

腕关节活动范围,有助于提高患儿手眼协调性及上肢运动功能;同时根据肌筋膜链整体性特点,将拇指、手部、肘部及肩部运动联合起来能更进一步提高机体生物力学平衡能力、整体运动功能及本体感觉认知能力。另外本研究对照组采用传统推拿手法治疗,由于需作用至肌肉层面故力度偏大,容易引起患儿不适;而观察组所采用的肌筋膜牵伸放松疗法手法力度仅需达到肌筋膜层面,故动作轻柔缓和、力度适中,患儿更容易接受。本研究结果显示,经 8 周康复治疗,2 组患儿手抓握能力、视觉运动统合能力及肌肉痉挛程度均较治疗前明显改善($P<0.05$),并且观察组患儿上述各项指标均显著优于对照组水平($P<0.05$),提示观察组康复疗效明显优于对照组。

综上所述,肌筋膜经线理论与传统推拿手法相结合的肌筋膜牵伸放松疗法作为一种新型康复手法,为脑瘫患儿康复干预提供了新思路,能显著缓解痉挛性脑瘫患儿上肢肌痉挛,提高其姿势控制能力及上肢精细运动功能,在改善肌痉挛、异常姿势及提高运动功能等方面均显著优于传统康复手段。

参 考 文 献

- [1] 唐久来,秦炯,邹丽萍,等.中国脑性瘫痪康复指南(2015):第一部分[J].中国康复医学杂志,2015,30(7):858-866. DOI: 10.3969/j.issn.1001-1242.2015.07.028.
- [2] 高晶,王丽娜,赵斌.虚拟情景循环车训练对痉挛型脑瘫患儿下肢肌张力及运动功能的影响[J].中华物理医学与康复杂志,2015,37(6):432-435. DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2015.06.009.

- [3] Whisler SL, Lang DM, Armstrong M, et al. Effects of myofascial release and other advanced myofascial therapies on children with cerebral palsy: six case reports[J]. Explore, 2012, 8(3): 199-203. DOI: 10.1016/j.explore.2012.02.003.
- [4] 周崇臣,尚清.婴幼儿运动障碍评估与康复[M].北京:北京大学医学出版社,2017:82-83.
- [5] 李明,黄真. Peabody 运动发育量表[M].北京:北京大学医学出版社,2005:3-60.
- [6] 窦祖林. 痉挛-评估与治疗[M].北京:人民卫生出版社,2004:41-42.
- [7] Thomas WM. 解剖列车-徒手与动作治疗的肌筋膜经线[M].北京:北京科学技术出版社,2016:167-189.
- [8] Ajimsha MS, Mudahka NR, Madzhar JA. Effectiveness of myofascial release: systematic review of randomized controlled trials[J]. J Bodyw Mov Ther, 2016, 20(2): 397-408. DOI: 10.1016/j.jbmt.2016.02.015.
- [9] Budiman M. Understanding the process of fascial unwinding[J]. Int J Ther Massage Bodywork, 2009, 2(3): 10-14.
- [10] Beardsley C, Skarabot J. Effects of self-myofascial release: A systematic review[J]. J Bodyw Mov Ther, 2015, 19(4): 20-26. DOI: 10.1016/j.jbmt.2015.08.007.
- [11] Duncan B, McDonough-Mesns S, Worden K, et al. Effectiveness of osteopathy in the cranial field and myofascial release versus acupuncture as complementary treatment for children with spastic cerebral palsy: a pilot study[J]. J Am Osteopath Assoc, 2008, 108(10): 559-570.

