

整颈三步九法推拿治疗颈性眩晕患者 60 例临床观察

李 军 叶秀兰 唐占英 崔学军 王拥军*

(上海中医药大学附属龙华医院, 上海市徐汇区宛平南路 725 号, 200032)

基金项目: 2011 年中医药行业科研专项资助项目(201107004)

* 通讯作者: yjwang88@hotmail.com, (021)54232325

[摘要] 目的 观察整颈三步九法推拿治疗颈性眩晕的临床疗效。方法 将 120 例颈性眩晕患者随机分为治疗组和对照组各 60 例, 治疗组给予整颈三步九法推拿治疗, 对照组给予传统推拿手法治疗, 两组均每次治疗 20 min, 隔天治疗 1 次, 3 次为 1 个疗程, 治疗 2 个疗程后观察临床疗效, 并于治疗前后进行头晕问卷调查表(DHI)和生存质量量表(SF-36)评分。结果 治疗组临床疗效总有效率为 90.0%, 对照组为 78.3%, 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。两组治疗后 DHI 各项评分及总分均较治疗前降低($P < 0.05$), 治疗组治疗后生理评分、总分亦低于对照组治疗后($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。治疗组治疗后 SF-36 健康评分除健康变化外, 其他各项评分较治疗前差异均有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组治疗后躯体疼痛、精神健康评分与对照组比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 整颈三步九法推拿治疗颈性眩晕可显著改善患者临床症状, 提高生存质量。

[关键词] 颈性眩晕; 整颈三步九法; 推拿手法; 头晕问卷调查表; 生存质量量表

A Clinical Observation on Three-Step Nine-Therapy Cervical Manipulation for 60 Cases of Cervical Vertigo

LI Jun, YE Xiulan, TANG Zhanying, CUI Xuejun, WANG Yongjun

(Longhua Hospital Shanghai University of TCM, Shanghai 200032)

ABSTRACT **Objective** To observe the therapeutic effect of Three-Step Nine-Therapy Cervical Manipulation (TNCM) for cervical vertigo. **Methods** Totally 120 cases of cervical vertigo were randomized into the treatment group and control group, with 60 in each. The treatment group was given TNCM and the control group was given traditional manipulation. Both groups were treated 20 min / each time every other day and three times as a course of treatment. The therapeutic effect was observed after 2 courses of treatment. Dizziness Handicap Inventory (DHI) and the Short Form (36) Health Survey (SF-36) for quality of life (QOL) was scored before and after treatment. **Results** The total effective rate of the treatment group and control group was 90.0% and 78.3% respectively, with a significant difference between groups ($P < 0.05$). The item scores and total score of DHI were significantly decreased after treatment in both groups ($P < 0.05$), especially the physiological score and total score in the treatment group ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). There were significant differences in SF-36 scores except the health change score between before and after treatment in both groups ($P < 0.05$ or $P < 0.01$). There were significant differences between groups in the scores of bodily pain and mental health after treatment ($P < 0.05$). **Conclusion** TNCM can obviously relieve the symptoms and increase the QOL of patients with cervical vertigo.

Keywords cervical vertigo; Three-Step Nine-Therapy Cervical Manipulation; manipulation; Dizziness Handicap Inventory; the Short Form (36) Health Survey

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, 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^[1]。整颈三步九法是施杞教授以“经筋失衡学说”和“痹证学说”为理论指导, 融会石氏伤科与王氏武术伤科的特长, 以“舒筋理筋正骨、调和气血脏腑、恢复脊柱平衡”为指导而创立的^[2]。本研究运用整颈三步九法推拿治疗颈性眩晕, 通过头晕问卷调查表(DHI)和生存质量量表(SF-36)对其疗效进行评价, 现报道如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

选择 2012 年 1 月 4 日至 2013 年 1 月 11 日浙江中医药大学第二附属医院、新疆维吾尔自治区中医院、上海中医药大学附属龙华医院收治的颈性眩晕患者 120 例, 采用随机数字表法分为治疗组和对照组各 60 例。治疗组女 44 例, 男 16 例; 年龄 22~65 岁, 平均年龄 44.35 岁; 病程 0.14~24 周, 平均病程 2.8 周。对照组女 48 例, 男 12 例; 年龄 24~65 岁, 平均 44.83 岁; 病程 0.14~24 周, 平均病程

3.04 周。两组患者一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《第二届颈椎病专题座谈会纪要》^[3]中椎动脉型颈椎病的诊断标准:①颈性眩晕,可有猝倒史。②旋颈试验阳性。③X 线片有异常表现。④一般伴交感神经症状。

