

· 名老中医经验菁华 ·

## 范炳华治疗颈性眩晕的三部推拿法

谷海洋<sup>1</sup>, 孙静<sup>2</sup>, 范炳华<sup>1</sup>

(1. 浙江中医药大学附属第三医院, 浙江 杭州 310053; 2. 浙江省杭州师范大学附属医院, 浙江 杭州 310019)

关键词 颈椎病 眩晕 推拿 中医学术发掘

范炳华教授为浙江省名中医、中华中医药学会推拿分会副主任委员、浙江省中医药学会推拿分会主任委员, 从事中医推拿的临床、教学、科研工作 30 余年, 对颈椎病颇有研究。近 10 年来, 范教授将中医基础理论与现代解剖学结合, 传统诊断方法与现代影像学结合, 提出采用定点(穴)、定位(部位)、定方向(手法作用力方向)的三部推拿法治疗颈性眩晕的思想, 现综述于下。

### 1 对颈性眩晕病因病机的认识

颈性眩晕在中医学中属于“眩晕”范畴。《灵枢》曰:“上虚则眩”“髓海不足, 则脑转耳鸣”“上气不足, 脑为之不满, 耳为之苦鸣, 头为之苦倾, 目为之眩”。范炳华教授认为《灵枢》中所论述的“上虚”“髓海不足”“上气不足”是引起颈性眩晕的根本原因。并通过观察发现椎动脉形态学改变与血流速度变化明显相关, 血管形态学改变可能是引起椎动脉供血不足的真正原因。由此提出颈性眩晕主要的病因病机为“颈椎病变→椎动脉形态学改变→椎动脉血流动力学异常→椎动脉供血不足→“髓海不足”→眩晕”<sup>[1]</sup>。

### 2 三部推拿法形成的过程

三部推拿法治疗颈性眩晕是范炳华教授在临床工作中经过潜心研究逐步形成的。1996 年范教授提出“颈椎病五线五区十三穴推拿法”, 将经络、穴位与颈椎的解剖结构、生理功能及颈椎区域的神经分布、血管走向、肌肉韧带的起止规律相结合, 以点(穴)、线(经络)、面(区域)为基础形成颈椎病的推拿手法<sup>[2]</sup>。该方法选穴合理、针对性强, 既可以作为颈椎病的常规治疗, 也可以根据证型有选择的应用, 是颈性眩晕三部推拿法的雏形。

2000 年, 范炳华教授提出枕下三角区综合征, 着重分析了枕下三角区内的血管和神经受到影响时所产生的症状的病理机制和相应治疗手法<sup>[3]</sup>。该区即是椎动脉、枕动脉、枕下神经、枕大神经、枕小神经和耳大神经的通路, 又是风池穴所处的解剖位置。该区肌肉的紧张、痉挛或血管、神经受到炎性刺激可产生相应的症状, 其中最易受累的是椎动脉寰枕段、枕大神经和耳大神经。针对枕下三角区的这一特点, 范教授提出风池穴“一穴三向”的推拿法, 即以风池穴为基准点, 对眩晕症状采用作用力向内上(沿寰枕关节方向)的手法; 偏头痛采用作用力向上的手法; 耳鸣、重听采用作用力向外上(耳后方向)的手法。该方法既针对眩晕主症, 又解决了眩晕所伴随的头痛、耳鸣等症状, 经临床应用疗效显著。

在以前研究的基础上, 范炳华教授又利用三维 CT 椎动脉血管造影(3D-CTA)和经颅多普勒(TCD), 对颈性眩晕患者椎动脉形态学改变与血流速度变化的相关性进行研究, 并观察推拿对椎动脉形态和血流速度的影响。研究发现颈性眩晕病人的椎动脉受骨质增生和骨质畸形压迫、纤维束带牵拉, 出现不规则狭窄、纤细、走行异常、闭塞等诸多改变, 且有明显的分布规律<sup>[4]</sup>。针对椎动脉形态学改变分布的规律, 范教授提出按椎动脉的解剖分段进行推拿的三部推拿法。对 45 例颈性眩晕患者治疗前后椎动脉形态与血流速度进行观察, 结果显示三部推拿法对椎动脉血流速度的减慢和增快均有显著的调节作用; 部分患者椎动脉的形态有逆转性改变; 对眩晕症状有明显的改善作用<sup>[5]</sup>。

### 3 三部推拿法的具体操作方法

**3.1 椎动脉起始段(V<sub>1</sub>段)** 取穴: 颈臂穴(缺盆穴内 1 寸)。操作: 用拇指或示指罗纹面向内、向下按揉, 一侧椎动脉纤细者, 以纤细侧为主, (下转第 74 页)

患者就诊时,往往诉说有腰部扭伤等轻微外伤史,然后才有明显的腰部疼痛,且持续不减轻;摄 X 线片示未发现明显的异常表现。若为年轻人常常被诊断为腰部软组织损伤,而对老年人来说应注意有隐性骨折的可能。此时 MRI 检查可表现为椎体的微骨折,骨小梁的断裂或椎体的挫伤,表现为椎体信号的改变<sup>[2]</sup>。

