

肌肉,安全、熟练运用正骨手法,保证疗效及患者安全。

总之,颈椎手法推拿结合针灸治疗颈性眩晕,通络活血,荣窍定眩,可明显改善椎-基底动脉供血,缓解眩晕症状,安全高效,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 胥少汀,葛宝丰,徐印坎,等.实用骨科学[M].2版.北京:人民军医出版社,2001:1468.
- [2] 范炳华,王新华,王鹏,等.三部推拿法治疗颈性眩晕 120 例临床疗效观察[J].浙江中医药大学学报,2011,35(4):581-586.
- [3] 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.
- [4] 代红朝,贾艳.通心络胶囊治疗颈性眩晕 45 例[J].世界中医药,2010,05(6):385.

- [5] 罗志洪.推拿手法为主治疗颈性眩晕 30 例临床观察[J].河北中医,2012,34(3):405-406.
- [6] 翁文水,林玉芬,吴铅谈,等.短杠杆微调手法结合水突穴位注射治疗重症神经根型颈椎病 32 例[J].世界中医药,2010,5(2):103-104.
- [7] 王增.温针灸配合手法治疗颈性眩晕症 78 例[J].中国社区医师:医学专业半月刊,2009,11(18):132-133.
- [8] 梁晟.针刺推拿并用治疗颈性眩晕的临床疗效观察[J].中国实用医药,2012,07(26):230.
- [9] 吕良德,卫华,吴慧琴,等.推拿手法松解软组织治疗颈性眩晕 36 例[J].陕西中医,2011,32(4):442-444.

(2013-01-09 收稿)

整脊手法治疗 131 例颈性眩晕疗效分析及对眩晕性疾病的再认识

王石¹ 鹿青² 佟颖³

(1 哈尔滨市道外区太平人民医院针灸理疗科,哈尔滨,150050; 2 哈尔滨市道外区太平人民医院脑超室,哈尔滨,150050;
3 黑龙江中医药大学附属第一医院,哈尔滨,150040)

摘要 目的:探讨整脊手法治疗颈源性眩晕的治疗机理,重新认识颈源性眩晕及眩晕性疾病的病因病理。方法:对 131 例颈源性眩晕患者进行整脊手法治疗,恢复其颈椎胸椎曲度,术前后即刻 TCD 检查以比较椎动脉血流变化,再予拔罐和红外线治疗 3 天,之后间隔性调整治疗。结果:治愈 121 例,占 92.37%,好转 8 例,占 6.11%,无效 2 例,1.53%。即时缓解 129 例,占 98.47%。结论:整脊手法治疗颈源性眩晕疗效明确,但椎动脉血流并未单纯增加或减少,故反思眩晕性疾病的中西医病因病理,提出眩晕性疾病结构异常和急慢损伤两大病因;病理和解剖方面的多机制变化,尤其颈部的结构变化在眩晕性疾病中的重要作用;治疗上凡眩晕者,必正其骨。

关键词 颈源性;眩晕;整脊疗法;病因病理

Analysis and Acquaintance of Effect of Spinal Rotation Treating 131 Patients with Cervicogenic Dizziness

Wang Shi¹, Lu Qing², Tong Ying³

(1 Acupuncture Physiotherapy Department, Harbin Taiping People's Hospital, Daowai District, Harbin 150050, China;
2 Cerebral Ultrasound Room, Harbin Taiping People's Hospital, Daowai District, Harbin 150050, China;
3 First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Traditional Chinese Medicine, Harbin 150040, China)

Abstract Objective: To study the therapeutic mechanism of spinal rotation massage treating cervicogenic dizziness, and acquire the etiology and pathology of cervicogenic dizziness and other dizziness diseases. **Methods:** One hundred and thirty one patients with cervicogenic dizziness were given treatment of spinal rotation, their cervical and thoracic vertebrae curvatures were aimed to recover. Immediate TCD examinations were given before and after the operation to compare the vertebral artery blood flow changes. Patients had cupping and infrared therapy for 3 days. Then intermittent adjusted treatment were given. **Results:** Among the 131 patients, 121 cases were cured, accounting for 92.37%; conditions of 8 cases were improved, accounting for 6.11%; and 2 cases were ineffective, accounting for 1.53%. Conditions of 129 cases were immediately relieved after the operation, accounting for 98.47%. **Conclusion:** There is definite effect of spinal rotation massage in treatment of cervicogenic dizziness, while there is no simple increase and decrease of vertebral artery blood flow. Hence the etiology and pathology of dizziness diseases are brought to be structural abnormalities and acute and chronic injuries; there are multiple mechanism changes of pathology and anatomy, particularly structural changes of the neck; in order to treat these kind of dizziness diseases, bones must be set.

