

小针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈性眩晕的临床疗效观察*

钟志年¹, 王庆甫², 劳积毅¹, 杨腾衡¹, 归 华¹,
黄庆铭¹, 靳 康¹, 方康权¹, 邓少果¹

(1. 广西钦州市中医医院, 广西钦州 535099; 2. 北京中医药大学第三附属医院, 北京 100029)

摘要: **目的** 观察该疗法对患者经颅多普勒及治疗前后各症状的影响。**方法** 将 80 例符合颈性眩晕病人随机分为治疗组及对照组, 治疗组行小针刀及星状神经节阻滞术治疗, 对照组行双侧风池穴及颈部夹脊穴针刺治疗。对治疗前后 2 组患者的症状、体征、椎-基底动脉血流速等指标进行评估, 同时观察其总体疗效。**结果** 与对照组比较, 治疗组椎-基底动脉平均血流速较治疗前明显升高、症状与体征均有显著改善($P<0.05$)。**结论** 小针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈性眩晕疗效确切, 临床上值得推广应用。

关键词: 小针刀; 星状神经节阻滞术; 颈性眩晕

中图分类号: R285 **文献标志码:** A **文章编号:** 1000-2723(2014)02-0044-03

随着现代社会生活节奏不断加快, 人们对电脑的依赖已达到前所未有的程度, 伴随而来的颈椎病发病率不断增高, 并且有年轻化的趋势^[1]。其中颈性眩晕在整个颈椎病患者中所占的比例不断增大, 已严重影响了人们的工作和生活^[2]。2010 年 8 月-2013 年 3 月我院应用小针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈性眩晕, 通过经颅彩色多普勒观察患者椎基底动脉血流改变及临床疗效, 效果满意。现总结如下:

1 临床资料

1.1 一般资料

收集颈性眩晕病例共 80 例, 来源于 2010 年 8 月-2013 年 3 月的住院病人, 按照随机数字法分为治疗组及对照组(见表 1)。

表 1 一般资料

组别	n	男	女	年龄($\bar{x}\pm s$)/岁	病程($\bar{x}\pm s$)/年
治疗组	42	19	23	43.8 $\pm$ 5.2	3.8 $\pm$ 1.5
对照组	38	16	22	43.5 $\pm$ 4.8	3.2 $\pm$ 1.8

2 组病例在性别、年龄、病程比较, 差异均无显

著性($P>0.05$), 具有可比性。

1.2 诊断标准

参照 1992 年 10 月全国第二届颈椎病专题座谈会上制定的标准^[3]: ①眩晕呈发作性, 常因体位变化如头部过度旋转、屈曲时诱发或加剧, 发作时间长短不等, 可一瞬间也可达数小时或数天, 偶可发生卒倒; ②旋颈试验阳性; ③X 线摄片显示椎间关节失稳或钩椎关节骨质增生等; ④经颅多普勒(TCD)提示椎基底动脉供血不足; 排除其他原因(内耳疾病、脑部炎症、肿瘤、出血、外伤以及全身性中毒、眼源性、代谢性、感染性疾病)所致的眩晕者。

1.3 纳入标准

①符合以上诊断标准; ②年龄在 18~75 岁之间; ③研究期间未接受其它治疗方案者; ④无明显心、肝、肾、肺功能不全者; ⑤签署进入研究知情同意书者。

1.4 排除标准

①不符合颈性眩晕诊断标准者; ②患有脊柱肿瘤、做过颈部手术者或需要行手术治疗者; ③妊娠、哺乳或正准备妊娠的妇女; ④过敏体质及对多种药物过敏者; ⑤合并心血管、脑血管、肝、肾、造血系统

* 基金项目: 广西壮族自治区卫生厅中医药科技专项基金(GZPT13-63)

