

本文引用:冯果,李双艳,叶勇,谭朝坚,严洁,李里.针、推、康一体化治疗颈性眩晕的思路与方法:严洁教授治疗颈性眩晕经验发挥[J].湖南中医药大学学报,2023,43(3):528-531.

# 针、推、康一体化治疗颈性眩晕的思路与方法 ——严洁教授治疗颈性眩晕经验发挥

冯果<sup>1</sup>,李双艳<sup>2</sup>,叶勇<sup>1</sup>,谭朝坚<sup>1</sup>,严洁<sup>1</sup>,李里<sup>1\*</sup>

1.湖南中医药大学第一附属医院,湖南长沙410007;2.湖南省康复医院,湖南长沙410007

**[摘要]** 颈性眩晕是颈部问题导致椎基底动脉供血不足出现的眩晕性疾病,容易反复发作。严洁教授治疗颈性眩晕注重筋骨调衡,强调针刺、推拿、康复三者结合,针灸改善肌肉的痉挛劳损,推拿复位错位的寰枢关节,康复增强颈部的肌肉力量、维护正常的颈椎曲度,从而达到筋柔骨正,疗效显著,不易复发。本文对严教授的临床经验进行系统整理,总结出针、推、康一体化治疗颈性眩晕的思路与方法。

**[关键词]** 颈性眩晕;针刺;推拿;康复;寰枢关节;筋骨同治

**[中图分类号]**R245

**[文献标志码]**A

**[文章编号]**doi:10.3969/j.issn.1674-070X.2023.03.022

## Integrated treatment of cervical vertigo with acupuncture, tuina and rehabilitation: Professor YAN Jie's experience of treating cervical vertigo

FENG Guo<sup>1</sup>, LI Shuangyan<sup>2</sup>, YE Yong<sup>1</sup>, TAN Chaojian<sup>1</sup>, YAN Jie<sup>1</sup>, LI Li<sup>1\*</sup>

1. The First Hospital of Hunan University of Chinese Medicine, Changsha, Hunan 410007, China;

2. Hunan Provincial Rehabilitation Hospital, Changsha, Hunan 410007, China

**[Abstract]** Cervical vertigo is a disorder caused by vertebrobasilar insufficiency due to the neck problem, which is prone to recurrent attacks. Professor YAN Jie focuses on the adjustment of tendons and bones, and emphasizes the combination of acupuncture, tuina and rehabilitation in the treatment of this disease. Through acupuncture to improve muscle spasm and strain, tuina to reset the misaligned atlantoaxial joint, and rehabilitation to strengthen the neck muscles and maintain the normal cervical curvature, the effect of muscle relaxation and bone repositioning is achieved, and the vertigo isn't easy to relapse. Professor YAN's clinical experience has been systematically sorted out in this paper, and the ideas and methods in integrated treatment of cervical vertigo with acupuncture, tuina and rehabilitation have been summarized.

**[Keywords]** cervical vertigo; acupuncture; tuina; rehabilitation; atlantoaxial joint; treatment of tendons and bones

随着信息化发展,长期使用电脑、手机等导致颈性眩晕发病率逐年上升且年轻化<sup>[1]</sup>。该病是因为颈部问题导致椎基底动脉供血不足而出现的眩晕性疾

病,对患者的生活会造成较大影响<sup>[2-3]</sup>。严洁教授在颈性眩晕的治疗中注重筋骨调衡,强调针刺、推拿、康复三者结合,认为该病由筋骨有疾引起,需筋骨同

**[收稿日期]**2022-06-10

**[基金项目]**湖南省发改委创新研发项目[(2019)127];国家中医药管理局“湖湘五经配伍针扒学术流派”传承工作室建设项目(LP0118041);国家中医药管理局全国名老中医药专家传承工作室建设项目(国中医药人教函[2012]149)。

