

卧位牵扳法治疗颈性眩晕的疗效观察

Effects observation on treating cervical vertigo by supine pull method

殷华俊 白晶

(北京中医药大学第三附属医院, 北京, 100029)

中图分类号: R274.9 文献标识码: A 文章编号: 1674-7860 (2011) 15-0076-02 证型: ADI

【摘要】 目的: 探讨颈性眩晕的发病机理, 颈性眩晕的鉴别, 观察卧位牵扳法治疗颈性眩晕的疗效。方法: 将 2009 年 10 月~2010 年 12 月来我院门诊就诊的 72 例颈性眩晕患者随机分为治疗组和对照组, 治疗组采用卧位牵扳法治疗, 对照组采用中药治疗。观察治疗前后临床近期和远期的疗效比较。结果: 治疗组明显优于对照组, 经统计学分析差异有统计学意义 ($P<0.01$)。结论: 卧位牵扳法能够有效纠正颈椎小关节紊乱, 能够纠正单个或多个椎体移位, 恢复椎体的正常位置, 减少和消除对椎动脉的压迫和刺激, 缓解前庭迷路缺血, 解除眩晕症状。颈性眩晕患者经手法治疗后, 头晕症状明显改善。

【关键词】 颈性眩晕; 颈椎病; 卧位牵扳法

【Abstract】 Objective: To investigate the pathogenesis of cervical vertigo, the identification of cervical vertigo, observe the effect of treating cervical vertigo by supine pull method. Methods: Randomly divided 72 cases with this disease treated in our hospital from October 2009 to December 2010 into treatment group and control group, treatment group treated with supine pull method, while control group treated in TCM. Observing the effects of clinical short and long terms, then compared it before and after treatment. Results: The effect of treatment group is obviously better than control group's, the statistical analysis was significantly ($P<0.01$). Conclusion: Supine pull method can effectively correct the cervical facet joint disorders and correct single or multiple vertebral displacement, restores the normal position of vertebral, reduces and eliminates the oppression of the vertebral artery and stimulation, relieves ischemia vestibular labyrinth, relieves vertigo. Treating cervical vertigo by this method can make a better effect.

【Keywords】 Cervical vertigo; Cervical spondylosis; Supine pull method

颈性眩晕在交感神经型颈椎病和椎动脉型颈椎病中均可出现, 常由颈椎退变、钩椎关节增生、颈椎曲度改变或关节不稳等原因所致^[1]。这种眩晕常发生在颈椎运动的一瞬间, 常见睡高枕或落枕及迅速转头而突然发病, 表现为眩晕、恶心、呕吐、视物模糊、大汗淋漓。由于本病近几年刚引起重视, 以往临床上往往被误诊为“梅尼尔综合征”、“脑动脉硬化”等, 许多患者就诊于神经内科, 耳鼻喉科等其它科室, 经过治疗后眩晕反复, 疗效差, 由于患者的眩晕症状长期存在, 已严重影响正常的工作和生活。笔者在临床上运用牵扳法治疗后, 取得了明显的疗效, 现就治疗情况总结如下。

1 资料与方法

1.1 观察对象

将 2009 年 10 月~2010 年 12 月来我院门诊就诊的 72 例颈性眩晕患者随机分为治疗组和对照组, 每组 36 例, 其中男性 29 例, 女性 42 例; 年龄最小 24 岁, 最大 74 岁, 平均 49 岁; 病程最长 20 年, 最短 2d。72 例均有眩晕, 伴头部沉重不适感, 多在体位改变时诱发, 颈背部受凉、劳累和睡姿不当时加重, 休息或头不转动时眩晕症状减轻或消失, 部分病例有恶心、欲呕、耳鸣、一过性视物模糊等症状。所有患者经颈椎 X 线片检查, 均有不同程度的颈椎退行性改变, 寰枢关节半脱位者 15 例, 椎体棘突偏歪 30 例, 椎间隙变窄 24 例, 韧带钙化 5 例, 钩突关节增生明显者 35 例, 生理曲度消失者 24 例。

1.2 诊断标准、入选标准及排除标准

1.2.1 诊断标准^[2]

