

旋提手法配合中药治疗颈性眩晕

赵兴玮 毕方杉

(北京市丰盛中医骨伤专科医院, 北京, 100033)

摘要 目的:评价旋提手法配合中药治疗颈性眩晕的疗效及安全性,探讨其作用机制。方法:共纳入颈性眩晕患者 82 例,随机分为治疗组和对照组,治疗组采用旋提手法加口服中药,对照组采用牵引疗法加口服盐酸氟桂利嗪胶囊。将 2 组患者治疗前后即初诊首日和治疗后第 14 天的疼痛视觉模拟评分(Visual Analogous Scale, VAS)评分、SF-36 评分、中医病证诊断疗效标准、彩色多普勒检测的椎动脉相关数据等进行比较。治疗前后所做血常规、肝肾功能检验结果作为安全性观测统计资料。结果:1)治疗组总有效率达到 85.37%,而对照组为 65.85%。治疗组优于对照组($P < 0.05$);2)治疗组在改善眩晕程度、颈肩痛、LVA 及 BA 方面优于对照组($P < 0.05$),而 2 组在 SF-36 评分这一项上,差异并无统计学意义($P > 0.05$);3)本研究中 82 名患者在治疗期间,均未出现不良反应。结论:旋提手法配合中药治疗颈性眩晕是安全、有效的,能够有效改善眩晕程度、颈肩痛及椎动脉供血状况。

关键词 颈性眩晕;眩晕;旋提手法;中药;牵引;盐酸氟桂利嗪胶囊

Treating Cervical Vertigo by Rotating and Tracting Manipulation and Herbal Decoction

Zhao Xingwei, Bi Fangshan

(Beijing Fengshen Special Hospital of Traditional Medical Traumatology and Orthopaedics, Beijing 100033, China)

Abstract Objective: To evaluate the effects of rotating and tracting manipulation combined with herbal decoction in treating cervical vertigo and to discuss its mechanism. **Methods:** Cervical vertigo patients of 82 cases were randomly allocated to testing group (treated with rotating and tracting manipulation combined with herbal decoction) and control group (treated with traction combined with Flunarizine Hydrochloride Capsules). Two groups were evaluated by Visual Analogous Scale (VAS), Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), standard of diagnosis and therapeutic effect of TCM and the relevant data of colored Doppler detection of the vertebral artery at the first day of the diagnosis and fourteen days after. The statistics of patients' routine blood test, liver and kidney functions tests results on the first day and the 14th day were used as safety observation data. **Results:** Firstly, the total effective rate of treatment group was 85.37%, while the control group 65.85%. The result of the treatment group was better than that of the control group ($P < 0.05$). Secondly, the treatment group has better results in improving these vertigo and shoulder pain and cervicodynia, LVA and BA than the control group ($P < 0.05$). But there was no significant difference of SF-36 evaluation ($P > 0.05$). Thirdly, during the whole treatment, the 82 patients showed no adverse reaction. **Conclusion:** The rotating and tracting manipulation combined with herbal decoction in the treatment of cervical vertigo is safe and effective, for it can effectively improve the vertigo condition, shoulder pain and cervicodynia and vertebral artery blood supply situation.

Key Words Cervical vertigo; Vertigo; Rotating and tracting manipulation; Herbal decoction; Traction; Flunarizine Hydrochloride Capsules

中图分类号:R255.3;R245.32+9 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2015.09.026

颈性眩晕是指椎动脉的颅外段受颈部病变的影响导致血流障碍引起的眩晕综合征^[1-2],又称椎动脉压迫综合征,椎动脉缺血综合征,颈后交感神经综合征等。眩晕、颈项僵硬疼痛为其主症,伴见耳鸣、眼花、恶心、呕吐甚至猝倒等一系列症状。笔者在临床中运用旋提手法配合中药治疗该病取得了良好的疗

效,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 研究对象为 2012 年 1 月至 2013 年 2 月在我院骨科门诊诊断为颈性眩晕的 82 例患者,按随机数字表法分为治疗组和对照组,每组 41 例。患者均行 TCD 检测、X 线片检查。

