

# 理脊通脉手法治疗颈源性眩晕的临床研究

● 眭承志<sup>1\*</sup> 单红星<sup>2</sup> 林景雄<sup>1</sup> 樊孝俊<sup>1</sup>

**摘要** 目的:通过临床对照研究,探讨理脊通脉手法治疗颈源性眩晕的机理及临床疗效。方法:按就诊顺序选择75例符合纳入标准的颈源性眩晕患者,随机分为两组。治疗组38例采用理脊通脉手法治疗,对照组37例采用颈椎牵引和调制中频电疗法治疗。观察并记录患者症状、体征、椎基底动脉经颅多普勒(TCD)情况,一个疗程后每组治疗前后病情综合积分对比、组间积分差值比较、椎基底动脉平均血流速度和血管搏动指数比较,分析并系统评价临床疗效。结果:治疗组改善椎基底动脉血供的效果、缓解眩晕的疗效和提高生活质量等方面均优于对照组( $P < 0.01$ );治疗组的愈显率明显高于对照组( $P < 0.05$ )。结论:理脊通脉手法可以不同程度地改善颈源性眩晕患者的椎基底动脉血供,改善患者的症状、体征,提高其生活质量。

**关键词** 颈源性眩晕 理脊通脉手法 临床研究

颈源性眩晕系因颈椎退行性改变或外伤使脊椎内外平衡失调而引起的以头晕为主要症状的临床综合征,其临床症状比较复杂,多以眩晕、眼花耳鸣、头颈疼痛、植物神经功能紊乱为主,严重者可发生猝倒、昏厥等。我们从中国传统医学中的经络学说出发,并结合颈源性眩晕解剖学基础及发病机制,临床采用理脊通脉手法治疗本病症,为了科学评价其治疗效果,为今后临床推广应用提供依据,我们从颈源性眩晕患者的主客观症状、体征、生活质量、辅助检查等方面引入功能评价指标,采用量表法评估,从多角度观察临床疗效,评价其治疗价值并探讨其作用机理,现报道如下。

## 1 资料与方法

**1.1 诊断标准** 参照葛植厚拟定的颈性眩晕诊断标准<sup>[1]</sup>:①以眩晕为主诉,眩晕特点为发作性、一过性,常因变换体位或颈部活动(如颈后仰、旋转等)时诱发,严重者可伴有恶心、呕吐、行走不稳;②颈部僵痛

征:颈、肩背疼痛不适,活动功能受限,压痛,有时出现上肢麻木;③枕颈神经痛征:常见枕大、小神经、肩胛背神经痛;④交感神经激惹征:如单侧后头痛、平衡失调、耳鸣、听力障碍、视物疲劳、雾状、涩沉、咽部异物感、面部烘热,多汗、涕泪或眼鼻发干、忧郁焦虑、精力不集中;⑤X线摄片可见:寰枢、寰齿关节两侧不对称,椎体棘突偏歪,颈椎序列不整,钩椎关节变尖,椎体增生,椎间隙变窄,韧带钙化等,颈椎曲度变直,甚至反张;⑥经颅多普勒超声(TCD)检查提示一侧或双侧椎动脉供血不足。

**1.2 病情程度** 根据临床资料,总结颈源性眩晕患者的临床特点,参考王楚怀制定的《颈源性眩晕症状和功能评估表》<sup>[2]</sup>,引入功能评价指标,对患者症状、体征、生活质量等方面的项目指标进行评估,根据指标出现的频率及影响赋予不同的权重,总分50分,将病情分为轻、中、重三级:轻度:自觉头晕目眩,无自身或景物之旋转感或晃动感或单纯头部昏沉而不影响活动,综合积分在34分或以上;中度:自觉头晕并有自身旋转或晃动感,但不影响生活或单纯头昏而影响活动,但能坚持工作,综合积分在16~34分之间;重度:自觉头晕并有自身或景物旋转感,头不能转动或单纯头昏、心烦意乱,难以胜任工作,综合积分在16分或

• 作者简介 眭承志,男,主任医师,医学博士。主要从事中医骨科的临床和科研工作。

• 作者单位 1. 厦门大学附属第一医院(361003);2. 解放军159中心医院(463000)

