

## 星状神经节阻滞结合推拿治疗椎动脉型颈椎病临床研究\*

胡云<sup>1</sup> 刘菊英<sup>1,2</sup> 彭力<sup>1</sup>

**摘要** 目的:探讨星状神经节阻滞结合推拿治疗椎动脉型颈椎病的疗效。方法:运用星状神经节阻滞结合推拿综合治疗与单纯采用星状神经节阻滞治疗进行对照,观察患者治疗前后眩晕症状评分以及TCD的变化。结果:星状神经节阻滞组在眩晕症状评分和椎动脉(VA)、基底动脉(BA)的平均血流速度(Vm)都较治疗前有显著改善( $P<0.05$ )。星状神经节阻滞结合推拿组各项指标优于单纯星状神经节阻滞组( $P<0.05$ )。结论:星状神经节阻滞结合推拿治疗椎动脉型颈椎病有较好疗效。

**关键词** 推拿;电针;星状神经节阻滞;椎动脉型颈椎病

**中图分类号**:R244.1,R245 **文献标识码**:B **文章编号**:1001-1242(2008)-09-0833-02

椎动脉型颈椎病(cervical spondylopathy of the vertebral artery type, CSA)是一种常见疾病,以眩晕、恶心呕吐,甚至猝倒为主症,许多患者深受其苦。本研究采用星状神经节阻滞(stellate ganglion block, SGB)结合推拿治疗椎动脉型颈椎病,取得了较满意的疗效。

## 1 对象与方法

### 1.1 一般资料

病例选自郟阳医学院附属太和医院2006年8月—2008年1月疼痛科、针灸骨伤科门诊及住院确诊的椎动脉型颈椎病患者80例,男性28例,女性52例,年龄20—69岁,平均年龄 $40.78\pm 7.46$ 岁。

### 1.2 纳入标准

符合全国第二届颈椎病专题座谈会提出的CSA的诊断标准<sup>[1]</sup>:曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕;旋颈试验阳性;X射线显示节段不稳或钩椎关节骨质增生;多伴有交感症状。

### 1.3 排除标准

眼源性眩晕,耳源性眩晕,内耳药物中毒,位置性眩晕,神经症,动脉硬化,糖尿病、心脏病、低血压等引起的眩晕。

### 1.4 分组与治疗方法

按随机化原则分组,将80例患者随机分成SGB结合推拿组(A组)及SGB组(B组)各40例,各组在性别、年龄、病程等一般资料方面差异无显著性意义( $P>0.05$ ),组间具有可比性。见表1。

表1 两组患者一般资料比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(月)
		男	女		
A组	40	16	24	$39.35\pm 5.37$	$4.72\pm 3.19$
B组	40	17	23	$37.97\pm 6.94$	$4.93\pm 3.57$

**1.4.1** A组患者接受SGB治疗的同时接受推拿治疗。

**1.4.1.1** SGB治疗:患者去枕仰卧肩部垫高,皮肤常规消毒。采用气管旁接近法,在胸锁乳突肌前缘和气管旁,胸锁关节上方约2横指处,用左手食指、中指尖端将气管和食管推向内侧,而将胸锁乳突肌和颈总动脉推向外侧,用5号针头垂直刺入,针尖抵达C7横突,退针少许回抽无血或脑脊液后将药液(1%利多卡因5ml)缓慢注入。阻滞成功的标志为注药侧出现

Homer综合征。所有病例均1次穿刺成功。每周治疗2次,间隔3—4d,6次为1个疗程<sup>[2-3]</sup>。

**1.4.1.2** 推拿治疗:患者端坐,医者立于患者身后,先由上而下按揉颈部两侧肌肉,拿捏颈项、肩臂部,用滚法放松颈肩部肌肉,然后以右手托住患者下颌,左手按于患者头顶部作左右摇颈,在患者颈部充分放松的情况下,托于下颌之手轻轻向后一带一收,按头顶的一手向前方一推。这时可听到一声或数声的弹响声。对于颈项后伸受限和颈椎变直者,以左手前臂垫于患者颈枕部,右手托于患者下颌向后方牵扳,使患者颈部过度后伸,部分患者也可出现弹响声。然后按拿风池穴及肩井穴。每次治疗20—30min,每日1次,每6次休息1d,连用3周为1个疗程。