1.2 颈性眩晕诊断标准 2010 年《眩晕治疗专家共识》^[3]:1)头晕或眩晕伴随颈部疼痛;2)头晕或眩晕多出现在颈部活动后;3)部分患者颈扭转试验阳性;4)颈部影像学检查异常,如颈椎反屈、椎体不稳、椎间盘突出、钩椎关节退变;5)多有颈部外伤史;6)排除了其他原因。颈椎病诊断标准^[4]:1)临床特征:颈性眩晕,或有猝倒史,多伴有交感神经刺激症状;2)旋颈试验阳性;3)颈椎影像学检查示:颈椎生理曲度改变、椎体失稳、椎体退变、钩椎关节退变,椎间孔、横突孔或椎管狭窄,椎间盘突出、膨出或脱出;4)经颅多普勒超声显示椎-基底动脉血流动力学异常。

1.3 纳入标准 1)年龄在 18~65 岁;2)明确诊断为颈椎病,且符合颈性眩晕诊断标准;3)签署知情同意书;4)辅助检查资料完整。

1.4 排除标准 1)眩晕由颅内占位性病变、创伤、耳病、眼病等引起者;2)过敏体质及对本药过敏者;3)冠心病、造血系统疾病及精神病患者;4)孕妇、哺乳期妇女;5)无法判断疗效或资料不全等影响疗效判定者。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 给予旋提手法及自拟中药方口服治疗。

1.5.1.1 旋提手法^[5-6] 1)松解手法:患者坐位,医者立于其后,医者一手中指点按患者百会穴,同时另一手以指揉法点揉颈项 3 线(即风府至大椎,风池至肩井,风池至缺盆),重点是风池至缺盆线,共计 3~5 次;然后点揉印堂穴、太阳穴、人迎穴各 1 min。2)旋提手法:以患者头部向右旋转为例。患者端坐,身体放松,医者立于患者身后,嘱患者头部主动水平向右旋转至最大限度,再屈曲颈椎至最大限度,再旋转,保持不动,然后医者右前臂置于患者颌下,左手托扶患者枕部,以端住其头部使其保持在极限位置,同时踮起右脚后跟,嘱患者放松,将腰背部紧贴在医者右侧大腿及腹部,这时医者会感觉到患者头颈部有固定感,医者右前臂立刻快速发力向上提拉患者头颈部,此时可听到一声或多声弹响。3)善后手法:以虎口揉法自枕部一直揉到大椎穴,计 3 次;提拿双侧斜方肌 1 min。

1.5.1.2 自拟中药方 半夏 10 g,天麻 10 g,茯苓 9 g,陈皮 9 g,白术 15 g,甘草 6 g,钩藤 10 g,川芎 10 g,当归 10 g,白芍 10 g,醋延胡索 10 g,白芷 10 g,细辛 3 g,葛根 20 g,三七 3 g,黄芩 10 g。水煎服,日 1 剂,早晚分服。

1.5.2 对照组 给予牵引及口服盐酸氟桂利嗪胶

囊治疗。

1.5.2.1 牵引治疗^[7] 1)患者取坐位,带枕颌布兜牵引,头部向前微屈,约前倾 10~15 度,并以患者感觉舒适且能减轻症状为准。2)牵引重量从患者体重 10% 开始,按 0.5 kg 标准逐渐增加重量,最大重量不超过体重 20%。3)每次牵引 30 min。

1.5.2.2 盐酸氟桂利嗪胶囊(西安杨森制药有限公司) 10 mg,口服,qn。

1.5.3 疗程 治疗组治疗持续 2 周,1 次/3 d,共 5 次;对照组治疗持续 2 周,1 次/d,共 14 次。症状消失可以停止治疗。

1.6 疗效观察

1.6.1 观察指标及方法 治疗第 1 天和第 14 天填写 VAS、SF-36 评分表、眩晕症状计分表,并进行 TCD 检查(左颈动脉 LVA、右颈动脉 RVA 及基底动脉 BA 的流速)及安全性指标肝功、肾功、血糖、X 线片颈椎片检查。

