

仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术 治疗颈性眩晕的临床观察

陈俊君, 汤建华*

(无锡市中医医院推拿科, 江苏 无锡 214071)

【摘要】目的 探讨仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术治疗颈性眩晕的效果及对患者颈部椎动脉 (VA)、基底动脉 (BA)、小脑后下动脉 (PINCA) 血流速度的影响。**方法** 选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月无锡市中医医院收治的颈性眩晕患者 65 例, 采用随机数字法分为对照组 (32 例) 和研究组 (33 例)。对照组患者使用 Mulligan 动态关节松动术进行治疗, 研究组患者在对照组的基础上联合仰卧位颈椎微调手法治疗。每隔 1 d 治疗 1 次, 共治疗 6 次。比较两组患者的临床疗效, 治疗前后的症状与功能评分及 VA、BA、PINCA 血流速变化情况。**结果** 研究组患者总有效率高于对照组; 与治疗前比, 治疗后两组患者眩晕、肩颈痛、头痛、日常工作、心理及社会适应能力评分均升高, 且研究组高于对照组; 两组患者 VA、BA、PINCA 血流速度均加快, 且研究组快于对照组 (均 $P < 0.05$)。**结论** 仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术治疗颈性眩晕, 有利于改善患者临床症状, 提升 VA、BA、PINCA 血流速度, 促进局部血液循环, 提高患者生活质量, 疗效显著。

【关键词】 颈性眩晕; 颈椎微调手法; Mulligan 动态关节松动术

【中图分类号】 R244.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2096-3718.2023.10.0078.03

DOI: 10.3969/j.issn.2096-3718.2023.10.026

颈性眩晕是椎动脉受刺激或压迫引发的椎动脉供血不足导致的眩晕, 属于颈椎病中常见类型之一, 临床表现为眩晕、恶心呕吐、耳鸣、视觉障碍等, 对患者的日常生活、工作、学习造成严重影响。临床针对颈性眩晕主要采取手术与保守治疗, 传统外科手术因创伤较大、恢复期长、治疗费用高等因素, 导致患者接受度不高; 而保守治疗多以牵引、手法复位为主, 辅以物理因子、药物、运动等相关手段进行治疗, 但治疗周期相对较长, 疗效不明显, 不利于控制病情的长期稳定^[1]。因此探讨有效的治疗方案对于提升颈性眩晕的治疗效果意义重大。中医理论认为, 颈性眩晕属于“眩晕”范畴, 眩晕为标, 颈病为主, 主要是经脉空虚、血气不足造成的^[2]。推拿通过点、按、扳、旋转等手法放松患者肩颈部肌肉和缓解疼痛等症状。Mulligan 动态关节松动术是根据小面关节的解剖特点确定按压位置并恢复关节正常位置的特殊推拿手法, 通过小面关节松动术、动态小面关节松动术等技术滑动小关节, 纠正关节错位, 从而缓解疼痛^[3]。但是单一的康复方法患者病情恢复慢, 因此临床多联合不同的方法以提升治疗效果, 仰卧位颈椎微调手法以“骨正筋柔、筋骨并重”为指导思想, 对于问题部位精准施力, 可以有效解除肌肉筋挛, 减少肩颈疼痛, 促进椎动脉血液循环, 缓解眩晕症状^[4]。因此, 本研究旨在分析仰卧位颈椎微调手法结合

Mulligan 动态关节松动术治疗颈性眩晕的效果及对患者血管流速的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2021 年 1 月至 2022 年 12 月无锡市中医医院收治的颈性眩晕患者 65 例, 采用随机数字法将其分成对照组 (32 例) 和研究组 (33 例)。对照组中男、女患者分别为 15、17 例; 年龄 26~68 岁, 平均 (53.47 ± 7.52) 岁; 病程 7~70 d, 平均 (38.73 ± 3.22) d。研究组中男、女患者分别为 16、17 例; 年龄 27~69 岁, 平均 (52.69 ± 7.46) 岁; 病程 7~68 d, 平均 (38.67 ± 3.18) d。两组患者一般资料经对比, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 有可比性。纳入标准: ①西医符合《颈性眩晕的病理机制、诊断和治疗》^[5] 中关于颈性眩晕的诊断标准者; ②中医符合《中医诊疗指南评价方法与应用》^[6] 中“眩晕”辨证标准者; ③影像学检查见颈椎小关节错缝、失稳、退变者; ④椎动脉扭曲试验阳性者等。排除标准: ①伴有严重功能障碍者; ②头颅部外伤后眩晕者; ③颈椎椎体骨折、骨结核、骨肿瘤者等。本研究经院内医学伦理委员会批准, 且患者均已签署知情同意书。