Key Words Cervicogenic dizziness; Spinal rotation massage; Etiology and pathology
doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2013.05.026

颈源性眩晕现指因颈椎病变引起的头晕、目眩为主症的综合性疾病。眩晕作为临床常见病、多发病,好发于中老年。但是,随着时代的改变,人们的生活习惯和社会活动的变化,本病也日益年轻化。临床上也常常被诊断为“梅尼尔氏综合征”“脑动脉硬化”“神经衰弱”,甚至“脑卒中”等疾病而被贻误治疗。笔者自2010年11月至2012年4月采用整脊手法治疗131例颈源性眩晕患者,疗效满意,从中体悟本病的致病机理和治疗的侧面与以往的认识大大不同。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料 本次研究共收治131例患者,病源来源于门诊和住院的患者。男性34例,占26%;女性97例,占74%。年龄最小25岁,最大80岁,平均年龄52.26岁,年龄跨度55岁;其中年龄分布见表1。病程最短3天,最长10年以上。

表1 年龄分布

年龄段	例数	比例(%)
21-30	5	4.0
31-40	21	16.0
41-50	35	27.0
51-60	35	27.0
61-70	24	18.0
71-80	11	8.0

1.2 诊断标准 1)眩晕为主症,可伴有耳鸣、头枕痛、颈肩上背痛、恶心、呕吐甚至晕厥等症状,有的可有方向性黑视或晕厥。2)触诊:颈胸椎体棘突排列不整齐,颈枕部、颈肩及上背部可触及痛性结节或条索。3)颈椎活动受限,多数有外伤史或长期慢性劳损史。4)X线检查:正位(后前位)片可见各颈椎棘突顺列不在正中线上,椎间隙宽窄不等,不平行,有的可见陈旧性骨折和退形性改变;侧位片可见寰枕间隙≤4 mm,寰枢前间隙之距≥3 mm,寰椎前结节与枕骨大孔关系紊乱,有的可见钩环,多椎体后缘双边和(或)双弓,各椎体后缘连线显示生理曲度可有消失甚至全部或部分反弓。

1.3 治疗方法

1.3.1 预备手法 患者颈部肌肉非常紧张,或者患者颈部过短(短颈综合征),或颈部小关节存在交锁现象的,可以用滚、揉、拿、分筋、理筋手法对椎枕肌、斜方肌、肩胛提肌、菱形肌以及其他枕部肩背部肌肉进行疏理放松治疗,使局部筋柔骨顺,气血通和。如无上述情况者可直接进行手法调整。

1.3.2 颈部手法 患者正坐位,双手自然垂于身体两侧,医者立于患者背后,过伸位旋颈整复C₅₋₇错位;中立位旋颈整复C₃₋₅错位;前屈位旋颈整复C₂₋₃错位;前屈位,术者食指屈指,以屈曲后的桡侧面紧贴错位方向的乳突和寰椎棘突一线,同时快速向同侧旋颈整复寰椎错位。

1.3.3 胸椎手法 1)患者正坐位,双手自然垂于身体两侧,医者立于患者背后,过伸位稍向胸椎错位方向相反方向偏头,术者用力上提头部的同时,快速旋转颈部,即可整复错位的上位胸椎,一般T₂₋₅均可如此复位,少数患者可整复至T₇。2)上述方法整复后,仍有错位者,或者伴有中下段胸椎甚至腰椎错位者,令患者俯卧,术者立于患者身侧,双手叠压,自下而上,依次按压错位的各节椎体,由轻到重,直至出现复位的弹响。如仍不能复位,可摸清错位椎体形成的弧线,在其顶点以拳指向圆心方向推顶,即可听闻复位爆响。如仍有错位,则不可强行整复,可能因为患者椎体有陈旧性损伤,或者患者是先天性韧带松弛者,应进行针刀松解后,视情况再施手法,方可奏效。

