

## 张晓峰教授手法治疗颈性眩晕的经验总结

徐西林<sup>1</sup> 张晓峰<sup>2△</sup> 胡海<sup>1</sup> 包瑞<sup>1</sup> 申意伟<sup>1</sup> 李小冬<sup>1</sup>

[关键词] 颈性眩晕;手法;治疗;名医经验

[中图分类号] R681.5 [文献标志码] B [文章编号] 1005-0205(2020)09-0079-04

张晓峰教授以颈性眩晕的“筋、骨”病变为主线,结合局部病理形态和病理生理改变的特点,提出了以辨病论治、辨型论治、辨期论治、辨位论治为核心的辨治的思路,临床应用疗效显著。本文将相关经验总结介绍如下。

### 1 辨病论治——手法应用的前提

张教授认为手法是治疗颈性眩晕独特的方法和手段,疗效也得到了医患的广泛认可。但在临床中,手法治疗意外时有发生,疗效不确定也是常见现象。分析原因,除手法的技巧性因素外,颈性眩晕诊断不明是主要原因。因此,明确诊断,辨病论治是颈性眩晕的手法应用的前提。

颈性眩晕不同于内证眩晕,有着独特的特点。从骨伤科的角度认为:在慢性积累性筋骨损伤后出现的“骨错缝”“筋出槽”是核心病机,“筋、骨”失衡,阻滞经脉、清窍失养,而致眩晕的发病<sup>[1-3]</sup>。现代医学角度认为:颈椎及周围软组织产生功能性或器质性变化,刺激椎动脉或交感神经导致椎动脉供血不足而引起颈性眩晕<sup>[4]</sup>。从生物力学角度来看颈性眩晕是颈椎及周围软组织动态稳定与静态稳定失衡的结果<sup>[5]</sup>。手法正是通过作用于“筋、骨”,调整颈椎结构的紊乱,松懈软组织的挛缩,恢复脊柱的力学平衡,解除病变组织对血管的压迫、神经的刺激<sup>[6]</sup>,达到“骨正筋柔、经脉疏通”的治疗颈性眩晕的目的。但研究表明<sup>[7]</sup>有 80 多种疾病能引起眩晕,涉及神经科、耳鼻喉科、骨科等多个学科,病机不局限于“骨错缝”“筋出槽”,且目前颈性眩晕也没有特异性的辅助检查<sup>[8]</sup>,这对颈性眩晕的定性诊断与手法应用造成了极大的干扰,辨病论治就是明确颈性

眩晕的定性诊断与颈性眩晕的合病诊断,避免误诊与漏诊,从而指导是否应用手法治疗。

参照中华医学会神经病学分会眩晕诊治专家共识<sup>[9]</sup>、第三届全国颈椎病专题座谈会纪要<sup>[10]</sup>及詹红生教授提出的颈部“筋出槽”“骨错缝”的临床诊断标准<sup>[11]</sup>。颈性眩晕的定性诊断内容包括:1)眩晕的症状特点;2)颈椎局部的症候;3)椎动脉的检查;4)交感神经症候群;5)颈椎的 X 线检查。排除心源性、眼源性、脑源性及耳源性眩晕等内证眩晕,避免误诊是手法应用有效性的基础。

临床上对手法应用干扰性较大的还有颈性眩晕与内证眩晕的合病,误导医者针对颈椎的病变进行手法治疗,疗效不确定、不稳定,究其原因就是漏诊。这就提示要辨明疾病的主次标本缓急,再决定是否应用手法治疗。漏诊也是手法治疗中出现意外的主要原因,明确手法应用的禁忌证,排除颈部肿瘤、骨折、脱位、椎动脉硬化、血栓形成等合并病变,则是手法应用安全性的保证。

### 2 辨型论治——手法应用适应证的选择

张教授认为手法虽然是治疗颈性眩晕公认的有效手段,但手法操作种类繁多,不同的手法作用不同,只有根据不同的病情应用不同的手法,才能制订科学的个体化手法治疗方案。因此,制定分型,辨型论治是选择手法治疗适应证的准确性与可靠性保证。

