

推拿与西比灵治疗颈性眩晕疗效比较

王强¹ 曾庆云²

(1. 山东省立医院 山东 济南 250021; 2. 山东中医药大学附属医院)

关键词 推拿 西比灵 颈性眩晕

中图分类号: R681.5.5 文献标识码: B 文章编号: 1005-0205(2005)02-0041-03

颈性眩晕^[1]主要是由于各种原因引起的椎基底动脉供血不足而出现的以眩晕、头痛、恶心、呕吐、耳鸣、猝倒等一系列症状为主的临床常见病, 又称为椎动脉型颈椎病、颈椎综合征、椎动脉缺血综合征等。我们采用推拿手法为治疗组, 西比灵口服为对照组, 对 64 例颈性眩晕患者进行疗效观察, 通过治疗前后 TCD 检查对比及治疗组症状体征积分, 疗效满意, 现介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 64 例门诊颈性眩晕患者中, 男

36 例, 女 28 例; 年龄最大者 76 岁, 最小者 17 岁; 病程最长 46 年, 最短 2 周。随机分为两组, 治疗组 34 例, 男 19 例, 女 15 例, 年龄 17~65 岁(平均 40.6 岁), 病程 2 周~35 年(平均 16.6 年); 对照组 30 例, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 21~76 岁(平均 46.8 岁), 病程 2 月~46 年(平均 17.2 岁)。两组在年龄、性别及病程方面无显著性差异($P > 0.05$), 因此具有可比性。其中 56 例行颈椎 CT 检查。结果显示: C_{3-4} 椎间盘突出 5 例, C_{5-6} 椎间盘突出 18 例, C_{6-7} 椎间盘突出 22 例, 颈椎管狭窄症 6 例。

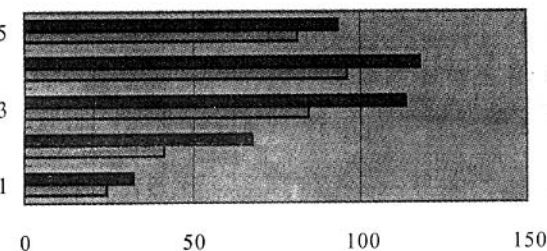


图 1

从表 1 图 1 可以看出在进行颈椎斜扳手法时, 钩椎关节的等效力有明显的应力集中现象; 其中以 C_{5-6} 最大, 其次是 C_{4-5} 、 C_{6-7} , 并且在右旋转时, 右侧相对左侧受力大, 由表 4 图 4 可知小关节的等效力主要集中于 C_{5-6} , 其次为 C_{4-5} 与 C_{6-7} 。这与表 3 有相似的规律。

3 讨论

本研究通过力学工程软件(Sup-SAP), 克服了常规手段无法观测内部受力的缺陷, 三维显示颈椎在斜扳状态下, 钩椎关节、小关节的应力集

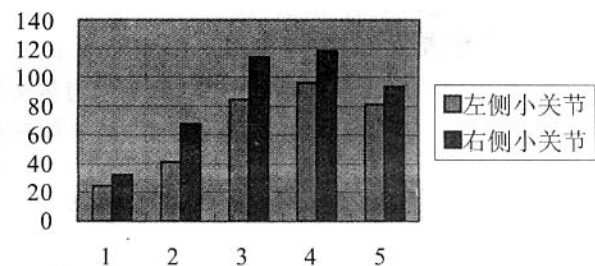


图 2

中于中下段。在 C_{4-6} 水平的钩椎关节剪应力较大, 骨赘容易发生于此些部位, 这些部位的骨赘有可能影响到其外侧的椎动脉或使脊神经根受到刺激, 而产生临床症状。这从力学角度阐明, 颈椎斜扳手法的治疗机理。

参考文献

[1] 朱凤华, 孙棚. 长期伏案工作人员颈椎病患病率调查. 安徽医科大学学报, 1993, 28(1): 37~38
 [2] Goel VK, Kong W, Han JS, et al. A combined finite element and optimization investigation of lumbar spine mechanics with and without muscles. Spine, 1993, 18(11): 1531~1541
 [3] 孟和, 顾志华主编. 骨伤科生物力学. 北京: 人民卫生出版社, 1989, 379

收稿日期: 2004-07-15

作者简介: 王强(1973-), 男(汉族), 山东省济南市人, 主治医师。

1.2 诊断标准 以眩晕为主要症状,并有不同程度的颈项疼痛、头痛、恶心、呕吐、耳鸣、听力减退、视物模糊及猝倒。颈椎正侧位片均有不同程度的颈椎生理曲度变直或反弓,椎体棘突偏歪(双突征或双边征),钩椎关节增生,椎间隙变窄,项韧带肥厚及钙化。TCD检查均有两侧椎动脉血流不对称,转头时患侧波幅明显下降,提示椎动脉供血不足。符合国家中医药管理局颁发《中医病症诊断疗效标准》的颈椎病诊断标准。所观察病例中,有26例(对照组11例,治疗组15例)伴有脑动脉硬化、高脂血症、高血压病等,但其眩晕与颈椎活动及位置有关,与美尼尔氏病、脑动脉硬化症等引起的眩晕不同。