(修回日期:2019-02-20)

(本文编辑:易 浩)

电针联合手法推拿治疗颈性眩晕的疗效观察

谭世威 熊键 马艳 王小云 肖府庭

武汉市第一医院康复医学科,武汉 430030

通信作者:熊键;Email:41702450@qq.com

【摘要】 目的 观察电针联合手法推拿治疗颈性眩晕的临床疗效。方法 采用随机数字表法将 60 例颈性眩晕患者分为观察组及对照组,每组 30 例。对照组患者给予常规干预(以物理因子治疗为主),观察组患者在此基础上辅以电针及手法推拿治疗。于治疗前、治疗 3 周后对 2 组患者进行疗效评定,同时对比 2 组患者焦虑情绪及椎-基底动脉平均血流速度变化情况。结果 治疗后观察组患者临床有效率(96.6%)明显优于对照组($P<0.05$);治疗后 2 组患者焦虑情绪均较治疗前明显改善,并且治疗后观察组无焦虑患者占比(76.7%)明显优于对照组($P<0.05$);治疗后 2 组患者双侧椎动脉、基底动脉平均血流速度均显著增加($P<0.05$),并且观察组双侧椎动脉平均血流速度[分别为(35.10±7.78) cm/s, (34.63±6.38) cm/s]、基底动脉平均血流速度[(47.97±7.56) cm/s]亦显著快于对照组($P<0.05$)。结论 电针联合手法推拿可改善颈性眩晕患者脑供血不足,缓解焦虑情绪,有效减轻眩晕症状。

【关键词】 颈性眩晕; 针灸; 手法推拿; 焦虑; 椎动脉

基金项目:武汉市卫生局科研课题(WX14B06)

Fund program: Scientific Research Program of Wuhan Health Bureau(WX14B06)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2019.05.013

颈性眩晕(cervical vertigo)是指颈部各种原因造成颈椎两侧椎-基底动脉供血不足,引起脑部缺血,最终导致以发作性或

体位性眩晕为主要症状的颈椎疾病,发作时患者常伴有头痛、头昏等症,严重者可出现恶心、呕吐、心慌、胸闷、视物不清、

活动受限等多种复合症状^[1]。目前临床针对颈性眩晕的治疗方法繁多,但治愈率、复发率等往往不尽如人意。本研究联合采用电针及手法推拿治疗颈性眩晕患者,临床疗效满意,现报道如下。

对象与方法

一、研究对象及分组

参照《眩晕治疗专家共识》(2010 版)^[2]拟定入选标准如下:①颈部症状以颈部肌肉痉挛、僵硬疼痛、活动受限、压痛为主,可出现上肢麻木、牵拉试验阳性;②伴有自主神经功能紊乱表现,如恶心、呕吐、出汗、胸闷、心悸等;或同时伴有一系列脑干缺血症状及体征;③有与头颈部活动相关的发作性椎-基底动脉供血不足症状,如头痛、眩晕、视觉障碍、耳鸣等,转颈试验阳性;④严重者可出现发作性猝倒,一般在头后仰、侧屈或旋转时发生,倒地时一般无意识丧失,随着颈部复位而缓解;⑤颈椎影像学(包括 X 线、CT、MRI 等)检查常见颈椎椎体增生、椎间隙变窄、韧带钙化、骨桥形成、寰枢和寰齿关节两侧不对称、椎体棘突偏歪、钩椎关节变形等;⑥年龄 18~80 岁。患者排除标准包括:①合并严重心脑血管、肝、肾、造血等系统疾病或精神异常;②患有与眩晕、头痛有关的其它疾病,如梅尼埃病、脑动脉硬化、眼源性眩晕、颅内肿瘤、锁骨下动脉缺血综合征或功能性眩晕等;③有颈部肿瘤、结核、颈椎骨折脱位、骨质疏松等;④妊娠或哺乳期患者或不能坚持治疗等^[3]。

选取 2017 年 1 月至 2018 年 6 月期间在武汉市第一医院(即武汉市中西医结合医院)康复医学科门诊或住院治疗的颈性眩晕患者 60 例,所有患者对本研究均签署知情同意书,同时本研究也经武汉市第一医院伦理委员会审核批准。采用随机数字表法将上述患者分为观察组和对照组,每组 30 例。2 组患者一般资料情况(详见表 1)经统计学比较,发现组间差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

表 1 入选时 2 组患者一般资料情况比较

组别	例数	性别(例)		平均年龄 (岁, $\bar{x}\pm s$)	平均病程 (月, $\bar{x}\pm s$)
		男	女		
观察组	30	16	14	46.3 \pm 7.4	17.6 \pm 3.2
对照组	30	14	16	47.2 \pm 6.1	18.1 \pm 2.3

