

热敏灸结合仰头摇正法治疗 颈性眩晕

赣州市中医院针灸康复科

赖春柏

15297815518

眩晕与头晕

- 眩晕(**vertigo**) 是人体空间定向障碍产生的一种运动错觉(**illusion of motion**) 。严格来讲, 与头晕(**dizziness**) 不同。
- 眩晕有周围景物旋转感(称真性眩晕)
- 头晕只感头昏眼花、或头重脚轻、站立不稳、失去平衡等异常感觉(称假性眩晕) 。
- 由于两者在感觉性主诉时不易分开, 且常两者并存或互相转化, 故此放在一起讨论, 并称眩晕。

对眩晕病因的认识

- 眩晕是临床上常见症状，其病因复杂，涉及面广，根据（1981）Mangat统计报告有80多种疾病能引起明显眩晕。
- 从临床资料表明颈性眩晕为最多见，也是颈椎病的主要症状。据统计，国内颈椎病的发病率为3.8%—17.6%。

对眩晕病因的认识

- 因颈椎病而致眩晕者颇为常见，陆文玲研究发现50岁以上头晕患者中约50%为颈性眩晕。赖在文近年来诊治约数千例颈椎病患者中，有眩晕者占半数以上；
- (1977)国外学者Falkenall提出，因为头晕在耳鼻喉科就诊的患者中约50%以上与颈椎病有关。

颈性眩晕定义

- **颈性眩晕 (Cervical vertigo)** 是指颈部各种病变所引起的眩晕综合征。系因颈椎退行性改变或外伤使脊椎内外平衡失调，引起颈动脉颅外段即椎—基底动脉供血不全以眩晕为主要症状的临床综合征。

颈性眩晕

- 颈性眩晕首先是由**Ryan**和**Cope**采用
- 颈部传入有助于头、眼和躯体的协调，也影响空间定位感觉和姿势
- 颈性眩晕的争论主要有两个方面的内容
- 颈性眩晕这一综合征尚无可靠的临床检查，颈性眩晕的临床转归目前还不清楚
- 根据临床表现和实验室检查，**90%**的眩晕患者可以得出肯定的诊断

