

● 针推医学 ●

引用:张萍艳,徐创龙,杨景科,佟磊,唐春兰,薛小卫,蒙璐,王娜琳.卧位平衡手法联合八段锦治疗椎动脉型颈椎病 80 例临床观察[J].湖南中医杂志,2022,38(4):69-71,78.

卧位平衡手法联合八段锦治疗 椎动脉型颈椎病 80 例临床观察

张萍艳,徐创龙,杨景科,佟磊,唐春兰,薛小卫,蒙璐,王娜琳

(宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院,宁夏 银川,750021)

[摘要] 目的:观察卧位平衡手法联合八段锦治疗椎动脉型颈椎病的临床效果。方法:将 80 例椎动脉型颈椎病患者随机分为治疗组和对照组,每组各 40 例。治疗组采用卧位平衡手法联合八段锦治疗,对照组采用传统推拿手法治疗。观察 2 组综合疗效、颈椎活动度、椎动脉平均血流速度、颈椎活动功能评分、疼痛视觉模拟评分法(VAS)评分。结果:总有效率治疗组为 90.0%(36/40),对照组为 85.0%(34/40),2 组比较,差异有统计学意义($P<0.05$)。2 组颈椎活动度、颈椎活动功能评分、VAS 评分治疗前后组内比较及治疗第 10、20 天,治疗结束 1 个月后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.05$ 或 $P<0.01$)。2 组椎动脉平均血流速度治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。结论:卧位平衡手法联合八段锦治疗椎动脉型颈椎病疗效显著,优于传统推拿手法治疗。

[关键词] 椎动脉型颈椎病;推拿疗法;卧位平衡手法;八段锦

[中图分类号] R274.915⁺.5 **[文献标识码]** A DOI:10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2022.04.019

椎动脉型颈椎病(cervical spondylosis of vertebral artery type, CSA)为临床常见病、多发病,其发病率约占颈椎病的 8%~10%^[1]。CSA 多发于中老年人,随着年龄的增长,发病率呈上升趋势^[1]。其临床上除具有颈部症状外,以发作性眩晕为其主要特征,有时伴有恶心、呕吐、耳鸣或听力下降,通常与颈部位置改变相关,严重时可发生猝倒。而推拿治疗 CSA 疗效显著。笔者采用卧位平衡手法联合八段锦治疗椎动脉型颈椎病 40 例,取得显效,并与采用传统推拿手法治疗的 40 例进行对照观察,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2018 年 11 月至 2019 年 11 月于宁夏回族自治区中医医院暨中医研究院康复科门诊、病房收治的 CSA 患者 80 例,采用随机数字表法将其分为治疗组与对照组,每组各 40 例。治疗组中,男 16 例,女 24 例;平均年龄(38.50 ± 5.33)

岁;平均病程(5.35 ± 1.66)d。对照组中,男 13 例,女 27 例;平均年龄(42.67 ± 7.27)岁;平均病程(4.98 ± 1.75)d。2 组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合《第三届全国颈椎病专题座谈会纪要》^[2]中的有关诊断标准。1)曾有猝然发作史,并伴有颈性眩晕;2)旋颈试验阳性;3)多伴有头颅症状,包括视力模糊、耳鸣及听力障碍;4)X 线片显示节段性不稳或钩椎关节骨质增生;5)除外眼源性、心源性、脑源性及耳源性眩晕;6)磁共振血管造影或椎动脉彩超显示第二段椎动脉(V-II)有局限性狭窄或扭曲征;7)除外椎动脉 I 段和椎动脉 III 段受压引起的基底动脉供血不足。

1.3 纳入标准 1)符合上述诊断标准;2)处于眩晕期;3)年龄 18~65 岁;4)患者自愿参加本研究并签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)治疗前 1 个月或正在接受其他

基金项目:宁夏回族自治区自然科学基金项目(2018AAC03211)

