

## 詹红生教授定位定向旋扳法治疗寰枢关节“骨错缝”经验

邓真<sup>1,2</sup> 王玉鹏<sup>3</sup> 熊轶喆<sup>2,3</sup> 王辉昊<sup>2,3</sup> 詹红生<sup>2,3△</sup>

[关键词] 寰枢关节; 筋出槽骨错缝; 旋扳法; 医家经验; 詹红生

[中图分类号] R274.39 [文献标志码] A [文章编号] 1005-0205(2021)12-0082-03

“筋出槽骨错缝”是颈椎病的核心病机<sup>[1-3]</sup>,詹红生教授以此为理论基础,完善了手法诊治颈椎病的诊断、分型、精准施术及练功疗法的临床诊疗技术方案,其创立的寰枢关节定位定向旋扳法是整复“筋出槽骨错缝”的代表性手法<sup>[4-6]</sup>,可使“筋归槽,骨合缝”从而达到“筋主骨从,筋骨和合”的正常状态。现将其寰枢关节定位定向旋扳法经验总结如下,以飨同道。

### 1 寰枢关节“骨错缝”的诊断

寰枢关节负责整个颈椎 50% 以上的旋转功能,是颈椎最“灵活”的复合功能单位,也是最容易出现“骨错缝”的颈椎节段之一<sup>[7-8]</sup>。临床上寰枢关节“骨错缝”通常被称为寰枢关节半脱位,寰枢关节失稳,寰枢关节紊乱等<sup>[9]</sup>,目前暂无明确统一的名称<sup>[10-11]</sup>。2020 年 11 月国家卫生健康委员会、国家中医药管理局颁布的新版《中医病证分类与代码》中新增“骨错缝”术语,并同时纳入《ICD11·传统医学章节》,使其成为国际通用的诊疗术语,詹红生教授主张将其诊断为寰枢关节“骨错缝”,并总结其诊断要点如下。

1) 病史:通常有颈部劳损史,长时间低头等不良颈部姿势史或损伤史。

2) 临床表现:以眩晕、头晕、头痛、天旋地转、头颈部酸痛及活动受限为主,部分患者有心慌、心动过速、

视野昏蒙甚至胸闷感。

3) 查体:颈部活动受限,尤其以左右旋转为著;静态触诊寰枕、寰枢关节间隙,肌张力增高,有条索状“筋结”,伴压痛;动态触诊寰枕、寰枢关节间隙,终末感增强伴压痛,甚至诱发或加剧眩晕或头晕。

4) 影像学检查:颈椎 X 线或 CT 显示寰枢椎对位关系异常,如寰齿侧间隙不等距,第二颈椎棘突偏离中轴线等情况,但未达到寰枢椎脱位程度。

### 2 寰枢关节“骨错缝”的分型

詹红生教授主张以“触诊结合影像印证”的方式进行颈椎“骨错缝”的判定,避免因手感、经验不足及人体棘突结构发育不对称导致的误判,詹红生教授临床常采取颈椎 X 线张口位摄片进行影像学印证,影像学的测量方法如下:经齿状突顶点作齿状突轴线(黄线),分别由寰椎左右侧块向齿状突腰部作水平线(绿线),经枢椎棘突顶点作棘突轴线(蓝线),见图 1。

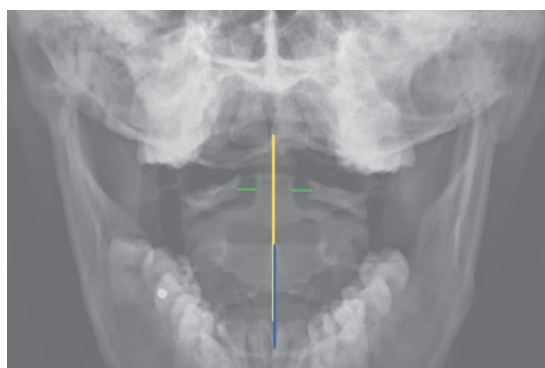


图 1 正常张口位寰枢关节主要测量参数

(绿线为寰齿侧间隙;黄线为齿状突轴线;蓝线为棘突轴线)

正常的寰枢关节影像学解剖结构状态为:1) 左右寰齿侧间距相等,即两绿线距离相等或相差  $< 2 \text{ mm}$ <sup>[12-13]</sup>;2) 枢椎棘突轴线与齿状突轴线重合,即蓝线与黄线重合。詹红生教授据此对寰枢关节“骨错缝”的情况进行分类总结,一共分为三类八型。

