

综合脊柱调衡法对椎动脉型颈椎病临床疗效的影响*

杨军雄¹ 向开维² 张建平¹ 张玉学³ 蒋凤仙¹ 田玲玲¹

颈椎病是临床上的常见病、多发病,其病因及临床表现各异,病程缠绵难愈,近年来呈现高发病率和年轻化趋势^[1]。目前普遍认为椎动脉型颈椎病(cervical spondylotic vertebral arteriopathy, CSA)是因为颈椎退变影响椎动脉对脑干或迷路的供血而引起以眩晕为突出表现的病症。临床上常出现该病的症状和体征与影像学表现不同步的现象,对该病的治疗和疗效产生影响^[2-3]。中医认为颈椎病的发病和“经筋”发病密切相关,同时“经筋”病也是针灸、推拿手法治疗椎动脉型颈椎病的关键环节^[4-6]。近年来,针灸、推拿疗法以其临床疗效好,无毒副作用的独特优势越来越受到重视,临床应用广泛。2009年以来,本课题组采用针刺配合推拿综合脊柱调衡法治疗CSA,取得满意的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料

病例均来源于贵州铜仁职院附属医院针灸门诊及住院患者。诊断标准参照《中药新药治疗颈椎病临床研究指导原则》^[7]、《中医病证诊断疗效标准》^[8]、《颈椎病针刀治疗与康复》^[9]及全国第二届颈椎病专题座谈会提出的CSA诊断标准^[10]修

订:①曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕,常因活动颈部而症状加重。②发病时颈部活动受限,后颈部触诊检查可发现患者颈椎有移位,相应的关节囊肿胀及压痛。③旋转试验阳性。④X线片示节段性不稳定或钩椎关节骨质增生,上颈段显示关节半脱位,以寰枢椎为常见。⑤多伴有交感症状。⑥经颅多普勒诊断标准:参考《临床多普勒超声学》^[10]中椎-基底动脉供血不足血流速度的正常参考值,多普勒超声检查提示:椎-基底动脉供血不足,椎动脉或基底动脉血流减慢。

纳入标准:①符合椎动脉型颈椎病的诊断标准;②年龄在25—70岁,性别不限;③1个月内未接受过其他相应治疗,自愿加入本试验研究,并签署知情同意书的患者。

排除标准:①脑源性、眼源性及耳源性眩晕;②合并有心、脑血管、肝、肾、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病;③孕妇;④骨关节结核、肿瘤等;⑤椎管内占位性病变;⑥有高位脊髓压迫者;⑦不符合纳入标准,未按规定治疗者。

选择符合诊断标准的CSA患者126例,按就诊顺序随机分为观察组(综合脊柱调衡法)49例,针刺组42例,推拿组35例,组间患者性别、年龄、病程、病情及诊治情况等经统计学分析差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性,见表1。

表1 三组椎动脉型颈椎病患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)	病情程度(例)			诊治情况(例)	
		男	女			轻	中	重	初诊	复诊
观察组	49	30	19	59.9±6.8	7.6±3.3	9	31	9	7	42
针刺组	42	27	15	58.6±7.4	7.7±4.1	6	31	5	9	33
推拿组	35	22	13	60.2±7.1	6.8±3.2	7	25	3	6	29

1.2 治疗方法

观察组:采用课题组设计的治疗方案,进行针刺配合推拿综合脊柱调衡法治疗:①针刺治疗:穴取:百会、四神聪、风池、风府、天柱、完骨、C3—C7夹脊穴、大椎、肩井、天宗、合谷、太冲。操作方法:取患者俯卧位,穴位常规消毒,采用0.25mm×40mm一次性无菌毫针常规针刺,行捻转提插手法(头部穴位只捻转),平补平泻,留针20—30min/次,5—10min行针一次(风池、天柱、C3—C7夹脊、大椎、肩井、天宗等穴重点行捻转提插手法,至少每穴1min),针后拔罐,每次3—5穴,