1.3 纳入标准

符合上述诊断标准者;年龄 18~65 岁;签署知情同意书。

1.4 排除标准

①合并肝、肾、造血系统、内分泌系统、心脑血管、神经系统等严重原发性疾病及精神病患者;②病情进行性加重,必须进行手术治疗者;③近两周内接受过射频、微创、臭氧、小针刀、其他手法或者封闭治疗者;④椎体移位,向前、后或侧方水平移位 $>3\text{ mm}$,相邻椎间隙成角相差 $>11^\circ$ 者。

2 方法

2.1 治疗方法

治疗组采用“整颈三步九法”治疗,具体操作如下:第一步“理筋平衡法”:蠲痹祛邪,疏经活血,缓解动力平衡失调。第一法:揉法。患者取端坐位,术者分别用指揉、鱼肌揉或掌揉法着力于颈后部,分别沿项正中线、颈项夹脊、胸锁乳突肌后缘,至背部第十二胸椎水平,反复操作 3 遍。第二法:推法。采用推法沿上背部膀胱经区域和肩胛骨的周围、两侧肩关节(及上臂前后缘)反复操作 3~5 遍。第三法:拿法。用拿法分别于颈项部、肩井、手三阳经、手三阴经反复拿捏 3~5 遍,弹拨极泉穴 3~5 次。

第二步“整骨平衡法”:舒筋正骨,理气散结,缓解静力平衡失调。第四法:提法。患者取端坐位,术者左手掌托患者下颌部,右手拇指及食指扶住其枕骨(风池穴处),轻轻向上提颈 6 s,然后放松 3 s,重复 3 次。第五法:转法。在提颈下,使患者头部前屈 30° 、后伸 30° ,重复 3 次;左转 30° ,右转 30° ;左侧倾 30° ,右侧倾 30° 。重复 3 次。第六法:扳法。以左侧为例,术者立于患者左侧后方,左手掌托患者下颌部,右手扶住患者头顶部。嘱患者头部先向左侧旋转,当旋转至有固定感时嘱患者最大限度低头。术者两手协同用劲,将患者下颌斜向左后上方做一个突发性的有控制的快速扳动,随即松手。然后进行右侧操作,方法与左侧相反。

第三步“通络平衡法”:理筋通督,调和气血,恢

复脊柱平衡。第七法:捏法。术者用食指及拇指指腹捻压、牵拉对耳轮的上、中、下三部,每部按压 3~30 s,以患者耐受为度。第八法:抖法。术者用双手握住患者上肢的远端轻轻地用力作连续的小幅度上下快速抖动,抖动幅度要小,频率要快,要求患者肌肉充分放松配合,重复 3 次。第九法:摩法。术者用右手掌心分别轻摩患者命门、大椎、脑户、百会诸穴,以有热感为度。

对照组给予传统推拿治疗,具体操作如下:根据新世纪全国高等中医药院校规划教材《推拿学》^[4]制定的传统推拿治疗方案:第一步:松解手法。选择一指禅推法、揉法、拇指按揉法依次在颈项部、枕后部、肩胛部、横突后结节、胸椎夹脊处操作,重点刺激颈夹脊、天鼎、肩井、天宗、阿是穴。在手法刺激的同时,轻巧地小幅度被动运动头颈部。第二步:调整手法。采用坐位寰枕关节前屈微调手法。第三步:整理手法。以拿法刺激两侧风池穴、两侧颈夹脊穴及两侧肩井穴,最后顺势用指、掌从肩井向两侧分推。

两组均每次治疗 20 min,隔天治疗 1 次,3 次为 1 个疗程,共治疗 2 个疗程。

2.2 观察指标与方法

2.2.1 DHI 评分^[5] DHI 分为功能评分、情感评分、生理评分。回答选项:是=4 分,有时=2 分,无=0 分。在治疗前后分别进行 1 次评分。

2.2.2 SF-36 评分^[6] SF-36 健康问卷从一般健康状况、生理机能、社会功能、生理职能、躯体疼痛、精力、精神健康及情感职能 8 个方面全面的评估被调查者的生存质量,在治疗前后分别进行 1 次评分。

2.3 疗效判定标准

参考《中药新药临床研究指导原则》^[7]并结合临床实际拟定。治愈:症状、体征消失,颈部活动正常,不影响活动及工作,DHI 总分减分率 $\geq 95\%$;显效:症状、体征基本消失,仅在劳累或天气变化有轻度症状,不影响日常生活,DHI 总分减分率 $\geq 70\%$ 且 $<95\%$;有效:症状、体征减轻,颈部活动好转。停止治疗症状没有复发,或对活动有影响,DHI 总分减分率 $\geq 30\%$ 且 $<70\%$;无效:症状、体征基本无变化或甚至加重,DHI 总分减分率 $<30\%$ 。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 15.0 统计软件分析。计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示,符合正态分布、方差齐者,采用 t 检验,方差不齐者用 t' 检验;数据不符合正态分布者用非参数检验。等级资料采用秩和检验。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示,治疗组临床疗效总有效率为 90.0%,对照组为 78.3%,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

