

理脊通脉手法治疗青少年颈源性视力障碍的临床观察

● 陈舒强 睦承志[▲] 陈 祺 苏春涛 樊孝俊 林景雄

摘 要 目的:观察理脊通脉手法治疗青少年颈源性视力障碍的临床疗效。方法:将 98 例青少年颈源性视力障碍患者分为两组,治疗组(理脊通脉手法治疗)50 例,对照组(局部针刺配合点穴治疗)48 例,分别观察并比较临床疗效、视力及视觉功能恢复情况,并对发病机理进行分析。结果:治疗组临床疗效、视力及视觉功能恢复均优于对照组($P < 0.05$),结论:理脊通脉手法治疗青少年颈源性视力障碍疗效确切,值得临床推广应用。

关键词 青少年颈源性视力障碍 理脊通脉手法 临床观察

颈椎病在近年来已经逐渐有年轻化发展的趋势,因颈椎病导致的颈源性视力障碍也已成为目前困扰青少年的一大问题。颈源性视力障碍系指由于颈椎病或颈部软组织损伤后出现视力模糊、视力下降、眼胀、眼痛、眼干、畏光流泪、眼睑下垂、复视、斜视、瞳孔不等大、眼球震颤甚至突然失明等眼部症状,而眼科检查又无明显的器质性病变的一类综合病症^[1]。笔者自 2008 年 10 月至 2012 年 10 月运用理脊通脉手法治疗青少年颈源性视力障碍,取得了较好的疗效,现将结果报告如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 患者临床表现及影像学检查符合颈椎病的诊断标准^[2],并伴有视力模糊、视力下降、复视、眼球胀痛、睁眼无力、畏光流泪、眼冒金星、视野缩小,视力锐减甚至突然失明等眼部症状,年龄在 13 ~ 23 岁为青少年者,具备以上条件,且伴有如下 4 项之一者,即可确定为观察病例:①伴随症状的加重或减轻常与颈部转动姿势密切相关;②点按颈项部夹脊穴及阿是穴,诸伴随症状可缓解或短暂消失;③脑血流

图检查血流动力学指标异常,提示椎-基底动脉供血不足;④经眼科检查排除明显眼科器质性改变,用药物治疗收效不明显。

1.2 排除标准 ①年龄大于 23 岁或者小于 13 岁非青少年者;②眼部疾病:如青光眼、白内障、角膜病变、真性近视、眼底改变等。

1.3 一般资料 选择符合诊断标准的厦门大学附属第一医院门诊的青少年颈源性视力障碍患者,共计 98 例。男 55 例,女 43 例;年龄 13 ~ 23 岁,平均 17.5 岁。就诊时所有患者均具有颈肩部酸痛不适及视力下降症状,其中伴有视物模糊者 62 例(63.26%),眼部干涩者 48 例(48.97%),眼胀者 30 例(30.61%),眼痛者 23 例(23.46%),怕光者 19 例(19.38%),流泪者 18 例(18.36%)及眼睑无力者 11 例(11.22%)。上述 98 例患者按就诊顺序运用随机数字表法分成治疗组和对照组,其中治疗组 50 例,对照组 48 例;两组患者在性别、年龄、病情间均无显著性差异($P > 0.05$)。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 治疗组 理脊通脉手法治疗^[3]。病人先取俯卧位,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。②点穴:点按风池、风府、大椎、天柱及颈、胸夹脊穴等。③牵引:双手稳住头部平行牵拉,力量适中,间断操作 3 次,每

▲通讯作者 睦承志,主任医师,医学博士。厦门大学医学院教授,硕士研究生导师;福建中医药大学教授、硕士研究生导师。研究方向:骨与关节及神经系统相关疾病的康复。

• 作者单位 厦门大学附属第一医院康复医学科(361003)

次 30 秒钟。④拿颈:以双手小鱼际夹挤捏拿颈部,反复 5 次。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,反复 5 次。⑥重复①的方法。⑦病人翻身仰卧位,头部垫枕,点按睛明、鱼腰、四白、太阳等穴。每天 1 次,2 周为 1 个疗程。

2.1.2 对照组 针刺配合点穴治疗。选百会、印堂、风池、太冲、太溪、颈部夹脊穴。行平补平泻手法,留针 20min,然后一指禅式点按 20min。每天 1 次,2 周为 1 个疗程。

2.2 疗效判定方法

2.2.1 颈椎病主要症状及视力程度分级 0 级(0 分):颈肩部无明显疼痛,视力正常;I 级(1 分):颈肩部轻微疼痛,视力下降 0.2 以内;II 级(2 分):颈肩部明显疼痛,视力下降 0.3-0.4;III 级(3 分):颈肩部剧烈疼痛,视力下降 0.5-0.6;IV 级(4 分):颈肩部疼痛难忍,活动受限,视力下降 0.6 以上。(视力测定依据国际标准视力表测定)