留罐5—10min。罐毕行推拿治疗。②推拿治疗:先取患者坐位,点按患者双侧合谷、曲池、肩井、天宗、大椎等,时间4min;推、滚揉、拿等法作用于双侧颈、肩、背部肌肉和软组织,时间6min;双侧肩背部松动术4min;搓、抖双上肢4min。再取患者仰卧位,点按印堂、太阳、百会、四神聪、风池、风府、天柱、完骨4min,按天人地三才法,拨揉颈肩部浅、中、深层次的软组织6min;按颈椎直立位、前曲10°、前曲20°、后曲10°方向牵抖4min;小幅度扳颈椎1次。最后用小圆形荞麦枕垫于患者颈下,让其休息5—10min结束治疗,每日治疗1次,10

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.10.019

*基金项目:铜仁职业技术学院骨干计划项目(2009049)

1 铜仁职业技术学院附属医院针灸科,贵州铜仁,554300; 2 贵阳中医学院一附院; 3 铜仁地区妇幼保健院

作者简介:杨军雄,男,副教授;收稿日期:2011-10-16

次为1疗程,疗程间休息3—5天。

针刺组:患者坐位,穴取:C3—C7夹脊穴、百会、天柱、风池、哑门、大椎、等穴,循经取穴合谷、后溪等,毫针常规针刺,行捻转提插手(头部穴位只捻转),平补平泻,留针20—30min/次,每5—10min行针1次,针后拔罐5—10 min。每日治疗1次,10次为1疗程,疗程间休息3—5天。

推拿组:①用推、揉、滚、拿等法作用于头部及颈部肌肉和软组织,点、按颈部阿是穴及相应经穴,弹、拔颈部肌肉;②用摇、扳等法作用于颈部;③用击、拍、搓等法作用于颈部。20—30min/次,1次/天,10次/疗程,疗程间休息3—5天。

三组均治疗3个疗程后进行疗效评价。

1.3 疗效标准

①参照《中药新药临床研究指导原则》、《中医病证诊断疗效标准》^[8],症状评分综合执行,对头痛、眩晕、耳鸣、耳聋、视物不清、体位性猝倒、颈椎侧弯、后伸不适等方面症状体征进行观察,按无、轻度、中度、重度分别计为4、3、2、1分。满分为20分,评分越高,症状越轻。②采用美国MT-1010TCD于治疗前和治疗3个疗程后,检测患者椎动脉(vertebral artery, VA)、基底动脉(basal artery, BA)的平均血流速度、血流阻力指数(resistive index, RI)。

参照《中医病证证诊断疗效标准》^[8]、《中医病证诊疗标准与方剂选用》^[11]等相关标准进行疗效判定, TCD的正常值参考《临床多普勒超声学》^[10,12]。①治愈:TCD示椎-基底动脉血流基本正常,眩晕等临床症状消失,症状体征评分达到20分,恢复发病前的劳动生活能力;②显效:TCD示椎-基底动脉血流改善,眩晕等临床症状明显减轻,无反复发作,评分达6—10分,生存质量和劳动能力明显提高;③有效:TCD示椎-基底动脉血流改善,眩晕等临床症状有一定程度改善,劳累后偶有颈项部不适和眩晕加重现象,评分达1—5分,生存质量和劳动能力得到提高;④无效:TCD示椎-基底动脉血流无改善,眩晕等临床症状无明显改善,严重影响工作和生活。

1.4 统计学分析

计数资料采用 χ^2 检验,计量资料自身对照采用 t 检验,组间比较采用方差分析,数据均采用SPSS11.5统计软件进行统计分析。

2 结果

见表2—4。观察组在症状评分、平均血流速度的改善、血管阻力的改善等方面均优于针刺组、推拿组($P<0.05$),差异有显著意义。从表5可见,三组的总有效率差异无显著性意义($P>0.05$),但痊愈率分别为79.6%, 54.8%, 51.4%,观察组优于针刺组、推拿组(均 $P<0.05$),差异有显著性意义。针刺组、推拿组痊愈率比较差异无显著意义($P>0.05$)。

表2 三组椎动脉型颈椎病患者治疗前后症状评分比较($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	1疗程后	2疗程后	3疗程后
观察组	49	8.35±1.51	5.85±1.20	4.26±0.92	3.01±0.68 ^②
针刺组	42	8.12±1.49	6.58±1.47 ^①	4.67±1.30	3.74±1.12 ^①
推拿组	35	7.86±1.42	6.20±1.45 ^①	4.57±1.25	3.78±1.17 ^①