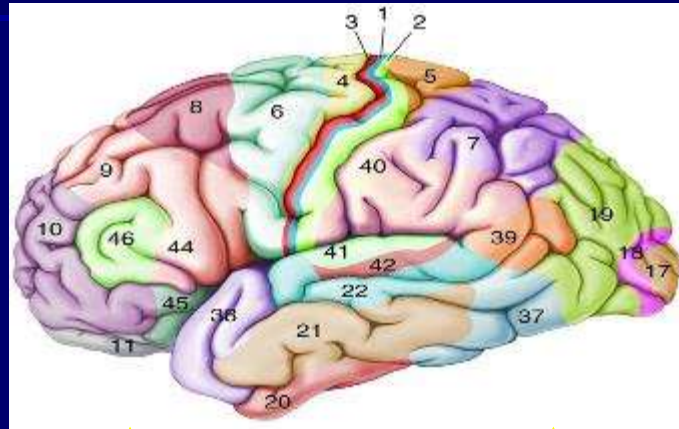
颈性眩晕概述

- 颈性眩晕是有争议的诊断名词，含意多变
- 颈性共济失调、颈性头晕和颈性眼震
- 颈源性眩晕占有所有头晕患者的**4~10%**

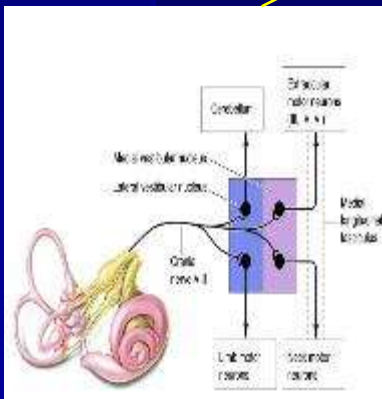
- 狭义的颈性眩晕：
 - 运动幻觉（旋转、偏斜或线性移动感觉）

- 广义的颈性眩晕
 - 眩晕
 - 平衡失调
 - 头晕

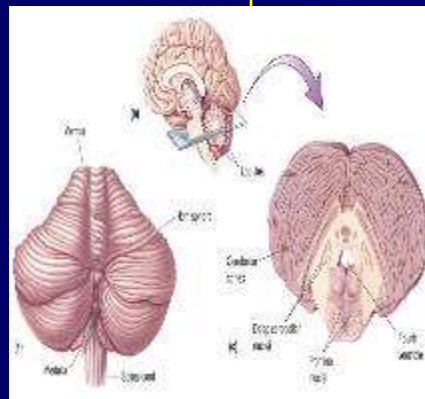
平衡四联系统



大脑



前庭系统



小脑系统



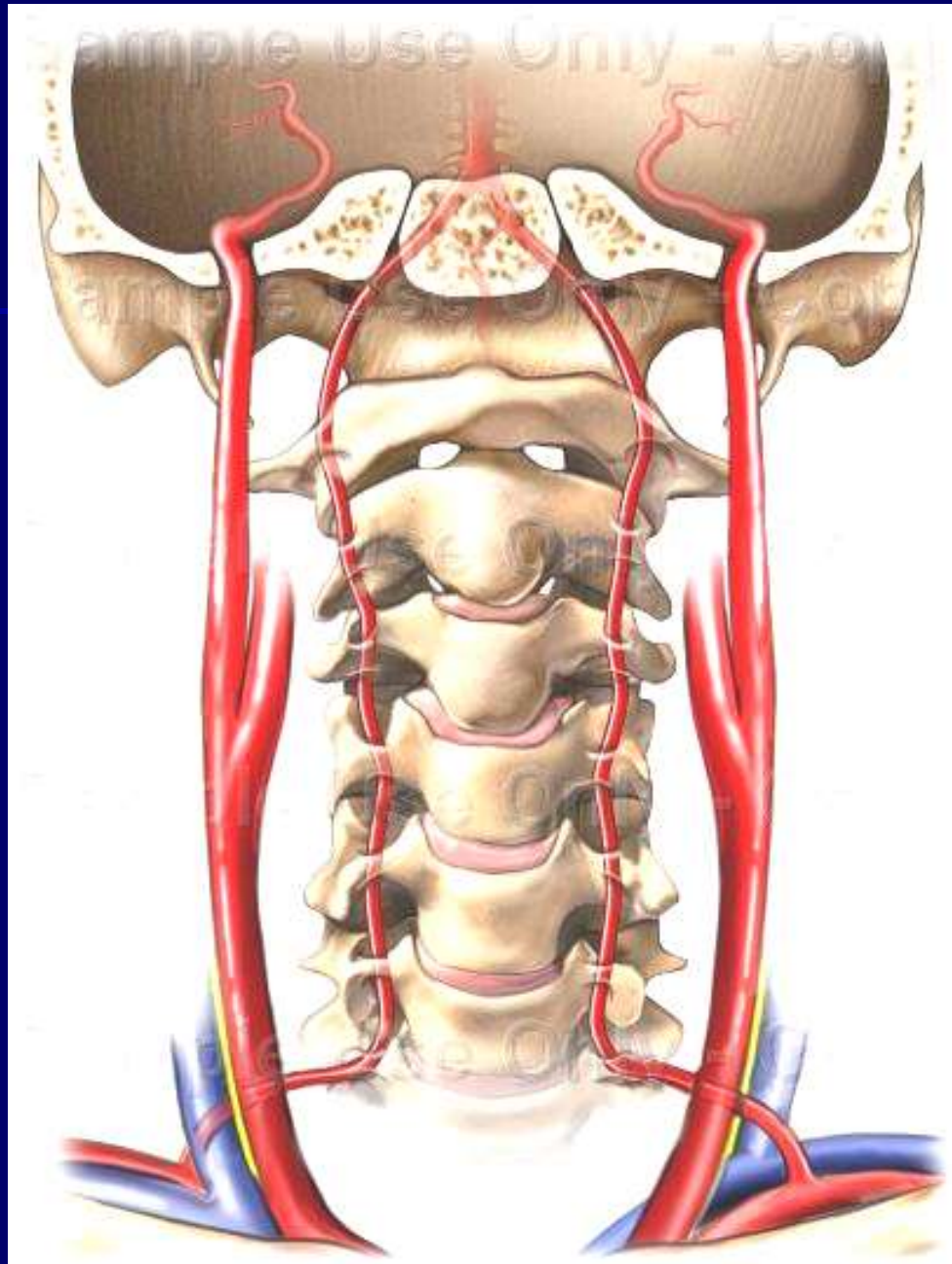
视觉系统