一类:单纯偏移,即左右寰齿侧间距不等(左右绿线不等,差值  $> 2 \text{ mm}$ ),但枢椎棘突轴线与齿状突轴线

基金项目:国家自然科学基金项目(81804114,81973871)

上海市卫健委临床行业面上项目(201840004)

上海市人才发展资金资助项目(2019101)

上海市卫计委詹红生上海市名老中医学学术经验研究工作室建设项目(SHGS-2017025, SZYMYGZS4013)

上海市中医诊疗模式创新试点建设项目(ZY2018-2002-FWTX-6003)

上海中医药大学后备卓越中医人才项目(30)

<sup>1</sup> 上海市宝山区中西医结合医院(上海,201999)

<sup>2</sup> 詹红生上海市名中医工作室

<sup>3</sup> 上海中医药大学附属曙光医院

△通信作者 E-mail: shgsyjs@139.com

重叠(蓝线与黄线重合)。其中,寰齿侧间距右宽左窄(绿线右 $>$ 左)称为左偏型(图 2a),寰齿侧间距左宽右窄(绿线右 $<$ 左)称为右偏型(图 2b)。

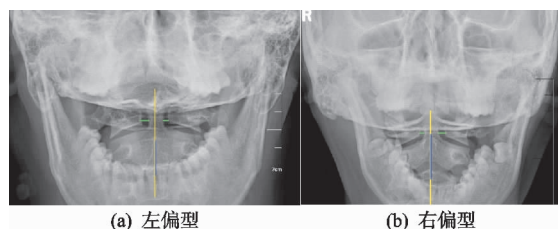


图 2 单纯偏移类

二类:单纯旋转,即左右寰齿侧间相等(左右绿线相等或差值 $<2$  mm),但枢椎棘突轴线与齿状突轴线不重叠(蓝线与黄线不重合)。其中,蓝线位于黄线左侧称为左旋型(图 3a),蓝线位于黄线右侧称为右旋型(图 3b)。

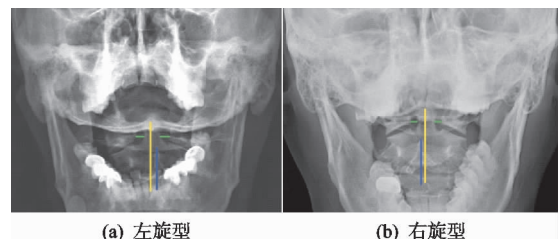


图 3 单纯旋转类

三类:复合错缝,即左右寰齿侧间距不等(左右绿线不等,差值 $>2$  mm),且枢椎棘突轴线与齿状突轴线不重叠(蓝线与黄线不重合)。其中,左旋且左偏称为:左旋左偏型(图 4a);左旋且右偏称为左旋右偏型(图 4b),右旋且右偏称为右旋右偏型(图 4c),右旋且左偏称为右旋左偏型(图 4d)。

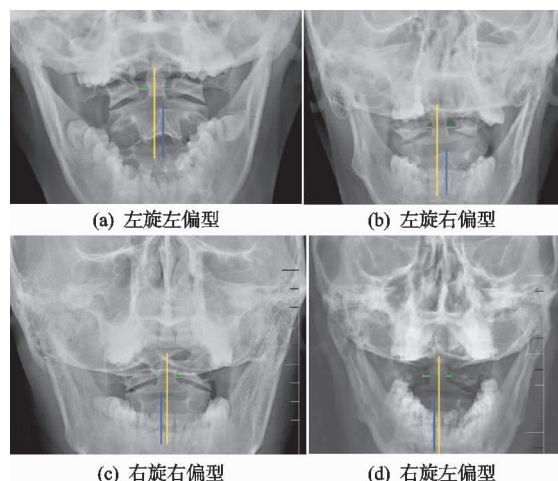


图 4 复合错缝类

### 3 寰枢关节定位定向旋扳法

第一步:松筋。詹红生教授认为生理上筋和骨之间的关系属于“筋主骨从”的状态,而“筋出槽”与“骨错缝”往往互为因果关系,且“骨错缝”必伴有“筋出槽”<sup>[1]</sup>,因此在实施寰枢关节定位定向旋扳法前,詹红