手法应用源远流长,《医宗金鉴·正骨心法要旨》将手法进行了分类,明确了手法的作用部位与不同的治疗作用。目前,对于“骨错缝、筋出槽”的治疗主要有整骨手法与理筋手法两大类。但临床应用上却是百家争鸣,各具特色,给学习与应用手法带来了不小的困惑。辨型论治就是从手法作用的靶点着手,明确颈性眩晕中“骨错缝”“筋出槽”的解剖学及形态学的特点,确定分型,选择适宜手法,治疗对应的适应证,将手法运用化繁为简,保证了手法应用的有效性、稳定性和可重复性。在查体与影像学检查的基础上,通过对颈源

基金项目:国家中医药管理局第六批全国老中医药专家学术经验传承项目(2017-2020)

<sup>1</sup> 黑龙江中医药大学附属第二医院(哈尔滨,150001)

<sup>2</sup> 黑龙江中医药大学

<sup>△</sup>通信作者 E-mail:zxfeng9919@163.com

性致病因素的分析,将颈性眩晕分为颈椎结构紊乱型、颈椎病变型、颈椎失稳型、软组织病变型四型。

**颈椎结构紊乱型:**就是由于颈椎结构的改变(包括颈椎生理曲度变直、反曲,椎体的旋转、寰枢关节间隙的改变等),压迫椎动脉或刺激交感神经而引起发病。触诊可明显检查到颈椎曲度改变、棘突偏歪,颈部软组织的张力改变,软组织粘连及瘢痕条索的形成。病变以“骨错缝”为主,伴有“筋出槽”,所以治疗以整骨手法为主,纠正“骨错缝”,调整静力性平衡;理筋手法为辅,针对“筋出槽”,调节动力性平衡。

**颈椎病变型:**由于颈椎增生、先天畸形、间盘突出等器质性病变引起的颈性眩晕,往往合并颈椎结构的紊乱,病情复杂,诊断存在着很大的干扰。影像学检查为虽然可以为提供准确的颈椎病变依据,但颈椎器质性病变并不一定导致眩晕,为明确致病因素,还应通过经颅多普勒超声、MRA、CTA等检查准确评估椎动脉受压状况,判断眩晕是以病变直接所致,还是由“骨错缝”“筋出槽”引起,还是共同致病,再决定是否应用手法、怎样应用手法。

**颈椎失稳型:**即由于颈部肌肉的慢性损伤导致的颈椎动态平衡失调,造成颈椎整体或局部不稳定,刺激交感神经、压迫血管而产生眩晕,X线检查:颈椎过伸过屈位椎体前后水平移位 $\geq 3.0$  mm或相邻椎体角度移位 $\geq 11^\circ$ 。病变以“筋出槽”为主,伴有姿势性“骨错缝”,治疗以理筋手法为主,辅以整骨手法。

**软组织病变型:**是由于急慢性软组织损伤造成的颈部软组织粘连及瘢痕条索的形成,卡压、刺激穿行其间的血管、神经而引起眩晕。通过触诊,可明显检查到“筋结”的存在,影像学检查未见异常,“筋出槽”明显,未见“骨错缝”,主要采用理筋手法为主。

筋是颈性眩晕发病的根本原因,骨是发病的重要环节。辨型论治明确了颈性眩晕“骨错缝”“筋出槽”在即时状态下的病理特点,是手法应用的基础,也有助于对疾病预后的判断和对手法应用规范化的研究。

### 3 辨期论治——手法应用时机的选择

张教授认为颈性眩晕的发病是一个动态过程,其治疗也需要一个长期的逆转过程。因此,按照临床需求分期对选择手法和疾病的康复有着积极的意义。辨期论治就是根据颈性眩晕不同阶段病症的特点,选择应用不同的手法治疗,符合不同阶段的治疗要求。参照颈性眩晕患者症状与功能评估<sup>[12]</sup>,根据病情、症状的轻重及分型特点,颈性眩晕分为急性期、缓解期和康复期三期。

**急性期**表现为:行走困难,需要扶持,重者则出现天旋地转、甚至晕倒,需要卧床,在帮助下才能自理。因为起病急、症状重,急性期往往是患者就诊与重视的

主要原因,“急则治其标”,其治疗目的也以迅速改善症状为主。临床发现急性期多因颈椎结构的紊乱(骨错缝)而引起,因此,根据“动力失衡为先,静力失衡为主”的病机<sup>[13]</sup>,以应用整骨手法为主,配合理筋手法。通过调整患者颈椎的“骨错缝”,改善椎动脉的血供,控制发作的眩晕症状。