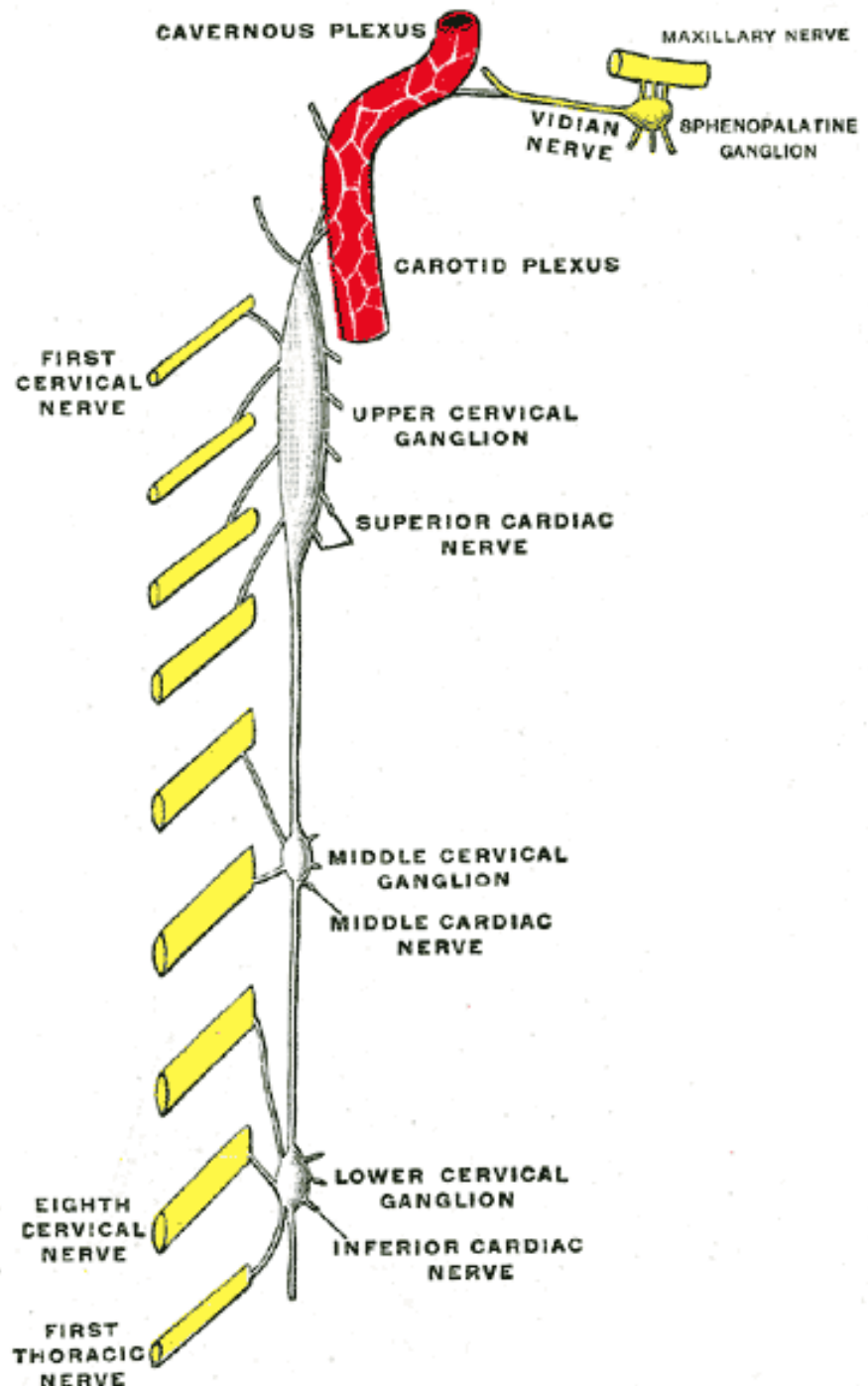


本体感觉系统

颈性眩晕的解剖与生理

- 颈部到前庭核的传入是颈-眼反射的基础
- 上位颈椎关节的本体感觉末梢参与
- 至少有两个颈-眼反射通路
- 直接通路：**C1**
- 间接通路：脊髓小脑脊束





颈性眩晕的解剖与生理

- 颈-眼反射起源于上颈部关节的神经末梢和韧带
- 高位颈髓
- 靠近颈椎小关节面的颈部肌肉有大量感受器
- 阻断一侧颈眼反射可引出眼震

颈性眩晕的解剖和生理

- 颈部本体觉在姿势控制中可能起重要作用，并影响前庭功能
- 脊髓、脑干、大脑皮层和小脑广泛汇聚颈部本体觉和前庭信息
- 上颈本体感觉影响颈部姿势反射和颈眼反射
- 前庭核中有对颈部刺激反应的神经元

