

· 名老中医经验菁华 ·

范炳华教授诊治 3 种常见颈椎生理结构异常的经验

王浩, 陈佳丽, 钱桑

(浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053)

摘要 颈椎生理结构异常是颈部不适患者最常见的病理改变之一。颈椎不适症状多由各种原因导致颈椎生理结构发生改变,累及周围软组织、脊神经、脊髓、血管、交感神经等而引起。矫正颈椎生理结构异常对于颈椎相关疾病的治疗十分必要。范炳华教授在中医学传统理论指导下,结合现代医学理论及临床经验,总结出“有症必有因,症因要相关,治因宜为先”的颈椎相关疾病诊治思路及相应的治疗手法。本文总结了范炳华教授对寰齿间距不对称、颈椎侧弯、颈椎生理曲度改变 3 种颈椎生理结构异常的诊治经验。

关键词 颈椎;寰枢关节;颈椎侧弯;颈椎生理曲度;手法;骨科

颈椎生理结构异常是颈部不适患者最常见的病理改变之一。颈椎生理结构异常与颈椎间盘退行性改变、颈椎骨质增生及颈部损伤等因素相关^[1]。对于颈部不适的病因,古代医学著作中早有论述。《素问·至真要大论》中有“诸痉项强,皆属于湿”的论述;《证治准绳》中也指出,“颈项强急之证,多由邪客三阳经也”;沈金鳌在《杂病源流犀烛》中也指出,“凡颈项强痛,肝肾膀胱病也”;《张氏医通》中则有“或观书对弈久坐而致脊背痛”的论述。由此可见,中医学理论将颈部不适症状的病因归于颈项部经络受风寒湿邪侵袭,或年老肝肾不足、气血亏虚,或慢性损伤致气血瘀滞,或慢性劳损等^[2]。

现代医学理论则认为,颈椎不适症状多由各种原因导致颈椎生理结构发生改变,累及周围软组织、脊神经、脊髓、血管、交感神经等而引起^[3]。范炳华教授在中医学传统理论的指导下,结合现代医学理论及临床经验,总结出颈椎相关疾病诊治的三原则,即“有症必有因,无因不成症”的临证原则、“症因要相关,无关非诊断”的诊断原则及“治因宜为先,因去症自消”的治疗原则,并创新和改良了一系列适用于颈椎生理结构异常的杠杆扳法。本文就范炳华教授诊治 3 种常见颈椎生理结构异常的经验进行总结,以期能为广大临床医生治疗此类疾病提供参考。

1 寰齿间距不对称

寰齿间距不对称^[4]是一种临床十分常见的颈椎

生理结构异常。戴力扬^[5]对 151 例健康国人的寰齿间距进行了测量,认为成人寰齿间距 ≥ 4 mm 即可诊断为寰枢关节不稳,寰齿间距 > 3 mm 时就应该高度怀疑寰枢关节不稳。对于寰枢关节不稳的病因,目前尚未完全明确,可能与长期低头工作或颈部外伤史有关。临床上以头晕、偏头痛、后枕痛、视物模糊、耳鸣、恶心和颈肩部牵掣样疼痛为主诉的患者,60% 以上存在寰齿间距不对称的情况。体格检查可触及 C₂ 棘突偏歪、枕下三角区肌肉紧张、颈椎活动受限,转头或改变体位时诱发症状或症状加重,旋颈试验阳性^[6]。

寰枢关节是由枢椎齿状突与寰椎构成的无椎间盘的骨性关节,起着承载头颅联系脊柱的重要作用,与上段脊神经和椎动脉的关系密切。范炳华教授认为,发生寰枢关节失稳、寰齿间距不对称后,刺激或压迫不同组织或节段时可产生不同的症状:C₁ 脊神经受累可出现后枕痛,C₂ 脊神经受累则出现枕下三角区痛,C₃ 脊神经受累则出现偏头痛、耳后痛^[7-9];椎动脉受刺激时则引起椎基底动脉供血不足,出现头晕、视物模糊、耳鸣、恶心等小脑、延髓缺血症状;由于肩胛提肌起于 C₁ ~ C₄ 横突,止于肩胛骨内上角,寰枢关节失稳可导致两侧肌力不平衡,出现肩部牵掣痛。因此,范炳华教授认为寰枢关节失稳、寰齿间距不对称是引起上述症状的主要病因。按照“症因要相关,无关非诊断”“治因宜为先,因去症自消”的诊治原则,可采用杠杆定位扳法治疗寰齿间距不对称,具体操作方法如下:患者坐位,术者先以一指禅推法按揉放松上颈段两侧肌肉约 5 min,以寰齿间距狭窄侧为支点,以一手示指掌指关节突起部抵住寰枢关节,另一手按