收稿日期: 2013-12-20

作者简介: 钟志年(1981-), 男, 广西南宁人, 主治医师, 在读博士研究生, 研究方向: 骨关节退行性疾病。

E-mail: oldman993@163.com

等严重原发性疾病及精神病患者;⑥拒绝合作者,拒绝签署知情同意书者。

1.5 治疗方法

1.5.1 小针刀治疗

患者倒坐靠背椅位,双手重叠扶撑于椅背上,颈部稍前屈。定位:根据问诊时病人主诉的疼痛区域,以及触诊时寻找的阳性反应点(压痛点)为进针点。病变部位主要为椎枕区上下项线之间,其次为C2横突、C3-C7棘突旁及横突、各椎体棘突间韧带以及枕大、小神经出口处。每次选择2~4个进针点,最多不超过5个治疗点并做好标记。常规消毒、铺巾,严格按照无菌操作。选择汉章牌4号针刀一手按压进针点周围皮肤,一手持针刀使针身与皮面垂直,刀口线和血管神经肌纤维方向一致,快速弹性刺入皮下,深达骨面,进行纵形切割、横向摆动2~3次,至粘滞感消失后快速出针,进针点压迫片刻止血,无菌敷料覆盖。嘱患者休息0.5h观察病情,无不适后方能离开。左右交替,2次为1个疗程。

1.5.2 星状神经节阻滞术治疗

患者仰卧位,采用5号牙科注射针头抽取1%利多卡因8mL,以颈6横突距正中1.5cm,胸锁关节头侧2.0~3.0cm处进针,针尖与颈椎冠状面垂直,抵第6颈椎横突,回抽无血及液体流出注入药液,以患者出现霍纳征为注射成功的标志。每周2次,左右交替,2周为1疗程。

1.5.3 针刺治疗

患者面向椅背坐位,双手放置于椅背之上,低头屈颈使前额伏于手背,充分暴露颈部。取双侧风池及颈夹脊穴为主穴,针尖对着对侧风池方向进针,风池穴互透。根据患者体态,一般刺入深度约50~75mm;针刺夹脊穴时,针尖向脊柱方向刺入,深度约20~40mm,行手法至患者有酸胀感。诸穴留针30min,每日针刺1次,连续治疗10次为1个疗程。

1.6 疗效评定标准

参照《中医病症诊断疗效标准》^[4]。痊愈:眩晕症状与体征消失,能够恢复正常生活,拍摄X线片示颈椎生理曲度正常,寰枢关节不对称已消失;经颅彩色多普勒各数值正常;显效:眩晕症状基本消失,偶尔劳累后在颈部活动时短暂性眩晕,相关症状

与体征较少,但不影响日常生活;X线片示寰枢关节基本对称,经颅彩色多普勒各数值接近正常;好转:眩晕发作次数减少,程度减轻,尚遗留部分对日常生活稍有影响的症状与体征,X线片征象有改善,经颅彩色多普勒各数值有好转;无效:治疗前后症状与体征无变化,X线片及经颅彩色多普勒各数值没有改变。

1.7 观察指标

采用颈动脉多普勒彩超仪器测量患者治疗前后椎基底动脉平均血流速度。

1.8 统计学方法

计量资料用均值±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验,所有数据采用SPSS17.0软件包进行统计分析。

2 结果

2.1 2组治疗前后椎基底动脉平均血流速度比较

见表2

表2 2组治疗前后椎基底动脉平均血流速度比较($\bar{x} \pm s$, $n=80$)

项目	对照组		治疗组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
左侧椎动脉	35.42±4.58	38.56±5.12 [#]	36.45±4.85	45.32±5.51 ^{##}
右侧椎动脉	35.86±4.45	39.12±5.23 [#]	37.64±4.92	44.52±6.15 ^{##}
基底动脉	38.41±5.72	42.04±5.59 [#]	42.75±4.25	48.37±5.52 ^{##}

注:与本组治疗前相比较,[#] $P<0.05$;与对照组治疗后比较,^{##} $P<0.01$

2.2 2组治疗后疗效分析

见表3

表3 2组治疗后疗效分析

组别	n	痊愈	显效	好转	无效	有效率/%
治疗组	42	14 [△]	13 [△]	10	2	95.24 [△]
对照组	38	9	9	12	8	78.95

注:与对照组相比较,[△] $P<0.01$

3 结论

本研究应用小针刀联合星状神经节阻滞术治疗颈性眩晕,疗效确切。与针刺组相比,能有效提高颈性眩晕患者的椎基底动脉的平均血流速度,改善椎动脉的供血状况,且近期观察中对照组与治疗组的痊愈率、显效率和总有效率差异具有统计学意义