二、治疗方法

对照组患者予以常规康复治疗,主要以物理因子治疗为主,包括中-低频电疗、光疗、蜡疗、磁振热、中药封包热敷等;部分患者根据病情需要辅以药物治疗(包括扩张血管类药物、镇痛消炎药和肌肉松弛剂等)。

观察组患者在上述干预基础上辅以电针及手法推拿治疗。电针治疗时患者取坐位或卧位,主穴选取颈夹脊(以 C₄₋₇ 夹脊穴为主)、风池、百会穴,配穴则根据不同兼症配合颈部阿是穴、天柱、大椎、四神聪、太阳等穴。进针方向斜向脊柱,采用小幅度捻转补法,得气后接通 G6805-1 型电针仪,选用连续波,电刺激强度以患者自觉舒适为宜,留针 20~30 min,每日治疗 1 次,每周治疗 5 d,治疗 1 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。电针结束后施以手法推拿治疗,其中舒筋解痉治疗主要采用拿揉法、攘推法、点按法、推分法等,以缓解紧张肌肉、松解粘连组织;整复松黏矫正采用仰卧手牵旋转法,治疗时患者取仰卧位,头部

伸出床头,医者坐于患者头前方,一手置于患者枕后部,另一手置于颌下,双手用力牵引颈部并轻微摇晃,促使颈肌松弛,然后在牵引力作用下使患者头部左、右旋转至最大限度,施法时切忌用力过猛,待整复手法完成后采用放松类手法治疗 1~2 min 结束手法推拿治疗。该法最初每日治疗 1 次,每周治疗 5 d,待眩晕、疼痛症状缓解后每隔 2~3 天治疗 1 次,治疗 1 周为 1 个疗程,共治疗 3 个疗程。

三、疗效评定标准

于治疗前、治疗 3 周后由专人对 2 组患者进行疗效评定。本研究临床疗效评定标准参照国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[4],临床控制:眩晕、头痛及伴随症状消失,颈椎活动正常,能正常生活、工作、锻炼;显效:眩晕、头痛明显减轻,伴随症状消失,颈椎活动正常,可正常生活、工作,但劳累后或锻炼时偶有轻度发作;有效:眩晕、头痛减轻,部分伴随症状减轻或消失,颈椎活动略受限,生活及工作偶有影响,可进行适当劳动或锻炼;无效:眩晕、头痛及伴随症状无明显改善。采用汉密尔顿焦虑量表(Hamilton anxiety scale, HAMA)^[5]对 2 组患者焦虑情绪进行评定,满分为 56 分,得分 0~14 分表示正常,无焦虑;15~21 分表示轻度焦虑;22~29 分表示中度焦虑; ≥ 30 分表示重度焦虑^[7]。采用美国产 Acuson Asepen 彩色多普勒超声诊断仪检查患者两侧椎动脉及基底动脉平均血流速度,以每条动脉最高平均血流速度作为定量分析指标。

四、统计学分析

本研究所得计量资料以($\bar{x}\pm s$)表示,采用 SPSS 13.0 版统计学软件包进行数据分析,计数资料用率或构成比表示,对于符合正态分布且方差齐的计量资料采用方差分析进行比较,不符合正态分布的计量资料、等级资料采用非参数检验, $P<0.05$ 表示差异具有统计学意义。

结 果

治疗后 2 组患者临床疗效结果详见表 2,表中数据经统计学比较,发现观察组总有效率明显优于对照组水平,组间差异具有统计学意义($P<0.05$)。

表 2 2 组患者治疗后临床疗效结果比较

组别	例数	临床控制 (例)	显效 (例)	有效 (例)	无效 (例)	总有效率 (%)
观察组	30	18	8	3	1	96.7 ^a
对照组	30	11	7	8	4	86.7