1.6.2 疗效评定标准 参照《中医诊断学》中“眩晕”的疗效标准拟定(头晕眼花,时作时止 2 分,视物旋转,不能行症状走 4 分,眩晕欲仆,不能站立 6 分)。疗效评价依据国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定如下。1)症状临床痊愈:改善率≥90%;显效:75%≤改善率<90%;有效:30%≤改善率<75%;无效:改善率<30%。2)改善率=(治疗前眩晕积分-治疗后眩晕积分)/治疗前眩晕积分×100%。

1.7 统计学处理 使用 SPSS 18.0 统计分析软件进行数据处理。计量资料表示为均数±标准差($\bar{x} \pm s$),2 组内治疗前后的比较采用配对样本 *t* 检验,组间比较采用独立样本的 *t* 检验,方差不齐采用近似 *t* 检验。有效率的比较采用卡方检验,*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 性别、年龄、病程比较 2 组患者性别、年龄、病程差异均无统计学意义(*P*>0.05),具有可比性,见表 1。

表 1 性别、年龄、病程比较

组别	时间	例数	性别		年龄			病程		
			女	男	最小	最大	平均	最短	最长	平均
治疗组	治疗前	41	25	16	22	62	49.6±12.4	1	30	8.78±1.35
对照组	治疗前	41	23	18	23	61	48.7±12.1	1	31	8.83±1.32

2.2 2 组治疗前后 VAS 比较 2 组治疗前 VAS 差异无统计学意义(*P*>0.05);治疗前后自身比较,2 组 VAS 均降低,差异有统计学意义(*P*<0.05);治疗

后手法中药组 VAS 更低,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 2。

2.3 2 组治疗前后 SF-36 评分比较 2 组治疗前 SF-36 评分差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗前后自身比较,2 组 SF-36 评分均提高,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗后 SF-36 评分 2 组差异无统计学意义($P > 0.05$),见表 2。

2.4 2 组患者治疗前后眩晕积分比较 手法中药组患者的改善优于对照组($P < 0.05$),见表 2。

2.5 2 组患者治疗前后 LVA、RVA、BA 流速方面比较 与治疗前比较治疗组在改善 LVA、RVA、BA 流速方面差异均有统计学意义($P < 0.05$),而对照组仅在改善 LVA 方面差异有统计学意义($P < 0.05$);与对照组比较,治疗组在改善 LVA、BA 流速方面效果更加显著($P < 0.05$),见表 2。

表 2 VAS、SF-36、眩晕积分、LVA、RVA、BA 比较

组别	治疗组(n=41)		对照组(n=41)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
VAS	70.34 ± 1.18	16.72 ± 0.59	70.93 ± 1.23	30.82 ± 1.01
SF-36	90.53 ± 6.87	93.87 ± 6.79	90.20 ± 6.71	93.28 ± 6.48
眩晕积分	4.48 ± 1.12	2.17 ± 1.18	4.56 ± 1.02	2.98 ± 1.16
LVA	30.2 ± 7.4	41.6 ± 6.8	30.6 ± 7.3	35.7 ± 7.3
RVA	32.4 ± 7.1	37.3 ± 7.7	32.2 ± 7.5	33.3 ± 7.9
BA	44.2 ± 8.9	49.2 ± 9.4	46.1 ± 9.9	46.3 ± 9.7

2.6 2 组患者治疗前后总体疗效比较 手法中药组总有效率高于对照组,采用卡方检验 2 组率的比较,手法中药组疗效有优于对照组的趋势($\chi^2 = 4.23, P < 0.05$)。

表 3 2 组患者治疗前后总体疗效

组别	治疗组	对照组
例数	41	41
临床痊愈	10	9
显效	18	11
有效	7	7
无效	6	14
总有效率(%)	85.37	65.85

3 讨论

目前,颈性眩晕的发病机制尚不能完全明确,主要假说有:椎动脉压迫学说和交感神经刺激学说^[9-12]。一般认为由于颈椎间盘退变、椎体骨赘、外伤或颈椎失稳等尤其是钩椎关节增生累及横突孔及其周围解剖结构变窄对椎动脉造成机械性压迫,使其管径变窄、闭塞或过度扭曲导致椎动脉痉挛,引起椎——基底动脉系统一过性血流障碍;另一方面外在的异常刺激通过刺激椎动脉周围的交感神经丛、