颈性眩晕的解剖和生理

- 前庭传入补偿颈部的本体感觉传入-维持稳定的位置
- 颈椎感受器和前庭核之间有联系。颈部与前庭和眼动系统之间有多种反射
 - 前庭-颈反射
 - 颈-颈反射
 - 颈-眼反射

发病机制

- 对颈性眩晕的认识在机理方面稍逊于临床方面。
- 对机理的认识多从临床研究及解剖学观察作出推断,实验研究尚欠充分。

发病机制

椎动脉机械压迫或椎动脉狭窄

- 椎基底动脉供血不足 (**vertebrobasilar insufficiency, VBI**)

颈椎交感丛刺激

- 导致颈部交感神经过度兴奋

上部颈椎颈部本体感受器过度兴奋

- 颈部本体感觉传入紊乱，颈-眼反射异常增加

椎-基底动脉供血不足

- 椎动脉本身病变的内源性因素, 如动脉粥样硬化、畸形,
- 在椎动脉行程中造成椎动脉受到压迫或刺激的各种外源性因素, 如骨质增生、骨折、错位、脱位。
- 先天发育不良、颈肌(如前斜角肌) 的异常
- 所有这些均在血管造影检查或尸检中得到证实。这些因素均可直接或间接对椎动脉造成压迫, 或刺激其周围的交感神经, 引起椎动脉收缩, 使其管腔变窄, 致供血不足。

椎-基底动脉供血不足

- Kovacs 等强调, 各种病理因素对椎动脉的刺激比其对椎动脉的压迫更能引起椎动脉的供血不足, 许多临床资料的分析支持了这种观点, 但有待于实验的进一步证实。

颈交感神经功能亢进

- 颈部交感神经分布相当广泛而又复杂, 颈交感神经干一般有上、中、下三个神经节, 各发出大量的节后纤维分支, 广泛分布到头、颈、上肢的各个部分及部分内脏器官, 并通过窦椎神经等与椎管内相联系。
- 发自颈交感神经干和颈神经的神经分支在椎动脉周围互相吻合缠绕于椎动脉周围, 其细小的分支终止于椎动脉外膜, 并形成了椎动脉本身的神经丛。

颈交感神经功能亢进

- 颈部病变, 无论是软组织或骨关节, 椎管内或椎管外, 均可使交感神经受刺激而致功能亢进, 通过椎动脉丛使椎动脉收缩痉挛, 引起椎-基底动脉供血不足, 最终导致前庭迷路缺血, 产生眩晕症状。
- 同时, 通过广泛的交感神经网络, 引起交感神经机能亢进的其他症状, 如恶心、呕吐、出汗异常、心慌、心悸、失眠等。已有实验和临床的资料支持这一机制。

颈交感神经功能亢进

- Marinne(1980) 报道, 电刺激实验动物颈部交感神经可导致椎-基底动脉、颈内动脉及内听动脉血管痉挛与血流量减少。
- 孙静宜采用椎动脉周围的交感神经剥离术治疗颈性眩晕, 疗效优良率为 95%。还有人采用封闭颈交感神经节的方法治疗交感型及椎动脉型颈椎病, 取得 61.9% 的优良率。

