

頸部推拿治療頸源性頭暈—病例報告

楊宗憲¹、黃敬雯²、黃新家^{2,*}

¹ 林口長庚紀念醫院中醫部骨傷科，桃園，臺灣

² 桃園長庚紀念醫院中醫部骨傷科，桃園，臺灣

頸源性頭暈目前機制不明，診斷主要依靠病史（如外傷史）及理學檢查等方式，並且排除前庭功能引起的頭暈後，才能成立。目前認為的發病原因是頸部結構的異常，影響位於頸部的感覺神經傳入系統，導致本體感覺、視覺、前庭系統之間的聯繫發生阻礙，進而造成頭暈。本篇報告追蹤 2015 年 07 月至 2016 年 06 月一年間，前來本人門診就診的患者，共有三例皆因外傷後引起的頸源性頭暈。三例皆為女性，且在受傷前少有頭暈或暈眩症狀。經過 2 或 3 次的頸項部手法治療後，頭暈頻率均有明顯改善，後續三個月追蹤也沒有復發情況。雖然外傷造成的頸源性頭暈還不知道確切機制，但憑著中醫骨傷科治療的原則——骨正筋柔、氣血自流，來處理骨錯縫、筋出槽的頸部，的確能達到良好的治療效果。

關鍵字：頸源性頭暈、手法、推拿

前言

根據 Furman 及 Cass 的定義 [1]，頸源性頭暈（Cervicogenic dizziness）是一種因為頸部神經傳入系統出現異常，造成患者產生非特異性平衡失調的情況。因為這種頭暈並非源自於前庭功能的失衡，因此不會有暈眩（vertigo）的症狀。臨床上根據病史及理學檢查，且必須排除前庭功能異常的問題，如良性陣發性姿態性暈眩（Benign Paroxysmal Positional Vertigo, BPPV）或梅尼爾氏症，才能給予頸源性頭暈的診斷。頸源性頭暈目前被認為和頸部的受傷，如鞭甩症候群

（Whiplash syndrome）、頸部退化、頭部外傷等情況有關，且常會伴隨頸部疼痛、僵硬、或頭痛等症狀 [2]。在遭受頸部屈-伸外力傷害的患者中，有 25-58% 的人會有頭暈症狀出現 [2]，且受傷時未必會立刻出現 [3-5]。在車禍中遭受頸部受傷的患者有 10-40% 會有慢性、持續性的症狀，其中最常出現的即是頭暈 [6-8]。頭暈發生的時間點是在患者頭頸部受傷後開始，發作也和頭頸部姿勢變換有關，因此目前普遍認為頸源性頭暈是因為在頸部的感覺神經傳入系統發生異常或受到干擾，導致本體感覺、視覺、前庭系統之間的聯繫出現問題，進而產生症狀 [2,9-11]。這些

* 通訊作者：黃新家，桃園長庚紀念醫院中醫部骨傷科，地址：桃園市龜山區舊路里頂湖路 123 號 8 樓，電話：03-319-6200 轉 2613，傳真：03-329-8995，E-mail: cgupanda@gmail.com
106 年 8 月 1 日受理，107 年 5 月 14 日接受刊載

感覺接受器有的人認為在頸椎深層肌肉群，有的人認為是在頸椎關節上 [12,13]。目前的研究發現，有中等證據顯示手法治療對於頸源性頭暈是有效的 [11]，可以使受到干擾的頸部感覺神經傳入系統恢復到正常狀態 [14]，進而使頭暈症狀消失。在此，介紹三例頸源性頭暈患者在經過中醫傷科手法處理後的情況、後續三個月追蹤、及相關內容討論。

