

针刀及手法治疗颈性眩晕

李宏伟 纪明和 曾涛

(辽宁省铁法煤业集团总医院 调兵山 112700)

关键词: 颈性眩晕; 针刀疗法; 手法复位

中图分类号: R 255.3

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0022-02

颈性眩晕^[1]是颈背部软组织病变或颈椎骨关节性病变而引起眩晕, 颈椎骨质病变引起的眩晕多为突发性、一过性发作, 即大多数病人当头颈部旋转至某方位时出现眩晕症状, 恢复原位后眩晕症状逐渐消失; 颈部软组织病变引起的多为持续性眩晕, 在病人低头、仰头、旋转甚至大声讲话时均可使原来的眩晕症状加重。颈性眩晕有时可伴有头痛、耳鸣和听力减退, 严重时可出现一时性昏厥, 意识丧失。近年来, 笔者采用针刀及手法治疗颈性眩晕 50 例, 效果显著。现报告如下:

1 临床资料

病源为我院中医科门诊患者, 排除内耳迷路及其连结的小脑、大脑障碍和眼及视神经通路障碍引起眩晕。50 例中男 30 例, 女 20 例, 年龄 20~65 岁, 病程最短 10d, 最长的为 13 年。环枢间隙部位软组织病变者 12 例, 颈背部软组织病变者 25 例, 颈椎病引起者 13 例。

2 治疗方法

2.1 针刀治疗 根据朱氏四步进针法^[2]对颈背部压痛点及变

2 结果

见表 1、表 2。

表 1 临床疗效比较 例

分组	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)	u	P
治疗组	75	42	16	13	4	94.67	2.167	0.03
对照组	75	13	14	20	28	62.67		

注: 经 wilcoxon 秩和检验统计学分析, $P < 0.05$, 有统计学意义。

表 2 治疗前后 TCD 改变情况 例

分组	n	改变	未变	改变率(%)	χ^2	P
治疗组	75	64	11	85.33	31.263	0.000
对照组	75	31	44	41.33		

注: 经 Chi-Square 检验, $P < 0.05$, 有统计学意义。

3 讨论

偏头痛是神经系统常见疾病之一, 其发病机理不详。有学者提出偏头痛的血管学说, 认为偏头痛是由于脑血管痉挛继发脑血管扩张引起的。有关偏头痛的脑血流动力学特征一直缺乏客观而实际可行的实验室指标, 经颅多普勒超声的问世开创了非创伤性检测脑部血流动力学的新纪元, 成为评价偏头痛脑血管功能状态的首选检查方法。偏头痛主要表现为反复发作的偏侧或双侧头痛, TCD 主要是通过检测脑血管及椎 - 基底动脉的血流速度来了解脑血管病变, 确定头痛的病因, 判断艾灸治疗的效果。

艾灸具有镇痛、镇静及增加脑血流量、减少脑血流阻力作用, 能抑制血管活性中枢, 调节周围血管的舒缩, 可促使脑血流动力学得到改善, 特别是能增加椎基底动脉供血, 改善

性软组织进行针刀松解。刀口线与人体纵轴平行, 针体垂直刺入, 达骨面后, 纵行切开 3 刀, 横行剥离 2~3 下, 当刀下紧塞感时, 可调转刀锋 90° 横切 3 刀出针, 加压 5min, 每周治疗 1 次, 4 次为 1 个疗程。常用治疗部位有枕骨隆凸、枕上项线、枕下项线、各病变颈椎棘突、颈椎横突前结节、横突后结节、关节突部位、后关节囊、肩胛骨脊柱缘、冈上窝、冈下窝等。

2.2 手法治疗^[3] (1) 先放松患部软组织。(2) 根据 X 线所示按错位类型选用: 仰头摇正法、低头摇正法、侧头摇正法、侧向搬按法、坐位旋转复位法、高垫胸俯卧位复位法。

3 疗效观察

治愈: 原有眩晕症状消失, 颈背部无疼痛。好转: 眩晕症状减轻, 颈背部疼痛减轻。未愈: 症状无改善。结果治愈 42 例占 84%, 好转 6 例占 12%, 无效 2 例占 4%, 总有效率为 96%, 治疗次数最少 1 次, 最多 4 次, 平均治疗时间为 20d。

4 典型病例

王某, 女, 38 岁, 财会职业, 于 2005 年 6 月 10 日就诊。头迷路动脉及内耳的血供。本文显示治疗组用艾灸治疗后, TCD 提示血流速度恢复正常, 临床症状缓解, 与对照组相比有显著性差异。艾灸能显著改善脑动脉供血, 起效快, 2 周内临床治愈率 56.0%, 总有效率 94.67%, 且无毒副作用。