住头部对侧左右摇动数次,趁患者放松后用力按压头部,1 次即可,常可听到“咔嚓”声。

2 颈椎侧弯

颈椎侧弯也是一种临床常见的颈椎生理结构异常,轻者可无症状,重者症状明显。临床上颈椎侧弯主要有以下 2 种类型,一种是颈椎呈“C”型侧弯;另一种是寰枕型侧弯,即颈椎侧弯不明显,而头向一侧偏歪。

范炳华教授十分重视对颈椎侧弯的矫正,他认为寰枕型侧弯是压迫、刺激寰枕段神经、椎动脉的主要原因之一。当枕大神经受到刺激时,可出现偏头痛;耳大神经受刺激时则出现耳后痛、耳鸣;枕小神经、枕神经受刺激时出现后枕痛;椎动脉受刺激时则引起椎基底动脉供血不足,出现头晕、视物模糊、耳鸣等症状。“C”型侧弯是患者颈肩部症状明显的原因之一,由于侧弯造成颈部两侧肌力失衡,轻者仅出现颈部僵硬牵掣感,重者可导致椎间孔改变或椎间盘侧向挤压出现一侧神经根受压或脊髓刺激等临床表现^[10]。

范炳华教授指出,该病的发生多与长期不良生活习惯或外伤有关,故首先应重视改变不良生活习惯及逆向调整其侧弯情况,其次要改变颈椎两侧肌肉牵拉作用,使颈椎双侧肌力趋于平衡。治疗时,在常规颈部放松推拿的基础上,采用颈椎侧弯定位侧扳法。对“C”型侧弯者,以一手虎口定位于侧弯最明显处或侧弯成角水平面关节突关节,并以此为支点,另一手扶住对侧头部相对用力侧扳 2~3 次。多数患者经 1 次治疗后颈部症状即有明显改善,隔日治疗 1 次,治疗 5 次后评估侧弯改善情况。对寰枕型侧弯,以一手示指掌指关节抵住其寰枕关节,以此为支点,操作方法同寰齿间距不对称的治疗手法。

3 颈椎生理曲度改变

颈椎生理曲度改变是临床上最常见的颈椎退行性生理结构异常之一^[11]。颈椎在冠状位上没有弯曲,但在矢状位上应有生理性前凸^[12],是脊柱适应人类直立行走的结果,能够增加颈椎弹性,具有减缓重力震荡的作用^[13]。但临床上多可见到各种原因引起的颈椎生理曲度改变,既有因长期低头等因素所造成的生理曲度减少或消失,也有因胸腰椎弧度过大代偿造成的颈椎曲度过大^[14]。颈椎生理曲度改变发生率极高,年轻人颈椎不适患者中有近 75% 与颈椎生理曲度改变有关^[15-16]。

范炳华教授指出,颈椎生理曲度改变主要责之于不良生活习惯、外伤以及颈部前后侧肌力不平衡,可运用杠杆原理采用手法来矫正。临床治疗时,先采用常规颈椎放松推拿手法,松解周围肌肉,再根据患者生理曲度变直、消失、反弓、曲度过大(颈曲最远点到颈椎后缘上下连线的距离 $>17\text{ mm}$)4 种类型,采用不同的手法矫正,或指导患者自我垫枕辅助矫正。

矫正颈椎曲度变直时,术者以一手手掌按于颈后,虎口朝上抵住枕部作为支点,另一手托住其下颈部做头后伸动作 9 次。多数患者经 1 次治疗后症状即有明显改善,治疗 5 次后评估颈椎曲度改善情况。