注:与对照组比较,^a $P<0.05$

治疗前,2 组患者均伴有不同程度焦虑情绪;治疗后,2 组患者焦虑情绪均较组内治疗前明显改善;进一步比较发现,治疗后观察组无焦虑情绪患者占比(76.7%)明显优于对照组水平(60.0%),组间差异有统计学意义($P<0.05$)。具体数据见表 3。

表 3 2 组患者治疗前、后焦虑情绪比较(例)

组别	例数	治疗前				治疗后			
		正常	轻度	中度	重度	正常	轻度	中度	重度
观察组	30	9	16	3	2	24 ^{ab}	5	1	0
对照组	30	10	15	4	1	18 ^a	8	4	0

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^b $P<0.05$

表 4 2 组患者治疗前、后椎-基底动脉平均血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	左侧椎动脉		右侧椎动脉		基底动脉	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	30	27.33±6.46	35.10±7.78 ^a	27.84±6.82	34.63±6.38 ^a	42.77±8.01	47.97±7.56 ^a
对照组	30	26.97±5.79	30.71±7.68 ^{ab}	27.10±6.17	32.10±7.22 ^{ab}	42.41±7.09	43.86±7.05 ^{ab}

注:与组内治疗前比较,^a $P<0.05$;与观察组治疗后比较,^b $P<0.05$

治疗前,2 组患者双侧椎动脉及基底动脉平均血流速度组间差异均无统计学意义 ($P>0.05$);治疗后发现 2 组患者双侧椎动脉及基底动脉平均血流速度均较治疗前明显增快,并且观察组椎-基底动脉供血改善情况亦显著优于对照组水平,组间差异具有统计学意义 ($P<0.05$),具体数据见表 4。

讨 论

近年来颈性眩晕发病率呈增长趋势,临床主要采用保守治疗和手术治疗进行干预,其中手术治疗风险高、创伤大,而保守治疗具有安全性好、起效快、费用低、临床实用性强等优点,因此多数颈性眩晕患者选择保守治疗^[7-8]。大量文献报道,电针治疗具有疏通经络、调节气血等功效,能促使患部气血通畅,达到祛瘀、通络、止痛等作用,同时还能减轻颈部组织对周围血管神经的压迫,改善循环,缓解眩晕症状。王丹等^[9]利用电针刺激颈夹脊穴治疗颈性眩晕患者,发现总有效率高达 97.5%,治愈率为 87.5%。本研究进行电针治疗时主穴选取颈夹脊、风池、百会穴;配穴则根据不同兼症配合颈部阿是穴、天柱、大椎、四神聪、太阳等穴,其中夹脊穴位于颈部椎枕肌群内,电针刺刺激该穴能改善颈部椎枕肌群紧张状态,减轻退变颈椎对血管的压迫及对颈神经根的刺激,降低交感神经兴奋性,改善组织缺血、缺氧状态;而电针作用风池及百会穴可促进阳气充足,具有升清降浊、祛风定眩等功效^[7]。

既往有报道指出,联合运用针刺及推拿治疗颈性眩晕效果较好。范德辉等^[10]联合采用针刺及正骨推拿法治疗颈性眩晕患者,先针刺百会、神庭、陶道、外关、风池、颈夹脊等穴,随后配合按揉、滚法等放松患者颈部,有椎体错位者再施以正骨手法矫正,发现总有效率达 81.5%,治愈率为 47.7%。于针灸结束后施以手法推拿治疗,能明显缓解患者颈背部肌肉紧张,改善头痛、颈肩痛等症状;同时对异常颈椎关节及关节位置进行纠正,可有效缓解颈椎关节紊乱,减轻交感神经、椎-基底动脉刺激及压迫,从而改变大脑缺血状态以获得满意治疗效果^[10]。本研究也获得类似结果,如观察组患者经电针、手法推拿治疗后,其颈部疼痛及眩晕症状明显缓解,临床有效率达 96.7%,与既往报道结果基本一致。目前有大量研究指出,颈性眩晕与椎-基底动脉血流改变有关; Machaly 等^[11]研究证实颈性眩晕患者椎动脉血流速度较非眩晕组明显降低。本研究通过彩色多普勒超声检查发现,治疗后 2 组患者双侧椎动脉及基底动脉平均血流速度均明显增加,并以观察组患者的增加幅度较显著 ($P<0.05$)。由此可见,针灸联合手法推拿能有效缓解颈椎周围软组织痉挛,减轻对椎-基底动脉的刺激及机械性压迫,使大脑供血得以改善,从而达到治疗颈性眩晕目的。

