

林定坤教授三方治则治疗颈性眩晕的经验

何坤¹ 陈彦均¹ 林定坤^{2△} 侯宇² 许文科²

[关键词] 三方治则;筋骨平衡;调和气血;并除兼邪

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2020)03-0079-03

颈性眩晕^[1]是由颈椎退行性病变所、颈部外伤以及颈部慢性损伤所引起的小关节错位从而出现压迫或刺激椎动脉、交感神经引起的以眩晕为主要表现的一系列综合症,常常伴有恶心、呕吐等症状。本病临床常见于中老年人,且本病常迁延不愈,反反复复,给患者身心带来了极大的痛苦。

林定坤教授是广州中医药大学教授,广东省名中医,先后师从岭南骨伤大家邓晋峰主任和海派国医大师石仰山先生,从事临床、科研工作 30 余年,临床经验丰富。林教授认为颈性眩晕多由筋骨失衡、气血失调兼有邪气共同所致;在颈性眩晕的临证诊疗上,林教授临证首先以手法、导引等平衡筋骨,再予中药内服调和气血,最后选择针灸等方法祛除兼邪,三方共同治疗的原则。临床效果立杆见影,笔者有幸随林定坤主任侍诊,深有体会,遂将林定坤主任治疗本病的经验总结供同行参考。

1 病因病机

林定坤教授认为颈性眩晕属于慢性筋骨病,多由颈椎退变所引起,与颈椎活动密切相关。本病多见于中老年人,肝肾不足是造成筋骨退变的主要原因,林教授指出筋骨失衡是造成本病的主要原因,筋骨失衡影响气血的正常运行,气血失和,气血不至故作眩晕;此外并有兼邪是本病的另一个重要原因,林教授认为风痰淤与本病的发病有着密切的关系。现代医学尚未完全明确本病的病因病理,大多数研究者认为颈性眩晕与颈椎退变所引起的一系列情况:本体感受器紊乱^[2]、交感神经功能刺激^[3]、椎基底动脉供血不足和偏头痛、颈椎失稳、体液因子等^[4]相关。

1.1 筋骨失衡是发病的根本原因

林教授认为筋骨失衡是颈性眩晕的根本原因。筋

束骨,骨张筋是健康筋骨的常态,而筋骨失衡则是导致各种筋骨病的主要原因。林教授认为颈性眩晕多以节错和筋伤为主。

林教授指出其中小关节错缝是导致本病的重要原因,小关节错缝使筋骨平衡被打破,从而引起椎-基底动脉痉挛,造成椎-基底动脉供血不足,从而诱发眩晕。手诊时多可发现两侧横突不对称,且失衡点压痛明显;此外部分患者有颈椎不稳的表现,或有寰枢椎半脱位,临床上结合 X 线片不难诊断。突然的暴力损伤也是导致节错的另一个重要原因,临床部分患者有暴力损伤的病史,此类患者多以年轻人为主,急性的暴力损伤未能够得到及时有效的治疗,日久则形成慢性筋骨失衡,从而诱发眩晕,日久不愈。

林教授提到筋伤在颈性眩晕的发病中是不可忽视的因素,且筋伤与节错相互为病。筋伤的发生多在节错之前,又伴随着整个疾病的过程。筋伤则束骨能力减弱,易诱发节错,手诊时也可触及局部的筋伤结节点,筋伤既成,肌肉的力学平衡被打破,日久可影响关节之间的稳定性。节错日久不愈,又会反过来影响筋伤,长期的小关节失衡不能得到有效的纠正,则局部筋伤呈进行性加重状态,故临床患者多诉眩晕伴有颈部进行性僵痛不适。筋伤节错相互影响不仅加速了疾病的进程也是造成本病缠绵难愈的重要原因。

林教授认为不良的姿势是大家容易忽视的一个重要因素,错误的姿势不仅易诱发本病,也是导致疾病预后较差的原因之一,临床上此类患者多在低头或长时间维持某种姿势后发作,林教授认为夜间睡眠的姿势及枕头的选择也会对本病造成一定的影响。

1.2 气血失和是发病的内在原因

林教授认为气血失和是颈性眩晕的内在原因,筋骨失衡导致局部气血运行出现障碍,早期多表现为气滞血瘀,颈部痛点多为剧烈痛,且痛点固定或者伴有胀痛甚至局部刺痛等表现,且气滞与血瘀互为因果,造成局部循环障碍,致使新血无以复生,进而出现局部血供

¹ 广州中医药大学第二临床医学院(广州,510006)

² 广东省中医院骨一科

[△]通信作者 E-mail: lindingkun@126.com

不足,加重眩晕的发作;此外血瘀也会加重气滞的表现,临床上多有紧张焦虑等肝气郁滞的表现;随着疾病的发展,本病在中后期的表现主要以气血亏虚的表现,气血不足筋骨无以濡养,临床上久治不愈的患者颈肩部肌肉往往较弱;此外气虚则清阳不升,血虚则脑窍失养,易发为眩晕,临床上此类患者多在劳累后发作,或伴有脾虚的表现,如乏力、纳少便溏和舌有齿痕等表现。

