·针灸经络·

李业甫筋骨并举整脊法治疗颈性眩晕临床疗效观察

殷文昊[1],郭庆军[2],蒋 涛[2],李 曼[1],张 飞[1]

(1.安徽中医药大学,安徽 合肥 230012;2.安徽中医药大学第二附属医院,安徽 合肥 230061)

[摘要]目的 观察李业甫筋骨并举整脊法治疗颈性眩晕的临床疗效。**方法** 将80例颈性眩晕患者按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组40例。对照组患者采用常规推拿治疗,观察组患者采用常规推拿结合李业甫筋骨并举整脊法治疗。比较两组患者临床疗效,治疗前后颈性眩晕症状与功能评分、眩晕残障程度评定量表(dizziness handicap inventory,DHI)评分及椎-基底动脉血流速度。**结果** 两组患者临床疗效比较,差异有统计学意义($P<0.05$),观察组的治疗效果优于对照组。两组治疗后颈性眩晕症状与功能评分均显著升高,DHI评分均显著降低($P<0.05$),且观察组改善程度显著优于对照组($P<0.05$)。两组治疗后左侧椎动脉、右侧椎动脉、基底动脉平均血流速度均有所增加($P<0.05$),且观察组改善程度优于对照组($P<0.05$)。**结论** 李业甫筋骨并举整脊法可以有效调节椎-基底动脉血流速度以减轻患者的眩晕症状。

[关键词]筋骨并举;整脊;李业甫;颈性眩晕;椎-基底动脉;平均血流速度

[中图分类号]R244.15;R255.3 [DOI]10.3969/j.issn.2095-7246.2021.03.013

颈性眩晕是由于颈椎及其周围肌肉韧带、神经或血管等软组织发生功能性或器质性病变,进而刺激椎动脉或其周围交感神经,使椎动脉循环受阻而引发的一系列症候[1]。本病发病的主要原因为颈椎椎体不稳,从而出现一系列如眩晕、恶心、耳鸣、颈肩部疼痛等特征性表现[2]。颈性眩晕属于中医学“眩晕”范畴,其病机为本虚标实,肝脾肾不足为本,标实多为风、火、痰、瘀[3]。中医对颈性眩晕的治疗效果确切显著,较现代医学而言更具有明显的优势[4]。

本研究运用国医大师李业甫筋骨并举整脊法治疗颈性眩晕,临床疗效肯定,能有效缓解患者的眩晕症状,现报道如下。

1 临床资料

1.1 诊断标准 颈性眩晕的诊断标准参考《临床诊疗指南·神经病学分册》[5]:①有颈椎损伤或有颈椎病史,眩晕发作与颈部活动有关,呈发作性,可伴有颈部疼痛不适、活动度受限,视觉障碍,恶心、呕吐,甚至还可发生因眩晕猝然倒地;②颈椎屈伸及旋转

基金项目:中医名科建设项目(皖卫中医药发〔2019〕8号)

作者简介:殷文昊(1996-),女,硕士研究生

通信作者:蒋涛(1965-),男,主任医师,硕士研究生导师,729552674@qq.com

腺疾病本为气滞、痰凝、血瘀所生,且术后局部经脉损伤,病久耗伤气血,不同于传统“喉喑”,故临床在论治甲状腺术后声音异常时,以祛瘀化痰、益气养阴为常法,佐以利咽开音药。从瘀从虚论治甲状腺术后声音异常,整体辨证重在分虚实,局部辨病重在调瘀滞。化瘀药与补虚药随证化裁,应用于由于喉返神经损伤等引起的声音嘶哑患者效果明显。

参考文献:

[1] 唐辉蓉,张家骅.甲状腺手术后声嘶的原因分析与防治[J].中国医药导刊,2010,12(11):2001.

[2] 吴文澜,王玥,赵炎斌,等.分化型甲状腺癌患者不规范手术后再手术的临床分析[J].肿瘤预防与治疗,2019,32(12):1106-1112.

[3] 王君,朱希良.甲状腺腺叶切除膜性解剖技术对喉返神经的保护分析[J].中国实用医药,2018,13(26):65-67.

[4] 宋长福.中西医结合治疗甲状腺术后声音嘶哑的临床观察[J].中西医结合心血管病杂志,2015,3(27):26.