第一作者:张萍艳,女,医学硕士,医师,研究方向:中西医治疗肌骨疾病

通信作者:杨景科,男,医学硕士,主任医师,研究方向:中西医结合治疗骨科疾病, E-mail: nxzykf@163.com

相关治疗;2)精神障碍患者;3)合并心脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病;4)依从性差,不能配合治疗。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用卧位平衡手法联合八段锦治疗。1)卧位平衡手法^[3]。①俯卧位放松。患者俯卧于治疗床,用揉法、揉法放松患者颈项肌、背阔肌3 min,按揉天宗、大椎、肩井、曲垣穴1 min。②侧卧位放松。患者侧卧于治疗床,颈下垫软枕,使颈椎与脊柱在同一水平。以按揉、揉法在斜方肌、竖脊肌、肩胛提肌施术3 min,以局部产生明显的温热感为度。一手托下颌部,另一手手掌托后枕部,在拔伸牵引下做生理活动范围内的颈椎左右侧偏,依次使颈椎侧偏达到正常范围。同法处理对侧。③仰卧位手法调整。患者仰卧于治疗床,医师立于床头,双手托住患者头顶部,无名指和小指顶住偏歪棘突,顺势拔伸,牵引下先做颈椎后伸活动,再在生理活动范围内左右旋转,幅度由小到大,当旋转至有阻力时,用手指在对侧抵住偏歪棘突,顺势轻微转动,手下有滑动感效果更佳,最后将头部转回中立位。④脊柱平衡调整。从全脊柱的生物力学平衡出发,运用沈国权教授短杠杆脊柱调整手法^[4]依次对胸椎、腰椎、骶髂关节及骨盆的平衡性进行调整,纠正小关节紊乱及错位,调整脊柱的生理曲度。2)八段锦。第一式:双手托天理三焦;第二式:左右开弓似射雕;第三式:调理脾胃须单举;第四式:五劳七伤往后瞧;第五式:摇头摆尾去心火;第六式:两手攀足固肾腰;第七式:攒拳怒目增气力;第八式:背后七颠百病消。每个动作的第一式与第六式做6遍;第八式做7遍,余式皆做3遍。每天1次。2.2 对照组 采用传统推拿手法治疗。参照《推拿治疗学》^[5]中治疗CSA的有关操作手法进行治疗。用一指禅推法从风池沿颈项两侧推至颈肩交界处,往返10~20遍;用按揉法按揉两侧颈肩部,以椎旁及肩部的压痛点为重点,同时配合颈部的屈伸、旋转等被动运动,运动幅度由小逐渐加大,时间5~8 min;用拿法拿肩井,1 min;用指按法按天鼎、天宗及阿是穴,每穴1 min;用拇指按揉法或一指禅推法在两颞部及前额部操作2 min,用力要轻柔。用扫散法操作1~2 min,后用五指拿法拿头部五经3~5 min。每天1次。

2组均以10 d为1个疗程,共治疗2个疗程。

分别于治疗前,治疗第10、20天,治疗结束1个月后进行指标观察。

3 疗效观察

3.1 观察指标 1)综合疗效。2)颈椎活动度。通过kinetisense功能动作评估体态分析系统(北京言鼎运动文化股份有限公司)进行测量。要求患者测量前着紧身、明亮衣物,取下眼镜、帽子等。由我院康复治疗师统一测量。3)椎动脉平均血流速度。采用我院经颅多普勒[CBS-II X2PC,探头频率为2MHZ]探查左侧(L)与右侧(R)椎动脉的平均血流速度。4)颈椎活动功能评分。采用Vernon颈椎废用指数观察表评定颈椎活动功能。该观察表评分内容包含颈部的疼痛程度,生活自理能力水平,是否可以举重物,对睡眠、阅读、注意力、驾驶、工作和娱乐的影响,满分为50分,分数越低,说明颈椎功能越好^[6]。5)疼痛评分。采用视觉模拟评分法(VAS)评价疼痛程度。使用一条约10 cm的标尺,标有10个刻度,分别对应0~10分,表示完全无痛到剧烈疼痛^[7]。

3.2 疗效标准 参照《中医病证诊断疗效标准》^[8]拟定。痊愈:临床症状、体征消失,功能恢复正常;显效:临床症状消失或明显减轻,体征明显好转,功能基本恢复正常;有效:临床症状、体征减轻,但仍遗留部分症状、体征,功能障碍;无效:治疗前后症状、体征无变化甚至加重。

3.3 统计学方法 采用SPSS 22.0统计软件进行数据分析,计量资料以均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,采用 χ^2 检验;计数资料及等级资料以率(%)表示,采用秩和检验。以 $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

3.4 治疗结果

3.4.1 2组综合疗效比较 总有效率治疗组为90.0%,对照组为85.0%,2组比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。(见表1)

表1 2组综合疗效比较[例(%)]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效
治疗组	40	7(17.5)	24(60.0)	5(12.5)	4(10.0)	36(90.0) ^a
对照组	40	3(7.5)	18(45.0)	13(32.5)	6(15.0)	34(85.0)

