

节松动手术综合治疗颈性眩晕症,治疗组疗效优于对照组,说明该疗法效果显著($P<0.05$);远期疗效优良,两组患者半年随访复发率,治疗组复发率明显小于对照组($P<0.05$)。星状神经节阻滞加超短波、关节松动手术综合治疗颈性眩晕症,值得临床上进一步推广。

参考文献

- [1] 柳登顺,赵利连,张吉林,等.实用颈腰肢痛诊疗手册[M].郑州:河南科技出版社,2002.189—205.
- [2] 燕铁斌.现代康复治疗技术[M].合肥:安徽科学技术出版社,1994.115—122.
- [3] 国家中医药管理局.中医药病症诊断疗效标准[S].南京:南京大学出版社,1994.186.
- [4] 潘文字,刘醒如,庄礼兴.电针督脉经穴治疗椎动脉颈椎病的临床疗效[J].中国康复医学杂志,2010,25(5):460—462.
- [5] Sercombe R, Aubineau P, Edvinsson L, et al. Neurogenic influence on local cerebral blood flow. effect of catecholamines or sympathetic stimulation as correlated with sympathetic innervations[J]. Neurology, 1975, 25, 954—963.
- [6] 王颖,路彦均.颈椎病的鉴别诊断与康复评估[J].中国康复医学杂志,2003,18(1):61—62.
- [7] 刘家瑞.间歇拔伸整固定法治颈性眩晕[J].中国康复,2010,25(3):105.
- [8] 章岩.交感型颈椎病的研究进展[J].中国康复医学杂志,2007,12(8):768—769.
- [9] 赵俊,李树人,宋文阁,等.疼痛诊断治疗学[M].第1版.郑州:河南医科大学出版社,1999.633.
- [10] 洪雁,赵枫林,刘芳.星状神经节阻滞治疗青少年枕项线综合征[J].中国康复,2008,23(3):110.
- [11] 熊键,谢青,杨万同.星状神经节阻滞的研究进展[J].中国康复,2010,25(2):63—64.
- [12] 张丽红,张秉均.星状神经节的机制[J].国外医学·麻醉学与复苏分册,2003,24(6):79—81.
- [13] 何成松,杨大鉴,杨敏,等.超短波对椎动脉型颈椎病患者椎—基底动脉血流量的影像[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(10):637.
- [14] 洪雁,赵枫林,吴会新.综合康复疗法治疗肩关节周围炎的疗效分析[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(5):389—390.
- [15] 刘圣凤,李家蓉,黄源彬.颈牵引加手法治疗椎动脉颈椎病疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2004,26(11):728.

·短篇论著·

颈性眩晕伴头痛的病因机制探讨

黄乐天¹ 和晓峰¹

以往的观点认为,椎—基底动脉供血不足是引起颈性眩晕伴头痛的原因,然而该理论无法解释许多临床现象,一些严重的颈性眩晕患者不伴随头痛,患者眩晕的程度与头痛的程度也常常不一致。本文通过对颈性眩晕患者进行临床分析,探讨颈性眩晕伴头痛的病因机制。

1 对象与方法

1.1 研究对象

连续收集2010年3月—2011年4月在我院住院的颈性眩晕患者210例,其中男71例,女139例;年龄34—76岁,平均51.27岁;眩晕有头痛169例,眩晕无头痛41例。资料收集标准:①以眩晕为主诉入院;②旋颈诱发实验阳性;③脑血流检测存在椎—基底动脉缺血;④X线片显示椎节不稳及钩椎关节增生;⑤CT或MRI检查排除颅内肿瘤;⑥耳鼻喉科与眼科眼科检查排除耳源性及眼源性眩晕;⑦出院时“颈性眩晕”的诊断与治疗结果相符。

参照王楚怀等《颈性眩晕症状与功能评估表》中眩晕16分评分(眩晕程度8分、频度4分、持续时间4分)^[1],将眩晕有

头痛患者169例分为A、B、C三组。A组(重度眩晕):眩晕评分0—4分,54例;B组(中度眩晕):眩晕评分5—10分,72例;C组(轻度眩晕):眩晕评分大于11分,43例;D组:眩晕无头痛,41例。

1.2 治疗方法

选择消炎镇痛液对C2—4棘突旁、椎板、小关节的压痛点靶点注射;颈后无压痛患者进行双侧C2—4棘突旁、椎板、小关节浸润注射。单侧压痛侧注射5ml,双侧压痛两侧各注射5ml,无压痛两侧各注射5ml。消炎镇痛液配制:2%利多卡因2.5ml+地塞米松棕榈酸酯8mg+VitB₁₂ 0.5mg+0.9%NS 4.5ml。

1.3 观察指标

检查患者上颈椎(C4以上)压痛;用16分评分对患者靶点治疗前及治疗后24h眩晕测评;用视觉模拟评分法(VAS)对患者靶点治疗前及治疗后24h疼痛测评。

1.3 统计学分析

采用SPSS10.0统计分析软件进行分析处理。数据以均数±标准差表示。组间比较用单因素方差分析,组内比较用

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.07.022

¹ 云南省第二人民医院疼痛科,昆明市青年路176号,620021

作者简介:黄乐天,男,副主任医师;收稿日期:2011-09-15

t 检验。 $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

2.1 上颈椎压痛率比较

眩晕有头痛的患者 169 例,其中 167 例颈后有明显压痛,压痛率为 98.82%;眩晕无头痛患者 41 例,仅 5 例有轻度压痛,压痛率为 12.20%。组间比较有显著性差异($P<0.01$)。