表 1 两组患者临床疗效比较[例(%)]

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	60	20(33.3)	24(40.0)	10(16.6)	6(10.0)	54(90.0)
对照组	60	15(25.0)	15(25.0)	17(28.3)	13(21.6)	47(78.3)

3.2 两组患者治疗前后 DHI 评分比较

表 2 示,两组治疗后 DHI 各项评分及总分与治疗前比较,差异均有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后生理评分、总分与对照组比较,差异有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。

3.3 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较

表 3 示,治疗组治疗后 SF-36 评分除健康变化外,其余各项评分与治疗前比较差异均有统计学意义($P<0.05$),对照组治疗后 SF-36 评分中除躯体疼痛、精力、健康变化外其余各项评分与治疗前比较差异亦有统计学意义($P<0.05$)。治疗组治疗后躯体疼痛、精神健康项与对照组治疗后比较,差异有统计学意义($P<0.05$),其他各项差异均无统计学意义($P>0.05$)。

4 讨论

椎动脉发自锁骨下动脉,它将占体重 2%、占心输出量 1/6 的血供给脑,相当于脑总血量的 11%,也就是说,大约 1 min 有 45 m³ 的血进入脑,脊髓颈段、脑干、小脑、丘脑后部、大脑枕叶、颞叶下部的内侧部均接受椎动脉血供^[8]。在椎动脉型颈椎病发生发展过程中,椎动脉受到各种刺激而使其血流量降低,代偿功能减弱居于主导地位,影响到椎动脉的因素主要包括颈交感神经病变、颈椎不稳、颈椎发育异常等。

整颈三步九法手法,以理筋之法、正骨之法、通络之法为三大技术流程,以揉、拿、提、松、扳、摩、抖、捏组成九法。可在缓解和纠正颈椎动静力平衡失调的同时,祛痰化瘀,解痉止痛,疏风通络,调和气血。施杞教授在治疗颈椎病过程中贯彻“舒筋理筋正骨、调和气血脏腑、恢复脊柱平衡”原则。他认为手法与药物治疗的最大不同是:手法依靠对穴位、经筋、皮部刺激,引起经络感应,最终达到激发人体自身的调整与自愈力来治疗颈椎病。故手法治疗对于手法种类的选择、手法施压的大小、手法的刺激量、手法的施术部位与穴位都非常讲究。在保证手法的疗效的基础上,又要考虑手法的易用性。

表 2 两组患者治疗前后 DHI 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	功能评分	情感评分	生理评分	总分
治疗组	治疗前	60	17.77±6.87	9.00±6.62	14.67±5.24	41.43±16.09
	治疗后	60	7.50±6.56*	3.40±4.07*	6.81±4.75*△	17.72±13.85*△△
对照组	治疗前	60	16.63±8.38	9.00±7.61	15.43±5.98	41.07±19.16
	治疗后	60	7.03±6.44*	3.67±5.50*	12.63±6.27*	23.33±14.11*

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$,△△ $P<0.01$

表 3 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	生理机能	生理职能	躯体疼痛	一般健康状况	精力
治疗组	治疗前	60	80.17±17.66	27.50±36.45	59.22±17.08	48.03±19.39	57.75±17.36
	治疗后	60	88.83±14.71*	65.42±81.96*	67.12±14.18*△	55.07±19.07*	61.67±14.92*
对照组	治疗前	60	79.67±18.13	31.67±38.20	56.97±18.88	50.50±18.20	61.75±16.59
	治疗后	60	89.41±14.90*	68.33±42.15*	58.33±20.32	59.00±16.46*	63.17±15.78

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$

续表 3 两组患者治疗前后 SF-36 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	例数	社会功能	情感职能	精神健康	健康变化
治疗组	治疗前	60	68.96±19.86	43.88±40.01	63.80±17.10	2.72±0.96
	治疗后	60	75.63±15.34*	68.89±38.75*	67.73±15.76*△	3.06±0.95
对照组	治疗前	60	68.96±20.13	44.44±42.81	68.13±15.43	2.95±0.98
	治疗后	60	78.54±14.57*	80.00±34.28*	59.80±19.20*	3.07±0.88

(注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$)