($P < 0.01$), 临床上值得推广应用。

4 讨论

颈性眩晕(cervical vertigo, CV)是椎动脉的颅外段受颈部病变的影响导致血流障碍引起的眩晕综合征^[9]。

目前颈性眩晕的发病机理尚未明确, 主要存在以下几种学说: (1)机械压迫学说; (2)颈椎失稳学说; (3)神经刺激及神经-体液致病学说; (4)颈椎和椎动脉解剖学变异; (5)血管病变及血流动力异常。临床上颈部软组织病无菌性炎症、颈椎肌肉劳损、外伤、骨质增生、颈椎失稳等均破坏颈椎力学结构, 刺激支配椎动脉的颈交感神经, 使椎动脉痉挛, 椎动脉供血不足而引起眩晕。因此, 目前国内外学者更偏向于交感神经刺激学说^[6]。故减轻椎动脉受压或刺激可能是解决颈性眩晕的一种重要手段。

小针刀治疗通过对颈椎粘连、挛缩软组织进行松解、剥离, 纠正椎小关节紊乱, 恢复颈椎力学平衡, 解除软组织、骨质对椎动脉的机械性压迫。同时小针刀的机械刺激可加速血液、淋巴循环, 使炎症物质和有害的代谢产物很快吸收、消散^[7], 减轻椎动脉痉挛, 改善脑部血供。颈交感神经可通过节后纤维交通支与颈上交感神经节相连, 当受到刺激时引起椎基底动脉痉挛, 导致脑供血不足, 从而产生颈性眩晕^[8]。星状神经节阻滞治疗(SGB)通过阻断交感神经传导, 缓解椎动脉痉挛, 改善中枢神经系统血

供, 从而有效地缓解眩晕症状。小针刀联合星状神经节阻滞术治疗, 在松解颈肩部肌肉痉挛, 促进局部血液循环的同时消除交感神经兴奋, 抑制椎动脉痉挛, 增加大脑供血, 从而有效改善眩晕。

参考文献:

- [1] 石瑜, 吴志明, 瞿建文. 针刺与超短波配合治疗神经根型颈椎病的临床观察 [J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(1): 69-70.
- [2] 屈扬, 王天宇, 卢军, 等. 小柴胡汤加味结合针刺治疗围绝经期肝气郁结型颈性眩晕 [J]. 云南中医学院学报, 2013, 36(4): 82-83.
- [3] 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 颈椎病专题座谈会拟定诊断标准及分型标准 [J]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 186.
- [5] 薛爽, 王国相. 什么是颈性眩晕 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1999, 9(5): 297-300.
- [6] 王勇, 沈峥嵘. 椎动脉型颈椎病诊断、发生机制的研究进展[J]. 颈腰痛杂志, 2006, 27(6): 501-505.
- [7] 袁庆东, 刘冰. 小针刀结合穴位注射治疗颈性眩晕 38 例临床观察 [J]. 长春中医药大学学报, 2009, 25(4): 547-548.
- [8] 马明, 周卫. 寰枕段因素致颈性眩晕的研究进展[J]. 中国骨伤, 2004, 17(5): 314-318.

(编辑: 徐建平)

Small Needle Knife and Stellate Ganglion Block for the Treatment of Cervical Vertigo

ZHONG Zhi-nian¹, WANG Qing-fu², LAO Ji-yi¹, YANG Teng-heng¹, GUI Hua¹,
HUANG Qing-ming¹, JIN Kang¹, FANG Kang-quan¹, DENG Shao-guo¹

(1. Qinzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine, Qinzhou 535099, China;

2. The Third Affiliated Hospital of Beijing University of Traditional Chinese Medicine, Beijing 100029, China)

ABSTRACT: **Objective** To analyze the clinical efficacy of Small needle knife and stellate ganglion block for the treatment of cervical vertigo by observing vertebral basilar artery blood flow velocity in TCD. **Methods** Eighty patients were divided into two groups. The treatment group was treated with Small needle knife and stellate ganglion block. The control group was treated with acupuncture. The clinical effect was evaluated by the patients' symptoms, physical signs and vertebral basilar artery blood flow velocity. **Results** Contrast with control group, the patients' symptoms, physical signs and vertebral basilar artery blood flow velocity got much better than treatment group. **Conclusion** Small needle knife and stellate ganglion block is an effective method for the treatment of cervical vertigo, which is worth clinical application.

KEY WORDS: small needle knife; stellate ganglion block; cervical vertigo