2.2.2 视觉功能(眼部伴随症状数量及程度)分级 0 级(0 分):无明显伴随症状;I 级(1 分):伴随症状在 2 个以内,轻微影响日常生活;II 级(2 分):伴随症状 3~4 个,明显影响日常生活;III 级(3 分):伴随症状 5~6 个,严重影响日常生活;IV 级(4 分):伴随症状 6 个以上,无法进行日常生活。(眼部伴随症状:视物模糊、眼部干涩者、眼胀者、眼痛者、怕光者、流泪者及眼睑无力等)

2.2.3 疗效标准^[2,4] 临床痊愈:颈部主要症状与体征完全消失,视力及视觉功能恢复正常;显效:颈部主要症状与体征完全控制,视力增进 0.2 以上,视觉功能好转;有效:颈部主要症状与体征有改善,视力增进 0.1 以上,视觉功能好转不明显;无效:颈部主要症状、视力及视觉功能改变不明显或中断治疗者。

2.3 统计方法 所有数据均使用 SPSS18.0 软件包进行统计学处理。具体方法为:计数资料用 χ^2 检验与分析, $P < 0.05$ 认为差异具有显著性意义, $P < 0.01$ 认为差异具有非常显著性意义。

3 结果

3.1 治疗前、后颈部主要症状、视力分级情况 治疗前治疗组和对照组在统计学上差异无显著性($P > 0.05$);治疗后治疗组症状消失,视力恢复正常(0 级)40 例,恢复率 80%;对照组 28 例,恢复率 58.33%;两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组明显优于对

照组。见表 1。

表 1 治疗前、后颈椎主要症状及视力分级情况(例)

组别	例数		0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
治疗组	50	治疗前	0*	21*	13*	10*	6*
		治疗后	40 [#]	6	4	0	0
对照组	48	治疗前	0	20	13	8	7
		治疗后	28	14	3	2	1

注:治疗前与对照组比较,* $P > 0.05$;治疗后与对照组相比, $P < 0.05$ 。

3.2 治疗前、后视觉功能(眼部伴随症状数量及程度)情况 治疗前治疗组和对照组在统计学上差异无显著性($P > 0.05$);治疗后治疗组视觉功能恢复正常(0 级)36 例,恢复率 72%;对照组 20 例,恢复率 41.67%;两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组明显优于对照组。见表 2。

表 2 治疗前、后视觉功能(眼部伴随症状数量及程度)情况(例)

组别	例数		0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级
治疗组	50	治疗前	0*	25*	15*	8*	2*
		治疗后	36 [#]	10	4	0	0
对照组	48	治疗前	0	28	13	6	1
		治疗后	28	16	8	4	0

注:治疗前与对照组比较,* $P > 0.05$;治疗后与对照组相比, $P < 0.05$ 。

3.3 临床综合疗效 治疗 2 周后依据拟定的疗效判定标准进行评价,治疗组 50 例,显效 16 例,痊愈 29 例,显效病例 45 例,显效率 90%;对照组 48 例,显效 12 例,痊愈 20 例,显效病例 32 例,显效率 66.67%。两组比较差异有显著性($P < 0.05$),治疗组优于对照组。见表 3。

表 3 临床综合疗效比较(例)

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	显效率(%)
治疗组	50	35	10	3	2	90*
对照组	48	20	12	10	6	66.67

注:综合疗效与对照组比较,* $P < 0.05$ 。

4 讨论

中国传统医学认为:督脉之主干循行脊正中经颈而入脑,支脉贯心上颐系两目,与心、目相联系;合足太阳属肾入脑络,与肾、脑相关联。若督阳不振,温煦无力,易致气滞血瘀,日久导致腠理空虚,风寒湿邪乘虚而入,颈部劳损致血脉凝滞不通,内外相搏,痹阻督脉,聚而成积^[5],从而导致颈部及两目出现一系列临床相应的症状。因此,青少年颈源性视力障碍的病机