交感神经干,引起椎动脉反射性收缩,导致椎——基底动脉系统血流减少,从而出现颈性眩晕。那么,如何解除或减轻对椎动脉及其周围神经的压迫和刺激就成为临床治疗颈性眩晕的首要任务。

一是要恢复颈椎的动静态平衡,即颈椎椎体、附件、椎间盘和相连接的韧带结构维持的静态平衡,附丽于颈椎的颈部肌肉维持的动态平衡;二是要改善颅内及颈椎的血液供应。旋提手法中的松解手法作用于患者颈项 3 线,以按、揉、拿、捏等手法使处于高张力状态的肌肉、韧带的张力得以释放,肌肉、韧带痉挛得以缓解,从而调整和恢复颈椎的动态平衡,尤其是一指禅推法在患侧椎体横突尖处(风池至缺盆线)的刺激可直接通过肌肉—神经传导激活交感神经纤维,从而缓解疼痛、改善椎——基底动脉血液供应;点按相应穴位,可通过对穴位的刺激,疏通经络,通过神经—体液调节,降低交感神经紧张度,解除椎动脉痉挛,从而改善脑部血供;旋提手法在颈椎绞锁状态下通过瞬间发力向上拨伸,可松动病变部位的上下关节突,纠正椎间小关节紊乱,解除小关节滑膜嵌顿,松解小关节黏连,恢复颈椎的静态平衡;同时使椎间隙增大,改变椎间盘、椎间孔及横突孔的相对位置关系,解除对椎动脉及其周围交感神经丛的压迫及刺激,从而改善血管迂曲、痉挛,减轻或解除因血流动力学异常而导致的颅内供血减少。

旋提手法是朱立国教授结合多年的临床实践,在旋转手法基础上,提出的又一种新的手法。该手法强调患者主动的颈椎旋转屈曲至最大程度,达到绞锁状态,施术者只是给与一个向上的提拉力,而无旋转力,使现在临床上常用的旋转手法简单化了,同时更容易掌握,另外也提高了手法的安全性^[13-15]。本次试验 41 例患者在治疗过程中均未发生不良反应,也证明了旋提手法的安全性。但手法过程中仍要注意:1)明确诊断,严格掌握适应证及禁忌证,排除肿瘤、结核等椎体破坏性疾病,以及颈椎椎体骨折生成、先天性椎管狭窄等椎体结构先天性畸形;2)手法过程中,要先柔后刚,刚柔相济,切忌手法粗暴,以免患者紧张不能配合或加重病情;3)施行旋提手法时,一定要患者缓慢的旋转屈曲至最大程度,达到颈椎绞锁状态,充分利用“筋束骨”的作用,向上提拉时要“稳、准、快”,切不可追求“咔嚓”声为目的。