以下。

### 1.3 病例资料

1.3.1 病例来源 本研究全部病例均来源于2007年6月至2009年6月厦门市第一医院骨科康复医学科,按就诊顺序选择75例符合纳入标准的颈源性眩晕患者,查随机数字表法随机分为两组。其中治疗组38例;对照组37例。

1.3.2 基本资料 75例病人中,男36例,女39例,年龄最小25岁,最大75岁。年龄在25~50岁者31例,51~75岁者44例。经统计学处理两组患者性别、年龄可比(见表1-2)。

表1 两组病人性别构成情况(例,%)

组别	男(%)	女(%)	合计	$\chi^2$ 值	P值
治疗组	17(44.74)	21(55.26)	38	0.329	0.566
对照组	19(51.35)	18(48.65)	37		

注:两组性别比较,经 $\chi^2$ 检验 $P>0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。

表2 两组病人年龄分布情况(例,岁)

组别	例数	25-50岁	51-75岁	平均年龄(岁)	$\chi^2$ 值	P值
治疗组	38	15	23	51.34±13.78	0.11	0.74
对照组	37	16	21	51.27±13.97		

注:两组年龄比较,经 $\chi^2$ 检验 $P>0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。

### 1.3.3 基础病情资料

1.3.3.1 病程分布情况 完成75例病人中,病程最短2天,最长6年,经统计学处理两组患者病程分布可比(见表3)。

表3 两组病人病程分布情况(例)

组别	例数	<1月	1-6月	6月-1年	>1年	P值
治疗组	38	16	13	5	4	0.785
对照组	37	16	15	3	3	

注:两组病程比较,经秩和检验, $P>0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。

1.3.3.2 治疗前病情分级情况 完成75例病人中,病情轻度17例,中度53例,重度5例,经统计学处理两组患者病情分级可比(见表4)。

表4 两组病人治疗前病情分级情况(例)

组别	例数	轻度	中度	重度	P值
治疗组	38	9	26	3	0.414
对照组	37	8	27	2	

注:两组治疗前病情分级情况比较,经秩和检验, $P>0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。

1.3.3.3 治疗前综合积分情况比较 两组病人治疗前综合积分:治疗组为 $26.37 \pm 7.96$ 分,对照组为 $26.11 \pm 7.53$ 分;经统计学处理两组患者治疗前综合积分情况具有可比性(见表5)。

表5 两组病人治疗前综合积分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	综合积分	t检验
治疗组	38	$26.37 \pm 7.96$	$P=0.817$
对照组	37	$26.11 \pm 7.53$	

注:两组治疗前综合积分情况比较,经t检验, $P=0.817>0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。

### 1.4 治疗方式

1.4.1 治疗组 采用理脊通脉手法。病人取俯卧位,胸部垫枕,双手置于额头,①按揉:应用掌揉、指揉手法及滚法松解颈、肩、背部的肌肉。力度以患者舒适为度,时间约5分钟;②牵引:双手稳住头部平行牵拉,力量适中约5~7kg,间断操作3次,每次30秒钟;③点穴:点按风池、风府、大椎、天柱及颈、胸夹脊穴等。点揉力度以有酸胀感为度,每穴点揉15秒,时间约3分钟;④拿颈:以双手小鱼际或掌根部夹挤捏拿颈部,力度以局部酸胀感、患者能忍受为度,反复5次,时间约3分钟;⑤理脊:以双拇指对颈、胸椎进行推脊,用大鱼际推揉肩胛和双肩,并对痉挛的肌肉进行弹拨,以患者能忍受为度,反复5次,时间约3分钟;⑥重复①的方法。每天1次,两周为一疗程。

1.4.2 对照组 采用颈椎牵引和调制中频电疗法。病人取坐位,采用电脑程控牵引器,在 $15 \sim 20^\circ$ 前倾位牵引20min,重量5~10kg,根据患者年龄、身体状态、是否舒适、临床表现及X线检查等作适当的调整;之后病人取俯卧位,采用J18B型电脑中频治疗仪,将两片极板分别置于颈后部,调制适当电流和透热功能,每天1次,两周为一疗程。