众所周知,颈性眩晕病程长、易反复,容易引起严重不良情绪及心理应激反应,诱发各种形式的心理障碍(如焦虑症、抑郁症等);患者常在眩晕发作时存在恐惧或焦虑情绪,不仅会影响患者心理状态,还会造成机体儿茶酚胺分泌增多、交感神经兴

奋,最终导致血压升高、心率加速,影响康复治疗效果^[12]。本研究结果显示,入选时 2 组患者均存在不同程度焦虑情绪,治疗 3 个疗程后发现 2 组患者焦虑情绪均较治疗前明显改善,并且观察组患者焦虑情绪改善情况亦显著优于对照组 ($P<0.05$);可能是在手法推拿治疗过程中,医师能与患者亲近接触,通过加强健康宣教及心理疏导,能纠正患者对颈性眩晕的错误认知,增强其治疗信心,有效缓解焦虑、紧张情绪,从而使颈性眩晕各种相关症状得到较好控制。

综上所述,针灸联合手法推拿治疗颈性眩晕疗效显著,且安全性较高。

参 考 文 献

- [1] 相宏杰,宋晓明,鲍燕,等.颈性眩晕治疗方法的研究进展[J].中医临床研究,2017,9(18):14-16. DOI:10.3969/j.issn.1674-7860.2017.18.008.
- [2] 中华医学会神经病学分会.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010,43(5):369-374. DOI:10.3760/cma.j.issn.1006-7876.2010.05.016.
- [3] 黄素芳,王朝亮,葛庆玲,等.颈性眩晕与颈椎椎体旋转及椎动脉血流变化的关系[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(12):942-944. DOI:10.3760/cma.j.issn.0254-1424.2012.012.018.
- [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,1994:29-30.
- [5] 陈海勤,徐美英,沈鑫华,等.数字分级评分尺用于焦虑程度评估的可行性研究[J].中华现代护理杂志,2016,22(8):1104-1106. DOI:10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2016.08.017.
- [6] 赵鑫,李中实.颈性眩晕的诊断及鉴别诊断[J].中日友好医院学报,2016,30(2):109-111. DOI:10.3969/j.issn.1001-0025.2016.02.015.
- [7] 王文彪,卢巍,钟世荣,等.中医推拿手法治疗寰枢椎错位颈性眩晕的临床研究[J].时珍国医国药,2016,27(5):1150-1152. DOI:10.3969/j.issn.1008-0805.2016.05.049.
- [8] 李永超,彭宝淦.颈性眩晕的发病机制及诊治新进展[J].中国矫形外科杂志,2015,23(3):250-253. DOI:10.3977/j.issn.1005-8478.2015.03.13.
- [9] 王丹,周丽,毛玮,等.电针颈夹脊治疗颈性眩晕临床观察[J].针灸临床杂志,2016,32(11):1-4. DOI:10.3969/j.issn.1005-0779.2016.11.001.
- [10] 范德辉,刘悦.针刺结合正骨推拿治疗颈性眩晕疗效观察[J].江西中医药,2006,37(2):49-50. DOI:10.3969/j.issn.0411-9584.2006.02.037.
- [11] Machaly SA, Senna MK, Sadek AG. Vertigo is associated with advanced degenerative changes in patients with cervical spondylosis [J]. Clin Rheumatol, 2011, 30(12):1527-1534. DOI:10.1007/s10067-011-1770-x.
- [12] 孙振晓,孙宇新,于相芬.颈椎病患者睡眠质量与焦虑、抑郁的相关性研究[J].山东医学高等专科学校学报,2017,39(3):161-165. DOI:10.3969/j.issn.1674-0947.2017.03.001.

(修回日期:2019-02-27)

(本文编辑:易 浩)