注:与对照组比较,^a $P < 0.05$ 。

3.4.2 2组治疗前后颈椎活动度比较 2组颈椎活动度治疗前组间比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);治疗前后组内比较及治疗第10、20天,治疗结束1个月组间比较,差异均有统计学意义($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$)。(见表2)

表 2 2 组治疗前后颈椎活动度比较 ($\bar{x}\pm s,^{\circ}$)

组别	例数	时间节点	前屈	后伸	左侧屈	右侧屈	左旋	右旋
治疗组	40	治疗前	33.23±13.81	30.58±13.34	26.43±9.75	26.40±7.99	45.85±12.04	47.63±13.56
		治疗第 10 天	45.38±10.57 ^{ab}	44.53±10.72 ^{ab}	41.78±7.79 ^{ab}	42.50±5.19 ^{ab}	65.43±8.03 ^{ab}	68.48±6.93 ^{ab}
		治疗第 20 天	49.55±9.31 ^{ab}	47.05±8.21 ^{ab}	45.38±5.68 ^{ab}	44.45±4.62 ^{ab}	68.73±6.58 ^{ab}	70.33±5.28 ^{ab}
		治疗结束 1 个月后	49.05±9.76 ^{ab}	46.48±8.01 ^{ab}	46.55±5.80 ^{ab}	44.85±4.19 ^{ab}	69.43±5.93 ^{ab}	71.80±5.07 ^{ab}
对照组	40	治疗前	33.75±13.66	31.08±13.05	27.05±8.88	27.13±9.70	45.73±11.56	47.83±11.61
		治疗第 10 天	44.18±11.30 ^a	43.75±12.52 ^a	39.55±7.60 ^a	38.98±8.10 ^a	60.05±9.73 ^a	63.63±9.55 ^a
		治疗第 20 天	46.00±10.98 ^a	44.88±10.96 ^a	41.08±6.05 ^a	41.65±6.49 ^a	62.55±8.20 ^a	65.43±7.10 ^a
		治疗结束 1 个月后	45.38±11.41 ^a	44.28±11.10 ^a	42.10±5.72 ^a	44.85±4.19 ^a	63.05±7.19 ^a	65.90±6.85 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后不同时间节点比较,^b $P<0.01$ 。

3.4.3 2 组治疗前后椎动脉平均血流速度比较

2 组椎动脉平均血流速度治疗前组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 3)

表 3 2 组治疗前后椎动脉平均血流速度比较 ($\bar{x}\pm s,\text{cm/s}$)

组别	例数	治疗前		治疗后	
		L	R	L	R
治疗组	40	40.26±13.23	41.57±12.87	33.52±6.20 ^{ab}	33.14±5.57 ^{ab}
对照组	40	42.77±14.01	40.56±13.60	37.00±7.21 ^a	36.99±8.44 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.01$ 。

3.4.4 2 组治疗前后颈椎活动功能评分比较

2 组颈椎功能评分治疗前组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗前后组内比较及治疗第 10、20 天,治疗结束 1 个月后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 4)

表 4 2 组治疗前后颈椎活动功能评分比较 ($\bar{x}\pm s,\text{分}$)

组别	例数	治疗前	治疗第 10 天	治疗第 20 天	治疗结束 1 个月后
治疗组	40	33.34±7.01	27.16±6.37 ^{ab}	21.35±5.69 ^{ab}	19.83±6.07 ^{ab}
对照组	40	35.57±6.84	28.90±6.02 ^a	25.22±5.92 ^a	22.01±6.45 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后不同时间节点比较,^b $P<0.01$ 。

3.4.5 2 组治疗前后 VAS 评分比较 2 组 VAS 评分治疗前组间比较,差异无统计学意义($P>0.05$),治疗前后组内比较及治疗第 10、20 天,治疗结束 1 个月后组间比较,差异均有统计学意义($P<0.01$)。(见表 5)

表 5 2 组治疗前后 VAS 评分比较 ($\bar{x}\pm s,\text{分}$)

组别	例数	治疗前	治疗第 10 天	治疗第 20 天	治疗结束 1 个月后
治疗组	40	4.35±1.29	2.53±0.72 ^{ab}	1.88±0.61 ^{ab}	1.68±0.69 ^{ab}
对照组	40	4.55±1.32	3.58±1.17 ^a	3.03±1.07 ^a	2.85±1.39 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P<0.01$;与对照组治疗后不同时间节点比较,^b $P<0.01$ 。