病例闡述

回溯 2015 年 07 月至 2016 年 06 月門診患者，共有三位患者因頭部外傷後頭暈就診。第一位患者為 33 歲女性，頭部遭高架梯上工人手肘揮擊後發生頭暈，曾至他院耳鼻喉科就診，未有明確診斷。就診時已發生 32 天，頭暈頻率每天數次，每次頭暈時間從數秒至數分鐘，伴有噁心、嘔吐情況，沒有頸項疼痛、耳鳴、耳脹、聽力異常、失憶、意識喪失等情況；第二位患者為 70 歲女性，騎機車時遭汽車撞擊導致左半側身體碰撞在引擎蓋上，當時意識未喪失，曾至他院急診就診，未有腦部損傷情況。就診時已發生 17 天，頭暈頻率每天數次，每次頭暈時間為數分鐘，

伴有左半側肩頸部疼痛，沒有噁心、嘔吐、耳鳴、耳脹、聽力異常、失憶等情況；第三位患者為 46 歲女性，因滑倒造成右側頭部碰撞地面，未曾至西醫就診。就診時已發生 14 天，頭暈頻率每天數次，每次頭暈時間為數分鐘，伴有左半側頸部疼痛，沒有噁心、嘔吐、耳鳴、耳脹、聽力異常、失憶、意識喪失等情況（表一）。三位患者就診時生命徵象均在正常範圍，自行前來門診就醫。三位患者頭暈情況不定時發生，變換姿勢時頭暈情況較嚴重。均已排除良性陣發性眩暈、梅尼爾氏症等問題。

患者於發生頭部外傷前，少有頭暈或暈眩症狀，且無姿勢性低血壓病史；頭部外傷後，僅有頭暈，未伴隨暈眩、上肢神經症狀。理學檢查發現三位患者項部頸椎第三節（C3）至第五節（C5）棘突右側約一指幅處有條索狀筋結，且局部壓痛明顯。

進行之試驗與治療

3.1 治療操作方式：

- 3.1.1 患者平躺於診療床上，頭部、頸部露出床緣；
- 3.1.2 操作者坐在椅子上，雙手托住患者頭頸部（雙手掌面掌根置於患者顱

表一 三位患者基本資料、病史、及治療情況

受試者 NO.	年齡	性別	病 史	受傷後至就診時間	頸部疼痛	頭暈	噁心嘔吐	頸部活動	頭暈頻率 (治療前)	每次持續時間	頭暈頻率 (治療後)	頭暈頻率 (三個月後)	就診次數
1	33	女	頭部遭他人從高處用手肘揮擊	32 天	X	O	O	正常	多次 / 日	數秒鐘到數分鐘	0-1 次 / 月	0	2
2	70	女	車禍，左側身體撞擊引擎蓋	17 天	O	O	X	正常	多次 / 日	數分鐘	0	0	3
3	46	女	滑倒，頭部撞擊地面	14 天	O	O	X	正常	多次 / 日	數分鐘	0	0	2

後)，雙手指腹置於患者頸椎兩側橫突與棘突間；

3.1.3 操作者第二、三指指腹置於 C3-C5 棘突兩側約一指幅距離，並做點按動作，以放鬆項部肌群（頭半棘肌，*semispinalis capitis*）；

3.1.4 操作者雙手手指指腹尋找患者棘突旁頸部條索張力最大處，並置於該處。先使患者頭部微向右側轉，角度約 10 度，使操作力線傳達到操作者指腹上；其後，再使頭稍後仰，使項部張力集中在 C3-C5 旁條索張力最大處；

3.1.5 使患者頭部向左轉，待棘突兩側肌群張力相近時（左轉角度介於 10 至 20 度之間），令患者做縮下巴動作（非抬頭動作）；

3.1.6 反覆上述動作 2-3 次後，使頸部於中立位狀態下，檢查 C3-C5 棘突兩側肌群張力。若兩側肌群張力相近，且局部壓痛情況改善，即完成該次門診治療。整個操作過程所需時間大約 1 至 2 分鐘。