1.2 治疗方法 对照组患者采用 Mulligan 动态关节松动术进行治疗, 具体方式包括: ①小面关节松动术。患者取

作者简介: 陈俊君, 大学本科, 副主任中医师, 研究方向: 中医推拿。

通信作者: 汤建华, 大学本科, 主任中医师, 研究方向: 中医推拿。E-mail: tldson2008@163.com

坐位并在医师指导下主动旋转颈椎，同时医师推动颈椎小关节沿眼球方向产生斜向上节律性滑动。②反向小面关节松动术。若经小面关节松动术治疗无效时，则采用与小面关节松动术相同手法，但推动方向与之相反。③动态小面关节松动术。评估患者活动受限方向，患者双手握紧毛巾两端，使毛巾边缘紧贴病变节段棘突，两手沿颈椎侧弯或后仰平面用力拉紧毛巾，同时配合颈椎前屈、后伸、侧屈、旋转等主动运动。20~30 min/次，以上治疗方法每隔 1 d 治疗 1 次，共治疗 6 次。研究组患者在对照组治疗的基础上采取仰卧位颈椎微调手法，患者俯卧位，两脚伸直，两手放至身体两侧，治疗医师站立于患者头侧并将双手分别置于患者的额顶部和颈部后正中两侧 2~3 cm 处肌肉，感受肌肉的紧张度，使用一指禅推法充分松解颈患者肩部肌肉，再对颈椎后关节紊乱的节段进行微调。治疗 15 min 后，患者改为仰卧位，两手交叉放在腹部，颈椎自然放松，治疗医师用两手托住第 4 颈椎棘突处，指腹轻轻向上托 3~5 次，然后沿着颈椎向枕后牵拉，借助患者的体质质量进行来回拔伸，反复 3~5 次，接着一手拇指抵住患椎棘突旁，另一手按住前额向另一侧旋转颈椎，作 1 个控制 5° 左右的微调扳动，左右各 1 次，25 min/次，隔天 1 次，共治疗 6 次。

1.3 观察指标 ①治疗效果。显效：治疗后眩晕、肩颈疼痛等临床症状完全消失，颈部活动提示正常；有效：治疗后眩晕、肩颈疼痛等临床症状显著改善但未消失，颈部活动提示正常；无效：治疗后眩晕、肩颈疼痛等临床症状和治疗前未见明显差异^[7]。总有效率=(显效+有效)例数/总例数×100%。②症状与功能评分。采用颈性眩晕症状与功能评估量表评分^[8]对患者症状及功能恢复状况进行评分，主要包括眩晕(0~16分)，颈肩痛(0~4分)，头痛(0~2分)，日常生活工作(0~4分)，心理及社会适应能力(0~4分)，分值越高提示临床症状越轻。③血流速度。采用超声经颅多普勒血流分析仪(江苏亿康电子科技有限公司，苏械注准 20182230620，型号：EK-1000B)评估患者治疗前后颈部椎动脉(VA)、基底动脉(BA)、小脑后下动脉(PINCA)血流速度。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 22.0 统计学软件分析数据，计数资料以[例(%)]表示，采用 χ^2 检验；计量资料经 S-W 检验符合正态分布，以($\bar{x} \pm s$)表示，采用 t 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗效果比较 研究组患者总有效率高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)，见表 1。