有关偏头痛的 TCD 研究资料各家结果不一, 甚至互相矛盾。分析其原因, 一方面偏头痛患者脑血管收缩、扩张的程度、时限各不相同; 另一方面影响血流速度的因素甚多, 个体之间脑动脉基础血流速度差异较大。今后的发展方向是建立 TCD 资料个人档案, 进行自身比较有重要意义。对偏头痛患者应进行多次随访, 在先兆期、发作期、发作间期甚至同一期不同时间进行 TCD 监测, 观察血流速度变化, 以推测脑血管的功能状态。同时应进行大批临床病例观察, 仔细匹配对照组, 使研究结果确切可信。在研究偏头痛患者脑血管反应性试验中, 需进一步阐明血管反应的部位以及各种刺激导致血管收缩反应的程度。TCD 与血管造影、磁共振血管造影(MRA)等显示血管的解剖学形态不同, TCD 提供了生理和病理生理状态下脑血流动力学资料, 具有非损伤性、简便易行、可反复检查及用于监测等特点, 是其它检查技术所不能比拟的。利用 TCD 血流动力学特征可将偏头痛与其它头痛区别。

总之, 艾灸治疗偏头痛安全有效, 值得推广应用。TCD 作为一种无创伤性检查, 能顺利地反映脑血管的血流量变化, 可以重复、动态地观察脑血流状态, 对偏头痛患者脑血管功能进行客观评价, 从而为临床治疗提供重要帮助。

(收稿日期: 2007-02-08)

股骨粗隆间骨折不同治疗方法的选择

陈德红 雷震

(广东省连州市中医院 连州 513400)

关键词: 股骨粗隆间骨折; 治疗方法; 比较

中图分类号: R681.7

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)05-0023-02

股骨粗隆间骨折是下肢骨折中常见骨折, 患者的平均年龄稍高于股骨颈骨折的患者年龄。由于粗隆部的血运丰富, 无论何种类型的骨折, 均极少不愈合, 即使不处理亦可愈合, 主要的问题是常遗留髓内翻、下肢外旋和短缩畸形。骨折愈合后, 很少发生股骨头缺血坏死, 但多数患者年龄大, 合并心血管疾病、肺部疾病、糖尿病等, 针对病人的具体情况, 应选择不同的治疗方法。我院从 1998 年至今收治股骨粗隆间骨折 98 例, 对各种治疗方法的优缺点进行了分析。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 98 例, 男 38 例, 女 60 例, 男女比为 1:1.58; 年龄 22~83 岁, 平均 68.3 岁; 受伤原因: 车祸 22 例, 跌晕伴颈肩部酸胀不适半年, 患者半年前晨起后突然头晕, 休息后好转, 后每因劳累或突然转头时经常出现头晕。2d 前由于长时间低头工作, 头晕明显加重, 并伴有恶心、颈部僵硬、夜不能寐。查体: 枕上、枕下项线压痛, 双侧颈背肌肉紧张, 颈 2 横突偏歪、压痛, 颈 2~ 颈 5 棘突间、棘旁压痛, 右侧肩胛内上角、冈上窝压痛, 压顶试验(一)。X 线开口位示环齿侧间隙左侧 5mm 右侧 2mm, 枢椎棘突偏右, 侧位、双斜位未见异常。诊断: 颈性眩晕。针刀松解枕上、下项线压痛点, 颈 2 横突压痛点, 颈 2~ 颈 5 棘间、棘旁压痛点, 右肩胛内上角、冈上窝压痛点。手法复位: 先放松患部软组织, 再根据 X 线所示采用侧向搬按法: 患者仰卧位, 术者立于床头, 一手拿住其后颈并以拇指推项颈 2 横突左侧, 另一手托其下颌并用前臂贴其面颊部, 两手合作将患者头先牵引并渐屈向左侧后屈向右侧, 当向右侧搬至最大角度时, 拇指“定点”不放松, 与“动点”手同时作一搬、按、牵联合“闪动力”。有时, 病人可听到关节弹响, 术者拇指可触到复位关节的弹跳感, 复位成功^①。病人即刻感到眼睛视物清晰, 颈背部轻松, 头晕减轻。针刀治疗 3 次后, 症状消失, 临床痊愈, 随访至今未复发。