整颈三步九法的第一步是理筋手法,理筋手法的首要目标是恢复颈部的动力系统平衡。第二步是整骨手法,整骨手法的主要作用就是恢复颈部的静力系统平衡。第三步是通络手法,通过调节经络系统来达到体表和内脏之间协调平衡的目的。通络之法由捏法、抖法、摩法三部分组成。捏法即捏耳,作用于对耳轮的上、中、下三部耳穴,使机体增加了制造内啡肽能力增强以达到镇痛的目的^[9];通过调动体液的抗痛因素来提高痛阈;此外刺激耳穴产生的神经冲动可以影响相应上位中枢神经,与来自于疼痛部位的冲动发生相互作用,最终减弱了疼痛^[10]。摩法意在升提阳气,现代医学认为,摩法通过刺激体表肌肉神经末梢产生冲动,与周围疼痛传导于脊髓及以上中枢水平整合,使脊髓后角板层V的本体觉激活,引起“闸门”效应而止痛^[11]。本研究结果表明,治疗组的临床总有效率明显优于对照组($P < 0.05$);两组治疗后DHI各项评分均有改善,并且生理评分与总分治疗组的改善情况优于对照组($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。两组均能有效改善颈、项、肩部的疼痛及SF-36评分,并且治疗组在精神健康方面优于对照组($P < 0.05$)。

本研究为多中心临床研究,部分病例的远期随访尚未完成,且时间有限,本研究未做进一步随访观察。今后应当结合基础研究,对于整颈三步九法推拿治疗颈性眩晕的机理作更加深入的研究论证。

(上接第2099页)

作用较大。中医学辨证属“肝风证”、“慢惊风”、“癰疽”、“筋惕肉瞤”等范畴,具有较强治疗优势。

万全“肝常有余,脾常不足”的理论从小儿生理特点出发,进一步明确了小儿对病邪的反应性及病理变化的倾向性,为从肝脾论治抽动症提供了理论依据。在该思想指导下,课题组认为,土虚木亢,风痰扰动是该病常见的病机,因此,选用扶土抑木法治疗小儿多发性抽动症,运脾调肝,脾健则生化有源,肝条则升发无阻,阴平阳秘则诸症得除。治疗过程中还要根据脾虚与肝旺侧重点不同,随症进行加减。对于不足者不能一味去补虚,以防助热,对于有余者也不能一味攻伐,以防损阴折阳。同时由于本病具有反复发作的特点,日常生活要注意进行调护,鼓励

参考文献

- [1]薛爽,王国相.什么是颈性眩晕[J].中国脊柱脊髓杂志,1999,9(5):58-61.
- [2]施杞工作室.施杞学术经验撷英[M].上海:上海中医药大学出版社,2010:53-60.
- [3]孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- [4]严隽陶,王道全,房敏,等.推拿学[M].北京:中国中医药出版社,2003:129-135.
- [5]Jacobson GP, Newman CW. The development of the Dizziness Handicap Inventory[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990, 116(4):424-427.
- [6]Ware JE. SF-36 health survey update[J]. Spine, 2000, 25(24):3130-3139.
- [7]郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].北京:中国医药科技出版社,2002:349.
- [8]庞继光.针刀医学基础与临床[M].深圳:海天出版社,2006:231.
- [9]李万山,崔嵩生,李万谣,等.耳穴磁贴辅助麻醉及对术后机体功能恢复的影响[J].中国针灸,2011,31(4):349-352.
- [10]童培建,汪海东,马镇川,等.耳穴疗法在全膝关节置换围手术期镇痛的应用及疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2010,30(9):931-934.
- [11]唐占英,胡志俊,钱雪华,等.颈椎病发病研究现状及整颈三步九法作用机理探讨[C]//中国康复医学会颈椎病专业委员会第十二次学术年会.2010:3.

(收稿日期:2013-07-03;修回日期:2013-09-28)

[编辑:侯建春]

家长及患儿树立战胜疾病的信心,通过药物、饮食起居、情志调节等综合方法治疗方能取得满意疗效。

参考文献

- [1]区鸿斌,陶衍,金伟孝,等.“见肝之病,知肝传脾,当先实脾”理论及其临床应用[J].中医杂志,2012,53(9):797-799.
- [2]王素梅,吴力群,崔霞,等.平肝健脾化痰法治疗儿童多发性抽动症285例[J].辽宁中医杂志,2006,33(11):1431-1432.
- [3]薛小娜,吴琼,陈自佳,等.王素梅教授治疗多发性抽动症经验撷萃[J].四川中医,2008,26(10):3-4.

(收稿日期:2013-07-31;修回日期:2013-09-28)

[编辑:侯建春]