表 1 两组患者治疗效果比较 [例 (%)]					
组别	例数	显效	有效	无效	总有效
对照组	32	15(46.87)	9(28.12)	8(25.00)	24(75.00)
研究组	33	20(60.61)	12(36.36)	1(3.03)	32(96.97)
χ^2 值					4.861
P 值					<0.05

2.2 两组患者症状与功能评分比较 与治疗前比，两组患者治疗后眩晕、肩颈痛、头痛症状、日常生活工作、心理及社会适应能力评分均升高，且研究组高于对照组，差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)，见表 2。

2.3 两组患者血流速度比较 与治疗前比，两组患者治疗后 VA、BA、PINCA 血流速度均加快，且研究组快于对照组，差异均有统计学意义(均 $P < 0.05$)，见表 3。

3 讨论

颈性眩晕患者病程较长，且易发展为颈椎退行性病变，严重影响患者的身体健康。目前临床西医治疗颈性眩晕大多选择药物治疗，常见药物有前庭神经镇静剂(地西泮、利多卡因等)，抗胆碱药(山莨菪碱、东莨菪碱等)，血管扩张类药(尼莫地平、长春西汀等)，虽然短期治疗效果尚可，但是停药后易于复发^[9]。

中医传统理论对于颈性眩晕认识由来已久，认为该病症属于“眩晕”的范畴，髓海不足、肝肾亏虚、气血两亏、正气不足为病之本，风、寒、痰、湿、瘀等阻滞经络，气血运行不畅，血不上行濡养头目而发眩晕。此外，颈性眩晕还与颈部经络痹阻不通密切相关，尤其是督脉气血运行不畅在一定程度上会导致眩晕的发生。有研究认为，恢复

表 2 两组患者症状与功能评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	眩晕		肩颈痛		头痛		日常生活工作		心理及社会适应能力	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	7.89±2.42	11.82±0.53*	1.96±0.62	2.41±0.33*	0.79±0.32	1.41±0.42*	2.36±0.78	3.12±0.52*	2.16±0.55	3.32±0.48*
研究组	33	7.92±2.46	13.20±0.64*	1.98±0.63	2.98±0.84*	0.80±0.33	1.65±0.33*	2.38±0.76	3.48±0.33*	2.17±0.56	3.58±0.39*
t 值		0.050	9.452	0.129	3.579	0.124	2.566	0.105	3.343	0.073	2.400
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P < 0.05$ 。

表 3 两组患者血流速度比较 (cm/s, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	VA 血流速度		BA 血流速度		PINCA 血流速度	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	32	40.31±6.11	43.18±4.01*	44.73±6.37	46.87±4.61*	34.53±4.72	37.26±5.14*
研究组	33	40.47±6.18	45.81±4.35*	44.78±6.42	49.92±4.53*	34.67±5.76	40.87±6.34*
t 值		0.105	2.532	0.032	2.690	0.107	2.517
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

注：与治疗前比，* $P<0.05$ 。VA：颈部椎动脉；BA：基底动脉；PINCA：小脑后下动脉。

颈椎自然的生理解剖结构是解决颈性眩晕的关键所在^[10]。故此，探索一种安全有效的治疗方式纠正眩晕症状成为临床关注的热门课题。

仰卧位颈椎微调手法与 Mulligan 动态关节松动术均为临床常用的推拿手法。Mulligan 动态关节松动术强调在负重体位下操作，能够恢复钩椎关节及上下关节突等小关节的正常解剖位置。该手法除了松动并调整关节位置外，还可同时达到软组织松解的效果，缓解脊神经与周围软组织的状态，塑造并维持颈椎生物力学内外平衡，从而改善眩晕症状^[11]。仰卧位颈椎微调手法注重对症施治，手法精准深透而柔和，治疗原理在于患者仰卧在治疗床上，可以使全身肌肉放松，此时医师能更好地发挥手法的治疗作用，对病变部位精准施力，促使颈部变性软组织、关节恢复正常生理功能，能有效改善狭窄的椎间隙，调节紊乱的小关节，调整软组织张力，促使椎动脉骨性通道畅通，从而改善椎动脉的血供，促使脑组织血流灌注，缓解临床症状^[12]。本研究结果显示，研究组患者总有效率高于对照组；治疗后两组患者临床症状、日常生活工作、心理及社会适应能力评分均升高，且研究组高于对照组，提示使用仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术治疗颈性眩晕有利于缓解患者的临床症状，疗效显著。