**缓解期**表现为:阵发性或持续性头晕头胀、头部昏蒙感,持续时间短,可自理。因为症状可耐受,往往不引起患者的重视,依从性较差。但缓解期的治疗却是颈性眩晕能否痊愈的关键环节。“缓则治其本”,对因、对症治疗提高治愈率是缓解期的治疗目的。依据“筋骨损伤、治筋为重”的原则<sup>[1]</sup>,缓解期治疗应重视理筋手法,柔筋正骨,柔筋通脉,柔筋解痉,配合整骨手法,松懈痉挛肌群,调整结构的紊乱,解除交感神经的刺激和血管的压迫,达到“调筋治骨,平衡脊柱,治病求因”的目的。

**康复期**表现为:症状不明显,偶尔有心理及社会不适应。因为症状不明显,康复期往往为患者所忽视,为疾病的复发留下隐患,在“治未病”思想的指导下,预防疾病复发是康复期治疗的目的。在此阶段贯彻主动康复的理念,以患者为主体,在“从筋论治”的指导下,通过有针对性的自主锻炼颈部的肌肉,防止软组织粘连与骨性结构紊乱,发挥筋“束骨而利机关”的作用,也应归为理筋手法,即明代张介宾所说:“导引,谓摇筋骨,动肢节,以行气血也”。现代研究也发现<sup>[14-15]</sup>:头后小直肌和颈性眩晕之间关系密切,通过锻炼头后小直肌会避免颈性眩晕的复发。对颈部屈伸肌群静力增强训练可以改善颈椎病的症状和体征,可以预防颈椎病复发。传统中医的导引功法(如五禽戏、八段锦)、现代一些体育运动(如羽毛球、游泳)也都为康复期防治颈性眩晕提供思路。

分期明确了颈性眩晕“筋、骨”失衡各阶段的病变特点,失衡早期表现动力失衡即“筋出槽”,可不伴有“骨错缝”,随着疾病的发展,可导致静力失衡即“骨错缝”,最终形成“筋、骨”同病。辨期论治根据病人的病情变化采用不同的手法治疗,体现了“急则整骨,缓则调筋”治疗原则,也决定了不同手法的应用时机。

### 4 辨位论治——手法操作的依据

张教授认为辨位论治通过明确颈性眩晕“骨错缝”与“筋出槽”的病变定位、相关组织的解剖定位、颈椎活动的功能定位,为手法治疗的靶向操作提供了依据,这也是现代手法应用精准化需求。

对于“骨错缝”的辨位论治,张教授认为旋转手法通过调控颈椎的三维六自由度的复合运动,重新调整钩椎关节和神经根与椎间盘的位置,恢复正常的颈椎解剖序列<sup>[16]</sup>,是治疗颈性眩晕的基础手法。以传统

“手摸心会”检查为基础,同时借助影像学检查,明确“骨错缝”的位置,确定手法操作力度、技巧与方向,考虑不同体位时纤维环、黄韧带、脊髓形态与位置特点和对椎动脉的影响,确定治疗过程中患者颈椎的体位,了解颈椎的最大活动位置,确定手法操作的幅度。在这些因素影响下,就形成了以旋转手法为主的复合整骨手法。这也体现了“机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出”的手法特点<sup>[17]</sup>。对于颈椎病变型的患者,明确“骨错缝”的位置,判断与病变的关系,宜选用颈椎屈曲,坐位拔伸定点旋转手法;对于结构紊乱型有椎体旋转的患者,宜选用颈椎坐位旋提手法<sup>[18]</sup>;对于颈椎生理曲度改变的患者,根据颈椎反曲,变直、曲度减小、弧顶上移(或下移)等不同情况,宜选用颈椎后伸、中立或屈曲体位,采用坐位不定点旋转手法<sup>[19]</sup>;对于寰枢关节错位,应用坐位拔伸旋转微调手法对寰枢关节进行调整。由于“筋出槽”贯穿颈性眩晕的发病全过程,对于“骨错缝”的治疗,同样应重视理筋手法的配合,解除筋的痉挛与粘连,筋顺才能骨正,这是整骨手法操作的前提,也是整骨手法操作后防止“骨错缝”复发的保证,这也贯彻“理筋为正骨、正骨必理筋”的筋骨同治思想。