①与头颈部活动相关的发作性椎—基底动脉供血不足的症状: 诸如头痛、头晕、视觉障碍、耳鸣, 转颈试验阳性。②颈部症状: 颈部肌肉痉挛、僵硬疼痛、活动受限、压痛, 有时出现上肢麻木, 牵拉试验阳性。③伴有自主神经功能紊乱症状: 恶心、呕吐、出汗、胸闷、心悸。④严重者可出现发作性猝倒, 一般在头后仰、侧屈或旋转时发生, 倒地时一般无意识丧失, 因体位改变, 随着颈部位置的复位而缓解。⑤伴发症状: 可同时伴有一系列脑干缺血的症状和体征。⑥X 线表现: 常见寰枢、寰齿关节两侧不对称, 椎体棘突偏歪, 椎体增生, 椎间隙变窄, 钩椎关节变形, 韧带钙化, 骨桥形成等。72 例患者在治疗前后做经颅多普勒超声 (TCD) 检查。

1.2.2 入选标准符合以上中西医诊断标准者; 年龄 ≥ 16 岁者; 治疗前 1 周内停用一切药物治疗和其他治疗者。

1.3 治疗方法

1.3.1 治疗组

①患者坐位, 医者用一指禅推法、滚法放松颈项部及肩背部肌肉, 以枕项线周围为重点。②分别点按风池、风府、玉枕、肩井、天宗、百会、太阳及阿是穴。③卧位扳法: 患者仰卧位, 医者立于床头前, 一手托住患者枕部, 一手扶住下颌, 用力拨伸, 并向扶下颌之手侧旋转, 当阻力增大时再突然加力, 可听到弹响声; 再扳另一侧。以上手法治疗每周 1 次, 4 次为一疗程。

1.3.2 对照组

采用辨证中药方进行治疗。中医辨证痰浊内阻者，证见头晕目眩，恶心欲吐，胸闷，头重如裹，四肢麻木，纳呆，舌暗红，苔厚腻，脉弦滑，用温胆汤加减，药用法夏、竹茹、枳实各 6g，陈皮 10g，炙甘草 3g，茯苓 6g，石菖蒲、丹参、葛根各 10g，威灵仙 12g，木瓜 15g。气血亏虚者，证见头晕目眩，面色苍白，心悸气短，肢体麻木，倦怠乏力，舌淡苔少，脉细弱，八珍汤加减，药用当归 15g，川芎 5g，白芍 15g，熟地 15g，党参 10g，白术 15g，鹿衔草 15g，炙甘草 5g，葛根 15g，威灵仙 12g，鸡血藤 15g。每日 1 剂，水煎 2 次，早晚各服 1 次，量约 100ml。两组每周为 1 个疗程，4 个疗程后观察疗效。

1.4 注意事项

①年龄超过 70 岁或有明显的骨质疏松患者不用卧位牵扳法。②眩晕症状消失或明显减轻时可停用卧位牵扳法。

2 疗效判定标准

参照国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》制订。痊愈：头晕及相关症状与体征消失，恢复正常生活工作；TCD 正常。显效：头晕基本消失，偶因疲劳后在颈部活动时出现短暂眩晕，有较少的症状与体征，不影响日常生活工作，TCD 有 60%以上改善。好转：头晕发作次数减少，程度减轻，有部分相关症状与体征，对日常生活工作稍有影响，TCD 有 40%~60%改善。无效：治疗后症状与体征无变化；TCD 无变化或改善程度<40%。

3 治疗结果

①两组临床疗效比较：治疗组 36 例，痊愈 20 例，显效 12 例，好转 3 例，无效 1 例，总有效为 97.22%；对照组 36 例，分别为 10 例、15 例、5 例、5 例、55.55%。治疗组疗效明显优于对照组 ($P<0.05$)。②两组 TCD 疗效比较：治疗组痊愈 30 例，显效 6 例，有效 0 例，无效 0 例，治愈率为 83.33%；对照组 36 例，分别为 25 例、3 例、5 例、3 例、69.44%。治疗组治愈率明显高于对照组 ($P<0.05$)。