**[第一作者]**冯果,男,硕士,医师,研究方向:经脉-脏腑相关规律与机制研究。

**[通信作者]\***李里,男,博士,副主任医师,E-mail:43820650@qq.com。

治,故予多种外治法综合治疗,后期加强颈部康复锻炼防止复发。本文在严教授治疗颈性眩晕的经验上,系统总结了针刺、推拿、康复三者结合的治疗方法,发现其疗效较好、效果持久、不易复发,特报道如下,以供探讨。

## 1 对颈性眩晕的认识

正常情况下,颈椎保持着动态稳定平衡,颈椎稳定主要来源肌肉、肌腱及关节的综合作用。一是通过脊柱本身的结构,如椎间盘、椎体间关节及韧带等带来的内部静力性平衡;二是通过附着在脊柱上的肌肉如胸锁乳突肌、颈夹肌、斜方肌等所带来的外部动力性平衡。两者长时间平衡失调会引起椎基底动脉出现痉挛缺血征象并导致累加效应,发生因颈椎问题引起的眩晕——颈性眩晕。颈性眩晕发病率占颈椎病的20%~25%,多在头颈部位置改变如颈部前后屈伸及头部左右转动时发生,该病发作突然,持续时间较短,以平衡失调和眩晕为特征,多伴有颈部僵硬、疼痛,是一种共济失调和空间异常定位的非特异性感觉障碍<sup>[4]</sup>。

在颈性眩晕病因中以寰枢关节错位最为常见<sup>[5]</sup>,原因有二:一是因为寰椎(C1)和枢椎(C2)靠近颈部大部分肌肉的起止点,长期不良的生活习惯容易导致这些肌肉紧张痉挛,引发起止点的劳损,出现颈部疼痛、僵硬等不适症状,在劳损肌肉上可触及易激惹疼痛的局限性高度敏感点——激痛点<sup>[6]</sup>;二是椎动脉上行至C3~C1横突孔附近弯曲增多,且C1和C2生理构造特殊,故椎动脉行经此段更容易受到扭曲和挤压,引起血流障碍。

## 2 针刺治疗思路及方法

严教授认为颈性眩晕发生的原因之一是后枕部肌肉劳损痉挛,故在针刺方法上,采取深刺后枕部穴位配合温针灸的方法。在探讨中,严教授对刃针疗法较为认可,认为其可直接作用于痉挛的肌肉,达到立竿见影的松解效果。故根据严教授经验将刃针结合温针灸治疗颈性眩晕的方法总结如下。

### 2.1 刃针结合筋膜激痛点治疗

2.1.1 进针点选择及标记 采用深部触诊及平滑式触诊法<sup>[7]</sup>,找到位于乳突前下方凹陷中的C1横突尖;

在斜方肌与胸锁乳突肌的上方凹陷中稍外的下缘处找到C2横突尖。在C1、C2横突尖和T7~T9棘突旁附近触诊加压时疼痛的阳性反应点(按压此点会出现疼痛及疼痛传感等),即为筋膜激痛点,用蓝色标记笔标记。

2.1.2 操作方法 (1)患者俯卧于治疗床上,胸部放一软枕稍垫高,头颈部前屈放松,充分暴露进针区域;(2)常规消毒进针部位2~3次;(3)在C1和C2横突尖附近处进针时,针口与颈椎纵轴一致,针体与局部体表垂直,刺入约2 cm,直达横突尖骨面,再将刃针稍上提1~2 mm,产生酸胀后在筋膜层行十字切割3~5 mm下,范围不超过1 mm,T7~T9处操作同上;(4)出针后用无菌干棉球压迫针孔,予创可贴覆盖施术部位。

### 2.2 温针灸治疗

2.2.1 穴位选择 患者取俯卧位,主穴选取枕三针<sup>[8]</sup>(严教授经验取穴为脑户穴、脑空穴,针刺时针尖分别透向风府穴、风池穴)、风池穴、完骨穴、风府穴、哑门穴、天柱穴。

