

# 针灸配合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病 86 例体会

齐运卫

(河南省洛阳市第一中医院 洛阳 471000)

关键词:椎动脉型颈椎病;针灸;手法推拿

中图分类号:R 681.55

文献标识码:B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.062

椎动脉型颈椎病是颈椎病的常见类型之一,临床以眩晕、恶心呕吐等症状为特点。自 1996 年 1 月~2010 年 10 月,作者采用针灸配合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病 86 例,临床效果显著。现报告如下:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组 86 例,男 29 例,女 57 例,年龄 25~73 岁,病程最长 5 年,最短 2 d。86 例均有不同程度的眩晕、恶心、颈部酸痛,其中伴心慌者 35 例,头痛或偏头痛 46 例,视物不清、眼睛酸胀者 52 例。慢性硬膜下血肿的发生与老年人的生理特点有关,如脑萎缩致桥静脉张力高、颅内压低、动脉硬化、血管脆性增加、抗凝治疗等。轻微的外伤亦可引起血管破裂出血且不易自止,血液集聚于硬膜下腔,形成血肿。通过纤维蛋白降解产物(fibrin degradation product, FDP)测定,发现血肿液内 FDP 高于血液含量。FDP 是纤溶酶作用于纤维蛋白的多肽碎片,血肿液高浓度 FDP 会引起血肿外膜中毛细血管和小静脉不断出血使血肿逐渐增多,血肿腔内有新鲜血液又产生更多的 FDP,如此形成恶性循环,血肿逐渐扩大。手术中应彻底冲洗,充分引流,尽可能将 FDP 冲洗干净,阻断恶性循环链,以防术后复发。本组小骨窗开颅手术,无复发病例,原因如下:(1)骨窗缘骨蜡止血并悬吊硬脑膜,止血彻底完善;(2)有足够空间,在可视范围内行包膜部分切除,方便置管冲洗操作;(3)手术时缓慢放出液化血水,减压缓慢,避免了颅内压骤降引起硬脑膜与颅骨间小血管撕裂和脑血管损伤破裂出血的危险;(4)剪有 3~5 个侧孔的硅胶引流管,不同方向置入血肿腔内,可捅破多血肿腔的分隔膜,生理盐水反复冲洗,尽量排出残余絮状物和凝血块,直至冲洗液清亮,阻断 FDP 恶性循环链;(5)术后先拔除枕部方向引流管,1~2 d 后再拔除额部方向引流管,脑组织在重力作用下逐渐由下向上膨起,挤压血肿腔内血性液流向血肿腔上方(额部),从引流管侧孔排出颅外,同时颅内少量积气在脑组织挤压下压力高于大气压,也从引流管排出体外,此种放置引流管的方法在不妨碍血性液排出的同时又有利于气体的排出;(6)间断缝合硬脑膜,但不要严密缝合,使部分开放的硬

例,猝倒史者 12 例。查体:头部旋转试验阳性 76 例,椎旁压痛 63 例。本组均摄颈椎 X 线侧位片、双斜片、张口位片或 CT、MRI,其中颈椎生理曲度变直或反弓者 75 例,椎间孔变小 48 例,环枢椎半脱位 69 例,颈椎间盘突出者 52 例。

## 1.2 治疗方法

1.2.1 针灸疗法 取穴:主穴:第 1、2、3 颈夹脊穴(即颈椎第 1、2、3 棘突下旁开 0.5 寸)及风池、完骨、天柱、百会。配穴:心慌、恶心呕吐加内关、丰隆,头脑膜及包膜起到进一步向头皮软组织引流的作用。

头颅 CT 影像学资料,对术中冲洗难易程度判断有帮助。CT 提示低密度影者,血肿多呈黄褐色或淡黄色液体,易冲洗干净。CT 提示为等密度影者,血肿为褐色或红褐色液体,冲洗次数明显增加。CT 示稍高密度影者,血肿呈黑色柏油状及有血凝块,包膜较薄,术中需反复冲洗,有些血凝块需要用吸引器吸出。CT 提示为高密度影和混杂密度影者,血肿腔常有分隔膜,血肿常不易清除,可把引流管反复向不同方向置入血肿腔内,尽量捅破多血肿腔的分隔膜,保证手术疗效。

约 2 cm× 3 cm 的小骨窗开颅手术,避免了钻孔引流术和骨瓣开颅血肿清除术的弊端,吸收了二者的优点,效果良好。钻孔冲洗引流血肿,创伤小,但视野差,置管盲目,易插破蛛网膜而进入脑内,引起脑脊液漏、脑挫伤、脑内血肿等并发症。且血肿腔内絮状物和凝血块不易冲洗干净,术后血肿易复发。而开颅血肿清除术,创伤大,老年人多不能耐受。高龄患者多有脑萎缩,在慢性硬膜下血肿长期压迫下,已适应病理状态下的脑组织缩小,术后脑组织膨复不良,常残留颅内积液<sup>[1]</sup>。对此类病人,术后采用头低足高卧位,多饮用开水或增加补液量,鼓励吹气球等,可减少残留液体量。本组病例,术后 1 个月复查,残留硬膜下积液均无增多,其中有 9 例较出院时明显减少。

