

铍针疗法治疗颈源性眩晕 80 例

许仕龙¹ 苏海涛^{2△} 王羽丰²

【摘要】 目的:观察铍针松解枕下肌群、颈部肌筋膜激痛点治疗颈源性眩晕的临床疗效。**方法:**对符合纳入标准的 80 例患者进行铍针松解治疗。松解部位主要为枕下肌群、颈后伸肌群、上背部及肩部肌群痛点等。治疗频率为每周 1 次,疗程为 4 次,患者第 1 次治疗前、第 2 次治疗结束后(第 3 次治疗前)、疗程结束后 1 个月观察临床疗效,比较颈源性眩晕症状与功能评估量表评分情况。**结果:**经 2 个月随访,80 例患者均完成本次治疗过程。本组病例临床治愈 53 例,显效 20 例,好转 4 例,无效 3 例;临床治愈率为 66.25%,显效率为 25%,总有效率为 91.25%。**结论:**铍针疗法操作简便,对改善颈源性眩晕症状疗效确切,痛苦少,患者易于接受,值得推广。

【关键词】 铍针疗法;颈源性眩晕;肌筋膜激痛点

【中图分类号】 R255.3 **【文献标志码】** B **【文章编号】** 1005-0205(2017)06-0071-02

颈源性眩晕是指由于颈枕部软组织急性或慢性损伤,椎间关节的退变、增生、椎体失稳等原因引起椎-5 基底动脉供血不足,导致以发作性眩晕症状为主的颈椎病。中医属眩晕、头晕范畴,其症状主要表现为眩晕,伴随症状有头痛,严重时伴有运动障碍,听觉与视觉障碍^[1]。研究表明,眩晕病在 40~60 岁的中老年人群中多发,其中 40% 是由颈性眩晕引起^[2],多数患者有长期伏案工作或者长时间低头习惯。本研究选取《灵枢·九针》中的铍针疗法用于治疗颈性眩晕,取得了较满意的疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

2015 年 10 月至 2016 年 7 月期间选取广东省中医院骨科门诊颈性眩晕符合纳入标准的患者 80 例;其中男 34 例,女 46 例;年龄 22~65 岁,平均(40.9±2.1)岁,病程 2~12 个月,平均(6.5±4.2)个月。

1.2 诊断标准

参照第二届全国颈椎病专题座谈会纪要^[3]和国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[4]拟定的诊断标准:1)头痛或颈枕部疼痛或局部压痛明显,恶心、呕吐。2)位置性眩晕、猝倒、持物不稳落地、视物不清。3)旋颈试验呈阳性。4)X 线检查示患者颈椎间隙变窄,钩椎关节退变,椎间孔前后径变窄。5)经颅多普勒(TCD)检查提示椎基底动脉供血不足。

1.3 纳入标准

1)18 岁≤年龄≤65 岁;2)符合上述颈性眩晕诊断

标准者;3)能耐受治疗并坚持配合完成随访者。

1.4 排除标准

1)不符合纳入标准;2)合并有心、脑、肝、肾、造血等严重原发性疾病;3)年龄小于 18 周岁或大于 65 岁,妊娠或哺乳期妇女等影响疗效和安全性判断。

2 方法

2.1 治疗方法

1)所用针具:北京特色东方医学研究院生产的 RZ 系列一次性刃针,型号 III 型,规格为 0.50 mm×40 mm。2)体位:患者取坐位姿势,头部少向前倾。3)骨性标志:乳突,枕外粗隆,颈 2 棘突,颈 1 横突,肩胛冈。4)取点:以头上斜肌,头下斜肌,头后大小直肌围成的枕下三角为重点区域,在此区域内寻找 3~4 个深沉压痛点或条索样结节,乳突后下缘胸锁乳突肌起点出可选取 1 压痛点,于颈后、肩背部斜方肌上寻按筋膜激痛点或条索样结节约 4~6 个(以具体体查而定),若伴有颈部活动受限患者可针刺松解关节突关节囊。5)皮肤常规消毒、戴无菌手套。6)行铍针松解术,垂直皮肤进针且快速过皮,直至穿透深筋膜层(约 1.5~2.5 cm,以针下手感为准),不切割,不提插,迅速出针,出针口处予以纱块按压止血并揉按 5 min;嘱患者休息并予以神灯照出针口处 15 min 以便观察病情,无不适后方能离开。7)治疗频率和疗程,每 1 周 1 次共 4 次为 1 个疗程,第 2 次治疗结束后(第 3 次治疗前)、疗程结束后 1 个月观察其疗效。治疗期间,停止使用其他相关治疗药物及方法。