3.1.7 患者於下次回診時，重複 3.1.1 至 3.1.6 操作步驟。

3.2 評估：

使用 Six-point rating scale 評估患者頭暈頻率，此量表在 1994 年由 Gill-Body 等人、1996 年由 Karlberg 等人用來測量患者在手法治療前後的頭暈頻率變化 [10]。

無發生頭暈為 0 分；一個月發生頭暈少於 1 次為 1 分；一個月發生頭暈 1 至 4 次為 2 分；一周發生頭暈 1 至 4 次為 3 分；一天發生頭暈 1 次為 4 分；一天發生頭暈超過 1 次或持續頭暈為 5 分。

3.3 本研究計畫已經林口長庚醫院人體試驗委員會審核通過，編號為：201601058B0。

結果

三位患者經過治療 2 或 3 次（表一）。第一位患者治療後第一個月發作頻率由每日數次（Six-point rating scale : 5）減少為每月 1 次（Six-point rating scale : 2），且噁心嘔吐症狀消失。第二個月以後即無頭暈情況（Six-point rating scale: 0）；第二、三位患者發作頻率由每日數次（Six-point rating scale : 5）減少為每日 0 次（Six-point rating scale : 0），且肩頸部疼痛症狀消失。三位患者於三個月後追蹤均已無發生頭暈症狀（Six-point rating scale : 0）。

討論

5.1 歷代文獻

損傷暈眩在傷科往往被歸類為損傷內證 [15]。若從症狀來看，不論是《醫宗金鑑·正骨心法要旨·暈眩》：“傷損之症，頭目暈眩，有因服剋伐之劑太過，中氣受傷，以致眩暈者。有因亡血過多，以致眩暈者”；或是在《醫宗金鑑·正骨心法要旨·後山骨》：“凡有傷損，其人頭暈目眩，耳鳴有聲，項強咽直，飲食難進，坐臥不安，四肢無力。內服正骨紫金丹，外敷烏龍膏，洗以海桐皮湯…”。均是以藥物為主，未提及手法處治的部分。且文中所提到的內容，其病因或症狀與外傷頸源性頭暈不相符。若從部位（頸部）來看，《醫宗金鑑·正骨心法要旨·旋台骨》：“此骨被傷，共分四證：一曰從高

墜下，致頸骨插入腔內，而左右尚活動者，用提項法治之。一曰打傷，頭低不起，用端法治之。一曰墜傷，左右歪斜，用整法治之。一曰撲傷，面仰頭不能垂，或筋長骨錯，或筋聚，或筋強，骨隨頭低，用推、端、續、整四法治之……”。文中雖有提及頸部損傷的處置手法，但症狀上並未提及暈眩的症狀。由此可知，古代醫書對於外傷性頸源性頭暈的治療方式多從內服藥著手，手法治療方面並未有明確提及。而對於頸部損傷來說，儘管有手法治療的內容，但多以原則性手法為主，對於較精細的操作部份或許是靠師帶徒的方式傳授，因此較少詳細記載在書上。若從醫書上想了解詳細的操作方式並應用在臨床中，目前看來較難掌握。

近代李鴻江 [16] 編著《推拿按摩治療常見病·頭痛、頭暈》中所提到的手法治療內容，主要是以面部的按摩為主（包括推摩法及點穴法），輔以頸後的風池、風府穴的指壓手法，並未施以旋轉頸椎的治療手法；其手法內容主要用於外感、內傷或肝陽上亢類的頭痛或頭暈，並未提及外傷性原因的治療。若從風池、風府等穴位點按，並配合解剖學來看，對於頸源性頭暈的患者或許有減緩症狀的效果，但因為沒有配合旋轉等手法，結構上的問題未能有效解決，持續效果可能較差。本篇論文所提到的手法是從結構上著手，對於內科性疾病所造成的頭暈、頭痛，應會有減緩症狀的效果，但建議要搭配藥物使用以達到較佳的治療效果。

