑州济华骨科医院康复科符合要求的患者共 148 例。根据随机数字表法分为 2 组各 50 例。对照组男 17 例,女 33 例;年龄 34~68 岁,平均(44.75 ± 14.18)岁;病程 3~24 月,平均(6.19 ± 4.76)月。观察组男 20 例,女 30 例;年龄 30~66 岁,平均(42.87 ± 13.94)岁;病程 1~30 月,平均(6.75 ± 4.83)月。2 组患者性别、年龄、病程等基线资料经统计学处理,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《颈源性疾病诊断与治疗学》^[5]: 头部旋转或颈部屈伸时诱发眩晕或头晕,频繁反复发作;除颈部外,

无其它明确病因;颈椎旋转及屈伸活动受限,旋颈试验阳性,颈椎棘突上或椎体旁侧压痛阳性及椎间孔挤压试验阳性;经颅多普勒超声可见椎-基底动脉供血不足;X 线、CT 或 MRI 检查可见颈椎间盘或者椎间关节退行性变,颈椎生理曲度改变,节段性不稳定或钩椎关节增生等。

1.3 纳入标准 ①符合 CV 的诊断标准;②年龄 18~70 岁;③同意停用其它治疗措施;④同意本研究方案,并取得患者知情同意。

1.4 排除标准 ①外伤、肿瘤、代谢、出血、感染等原因导致的眩晕;②梅尼尔氏病、眼源性、耳源性眩晕;③合并全身其它系统严重原发性疾病,需要紧急治疗者;④妊娠或哺乳期妇女;⑤合并恶性肿瘤、精神病患者;⑥惧怕针刀、针灸,有晕针史者。

2 治疗方法

2.1 对照组 采用针刀治疗,方法:患者取俯卧位,下颌与治疗床平行,在第二颈椎棘突、横突、环枕筋膜、枕骨上项线、斜方肌起止点、半棘肌起止点找到紧张痉挛的条索、团块、结节,按压酸胀。分别以记号笔做好标记,常规消毒,铺无菌孔巾。用 1.5%利多卡因注射液 10 mL,行局部阻滞麻醉,再用汉章牌 4 号针刀进行松解剥离。以第 2 颈椎棘突顶部松解术为例:刀口线在棘突顶部,垂直刺入皮肤逐层剥离,触到骨头后,先将针刀提高 1 mm,再垂直刺切下,连续实施两刀后,注意针刀上下移动范围控制在 1~2 mm 以内,刀下有松动感即可出针。先将左手大拇指慢慢移开,仔细观察针眼是否有出血现象,压迫针眼 3 min,观察没有活动性出血后敷盖无菌纱布。每周 1 次。连续治疗 3 次。

2.2 观察组 针刀治疗同对照组,并采用定点旋转复位法进行正骨治疗。方法:①根据患者头晕部位、X 线片表现、触诊棘突、关节突、横突偏歪旋转侧摆的情况判断病变颈椎节段、

病变方向、复位时低头或仰头的角度。②推拿松解颈肩背部肌肉。患者先取坐位,医生站其身后,先于颈肩部软组织行点按、揉搓等分筋、理筋手法5~8 min,重点要放松上项线、项平面、病损椎体周围粘连的条索、结节;患者取俯卧位,医生以摩法、前臂按揉法、擦法放松背部3~5 min。③徒手牵引颈部注意牵引角。寰枕关节头后仰约20°;寰枢关节头后仰约10°;第三颈椎中立位0°左右。找准病损椎体牵引角度后徒手牵引5~8次进一步放松颈肩部肌肉及病损关节处张力。④根据以上判断的病损阶段、病变方向、复位时低头或仰头的角度,定点旋转复位法。绝大多数患者采取坐位复位,部分患者因为紧张或病久关节周围软组织粘连明显平卧或侧卧位复位。以颈3椎体棘突左侧偏歪为例,患者坐位,颈部中立位或前屈约5°~10°(患者整个生理曲度正常时前屈度数可略大,10°左右;生理曲度变直前屈5°左右;生理曲度反张0°左右),然后向左侧屈10°~15°,医者立于背后,左手拇指固定左侧偏歪棘突之触痛点,右手掌放于患者前额部,双手协调调整屈颈的角度,使成角落于患椎的触痛点,右手向左下方瞬间旋转用力,常可听到复位声或手下有移动感,若无响声切不可加大角度和力度,追求响声,以免造成医源性损伤,术后放松颈肩部肌肉2~3 min以缓解整脊后的不适感。⑤复位后颈托固定。每周2次。连续6次,共治疗3周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 ①临床症状与功能情况,包括眩晕(0~16分)、颈肩部痛(0~4分)、头痛(0~2分)、日常生活及工作(0~4分)、心理及社会适应(0~4分)5个方面,共30分,得分越高表示病情越轻,治疗前后各评价1次。②经颅多普勒超声检查,记录基底动脉(BA)、左右椎动脉(LVA、RVA)的平均血流速度(Vm),治疗前后各检测1次。

