

·短篇论著·

## 小角度复位手法治疗中青年椎动脉型颈椎病的临床疗效观察

郑良佐<sup>1</sup> 李翔<sup>2</sup> 麦用军<sup>3</sup>

近年来,随着生活节奏加快,工作压力增高,在工作生活中长时间保持各种不良姿势,导致颈椎病的发病呈现年轻化趋势,有调查发现,颈椎病在中青年中患病率21.31%,其中公务员患病率29.06%<sup>[1]</sup>。椎动脉型颈椎病是常见颈椎病分型,我们于2010—2012年采用小角度复位手法治疗中青年椎动脉型颈椎病取得良好疗效,现报道如下:

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

选取门诊治疗的103例椎动脉型颈椎病患者。纳入标准:①患者年龄20—50岁,符合《中药新药临床研究指导原则》(2002年版)中椎动脉型颈椎病诊断标准;②按《颈性眩晕症状与功能评估量表》眩晕评分2—6分;③血浆内皮素(endothelin, ET)检测阳性者;④TCD检查椎-基底动脉有异常低流速状态;⑤知情同意并配合治疗。排除标准:①有颈椎的结核、肿瘤等手法及高压氧禁忌证;②严重心脑血管、肺、肝、肾功能不全者及其他明显影响血浆内皮素水平的疾病。按随机抽签法分为2组。治疗组50例,其中男28例,女22例;平均年龄(41.65±5.51)岁;本次发作病程(4.20±1.47)d。对照组53例,其中男33例,女20例;平均年龄(42.72±5.96)岁;本次发作病程(4.49±1.53)d。经统计学分析两组患者一般资料差异无显著性( $P<0.05$ ),具有可比性。

#### 1.2 治疗方法

手法治疗:①放松手法:患者坐位,医者在患者后面,医者用两手掌根部,从头部开始,沿斜方肌、背阔肌的肌纤维方向,分别向项外侧沟及背部分筋。手法由轻到重,再由重到轻,反复3—4次。②小角度复位手法:以C6棘突左偏、关节突压痛为例,患者端坐,低头,下颌略向前伸,医者在患者后面,以右拇指按压C6左侧关节突,左手托住患者下颌,将患者头部沿矢轴往左旋约10°,保持此姿势并往前牵引;趁患者不备,医者左手腕往前上轻抖的同时,右拇指往右推按C6关节突,同时听到“咯”的一声。③手法点按风池、大椎、肩井、肩贞、肩中俞、肩外俞、阿是穴等穴,每穴各10s左右。然后用拿法,捏法,拿捏颈项部3—5min,最后牵拉抖动双上肢各3

次。治疗隔日1次(每周3次),6次/疗程。

高压氧治疗:高压氧治疗采用中型空气加压舱加压,压力0.2MPa,面罩吸纯氧时间40min×2,中间休息10min,每日治疗1次(每周6次);12次/疗程。

颈椎牵引治疗:采用坐位牵引,头部处于中立位,每次持续牵引治疗20min,牵引重量视患者的症状和体质、耐受情况定,一般牵引重量到自身体重的1/5—1/4为度,每日治疗1次(每周6次)。

除治疗组用手法治疗外,两组治疗方案相同。

#### 1.3 观察指标

血浆ET值检测采用放射免疫法测定。均在治疗前及治疗2周后检查。经颅多普勒超声(transcranial doppler, TCD)检查在治疗前及治疗2周后进行,检查血流动力学情况。选取参考指标:双侧椎动脉(VA)、基底动脉(BA)收缩期峰值血流速度及平均血流速度。以平均血流速度确定异常。低流速参考值VA<30cm/s;BA<40cm/s。

症状及功能评分方法参照《颈性眩晕症状与功能评估量表》。治疗前及治疗2周后评价。

#### 1.4 统计学分析

应用SPSS10.0统计软件进行统计学分析,计量资料数据采用均数±标准差表示,计量资料采用 $t$ 检验。

## 2 结果

两组《颈性眩晕症状与功能评估量表》评分比较见表1,治疗组评分改善优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。两组血浆ET值结果见表2,治疗组血浆ET值改善优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。两组血流动力学情况见表3—4,两组治疗后血流动力学均有改善,治疗组优于对照组,差异有显著性意义( $P<0.05$ )。