**1.4.2** B组单纯采用SGB治疗,疗程同上。

### 1.5 观测指标和疗效评价标准

**1.5.1** CSA症状与功能评分量表:所有患者均在治疗前后采用CSA症状与功能评分量表<sup>[4]</sup>进行评分,眩晕16分(眩晕程度8分,频度4分,持续时间4分),颈肩部痛4分,头痛2分,日常生活及工作4分,心理及社会适应4分。满分为30分,每项均分为5个等级。固定一名医务人员进行量表评定。

**1.5.2** 经颅多普勒超声(transcranial Doppler, TCD)观察方法:所有患者在治疗前后进行TCD检测,分别测定椎动脉(VA)、基底动脉(BA)的平均血流速度(Vm)。

### 1.6 统计学分析

计量资料采用均数 $\pm$ 标准差表示,用SPSS软件包对各组数据进行单因素方差分析,计数资料采用等级非参数检验。

## 2 结果

### 2.1 两组症状与功能评分比较

治疗前两组症状与功能评分比较差异无显著性( $P>0.05$ ),组间具有可比性;两组治疗前后对比,症状与功能评分比较有显著性差异( $P<0.05$ ),治疗后得分高于治疗前;A、B两组治疗后疗效有显著性差异( $P<0.05$ ),A组优于B组,见表2。

\* 基金项目:湖北省科技攻关计划项目(2006AA301C26)

1 郟阳医学院附属太和医院麻醉科疼痛门诊,湖北十堰,442000

2 通讯作者

作者简介:胡云,女,副主任医师

收稿日期:2008-01-14

## 2.2 两组治疗前后椎动脉、基底动脉的平均血流速度比较

治疗前两组 VA、BA 的 Vm 相比差异无显著性意义 ( $P>0.05$ ), 组间具有可比性; 各组治疗前后对比, 症状与功能评分比较差异均有显著性 ( $P<0.05$ ), 治疗后得分高于治疗前; 两组

表 2 两组症状与功能评分比较 ( $\bar{x}\pm s$ )

组别	治疗前	治疗后
A 组	17.36±4.43	28.11±1.67 <sup>①</sup>
B 组	17.22±4.34	20.23±4.25

①与 B 组比较  $P<0.05$

表 3 两组治疗前后椎动脉、基底动脉的平均血流速度比较 ( $\bar{x}\pm s$ , cm/s)

组别	椎动脉		基底动脉	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
A 组	26.78±6.56	38.78±8.56 <sup>①</sup>	42.41±6.81	56.12±4.34 <sup>①</sup>
B 组	27.24±6.14	31.98±7.34	43.24±7.67	46.35±6.97

①与 B 组比较  $P<0.05$

治疗后疗效差异有显著性 ( $P<0.01$ ), A 组优于 B 组, 见表 3。

## 3 讨论

CSA 属祖国医学“眩晕”范畴,《景岳全书·眩晕》指出“眩晕一证,虚者居其八九,而兼火、兼痰者不过十中一二耳”,强调了“无虚不作眩”。故病机主要考虑为经络虚证,乃人体经气不足,气血不能上荣,脑失所养所致。《灵枢·口问》说:“上气不足,脑为之不满,耳为之苦鸣,头为之苦倾,目为之眩”,说明上部经气不足,气血不能上注于清阳之府可以发生眩晕为主症的一组病症,在治疗上当以“治虚”为主。现代医学认为, CSA 的发病机制至今尚未完全阐明,一般认为是钩椎关节增生、颈椎失稳、后关节松动和移位等刺激椎动脉,从而导致的椎动脉痉挛、狭窄;还可能是随着年龄的增加,椎动脉弹性减退,椎间盘变性等造成椎间隙狭窄和颈椎高度缩短,引起椎动脉弯曲、扭结,致使血流缓慢而导致椎基底动脉供血不足<sup>[5]</sup>。

本研究疗效评定采用颈性眩晕症状与功能评估量表,该量表包括眩晕、颈肩部痛、头痛、日常生活及工作、心理及社会

适应等 5 项,每项均分为 5 个等级,能够较全面地反映病情变化。TCD 检测方法可直接对椎-基底动脉系统血流的状况做出客观的检测与分析且简单安全<sup>[6]</sup>。

