

颈胸椎后关节半脱位致颈性眩晕 或头晕的手法治疗

中国中医研究院西苑医院(北京 100091)

王先春 叶逢山

笔者 1992 年~1996 年 12 月用正骨推拿法诊治颈椎(以 C 代)胸椎(以 T 代)后关节半脱位致颈性眩晕或头晕 35 例,取得临床疗效,现报告如下。

临床资料

本组 35 例中,男 8 例,女 27 例;年龄 23~75 岁;干部 19 例,工人 10 例,其它 6 例。既往史:美尼尔氏症、颈椎病、心律失常、糖尿病各 2 例,神经官能症 4 例,高血压病 3 例。突然发病 35 例;无明显诱因 33 例,2 例与体位有关;就诊时间,<1/2 天 26 例,1/2~4 天 5 例,>4 天 4 例为误诊者,最短半小时。

主要症状:眩晕 25 例,头晕 10 例,恶心呕吐 35 例,头痛 8 例,视力模糊 11 例,耳鸣 5 例,胸闷心慌 10 例,长叹息 9 例,双下肢无力 6 例,手心及头面部冷汗 26 例,烦躁、失眠、濒死感各 5 例,颈项发僵 15 例,上肢麻木 6 例,项背酸楚、胸痛各 2 例。

体征:棘突偏歪 35 例,其中 C25 例,T4 例,C 合并 T6 例;C31 例(包括合并 T 者)中,右偏 20 例,左偏 7 例,双侧 4 例;T10 例(包括合并 C 者)中,T₄5 例,T₅4 例,T₆1 例。肌肉痉挛压痛前斜角肌 31 例,其中右侧 22 例,左侧 5 例,双侧 4 例;压痛棘突间 35 例;椎旁肌 35 例;胸壁 7 例。心动过缓 8 例,血压偏低 4 例,心动过速、血压偏高、心律不齐各 2 例。

理化检查 X 线片:C22 例,正位棘突偏歪 20 例,侧位生理曲度变直 8 例,椎体后缘骨质增生 4 例,斜位钩突关节骨质增生 6 例,C₄、C₅、C₆ 上关节突向前上移位相应椎间孔后下方呈柱状缺损狭窄 20 例,2 例变化不明显;T6 例,正位棘突偏歪 4 例,侧位椎体后缘骨质增生 2 例,斜位(一)。胸片 20 例中动脉硬化型心脏 2 例。上消化道造影 6 例(一)。头颅 CT15 例中 3 例小灶腔隙性梗塞。MRI 6 例中 3 例轻度椎间盘脱出。心脏彩超 20 例中 1 例左室肥厚。EKG35 例中,窦缓 8 例,窦速 2 例,ST-T 改变 2 例,室早房早各 1 例。Hotter20 例中,室早房早各 1 例,ST-T 改变 2 例,窦缓 6 例,窦速 1 例。生化 21 项 20 例中,血脂偏高 12 例,血糖高 3 例。血粘稠度高 9 例。其余检查(一)。

治疗方法

治疗先正骨纠正后关节半脱位,后按摩。

1. 颈椎后关节半脱位手法治疗:正骨分二步进行:
(1)颈椎旋转固定扳法:患者坐位,颈前屈到某一需要的角度后,医生在其背后,用一肘部托住其下颌部,手则扶住患者枕部(向右扳用右手,向左扳用左手),另一手扶住患者肩部。托扶其头部的手用力,先作颈项部向上牵引,同时把患者头部作被动向患椎转至最大限度后,双手向相反方向用腕力扳,常听复位响声示复位成功。再作颈椎侧屈曲扳法。(2)颈椎侧屈曲扳法:患者坐位,医生下手虎口托患侧椎体(向右扳右手在下,向左扳左手在下),上手抱住患者健侧头部,令患者向患侧侧屈曲至最大限度后,两手用腕力向相反扳动,常闻复位响声,示复位成功。

2. 胸椎后关节半脱位手法治疗:常用胸椎对抗复位法:患者坐位,令其两手交叉扣住置于项部,医生在其背后,用两手从患者腋下伸入其上臂之前、前臂之后并握住其上臂下段,同时医生用一侧膝顶住患椎部。嘱患者身体略向前倾,医生用两手同时向后上方用力扳动,往往听到复位响声,表示小关节错动而整复^[1]。

3. 颈胸椎合并后关节半脱位手法治疗:一般先施颈椎手法治疗颈部病变,再做胸椎手法治疗胸椎病变。

治疗结果

手法整复 35 例中,1 次治愈 18 例,3~5 次 9 例,5 次以上 8 例。恢复顺序:棘突偏歪即刻纠正;肌肉痉挛压痛新疾立即消失,痼疾明显减轻;头眩或头晕恶心呕吐 30 例即刻止,5 例明显减轻;交感和副交感神经症状体征即刻或 1~3 天消失,窦缓需 1~3 周。X 线颈椎斜位片狭窄的椎间孔明显扩大甚至恢复正常。

讨论

1. 关节错缝是中医的传统名称,缝即隙,说明关节间隙有所移位,今有人称之为关节半脱位^[2],也有人称为脊柱小关节紊乱症^[3]。笔者 1992 年首次试提出颈胸腰椎后关节半脱位与内脏的关系^[4]。

