

# “托腮抬头法”、中频及氟桂利嗪 综合治疗颈性眩晕 30 例<sup>\*</sup>

张令媛 韩丰丰<sup>\*\*</sup>

(陕西中医药大学附属医院,陕西 咸阳 712000)

**摘要:**目的 探讨“托腮抬头法”联合电脑中频治疗法治疗颈性眩晕的疗效。方法 将 90 例颈性眩晕患者随机分为基础药物组 30 例,基础药物联合电脑中频仪治疗组 30 例,基础药物结合电脑中频治疗仪联合“托腮抬头法”组 30 例。2 周后,观察各组疗效。结果 药物结合中频联合“托腮抬头法”治疗组总有效率为 96.7%,高于药物结合中频组总有效率 80.0%,高于药物组总有效率 73.3% ( $P < 0.05$ ),差异有统计学意义。结论 “托腮抬头法”联合中频治疗法治疗颈性眩晕疗效理想,治疗总有效率高,患者依从性好,值得临床推广应用。

**关键词:**托腮抬头法;中频治疗;颈性眩晕

中图分类号:R255.3 文献标识码:B 文章编号:1672-0571(2019)06-0030-04

DOI:10.13424/j.cnki.mtcm.2019.06.010

## 30 Cases of Cervical Vertigo Treated by “Holding Cheek and Head – up Method”, Intermediate Frequency as well as Flunarizine

Zhang Lingyuan, Han Fengfeng

(The Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine, Xianyang China, 712000)

**Abstract Objective:** To explore the effect of “holding cheek and head – up method” combined with computer intermediate frequency on cervical vertigo. **Methods:** Ninety patients with cervical vertigo were randomly divided into the basic medicine group ( $n = 30$ ), the basic medicine combined with the computer intermediate frequency (IF) group ( $n = 30$ ), and the basic medicine, the computer IF therapy combined with the “holding cheek and head – up method” group ( $n = 30$ ). After 2 weeks, the effects of each group were observed. **Results:** The total effective rate of the basic medicine, the computer IF therapy combined with the “holding cheek and head – up method” group was 96.7%, which was higher than that of the basic medicine combined with the computer IF group group by 80.0%, which was also higher than that of the basic medicine group by 73.3% ( $P < 0.05$ ), the difference is statistically significant. **Conclusion:** “holding cheek and head – up method” combined with IF therapy for the treatment of cervical vertigo is ideal, the treatment has high efficiency, and the patient compliance is good, which is worthy of clinical application.

**Key words** “holding cheek and head – up method”; IF therapy; cervical vertigo

颈性眩晕特点为眩晕反复发作,且多于头颈部活动时伴随发生,或伴头痛、颈部疼痛及恶心呕

<sup>\*</sup> 基金项目:陕西中医药大学科研基金项目(2016QN13)

<sup>\*\*</sup> 通讯作者:韩丰丰,主管护师。E-mail:1277456188@qq.com

吐、视物模糊、耳鸣等自主神经症状<sup>[1]</sup>。调查显示该病发病年龄日趋年轻化,发病率亦快速上升<sup>[2]</sup>。名老中医李军教授运用“天葛二陈桃红四物汤”等自拟方治疗痰瘀阻滞筋脉等证型的眩晕疗效显著。经多年临床经验提出“托腮抬头”锻炼法,笔者应用此法联合电脑中频治疗观察 30 例颈性眩晕患者治疗效果,现报道如下。

## 1 资料及方法

### 1.1 一般资料

**1.1.1 研究对象来源** 研究对象来源于陕西中医药大学附属医院、校医院李军教授门诊患者及陕西中医药大学附属医院住院患者。

**1.1.2 样本含量估算** 样本量估算依据采用主要疗效指标临床有效率。根据前期相关试验研究,假设治疗组的有效率为 95%,对照组一为 80%,对照组二有效率为 70%;设单侧  $\alpha = 0.05$ ,  $\beta = 0.2$ , 试验组/对照组一/对照组二比例为 1:1:1, 试验过程中控制脱落率 15%, 应用 PASS 软件进行三组样本率的本样本量估算, 治疗组需样本量 30 例, 三组共需 90 例。

**1.1.3 分组方法** 使用随机数发生器进行随机化, 将纳入研究的 90 例患者分为 3 组。药物结合中频联合“托腮抬头法”组为治疗组, 男 17 例, 女 13 例, 年龄 36 ~ 68 岁, 平均年龄 58 岁; 病程 2 周 ~ 6 个月。药物联合中频组为对照组一, 男 18 例, 女 12 例, 年龄 37 ~ 71 岁, 平均年龄 60 岁; 病程 1 周 ~ 4 个月。药物组为对照组二, 男 15 例, 女 15 例, 年龄 41 ~ 66 岁, 平均年龄 61 岁; 病程 1 周 ~ 6 个月。对比三组患者的年龄、性别及平均病程等一般资料无统计学差异 ( $P > 0.05$ )。