2.2 观察项目与方法

2.2.1 临床疗效 参照《中医病证诊断疗效标准》^[4]中的相关内容判定。痊愈:眩晕及伴发症状消失,能正常生活及劳动。显效:眩晕及伴发症状较治疗前明显

¹ 广州中医药大学第二临床医学院(广州,510006)

² 广东省中医院

△通信作者 E-mail: xsl20161020@sina.com

减轻,过度劳累症状会稍有反复。好转:眩晕及伴发症状均有所改善,劳累后症状有所加重。无效:症状无明显改善。

2.2.2 采用《颈性眩晕症状与功能评估量表》^[5] 对患者第1次治疗前,治疗后2周(第3次治疗前),疗程结束后1个月的眩晕症状16分(眩晕程度8分,频度4分,持续时间4分),颈肩痛4分,头痛2分,日常生活及工作4分,心理及社会适应4分,全表满分为30,每项均分为5个等级颈性综合评分。分数越高患者病情越轻,症状缓解越明显,临床疗效越好。2个月后《颈性眩晕症状与功能评估量表》改善指数=[(疗程结束后1个月评分-第1次治疗前评分)/(30分总分-第1次治疗前评分)] $\times 100\%$,各疗效组求和后除以各组总人数可得到平均改善指数。

2.3 统计学方法

采用SPSS21.0统计软件,同组治疗前后比较采用两两配对 t 检验, $P<0.05$ 差异有统计学意义。

3 结果

表2 患者治疗前后《颈性眩晕症状与功能评估量表》评分变化情况比较($\bar{x}\pm s$)

| 时刻 | 第1次治疗前 | 第2次治疗后 | 疗程结束后1个月 |
|----|------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 评分 | 18.12 \pm 2.89 | 27.15 \pm 3.44 ¹⁾ | 27.28 \pm 3.39 ¹⁾ |

注:本组患者第1次治疗前分别与第2次治疗结束后、疗程结束后1个月观察临床疗效评分比较,1) $P<0.01$;第2次治疗结束后、疗程结束后1个月进行不同时间的两两评分比较, $P>0.05$ 。

4 讨论

颈源性头晕当属中医中的“眩晕”,是一种主观感觉异常。西医学常把这类疾病归为椎动脉型颈椎病,1955年Ryan和Cope最早提出了颈性眩晕(Cervical Vertigo)这一概念^[6]。目前,对于椎动脉型颈椎病的发病机制大体归纳为机械压迫和交感神经刺激这两种学说^[7],而最近提出的体液因子、血管病变以及椎动脉优势的学说也比较重要^[8]。虽然眩晕发病机制复杂,但其根本还应是与脊柱相关原因关联较大,如颈椎外伤,颈部肌肉劳损导致颈椎生理曲度改变,钩椎关节、关节突关节功能紊乱,周围软组织痉挛或炎症改变致椎动脉受刺激或压迫,从而引起椎基底动脉系统缺血导致大脑供血不足所致^[9],这是由于颈椎结构与椎动脉走形的特点所致,在枕下寰枢椎区域的椎动脉有4个弯曲,容易受到周围组织病变刺激导致血液循环不畅。颈交感神经沿椎动脉上行,颈椎病可能导致交感神经受刺激反射性引起内耳微循环障碍。或由于颈椎关节及肌肉的本体感受器官受刺激,产生异常的向心性冲动导致眩晕;还应考虑椎静脉受刺激或受压,造成血液淤滞导致眩晕^[1]。有研究显示,对人类颈椎深层的枕下肌群及软组织麻醉可导致共济失调、眩晕等症状出现^[10]。故枕下肌群功能紊乱是导致颈源性眩晕的重要原因。随着时代的发展,人们伏案阅读、低头看手机屏幕或“赏鸟”坐姿对电脑屏幕等时间太长导致一侧或两侧的枕下肌群、颈伸肌群持续紧张、痉挛进一步发展为劳损,局部产生无菌性炎症以及充血水肿,若患者得不到充分休息恢复进而局部病灶压力升高,压迫