生教授强调松解寰枢关节周围的筋,尤其是当患处能触诊到点状、条索状“筋结”时,使用“按、拨、揉”的手法对其进行松解更有利于旋扳法施术成功。

第二步:旋扳。针对不同的寰枢关节“骨错缝”类型,采用的旋扳法技巧不同:术者一手掌心置于患者左右颞结节处使患者左右旋转,另一手拇指根据分型定位于枢椎棘突旁、横突根部和棘突根部(约棘突顶点至横突连线中点)并朝着调整方向用力,双手合作以达到纠正“骨错缝”的效果。

1)左偏型。手法步骤:患者端坐,术者立于患者左后方,左手扶于患者额部,右手拇指定位于患者枢椎左侧横突根部,其余四指放松置于右侧颈部,使患者颈部前屈约 $10^{\circ}$ 。术者左手以掌心换置于患者右侧颞结节处,右手姿势不变,使患者颈部左旋至主动极限位。术者左手继续用力使患者颈部左旋至被动极限位,右手拇指位置固定,嘱患者头颈部放松,左手瞬时加大左旋用力,同时右手拇指向右侧轻轻顶推横突,常听到小而清脆的“咔哒”声,右手拇指下有轻微滑动感,术毕,患者颈椎恢复原状。

2)右偏型。手法步骤:患者端坐,术者立于患者右后方,右手扶于患者额部,左手拇指定位于患者枢椎右侧横突根部,其余操作要点与左偏型一致,整复方向相反。

3)左旋型。手法步骤:患者端坐,术者立于患者左后方,左手扶于患者额部,右手拇指定位于患者枢椎棘突左侧,其余四指放松置于右侧颈部,使患者颈部前屈约 $10^{\circ}$ 。术者左手以掌心换置于患者右侧颞结节处,右手姿势不变,使患者颈部左旋至主动极限位。术者左手继续用力使患者颈部左旋至被动极限位,右手拇指位置固定。嘱患者头颈部放松,左手瞬时加大左旋用力,同时右手拇指向右侧轻轻顶推棘突,常听到小而清脆的“咔哒”声,右手拇指下有轻微滑动感,术毕,患者颈椎恢复原状。

4)右旋型。手法步骤:患者端坐,术者立于患者右后方,右手扶于患者额部,左手拇指定位于患者枢椎棘突右侧,其余操作要点与左旋型一致,整复方向相反。

5)左旋左偏型。手法步骤:患者端坐,术者立于患者左后方,左手扶于患者额部,右手拇指定位于患者枢椎棘突左侧根部,其余四指放松置于右侧颈部,使患者颈部前屈约 $10^{\circ}$ 。术者左手以掌心换置于患者右侧颞结节处,右手姿势不变,使患者颈部左旋至主动极限位。术者左手继续用力使患者颈部左旋至被动极限位,右手拇指位置固定。嘱患者头颈部放松,左手瞬时加大左旋用力,同时右手拇指向右侧顶推棘突根部,常听到小而清脆的“咔哒”声,右手拇指下有轻微滑动感,术毕,患者颈椎恢复原状。

6)左旋右偏型。手法步骤:(1)患者端坐,术者站于患者右后方,右手扶于患者额部,左手拇指定位于患者枢椎右侧横突根部,操作要点及整复方向与右偏型一致。(2)随后,术者站于患者左后方,左手扶于患者额部,右手拇指定位于患者枢椎棘突左侧,操作要点及整复方向与左旋型一致。

7)右旋右偏型。手法步骤:患者端坐,术者站于患者右后方,右手扶于患者额部,左手拇指定位于患者枢椎棘突右侧根部,其余操作要点与左旋左偏型一致,整复方向相反。

8)右旋左偏型。手法步骤:(1)患者端坐,术者站于患者左后方,操作要点及整复方向与左偏型一致。(2)随后,术者站于患者右后方,操作要点及整复方向与右旋型一致。

注意事项:1)患者端坐位高度以后脑勺平站立位术者胸骨为宜,过高会增加术者操作的难度,过低容易导致旋转操作时角度过大。2)对复合型“骨错缝”,手法操作时应先纠正偏移,然后调整旋转。3)患者颈椎的旋转幅度不宜过大,一般不超过 $45^{\circ}$ ,整个旋转操作时长不宜超过15 s,以免过度旋转加重患者症状。4)旋扳瞬时发力要短促,体现手法“寸劲”特点,术者宁心静气,双手配合,旋转和顶推协同发力,不强求听到“咔嚓”声。5)对眩晕、头晕严重的患者,旋扳前可缓慢旋转患者颈部进行初步评估,若在过程中患者症状加重,不能耐受,则立即停止旋扳操作,不可强行操作。6)手法后3 d内不宜做颈部过度旋转运动,不宜长时间保持一侧旋转姿势,3 d后练习石氏“运肩护颈功”以巩固疗效。7)施术一般为1周2次,4次为1个疗程,同时根据患者症状,中病即止,手法不宜过多过频。