颈交感神经功能亢进

- 交感神经功能亢进最终主要还是通过使椎-基底动脉收缩造成供血不足而起作用的。

小脑前下动脉

передняя нижняя мозжечковая артерия

внутренняя слуховая артерия

内听动脉

вестибулярная артерия

кохлеарная артерия

耳蜗支

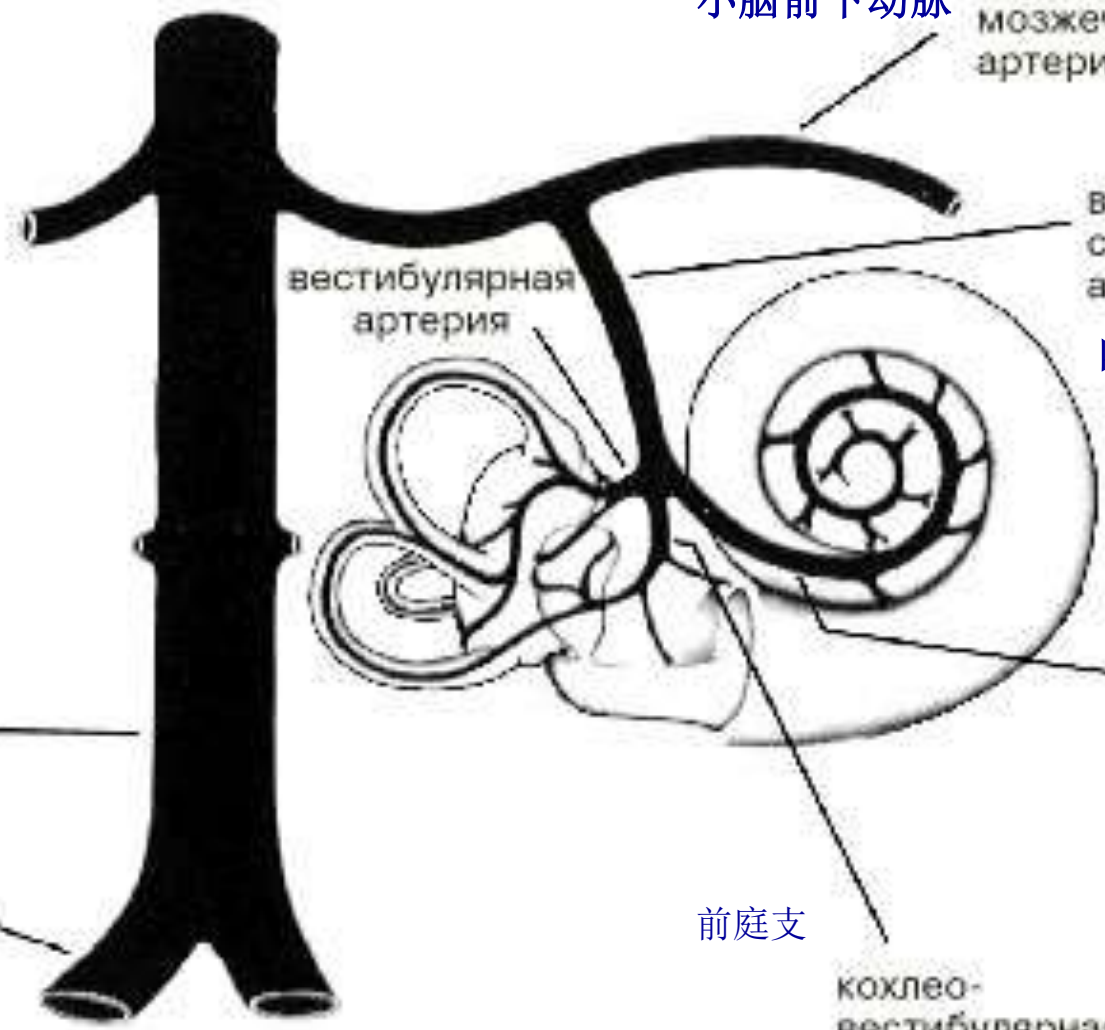
前庭支

кохлео-вестибулярная артерия

基底动脉

базальная артерия

позвоночная (вертебральная) артерия



颈部本体感觉传入紊乱

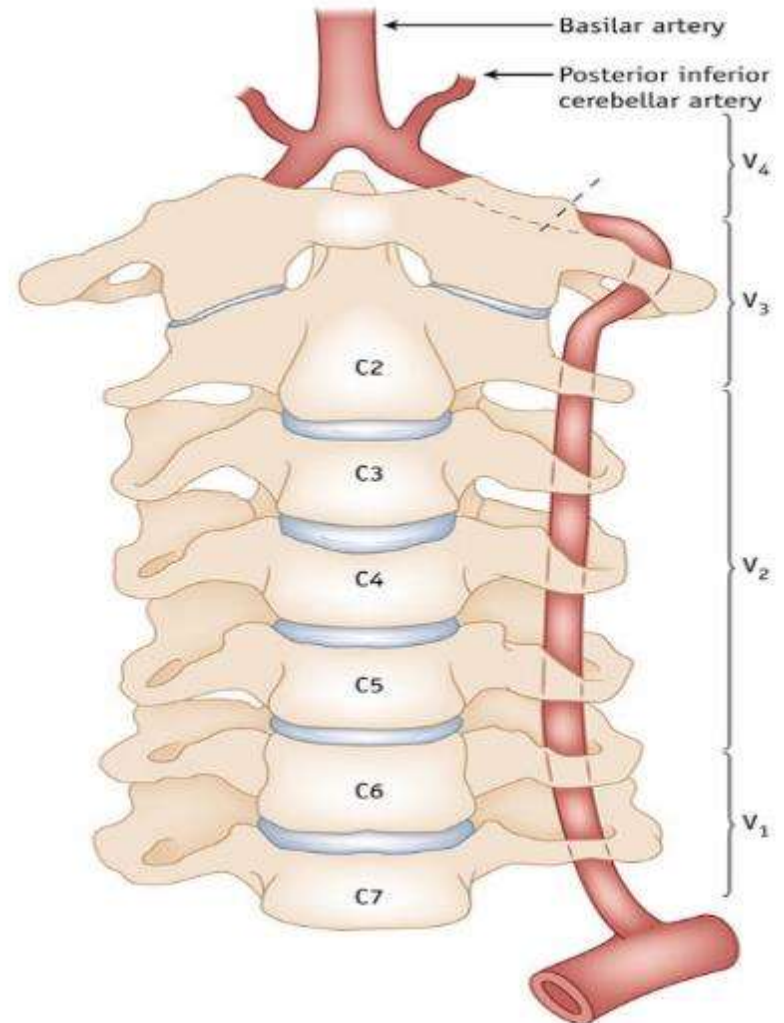
- 颈部的本体感觉信息对眼睛运动及躯体姿势的控制有重要作用。
- 颈部的紊乱会使颈部本体感受器产生错误的本体感觉信息, 其传入使中枢神经对前庭和视觉的信号分析产生错误, 空间定位受影响, 从而产生头晕或失稳的感觉。
- 本机制引起的眩晕与 VBI 引起的眩晕主要不同在于不伴脑缺血症状。

颈性眩晕与寰枢关节错位

- 椎-基底动脉供血不足：从椎动脉的行程看，寰枢椎处最容易发生压迫及刺激。
- 颈交感神经功能亢进：寰枢椎生物力学结构的特殊性及其不稳定性，容易刺激交感神经。
- 颈部本体感觉传入紊乱：上颈部特别是枕后肌群本体感觉传导最为敏感