搜尋論文主題為“頸源性頭暈”，且為手法治療為主的文章，總共找到八篇相關的論文 [17-24]。這八篇論文中，患者均為坐姿處理，或局部施以按、揉、推、拿、點按、滾等手法，或局部鬆筋後再施以拔伸、扳等

手法。頸部扳法本身風險性較高，患者被操作時也較難以放鬆。本文中所提到的手法操作，患者為平躺，一方面可使患者放鬆，一方面可利用患者頭部重量來幫助操作。另外，因為沒有快速旋轉等手法操作，安全性較高。

5.2 手法機轉討論

頸源性頭暈的機制不明，必須靠病史（如外傷史）、理學檢查（排除前庭功能引發），才能下診斷。此病目前大多被認為與頸部結構有關聯性，許多文獻也介紹手法治療的策略。目前已知較明確的治療步驟與方式是 Brian Mulligan 於 1991 年所發表 [10]，稱為 Sustained natural apophyseal glides (SNAGs)。Brian 認為會引起頸源性頭暈的位置是在上段頸椎處，因此操作部位主要是在 C1、C2。

當初這三位患者之所以會選擇手法處理，而不是如同古書中選擇內服藥，是考慮到患者為外傷後才有的頭暈症狀，覺得此病症應該和頸部的結構異常有關，因此從傷科手法著手。研究顯示 [25]，當該部位發生骨錯縫、筋出槽時，該部位的循環會降低；而當該部位骨正筋柔後，循環會隨之恢復。而骨正筋柔後，通常患者症狀也會隨之恢復。頸源性頭暈的機制目前推測為頸部的感覺神經傳入系統發生異常或受到干擾，進而讓本體感覺、視覺、前庭系統之間的聯繫出了問題，產生症狀。而造成這傳入系統出問題的原因 [2]，可能是頸部肌肉功能異常、可能是胸鎖乳突肌和上段斜方肌痙攣、可能是頸部退化、可能是小面關節 (facet joint) 紊亂……等。對於這三位患者，可能同時涵蓋頸項部多個問題（退化、肌肉攣縮、小面關節紊亂……）。我們根據“骨正筋柔”的治療原則，化繁為簡，先檢查患者的頸部是否有骨錯縫或筋出槽的情況。三位患者在項部 C3-5 高度

右側均有觸診到一條索狀物，藉由局部點按，先做初步的肌肉放鬆及關節鬆動，以方便後續的頸部轉動。而小幅度轉動患者頸部的目的，則是要尋找一個位置，該位置是項部兩側張力對稱的角度（或是項部右側條索狀物的張力達到最小的角度），並在同時讓患者做一個主動縮下巴的動作，藉以將此攣縮的條索狀物牽拉開而達到真正放鬆的效果。由於三位受傷的方式、發病後就診的時間間距都不一樣，三位患者攣縮的右側項部條索狀物程度也可能不同，因此在該條索狀物最小張力的角度重複做幾次，當在頭頸部中立位的情況下且該條索狀物消失或是項部兩側張力對稱時，才是真正完成治療。我們認為，這個條索物（或局部張力）只是作為一個調整的參考依據，頸部的活動是一個整體，其在轉動、屈伸頭頸部的過程中，調整到的部位不僅僅侷限於這些部位（發生症狀的問題點也可能不僅僅只有一個部位），也會連動到周圍的相關結構，這也是為什麼每個病人需要操作的次數會不同的原因。

1.3 與 Sustained natural apophyseal glides 手法比較

Brian 認為會引起頸源性頭暈的位置是在上段頸椎處，因此操作部位主要是在 C1、C2。操作時，讓患者在正坐姿勢下，主動朝誘發頭暈的方向轉動頸部，同時由操作者利用雙手在其 C1、C2 脊突、橫突處做治療。每次治療重複同一動作 6 次，並在隨後的療程中增加次數（最多 10 次），大約要就診 4 到 6 次（四週）。我們的處理方式是透過觸診發現這三位病人項部在 C3-5 脊突右側約一指幅處摸到條索狀物（但並不能代表這就是患者受傷後頭暈的原因）。我們在處理第一位患者時，秉持傷科處理原則去操作，獲得