《医宗金鉴·正骨心法要旨》论述筋伤的疾病有“弛、纵、卷、挛、翻、转、离、合”等。现代总结“筋出槽”内涵表现为筋的形态结构、功能和位置发的改变<sup>[1]</sup>。筋的形态结构改变主要表现“筋结”的形成,针对“筋结”治疗是筋伤手法的基本要求<sup>[20]</sup>。通过“手摸心会”明确粘连、瘢痕、条索形成的部位,采用相应理筋手法,或点按,或压揉,或推拿,或弹拨,轻、巧、柔、和,松解粘连,消除筋结,进而达到“治筋调骨”的目的。生理状态下,肌肉及筋膜保持相互拮抗、相互平衡、相互制约的作用,颈椎失衡时,筋的功能改变主要表现“筋挛(筋缩)”“筋弛”。通过动态评估颈椎姿势的对称性及肌张力,明确因颈部功能失调软组织的位置。采用相应理筋手法,或拔戳,或拉伸,或捻散,达到解除痉挛,恢复平衡的目的。而对于平衡失稳的认识却常常误导应用手法,如颈前“筋挛(筋缩)”与颈背部“筋弛”引起的颈椎前后失衡,患者颈背部往往由于“筋弛”造成软组织高张力劳损,出现颈背部酸痛的症状,虽然对颈背部放松手法治疗能缓解症状,但长期来看却加重了颈背部“筋弛”与颈前“筋挛(筋缩)”,而真正需要治疗的部位在颈前的“筋挛(筋缩)”,这也正是中医所讲“后病前治”。同样,通过对筋挛(筋缩)“筋弛”分析,明确病位,手法治疗,这也体现了“治病求本”的治疗思想。“筋骨”同病时,“筋出槽”体现在“筋歪”“筋翻”等位置的变化,明确错缝关节的部位及周围软组织痉挛的位置,先用“理筋手法”解除筋肉痉挛,再用“整骨手法”调整错

位紊乱的关节,调整“筋歪”“筋翻”的状态,达到恢复脊柱平衡的目的,“正筋先正骨,骨正筋自舒”,这也体现了筋骨同治理念。

临床中,现代颈性眩晕的病机研究也为辨位论治提供了思路。本体感受器紊乱学说认为:50%颈椎本体感受器分布在 C<sub>1</sub>~C<sub>3</sub> 的关节囊里,损伤后关节处的感受器的异常神经冲动传入前庭神经核导致发病。交感神经功能刺激学说认为:交感神经节后纤维主要分布在后纵韧带浅层上,当收到受刺激或压迫时,引发椎动脉系统反射性收缩出现症状。椎基底动脉供血不足学说认为:椎动脉走行分成 4 段,其中第 2 段为 C<sub>6</sub> 横突孔至 C<sub>2</sub> 横突孔,内侧紧邻钩椎关节,后外侧邻关节突关节,第 3 段为 C<sub>2</sub> 横突孔到枕骨大孔处,此段迂曲较大,当椎动脉走行过程中受压导致椎基底动脉供血不足而致发病<sup>[21-22]</sup>。可见,颈枕交界处,项韧带、椎旁小关节突是手法治疗需要重视的部位,通过解剖研究与病机分析,也为应用手法明确了辨位论治疗靶点。

“骨错缝必有筋出槽,筋出槽必致骨错缝”,颈性眩晕发病往往涉及多部位、多组织,“辨位论治”为提供了制定手法处方、手法配伍、指导手法操作的依据,也将手法与疾病的本质达到最大程度的契合,使得治疗有的放矢,同时也为我们手法操作的标准化研究提供思路。