表2 2组治疗前后临床症状与功能情况评分比较($\bar{x} \pm s$, n=50) 分

组别	时间	眩晕	颈肩部痛	头痛	日常生活及工作	心理及社会适应	总分
对照组	治疗前	6.91±2.16	2.17±0.64	1.33±0.27	1.95±0.38	2.11±0.43	14.31±3.63
	治疗后	12.67±3.03 ^①	3.03±0.75 ^①	1.67±0.41 ^①	3.17±0.49 ^①	3.09±0.57 ^①	23.68±4.52 ^①
观察组	治疗前	7.04±2.28	2.20±0.59	1.29±0.30	1.91±0.41	2.06±0.45	14.46±3.50
	治疗后	15.33±3.17 ^{①②}	3.69±0.72 ^{①②}	1.74±0.45 ^①	3.84±0.52 ^{①②}	3.77±0.54 ^{①②}	27.88±4.91 ^{①②}

与同组治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,②P<0.01

表3 2组椎-基底动脉平均血流速度比较($\bar{x} \pm s$, n=50) m/s

组别	时间	BA	LVA	RVA
对照组	治疗前	48.71±4.96	38.27±3.59	39.13±4.02
	治疗后	54.82±6.73 ^①	42.64±3.88 ^①	43.29±4.93 ^①
观察组	治疗前	49.14±4.65	38.86±3.71	38.79±3.64
	治疗后	60.36±7.09 ^{①②}	47.39±5.65 ^{①②}	48.02±5.85 ^{①②}

与同组治疗前比较,①P<0.01;与对照组治疗后比较,

②P<0.01

3.2 统计学方法 采用SPSS20.0统计分析数据,符合正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较行独立样本t检验;计数资料以率(%)表示,采用 χ^2 检验。以P<0.05为差异有统计学意义。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参考文献[6]相关标准,痊愈:眩晕症状完全消失,颈部无压痛,颈椎活动度正常,症状评分减少90%以上。显效:眩晕症状明显减轻,颈部压痛明显好转,症状评分减少60%~89%。有效:眩晕症状减轻,颈部压痛好转,颈椎活动轻度受限,症状评分减少30%~59%。无效:眩晕症状无缓解,颈部压痛无变化,颈椎活动度受限,症状评分减少<30%。

4.2 2组临床疗效比较 见表1。观察组总有效率达96.00%,高于对照组的82.00%,差异有统计学意义($\chi^2=5.005$, P<0.05)。

表1 2组临床疗效比较 例

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
对照组	50	16	20	15	9	82.00
观察组	50	24	18	6	2	96.00 ^①

与对照组比较,①P<0.05

4.3 2组治疗前后临床症状与功能情况评分比较 见表2。治疗后,2组患者眩晕、颈肩部痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会适应和总分评分均升高(P<0.01)。治疗后观察组除头痛外,其它指标评分和总分均高于对照组(P<0.01)。

4.4 2组椎-基底动脉平均血流速度比较 见表3。治疗后2组患者的BA、LVA和RVA速度均较治疗前增快(P<0.01)。治疗后观察组患者的BA、LVA和RVA均快于对照组(P<0.01)。

5 讨论

CV属中医学眩晕范畴。乃肝肾虚损,气血不足,气血津液不能上奉清空,髓海空虚,脑窍失养而致眩晕,或因虚致瘀,瘀阻经脉,阻碍清阳上升或风邪夹瘀夹痰,上扰清窍而致眩晕^[7]。现代医学对其致病机制的研究主要集中在颈椎间盘突出、椎间关节错位、钩椎关节增生、交感神经对椎动脉的影响,即椎间盘突出学说、骨性压迫学说、交感刺激学说^[8]。这实际上都是仅针对椎动脉第2段(横突孔段)的研究结果,而对椎动脉第3段(寰枢关节段)研究不够。祁冀等^[9]认为大脑动脉

(Wills)环的缺损的患者椎-基底动脉供血不足,使大脑前、后循环不能有效代偿,更容易引起颈性眩晕。临床治疗大家应多注意上段颈椎,尤其是寰枢关节紊乱导致椎动脉受刺激在临床上比较多见,但很多医生对颈椎张口位拍片的忽视,导致误诊、漏诊;尤其近几年青少年低头玩电脑、手机时间长导致寰枢关节紊乱逐步高发,应引起注意。笔者观察就诊的患者,绝大多数有长期低头工作史,颈椎持续处于固定姿势,颈项部的软组织损伤、紧张、痉挛,尤其是位于枕下三角的椎枕肌群的痉挛,它压迫椎动脉,直接影响椎-基底动脉的血供,出现“眩晕”症状;软组织损伤的自我修复过程中形成的粘连、疤痕、挛缩等除了影响椎-基底动脉的血供,日久引起颈椎静态平衡失调,出现椎体紊乱、增生;尤其是寰枢关节、寰枕关节紊乱,导致眩晕。