1.3.4 第1次调整后,间隔1周再次复位调整,再间隔两周后再次复位调整,有必要者间隔3周至1个月后再次复位调整。每次施术后,均予3天背部拔罐20 min,外线治疗20 min。第1次调整都是调整颈椎和胸椎,第2次开始则视情况增加调整腰椎和骨盆。

1.3.5 每个患者第一次施术前即刻予TCD检查,观察椎动脉血流变化。

1.4 疗效标准 治愈:眩晕、头痛、恶心等症状和体征消失;好转:上述症状明显减轻,时有复发;无效:经治后,症状体征无任何改善;即时缓解:手法调整后症状立即缓解甚至消除。

2 治疗结果

2.1 治疗结果见表2。其中有16例治疗后,于第2天出现一过性症状加重,历时1~7 d内缓解,占总例数的12.2%。

表2 治疗结果

	例数	比例
治愈	121	92.37%
好转	8	6.11%
无效	2	1.53%
即时缓解	129	98.47%

2.2 术前术后TCD数据对比见表3~表6。

表 3 术前术后 TCD 整体数据变化比较

项目	LVA							RVA							BA						
	Vs	Vm	Vd	PI	RI	SBI	S/D	Vs	Vm	Vd	PI	RI	SBI	S/D	Vs	Vm	Vd	PI	RI	SBI	S/D
增加	58	57	56	61	61	69	60	66	67	67	61	62	50	61	60	68	72	53	51	52	59
减少	63	62	65	64	64	55	66	53	51	49	65	63	70	68	58	57	52	71	69	65	72
无变化	10	12	10	6	6	7	5	12	13	15	5	6	11	2	13	6	7	7	11	14	0
平均值	-0.496	-0.16	0.008	-0.015	-0.007	0.022	-0	1.099	0.45	0.1	-0.005	0.356	-0	-0.025	0.351	0.71	0.885	-0.032	-0.013	-0.01	-0.063
最大值	55	32	21	0.47	0.2	0.37	0.9	33	19	12	0.56	46.49	0.37	1.39	26	19	16	0.29	0.12	0.34	0.56
最小值	-25	-15	-16	-0.79	-0.39	-0.36	-2	-20	-17	-27	-0.98	-0.27	-0.4	-3.87	-20	-11	-9	-0.54	-0.17	-0.45	-1.57
差	55.496	32.16	20.992	0.485	0.207	0.348	0.9	31.901	18.55	12	0.565	46.134	0.38	1.415	25.649	18.29	15.115	0.322	0.133	0.35	0.623

表 4 术前术后椎动脉流速变化比较

变化	例数	比例
左侧供血为主	84	64.12%
右侧供血为主	43	32.82%
双侧供血为主	4	3.06%
复位后供血方式无变化	90	68.70%
复位后供血方式有变化	41	31.30%

表 5 术前术后基底动脉流速与左右椎动脉流速之和的比值变化关系 VBA/(VLVA + VRVA)

变化关系	Vs	Vm	Vd
增加	61	69	73
减少	70	62	56
无变化	0	0	2

表 6 LVA、RVA、BA 流速变化关系

Vs		Vm		Vd	
L R B	例数	L R B	例数	L R B	例数
+++	35	+++	29	+++	37
++	12	++	12	++	14
+-	9	+-	10	+-	9
+-	11	+-	5	+-	5
--	10	--	13	--	15
+-	11	+-	18	+-	14
--	11	--	10	--	7
--	23	--	16	--	18

注：+ 增加，- 减少。

5 讨论

笔者所治疗的 131 例患者,效果显著,症状多数都是立即减轻或者消失。经术前术后 TCD 对比发现:没有任何一组对比是绝对或者大多数呈现单极性变化的(增加或减少),数据的变化与症状缓解之间并未产生明确因果关系。这个现象令笔者十分费解,不得不重新思考颈性眩晕甚至眩晕性疾病的病因病理。

颈源性眩晕的病因病理十分复杂,目前大多认为多因椎-基底动脉供血不足为主。近年来开始有提出交感神经功能紊乱,颈本体觉紊乱,锁骨下动脉盗血综合征及其他因素等^[1-3]。张素珍^[4]等认为:由颈部不同疾病引起之综合征,有椎动脉受压学说和颈部交感