本研究证实, SGB 治疗后疗效及各项 TCD 参数均有改善,而推拿结合 SGB 各项指标又优于单纯推拿组或 SGB 组。采用推拿治疗,可以使患者颈部肌肉充分放松,恢复颈椎的稳定性,纠正椎关节、上下关节突关节及椎间小关节错位,相对地扩大了横突孔内径,使椎动脉在横突孔内走行更为畅通,减少或解除了对椎动脉丛、颈交感神经干和节、寰椎神经的压迫与刺激,缓解血管本身和周围软组织痉挛,重建了颈椎力学系统的内外平衡。SGB 疗法是目前较好的治疗 CSA 的现代医学治疗方法,可以阻断头颈部交感神经异常兴奋,舒张血管,改善头、颈部供血供氧<sup>[7]</sup>。推拿结合 SGB 治疗可以通过直接减轻对血管的压迫和神经反射机制缓解血管痉挛两条途径达到协同改善椎动脉供血的目的。另外,星状神经节阻滞与推拿手法结合治疗椎动脉型 CSA,既针对颈椎结构的异常改变,又能解决交感神经及血管的功能异常,因此其临床疗效优于单纯的推拿治疗或 SGB 治疗,但其具体的治疗机制还有待于更深入的研究。

## 参考文献

- [1] 孙宇. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[C]. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472—476.
- [2] 胡云, 王黎, 张珍, 等. 星状神经节阻滞与颈横突局部注射疗法对颈源性头痛的疗效评价[J]. 中国康复, 2006, 4(21): 227—228.
- [3] 胡云, 刘菊英, 彭力, 等. 星状神经节阻滞治疗颈源性头痛疗效评价及对 C-反应蛋白的影响[J]. 中国中医骨伤科杂志, 2006, 14(4): 23—24.
- [4] 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.
- [5] 胡永善, 主编. 新编康复医学[M]. 上海: 复旦大学出版社, 2005. 218—219.
- [6] 杜洛民, 李玉柱, 李巧红. 102 例椎动脉型颈椎病经颅多普勒检测及临床分析[J]. 中国中西医结合影像学杂志, 2007, (5): 230—231.

## ·短篇论著·

# 早期康复训练治疗儿童肱骨髁上骨折后肘关节功能障碍

别明波<sup>1</sup> 刘敏<sup>1</sup> 邓小锋<sup>1</sup> 曹灿<sup>1</sup> 李丽娟<sup>1</sup> 杨梅<sup>1</sup>

肱骨髁上骨折是临床最常见的儿童上肢骨折, 多见于 3—12 岁儿童, 占全部骨折的 50%—70%<sup>[1]</sup>。骨折经保守或手术治疗后, 常残留肘关节功能障碍, 进而影响上肢功能, 影响生存质量及发育<sup>[2]</sup>。正确的早期康复训练能够改善肘关节功能, 使患儿日常生活能力得到提高, 并能够减少骨科并发症。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

本组 39 例, 男 23 例, 女 16 例, 其中左侧 17 例, 右侧 22 例, 年龄 5—12 岁, 平均 8 岁。骨折分类: 屈曲型 36 例, 伸直型 3 例。Gartland 分型: I 型 19 例, II 型 12 例, III 型 8 例。

### 1.2 治疗方法

**1.2.1 复位方法:** 20 例闭合手法复位; 17 例闭合交叉克氏针; 2 例切开复位+钢板内固定。所有患者都用石膏固定肘关节于功能位。石膏固定时间最长 6 周, 最短 3 周。本组共 6 例神经损伤, 4 例尺神经损伤, 2 例正中神经损伤, 均为不全损伤, 其中 2 例尺神经探查+前置, 其他保守治疗。

**1.2.2 康复训练方法:** 由于骨折损伤严重程度的不同, 依照骨折的分型和处理方法的不同, 采用个性化的训练方法。

**1.2.2.1 运动疗法:** 拆石膏前运动疗法主要以肌肉等长收缩

<sup>1</sup> 北京市房山区第一医院康复科, 北京, 102400

作者简介: 别明波, 男, 主治医师

收稿日期: 2008-08-04