## 参考文献

[1]段国升,朱诚.手术学全集·神经外科卷[M].北京:人民军医出版社,1995.90-92  
[2]王忠诚.王忠诚神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005.442-444

(收稿日期:2012-10-24)

# 腰椎间盘突出症术后失败综合征从痰论治 23 例

余锡明 夏百红

(安徽省宿松县人民医院 宿松 246501)

关键词: 腰椎间盘突出症; 术后失败综合征; 从痰论治

中图分类号: R 681.53

文献标识码: B

doi:10.3969/j.issn.1671-4040.2013.01.063

腰椎间盘突出症术后失败综合征临床并不少见,其治疗颇为棘手,出于对二次手术的恐惧使得许多患者求助于中医治疗。近十年来我们根据中医怪病多痰以及痰瘀相关的理论,从痰症的角度出发对本病进行辨证施治,取得了满意的效果。现就 23 例作一分析:

## 1 临床资料

1.1 一般资料 腰椎间盘突出症术后失败综合征患者 23 例,男性 11 例,女性 12 例,术前均经临床体检、CT 及 MRI 检查而确诊。其中 L<sub>3-4</sub> 椎间盘突出 1 例, L<sub>4-5</sub> 椎间盘突出 13 例, L<sub>5</sub>~S<sub>1</sub> 椎间盘突出 7 例, L<sub>4-5</sub> 及 L<sub>5</sub>/S<sub>1</sub> 两节段椎间盘突出 2 例。手术方法:全

椎板 1 例,半椎板 3 例,单侧椎板开窗 17 例,双侧椎板开窗 2 例。残留症状主要为下腰痛、腰腿痛、小腿或足部麻木、跛行等。

1.2 治疗方法

1.2.1 痰瘀互阻型 年龄较轻,术后早期,筋骨受损,瘀血蓄积,或排而未尽,留滞化痰。症见疼痛剧烈、压痛明显或伴有放射痛及放散痛,舌质紫暗或边有瘀斑,脉弦有力。治宜祛瘀化痰。药用当归、赤芍、川芎、桃仁、红花、制南星、川贝母、川牛膝、甘草、白芥子、半夏。

1.2.2 痰湿阻滞型 素体肥胖,术中见神经根明显水肿,或术中损伤硬脊膜,有脑脊液渗出。症见腰酸

短 2 d,有 2 例病人治疗 3 次后效果不明显而改用其他疗法,视为无效。均于治疗 2 个疗程后按上述标准评定,结果临床治愈 56 例,显效 22 例,好转 6 例,无效 2 例,总有效率为 97.7%。

## 2 讨论

椎动脉型颈椎病为颈椎生理曲度改变、椎小关节紊乱、环枢椎半脱位及骨赘形成等直接压迫椎动脉或颈交感神经受刺激,反射性引起椎动脉痉挛,导致椎动脉供血不足所致。症状以眩晕、恶心呕吐、视物不清、头颈部疼痛为主。中医认为本病的发生是由于肝肾不足或痰阻清窍,清阳不升,脑窍失养所致。

颈夹脊穴正处于病变部位,深刺之,针尖直达病所,针感强烈,作用迅速。研究表明:针刺夹脊穴后,能够改善颈部微循环状态,对毛细血管的通透性有调整作用,使血流通畅,改善组织缺血缺氧状态,改善脑供血。风池、完骨、天柱能够改善大脑后半球血液供应。百会为三阳五会,针后加灸能升清阳、振督脉,且为止晕要穴。太冲、太溪滋补肝肾以治本,丰隆健脾祛痰以治标,内关调厥阴以止呕吐。手法推拿以纠正颈椎小关节紊乱及环枢椎半脱位,并改善颈肩部血液循环及椎基底动脉血供。针灸配合手法推拿治疗椎动脉型颈椎病属标本兼治,辨证与辨病相结合,能很好改善椎动脉受压和局部血液循环,增加椎基底动脉血供,故疗效迅速、确切。

1.2.2 手法推拿 于每次针灸后操作,每次 10~15 min。(1)按揉颈肩部:患者坐位,术者站立于患者后方,用拇指或大鱼际按揉颈肩部 3~4 min,以放松颈肩部肌肉。(2)拿风池、天柱、肩井穴:患者体位不变,术者用拿法分别作用于风池、天柱、肩井穴,力度以患者耐受为度,每穴操作 1~2 min。(3)颈部扳法:患者正坐、放松,术者左手握住患者下颌,右手握住患者后枕部,嘱患者稍低头向左侧旋转至最大角度时,术者双手用爆发力再向左转动患者头部,注意转动幅度要小,可听到“咯叭”声,同样方法,再做右侧扳法,以整复颈椎及环枢关节。(4)拍打肩背部:患者、术者体位均不变,术者双手空握拳,有节律地轻柔拍打肩背部 1~2 min,以放松肌肉,结束手法。

1.3 疗效评定标准 临床治愈:临床症状完全消失,颈部活动自如;显效:恶心呕吐消失,眩晕较前减轻 80%~90%;好转:眩晕、恶心较前减轻 30%~40%;无效:2 个疗程后症状无改善。

1.4 治疗结果 本组 86 例,治疗时间最长 15 d,最

(收稿日期: 2012-10-23)