**1.2 纳入标准** 参照“2008 年第三届全国颈椎病专题座谈会纪要的颈椎病分型诊断标准”<sup>[3]</sup>: ①以颈性眩晕为主诉, 如自觉头晕、头部昏沉不适, 自觉旋转、晃动或目眩, 随头颈部活动发作或加重; ②颈椎 DR 示曲度变直、椎间隙变窄、钩椎关节骨质增生或节段不稳; ③多伴有交感症状; ④排除耳源性等原因导致的眩晕; ⑤经颅多普勒显示椎 - 基底动脉供血不足, 排除如高血压等可能出现椎动脉血流速异常情况; ⑥患者年龄在 25 ~ 70 岁之

间, 意识清醒且配合治疗者, 签署知情同意书。

**1.3 排除标准** ①其他原发性疾病可能出现椎动脉血流速度异常者如高血压, 糖尿病, 高脂血症, 动脉硬化, 血管炎症。②颈椎有骨折、脱位、急性颈椎间盘突出、结核、肿瘤、感染。③严重的脑病、糖尿病、低血压、肝肾和造血系统等严重原发性疾病, 孕、产妇, 精神病患者。④不符合纳入标准, 年龄  $< 25$  岁或  $> 70$  岁, 未按规定进行治疗或检查, 或资料不全者。⑤同时接受其它治疗的(如药物、针灸、理疗等)患者。

**1.4 治疗方法** 治疗组给予中频治疗<sup>[4]</sup>: 用酒精消毒硅胶电极板, 将其放置在颈部或肩背部压痛最明显处, 调试载波频率为 2 ~ 8KHz, 根据患者耐受程度, 询问并调试电流量, 1 次/d, 30min/次, 2 周为 1 个疗程。联合“托腮抬头法”锻炼<sup>[5]</sup>: 指导患者俯卧于床上, 胸前可垫一软枕, 两肘于身前两侧支撑床面上, 两手伸展托于颌下, 要求头部重量托于掌上, 两肩下沉, 此时头部在颈部肌肉的带动下最大限度地前屈及后仰, 如此反复, 50 次后可做头部最大限度地左右旋转平移。每次锻炼 3 ~ 5min, 每日可做 3 ~ 4 次。锻炼过程应循序渐进。2 周为 1 疗程。

对照组一给予中频治疗, 方法同治疗组。对照组二与治疗组、对照组一均服用基础药物, 口服盐酸氟桂利嗪胶囊<sup>[6]</sup>(西安杨森制药有限公司, 生产批号: 20170209143), 首剂 5mg, 每晚 1 次, 24 小时无效可加至 10mg, 连续观察至 2 周。

## 2 结果

**2.1 颈性眩晕症状与功能评估** 评估《颈性眩晕症状与功能评估量表》积分<sup>[7]</sup>(见附表), 于治疗前、后分别填写, 比较治疗后眩晕、颈肩痛、头痛、日常生活及工作、心理社会适应等五方面的改善, 评价治疗效果; 并于治疗后 1 个月及 3 个月分别评定以判断远期效果。

**2.2 疗效标准** 疗效标准参照国家中医药管理局《中医病证诊断疗效标准》<sup>[8]</sup>。痊愈: 眩晕及伴随症状基本消失, TCD 显示椎 - 基底动脉供血明显改善, 日常生活及工作正常进行; 显效: 眩晕等症明显缓解, 或仅有轻微症状, 正常生活不受影

响,椎-基底动脉供血得到改善;有效:症状减轻,椎-基底动脉供血得到一定程度改善,部分日常活动受影响;无效:症状无改善,椎-基底动脉供血无变化。

2.3 治疗结果 计数资料差异性比较应用 Kruskal-Wallis H 检验,组间比较采用 wilcoxon 检验。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,计量资料组间比较采用 One-Way ANOVA 分析,两组间比较采用 t 检验, $P < 0.05$  表明差异有统计学意义。采用 SPSS19.0 软件进行分析。

表 1 三组患者眩晕症状与功能评估积分对比( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	n	治疗前	治疗后	差值
治疗组	30	17.17 $\pm$ 2.52	27.50 $\pm$ 1.85 $\Delta$	10.33 $\pm$ 2.75 *
对照组一	30	17.70 $\pm$ 3.30	25.77 $\pm$ 3.06	8.07 $\pm$ 4.67
对照组二	30	18.87 $\pm$ 2.37	26.37 $\pm$ 1.59	5.60 $\pm$ 1.71