## 3 讨论

椎动脉型颈椎病患者多伴有椎-基底动脉系统血流异常,TCD能够直接对椎-基底动脉系统进行血流动力学监测,重复动态观察血流状态能准确反映椎-基底动脉的形态和血

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2015.02.018

1 广西医科大学第四附属医院健康管理部,广西柳州市,545005;2 广西医科大学第四附属医院康复医学科;3 广西医科大学第四附属医院高压氧科

作者简介:郑良佐,男,主任医师;收稿日期:2013-11-21

表1 两组《颈性眩晕症状与功能评估量表》评分比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	53	14.88±3.35	21.06±4.51 <sup>①</sup>
治疗组	50	15.02±3.24	23.42±4.80 <sup>①②</sup>

①与组内治疗前比较  $P < 0.01$ ; ②与对照组治疗后两组比较  $P < 0.05$

表2 两组治疗前后血浆ET值比较 ( $\bar{x} \pm s$ , pg/ml)

组别	例数	治疗前	治疗后
对照组	53	91.96±12.97	68.05±14.33 <sup>①</sup>
治疗组	50	93.75±14.35	61.89±13.83 <sup>①②</sup>

①与组内治疗前比较  $P < 0.01$ ; ②与对照组治疗后两组比较  $P < 0.05$

表3 两组治疗前后TCD各指标收缩期峰值血流速度变化 ( $\bar{x} \pm s$ , cm/s)

组别	例数	LVA	RVA	BA
对照组	53	42.36±7.09	42.94±8.10	53.13±7.43
		56.34±10.54 <sup>①</sup>	54.49±11.06 <sup>①</sup>	68.43±11.91 <sup>①</sup>
治疗组	50	41.92±8.56	41.64±6.86	53.46±7.20
		61.78±13.16 <sup>①②</sup>	60.68±12.97 <sup>①②</sup>	74.26±12.43 <sup>①②</sup>

①与组内治疗前比较  $P < 0.01$ ; ②与对照组治疗后两组比较  $P < 0.05$

表4 两组治疗前后TCD各指标平均血流速度变化 ( $\bar{x} \pm s$ , cm/s)

组别	例数	LVA	RVA	BA
对照组	53	26.40±4.48	26.81±4.93	33.20±4.48
		35.86±6.52 <sup>①</sup>	34.75±6.64 <sup>①</sup>	43.65±7.30 <sup>①</sup>
治疗组	50	26.46±5.51	20.10±4.22	33.52±4.34
		38.79±7.81 <sup>①②</sup>	38.22±7.23 <sup>①②</sup>	46.88±7.57 <sup>①②</sup>

①与组内治疗前比较  $P < 0.01$ ; ②与对照组治疗后两组比较  $P < 0.05$

流动力学改变,与数字减影血管造影、磁共振血管造影等比较,具有直观、经济、无创等优点,可对椎动脉型颈椎病的诊断及疗效判定提供依据<sup>[2-3]</sup>。

ET是一种内源性损伤因子,可产生持久的浓度依赖性和血管收缩效应,是血管损伤有关疾病的共同致病因素,目前被认为是椎动脉型颈椎病发病体液因子因素之一<sup>[4]</sup>。由于颈椎局部生物力学的失衡,易造成局部组织和神经系统的缺血、缺氧及降解酶系统活性升高,使ET等体液因子分泌亦发生变化,进而形成非特异性炎症并直接影响椎动脉血管的舒缩功能<sup>[5]</sup>。因此,椎动脉型颈椎病急性发作时血浆ET升高明显,引起椎-基底血管痉挛,加重症状。若早期减少血浆ET的合成与释放,可有效改善症状,缩短病程<sup>[6]</sup>。检测生化指标血浆ET数值变化可作为椎动脉型颈椎病的疗效观察客观依据。血浆ET数值水平会受到一些疾病影响,如急性脑血管病、高血压、冠心病、糖尿病等,多见于老年人群。因此本课题选择中青年人群且无影响血浆ET水平病史观察有助于减小干扰,保证实验准确性。