#### 4 练功疗法

詹红生教授认为练功疗法是手法治疗后患者是否完全康复的重要因素,通过有针对性的自主锻炼颈部肌肉,发挥“筋束骨而利关节”的作用,提高颈椎的稳定性,巩固手法调整后寰枢关节的结构状态,恢复其正常的功能。詹红生教授创建石氏伤科“运肩护颈功”用于颈椎病的防治,该功法由“运肩拔背松筋脉”和“拉伸颈椎百病消”两部分组成。其中“运肩拔背松筋脉”要求练习者以肩关节为中心,连续做“上提—后拉—下落—前运”的环形运动,上提、后拉时用力,下落、前运时放松,连续5~10圈,整个动作连贯、缓慢、匀速,一气呵成。“拉伸颈椎百病消”要求练习者缓慢地单独进行颈椎前屈、后伸、左侧屈、右侧屈、左旋转和右旋转6个角度的活动,每个角度活动到极限位置停留3 s,然后缓慢回到中立位置,共做3~5组。通过一紧一松、张弛结合的颈、肩关节活动,达到身心并调、筋为骨用的效果<sup>[14-15]</sup>。

#### 5 总结

詹红生教授认为手法是治疗寰枢关节“骨错缝”的有效手段,而“骨错缝”的本质即是失去正常解剖生理位置关系,临床医生对解剖结构的掌握是该手法能否成功实施的基础,如术者对寰枢关节的解剖结构不熟悉,不应进行手法整复操作。从操作技巧上分析,该手法本质上是运用旋转和杠杆的力学原理进行脊柱解剖结构的微“重塑”,其技术核心是拇指固定节段和解剖位置的定位特点,以及调整瞬时拇指发力方向的定向特点,双手协同发“寸劲”,进而完成定位定向整复。

对该手法的临床运用,詹红生教授总结了5个要点:第一,操作前,首要是明确诊断,排除手法禁忌,如颅底凹陷症、脊柱骨折、寰枢关节脱位等;第二是明确手法的适应证,即哪些情况可以应用;第三是不可盲目自信触诊结果,一定要与影像学相互印证;第四是根据不同的“骨错缝”分型采用不同的手法技巧;最后,强调手法治疗后一定要进行导引练功以巩固疗效。

诚然,任何治疗方法都有其优势和局限性,该手法治疗临床上因寰枢关节“骨错缝”所致的眩晕、头晕患者,效如桴鼓,但该手法的学习和操作具有一定门槛。因此,詹红生教授认为在未来研究中,更多针对该手法的客观化、量化和仿真模拟等方面的探索<sup>[16-19]</sup>,可以降低手法学习的门槛和难度,从而实现手法的精准传承。[詹红生教授简介]

詹红生教授是上海市名中医,石氏伤科第五代代表性传承人,师承石印玉教授,第六批全国老中医药专家学术经验继承工作室指导老师,上海市医务工匠,上海市领军人才,博士生导师(后)导师,享受国务院政府特殊津贴。从事中医骨伤临床、科研工作40余年,经验丰富。

#### 参考文献

- [1] 元唯安,詹红生,杜国庆.论“筋主骨从”观念在慢性筋骨病损诊疗中的临床意义[J].上海中医药杂志,2019,53(9):12-15.
- [2] 陈博,詹红生,石印玉,等.“骨错缝、筋出槽”病机学说及其动物模型的建立[J].上海中医药大学学报,2010,4(5):68-72.
- [3] 张明才,石印玉,黄仕荣,等.“骨错缝筋出槽”与颈椎病发病关系的临床研究[J].中国骨伤,2013,26(7):557-560.
- [4] 詹红生.颈椎相关疾病手法诊疗及研究中的若干问题探讨[J].中医正骨,2018,30(3):1-3.
- [5] 王辉昊,詹红生,吕桦,等.矫正颈椎“筋出槽骨错缝”手法治疗颈性眩晕的远期疗效观察[J].上海中医药杂志,2014,48(2):51-55.
- [6] 邓真,牛文鑫,王辉昊,等.生物力学在中医骨伤手法治疗颈椎病中的应用[J].医用生物力学,2015,30(6):569-573.