### 1.5 观察指标

1.5.1 疗效性观察指标 ①观察临床症状、体征、生活质量的变化,按病情程度评分标准进行统计。②经颅多普勒(TCD)检查:于治疗前后各行一次TCD检查。采用德国产EME公司2000型彩色经颅多普勒诊断仪,脉冲探头频率2MHz,患者坐位经枕窗探查并记录最能反映椎基底动脉系统血流动力学的双侧椎动脉(VA)和基底动脉(BA)的平均血流速度( $V_m$ )及血管搏动指数(PI)。治疗前后检查由同一有经验的医师完成,TCD常值由仪器自动计算结果。

1.5.2 疗效评定标准 疗效标准参照《中医病证诊

断疗效标准》<sup>[3]</sup>制定。①临床痊愈:眩晕及相关症状与体征消失,恢复正常生活;②显效:眩晕基本消失,偶因疲劳后在颈部活动时出现短暂性眩晕,遗留较少的相关症状与体征,不影响日常生活;③有效:眩晕发作次数减少,程度减轻,遗留部分相关症状与体征,对日常生活稍有影响;④无效:治疗前后病情无明显变化。

1.6 统计方法 所有数据多数使用 SPSS 13.0 软件包进行统计学处理,具体方法为:计量资料符合正态分布的分析比较,用  $t$  检验,不符合正态分布的用非参数秩和检验;非等级计数资料的分析比较,用  $\chi^2$  检验;等级计数资料的分析比较,用 Ridit 分析;疗效率的分析比较,用样本率的差别显著性检验。显著性检验水准以: $P \leq 0.05$  认为差异有显著意义, $P \leq 0.01$  认为差异有非常显著性意义。

## 2 结果

### 2.1 总体疗效比较

治疗组的愈显率为 86.84%,明显高于对照组 62.16%,有显著性差异( $P < 0.05$ ),结果表明理脊通脉手法治疗组总体疗效优于程控牵引法对照组(见表 6)。

表 6 两组病人治疗后总疗效比较(例,%)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	愈显率 %	总有效率 %
治疗组	38	24	9	4	1	86.84	97.37
对照组	37	10	13	13	1	62.16	97.30

注:经两样本率的差异显著性检验, $P = 0.014 < 0.05$ ,有显著性差异。

### 2.2 治疗前后眩晕症状积分情况比较

两组病人治疗后眩晕症状积分( $\bar{x} \pm s$ ),治疗组为  $5.00 \pm 1.45$ ,对照组为  $4.22 \pm 1.32$ ,经统计学处理,两组治疗前后组内比较及积分差值组间比较均具有非常显著性差异,结合治疗后  $\bar{x} \pm s$ ,可以看出治疗组缓解眩晕疗效优于对照组(见表 7)。

表 7 两组病人治疗前后眩晕积分情况比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值 <sup>▲</sup>
治疗组 <sup>*</sup>	38	$2.37 \pm 0.91$	$5.00 \pm 1.45$	$2.53 \pm 1.37$
对照组 <sup>**</sup>	37	$2.32 \pm 0.88$	$4.22 \pm 1.32$	$1.90 \pm 0.94$

注:两组治疗前后组内比较,经秩和检验 $\star P = 0.000 < 0.01$ , $\star\star P = 0.000 < 0.01$ ;治疗前后差值组间比较,经秩和检验 $\blacktriangle P = 0.000 < 0.01$ ,均具有非常显著性差异。

### 2.3 治疗前后综合评分及积分差值比较

两组病人治疗后综合积分( $\bar{x} \pm s$ ),治疗组为  $44.92 \pm 8.88$ ,对照组为  $40.14 \pm 8.84$ ,经统计学处理,治疗前后组间比较及组内比较均具有非常显著性差异,结合治疗后  $\bar{x} \pm s$ ,可以看出治疗组优于对照组,即理脊通脉手法对颈源性眩晕患者的症状、体征、生活质量的总体改善优于程控牵引疗法(见表 8)。

表 8 两组病人治疗前后综合积分比较结果( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	例数	治疗前	治疗后	治疗前后差值 <sup>▲</sup>
治疗组 <sup>*</sup>	38	$26.37 \pm 7.96$	$44.92 \pm 8.88$	$18.55 \pm 7.65$
对照组 <sup>**</sup>	37	$26.11 \pm 7.53$	$40.14 \pm 8.84$	$14.03 \pm 4.14$