经颅多普勒作为一种新型有效的检测颅内动脉血流动力学变化的辅助检查手段，可以量化分析椎动脉颅内段血流动力学的改变，为椎动脉型颈椎病提供临床的诊断依据；同时还可以直接对椎-基底动脉系统进行血流动力学监测。VA、BA、PINCA 血流速度是反映颈椎血液循环的重要指标。当颈椎出现移位、骨质增生、退变，以及椎体周围软组织水肿、粘连、痉挛等情况均会造成椎体正常解剖学位置改变，从而造成椎动脉受压，降低血流量，影响脑组织供血，出现眩晕症状。本研究结果显示，治疗后两组患者 VA、BA、PINCA 血流速度均加快，且研究组快于对照组，提示给予仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术后双侧椎动脉与基底动脉的血流速度显著提升，有利于改善脑部微循环，增加脑组织供血，缓解眩晕症状。推拿是在中医基础理论的指导下，辨证施治，利用旋转复位法、整体调整脊柱法、颈部软组织松解法等手法，以达

到调整脏腑、疏通经络、调和气血的作用^[13]。

综上，颈性眩晕患者行仰卧位颈椎微调手法结合 Mulligan 动态关节松动术治疗可显著提高其临床效果，促使椎动脉血流速度恢复，改善脑部微循环，提升脑组织供血，改善临床眩晕症状。但本研究选取样本量相对较少，研究与观察时间较短，存在一定局限性，需进一步深入探究。

参 考 文 献

[1] 杨雨薇, 陈小波, 祝郑飞, 等. 颈性眩晕发病机制的最新研究进展 [J]. 中医临床研究, 2022, 14(30): 26-29.

[2] 董正坤. 针刺醒脑开窍联合中医辨证治疗颈性眩晕临床观察 [J]. 光明中医, 2021, 36(6): 942-944.

[3] 崔永刚, 庄敏, 许梦雅, 等. Mulligan 动态关节松动术对肩关节周围炎的治疗效果 [J]. 河南医学研究, 2021, 30(10): 1781-1783.

[4] 柯焕平, 陈志斌, 陈凯玲. 浮针疗法配合颈椎微调手法治疗颈源性眩晕的临床研究 [J]. 中外医学研究, 2021, 19(27): 115-117.

[5] 曾建勇, 范洪武, 张云涛, 等. 颈性眩晕的病理机制、诊断和治疗 [J]. 临床与病理杂志, 2015, 35(8): 1564-1569.

[6] 李洁. 中医内科临床治疗学 [M]. 长春: 吉林科学技术出版社, 2019: 43-46.

[7] 侯树勋, 邱贵兴. 中华骨科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2017: 434.

[8] 程肖芳, 曹雪梅, 刘书田. 内热针对椎动脉型颈椎病患者改良 ESCV 评分及血流动力学的影响 [J]. 针灸临床杂志, 2017, 33(3): 34-36.

[9] 谭依立, 吕振, 洪毅. 颈性眩晕的研究进展 [J]. 中国脊柱脊髓杂志, 2022, 32(7): 648-653.

[10] 关玉东. 穴位手法推拿对颈性眩晕患者症状积分及脑组织血流动力学的影响 [J]. 中医临床研究, 2022, 14(34): 108-110.

[11] 高新, 吕亚南. 动态关节松动术结合点穴经筋疗法治疗颈性眩晕的临床效果 [J]. 广西医学, 2016, 38(2): 246-247.

[12] 罗金寿, 程少丹, 陆念祖, 等. 仰卧位拔伸理筋手法配合温胆汤治疗颈性眩晕疗效观察 [J]. 中国中医骨伤科杂志, 2011, 19(12): 43-44.

[13] 何静, 王新军. 推拿治疗颈性眩晕的研究进展 [J]. 新疆中医药, 2020, 38(3): 107-109.