①与同组治疗前比较 $P<0.05$;②与针刺组、推拿组比较 $P<0.05$

表3 三组患者治疗前后椎动脉平均血流速度比较($\bar{x}\pm s$,cm/s)

组别	例数	左VA	右VA	BA
观察组	49			
治疗前		22.95±4.11	23.95±3.86	30.13±3.87
治疗后		31.18±4.13 ^②	31.88±4.21 ^②	35.02±4.31 ^②
针刺组	42			
治疗前		22.96±4.12	23.94±4.15	30.42±4.26
治疗后		27.18±4.20 ^①	26.68±4.71 ^①	33.82±4.71 ^①
推拿组	35			
治疗前		22.97±4.11	23.94±4.13	30.32±4.25
治疗后		26.98±4.18 ^①	26.24±4.66 ^①	33.62±4.61 ^①

①与同组治疗前比较 $P<0.05$;②与针刺组、推拿组比较 $P<0.05$

表4 三组患者治疗前后椎动脉血管阻力指数比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	左VA	右VA	BA
观察组	49			
治疗前		0.86±0.11	0.81±0.17	0.77±0.14
治疗后		0.53±0.16 ^②	0.56±0.19 ^②	0.45±0.18 ^②
针刺组	42			
治疗前		0.87±0.14	0.83±0.16	0.78±0.14
治疗后		0.58±0.21 ^①	0.68±0.22 ^①	0.62±0.15 ^①
推拿组	35			
治疗前		0.88±0.15	0.83±0.17	0.79±0.164
治疗后		0.61±0.20 ^①	0.66±0.21 ^①	0.60±0.12 ^①

①与同组治疗前比较 $P<0.05$;②与针刺组、推拿组比较 $P<0.05$

表5 三组椎动脉型颈椎病患者临床疗效比较

组别	例数	治愈		显效		有效		无效		总有效率 (%)
		例	%	例	%	例	%	例	%	
观察组	49	39	79.6	7	14.3	3	6.1	0	0	100
针刺组	42	23	54.8	12	28.6	6	14.2	1	2.4	97.6
推拿组	35	18	51.4	9	25.7	6	17.2	2	5.7	94.3

3 讨论

3.1 中西医对CSA病理机制的研究

中医认为CSA当属“眩晕”、“头痛”等范畴。病位在脑窍,以肝肾亏虚为本,脑髓失养为标,痰瘀互结,经络阻滞,气血不通为主要病机,且与督脉经气失调有着密切关系。现代研究表明^[13],血供异常是CSA发生的病理基础,究其原因,或因颈椎钩椎关节增生,压迫椎动脉;或颈椎周围韧带松弛、椎体失稳、滑脱移位,造成颈椎与椎动脉的正常关系被破坏,牵拉或压迫椎动脉;或颈椎退变及其继发性病变刺激椎动脉周围及其管壁交感神经,引起椎动脉痉挛;或因颈椎间盘应力改变,使椎动脉扭曲等导致血供异常,而引起以眩晕为突出表现的

病症。因此,恢复脊柱的稳定性,改善椎动脉的供血,是治疗CSA的关键。

研究证实^[13-15],CSA患者血流峰速度明显低于正常人,但其血管的搏动指数、阻力指数均明显高于正常人,多数患者椎-基底动脉系统血流速度降低,少数流速异常升高,但流量减少,伴频谱改变,音调尖锐,表现为动脉痉挛。TCD能够直接对椎-基底动脉系统进行血流动力学监测,是研究CSA的一种有效手段,其检测结果与X线片、MRI等有高度一致性;TCD观测椎-基底动脉血流速度可看作椎-基底动脉血流量的相对指标,其中 V_m 指平均血流速度,不仅反映了收缩期的血流速度,也包括舒张期内各点的血流速度,是一个综合反映心动周期内血流速度的参数;同时TCD可敏感反映脑血管及脑血流速度情况,可发现流速异常、血管痉挛及硬化等情况,是评价椎动脉型颈椎病血管状态及脑血流量的有效方法。因此本研究采用 V_m 、RI作为主要分析指标。