4 讨 论

颈椎病的具体发病机制有多种学说,如交感神经刺激学说^[9-10]。肌肉劳损和椎体的退变是其常见病因,其易引起动静力学失衡,从而导致颈椎耐受性降低,而动静力学失衡又加速了肌肉劳损和椎体的退变^[11],导致形成恶性循环。颈椎病在中医学中属于“眩晕”“痹证”“项强”范畴,多因姿势不当、风寒外侵等导致颈项肌劳损与退变。

相比传统的颈椎病坐位推拿手法治疗,卧位调衡手法配合八段锦治疗具备以下优点:患者选择平卧治疗床上,使脊柱处于同一水平状态,减少了头部对颈椎的压力,也缓解了患者的恐惧紧张心理和不必要的抵抗,能更好地改善颈部肌肉、筋膜的紧张及痉挛状态^[12],提高了手法的准确性和疗效,增强了手法治疗的安全性和舒适性^[3],也更能减少医者的体力消耗和医源性劳损。八段锦是中国传统经典养生功法之一,是动静兼具、刚柔相济、内外兼练的功法。通过拔伸颈腰、提拉胸腹、展肩扩胸、左右拉弓、转头扭臂、提身颠踵等方式,可以有效拉长肌肉和肌键,改善颈部肌肉力量,平衡颈部肌群,增强身体柔韧性和协调性,拉伸肌肉^[13],活动脊柱关节,增强心肺功能^[14],促进血液循环,有效地改善颈椎活动度和大脑血液循环。八段锦以脊柱为中心带动全身关节肌肉活动,有利于脊柱相关结构的改善,在颈椎病的康复、治疗及预防中有重要作用^[15-17]。

本研究结果显示,治疗组在改善 CSA 患者的总有效率、颈椎活动度、颈椎活动功能评分、椎动脉血流速度、VAS 评分方面均优于传统推拿手法治疗的对照组。说明此治疗方法能够改善患者的颈部活动度,加快椎动脉的血流速度,改善血液循环,减轻颈项部疼痛,提高临床疗效,值得临床进一步推广应用。

(下转第 78 页)

本案例中所用方为补中益气汤加减,脾虚不运,生化乏源,脏腑组织失养,则肢倦体软,纳少、便溏、少气懒言,语声低微;中虚不升,水谷精微不能上输,清窍失养,则见头晕目眩、视物模糊、嗜睡;气虚升举无力则见大便溏泻或失禁。该证病机要点为脾虚较甚,中气下陷,故治宜益气补脾,升阳举陷。方中黄芪甘温质轻,入脾肺二经,补中益气,升阳举陷,重用为君药。人参、白术健脾益气,增强黄芪药力,同为臣药。气虚日久,常损及血,故配伍当归以养血和营;气虚易滞,故配陈皮理气行滞,兼以补气防壅;以小量升麻、柴胡,协诸益气之品以升提下陷之气,《内外伤辨惑论》云:“胃中清气在下,必加升麻、柴胡以引之”,可引黄芪、人参、甘草甘温之气味上升,以上俱为佐药;使以炙甘草益气健脾,调和诸药。诸药配伍,使清阳得升,气虚得补,配合稀粥以啜之,则使脾胃运化有源、气血生化有根。本病尚无特异的生物标志物用于辅助诊断,临床仍主要依靠症状诊断,在临床中应尽早识别该病的好发人群,做到早防早治。

参考文献

- [1] ARTS NJ, WALVOORT SJ, KESSELS RP. Korsakoff's syndrome: A critical review[J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2017, 13(11): 2875-2890.
- [2] JINGQI HE, JINGUANG LI, ZHIJUN LI, et al. A case report of

(上接第71页)