## 5 小结

张教授认为:手法是治疗颈性眩晕的有效手段,在应用手法时,首先应考虑安全性与有效性,就是能不能应用的问题,这就要求定性诊断,辨病论治,明确手法应用的原则,尤其是禁忌证。其次是手法应用的适应证,解决怎么用的问题,这就需要明确分型,辨型论治,选择相应的治疗手法治疗相应的适应证。再次是手法应用的时机,选择何时用的问题。这就需要明确分期,辨期论治,根据病情选择手法,满足不同阶段病情的治疗需求。最后是手法的具体操作,就是用在哪的问题,这就需要明确定位,辨位论治,制定手法处方与手法配伍。任何治疗方法都有一定的优势与局限性,张教授的颈性眩晕辨治思路通过以病人为中心,以“骨错缝”“筋出槽”病变为依据,为临床应用手法厘清了思路,也对手法治疗颈性眩晕的临床应用的规范化与精准化进行了探索。

张晓峰教授是黑龙江省名中医,龙江名医,博士研究生导师,二级教授,第六批全国老中医药专家学术经验指导老师,师从骨伤名家孙树椿教授,从事科研、临床近 30 年,临床经验丰富。

## 参考文献

- [1] 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.

[2] 何坤,陈彦均,林定坤,等.林定坤教授三方治则治疗颈性眩晕的经验[J].中国中医骨伤科杂志,2020,28(3):79-81.

[3] 张明才,詹红生,石印玉,等.“骨错缝、筋出槽”理论梳理[J].上海中医药杂志,2009,43(11):59-62.

[4] 叶洁,顾小华,许金海,等.颈性眩晕的中医证型与脑血流动力学的相关性研究[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(3):7-10.

[5] 黄会保.试从生物力学角度探讨颈椎病发病及牵引治疗机理[J].中医正骨,1991,7(3):15.

[6] 卢志明,唐占英,叶秀兰,等.颈椎病的发病机理及传统手法治疗研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(1):61-64.

[7] 单希征.眩晕与平衡障碍及其研究进展[J].中国医学文摘:耳鼻咽喉科学,2007,22,(2):86-88.

[8] 刘培太,张军,吴硕柱,等.颈性眩晕发病机制探讨[J].中国中医骨伤科杂志,2019,27(6):13-17.

[9] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会.眩晕诊治专家共识[J].中华神经科杂志,2010,43(5):369-374.

[10] 李增春,陈德玉,吴德升,等.第三届全国颈椎病专题座谈会纪要[J].中华外科杂志,2008,46(23):1796-1799.

[11] 元唯安,张明才,詹红生.对“骨错缝、筋出槽”的认识及临床诊断[J].中国骨伤,2013,26(6):502-504.

[12] 王楚怀,卓大宏.颈性眩晕患者症状与功能评估的初步研究[J].中国康复医学杂志,1998,13(6):245-247.

[13] 施杞.颈椎病与腰椎病[M].上海:上海科学普及出版社,2002:124-126.

[14] 喻益峰,王学宗,李亚娟,等.头后小直肌与颈性眩晕关系探讨及从筋论治颈性眩晕[J].广州中医药大学学报,2019,36(8):1263-1266.

[15] 张斌,檀亚军,何本祥,等.颈部伸屈肌群静力增强训练对颈椎病的临床疗效[J].中国康复医学杂志,2016,31(9):964-968.

[16] 张军.孙树椿主任医师治疗颈椎病的手法经验[J].中国中医骨伤科杂志,2000,8(4):60.

[17] 王尚全,孙树椿,陈明,等.清宫正骨流派学术思想初探[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(9):68-70.

[18] 于长岁,朱立国,张晓峰,等.朱立国旋提手法治疗力学失衡神经根型颈椎病经验[J].浙江中医杂志,2019,54(9):635-636.

[19] 赵忠民,张军,刘秀芹,等.浅析在孙树椿筋伤理论的指导下手法治疗颈椎病[J].中国中医骨伤科杂志,2011,19(4):58-59.

[20] 赵国东,张军,高景华,等.筋伤学大家孙树椿[J].中医学报,2011,26(9):1048-1051.

[21] 马江涛,张银刚,袁启令,等.颈性眩晕的发病机制、诊断和治疗研究进展[J].中医正骨,2016,28(10):32-37.

[22] 叶勇,邵湘宁,汤伟,等.“筋骨调衡”手法治疗颈性眩晕的现代理论探析及思考[J].中医药导报,2016,22(2):9-11.

(收稿日期:2020-03-02)

广告目录

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