了良好的效果（就診 2 次），進而在後面兩位同類型的患者身上，也依這個原則去處理，也獲得良好效果（分別就診 3 次與 2 次）。

從治療原理上來說，兩者觀察到的地方不同，因此有不同的操作方式。但是兩者都沒有使用快速旋轉、扳、強力按揉等手法，傷害性較低、安全性較高；但是 SNAGs 讓患者主動往頭暈的方向作旋轉，會造成患者治療時較容易出現不適的情況。另外，SNAGs 的治療次數比較定量，而我們的方式是根據我們的觀察物－右側項部條索狀物來做處理，不存在一定要做幾次的問題。或許這也是我們患者可以較快恢復的原因。

5.4 風險管控及安全性

頸部因為結構的緣故，其操作較之其他部位有更高的風險 [26-29]，輕則軟組織損傷，重則腦血管意外、癱瘓、骨折等。雖然根據系統性回顧的研究指出 [29,30]，目前並沒有辦法找出頸部推拿造成傷害的確切危險因子，也無法證實頸部推拿造成頸部動脈剝離的絕對相關性，只能歸納出“女性”，似乎是較容易受到傷害的危險因子。常見造成醫源性傷害的手法，不論是華人社會或是歐美地區所得到的統計結果 [26,30]，旋轉法都是最容易發生的手法之一；其他非特定性徒手治療、穴位強刺激按揉法也較容易造成相關傷害。因此，在治療時除了手法與力道要適度，並且確實掌握外，治療前更要審慎評估患者的風險。

本篇論文中所施行的手法，在治療前除了評估患者頭暈的問題之外，也評估患者是否有頸神經根壓迫的情況。我們可以透過頸部 X 光、問診、頸神經根壓迫相關理學檢查來初步排除神經根壓迫的可能性。在治療過程中，也告知患者若有上肢麻痛情況，應及

時告知操作者，避免反覆操作造成頸神經根損傷。我們治療前先針對患者頸部後方的肌群做觸診並觀察到三位患者在 C3-5 棘突右側約一指幅處有條索狀軟組織。在操作過程中，患者平躺且頭部露出床緣，可以有效放鬆其項部肌肉群，並藉由患者頭部的重量作為引導，點按於棘突兩側的指腹，雖然操作的力度不強，卻能更有效傳入欲處理的部位，避免因局部強刺激按揉所造成的傷害風險。點按的部位因為僅在頸椎脊突旁開約一指幅處，不會因此按壓到椎動脈、甚至是頸動脈；而在轉動患者頭頸部過程中，都是一個緩慢、連續、小角度轉動、操作時間短的操作手法。甚至在轉動過程與屈伸過程中，可以口頭告訴患者頭部自行做哪項動作，操作者僅僅只是托著患者的頭頸部並引導其動作。本手法施行的內容並未超出復健醫學所提醒的“頸部旋轉左右不得超過 45 度、且旋轉時間不得超過 1 分鐘”，因此學理上是安全的。同時這也與傳統平躺在治療床上被動式操作的頸部扳法不同，這種操作方式相對安全，且對於推拿治療不熟練的醫師來說，風險更低，也能更增加醫師使用此手法來治療患者的意願。

5.5 未來展望

本篇由於是收集臨床上的案例介紹，因此在患者病情的評估上僅有使用頭暈頻率，日後若有做相關的前瞻性研究，可參考國外所做研究內容，納入 Dizziness Handicap inventory (DHI) [31]、頭暈程度 (VAS dizziness)、頭暈頻率、疼痛程度等評估方式，使整個研究的評估能夠更完整。由於案例較少，其他外傷性頭暈的患者是否都會有頸部右側 C3-5 處有條索，還無法確認。但可以依照治療的原則—即改善骨錯縫、筋出槽，來達到治療的