参考文献

- [1] 王云菲, 吴俊梅. 针刺为主治疗椎动脉型颈椎病的临床研究现状及思考[J]. 针灸临床杂志, 2010, 26(11): 65-69.
- [2] 李增春, 陈德玉, 吴德升, 等. 第三届全国颈椎病专题座谈会纪要[J]. 中华外科杂志, 2008, 46(23): 1796-1799.
- [3] 徐创龙, 唐春兰, 刘红平, 等. 卧位调衡手法联合颈部五禽操治疗神经根型颈椎病的临床研究[J]. 中医正骨, 2017, 29(6): 20-24.
- [4] 沈国权, 严隽陶. 对脊柱推拿“错位”与“整复”理论的思考[J]. 上海中医药大学学报, 2002, 16(2): 26-28.
- [5] 宋柏林, 于天源. 推拿治疗学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2015: 86.
- [6] 刘效强, 金晓飞. 经筋手法配合火针治疗颈型颈椎病的临床效果[J]. 中国当代医药, 2016, 23(5): 158-160, 163.
- [7] LIM M, LEW GOR S, DARBY Y, et al. The relationship between subjective assessment instruments in chronic rhinosinusitis[J]. Rhinology, 2007, 45(2): 144-147.
- [8] 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: 13.
- [9] 翟宏伟. 椎动脉型颈椎病的发病机制[J]. 中国康复医学杂志, 2006, 21(7): 668-670.

Wernicke's encephalopathy associated with Schizophrenia[J]. Front Psychiatry, 2021, 12(5): 657649.

- [3] OTA Y, CAPIZZANO AA, MORITANI T, et al. Comprehensive review of Wernicke's encephalopathy: Pathophysiology, clinical symptoms and imaging findings[J]. Jpn J Radiol, 2020, 38(9): 809-820.
- [4] 鲁飞翔, 胡南, 周仙杰, 等. 硫胺素与相关疾病的研究进展[J]. 中华灾害救援医学, 2016, 4(5): 287-290.
- [5] ZUCCOLI G, PIPITONE N. Neuroimaging findings in acute Wernicke's encephalopathy: Review of the literature[J]. AJR Am J Roentgenol, 2009, 192(2): 501-508.
- [6] HARADA D, NAKAYAMA M. Influence of glucose dosage in parenteral nutrition on body thiamine levels in rats[J]. Int J Med Sci, 2019, 16(1): 1-7.
- [7] GANGOLF M, CZERNIECKI J, RADERMECKER M, et al. Thiamine status in humans and content of phosphorylated thiamine derivatives in biopsies and cultured cells[J]. PLoS One, 2010, 5(10): e13616.
- [8] ABDOL E, HAZELL AS. Thiamine deficiency: An update of pathophysiologic mechanisms and future therapeutic considerations[J]. Neurochem Res, 2015, 40(2): 353-361.
- [9] ABDUL MUNEER PM, ALIKUNJU S, HEATHER SCHUETZ, et al. Impairment of thiamine transport at the GUT-BBB-AXIS contributes to Wernicke's encephalopathy[J]. Mol Neurobiol, 2018, 55(7): 5937-5950.
- [10] RESTIVO A, CARTA MG, FARCI AMG, et al. Risk of thiamine deficiency and Wernicke's encephalopathy after gastrointestinal surgery for cancer[J]. Support Care Cancer, 2016, 24(1): 77-82.
- [11] 孙广仁. 中医基础理论[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2015: 107-102.

(收稿日期: 2021-04-25)

志, 2006, 21(7): 668-670.

- [10] 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.
- [11] 孙悦礼, 姚敏, 崔学军, 等. 慢性筋骨病的中医认识与现代理解[J]. 中医杂志, 2014, 55(17): 1447-1451.
- [12] WANG CL, TIAN FM, ZHOU YJ, et al. The incidence of cervical spondylosis decreases with aging in the elderly, and increases with aging in the young and adult population: A hospital-based clinical analysis[J]. Clinical Interventions in Aging, 2016, 11: 47-53.
- [13] 张宏敏. 八段锦配合肌肉拉伸运动对颈椎病患者颈椎活动度影响的研究[D]. 长春: 长春中医药大学, 2018.
- [14] 施碧霞, 林如, 冯锦绣, 等. 八段锦“一、二、四”式锻炼对神经根型颈椎病患者康复的影响[J]. 湖南中医杂志, 2017, 33(9): 126-128.
- [15] 周勇, 李程秀, 张佳楠, 等. 八段锦锻炼对大学生颈椎病患者康复影响[J]. 辽宁体育科技, 2011, 33(6): 52-54.
- [16] 王琳. 建议八段锦作为大学生课间操[J]. 中国中医药远程教育, 2011, 8(16): 9-10.
- [17] 陆卫. 针刀结合健身功法八段锦对椎动脉型颈椎病的临床疗效观察[D]. 南京: 南京中医药大学, 2019.

(收稿日期: 2021-08-24)