5 讨论

5.1 病因 颈椎骨关节病变引起眩晕主要是由于劳损、外伤、风寒等因素或椎间盘退变、椎间隙变窄所致颈椎失稳, 从而小关节易产生错位、颈椎旋转、颈椎超常范围的活动, 颈椎管内外软组织也容易继发无菌性炎症或形成颈椎体、小关节、钩突关节的骨唇增生。位于颈椎椎体前外侧的植物神经链或走行在颈椎横突孔中的椎动脉, 受到无菌性炎症的刺激、机械性压迫或植物神经受到刺激, 会引起椎动脉反射性痉挛。此时椎动脉血流受阻, 使小脑、前庭神经核、红核等部位的眩晕中枢血液循环发生障碍而产生眩晕症状。

颈部软组织病变产生眩晕的病因: (1) 软组织病变常常相伴一些植物神经紊乱的症状, 如背部软组织病变常伴有背部走蚁感、荷重感、冷水浇背感、束胸感和心慌、胸闷、憋气

伤 76 例; 入院距受伤时间最长 2 个月, 最短 30min, 平均 3.5d。按 AO/OTA 分类: A₁₁8 例, A₁₂15 例, A₁₃7 例, A₂₁30 例, A₂₂15 例, A₂₃5 例, A₃₁10 例, A₃₂5 例, A₃₃3 例。

1.2 治疗方法 对粗隆间骨折的治疗, 关键有二, 一为降低死亡率; 二为减少髓内翻的发生率。我们根据患者年龄、骨折类型、是否有原发疾病等, 选择不同治疗方法。

1.2.1 牵引治疗 选择长期卧床肢体不能活动、严重内科疾患及年轻不愿手术患者共 28 例。行单纯股骨髁上骨牵引治疗 8~10 周, 至骨折局部无压痛, X 线显示有骨痂, 去除骨牵引, 扶双拐患肢不负重行走, 4 个月左右下地负重。

1.2.2 透视下复位(起重机架外固定) 选择年龄较大, 有心等症。颈项部软组织病变除产生颈项痛外, 有的病人会产生眩晕症状并且成为主诉症状。(2) 颈部软组织劳损性病变产生头晕也可能和组织内压增高有关。上海生理研究所对颈腰痛病人的肌电图观察证实: 正常人在肌肉放松状态时没有电活动存在, 而颈腰痛病人是有紧张性电活动存在的, 并且常和疼痛存在于同一侧。因此, 病变部位的肌肉是处于紧张和痉挛状态的, 组织内压是增高的。颈项部软组织的感觉通路常和小脑、前庭神经核、红核等眩晕中枢有连接, 颈项部及上背部的筋膜、肌肉, 主要由颈脊神经后支所支配, 位于颈背部的筋膜、肌肉内的感受器, 接受了因组织内压增高所产生压力变化的异常刺激, 通过颈脊神经后支传入中枢引起小脑和皮层下中枢的前庭神经核等组织的兴奋, 通过反射产生机体平衡和定向功能障碍, 导致了眩晕症状的发作^②。

5.2 针刀治疗机理 (1) 通过闭合性手术松解粘连和对一些肌肉、韧带的高应力点松解, 能有效地改善颈椎两旁肌肉和韧带的紧张和痉挛, 恢复颈椎的稳定性, 并通过手法将颈椎旋转复位, 可以减少机械性压迫和植物神经受到刺激而引起椎动脉反射性痉挛, 眩晕也就缓解了。(2) 针刀对颈部软组织病变松解时, 达到组织减压的目的, 起到“松则不痛”的效果, 并且颈项部及上背部的筋膜、肌肉内的感受器所受的高组织内压被解除, 使颈脊神经后支传入中枢引起小脑和皮层下中枢的前庭神经核等组织的兴奋减少, 并通过反射产生机体平衡, 定向功能障碍得以改善, 从而使眩晕症状消失。

5.3 针刀疗法的优越性 针刀治疗颈性眩晕具有疗程短、见效快、可重复性强、节省诊疗时间等诸多优点, 为临床治疗该病症一种新的治疗手段, 丰富了传统的保守疗法。

参考文献

- [1] 柳登顺, 赵立连, 张剑赤. 实用颈腰肢痛治疗手册[M]. 郑州: 河南科技出版社, 2002. 189, 191~195
- [2] 朱汉章. 小针刀疗法[M]. 北京: 中国中医药出版社, 1992. 92~99
- [3] 钟士元. 脊柱相关疾病治疗学[M]. 广州: 广东科技出版社, 2003. 114, 203

(收稿日期: 2006-11-27)