矫正颈椎曲度消失时,术者以一手手掌按压颈后部,另一手托住其下颈部,双手同时向上提升片刻,再用一手提升下颈部,按压后颈部的手同时向前按压形成对抗,提升与按压同步进行做 9 次。多数患者经 1 次治疗后症状即有明显改善,治疗 5 次后评估曲度改善情况。

颈椎反弓的矫正方法同颈椎曲度消失的矫正方法,同时配合垫枕进行辅助矫正,具体方法如下:取一软枕,分 3 等份,将 1/3 与 2/3 处对折,患者仰卧,将软枕折叠处垫于颈下,呈颈高头低位以矫正颈椎弧度。3 个月后评估颈椎曲度改善情况。

矫正颈椎曲度过大时,患者坐位,低头、颈部前屈,术者站在患者后方,以胸腹部抵住患者头部,双手十指交叉托住患者下颌部做顿提动作 9 次。多数患者经 1 次治疗后症状即有明显改善,5 次为 1 个疗程。嘱患者平时采用仰卧位睡姿,在头下垫 2 个枕头以矫正颈椎曲度过大。3 个月后评估颈椎曲度改善情况。

4 小 结

范炳华教授提出的“有症必有因,症因要相关,治因宜为先”的颈椎相关疾病诊治思路具有重要的临床价值。颈椎相关疾病涉及的临床表现多种多样,但其成因无外乎椎体、神经、血管、脊髓以及周围软组织损伤,且多合并颈椎生理结构异常,因此矫正颈椎生理结构异常对于颈椎相关疾病的治疗十分必要。范炳华教授总结出的针对寰齿间距不对称、颈椎侧弯及颈椎生理曲度改变的杠杆扳法具有很好的针对性,值得借鉴。

5 参考文献

[1] 王之虹,于天源.推拿学[M].9 版.北京:中国中医药出

- 版社, 2012: 155 - 159.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994: 189.
- [3] 吕江宏, 王小燕, 潘蓉. 颈椎病发病机制研究概况[J]. 甘肃科技, 2014, 30(9): 125 - 126.
- [4] 曹洁, 齐瑞, 王辉昊. 颈性眩晕病因及发病机制的研究进展[J]. 河北中医, 2016, 38(9): 1416 - 1421.
- [5] 戴力扬. 寰齿间距的放射学测量及其临床意义[J]. 中国临床解剖学杂志, 1996, 14(3): 212 - 213.
- [6] 潘之清. 实用脊柱病学[M]. 济南: 山东科学技术出版社, 1996: 340.
- [7] 范炳华. 推拿治疗学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 55 - 56.
- [8] 徐泉珍, 范炳华. 范炳华三向推拿风池穴思路及临证摘菁[J]. 浙江中西医结合杂志, 2008, 18(8): 465.
- [9] 王鹏, 范炳华. 范炳华教授治疗颈性眩晕经验集粹[J]. 中医医学刊, 2006, 24(9): 1618 - 1619.
- [10] 李义凯, 钟世镇. 颈椎管侧弯实验形态学变化及其临床意义[J]. 解剖与临床, 1997, 2(3): 98 - 100.
- [11] 王海艳, 孙艳红. 颈椎侧位 X 线片对颈椎生理曲度异常分型及早期颈椎病临床诊断价值研究[J]. 山西医药杂志, 2017, 46(5): 520 - 521.
- [12] 王有科, 覃兴乐, 徐森明. 颈椎曲度与颈椎病关系研究进展[J]. 右江医学, 2016, 44(2): 214 - 217.
- [13] 孙艳红, 王海艳. 颈源性头痛程度与颈椎生理曲度异常的相关性研究[J]. 海南医学, 2017, 28(5): 755 - 758.
- [14] 白晓东. 颈椎曲度异常分型及手法矫正治疗[J]. 中国康复理论与实践, 2006, 12(7): 629 - 630.
- [15] 曲哲, 曹洪警. 中青年颈椎病患者 X 线检查结果分析[J]. 医疗装备, 2015, 28(4): 55 - 56.
- [16] 苏江涛, 赵伟忠, 何颖强, 等. 某高校学生颈椎病致病因素病例对照研究[J]. 中国学校卫生, 2013, 34(12): 1470 - 1472.