针对颈椎的外源性稳定系统进行干预,通过针刀的直接作用,以“剥、铲、割、切”等方式铲除病变组织牵张,剥离、疏通肌肉、韧带的粘连、疤痕等的高应力点,直接缓解局部病灶对椎动脉的刺激或压迫,恢复椎动脉对脑组织的灌注并且加快病变组织的修复重建椎管内外平衡。研究显示针刀单独或配合其它疗法治疗 CV 有着较好的疗效,且安全^[3,10]。

正骨手法第一要诊断明确,做到患椎病位、方向、角度准确;第二正骨动作要轻柔避免暴力引起医源性损伤;第三动作到位即可,不要追求复位一定听到复位的弹响声^[11]。笔者采用定点旋转复位法治疗,具有舒筋活络、缓解肌肉痉挛作用;纠正椎间小关节的错位,调整紊乱的关节,通畅椎动脉骨性通道;有效地解除或缓解椎动脉的受压或通过神经的反射机制缓解血管痉挛,达到改善椎动脉血液循环及脑部供血的目的,从而有效地解除或缓解患者的临床症状。CV 患者有很多通过正骨后头晕很快消失,但容易反复。主要是(1)因为颈椎关节活动度大,把错位的椎体纠正后因患者在工作生活中不注意保护又造成关节的错位。(2)因为颈椎关节活动度大,颈椎周围很多肌肉如半棘肌、斜方肌、肩胛提肌以及枕后小肌群容易受到牵拉后紧张痉挛,所以不但要正骨调整关节平衡;还要调整肌肉,恢复肌肉力学平衡;同时调整筋脉平衡,恢复韧带力学平衡;继而调整患椎周围病灶点以及颈椎周围大肌肉病灶点要平衡,以防止症状反复。这就需要运用针刀缓解软组织粘连、疤痕、高应力点。

眩晕主要是颈椎的静态平衡失调和颈部软组织的动态平衡失调引起的。椎动脉相邻椎体的不稳、退变、增生、寰枢关

节、寰枕关节等异常改变属于静态平衡失调,软组织的卡压、紧张、痉挛、疤痕、粘连属于动态平衡失调。从临床应用上看,小针刀调节颈部动态平衡失调,拥有其他疗法所不能比拟的时效性,缓解眩晕的效果明显;定点旋转复位调节静态平衡失调快速、稳妥。而远期观察结果显示,两者结合患者的头晕复发率也较低。但在小针刀治疗的治疗点选取上,正骨治疗角度的选取上还没有形成量化指标。

可见,定点旋转复位法配合针刀治疗 CV 能显著的减轻临床症状,改善患者椎-基底动脉血流状态,提高临床疗效。

【参考文献】

- [1] 马江涛,张银刚,袁启令,等. 颈性眩晕的发病机制、诊断和治疗研究进展[J]. 中医正骨, 2016, 28(10): 32-37.
- [2] 刘文英,于广莹,金鸿宾. 颈性眩晕的诊治国内进展[J]. 中国矫形外科杂志, 2014, 22(1): 55-58.
- [3] 李飞,姜天鑫,杨骏. 针刀结合艾条压灸治疗颈性眩晕临床观察[J]. 安徽中医药大学学报, 2016, 35(5): 57-61.
- [4] 徐棒棒. 颈性眩晕发病机制、诊断与治疗小结[J]. 社区医学杂志, 2017, 15(9): 80-83.
- [5] 马奎云. 颈源性疾病诊断与治疗学[M]. 郑州: 河南科学技术出版社, 2005: 336-337.
- [6] 王怀楚. 颈性眩晕症状与功能评分法[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13(6): 245-247.
- [7] 谢辉,马善治,郭剑华. 颈性眩晕中医证治研究进展[J]. 实用中医药杂志, 2014, 30(12): 1184-1186.
- [8] 张明才,石印玉,陈东煜,等. 颈椎病患者寰枢关节骨错缝的临床诊治价值的研究[J]. 中国骨伤, 2016, 29(10): 898-902.
- [9] 祁冀,赵德强,李义凯. 对“椎动脉型颈椎病”的再认识[J]. 颈腰痛杂志, 2013, 38(1): 5-8.
- [10] 王琳,刘方铭. 针刀松解颈肩部腧穴治疗椎动脉型颈椎病 30 例[J]. 吉林中医药, 2013, 33(7): 733-734.
- [11] 刘兰英,潘文谦,庄垂加,等. 针刀疗法对寰枢关节紊乱患者临床疗效及椎基底动脉血流速度的影响[J]. 光明中医, 2016, 31(7): 978-981.

(责任编辑:吴凌,李海霞)