神经受刺激引起椎动脉痉挛学说,颈深部感受器受刺激经颈 1~3 神经到前庭神经核引起眩晕。颈部各种疾病引起的眩晕,可能是最常见的眩晕,其可属前庭性亦可属非前庭性眩晕,目前尚难严格区分。颈部病变亦可能是膜迷路积水和位置性眩晕的原因。对其病理的认识大都认为是由于椎动脉受压所致,由于椎动脉起于锁骨下动脉上行穿颈 6 胸 1 横突孔,至寰椎时通过 4 个几乎垂直的三维纤曲,进入颅底合成基底动脉,头部转动时可牵拉而使血管发生压迫狭窄变形,从而影响血流量,当寰枢椎关节解剖位置发生改变,可牵拉椎动脉,直接导致椎动脉发生痉挛、扭曲,通过对交感神经的刺激,又可以反射性地引起椎动脉痉挛。

在此,笔者以为:眩晕,作为一种使人体平衡感觉紊乱的疾病,其病因病理都很复杂。就其病因来说,不外结构异常和损伤两方面。此类患者大都有结构上的异常,寰枕关节紊乱、寰椎钩环、棘突融合、椎体融合等等。损伤,对于每个患者而言都是绝对存在的。大部分患者存在着陈旧性创伤性改变,有的甚至不只一次创伤,绝大多数都是由于头外伤,间接或直接损伤颈部。很多人无法回忆受伤过程,甚至完全没有相关记忆。其次是慢性疲劳性损伤,在日常工作生活当中,因为习惯、工种、条件等长期因素影响而形成的损伤。这些都可以在影像学和查体中找到足够的证据。结构上的异常和损伤造成的变化都导致了其本身结构的紊乱,并产生了相应的变化,从而影响了正常的生理功能,进而造成相邻、相关组织或器官的结构和功能的紊乱,综合起来就会形成更大更广泛的紊乱。当紊乱程度超过机体的代偿和自我修复能力时,出现相应的症状,形成疾病。

人体姿势平衡的维持需要来自于前庭感受器、视觉及本体感受器(平衡三联)提供的外周感觉信息传入,经中枢神经系统的复杂整合(包括潜意识的协调反射和有意识的协调运动),通过前庭眼感觉进行视觉定位,前庭脊髓进行姿势反射,保持躯体平衡。而平衡三联之间的关系已证实不是线性的,国内研究认为前庭觉占 55.6%,视觉和本体觉分别占 17.3% 和

34.0%^[4-5]。其中,前庭内耳部分的血供来自迷路动脉和茎乳动脉。迷路动脉属椎-基底动脉系统,当椎-基底动脉供血故障时,往往影响到内耳供血。茎乳动脉是起于颈外动脉的耳后动脉的一个小分支,从鼓室供应骨迷路外半规管的部分^[6]。眼球的血供来自颈内动脉的分支——眼动脉,出自颈内动脉的眼段。颈内动脉分为七段(Bouthillier),在其穿行过程中,四周都绕以结缔组织、静脉丛和节后交感神经^[6]。它们每一个都有牵一而动全身的作用,在哪一处出现问题,都会出现相应的症状。事实上,临床上很多患者调整完颈1~2后,都有眼前一亮、头脑清醒的感觉。笔者以为:这并不完全是椎动脉的4个弯曲受到调整的结果,颈内动脉的变化恐怕也功不可没。颈部交感干神经节兴奋时,对椎动脉总的影响趋势是使其血流量下降,主要机制可能在于交感神经受到激惹后,使椎动脉产生反射性痉挛,产生持续的缩血管效应而使血流量下降,导致椎-基底动脉系统血流障碍(VBI)^[7]。在对颈本体觉紊乱和头颅空间回复能力的研究中,充分显示出本体感受器与人体空间平衡感密切相关,明确了颈部在平衡功能中的重要地位,更清晰地分析了手法对眩晕患者头颈部的动态结构(尤其是颈伸肌群)的影响^[8-9]。