2.2.2 操作方法 针刺时针尖朝鼻尖或者下颌方向,根据患者实际情况尽可能深刺<sup>[9]</sup>,一般以1.0~1.2寸为宜。针刺得气后行平补平泻手法,然后于风池穴、哑门穴处的针灸针上施以温针灸,可配合红外线灯照射,留针20~25 min。

临床上刃针治疗1次后,配合温针灸治疗5次。如有必要,可7 d后再予以1次刃针治疗。

## 3 推拿治疗思路及方法

严教授对颈性眩晕的治疗采取筋骨同治,对错位较轻的患者在眩晕缓解后采用针刺远端穴位(根据枕后痛点分布,选取后溪穴或者中渚穴),配合颈部运动,动中求正,使寰枢关节恢复正常生理位置。严教授认为推拿正骨对寰枢关节的复位治疗最直接且有效,故有明显寰枢关节错位的患者,多行推拿正骨治疗。

操作方法:(1)患者仰卧位,放松颈部肌肉。以指揉法为主,弹拨法为辅,重点处理颈椎上段以及枕后的肌群,放松10 min左右,以筋松无紧张感为宜。(2)予以龙氏正脊手法中的仰头摇正法对患者进行处理。患者取仰卧位,低枕。施术者一手托住患者的

下颌,另一只手托住枕部并用大拇指置于患椎偏歪侧的横突后方,使头部上仰,使C2以下的关节闭合固定,然后使患者头部侧转,缓慢摇动2~3下,嘱其颈部放松,然后施术者将患者头转至最大角度,施术者双手稍加“闪动力”,伴关节弹响声即可,不可过分追求,防止发生手法伤害<sup>[10]</sup>。(3)激活枕后肌群。施术者将双手手指均匀地放于患者枕后下项线的位置,嘱患者头部缓慢向下用力,与施术者手指对抗,保持10 s后缓慢放松,此法重复3~5次。本操作一般于第1次刃针治疗后及第3次温针灸后各进行1次。

#### 4 康复训练思路及方法

严教授十分重视颈椎的康复锻炼,认为加强颈部锻炼可减轻患者的颈部不适症状,也是后期防止复发的有效手段<sup>[11-12]</sup>。根据严教授经验,结合现代康复,总结出颈部自我康复训练动作,该法可激活颈部如斜方肌、枕后肌群等肌肉,提高肌肉力量,维护颈椎生理曲度。

具体操作如下:(1)仰头对抗。患者双手握住弹力带两端将其放在后枕部,双手稍往前用力,再做仰头、低头运动,一仰一低为1次,10次/组;再将弹力带或者毛巾放在颈椎中部和颈椎下部,重复上述动作,每个部位5组/d。(2)侧屈对抗。患者双手握住弹力带两端将其放在后枕部,双手稍往前用力,再做颈部侧屈运动,两侧均完成10次,完成一侧再做另一侧,左右各10次为1组;再将弹力带或者毛巾放在颈椎中部和颈椎下部,重复上述动作,每个部位3组/d。(3)旋转对抗。患者双手握住弹力带两端将其放在后枕部,双手稍往前用力,再做颈部旋转运动,两侧均完成10次,完成一侧再做另一侧,左右各10次为1组;再将弹力带或者毛巾放在颈椎中部和颈椎下部,重复上述动作,每个部位3组/d。

#### 5 典型案例

谢某,男,31岁,2021年5月12日初诊。患者近3个月经常加班,长时间使用电脑后反复出现眩晕、颈项强痛,每每发作时感觉天旋地转、站立不稳、恶心欲呕。通过诊断,排除高血压、耳源性眩晕等可能。经颈部触诊、颈部X线进一步核实,发现枢椎往左旋转,确诊为寰枢关节错位所引起的颈性眩晕。