1.3 风痰瘀是不可忽略的因素

林教授认为风痰瘀是本病发病中的兼邪,也是本病发病的不可忽略的因素。《内经病机十九条》中提到“诸风掉眩,皆属于肝”,就是强调内风在眩晕发病中的重要性,内风又称为肝风,与肝密切相关;林教授指出中医认为肾主骨,肝主筋,肾强则骨壮,肝血足则筋强。颈性眩晕为骨病引起的筋病,可责之于肝。病机上,林教授认为肝血不足所致的内风是重要原因,林教授指出临床上伴有肝风的患者颈肩部局部肌肉多挛缩或瘦弱,同时一些患者伴有耳目晕眩感,多与肝血濡养不足有关。

朱丹溪先生提出“无痰不作眩”,孙子奎又提出“肝风易夹痰上扰清窍”,林教授认为现代人多食滋腻之品,加上岭南之地湿热较重,局部侵袭易聚集成痰,伴有痰邪的患者大多肥胖,或伴有恶心呕吐等表现,舌苔一般较为厚腻。

此外,久病必有瘀,颈性眩晕多数是迁延不愈,反复发作,瘀是不可忽视的因素,林教授提到伴有瘀的患者常常能在颈部触及阳性痛点,舌苔也较为瘀暗或舌下络脉明显。

治疗上,根据本病以筋骨失衡为根本原因,临床上林教授以平衡筋骨为首要治疗原则,其次针对气血失和,予以内调以平和气血,再根据兼邪的特点,予以艾灸等并除兼邪。

2 治则之一:平衡筋骨

2.1 理筋为先以疗筋伤

林教授根据本病同时具有筋伤与节错的特点,临床先予以理筋手法进行治疗,林教授嘱患者端坐位,用双手触诊颈部肌肉、筋膜、关节等,触及到阳性痛点或结节点时常用点、按揉等理筋手法针对性治疗,力度由轻到重,再由重到轻,力量透筋入骨,如此反复操作3~5次,以局部酸胀为度,边点按边对局部阳性结节点进行弹拨,直至筋结松解,颈部的疼痛症状会有所缓解;此外林教授还注重对整个颈肩部肌肉的松解,林教授认为筋骨平衡是整个颈肩部肌肉共同的状态,局部筋骨失衡势必对颈肩部筋骨平衡有影响,因此在治疗完局部筋结点后,林教授常常用理筋手法自风池穴至大椎进行点按揉3~5遍,再以捏揉和滚法从大椎至肩

峰进行治疗3~5遍;同时,林教授选择点按风池、风府、大椎、肩井等穴位使得颈肩部的经络系统进入激活状态^[5]。

2.2 正骨调节以复筋骨平衡

林教授根据本病节错的病理改变,在筋伤治疗结束后予以定点旋提复位手法,林教授嘱患者端坐于椅子上,嘱患者低头,令其放松全身肌肉,处于自然休息状态,术者立于患者后方,以一前臂托住患者下颌部,并同时向上轻度牵引,同时另一手拇指触摸颈部,寻找发生节错的椎体。然后用该拇指按于偏歪骨突,同时旋转患者颈部,当旋转力达到患椎时,拇指用力推顶骨突,以腰部发力,前臂快速加大旋转角度,此时可听到复位的响声或患者有滑动感,即是复位成功^[6]。林教授强调复位手法需在诊断明确的情况下进行,需取得患者的配合,用力需刚柔相济,切忌采取暴力。对于寰枢椎半脱位的患者,林教授常选择平卧位行复位手法;已有研究^[7]表明旋提复位手法能够有效纠正椎体之间的小关节紊乱,从而达到解除小关节滑膜嵌顿和小关节黏连的目的,促使颈椎的静态平衡的恢复;同时能够改善椎间盘、椎间孔等对椎动脉及其周围交感神经丛的压迫刺激等,达到改善颈部血流动力,增加颅内供血^[8]。

2.3 颈围固定维持筋骨平衡

林教授强调在复位手法后需要佩戴颈围外固定。林教授认为手法复位能够较快的调节筋骨平衡,但长期存在的筋骨失衡导致短时间恢复的筋骨平衡很难长时间维持,因此,林教授认为除减少颈部活动之外还需要借助佩戴颈围固定3周,研究表明^[9]手法治疗后佩戴颈围能够有效限制颈部的过度活动、缓解椎间隙压力,能够从外在增强颈部的支撑作用,从而能够有效的保证颈椎维持复位后的筋骨平衡状态。

2.4 姿势保护以善预后

林教授认为姿势保护是保护筋骨平衡的重要措施,也是影响预后的重要因素。林教授指出调整日常姿势在平衡筋骨中就显得尤为重要,林教授多建议患者坚持日间选择“挺腰端坐”,使得脊柱处于一个自然生理的状态;夜间睡眠选择“量身配枕”,林教授根据自己多年的临床经验提出针对颈椎病应该量身配枕^[10],使夜间睡眠颈部筋骨处于自然的生理状态,日夜的姿势的调整使得筋骨平衡不易被打破,长时间处于平衡状态以防复发。