目的。

參考文獻

1. Furman JM, Cass SP. Balance Disorders: A Case-Study Approach. Philadelphia, Pa: FA Davis; 1996.
2. Wrisley D, Sparto P, Whitney S, Furman J. Cervicogenic dizziness: a review of diagnosis and treatment. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 2000, 30(12):755-766.
3. Barrett K, Buxton N, Redmond AD, Jones JM, Boughey A, Ward AB. A comparison of symptoms experienced following minor head injury and acute neck strain (whiplash injury). *Accid Emerg Med.*, 1995, 12:173-176.
4. Norris SH, Watt I. The prognosis of neck injuries resulting from rear-end vehicle collisions. *Bone Joint Surg.*, 1983, 65-B:608-611.
5. Brown JJ. “Cervical contributions to balance: cervical vertigo,” In Berthoz A, Vidal PP, Graf W(eds.), *The Head Neck Sensory Motor System*. Oxford University Press, New York, NY, pp. 644-647, 1992.
6. Sterling M, Jull G, Vicenzino B, Kenardy J, Darnell R. Development of motor system dysfunction following whiplash injury. *Pain*, 2003, 103:65-73.
7. Kamper SJ, Rebbeck TJ, Maher CG, McAuley JH, Sterling M. Course and prognostic factors of whiplash: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 2008, 138: 617-629.
8. Treleaven J, Jull G, Sterling M. Dizziness and unsteadiness following whiplash injury: characteristic features and relationship with cervical joint position error. *J Rehabil Med*, 2003, 35:36-43.
9. Treleaven J, Peterson G, Ludvigsson ML,

- Kammerlind A, Peolsson A. Balance, dizziness and proprioception in patients with chronic whiplash associated disorders complaining of dizziness: A prospective randomized study comparing three exercise programs. *Manual Therapy*, 2016, 22:122-130.
10. Reid S, Riett D, Katekar M, Callister R. Sustained natural apophyseal glides(SNAGs) are an effective treatment for cervicogenic dizziness. *Manual Therapy*, 2008, 13:357-366.
 11. Lsytad R, Bell G, Carter C. Manual therapy with and without vestibular rehabilitation for cervicogenic dizziness: a systematic review. *Chiropractic and Manual Therapy*, 2011, 19:21.
 12. Boyd-Clark LC, Briggs CA, Galea MP. Muscle spindle distribution, morphology, and density in longus colli and multifidus muscles of the cervical spine. *Spine*, 2002, 27(7):694-701.
 13. Liu J-X, Thornell L-E, Pedrosa-Domellöf F. Muscle spindles in the deep muscles of the human neck: A morphological and immunocytochemical study. *Journal of Histochemistry and Cytochemistry*, 2003, 51(2):175-186.
 14. Kristjansson E, Treleaven J. Sensorimotor function and dizziness in neck pain: implications for assessment and management. *Journal of Ortopaedic and Sports Physical Therapy*, 2009, 39(5):364-377.
 15. 武春發、張安楨，中醫骨傷科學（下），知音出版社，台北，pp. 622-623，1998。
 16. 李鴻江，推拿按摩治療常見病，知音出版社，台北，pp. 156-158，2006。
 17. 楊道森、常修河，手法治療地震後頸性頭暈 42 例分析，中國誤診學雜誌，2009，9(7): 1677。
 18. 管恩福、劉彥璐、李紹旦、劉毅、曹科、王文明，定位搖頭推拿療法治療頸源性頭暈 316 例臨床研究，中國中醫骨傷科雜誌，2014，22(5): 8-11。
 19. 陳家興，推拿治療頸源性頭暈頭痛 60 例臨床分析，中國中醫骨傷科雜誌，2001，9(2):46-47。
 20. 李新州、蘭小明、楊道森，推拿配合中藥內服治療頸性頭暈 268 例，河南中醫藥學刊，2000，15(3): 31-32。
 21. 王秋梨、黃錦萍、梁亮標，旋轉復位法治療寰樞關節錯位致頸性頭暈療效觀察，山西中醫，2017，33(1): 33-34。
 22. 劉國鈞，牽引推拿治療頸性頭暈 20 例，按摩與導引，2002，18(2): 33。
 23. 閻博強，第二頸椎定向復位法治療 60 例頸源性頭暈頭痛，華夏醫學，2004，2(17): 213-214。
 24. 張金鳳、王振國，頸源性頭暈頭疼手法治驗，頸腰痛雜誌，1999，20(4): 291。
 25. 陳博、林勛、龐堅、孔令軍、詹紅生、程英武、石印玉，腰椎椎骨錯縫對大鼠血漿黏度影響的實驗研究，中國中醫骨傷科雜誌，2014，22(4):6-8。
 26. 王輝昊、詹紅生、張明才、陳博、郭凱，手法治療頸椎病意外事件分析與預防策略思考，中國骨傷，2012，25(9):730-733。
 27. H.A. Kranenburg, M.A. Schmitt, E.J. Puentedura, G.J. Luijckx, C.p. van der Schans. Adverse events associated with the use of cervical spine manipulation or mobilization and patient characteristic: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2017, 28:32-38.
 28. Chen W-L, Chern C-H, Lee C-H. Vertebral artery dissection and cerebellar infarction following chiropractic manipulation—A case report. *Emerg Med J.*, 2006, 23:e1.
 29. H.A. Kranenburg, M.A. Schmitt, E.J. Puentedura,