[5] 李黎靖,彭婧,曹丽双,等.甲状腺术后声音异常的中医辨治方法新探[J].北京中医药大学学报,2020,43(8):702-705.

[6] 周玉,关青青,刘守尧,等.甲状腺癌术后中医证候聚类分析[J].北京中医药大学学报,2017,40(9):783-789.

[7] 严道南.干祖望对喉炎的临证思辨方法:干祖望验案赏析之二[J].江苏中医药,2009,41(3):5-7.

[8] 刘海鹰,房居高,孟令照,等.甲状腺乳头状癌患者单侧腺叶切除术后嗓音特点分析[J].听力学及言语疾病杂志,2020,28(3):334-336.

[9] 阮剑,赵建国,何凡,等.会厌逐瘀汤治疗甲状腺术后声音嘶哑疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2016,25(21):2335-2337.

(**收稿日期:**2021-02-20)

活动度受限，患者枕下区、斜方肌及肩胛提肌有明显压痛感，伴有椎间孔挤压试验阳性；③影像学检查中X线摄片显示颈椎椎间关节结构失于稳定或者钩椎关节发生退行性改变，表现为骨质增生；④经颅多普勒(transcranial Doppler，TCD)超声检查提示椎-基底动脉供血不足。

1.2 纳入标准 ①符合颈性眩晕诊断标准；②以眩晕症状为主诉；伴有恶心、心慌、耳鸣等交感神经症状；③年龄18～70岁；④无其他禁忌证，适合且愿意做推拿的患者，并签署知情同意书。

1.3 排除标准 ①患有心脑血管疾病如高血压病、动脉硬化；②由其他疾病或外伤引起的眩晕；③合并有颈椎外伤或骨折；④CT或MRI结果提示颅内肿瘤、脑卒中、脊髓空洞、髓内外肿瘤等病变；⑤患者依从性差，不根据试验要求进行复诊并进行抽血检验；⑥患者的随访资料不完整。

1.4 一般资料 选取2018年1月至2019年6月安徽中医药大学第二附属医院推拿科住院部收治的80例颈性眩晕患者，按随机数字表法将其分为对照组40例，观察组40例。对照组男18例，女22例；年龄23～63岁，平均年龄(41.32±9.54)岁；发病时间3～10 d，平均发病时间(6.50±2.11)d。观察组男20例，女20例；年龄23～62岁，平均年龄(43.45±10.12)岁；发病时间3～11 d，平均发病时间(6.43±2.20)d。两组性别、年龄、发病时间比较，差异无统计学意义(性别：$\chi^2=0.201$，$P=0.654$；年龄：$t=0.969$，$P=0.336$；发病时间：$t=0.145$，$P=0.885$)，具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

2.1.1 对照组 采用常规推拿治疗，具体操作：①体位选择：根据治疗情况选定，可选坐位、俯卧位等。②近端点穴：于颈部隆突大椎穴、风池穴、肩井穴附近寻找阳性压痛点或硬结点或肌肉紧张处并进行揉、按、推、掐约10 min。③远道点穴：在手足背侧、臀部前外侧及小腿外侧附近寻找压痛点并进行揉、按、推、掐约5 min。④掐捏踝筋：对患者下肢足踝后侧的大筋进行约3 min的挤捏、按揉。每日1次，共治疗10 d。

2.1.2 观察组 在常规推拿的基础上结合国医大师李业甫筋骨并举整脊法治疗。①患者取端坐位，术者采用一指禅推法、㨰法、拿揉法，沿颈后两侧、肩背部及颈椎前胸锁乳突肌外缘操作约10 min，以缓解肌肉痉挛。②轮流点按、揉捏患者双侧风府、百会、完骨、内关、膻中约5 min，拿捏风池、肩井，以患者有酸胀感觉为宜。③缓慢拔伸患者头颈部，做牵引同时缓慢带动患者前屈后伸，左右旋转的动作，幅度宜小、力度宜轻。④待患者颈肌放松，颈部前屈15°～30°，侧屈45°左右，以“巧力寸劲”进行颈椎旋转扳法，纠正颈椎小关节紊乱，减轻对神经根、椎动脉的压迫。⑤嘱患者双手抱头，双手十指交叉，术者用膝盖顶住患者后胸部，双手穿过其腋下，握住患者肘关节，相对发力，以“巧力寸劲”行一个突发的、向后上方的扳动，然后用拍法作用于患者肩背部，结束手法。每日1次，共治疗10 d。