3.1 临床疗效分析

随访2个月,80例患者均完成本次治疗。本组病例临床治愈53例,显效20例,好转4例,无效3例,临床治愈率为66.25%,显效率为25%,总有效率为91.25%。

3.2 《颈性眩晕症状与功能评估量表》评分及《颈性眩晕症状与功能评估量表》平均改善指数

本组患者第1次治疗前分别与第2次治疗结束后、疗程结束后1个月观察临床疗效评分比较, $P_1=0.000$, $P_2=0.000$,差异有统计学意义($P<0.01$)。第2次治疗结束后与疗程结束后1个月患者的评分比较有进一步改善的趋势,但两者之间进行不同时间的两两比较,差异无统计学意义($P=0.062$)(表1,2)。

表1 《颈性眩晕症状与功能评估量表》评分及平均改善指数(%)

| 项目 | 治愈 | 显效 | 好转 | 无效 |
|--------|-------|-------|-------|------|
| 临床疗效 | 66.25 | 25.00 | 5.00 | 3.75 |
| 平均改善指数 | 92.59 | 79.08 | 34.72 | 3.33 |

神经血管可能会出现相应的临床表现,如脖颈僵硬、枕下、耳后乳突部压痛明显、颈后肌群存在多个肌筋膜激痛点、耳鸣、头痛等;局部区域软组织压力增加导致椎动脉受刺激痉挛而引起椎-基底动脉供血不足,可出现眩晕、失眠、神经衰弱等症状。

铍针源于《灵枢·九针十二原》:“五曰铍针,长四寸,广二分半;铍针者,末如剑锋,以取大脓。”古代铍针用于外科的疮痈肿毒上,1980年代后期开始,针刀治疗逐渐在中医骨科和针灸专业得到推广。铍针属于针刀中的一种,而为了方便医者操作及保证治疗效果的需要,铍针逐渐发生变化,其主要的改变有:针身从片状变为细圆柱形,操作从割剪顽硬之肉到深入穴位或松解韧带筋膜组织,作用从治疗痈脓肿毒变为松解粘连^[11]。故现代铍针经过改良已经用于治疗颈椎病、腰椎退行性变、肌肉劳损、皮神经卡压等方面并取得一定疗效。主要作用原理主要是松解病变组织深筋膜,解除局部区域压迫,使椎动脉恢复对大脑血供;加速局部新陈代谢,重建局部血液微循环,减轻水肿、炎症反应,减少对周围神经血管刺激(压迫),改善颅脑供血达到治疗目的。铍针疗法具有以下3个特点:1)垂直皮肤进针,深度以通过深筋膜为度,不捻转提插,不留针,不需切割筋膜,不需在肌肉附着点进行铲即可达到充分减压目的且术后患者术区无明显刺痛感,患者易于接受。2)术口出血少甚至不出血,不易感染,无需特殊护理。3)选点容易,操作简单,疗效确切。

肋间神经分布区,呈环形或半环形疼痛。当交感神经节及其分支受压时,表现出交感神经相应支配节段的内脏不适或病变,比如胸闷,气短,呃逆,胃痛,背部发凉,背部不出汗等临床表现。

根据胸椎关节解剖结构,胸椎小关节紊乱或错缝,包括胸椎关节突关节错缝,肋椎关节错缝,肋横突关节错缝,以及肋胸关节错缝。那么为什么胸椎小关节会发生紊乱或错缝呢?我们知道脊柱是由内支架和外支架协调一致构成一个内外平衡系统,内支架主要是指脊柱骨结构及其关节和韧带,包括椎间盘,关节突关节,椎间韧带等。当脊柱的退变出现椎间盘的老化(水分的丢失,间盘的突出等),关节周围韧带的弹性或韧性的退步,关节突关节的增生退变,意味着脊柱内支架或内平衡的功能的下降或退步,在此基础上,如果长期的搬抬拎提重物导致积累性损伤,或上述活动时不小心出现一过性的损伤,破坏了脊柱的内外平衡,导致胸椎的单(多)个椎体的位移,刺激或压迫了胸脊神经或胸交感神经,导致其支配的组织或器官功能障碍,出现相应的临床表现。