3.2 综合脊柱调衡法治疗CSA的机制探讨

CSA是颈椎病中的一种类型,多见于中老年人,因病久必虚,久病入络所致。督脉为阳脉之总督,循行于脊里,出属于肾脏,入络于脑,其病(实则脊强,虚则头重)乃是本虚标实之证。处方选用百会、颈夹脊穴、风池、四关以标本兼治,针刺百会、风池等以调补髓海,平肝潜阳,针四关以疏风解表,活血通窍,清利头目,强刺激风池、天柱、C3—C7夹脊、大椎、肩井、天宗等穴以舒筋活络、调和气血,解除肌肉痉挛;配合推拿以松解颈背部肌肉,改善颈椎稳定性,消减颈椎轴线上的压力,恢复颈椎正常的生理解剖结构,从而缓解椎动脉痉挛,提高椎动脉、基底动脉的血流速度,降低椎动脉、基底动脉的血流阻力指数,最终改善因供血不足而出现的症状。小圆形荞麦枕的运用,能有效矫正颈椎的生理曲度而巩固临床疗效。研究表明^[6],针刺夹脊穴、百会能有效提高椎动脉的血流速度,降低血流阻力指数,缓解椎动脉痉挛,改善椎动脉的供血,减轻局部炎性反应对椎动脉的不良刺激,缓解眩晕等临床症状。

本法集针灸、推拿两种疗法的优势,使颈部紧张痉挛的肌肉得以放松,同时又能纠正和回纳错位逆乱的组织 and 关节,

使经络顺接,气血流畅,达到疏通经络、理筋整复的目的。

参考文献

- [1] 丁全茂,闫明萌,周骥,等.推拿治疗椎动脉型颈椎病126例临床疗效评价[J].中华中医药杂志,2009,24(6):767—768.
- [2] 张天民,王凡.颈椎病针刀治疗与康复[M].第1版.北京:中国中医药科技出版社,2010. 165—168.
- [3] Pateder DB,Berg J, Thal R,Neck and shoulder pain: differentiating cervical spine pathology from shoulder pathology[J]. Curg Orthop Adv,2009,18(4):170—174.
- [4] 朱清广,房敏,沈国权,等.推拿治疗颈椎病经筋机制生物力学研究[J].中华中医药杂志,2011,26(8):1833—1835.
- [5] 房敏,朱清广,洪水棕,等.经筋在颈椎病发病中的生物力学作用[J].上海中医药大学学报,2009,21(5):4—6.
- [6] 杨仁亮,杨爽.针刺牵引按摩合中药离子导入治疗颈椎病200例[J].中国民间疗法,2010,32(4):36—38.
- [7] 郑筱萸.中药新药临床研究指导原则[M].第2版.北京:中国医药科技出版社,2002. 342—362.
- [8] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[S].第1版.南京:南京大学出版社,1994. 186—187.
- [9] 孙宇,陈其福.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,13(8):472.
- [10] 焦明德,田家玮,任卫东,等.临床多普勒超声学[M].第1版.北京:北京医科大学中国协和医科大学联合出版社,1997.114.
- [11] 戴填,薛建国,岳沛平,等.中医病证诊疗标准与方剂选用[M].第1版.北京:人民卫生出版社,2001.937—942.
- [12] 周建伟,张凡,赵菁菁,等.椎动脉型颈椎病患者椎基底动脉血供的TCD探讨[J].四川医学,2005,26(5):484—486.
- [13] 张勇,陈胜.手法与针灸治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].陕西中医,2011,32(8):996—997.
- [14] 张风华.手法复位推拿治疗对椎动脉型颈椎病患者血流动力学的影响[J].中医药导报,2011,17(8):59—61.
- [15] 任龙喜,何玉宝,郭函,等.颈部疼痛程度与颈椎曲度相关性的临床观察[J].中国脊柱脊髓杂志,2011,21(9):750—753.
- [16] 孙月华.针刺颈椎夹脊穴对椎动脉血流动力学的影响[J].江西中医药,2007,38(1):62.