2 治疗情况

治疗组以推拿手法治疗为主。患者先取仰卧位,医者坐于其头顶部,用一指禅推法、按点法、抹法、扫散法、五指抓拿法等在其头面部操作,取穴攒竹、鱼腰、丝竹空、太阳、四白、神庭、头维、百会、脑空、风池、风府等,共操作5~10 min;然后令患者俯卧,取肩井、夹脊穴、大杼、肺俞、风门、心俞、膈俞、大宗等相应腧穴,医者在其肩背部斜方肌、背阔肌、骶脊肌等肌群施以滚法、按揉、弹拨、擦法等手法10 min;患者端坐,头项正直,医者在其颈肩部肌群施以拿法、滚法、按揉、弹拨等手法5~10 min;令患者放松,医者用双手拇指顶在枕骨下方,并用两前臂压住患者的两肩,两手用力将头部向上托起,同时,两臂向下用力压肩,行坐位颈椎拔伸法1~2次,有颈椎棘突偏歪者,可以一手拇指顶按住偏歪的棘突,另一手扶其额头向后行颈椎旋转伸法1~2次;有颈椎生理曲度变直或反弓畸形者,以一手拇指顶按住颈椎棘突的最高点,另一手托其下颌向同侧行颈椎旋转伸法1~2次,以患者能耐受为度,最后用拳背击大椎穴及拿肩井穴结束。上述治疗每日1次,对照组采用西比灵治疗,西比灵由西安杨森制药有限公司生产,片剂,每片5 mg,口服,每次1片,每日2次,两组均以2周为一个疗程。

3 检测方法

3.1 TCD检测 采用以色列产Trans-Link 9000型经颅彩色多普勒分析仪,患者取坐位头前倾,休息片刻后开始检测,以2Hz脉冲探头置于枕骨大孔处(枕窗)和颞弓上方(颞窗)分别探及两侧椎动脉(VA),基底动脉(BA),以及颈动脉系统的大脑前中后动脉(MCA,ACA,PCA),血流动力学信息经频谱分析系统计算出各种数据,观测指

标包括稳定的平均血流速度(V_m)和频谱形态等,本组64例患者治疗前经检测发现VA、BA平均血流速度低于正常,并伴有频谱离散度增大,血流声嘈杂,部分出现湍流等,主要病变血管为VA、BA,其中2例合并有PCA V_m 减慢,具体情况见表1。

表1 64例异常患者血管分布情况

血管	单侧	双侧	总计
VA	9(14.1%)	11(17.2%)	20(31.3%)
VA+BA	18(28.1%)	26(40.6%)	44(68.7%)
总计	27(42.2%)	37(57.8%)	64(100%)

3.2 症状体征判定标准 将临床症状和体征根据其轻重程度分为严重、一般、无3级,分别计2、1、0分,通过计算积分值,对颈椎病常见症状和体征的出现频度和治疗前后的变化情况进行分析。

4 疗效评定标准

疗效标准参照《中医病证诊断疗效标准》^[1]拟定,并在治疗前和两个疗程结束后各做TCD检查一次。痊愈:临床症状与体征消失,TCD检查正常,能够正常活动及工作,积分下降90%以上;显效:临床症状与体征基本消失,TCD检查大致正常,颈项可有轻度不适感,但不影响日常生活及工作,积分下降70%~90%;有效:临床症状和体征有所减轻或改善,TCD检查部分正常,偶有发作性眩晕及颈项不适感,积分下降40%~69%;无效:临床症状和体征基本无改善,积分下降40%以下。数据采用配对计量资料的 t 检验进行统计学处理。

5 疗效分析 (见表2~表6)

表2 推拿治疗前后血流情况对比 ($x \pm s$)cm/s

	例数	治疗前	治疗后	P
LVA	10	29.40±3.59	39.61±4.62	<0.05
RVA	7	25.47±6.24	32.43±4.71	<0.05
VA+BA	17	29.18±4.37	37.57±6.28	<0.05

表3 西比灵治疗前后血流情况对比 ($x \pm s$)cm/s

	例数	治疗前	治疗后	P
LVA	8	29.16±3.70	36.55±2.36	<0.05
RVA	5	26.14±5.44	30.34±3.23	>0.05
VA+BA	27	29.64±3.73	33.57±5.62	<0.05

表4 两组治疗前后血流情况对比 ($x \pm s$)cm/s

	例数	治疗前	治疗后	P
治疗组	34	27.96±5.65	37.87±5.62	>0.05
对照组	30	27.38±4.68	34.39±4.86	<0.05