2.2 指标观察方法

2.2.1 临床疗效判定标准 按照《中医病证诊断疗效标准》[6]制定。痊愈：患者因颈性眩晕所导致的相关症状全部消失，颈部活动度及生理功能完全恢复正常，至少持续3个月未见复发。显效：患者因颈性眩晕所导致的相关症状有明显的改善，基本恢复了正常的颈部活动度及生理功能。有效：患者因颈性眩晕所导致的相关症状有所缓解，颈部活动范围有所增加。无效：患者因颈性眩晕所导致的相关症状未见减轻或症状有所加重。

2.2.2 眩晕程度评定标准 根据《颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究》[7]针对患者的眩晕严重程度、平时生活及工作被影响的程度和自身的心理接受度、社会环境的适应程度等方面进行综合评价。使用头晕残障量表(dizziness handicap inventory，DHI)[8]从躯体功能、社会功能及情感因素对患者的眩晕残障程度进行评分。

2.2.3 椎-基底动脉血流速度测定 采用TCD超声检查患者治疗前后的左侧椎动脉(left vertebral artery，LVA)、右侧椎动脉(right vertebral artery，RVA)及基底动脉(basilar artery，BA)平均血流速度(mean of velocity，V_m)变化。

2.3 统计学方法 采用SPSS 21.0分析数据。连续型变量采用“均数±标准差($\bar{x}\pm s$)”表示。数据符合正态分布时，组间均数比较采用两个独立样本t检验，组内均数比较采用配对t检验；数据不符合正态分布时，采用秩和检验；等级资料采用秩和检验。以$P<0.05$为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较 两组患者临床疗效比较，差异有统计学意义($P<0.05$)，观察组的治疗效果优于对照组。见表1。

3.2 两组患者治疗前后颈性眩晕症状与功能评分、DHI评分比较 两组患者治疗前眩晕症状与功能评分、DHI评分比较，差异无统计学意义($P>0.05$)。与治疗前比较，两组患者治疗后颈性眩晕症

状与功能评分均显著升高，DHI评分均显著降低（$P<0.05$），且观察组改善程度显著优于对照组（$P<0.05$）。见表2。

3.3 两组患者治疗前后椎-基底动脉 V_m 比较 两组患者治疗前LVA、RVA、BA的 V_m 比较，差异无统计学意义（$P>0.05$），具有可比性。两组治疗后LVA、RVA、BA的 V_m 均显著增加（$P<0.05$），且观察组改善程度优于对照组（$P<0.05$）。见表3。

表1 两组患者临床疗效比较

组别	n	痊愈/例	显效/例	有效/例	无效/例	平均秩次	Z值	P值
对照	40	4	12	16	8	48.70	−3.329	0.001
观察	40	10	20	9	1	32.30		

表2 两组患者治疗前后颈性眩晕症状与功能评分、DHI评分比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	颈性眩晕症状与功能评分			DHI评分		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	40	9.43±2.25	15.23±2.28*	5.80±4.19	51.05±3.23	42.83±3.62*	8.22±4.14
观察	40	9.55±1.96	18.93±1.94*	9.38±1.92#	52.30±3.36	38.58±4.87*	13.72±3.35#

注：与治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组比较，# $P<0.05$

表3 两组患者治疗前后椎-基底动脉 V_m 比较（$\bar{x}\pm s$）

组别	n	V_m/(cm/s)								
		LVA			RVA			BA		
		治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值	治疗前	治疗后	差值
对照	40	30.72±2.76	36.19±4.79*	5.47±4.71	32.19±3.44	37.00±5.03*	4.81±5.47	34.00±3.30	39.10±5.45*	5.10±0.95
观察	40	30.68±2.56	41.33±3.30*	10.65±3.52#	32.03±3.20	42.54±3.67*	10.51±4.42#	33.95±3.27	45.38±4.12*	11.43±4.94#