手法是治疗纠正脊柱小关节紊乱或错缝最有效的方法,胸椎也不例外。纠正胸椎小关节紊乱的方法很多,提肩顶胸法是在膝顶法的基础上,根据临床经验创用的一个治疗胸椎小关节紊乱症的方法。该方法经本组 431 例临床观察证明有显著疗效。此方法的特点是:提肩牵引力作用下的同时用术者的前胸顶患者的后背使移位的椎体复位,一牵,一顶,瞬间复位;对环境要求不高,有凳子时可选择坐位复位,无凳子时

可选择站立复位。在俯卧位掌压或旋压复位遇到障碍或无法复位时,选用此法往往收到奇效,可在临床工作中选用此法,或作为其它方法的补充。

参考文献

- [1] 赵杨.李永峰教授治疗胸椎小关节紊乱症引起的肋间神经痛经验总结[J].中医中药杂志,2016,10(3):46.
- [2] 周东辉.俯卧旋压整复法治疗胸椎小关节紊乱症[J].中医正骨,2014,26(12):50-51.
- [3] 高万露,汪小海.视觉模拟疼痛评分研究的进展[J].医学研究杂志,2013,42(12):144-146.
- [4] 冯天有.中西医结合软组织损伤的临床研究[M].北京:中国科学技术出版社,2002:24-25.
- [5] 刘晓东,祁卉卉.手法复位与理疗治疗胸椎小关节紊乱的疗效比较[J].现代中西医结合杂志,2015,24(10):1107-1108.
- [6] 胡勇文,刘刚.清宫廷正骨手法治疗胸椎小关节紊乱症 60 例[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(10):58-59.
- [7] 李志远,孙小慧,师彬.脊柱手法矫正治疗胸椎小关节紊乱症 48 例[J].中医外治杂志,2015,24(3):35-36.
- [8] 陈天成,张少群.胸椎小关节紊乱症的研究进展[J].陕西中医,2012,33(7):927-929.
- [9] 王泉巖,元效勤,秦雪飞,等.中药涂抹擦按复位法结合游走罐治疗胸椎小关节紊乱[J].四川中医,2016,34(1):178-179.
- [10] 刘仍军,李伟,付伟.“半握拳”复位手法配合微波照射治疗慢性胸椎小关节紊乱综合征[J].中医正骨,2014,26(11):45-47.

(收稿日期:2016-11-08)

(上接第 72 页)

本研究中,经过 2 次治疗后患者眩晕、颈肩痛均有明显缓解,生活及工作质量均有所改善,治疗后 2 周、疗程结束后随访 1 个月评估患者的 DHI 评分均有进一步改善的趋势,但两者之间差异无统计学意义, $P>0.05$,提示第 2 次治疗后、疗程结束后 1 个月患者的眩晕及相关症状与生活工作质量较术前均有明显改善,显示铍针疗法治疗颈源性眩晕的远期疗效较好。

综上所述,铍针疗法对松解枕下肌群治疗颈性眩晕的疗效满意,可显著改善患者的眩晕症状,具有操作简便、临床疗效确切的特点,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 韦贵康.脊柱相关疾病学[M].北京:人民卫生出版社,2012:250-251.
- [2] 陈可冀.眩晕[M].北京:中国医药科技出版社,2000:121-122.
- [3] 孙宇,陈琪.第二届全国颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,1993,13(8):472.

- [4] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].南京:南京大学出版社,1994:86.
- [5] 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,1988,13(6):246.
- [6] Ryan GM,Cope S.Cervical vertigo [J].Lancet,1955,269(6905):1355-1358.
- [7] 张健,吕守正,刘英春,等.156 例颈性眩晕患者病因分析及治疗探讨[J].当代医学,2012,28(15):83-84.
- [8] 范大鹏,孙波,金哲峰.椎动脉型颈椎病发病机制研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(10):76-78.
- [9] 杨焕苗.针刺手三里、外关治疗椎动脉型颈椎病临床疗效观察[D].太原:山西中医学院,2013.
- [10] de Jong PT,de Jong JM,Cohen B,et al. Ataxia and nystagmus induced by injection of local anesthetics in the neck[J].Ann Neurol,1977,1(3):240-246.
- [11] 李振宇.铍针考究[J].北京中医药,2016,35(4):358-359.

(收稿日期:2016-12-03)