门诊治疗予以刃针松解配合龙氏手法复位,先于C1、C2横突尖和T7~T9棘突旁附近寻找激痛点,标记后予以刃针作十字切割松解,再予以龙氏手法中的仰头摇正法予以枢椎复位,先右侧,后左侧。初次治疗完成,患者即感颈部状态明显改善,头脑昏沉的现象消失,嘱患者需温针灸巩固,并教其练习颈椎康复操。后期温针灸5次,取穴:枕三针、风池穴、完骨穴、风府穴、哑门穴、天柱穴、百会穴、悬钟穴。经6次治疗后患者症状全消,嘱其平时注意头颈姿势,坚持每日练习颈椎康复操1次,随访半年未复发。

#### 6 讨论

现代医学认为,寰枢关节错位会影响椎动脉血运,也会引起肌肉痉挛,而肌肉痉挛、劳损会使椎动脉产生反射性痉挛,这些因素会导致椎基底动脉系统血流异常以及颈部僵硬、疼痛<sup>[13]</sup>。而颈部不适会加重椎动脉血流阻力,从而导致眩晕发生或加重。颈部僵硬、疼痛等症状的缓解,则能有效改善椎动脉血流情况,减轻眩晕程度<sup>[14]</sup>。然而颈性眩晕患者并不是单一肌肉或者小关节的问题,筋骨之间相互影响,颈性眩晕的出现是内外平衡力失调所引起,内外平衡失调又涉及颈部肌肉、关节以及韧带等,这与中医学的“骨错缝、筋出槽”理论相符合,筋骨相伴而行,互相约束,伤筋必及骨,伤骨必损筋<sup>[15]</sup>。筋骨有疾,必须筋骨同治,使强者柔、聚者散、歪者正、出者归、曲者顺、松者紧,骨归筋回,骨正筋柔<sup>[16]</sup>。基于此,严教授在颈性眩晕治疗方面尤为注重筋骨调衡。

严教授认为在治疗颈性眩晕上单纯针刺解决问题不全面,治疗效果不持久,眩晕容易反复发作,如:缓解颈部肌肉痉挛,颈部僵硬疼痛以及眩晕症状会减轻,但错位的关节未回到正常位置,两侧又会不等力地牵引肌肉,导致肌肉再次痉挛;将错位的寰枢关节整复到正常位置,但是痉挛的肌肉仍然在持续牵拉关节,又会导致关节再次错位。严教授注重筋骨平衡、筋骨同治,认为不仅要恢复肌肉、韧带等的正常张力,也要使错位的关节恢复正常生理位置,故治疗颈性眩晕以缓解肌肉痉挛、调整寰枢关节错位、使大脑血供恢复正常为关键,而使局部筋骨维持正常生理平衡则是预防复发的有效手段。

严教授采取多种外治法结合治疗颈性眩晕,认

为对患者疾病治疗及预后有益的干预方法,均可在临床应用,如推拿正骨、刃针等。本文根据严教授治疗颈性眩晕的经验系统总结出针刺、推拿、康复三者结合的治疗方法,其中刃针结合肌筋膜激痛点的松解方法见效迅速,能够有效地降低筋膜内压力,改善肌肉痉挛状态<sup>[17]</sup>。温针灸能疏通经络,增加颈部血液循环,改善局部肌肉的血供和新陈代谢,同时放松深层肌肉<sup>[18]</sup>。针刺时着重处理枕后肌肉和寰枢椎,以局部穴位为主,如经验穴枕三针,配以风池、风府等,其中风池、风府、完骨的针刺深度需达到1.0~1.2寸,严教授认为只有足够的针刺深度,才可充分刺激到枕后大直肌、枕后小直肌、头上斜肌、头下斜肌。推拿可进一步放松后枕部肌肉并对其进行激活,龙氏治脊手法中的仰头摇正法能够快速有效地将错位的寰枢关节恢复到正常位置<sup>[19]</sup>,故严教授对此法甚为认同。本病极易复发,究其原因是科技的进步改变了人类的生活及工作方式,坐姿为主的脑力劳动已经替代了站立式的体力劳作<sup>[20]</sup>。所以在无法改变生活和生活方式的情况下,严教授认为提高自身肌肉筋骨的素质显得尤为重要,故常嘱咐患者每日练习颈椎操,增强颈部肌肉力量,提升肌肉抗劳损能力,保持颈椎正常生理曲度,维护颈部力学平衡,防止复发。