治疗结果;分别分析比较两组的TCD改善情

况,结果显示:推拿治疗前后 LVA、RVA、VA+BA 血流情况比较均有显著性差异($P < 0.05$,表 2),西比灵治疗前后 LVA、VA+BA 血流情况对比有显著性差异($P < 0.05$,表 3),而 RVA 治疗前后无显著性差异($P > 0.05$);两组组间治疗前差异无统计学意义($P > 0.05$),而治疗后两组差异有统计学意义($P < 0.05$,表 4)。治疗组痊愈 12 例,显效 16 例,有效 4 例,无效 2 例,痊愈和显效率为

82.4%。对照组痊愈 5 例,显效 8 例,有效 7 例,无效 10 例,痊愈和显效率 43.3%,两组痊愈率和显效率有显著性差异($P < 0.05$,表 5)。对治疗组中 34 例颈性眩晕患者的常见症状和体征的出现频度,通过积分方法统计,并对治疗前后的变化情况进行分析,可以认为,推拿治疗对缓解颈项疼痛、改善颈性头痛、棘突偏歪和颈部治疗不利等症状具有较好的临床效果,表 6。

表 5 两组间疗效比较

	例数	痊愈 例(%)	显效 例(%)	有效 例(%)	无效 例(%)	<i>P</i>
治疗组	34	12(35.3)	16(47.1)	4(11.8)	2(5.9)	<0.05
对照组	30	5(16.7)	8(26.7)	7(23.3)	10(33.3)	

表 6 治疗组症状和体征治疗前后积分统计

症状和体征	n	治疗前	治疗后
头晕	34	1.34±0.48	0.02±0.16
颈项疼痛	34	1.24±0.49	0.03±0.22
头痛	34	1.32±0.61	0.02±0.18
恶心、呕吐	24	0.05±0.31	0.02±0.16
视力障碍	20	0.54±0.64	0.41±0.50
耳鸣及听力减退	16	0.34±0.48	0.02±0.16
颈部活动不利	34	1.28±0.62	0.02±0.16
颈椎生理曲度改变	34	1.32±0.52	0.02±0.16
棘突偏歪	22	1.02±0.45	0
仰头转颈试验阳性	11	0.93±0.35	0.01±0.11

6 讨论

颈性眩晕一般是由于颈椎间盘退行性变或颈椎不同部位增生刺激或压迫椎动脉,导致椎—基底动脉供血不足所产生的临床症状,常在持续性供血不足所产生的亚临床脑代谢改变的基础上,由于脑血流失代偿的加重,而出现脑干和/或皮层的损害,根据现代医学的研究,在头面部,颈项部应用推拿手法,可改善微循环和脑循环,脑血流量显著增加^[3],在颈项肩背部使用拿法、滚法、按揉、弹拨、擦法等推拿手法,可以有效地解除颈部肌肉的紧张、痉挛,改善局部血液循环,促进代谢产物的吸收、消除,减轻局部组织的无菌性炎症,对于颈椎变直、反弓,或伴有棘突偏歪者,由于颈椎生理曲度的改变导致了颈椎应力应变能力的改变,使其成为应力的集中作用点,从而促进该部位的颈椎增生。通过坐位颈椎拔伸法拉宽颈椎间隙,减轻椎动脉的迂曲痉挛,并可使突出物部分地回纳,

从而恢复颈椎正常的生理度并建立正常的应力应变分布。通过拇指顶压棘突作颈椎后伸及旋转伸法,恢复颈椎的结构平衡,抵消使棘突偏歪的应变应力(即反作用力),从而达到减轻或消除颈部血管的痉挛,增加椎—基底动脉的血液循环的目的,使病情得到缓解。通过对 64 例颈性眩晕患者的临床对照观察治疗,结果显示,推拿手法治疗组取得了较好的疗效,与西比灵对照组疗效比较,有统计学意义, $P < 0.05$,提示推拿手法治疗组疗效优于西比灵对照组,是一种治疗颈性眩晕的较好方法。通过治疗前后 TCD 的对照研究,患者平均血流速度得到明显改善,部分患者可以恢复支持,与临床表现基本一致,因此,我们认为 TCD 可以作为颈椎病性椎—基底动脉供血不足的疗效评价标准之一。结合推拿治疗,增加舒筋活络功效,消除颈部肌肉紧张,促进头颈部血液循环。但应注意,在推拿操作过程中,应随时观察患者的反应,防止因过度扭转导致颈部血管的扭曲,血流中断或栓子形成。治疗结束后,应嘱患者注意避免颈部过劳或受寒,可以配合适当的功能锻炼,但应循序渐进,急性期仍以卧床休息为主。

参考文献

- [1] 薛爽. 什么是颈性眩晕. 中国脊柱脊髓杂志, 1999, 5(10): 99
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京大学出版社, 1994, 186
- [3] 曹仁发. 中医推拿学. 北京: 人民卫生出版社, 1992, 105~106