2.2 治疗前后头痛程度比较

见表 1。重度(A组)、中度(B组)、轻度(C组)眩晕程度不同的有头痛患者,治疗前组间对比,头痛程度差异无显著性意义($P>0.05$);治疗后三组头痛的症状均显著改善,治疗后组间对比,头痛程度差异无显著性意义($P>0.05$),各组治疗前后 VAS 评分比较差异有显著性意义($P<0.05$)。

2.3 治疗前后眩晕程度比较

见表 2。有头痛的三组眩晕患者,治疗后眩晕程度有显著改善,治疗前后组内眩晕评分对比,有显著性差异($P<0.05$);无头痛组的眩晕患者,治疗后眩晕程度无显著改善,治疗前后眩晕评分对比,无显著性差异($P>0.05$)。

表 1 治疗前后头痛程度变化 ($\bar{x}\pm s$)

	A组	B组	C组
治疗前	5.26 ± 2.13 ^①	5.87 ± 1.97 ^①	5.43 ± 1.17 ^①
治疗后	2.24 ± 0.36 ^②	2.67 ± 0.54 ^②	2.75 ± 0.51 ^②

①治疗前组间相比 $P>0.05$;②与同组治疗前相比 $P<0.05$

表 2 治疗前后眩晕程度变化 ($\bar{x}\pm s$)

	A组	B组	C组	D组
治疗前	2.43 ± 1.03	7.32 ± 2.01	12.13 ± 1.07	6.34 ± 2.03
治疗后	8.86 ± 1.53 ^①	12.75 ± 2.16 ^①	14.87 ± 0.72 ^①	6.89 ± 1.91 ^②

与治疗前比较:① $P<0.05$,② $P>0.05$

3 讨论

在解释发生颈性眩晕的机制中,椎-基底动脉供血不足的病理变化最为明确,因为依靠椎动脉供血的前庭系统对缺血异常敏感,而颈椎各种病变易使椎动脉颅外段受到影响。其他的发病机制如本体感受器发出的已变异神经冲动等学说尚为假说,部分致病机制不清^[2]。由于有 30%椎-基底动脉供血不足的患者发生头痛^[2],因此,眩晕伴发头痛被认为是由椎-基底动脉供血不足引起的两个症状,其解释为椎-基底动脉供血不足而侧支循环血管扩张是伴随头痛的原因^[3]。

眩晕是椎-基底动脉供血不足的主要临床表现,眩晕的程度可以间接反映椎-基底动脉供血不足的程度。本文研究结果,颈性眩晕的程度与头痛的程度不成正相关,提示:头痛与椎-基底动脉供血不足无关。

颈源性头痛(cervicogenic headache, CEH)是近年来研究的热点,研究结果表明,CEH 的发生是高位颈神经所支配

的结构发生病变而引起的高位颈神经伤害感觉信息的传入,通过高位颈神经传入纤维之间及高位颈神经与三叉神经传入纤维的中枢汇聚,使伤害感受性输入产生紊乱而形成的一种牵涉痛^[4]。其原因可能与颈椎小关节、退变性疾病和筋膜痉挛有关^[5-6]。本文研究结果,头痛与高位颈椎的病变有显著相关性,并且对颈部的靶点治疗有显著效果,这些条件基本符合 CEH 的诊断标准^[7],提示:头痛可能为 CEH。

椎动脉的颈部动脉段迂曲而缺乏骨环保护,椎动脉壁分布着十分丰富的交感神经纤维,刺激容易使交感神经兴奋而导致椎动脉痉挛^[8-10]。上颈椎的脊神经后支具有广泛的连接,爬行于交叉的肌腱中,椎间关节的痛觉感受器致密而敏感^[11]。由于解剖位置相近且都对炎性刺激敏感,使上颈椎的病变容易同时引起眩晕和头痛症状。

引起椎-基底动脉缺血的主要因素有三个,即椎动脉受刺激、椎动脉受压迫和椎动脉狭窄^[3]。其中刺激因素的激惹源主要是炎症和牵拉,伤害性感觉神经对炎性刺激反应敏感^[12],而对牵拉的反应相对迟钝。任何原因引起的椎-基底动脉供血不足均可发生眩晕,仅有炎性激惹容易引起头痛,这可能是一些患者发生眩晕而不出现头痛的原因。

确定颈性眩晕伴头痛的病因机制,对于合理制订治疗方案具有重要的临床价值。本文研究的论据尚不够充分,有必要进一步深入研究。

参考文献

- [1] 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(6):245—247.
- [2] 于红,吴文闻,侯树勋.颈性眩晕[J].中国疼痛医学杂志,2004,10(4):234.
- [3] 杨克勤,主编.脊柱疾患的临床与研究[M].北京:北京出版社出版,1993.525—531.
- [4] Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment[J]. Lancet Neurol, 2009, 8: 959—968.
- [5] 申小年,倪家骧.颈源性头痛的研究进展[J].中国康复医学杂志,2010,(1):92—94.
- [6] 姚军,余丽娟,王颖.颈椎旁神经阻滞复合针刀松解治疗颈源性头痛的临床观察[J].中国康复医学杂志,2009,24(11):1043—1044.
- [7] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group[J]. Headache, 1998, 38: 442—445.
- [8] 郭保逢,任龙喜.交感神经因素在颈性眩晕发病中的作用[J].中华外科杂志,2008,46(20):1598—1599.
- [9] 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(20):15.
- [10] 董莹,马克宁,卢晓维.颈交感干离断对局灶性脑缺血大鼠脑组织病理学及热休克蛋白 70 的影响[J].中国康复医学杂志,2011,26(5):451—454.
- [11] 王金武,陈德松.颈神经后支的解剖及其临床意义[J].中国临床解剖学杂志,2001,19(2):104—107.
- [12] 宣蛰人.宣蛰人软组织外科学[M].上海:文汇出版社,2002.282—298.