注：与治疗前比较，* $P<0.05$；与对照组比较，# $P<0.05$

4 讨论

颈性眩晕发病年龄多在40岁以上，由于现在手机、电脑等电子设备的普及，在临床中亦有很多青年人发病[9]。目前，颈性眩晕的发病机制仍未阐明，其临床症状具有复杂性，从而表明本病是多种因素综合所致，无法用一种理论诠释其临床表现[10]，因此尚未有较为统一的诊断标准，一般情况下临床上多采用排除性诊断[11]。颈性眩晕患者查体时有旋颈试验阳性，TCD检查提示椎-基底动脉供血不足，因此，临床中TCD转颈试验通常作为颈性眩晕诊断的客观指标[12]，TCD检查可以显示患者椎-基底动脉血流状态，评估其供血程度，也是评价颈性眩晕治疗效果的有效方法之一。

中医学认为，颈性眩晕的发生与五脏功能失司相关，《灵枢·大惑论》有“邪中于项，因逢其身之虚……急则目眩以转矣”之记载，表明由于正气不足，虚邪贼风入侵颈项部上传头目发为眩晕。从中医角度分析，气虚、阳虚、痰湿和气郁这四种体质是颈性眩晕患者常见的体质类型[13]。中医治疗颈性眩晕疗效确切，尤其是以推拿整脊为代表的中医外治法，具有简单易行、安全无创、经济方便等优点，患者认可度较高。颈性眩晕患者大多存在颈椎椎体不稳的状况，属于“骨错缝，筋出槽”理论范畴，整脊推拿具有扶正祛邪、行气活血、理筋整复、调整脏腑等作用[14]，可以明显改善患者症状。国医大师李业甫认为“用推如用药”，强调用辨证论治思想指导推拿，合理配伍，以求达到“法治所施，使患者不知其苦”的治疗效果[15]。

本研究采用国医大师李业甫筋骨并举整脊法，充分展现其“病证合参，筋骨并举”的学术思想，以一指禅推法和滚法等摆动类手法行气活血，放松颈项部肌肉；点按穴位配合拿法激发经络气血运行，配合颈椎旋转扳法和胸椎扳法纠正骨关节错缝，诸法共用，起气血双调、筋骨并举之用。推拿手法有舒筋活络、行气活血之功，主要体现在改善 Ca^{2+} 通道引发生物力学效应[16]。推拿治疗颈性眩晕的作用机制为纠正关节紊乱、松解组织粘连、解除肌肉痉挛、促进血液循环和炎症吸收等[17]。相关研究[18-20]表明，推拿治疗可以调节椎动脉和椎-基底动脉的血流速度，对血液动力学有良性影响。方建啟等[21]认为整脊推拿治疗可以调整脊柱秩序和功能紊乱，从而使椎动脉压迫减少以及降低周围神经和软组织的牵张。陈飞等[22]研究表明，李业甫筋骨并举手法可以通过调节神经根型颈椎病患者炎症因子水平有效减轻患者的疼痛，加快神经的修复速度。

本研究结果表明，两组患者治疗后的颈性眩晕相关症状评分和DHI评分均有改善（$P<0.05$），且观察组的改善程度明显优于对照组（$P<0.05$）；两组治疗方法均可提高患者椎-基底动脉的 V_m（$P<0.05$），且观察组较对照组调节程度更明显（$P<0.05$）。这说明两组治疗方法均能改善椎-基底动脉的 V_m，进而增加脑部灌流量，改善患者眩晕症状，提高患者生活质量，且观察组在常规推拿的基础上采用国医大师李业甫筋骨并举整脊法治疗效果优于对

照组常规推拿治疗方法,能更有效地减轻患者的临床症状,使患者尽快回归正常社会活动中。

参考文献:

[1] 刘培太,张军,吴硕柱,等.颈性眩晕发病机制探讨[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(6):13-17.
[2] 赵鑫,石东平,陈栋,等.颈性眩晕临床表现特征分析[J].北京医学,2018,40(8):805-806.
[3] 王冠,冷向阳.颈性眩晕的中西医研究进展[J].吉林中医药,2020,40(4):554-556.
[4] 史建慧,郭增元,任国华.中医治疗眩晕的临床研究进展[J].内蒙古中医药,2019,38(2):125-126.
[5] 中华医学会.临床诊疗指南:神经病学分册[M].北京:人民卫生出版社,2009:263.
[6] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准[M].北京:中国医药科技出版社,2012:86-87.
[7] 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,1998,13(6):245-247.
[8] JACOBSON G P,NEWMAN C W. The development of the dizziness handicap inventory[J]. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1990,116(4): 424-427.
[9] 孙宇,李贵存.第二届颈椎病专题座谈会纪要[J].解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
[10] 邹萍,陈瑛.彩色多普勒超声在中青年颈性眩晕患者颈部血管检查中的应用[J].影像研究与医学应用,2019,3(1):201-202.
[11] 孙建峰,段俊峰.颈性眩晕病理机制研究进展[J].锦州医科大学学报,2017,38(6):109-112.
[12] 诸兴明,黄丽娜,万琦,等.经颅多普勒超声转颈试验在颈性眩晕诊断中的应用价值[J].脊柱外科杂志,2014,12(3):173-175.
[13] 张兆杰,张世民,章永东,等.浅谈整体观下颈性眩晕的五脏论治[J].中医药学报,2017,45(3):84-86.
[14] 徐马丽,罗建.推拿治疗颈性眩晕的临床研究进展[J].世界最新医学信息文摘,2019,19(96):55-57.
[15] 何光远.李业甫推拿学术思想与临证传真[M].北京:人民卫生出版社,2016:13-14.
[16] 屈庆,张宏,张国辉.推拿滚法舒经通络效应机制浅析[J].辽宁中医杂志,2015,42(3):598-600.
[17] 李黎,吴山,范志勇.推拿手法抗眩晕效应的量化及作用机制[J].医用生物力学,2016,31(6):562-565.
[18] 林贤强.脊柱平衡手法推拿治疗对椎动脉型颈椎病患者血液流变学及血清炎性因子的影响[J].中国医学创新,2019,16(32):39-42.
[19] 董国顺,沙益辉.推拿按摩在椎动脉型颈椎病患者中应用评价[J].中国继续医学教育,2019,11(16):133-135.
[20] 吴茂文,张柏林,李静,等.定位定向顶提正椎手法对椎-基底动脉血液动力学影响的研究[J].齐齐哈尔医学院学报,2015,36(15):2239-2242.
[21] 方建啟,蔡树河.整脊治疗颈性眩晕机制研究[J].现代中西医结合杂志,2020,29(13):1479-1482.
[22] 陈飞,李业甫,郭庆军,等.李业甫筋骨并举手法治疗神经根型颈椎病临床研究[J].安徽中医药大学学报,2020,39(2):46-49.

(收稿日期:2020-07-14)

Clinical Effect of Li Yefu's Tendon-Bone Manipulation as Chiropractic Therapy for Cervical Vertigo

YIN Wen-hao[1], *GUO Qing-jun*[2], *JIANG Tao*[2], *LI Man*[1], *ZHANG Fei*[1]
(1. *Anhui University of Chinese Medicine*, *Anhui Hefei* 230012, *China*; 2. *The Second Affiliated Hospital of Anhui University of Chinese Medicine*, *Anhui Hefei* 230061, *China*)

[**Abstract**] **Objective** To investigate the clinical effect of Li Yefu's tendon-bone manipulation as chiropractic therapy for cervical vertigo. **Methods** A total of 80 patients with cervical vertigo were divided into control group and observation group using a random number table, with 40 patients in each group. The patients in the control group were given conventional massage, and those in the observation group were given conventional massage combined with Li Yefu's tendon-bone manipulation. The two groups were compared in terms of clinical outcome as well as evaluation scale for cervical vertigo (ESCV) score, dizziness handicap inventory (DHI) score, and blood flow velocity of the vertebrobasilar artery before and after treatment. **Results** There was a significant difference in clinical outcome between the two groups ($P<0.05$), and the observation group had a significantly better clinical outcome than the control group ($P<0.05$). Both groups had a significant increase in ESCV score and a significant reduction in DHI score after treatment ($P<0.05$), and the observation group had significantly greater improvements than the control group ($P<0.05$). Both groups had significant increases in the mean blood flow velocities of the left vertebral artery, the right vertebral artery, and the basilar artery after treatment ($P<0.05$), and the observation group had significantly greater improvements than the control group ($P<0.05$). **Conclusion** Li Yefu's tendon-bone manipulation can effectively regulate the blood flow velocity of the vertebrobasilar artery and thus alleviate the symptom of vertigo.

[**Key words**] Tendon-bone manipulation; Chiropractic therapy; LI Yefu; Cervical vertigo; Vertebrobasilar artery; Mean blood flow velocity