颈性眩晕与寰枢关节错位

- 环枢关节因其解剖、力学及其与椎动脉的密切关系, 易因炎症、外伤、劳损、退变等因素而致环枢关节紊乱, 直接或间接影响椎基底动脉供血, 引起眩晕等临床症状。



颈性眩晕与寰枢关节错位关系密切

寰枢关节解剖与生理

- 环枢关节损伤是颈椎病引起眩晕的重要原因。环枢关节解剖及生物力学的特点决定了其与眩晕发作密切相关。枢椎作为 10 块肌肉(棘突 6 块: 左右侧的头后大直肌、头下斜肌、颈半棘肌; 横突 4 块: 左右侧的中斜角肌、肩胛提肌) 的起止点, 这些肌肉都参与了头颈部的旋转、屈伸、侧屈运动, 使枢椎成为上颈段的应力中心。

寰枢关节解剖与生理

- 环枢关节由环枢外侧关节和环枢正中关节两组关节控制其运动, 环枢正中关节包括环齿前关节和环齿后关节, 这种结构特点允许环枢关节有较大范围的轴向活动, 某种程度的屈伸活动, 但侧屈范围较小。
- 正常环枢关节具有相当稳定的功能, 同时也潜在着旋转不稳趋势。

寰枢关节解剖与生理

- 炎症、外伤、劳损、退变等可以使环椎横韧带及翼状韧带断裂或松弛, 或使枢椎双侧肌肉不协调, 肌力不平衡, 导致环枢关节脱位、错位或失稳, 引起临床症状。

环枢关节错位

- 环枢关节错位是指由于外伤、劳损、炎症、退行性变、先天发育畸形等因素造成环枢关节正常解剖改变,如关节松动与位移,并伴有相应症状者,也有人称之为环枢椎不稳、上颈椎不稳症、环枢关节错缝或环枢关节紊乱。