注:两组治疗后综合积分比较,经秩和检验 $P = 0.003 < 0.01$ ;两组治疗前后综合积分组内比较,经秩和检验 $\star P = 0.000 < 0.01$ , $\star\star P = 0.000 < 0.01$ ;治疗前后积分差值组间比较,经  $t$  检验, $\blacktriangle P = 0.002 < 0.01$ ,均具有非常显著性差异。

### 2.4 治疗前后经颅多普勒的比较

两组的基底动脉(basilar artery, BA)、左侧椎动脉(left vertebral artery, LVA)、右侧椎动脉(right vertebral artery, RVA)的平均血流速度(Vm)及血管搏动指数(PI)和治疗前比较,Vm 均较治疗前显著增加,PI 均较治疗前有所降低,和治疗前比较差异有显著性意义( $P < 0.01$ ),两种治疗方法对 BA、LVA、RVA 流速影响之间的差异有统计学意义( $P < 0.01$ ),治疗组对椎基底动脉血流速度的影响较对照组显著。(见表 9-10)

表 9 治疗前后 VA、BA、的 Vm 值的比较( $\bar{x} \pm s$ ,单位 cm/s)

组别	治疗前后	LVA	RVA	BA
治疗组	治疗前	$23.87 \pm 7.96^*$	$22.71 \pm 7.64^*$	$27.00 \pm 9.16^*$
	治疗后	$31.26 \pm 6.98^{\blacktriangle}$	$30.16 \pm 8.16^{\blacktriangle}$	$35.71 \pm 9.75^{\blacktriangle}$
对照组	治疗前	$24.08 \pm 7.70^*$	$22.70 \pm 7.76^*$	$26.97 \pm 9.06^*$
	治疗后	$28.35 \pm 7.11^{\blacktriangle}$	$26.49 \pm 8.32^{\blacktriangle}$	$30.41 \pm 9.96^{\blacktriangle}$

注: $P^{\star} > 0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。与治疗前比较 $\blacktriangle P < 0.01$ ,二组治疗后组间比较 $P < 0.01$ 均具有非常显著性差异。

表 10 治疗前后 VA、BA、的 PI 值的比较( $\bar{x} \pm s$ ,单位 cm/s)

组别	治疗前后	LVA	RVA	BA
治疗组	治疗前 <sup>*</sup>	$1.26 \pm 0.34^*$	$1.07 \pm 0.33^*$	$1.19 \pm 0.35^*$
	治疗后 <sup>▲</sup>	$0.86 \pm 0.30^{\blacktriangle}$	$0.86 \pm 0.32^{\blacktriangle}$	$0.77 \pm 0.29^{\blacktriangle}$
对照组	治疗前 <sup>*</sup>	$1.25 \pm 0.33^*$	$1.05 \pm 0.32^*$	$1.18 \pm 0.33^*$
	治疗后 <sup>▲</sup>	$1.06 \pm 0.32^{\blacktriangle}$	$0.95 \pm 0.31^{\blacktriangle}$	$0.90 \pm 0.31^{\blacktriangle}$

注: $P^{\star} > 0.05$ ,差异无显著性,具有可比性。与治疗前比较 $\blacktriangle P < 0.01$ ,二组治疗后组间比较 $P < 0.01$ 均具有非常显著性差异。

## 2.5 治疗组临床疗效与病情轻重关系的比较

治疗组临床疗效与病情轻重的关系经统计学处理,显示两者的关系无显著性临床意义(见表11)。

表11 治疗组临床疗效与病情的关系(例)

病情	疗效				合计 (例)
	痊愈	显效	有效	无效	
轻度	8	1	0	0	9
中度	16	6	3	1	26
重度	0	2	1	0	3
合计	24	9	4	1	38

注:经 Ridit 检验,  $t_{轻中} = 2.348 > 1.96 P_{轻中} < 0.05$ ,  $t_{轻重} = 0.113 P_{轻重} > 0.05$ ,  $t_{中重} = 1.613 P_{中重} > 0.05$ ,综合分析病情与疗效的关系无显著临床意义。