4 讨论

4.1 颈性眩晕主要原因为椎动脉缺血，可以分为内源性因素和外源性因素。内源性因素常见的是动脉粥样硬化；外源性因素

主要是椎动脉的受压和刺激。因外伤、劳损或椎间盘退行性变、椎间隙变窄所引起的颈椎失稳是产生颈性眩晕的基础，在失稳情况下，颈椎小关节易产生错位，椎体旋转、颈椎超长范围的活动；颈椎管内、外软组织也容易继发无菌性炎症或形成椎体小关节、钩突关节的骨质增生。位于颈椎椎体前外侧的植物神经链或走行在颈椎横突孔中的椎动脉，受到无菌性炎症的刺激、机械性压迫或植物神经受到刺激，会引起椎动脉反射性痉挛。此时椎动脉血流受阻，使小脑、前庭神经核、红核等部位的眩晕中枢血液循环发生障碍而产生眩晕症状。

4.2 中药治疗疗效分析

本病多为中老年人，肝肾不足、筋骨失养，加上颈部劳损而致颈椎退行性变、颈椎失稳是其主要病因。在此基础上，加上外邪内侵，或痰湿内生，清阳不升，浊阴不降；或气血亏虚，不能养心宁神，脑髓失养，发作眩晕。中药可以补益气血，化痰除湿，解决交感神经功能紊乱、椎动脉痉挛等，但椎动脉受压、颈椎失稳只能靠手法等解决，

所以本组病例手法治疗效果较好。

4.3 颈椎牵扳法疗效分析

牵扳法在于整复小关节结构和功能上的紊乱，改善和纠正颈椎异常曲度，改变椎间隙结构，使椎间隙增宽及减轻椎动脉扭曲。改善了关节与椎动脉和周围神经的位置关系，消除了因椎间盘变性或骨质增生等因素对神经、血管的纵向压迫和刺激，使椎-基底动脉供血不足得到改善。本手法要求患者采用卧位，这样头颈部肌肉比较放松，在行扳法之前先将患者头部牵拉，使患者颈椎充分拉开，这种操作方法较坐位颈椎扳法要安全。目前未见颈椎卧位扳法出现医疗事故的报道。

经过临床 1 年来的应用比较，笔者认为，只要选症准确、操作得当，颈椎卧位牵扳法明显改善患者头晕症状，为广大患者解除了痛苦，提高了生活质量。

参考文献：

[1]康甫,汪青春,叶勇光.旋转扳法和穴位推拿治疗青年颈性眩晕的随机对照试验[J].中国骨伤,2008,21(4):270

[2]冯世庆.颈性眩晕[J].中国现代神经疾病杂志,2005,5(5):313-314

编号：EA-11052417（修回：2011-08-08）

（上接 75 页）

虚，老慢支慢性阻塞性肺气肿多脾肺亏虚等均是临证应当考虑的因素。“治病必求其本”，针对阴阳气血偏盛偏衰之体质，视肺与其他脏腑虚实寒热、标本缓急、正邪轻重之证候所在，审因审证审病论治。吾师治鼻窦炎、过敏性鼻炎引发咳嗽时，以苍耳子散合辛夷散加乌梅等宣通鼻窍，抗过敏而止咳；慢性咽炎引起咳嗽，应清热解毒利咽开音，用荆芥、牛蒡子、薄荷、玄参、山豆根、青果、土牛膝、木蝴蝶、桔梗、甘草等；慢性扁桃体炎者以升麻、牛蒡子、马勃、大贝母、连翘等疏散风寒风热之毒；遇年高体弱慢支或脾胃虚损之体质者，以香砂六君子丸健脾化痰培土生金，以治生痰之源；遇慢性肝病伴久咳，咳引胸胁疼痛，则清肝理肺为主，以咳血

方加宣肺化痰之品收效。

总之，不论何种病因引起咳嗽，吾师遵循辨证论治原则，活用寓含整体辨证观的成方古方是临证治验捷径，可起到事半功倍的疗效。

作者简介：

吴德峰（1966-），男，1991 年毕业于北京中医药大学，一直工作在江苏省镇江市中医院，从事内科中西医结合临床工作。内科副主任中医师，兼南京中医药大学副教授，江苏省中医药学会感染病专业委员会委员。现主要从事消化科和感染科中西医结合临床治疗和科研工作。

编号：EA-11043087（修回：2011-08-09）