综上所述,颈部的结构变化直接的、间接的使传递人体平衡信息的“线路”^[10]不通畅,影响了平衡三联所提供的外周感觉信息传入,从而干扰了中枢神经系统的整合,形成眩晕。因此,不能把颈性眩晕的机理仅仅看成是椎动脉血液供应问题,而是一个涉及周身整体功能的复杂运作机制。同时,颈部的结构异常在眩晕性疾病中的影响,也不应该仅仅局限在颈性眩晕范围内。整脊手法调整的是脊柱和骨盆的骨性结构,是把原本相对异常的结构调整为相对正常的结构形态,从而使得其周围和相关的组织和器官也达到一个相对正常的平衡状态。笔者认为主要调整的是两个方面。一方面,改善颅内供血模式。颅内的血液供应是在颈部的血管和中枢神经调节共同完成的。从术前术后TCD数据对比中可以看到:没有任何一组比较是以椎动脉血流绝对性的增加或减少为主要结论的,甚至数据大多都呈弥散状态分布。这说明眩晕的改善,确实与椎动脉的变化相关,但并不完全是正相关。笔者认为:眩晕的改善是与颅内血液供应的整体模式变化相关的,而且是正相关。另一方面,调整本体感受器。颈部是本体感受器分布密集区域,颈部的异常也影响本体感受器的正常工作。尤其在颈部的神经节受到影响后,更加重了颈部的异常状态,并进一步造成了更广泛

的影响。整脊手法打破了这一怪圈,恢复局部相对正常的结构,解除各个感受器所受的压迫和刺激。

对于本病在中医方面的论证:病因以情志不遂、年高肾亏、病后体虚和跌仆损伤为主,临证病机则主要从风、火、痰、虚、瘀等方面着手^[1,11]。头者,诸阳之会,汇聚一身之阳气达于清空。脊椎所经过的路线正是督脉的循行路线,督脉为阳脉之海,总督一身之阳气。督脉为阳,任脉为阴,阳升阴降,乃为平秘。脊椎错位,经脉瘀阻,督脉不畅,阳气不升,任脉虽畅,浊阴不降。阳气不升,脑失温煦,髓海空虚,意动神摇;浊阴不降,运化无权,秽浊于上,凝滞不行。又加饮食不当,年高体虚,脾胃失宜,生湿聚痰,但有变故,情志跌仆,风火作眩。故临床上以虚实夹杂多见,治疗原则以补虚泻实,调整阴阳为要。整脊手法,纠错复位,通顺经脉,任督和谐,阳升阴降,脑脉调和,自然神清体健,为治疗之根本。经脉通,阴阳和,再调腑脏气血,则无往不利。针灸等其他治疗虽也能达到治疗目的,但不能纠正骨骼位置,改善脊柱骨盆不稳的内外结构力学失衡状况,保证传递人体平衡信息的“线路”通畅,其疗效在见效速度和持久性方面恐怕稍感不足。

因此,笔者建议:凡眩晕者,必正其骨,顺其脉,而后和阴阳,调脏腑,方能速效而持久。

参考文献

- [1]姜立,吕小平.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.
- [2]栗秀初.眩晕[M].2版.西安:第四军医大学出版社,2008:01.
- [3]许建新.神经内科住院医师进修手册[M].北京:军事医学科学出版社,2009:10.
- [4]张素珍.眩晕症的诊断与治疗[M].3版.北京:人民军医出版社,2010:12.
- [5]刘波,孔维佳,邹宇.应用海绵垫干扰本体觉分析正常人姿势平衡中的感觉整合作用[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2007,21(4):162-165.
- [6]张朝佑.人体解剖学(上、下)[M].3版.北京:人民卫生出版社,2009:03.
- [7]张军,齐越峰,孙树椿.椎动脉与颈交感神经的解剖关系在椎动脉型颈椎病发病学中意义[J].中国骨伤,2001,14(12):737.
- [8]胡军,吴嘉容,沈国权.手法对颈本体觉紊乱眩晕头颅空间回复能力的作用研究[J].按摩与导引,2004,20(3):7-9.
- [9]何水勇,沈国权.颈椎微调手法对颈性眩晕患者头颅空间回复能力的影响[J].江西中医学院学报,2011,23(4):19-21.
- [10]王令习.人体信息线路—针刀内科学[M].澳门:澳门出版社,2009:09.
- [11]周仲瑛.中医内科学[M].2版.北京:中国中医药出版社,2007:02.