- G.J. Luijckx, C.P. van der Schans. Adverse events associated with the use of cervical spine manipulation or mobilization and patient characteristics: A systematic review. *Musculoskeletal Science and Practice*, 2017, 28:32-38.
30. Chadwick L.R. Chung, Pierre Cote, Paula Stern, and Georges L'Esperance. The Association between Cervical Spine Manipulation and Carotid Artery Dissection: A systematic Review of the Literature. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2015, 38(9):672-676.
31. Jacobson, G. P. and C. W. Newman. The development of the dizziness handicap inventory. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 1990, 116:424-427.

Case Report

Manipulation of Neck for Cervicogenic dizziness- Case Reports

Tsung-Hsien Yang¹, Ching-Wen Huang², Hsin-Chia Huang^{2,*}

¹*Division of Chinese Orthopaedics and Traumatology, Center for Traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Taiwan*

²*Division of Chinese Orthopaedics and Traumatology, Center for traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, Taoyuan, Taiwan*

The diagnosis of cervicogenic dizziness is dependent on correlating symptoms, such as imbalance, dizziness, and neck pain. Besides, it is necessary for excluding other vestibular disorders based on history, physical examinations, and vestibular function tests. Currently, it is thought that injury or pathology of the neck may be associated with a sense of dizziness because of the strong connections between cervical receptors and balance function. There were 3 females coming to my out-patient department with the symptom of dizziness after head/neck trauma from 2015.07 to 2016.06. After exposure to manipulation of neck 2 to 3 sessions, the symptoms subsided, and were never recurrent after the following 3 months. The method of manipulation is safe and easy to operate. Although the mechanism of cervicogenic dizziness is unknown, the treatment with the principles of traditional Chinese medicine manipulation-reduction to the subluxation and immobilization of cervical joint for cervicogenic dizziness is good.

Key words: Cervicogenic dizziness, Manipulation, Tuina

*Correspondence author: Huang, Hsin-Chia, Division of Chinese Orthopaedics and Traumatology, Center for traditional Chinese Medicine, Chang Gung Memorial Hospital, 8F., No. 123, Dinghu Rd., Guishan Dist., Taoyuan City 333, Taiwan (R.O.C.), Tel:+ 886-3-319-6200#2613, Fax:+886-3-329-8995, E-mail address: cgupanda@gmail.com