颈性眩晕的诊断

- 颈性眩晕缺乏确定性的检查手段，诊断主要依靠症状、体征和临床检查结果
- 颈性眩晕诊断-----三步定位诊断

脊柱及其相关疾病的诊断----- 三部定位诊断

- 第一步：问诊：症状神经定位诊断
- 第二步：触诊及体格检查：病变节段的确定及病变性质的确定
- 第三步：影像学诊断：排除手法的禁忌症及其他非本专科疾病

第一步：神经定位诊断

- 颈肩部局部症状：颈部运动受限和颈痛是诊断的标志
- 平衡障碍或头晕、头痛、恶心、呕吐、心慌、失眠、颈肩部不适七大症状
- 头动及体位变化时发病或症状加重

第二步触诊及专科检查

- 寰枢关节触诊
- 风池触诊
- 椎动脉挤压实验
- 平衡功能检查：指鼻试验等

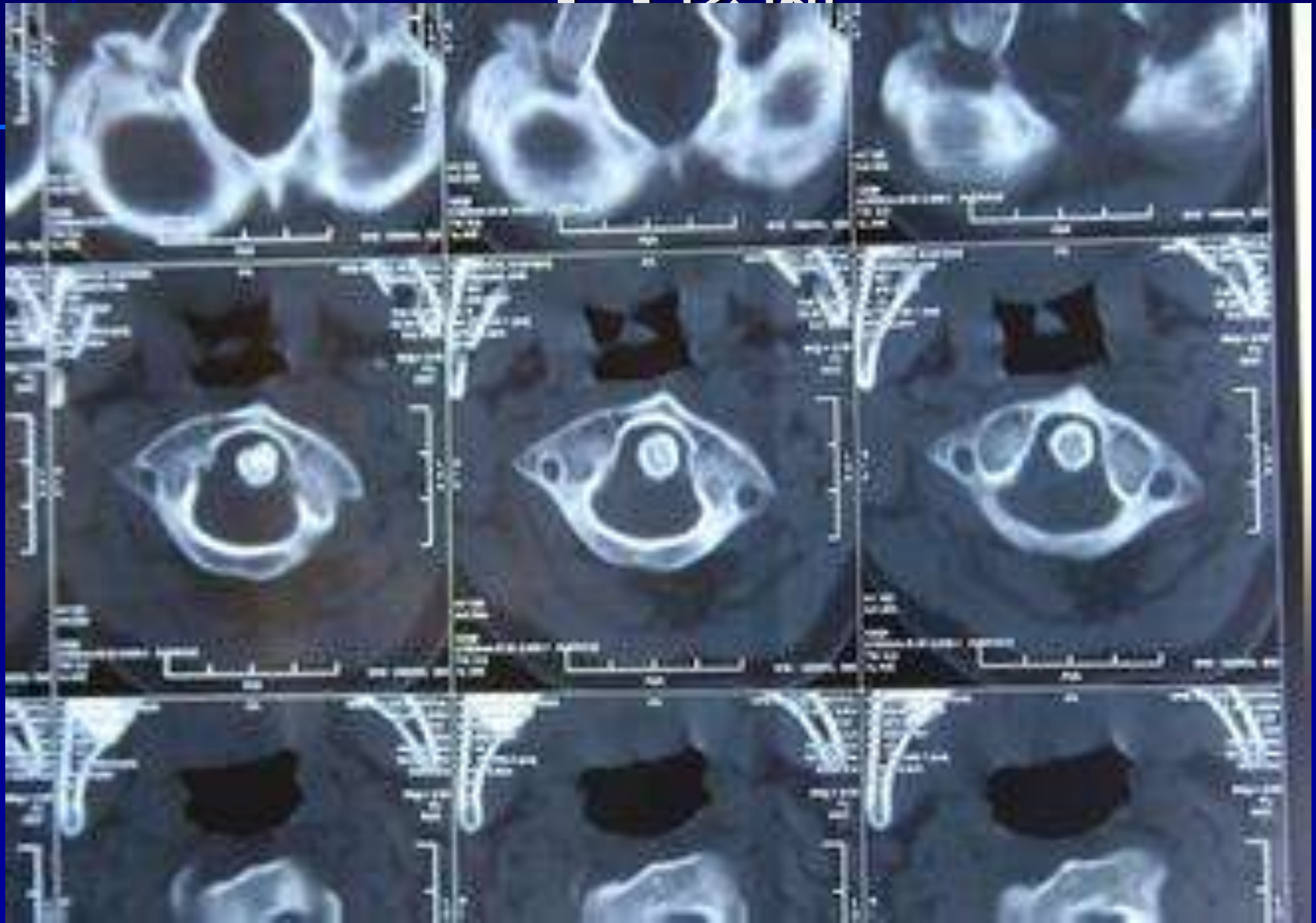
第三步：影像学诊断

- 目前还没有可靠的临床检查
- X线检查：张口位x线和颈椎侧位片
- 寰枢关节CT三维重建
- 颈椎磁共振：排除相关神经系统及软组织病变
- 经颅多普勒

下颌颌断



CT诊断



颈性眩晕的鉴别诊断

- 颈性眩晕的争论，主要是其症状也可以用其它的眩晕疾病解释。**90%**的患者可通过临床表现和实验室检查得出其它诊断
- 颈性眩晕诊断前，必须行鉴别诊断
- 颈部疾病引起眩晕最后需要根据完整的神经-耳科学检查结果判断颈性眩晕的存在与否

颈性眩晕的鉴别诊断

- 如果怀疑耳科学或神经科学疾病所致，全面的临床检查、前庭功能试验或放射学检查
- 如无明确的耳科学或神经科学疾病，还要进一步检查颈部主动和被动的运动范围；上肢的肌力、感觉和反射检查；颈椎肌肉组织的触诊和颈椎的动度检查等

颈性眩晕的治疗

- 一、仰头摇正法
- 二、热敏灸取双风池穴
- 三、星状神经节半导体激光照射与颈托制动

仰头摇正法

- (1) 卧位仰头摇正法
- (2) 坐位仰头摇正法

(1) 卧位仰头摇正法

- 适用于枕环关节、环枢关节错位。
- 病人仰卧、低枕，术者一手托其下颌，另一手托枕部，将其头上仰、侧转，缓慢摇动2~3下，嘱病人放松颈部后，将头转至较大幅度时稍加有限度的闪动力，多可听到关节复位时的弹响声。一般先向健侧，后向患侧摇正为好。