颈性眩晕属于中医学“眩晕”范畴,对于眩晕的病因病机,历代医家主要持以下观点:《素问·至真要大论》“诸风掉眩,皆属于肝”,由此产生了“无风

不作眩”的理论;而《灵枢·卫气》之“上虚则眩”及《灵枢·海论》之“髓海不足”则认为因虚致眩;而明代张景岳在该理论基础上,进一步提出了“下虚致眩”的理论,《景岳全书·眩晕》提出“头眩虽属上虚,然不能无涉于下。盖上虚者,阳中之阳虚也;下虚者,阴中之阳虚也”,认为眩晕的病机“虚者居其八九,而兼火兼痰者,不过十之一二耳”,从阴阳相互依存原理及中医整体观念出发完善了“无虚不作眩”理论;《金匱要略·痰饮咳嗽病脉证并治第十二》则提出“卒呕吐,心下痞,膈间有水,眩悸者,小半夏加茯苓汤主之”;“心下有支饮,其人苦冒眩,泽泻汤主之”,认为痰饮是眩晕的病因之一,为后世“无痰不作眩”之源,朱丹溪则以此为基,提出痰火致眩学说,首次提出“无痰不作眩”,《丹溪心法》“头眩挟气并火,治痰为主,挟补气药及降火药。无痰则不作眩,痰因火动;以有痰湿者”;而《医学正传》则指出“血瘀致眩”的观点等等。总之,本病病性有虚有实,但以虚症为多。个人认为本病属本虚标实,肝阴不足,虚火上扰,痰浊中阻,清阳不升。治当燥湿化痰,平肝熄风。颈性眩晕病位在颈,反映在脑,大脑血虚不荣为其本质,故在治疗上,除治疗风和痰外,依据“治风先治血,血行风自灭”的原则,还应配以养血活血、通窍活络之品,以舒解颈项肌,促进血运,改善大脑血虚状况。自拟中药方在半夏白术天麻汤基础上加入通窍活血舒筋之品化裁而成,功能燥湿化痰、平肝熄风、通窍活血,方中半夏燥湿化痰,降逆止呕;天麻化痰熄风而止眩,是治风痰眩晕之要药,本方以此二味为君。以白术为臣健脾燥湿,与君药配伍祛湿化痰止眩之功益佳。佐以茯苓健脾渗湿、陈皮理气化痰,与白术相合,尤能治痰之本;葛根升阳解肌,去项背强痛;当归养血活血,功同四物,可通调血滞,祛瘀生新;白芍柔肝缓急止痛;川芎、延胡索活血行气止痛,川芎还可上行头目,引诸药直达病所;白芷、细辛通窍止痛,甘草和中而调药性。诸药

相伍,使风痰消,眩晕愈。

参考文献

- [1] Brand T, Bronstein AM. Cervical vertigo[J]. Neurol Neurosurg Psychiatry, 2001, 71(1): 8-12.
- [2] Rao Rd, Currier Bl, Albert Tj, et al. Degenerative cervical spondylosis: clinical syndromes, pathogenesis, and management[J]. J Bone Joint Surg Am, 2007, 89(6): 1360-1378.
- [3] 中华医学会神经病学分会, 中华神经科杂志编辑委员. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志, 2010, 43(5): 369-374.
- [4] 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): 472-476.
- [5] 曹连续, 朱立国, 刘秀芹. 旋提手法治疗椎动脉型颈椎病 48 例临床观察[J]. 北京中医药, 2012, 31(3): 198-200.
- [6] 高景华, 朱立国, 张清. 旋提手法治疗椎动脉型颈椎病 120 例疗效总结[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2007, 15(3): 34.
- [7] 杨克勤. 脊柱疾患的临床与研究[M]. 北京: 北京出版社, 1993: 539.
- [8] 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.
- [9] 于腾波, 夏玉军, 周秉文. 交感神经因素对椎-基底动脉血流影响的实验研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2000, 10(3): 157.
- [10] 范志勇, 刘耀基, 黄凯庭, 等. 颈性眩晕的相关发病因素及手法治疗对策[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2012, 20(9): 73-74.
- [11] 罗春蕾. 眩晕宁对颈性眩晕患者血脂及血液流变学影响的研究[J]. 中国医刊, 2013, 48(12): 100.
- [12] 郎伯旭, 刘斯尧, 力震宇, 等. 椎动脉分段观点在颈性眩晕发病机制研究中的应用[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2010, 18(3): 61-63.
- [13] 朱立国, 张旭, 冯敏山. 旋提手法配合颈椎康复操防治神经根型颈椎病的应用研究[J]. 世界中西医结合杂志, 2014, 9(12): 1324-1327.
- [14] 高景华, 朱立国, 谢利民, 等. 旋提手法治疗椎动脉型颈椎病的临床研究[J]. 中国中医骨伤科学杂志, 2011, 19(7): 17-19.
- [15] 曹连续, 朱立国, 刘秀琴. 旋提手法治疗椎动脉型颈椎病 48 例临床观察[J]. 北京中医药杂志, 2012, 31(3): 198-200.

(2015-04-19 收稿 责任编辑: 王明)