## 3 讨论

颈源性眩晕是近年才逐渐引起人们重视的疾病,其特点是眩晕主要发生于头颈部活动时<sup>[4]</sup>。我们认为由于长期不良姿势体位、急慢性损伤及风寒湿邪等诸多内源性因素和外源性因素引起颈椎的各种退行性变,致使颈部的解剖结构发生异常,影响颈部正常气血的运行,尤其是导致走行于颈部的督脉及其他经络的运行障碍。而督脉为“阳脉之海”,是储藏和调节阳气的枢纽,阳气必须经过正常的调度才能源源不绝,鼓舞全身机能。督脉受阻,则气血布散不畅,易致气滞血瘀,水湿痰浊停聚;气滞血瘀日久,正气渐衰,腠理空虚,风寒湿邪乘虚而入,血脉凝滞不通,内外相搏,痹阻督脉,聚而成积。督脉气机不利,血行不畅,必致项背疼痛、活动不利;同时气血运行不畅,不能上荣头目,亦可导致经髓海不足滋养,出现头晕、头痛等症。

理脊通脉手法之“脊”为夹脊穴,或脊柱;“脉”为督脉,或经脉;手足三阳经皆会于督脉,具有调节和振奋人身阳气的功能,督脉行于脊里,入络于脑,与脑和脊髓有密切联系。督脉别络散布于头部,别走足太阳膀胱经,起沟通项背经气的功效。足太阳膀胱经第一侧线上分布着五脏六腑的背俞穴,是与脏腑精气直接相通的部位。夹脊穴与背俞穴位置临近,且在同一水平线上,夹脊穴内夹脊里督脉,外邻膀胱经,故夹脊穴的治疗效应是通过“督脉之别”、督脉得以发挥的,且夹脊穴又与诸脏腑背俞相邻,刺激夹脊穴又可调和脏腑气血。因此从督脉论治颈源性眩晕:一是通过督脉

与诸经的联系以疏通经脉,协调阴阳;二是通过督脉与脑和脊髓的联系以畅通经气,调整神志;三是通过膀胱经背俞穴与脏腑的联系贯通脏腑,调节气血。督脉经气畅通,可调畅颈项阳经经气,气行则血行,气血通和,筋脉得养,“脊强不得顾”的软组织与颈椎退变的机制也会随之改善。正如《杂病源流犀浊》所云“筋急之原由血脉不荣于筋之故也”。所以,从督脉论治颈源性疾病,实际上中心落到了如何畅通躯干部与头部中间—颈项部气血。而颈椎退变后的软组织张力升高,是造成督脉经气不能正常流通的关键<sup>[5]</sup>。通过对督脉的相关穴位进行点压按揉,并运用推挤捏拿的手法贯通督脉,其产生的治疗效应,对加强督脉上下经气的流通,有效解除筋急,缓解颈椎的病理状态有重要意义。

临床研究表明,理脊通脉手法可以不同程度地改善颈源性眩晕患者的椎基底动脉血供,明显改善颈源性眩晕患者的症状、体征和生活质量。由于颈部附着的肌肉力量相对较弱,较大幅度的旋转动作将对脊柱颈段骨结构直接产生影响,除可能加重关节面的磨损,还可能造成颈椎间盘的损伤,从而加重颈椎失稳,鉴于此,理脊通脉手法通过按揉—牵引—一点穴—拿颈—理脊—按揉等序贯手法,避免既往推拿治疗颈椎病诸手法中常用的头颈部旋转搬推手法,旨在消除引起颈源性眩晕的病理基础,恢复颈椎正常的生理顺应性,目的在于松解颈肩背部痉挛僵硬的肌群,调整结构性颈椎紊乱,恢复其正常生理顺应性和稳定性,进而缓解对颈交感神经的激惹,解除椎动脉痉挛,改善血运,促进血液循环,增加大脑的有氧灌注,既达到治疗颈源性眩晕的目的,对日后颈椎的稳定性也无任何影响。

## 参考文献

- [1]葛植后. 颈性眩晕临床诊断标准的初步探讨[J]. 颈腰痛杂志, 1999, 20(4): 295-295.
- [2]王楚怀,卓大宏. 颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J]. 中国康复医学杂志, 1998, 13: 245-247.
- [3]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [4]Sueo Nakama K ikuko Natanai Yoichiet O ohashiet ajCervical muscle strength afterlam inoplasty[J]. orthop Sci, 2003, 8(1): 36-40
- [5]魏玉龙,饶洪. 论椎动脉型颈椎病与督脉的关系[J]. 河南中医学院学报, 2003, 18(5): 16-18.