有轻微外伤史的老年患者,伴有持续性腰痛,应高度重视骨折的存在,特别在第 2 次就诊时更应重视,虽然有些患者在 X 线片上无阳性改变,但应进一步检查。随着影像学的发展,MRI 在脊柱检查方面具有明显的优势。在微骨折诊断方面,行 X 线及 CT 检查往往不能明确诊断,常常依据外伤史、局部疼痛与压痛被诊断为挫伤。MRI 检查在确诊早期骨质挫伤方面较为敏感,微骨折所造成的髓内水肿和出血导致的含水量变化能够敏感地通过信号异常反映出来;它能够明确鉴别骨质疏松性骨折及骨肿瘤引起的病理性骨折。本组患者只要在早期行 MRI 检查,则不难作出诊断。

老年人椎体压缩性骨折往往有持续的腰痛,有的甚至逐渐加剧,有的则表现为腹部有束带感或不适感,无下肢的放射痛,久行后亦无间歇性跛行。而腰肌劳损也表现为腰痛,但适当休息或口服非甾体类消

炎药后腰痛明显好转,不会持续较长时间。腰椎退行性改变的患者往往有腰椎管狭窄症状,久行后伴有间歇性跛行。骨质疏松症是一种隐匿性进行性病变,具有骨痛症状,且疼痛症状出现或者疼痛突然加重,往往是骨折发生的征象。骨折是老年人骨质疏松症的并发症中较严重的一种,其中脊柱的压缩性骨折最为常见,此类骨折有其自身的特殊性,腰痛持续存在,逐渐加重,口服非甾体类消炎药无明显好转。这是由于轻微的外伤引起微骨折,再加上没有很好的休息,继续直立行走,积累的慢性损伤渐进性加重,逐渐引起椎体的进一步压缩,有的导致脊柱的不稳。

总之,我们认为老年人只要有腰部外伤史,脊柱 X 线片不管有无阳性改变,均应行腰椎 MRI 检查。若因条件限制,无法行 MRI 检查,则应告知患者卧床休息,因为可能会存在隐性腰椎骨折。

## 6 参考文献

- [1] Warfield Carol A, Fausett Hilary J. 疼痛治疗手册[M]. 王新华,傅强,译. 2 版. 北京:人民卫生出版社,2005:308.
- [2] Yang HL, Wang GL, Niu GQ, et al. Usig MRI to determine painful vertebrae to be treated by kyphoplasty in multiple - level vertebral compression fractures: a prospective study [J]. J Int Med Res, 2008, 36(5):1056 - 1063.

(2010-08-22 收稿 2010-10-27 修回)

(上接第 72 页)对侧为辅;两侧椎动脉纤细者,两侧交替进行。通过缓解和消除因斜角肌痉挛引起的对椎动脉的炎性刺激和挤压,缓解 V<sub>1</sub> 段痉挛引起的椎动脉供血不足,起到“开源增流”的作用。

**3.2 椎动脉孔内段(V<sub>2</sub> 段)** 取穴:两侧华佗夹脊穴(C<sub>1</sub> ~ C<sub>7</sub>)。操作:用一指禅屈拇指推法作用于颈椎后关节,一侧椎动脉纤细者,以纤细侧为主,对侧为辅;两侧椎动脉纤细者,两侧交替进行。对颈椎序列不整、颈椎后关节紊乱的患者,在仰卧位颈椎牵引状态下行左右旋转整复手法,左、右各 1 次,3 次为 1 个疗程。通过手法纠正颈椎后关节失稳,解除和缓解因交感神经受刺激引起的 V<sub>2</sub> 段痉挛,改善供血,起到“补偿平衡”的作用。

**3.3 椎动脉寰枕段(V<sub>3</sub> 段)** 取穴:风池穴。操作:用拇指尺侧偏峰按于风池穴,左拇指推右侧风池穴,右拇指推左侧风池穴,沿寰枕关节向内侧(脊柱)推动。通过手法消除枕下三角区肌群痉挛和寰枕筋膜

的炎症对椎动脉的刺激,缓解 V<sub>3</sub> 段痉挛引起的供血不足,起到“解痉通畅”的作用。临床应用<sup>[5]</sup>证实,解痉通畅法对进入颅内的椎-基底动脉痉挛也有明显的改善作用,对未进行三维 CT 椎动脉血管造影检查的颈性眩晕患者,采用三部推拿法治疗同样能有显著疗效。

## 4 参考文献

- [1] 范炳华,吴良浩,吴玲光,等.“髓海不足”与椎动脉供血不足的相关性研究[J]. 浙江中医药大学学报,2007,31(1):64 - 66.
- [2] 范炳华. 颈椎病五线五区十三穴推拿法[J]. 浙江中医杂志,1996,(2):92.
- [3] 吴树生,范炳华. 枕下三角区综合征及其手法治疗探讨[J]. 浙江中医学院学报,2000,24(5):53 - 54.
- [4] 范炳华,吴良浩,张杰,等. 颈性眩晕的椎动脉形态学改变及其对血流速的影响[J]. 中国骨伤,2004,17(1):1 - 2.
- [5] 范炳华,王鹏,徐泉珍. 推拿对颈性眩晕的椎动脉形态学及血流速的影响[J]. 中国骨伤,2009,5(22):354 - 356.

(2010-03-25 收稿 2010-05-01 修回)