以椎基底动脉系统低流速血浆、ET检测阳性患者为样

本观察,治疗组在椎基底动脉收缩期血流速度、平均血流速度、血浆ET值及量表评分改善上优于对照组,说明相对单独牵引,牵引手法联合治疗能更有效放松颈部肌肉,纠正关节的紊乱及椎体失稳,使狭窄的椎间隙增宽,扩大椎间孔,解除或减轻对椎动脉、颈交感神经的压迫和刺激,减少血浆ET的合成与释放,从而提高高压氧改善组织缺血缺氧效果,减轻解除椎-基底动脉血管痉挛,改善临床症状。恢复脊柱的稳定性,改善椎动脉的供血,是治疗CSA的关键<sup>[7]</sup>。牵引改善脊柱颈段内平衡,按摩手法改善脊柱颈段的外平衡,牵引按摩疗法是一个调整椎体内外平衡的过程<sup>[8]</sup>。

旋转复位手法是颈椎病按摩手法中的关键,可有效纠正小关节紊乱,恢复寰枢椎关节位置,减轻或解除对椎动脉、交感神经的刺激或压迫。传统旋转复位手法因复位时颈椎旋转角度在30°以上,手法风险性较大且旋转角度小就出现旋颈试验阳性的患者不能应用,而小角度旋转复位手法在颈椎旋转约10°时行复位手法,扩大治疗范围且安全性较高<sup>[9]</sup>。

完全不同于老年性颈椎病的广泛性骨软骨性退行性改变,中青年型颈椎病X片表现主要是颈椎生理曲度变直或反弓,椎体及小关节失稳与增生以及项韧带的钙化,是非骨软骨性表现辅以轻度骨软骨性表现<sup>[10]</sup>。有分析认为,寰枢关节不对称与中青年颈性眩晕密切相关<sup>[11]</sup>。对中青年颈椎患者应做到早期防治并重,最大限度地延缓疾病的发展,改善症状,提高以后的生存质量。

参考文献

- [1] 王立公,常双超.青年不同人群颈椎病发病率的调查研究[J].中国疗养医学,2010,19(5):473—474.
- [2] 何海玲,金轶,应有荣,等.经颅多普勒超声检测手法治疗椎动脉型颈椎病的疗效评价[J].福建中医药,2012,43(1):12—13.
- [3] 王琳,孙月芳,陈宪福,等.彩色多普勒和经颅多普勒对椎动脉型颈椎病牵引治疗效果的评价术[J].中国组织工程研究与临床康复,2010,14(17):3094—3098.
- [4] 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.
- [5] 潘文字,刘醒如,庄礼兴.电针督脉经穴治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效及对内皮素、6-酮前列腺素Fla含量的影响[J].中国康复医学杂志,2010,25(5):460—462.
- [6] 李翔,郑良佐,麦用军.按摩为主配合高压氧治疗椎动脉型颈椎病疗效观察[J].广西中医学院学报,2009,12(3):26—28.
- [7] 程延,燕勇.牵引按摩疗法治疗颈椎病研究进展[J].颈腰痛杂志,2010,31(5):376—378.
- [8] 杨军雄,向开维,张建平,等.综合脊柱调衡法对椎动脉型颈椎病临床疗效的影响[J].中国康复医学杂志,2012,27(10):959—961.
- [9] 郑良佐.小角度复位与点穴治疗椎动脉型颈椎病234例疗效观察[J].广西医科大学学报,2011,27(4):634—635.
- [10] 李华,余良,胡正宇.中青年型颈椎病的DR平片价值分析[J].安徽卫生职业技术学院学报,2012,11(1):29—30.
- [11] 杨星,乔俊霞,付芳侠,等.寰枢关节不对称、钩突增生与中青年颈性眩晕的相关性[J].实用放射学杂志,2012,28(17):1696—1698.