(收稿日期: 2017-11-20 本文编辑: 李晓乐)

(上接第 51 页)

- [35] 湛祖江, 黄学成, 向孝兵, 等. 早期稳定型动脉粥样硬化斑块模型兔损伤区拉曼光谱特征及旋转手法的影响[J]. 中国组织工程研究, 2015, 19(27): 4339 - 4344.
- [36] 张磊, 李义凯, 平瑞月, 等. 不同推拿手法对食蟹猴轻度颈动脉粥样硬化模型的影响[J]. 中国临床解剖学杂志, 2017, 35(5): 543 - 547.
- [37] 黄学成, 湛祖江, 李义凯. 颈椎旋转手法对兔颈动脉粥样硬化血管拉伸力学特性的影响[J]. 医用生物力学, 2014, 29(5): 454 - 458.
- [38] 张少群, 祁冀, 张磊, 等. 颈椎旋转手法对兔粥样斑块期颈动脉拉伸力学性能的影响[J]. 医用生物力学, 2017, 32(3): 267 - 273.
- [39] ZHOU H, MENG L, ZHOU W, et al. Computational and ex-

perimental assessment of influences of hemodynamic shear stress on carotid plaque[J]. Biomed Eng Online 2017, 16(1): 92.

- [40] PASTOURET F, CARDOZO L, LAMOTE J, et al. Effects of multidirectional vibrations delivered in a horizontal position (Andulation®) on blood microcirculation in laboratory animals: a preliminary study[J]. Med Sci Monit Basic Res, 2016, 22(22): 115 - 122.
- [41] 尚仲新, 王金贵. 辨证推拿用于椎动脉型颈椎病临床治疗的应用价值[J]. 辽宁中医杂志, 2015, 42(11): 2139 - 2141.
- [42] 庞军, 胡庆, 唐宏亮, 等. 枢经推拿法对脑梗塞患者脑血流动力学影响的临床研究[J]. 辽宁中医杂志, 2017, 44(1): 132 - 134.

(收稿日期: 2017-11-30 本文编辑: 时红磊)

(上接第 55 页)

- [50] YANG N, LI Y, WANG G, et al. Tumor necrosis factor - α suppresses adipogenic and osteogenic differentiation of human periodontal ligament stem cell by inhibiting miR - 21/Spry1 functional axis[J]. Differentiation, 2017, 97: 33 - 43.
- [51] ZHANG L, TANG Y, ZHU X, et al. Overexpression of MiR - 335 - 5p Promotes Bone Formation and Regeneration in Mice[J]. J Bone Miner Res, 2017, 32(12): 2466 - 2475.
- [52] ANASTASILAKIS AD, POLYZOS SA, MAKRAS P, et al. Circulating semaphorin - 4D and plexin - B1 levels in postmenopausal women with low bone mass: the 3 - month effect of zoledronic acid, denosumab or teriparatide treatment[J].

Expert Opin Ther Targets, 2015, 19(3): 299 - 306.

- [53] ZHANG Y, FENG E, XU Y, et al. Serum Sema4D levels are associated with lumbar spine bone mineral density and bone turnover markers in patients with postmenopausal osteoporosis[J]. Int J Clin Exp Med, 2015, 8(9): 16352 - 16357.
- [54] 张韬, 陈冬冬, 翁艳, 等. Sema4D 基因沉默对骨髓间充质干细胞成骨及成脂肪分化相关基因表达的影响[J]. 厦门大学学报(自然科学版), 2017, 56(2): 173 - 177.
- [55] 李冠彗, 李灿东, 李西海, 等. 雌激素调控绝经后骨质疏松症骨吸收 - 骨形成耦联失衡的机制[J]. 中医正骨, 2016, 28(2): 36 - 40.

(收稿日期: 2017-12-26 本文编辑: 郭毅曼)