根本乃肾气不充,督脉经气不足颈部劳损,瘀滞留着,痰湿停聚,风寒湿邪内侵,督脉痹阻,经气不畅,气血布散不能上达于目,目睛失养。现代医学虽然对于青少年颈源性视力障碍的发病机理到现在仍未明确,但研究发现颈源性视力障碍可能与下面诸多因素有关^[6]:①植物神经功能紊乱:颈交感神经节发出的节后纤维部分分支到眼后部、扩瞳肌、上睑平滑肌、虹膜,交通支的分支分布于硬膜、后纵韧带、颈部小关节突和关节囊。颈椎、椎间盘、椎间韧带等组织由于积累性劳损和退行性变,可使其稳定性减退,从而刺激颈上神经节及分布在椎动脉、关节囊、项韧带等组织的交感神经末梢及椎骨内的脊膜反支形成病理性刺激,从而引起一系列的反射性症状。可出现眼胀痛、眼干涩、视物模糊、易疲劳、眼裂增大和瞳孔扩大等交感神经兴奋症状;亦可出现流泪、眼睑下垂和瞳孔缩小等交感神经抑制症状,而出现视力障碍。②椎-基底动脉供血不良:椎动脉供应脑干和枕叶视觉中枢,颈上交感神经节发出的节后纤维分布于眼部和颈动脉丛,调节眼血液循环和瞳孔扩约肌、眼睑肌。颈椎小关节错位后,可以牵扯刺激、压迫椎动脉,令椎动脉供血不足,是视觉中枢损害的主要原因之一。颈动脉丛和椎动脉的损害可因眼底血液循环障碍而致视网膜病损。当病理因素刺激椎动脉时,可使其痉挛,管腔变窄甚至闭塞,出现椎动脉供血不足。当大脑皮质视觉投射中枢血流量低于视区脑组织正常代谢过程中的需要量时,造成视觉通路及视中枢缺氧而致视物模糊、视野缩小、黑蒙等中枢性视力障碍。③炎性刺激:由于颈椎退行性变,颈部产生无菌性炎症改变,颈交感神经和脊神经节受到炎症的浸润刺激,从而对眼部产生反射性影响而出现症状,加上颈椎骨质增生、椎间盘突出和软组织钙化等因素,共同刺激病变部位的交感神经末梢,从而引起一系列反射症状。

由于颈椎病的发生已呈现年轻化发展的趋势,因此颈源性视力障碍亦可见于青少年。造成的原因多为不正确的姿势或者长期颈椎的劳损。视物模糊和视力下降为初期最常见的主诉,多为间歇性出现,并在疲劳、落枕、天气变化、心情欠佳时症状加剧,并有单眼及双眼疼痛、眼球后方疼痛、眼球向后拉扯感。复视常在晨起或外伤后突发,眼部症状常与头颈姿势改变有关。颈源性视力障碍在临床上最常见的症状是视物模糊,视力下降,以及视疲劳、眼球胀痛、干涩、怕光、流泪、斜视、复视、瞳孔不等大、眼球震颤、视野缩小、眨眼不止,部分患者还有眼底、眼压、屈光度等的改变。

理脊通脉手法以中国传统医学的经络学说为基础,主要通过对督脉和夹脊穴产生手法效应。《灵枢·经脉》篇曰:“督脉之别,名曰长强,挟脊上项,散头上,下当肩胛左右,别走太阳,入贯膂。”又曰:“膀胱足太阳之脉,起于目内眦,上额,交巅。其支者,从巅至耳上角。其直者,从巅入脑络。……还别出下项,循肩膊内,挟脊抵腰中。其支者,从膊内左右别下贯膂,挟脊内……”督脉为“阳脉之海”“总督诸阳”,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,其支脉贯心上颐系两目,与心、目相联系。而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。因此应用夹脊穴并从督脉论治青少年颈源性视力障碍主要的机制为:①通过督脉与诸经的联系以疏通经脉,协调阴阳;②通过督脉与脑和脊髓的联系以疏通经脉,协调阴阳;③通过膀胱经背俞穴与脏腑的联系贯通脏腑,调节气血^[7]。使督脉与诸经阴阳协调,经气运行得畅,从而使颈部相应症状得以缓解,双目之疾得以治愈。从现代医学角度分析,即依据颈椎的解剖生理,针对青少年颈源性视力障碍的病理机制,重点矫正其生物力学的失衡。手法的效能在于增进病变软组织血液循环,减轻无菌性炎症,调整颈椎结构性紊乱,恢复其正常生理曲度和其稳定性,重建颈部周围软组织与脊柱的力学平衡,解除了因劳损致颈部失稳而对椎动脉的持续外力,缓解对颈交感神经系统的激惹,解除了椎动脉牵拉及扭曲的因素,使椎动脉血液循环通畅,进一步改善枕叶视觉中枢循环,视力障碍症状消失,从而达到治疗目的。该方法疗效确切,临床操作简便易行,易于掌握,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 张长江. 脊柱相关疾病[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:177.
- [2] 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.
- [3] 睦承志,郑志成,刘志坤,等. 理脊通脉手法治疗青少年期颈椎病的临床观察[J]. 中医正骨,2004,16(10):17-18.
- [4] 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志,1993,31(8):472.
- [5] 林一峰,牛 维. 脊柱退行性疾病从督脉论治探讨[J]. 安徽中医学院报,2002,21(5):4-61.
- [6] 武 震,于 栋,张 淳,等. 颈性视力障碍研究概述[J]. 中医正骨,2005,17(8):74-75.
- [7] 睦承志. 理脊通脉手法治疗颈源性相关疾病的推断与假说[J]. 中医正骨,2005,17(2):24-25.