2. 颈胸椎后关节半脱位致颈性眩晕病位在 C₁₋₆、

T₁~₅后关节,病因为后关节半脱位,病机是由于一侧或两侧后关节半脱位后使椎体、横突、棘突发生旋转,使相应椎间孔狭窄,激惹颈胸交感神经链及牵扯压迫脊神经而出现症状体征:(1)棘突旋转发生位置偏歪压痛;颈胸脊神经根受压所支配肌肉痉挛压痛是后关节半脱位重要体征。颈椎者表现颈项发僵、枕部痛、头痛、上肢麻木疼痛、椎旁和前斜角肌痉挛压痛。前斜角肌起于C₃~₆横突前结节,止于第1肋斜角肌结节,当横突旋转时其肌纤维被牵拉故可痉挛压痛,其位置表浅便于触摸,故以其为颈椎后关节半脱位的重要体征。膈神经受累出现胸闷憋气,长叹息等^[5]。胸椎者表现项背酸楚不适、椎旁压痛、患椎对应的肋间的胸壁疼痛或压痛;肋间神经受损表现胸闷憋气^[6]。(2)颈胸交感神经受刺激出现心率快、心律不齐、血压偏高、出冷汗、烦躁、失眠甚至濒死感;副交感迷走神经兴奋表现心率慢、血压偏低、嗝气等胃肠道症状。

3. 颈性眩晕或头晕是一侧椎基底动脉急性供血不足所致。椎动脉一般由C₆横突孔穿经上6个颈椎横突孔由枕骨大孔入颅腔,于桥脑下端左右椎动脉汇合成一条椎基底动脉而到Willis氏环,把心血量的1/6供给脑。椎动脉血流量与其口径,弯曲度和走行密切相关。(1)颈椎横突旋转使穿越横突孔的椎动脉受压扭曲,弯曲度加大,口径变小;(2)或/及由于支配椎动脉的椎动脉神经丛,椎神经或其节前纤维受刺激反射性引起椎基底动脉痉挛口径变小。以上两点均可导致椎动脉血流量减少,影响到大脑基底动脉血液供应,视听神经核首先受影响,突然出现眩晕或头晕、恶心呕吐、或耳鸣、或视物不清、或下肢无力等。由于颈交感神经的节前纤维来自上部胸脊神经的交通支,于颈部交感神经节内交替后,发出节后纤维。椎动脉神经丛、椎神经分别是颈下神经节及星状神经节的节后纤维,支配同侧椎动脉的颈段、颅内段、与颈上神经节的节后纤维一道支配

基底动脉。若颈椎椎体旋转刺激两神经本身,胸椎椎体旋转激惹两神经的节前纤维,均可引起椎动脉痉挛缺血。

4. 鉴别下面疾病。(1)钩突关节骨质增生,颈椎X光斜位片示其椎间孔前方呈唇样缺损狭窄,起病缓慢,一旦形成对椎动脉压迫症状不易缓解;临床突然发病者常合并颈椎后关节半脱位,而此时椎间孔呈铃朝上的半截哑铃样缺损狭窄,且正骨推拿后诸症消,椎间孔恢复成前者,本组有6例。(2)颈椎间盘脱出因体位改变可引起一过性椎动脉受阻出现眩晕甚至晕厥,随体位恢复症状消失;若症状不缓解,则提示合并颈椎后关节半脱位需手法治疗,本组有3例。(3)本病常被误认为美尼尔氏症,前者有棘突偏歪和肌肉痉挛压痛,且正骨治疗取得立竿见影效果可鉴别。

5. 手法治疗前要排除脊柱的结核、肿瘤、骨质疏松等病,以免造成病理性骨折。对于一节段病症,若手法治疗效果欠佳或易发者,应检查其它节段可能存在病症,并予矫正,可提高或巩固疗效。

参考文献

1. 曹仁发. 中医推拿学. 第1版. 北京:人民卫生出版社 1992:98.
2. 樊春州. 关节错缝. 见张安桢,武春发主编. 中医骨伤科学. 第1版. 北京:人民卫生出版社 1988:412.
3. 石世莹. 脊柱小关节紊乱症 630 例诊治体会. 见朱建防,曹建中. 中国骨科论文集. 第1版. 北京:中国医药科技出版社出版 1993:248.
4. 王先春,叶蓬山,罗运超. 颈胸腰椎后关节半脱位与内脏的关系. 中国危重病急救医学 1993;5(增刊):154.
5. 王先春,叶蓬山. 颈椎后关节半脱位致颈心综合征. 中国乡村医药 1995;2(8):372.
6. 王先春,叶蓬山. 胸椎后关节半脱位致胸心综合征手法治疗. 中级医刊 1996;31(8):50.

(收稿:1996-03-01,修回 1996-12-20)

(上接 43 页) 突出,后纵韧带张力增大阻止髓核向后移动,椎间孔得以扩张;伸展紧压的有病痛的囊,释放被封闭的滑液膜;分开相连的神经根,减轻肌肉痉挛。

(3)纵向环转。当拉到最大位移处时,椎间盘所受压力减至最小,绕轴环转,不但不会增大摩擦力,造成磨损,相反,对椎间盘的纤维环施加张力,锻炼功能,恢复其弹性是一种有效的办法。

参考文献

1. 郭维淮,等. 骨科生物力学基础. 第1版. 河南:科技出版社 1990:11. 166
2. 詹仁生. 颈椎病的仰卧整复法. 中国骨伤 1996;9(1):43
3. 洪水棕. 人体颈椎的力学实验研究. 中国生物医学工程学报 1987;6(2):75.

(收稿:1996-08-07)