2.5 导引强筋壮骨强正气

林教授提倡医患合作的方式,除了姿势保护外,林教授强调导引练功对强健筋骨,维护筋骨平衡的作用不可忽视。林教授指出仅仅靠外在调节和固定远远不够,在治疗后林教授选择“林定坤健体八段功”的第一

式“双手托天理三焦”为主要导引方法,要求患者配合呼吸吐纳练习,每次练习 30~50 个,每天 3~5 次,双手托天理三焦能够有效的强健颈肩部的肩胛提肌、斜方肌、胸锁乳突肌等肌肉^[11],从而达到强筋的目的,筋强方能骨壮,才能达到“筋束骨,骨张筋”的状态,从而有助于颈肩部筋骨平衡的恢复;此外此动作配合呼吸练习尚能够培养正气,达到内经所言“正气内存,邪不可干”。

3 治则之二:调和气血

林教授根据本病多有气血失和而选择采用中药内服调和气血。在本病的治疗中林教授常选取益气升阳的方药,临证多以补中益气汤为底,临证根据症状予以加减,根据本病的发病特点,气滞血瘀者加大活血力度,常选择加用桃仁、红花、柴胡、川芎等以行气活血;气血不足的加大益气补血的力度,如加大当归、黄芪的用量或加用熟地、鸡血藤、等以补益气血;兼有内风者,佐以养肝熄风,常选择加用枸杞、黄精、天麻、钩藤等;兼有痰邪犯体者,加大健脾化痰的力度,常用加大陈皮、半夏、茯苓等;兼有痰瘀者,加用石伤科的药对牛蒡子、僵蚕等以增加化痰瘀的功效。林教授根据本病病机,选取补中益气汤来升提清阳、补益气血^[12],方中以黄芪、人参、甘草等为君以补中健脾,以黄芪、柴胡、升麻益气升阳,白术、当归益气补血,陈皮理气和胃,使诸药补而不滞。配合临证加减以调和气血和并除兼邪之效。

4 治则之三:并除兼邪

根据本病多兼有风痰瘀的特点,林教授除了在处方予以加减外,临证还多选取针刺、艾灸等并除兼邪,临证针刺多选择颈部夹脊穴和局部风池、风府等穴位,同时根据兼邪不同予以加减,如兼有内风为主的加用肝经太冲、大敦和外关等穴位以平肝熄风;兼有痰邪为主,加用丰隆、足三里和中脘等穴位;兼有瘀的,加用膈俞、血海、合谷等加大活血化瘀力度,通过针刺达到调经气以除兼邪的目的,或配合局部进行雷火灸施灸以

加强化痰散结、活血祛瘀的力度,以求治病必求于本。

5 经验小结

在颈性眩晕的诊治过程中,林教授强调明确诊断的重要性,需要结合症状、体征、查体和检查情况综合诊断,不可简单地将眩晕归属于本病,需排除内科相关疾病及耳源性眩晕,明确诊断才能针对性治疗。临床中,林教授坚持平衡筋骨、调和气血和并除兼邪治则相结合,三者相辅相成,缺一不可。

参考文献

[1] 刘文英,于广莹,金鸿宾. 颈性眩晕的诊治国内进展[J]. 中国矫形外科杂志,2014,22(1):55-58.

[2] RYAN G M, COPE S. Cervical vertigo[J]. Lancet,1955, 266(6905):1355-1358.

[3] PEARCE J M. Barre-Lieou “syndrome”[J]. J Neurol Neurosug Psychiatry,2004,72(2):319-329.

[4] 周峻,熊振成,李文浩,等. 颈性眩晕的中西医研究进展[J]. 时珍国医国药,2019,30(4):951-954.

[5] 何坤,林定坤,侯宇,等. 林定坤教授阶梯治疗肩周炎经验[J]. 中国中医骨伤科杂志,2019,27(1):79-81.

[6] 唐汉武,林定坤. 林定坤教授治疗颈椎病经验介绍[J]. 新中医,2008,40(2):7-9.

[7] 赵兴玮,毕方杉. 旋提手法配合中药治疗颈性眩晕[J]. 世界中医药,2015,10(9):1391-1394.

[8] 明才,石印玉,王翔,等. 手法矫正寰枢关节骨错缝的有效性研究[J]. 上海中医药杂志,2009,43(8):15-18.

[9] 张卫华. 颈椎病的诊断与非手术治疗[M]. 北京:人民军医出版社,2005:209-212.

[10] 罗翱翔,林定坤,由天辉,等. 枕头高度对中老年颈椎病患者影响[J]. 广东医学,2014,35(3):474-476.

[11] 林定坤,陈树东,林方政. 林定坤健体八段功[M]. 广州:广东教育出版社,2016.

[12] 田志亮. 补中益气汤加减联合氟桂利嗪治疗椎-基底动脉供血不足所致眩晕临床研究[J]. 新中医,2019,51(8):69-72.

(收稿日期:2019-07-13)

广告目次

1. 广东省医药进出口公司珠海公司 息通 封三	2. 陕西盘龙药业集团股份有限公司 盘龙七片 封四
----------------------------------	------------------------------------