注:三组治疗前比较无差异( $P > 0.05$ ); $\Delta$ 治疗组与对照组一、二治疗后积分比较, $t = 1.73, 3.03, P < 0.05$ ; \*治疗组与对照组一、二差值比较, $t = 2.27, 4.73, P < 0.05$ 。

表 2 三组患者治疗效果比较[n(%)]

组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	17(56.7)	9(30)	3(10)	1(3.3)	96.7 * $\Delta$
对照组一	30	10(33.3)	7(23.3)	7(23.3)	6(20)	80
对照组二	30	7(23.3)	7(23.3)	8(26.7)	8(26.7)	73.3

注: \*  $\Delta$ 与对照组一、二比较, $P < 0.05$ 。

表 1 显示三组患者症状积分均低于治疗前,结果有显著性差异( $P < 0.05$ );治疗组患者症状积分减幅均优于对照组一、二,结果有显著性差异( $P < 0.05$ )。表 2 结果表明治疗组疗效均优于对照组一、二( $P < 0.05$ )。

3 讨论

目前研究认为,多种颈部疾患引起椎-基底动脉供血不足而产生眩晕,其原因在于疾病发展过程中使支配内耳的迷路动脉血流量减少,影响前庭平衡器官血供。西医治疗中手术治疗包括颈椎动脉支架成形术、椎前路融合术等<sup>[9]</sup>,对于症状反复出现,保守治疗 6 月以上欠效者可考虑给予手术治疗;药物治疗方面血管扩张剂通过增加脑血流量和降低血液粘稠度改善症状,尼莫地平、氟桂

利嗪、甲磺酸倍他司汀等药物为常用。

中医药在治疗颈性眩晕方面独具优势,该病在中医学属“眩晕”“项痹”范畴。中医学认为脑为“髓海”,《灵枢·海论》亦云:“髓海不足,则脑转耳鸣。”《医灯续焰》云:“清阳者,气也。气不足则不能上达,以致头目空虚,而眩晕时作矣。”故眩晕病位在脑,病性以肝肾阴虚、气血亏虚为本,风寒湿邪内侵、痰湿瘀血痹阻经络为标,常由颈部外伤或长期劳损引起颈项气机运行不畅,最终导致脑髓清窍失养发病。中药治疗常辨证给予活血祛瘀、祛风胜湿、滋阴潜阳等治法<sup>[10]</sup>。

李军教授总结多年临床经验提出“中医脑脏理论体系”的构建,认为疑难脑病辨证论治当从“痰、瘀”着手。长期姿势不当、劳损等导致颈项气机运行不畅,气滞则血瘀,气不化津而凝聚成痰,气血推动无力,久之化生痰浊瘀血,相互交结阻滞筋脉,一方面“不通则痛”而出现颈项疼痛,另一方面“脑为清窍、主四肢百骸”,清窍失养故而出现眩晕等症。在颈性眩晕的临证中,这一证型极多见,常表现为唇舌紫黯、或舌体青紫肿胀边有齿痕,苔白腻或白滑、舌下可见瘀丝瘀斑,脉弦滑。针对颈性眩晕患者在临床中多见的气滞痰瘀阻滞筋脉这一证型,以“天葛二陈桃红四物汤”施治,结合颈性眩晕多风、多痰、血瘀是发病关键因素的特点,全方位发挥祛痰熄风、活血通络的作用,收效颇佳。

整体辨治的同时给予内外同治。外治法中针灸治疗能够解除软组织的紧张及痉挛,减轻炎症及水肿,取穴多以手少阳三焦经、足太阳膀胱经、督脉、颈夹脊穴及阿是穴为主<sup>[11]</sup>;牵引疗法能够限制不稳定的颈椎关节活动,加大椎间隙,减轻椎间盘受力,也是常用疗法;手法治疗分为颈椎拔伸、关节活动、推拿松解及刺激颈部穴位等,常常联合运用<sup>[12]</sup>;神经阻滞方面有星状神经节阻滞治疗和关节突阻滞治疗等。

李军教授结合颈性眩晕的发病原因多为椎-基底动脉供血不足引起前庭平衡功能障碍,而导致椎动脉受压及血管病变从而使血流减少的原因往往是颈椎退变、骨质增生、颈椎间盘突出、颈椎不稳(尤其是第 2、6 颈椎的旋转)等,故而提出“托