## 参考文献

- [1] 何静,王新军.推拿治疗颈性眩晕的研究进展[J].新疆中医药,2020,38(3):107-109.
- [2] 周健红,许东晴,夏丽琴,等.小针刀治疗老年颈性眩晕过程中叙事医学对患者抑郁焦虑和生活质量的影响[J].老年医学与保健,2020,26(3):480-482.
- [3] 张红霞,邓海峰,张永波.益气定眩汤联合针灸治疗青年颈性眩晕的疗效及对血清 NPY、U II 浓度的影响[J].湖南中医药大学学报,2022,42(11):1897-1902.
- [4] LI Y C, YANG L, DAI C, et al. Proprioceptive cervicogenic dizziness: A narrative review of pathogenesis, diagnosis, and treatment[J]. Journal of Clinical Medicine, 2022,11(21): 6293.
- [5] 郎伯旭,王罗丹,罗建昌,等.椎动脉寰枢段因素与颈性眩晕发病的关系[J].中医正骨,2017,29(2):28-30.
- [6] JIANG Q R, FENG X, LIU D, et al. Pressing intervention promotes the skeletal muscle repair of traumatic myofascial trigger points in rats[J]. Journal of Pain Research, 2021, 14: 3267-3278.
- [7] 彭增福.激痛点针刺疗法操作特点及其启示[J].云南中医学院学报,2009,32(5):55-58.
- [8] 田楚宁,冯祥,江承,等.严洁运用“枕三针”治疗颈源性头痛[J].河南中医,2020,40(4):538-540.
- [9] 王永强,龚海洋,赵磊,等.深刺温针灸联合中医定向透药疗法治疗寒湿痹阻型椎动脉型颈椎病 48 例[J].环球中医药,2022,15(10):1954-1957.
- [10] 龙层花.颈椎病治疗学:纪念版[M].香港:商务印书馆(香港)有限公司,2007:109.
- [11] 章薇,李金香,姜必丹,等.中医康复临床实践指南:项痹(颈椎病)[J].康复学报,2020,30(5):337-342.
- [12] 朱远焰,肖光华,张巧燕,等.一种简易抗阻肌力训练操辅助治疗颈椎病的临床研究[J].中国康复医学杂志,2015,30(5):506-508.
- [13] 谭依立,吕振,洪毅.颈性眩晕的研究进展[J].中国脊柱脊髓杂志,2022,32(7):648-653.
- [14] 李曙明,张银刚,吴学元,等.颈部疼痛在颈性眩晕的发病机制中的作用[J].西安交通大学学报(医学版),2009,30(3):356-358.
- [15] 赖淑华,范志勇,王金玲,等.从骨错缝、筋出槽理论探讨林氏正骨推拿治疗颈性眩晕的关键技术规范及相关临床思考[J].中国中医急症,2017,26(4):629-631,635.
- [16] 杨时光,陈福林.陈福林“筋骨同治、尤重治筋”手法治疗膝关节骨性关节炎经验[J].内蒙古中医药,2014,33(23):125-126.
- [17] 张冲,黄永.刃针松解配合传统针刺治疗颈性眩晕的解剖学与经穴关联性分析[J].中国临床解剖学杂志,2016,34(4):454-456.
- [18] 谭伟杰,董俊球,贺丹,等.胸锁乳突肌触发点针刺联合背俞穴温针灸治疗颈源性眩晕气血亏虚证临床研究[J].中医药导报,2022,28(8):81-85.
- [19] 冯果,阳仁达,朱美亚,等.筋骨同治法治疗颈源性头痛 32 例临床观察[J].湖南中医杂志,2017,33(4):69-72.
- [20] 叶勇,罗容,丁俊洋,等.松、正、紧三法治疗脊源性疾病[J].中医学报,2021,36(10):2074-2076.

(本文编辑 匡静之)