寰枕关节错位复位手法



寰枢关节错位复位手法



(2) 坐位仰头摇正法

- 适用于枕环关节、环枢关节错位。
- 病人坐位，术者一手托其枕部，一手托其下颌，使病人头部上仰，侧转，嘱病人放松颈肌，待头转到最大角度时，稍加有限度的"闪动力"，即可使错位的关节复位，此操作中有时可听到关节复位的弹响"咯得"声。

寰枕关节 错位复位 手法



寰枢关节错位复位手法



二、热敏灸治疗

- (1) 定义：热敏灸是采用点燃的艾材产生的艾热悬灸热敏态穴位，激发透热、扩热、传热、局部不（微）热远部热、表面不（微）热深部热、非热觉等热敏灸感和经气传导，并施以个体化的饱和消敏灸量，从而提高艾灸疗效的一种新疗法。

二、热敏灸治疗

- (2) 简介：热敏灸，是江西省中医院陈日新教授临床18年的科研成果、专利技术。06年10月28日经国家技术鉴定评选为原始创新技术。同年，获准为全国重点推广技术，并在江西首次成立“全国医疗协作网”全面推广。时任江西省省委书记的公安部部长孟建柱指示，要迅速推广这种“简、便、验、廉”的承古创新型医疗保健技术，并建设成“北看天津针、南看江西灸”的产业格局。该技术因不用针、不接触人体，无伤害、无副作用，效果却超越临床针灸而闻名，属于临床针灸替代疗法。

热敏灸取双风池穴

- 在做完仰头摇正法后，选取热敏穴进行热敏灸疗法。



热敏灸治疗

- 1) 灸材选择：所有热敏灸治疗艾条采用赣州市中医院药剂科生产的艾条，规格：直径2.2cm，长16cm。
 - 热敏穴位探查：在颈项部双侧翳风、肩井穴为界的区域或督脉上神庭至百会穴之间探查热敏点，
 - 2) 灸量：热敏点行悬灸治疗，灸至热敏消失为度。
 - 3) 疗程：两周为一疗程，治疗1-2疗程。

星状神经节半导体激光照射 与颈托制动

- 星状神经节体表定位：胸锁关节上2.5cm，正中线旁开1.5cm，推开胸锁乳突肌及颈总动脉，位于颈六横突前方。
- 星状神经节半导体激光照射科调节植物神经功能。
- 急性期及不稳定期，颈性眩晕患者颈托制动非常必要

注意事项

- 排除骨折，脱位，风湿类疾病，脑部疾病
- 在运用手法时，患者感到有根性麻痛放射及眩晕加重，应停止下步手法。
- 热敏灸时，注意防止颈部烫伤。

谢谢大家