腮抬头”法。旨在通过四个方向最大程度地使颈椎运动逐渐恢复或改善颈椎的曲度,通过颈椎关节的舒展、收缩,缓解颈肌痉挛,松解粘连的软组织,减轻其反应性水肿,增强颈肌力量从而增强稳定性。又因考虑到颈椎病患者多数存在小关节紊乱,在锻炼过程中有加重摩擦及骨质增生之虞,因此要求须在“托腮”的基础上进行运动,即双手掌承受头部重量,起到自身牵引拉伸各颈椎关节的作用,增大椎间隙,减轻增生的骨质相互间的摩擦,并缓解椎间盘向周边组织的外突压力,促进其复位,改善受压及扭曲的椎动脉的血供。本病病位在头颈部,在经络循行方面,督脉、膀胱经、胆经循行此处,通过促进颈部气血通畅、经络血脉通利来缓解头晕、耳鸣、头痛、目胀等症状,共奏疏筋骨、通经络、流行气血、荣窍定眩之功。

另一方面,本研究针对颈部疼痛刺激导致椎动脉阻力指数增高、血流减少这一病因,配合使用中频治疗颈部软组织的无菌性炎症,缓解肌纤维炎引起的疼痛及韧带变性等问题<sup>[13]</sup>,降低椎动脉阻力。鉴于中频电流所能达到的深度较深,对周围感觉粗纤维能够产生镇痛效应,使局部血供改善,加强组织代谢,减轻水肿,并促进致痛物质和炎症产物排出,松解粘连并软化肌肉组织,加快损伤组织的修复及功能康复。

通过长期临床应用及试验观察,本研究治疗方法适用符合颈性眩晕诊断标准且能够配合治疗的患者群,如以颈性眩晕为主诉,曾有猝倒发作,多伴交感症状,旋颈试验阳性,颈椎 X 片显示颈椎节段不稳或钩椎关节骨质增生及曲度改变、椎间隙变窄、椎间盘变形膨出、横突孔有不同程度变形等,TCD 提示椎-基底动脉系统供血不足,并除外耳源性、眼源性等其他原因导致的眩晕患者均可应用。本疗法的禁忌人群为颈椎有骨折、脱位、急性颈椎间盘突出、结核、肿瘤、感染及严重的心脏病、糖尿病、低血压、肝肾和造血系统等严重原

发性疾病,以及孕、产妇、精神病患者。

综上所述,本研究结果显示,治疗组患者眩晕积分的改善明显优于对照组一、二,治疗组总有效率亦高于对照组一、二,说明“托腮抬头法”联合电脑中频治疗仪可显著缓解颈性眩晕患者症状,值得临床推广应用。

### 参考文献

- [1] 魏德芝,霍清萍. 颈性眩晕的发病机制及其研究进展[J]. 现代中西医结合杂志,2012,21(22):2501-2503.
- [2] 孙宝谦. 颈性眩晕的治疗研究进展[J]. 中国社区医师,2012,(24):7-8.
- [3] 蔡玉梅,郑继范,王灿,等. 分型针刺治疗颈椎病临床观察[J]. 上海针灸杂志,2016,35(10):1233-1234.
- [4] 张秀红,苏艳文. 针刺结合电脑中频治疗仪治疗颈椎病的疗效观察[J]. 天津中医药,2007,24(3):254.
- [5] 王凯,李军. 中药联合功能锻炼治疗颈源性高血压 42 例[J]. 现代中医药,2015,35(3):52,66.
- [6] 赖志良. 丹红注射液结合盐酸氟桂利嗪胶囊治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 上海中医药杂志,2012,46(4):50-51.
- [7] 高强,吴超,席明健. 温针灸结合推拿治疗颈性眩晕疗效观察[J]. 现代中西医结合杂志,2016,25(15):1608-1610.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京:南京大学出版社,1994:186.
- [9] 张健,吕守正,刘英春,等. 156 例颈性眩晕患者病因分析及治疗探讨[J]. 当代医学,2012,18(15):83-84.
- [10] 相宏杰,宋晓明,鲍燕,等. 颈性眩晕治疗方法的研究进展[J]. 中医临床研究,2017,9(18):14-16.
- [11] 王健,孙胜,杨传东,等. 保守治疗颈性眩晕的研究进展[J]. 现代生物医学进展,2016,16(7):1354-1357.
- [12] 邹惠平,王春. 中医药治疗颈性眩晕研究进展[J]. 河北中医,2009,31(2):300-301.
- [13] 吕雪城. 颈舒颗粒联合电脑中频治疗神经根型颈椎病疗效分析[J]. 中国实用神经疾病杂志,2015,18(10):35-36.

(收稿日期:2019-03-21 编辑:方亚利)