

# 范炳华教授治疗颈性眩晕经验集粹

王 鹏, 指导: 范炳华

(浙江中医药大学, 浙江 杭州 310053)

**摘 要:** 范炳华教授多年来一直从事中医推拿学科的临床、教学、科研工作, 特别是对椎动脉因素造成的眩晕病有深入的研究, 对于本病在治疗上颇具特色。范教授临证时, 善于将中医经典理论与现代西方医学以及生物力学相结合, 将其灵活运用到诊治疾病当中, 仔细辨别其发病的病因病机, 治疗效果尤其显著, 为颈椎病因素引起的眩晕患者解除病痛, 可谓手到病除。

**关键词:** 颈性眩晕; 3D-CTA; 范炳华

**中图分类号:** R255.3

**文献标识码:** B

**文章编号:** 1009-5276(2006)09-1618-02

范炳华教授系浙江中医药大学针推学院副院长, 主任中医师, 浙江省名中医, 浙江省保健委员会医学专家组成员, 浙江省中医药学会推拿分会主任委员。毕业于上海中医学院针灸推拿系, 从事针灸推拿临床、教学、科研工作 33 年。浙江省《中医推拿学》重点学科建设负责人, 浙江省《中医颈椎病》重点专科建设负责人, 擅长用中医推拿治疗颈椎、胸椎、腰椎等脊柱相关性疾病, 颈性眩晕, 运动损伤等。出版学术专著 4 部, 发表学术论文 30 余篇。负责主持科研课题获浙江省科技进步三等奖 1 项; 浙江省中医药科技进步二等奖、三等奖各 1 项。主办国家级、省级继续教育项目 3 项 5 期。

范炳华教授多年来一直从事中医推拿学科的临床、教学、科研工作, 尤其是对椎动脉因素造成的眩晕病有了深入的研究, 对于本病在治疗上颇具特色。笔者有幸随师研习, 获益良多, 现将导师对颈性眩晕的临证见解拾隅如下, 以飨读者。

## 1 循古研今 明察病因病机

中医有关“眩晕”的记载, 最经典的论述始见于《素问·至真要大论篇》“诸风掉眩, 皆属于肝”。后世最具代表性的有 3 家, 即金·刘完素的《河间六书》有“风火皆阳, 阳多兼化, 阳主乎动, 两阳相搏, 则为之旋转”的论述; 元·朱震亨《丹溪心法》的“无痰不作眩”说; 明·张介宾《景岳全书》的“无虚不作眩”论。但范师认为, 上述论述都是从中医内科学的角度加于阐述, 而临床上多数眩晕患者与颈椎的相关病变有关, 椎动脉供血不足是造成眩晕症状产生的主要原因。

有关颈性眩晕, 范师谈到, 其实在《灵枢》中就有记载。

例如《灵枢·海论》中有“髓海不足, 则脑转耳鸣”的描述; 《灵枢·口问》有“上气不足, 脑为之不满, 耳为之苦鸣, 头为之苦倾, 目为之眩”的记载; 《灵枢·卫气》则提出“上虚则眩”的理论。而后世医家张介宾在《眩暈论》中不但提出“无虚不作眩”的理论, 并着重指出“上虚则眩”。范教授认为, 《灵枢》和张介宾的“上虚则眩”, 与现代医学的颈椎病椎动脉供血不足所引起的眩晕十分相似<sup>[1]</sup>, 为此范师一直致力于颈性眩晕的研究。

由范师主持的浙江省中医颈椎推拿重点专科《推拿对颈性眩晕的椎动脉形态学及血流速的影响》及《“髓海不足”与椎动脉供血不足的相关研究》两项专科, 经过 3 年的研究对 86 例椎动脉性颈椎病眩晕患者, 采用经颅彩色多普勒(TCD)检测眩晕患者椎动脉血流速变化, 三维 CT 椎动脉血管造影(3D-CTA)检查, 观察椎动脉形态学改变及其与周围组织的关系, 得出“颈椎病—椎动脉形态学改变—椎动脉供血不足—小脑缺血、缺氧”是导致眩晕的主要原因的理论。这与《灵枢》及张介宾上述关于眩晕发生的学术观点是相吻合的。经现代化检测手段, 尤其是 3D-CTA 对本病的诊断显示, 被检查的这些颈椎病眩晕病人中 79.2% 的病人有血管形态学改变, 主要表现在椎动脉硬化、血管先天纤细、痉挛、骨质增生压迫、走行异常、纤维素带牵拉扭曲、骨结构畸形、椎动脉闭塞不显影等诸多因素造成眩晕的发生<sup>[2]</sup>。

## 2 辨因施治 手到晕除

**2.1 椎动脉硬化性眩晕的推拿关键 活血化瘀 改善血管壁弹性**

**案 1** 施某, 男, 有颈椎病史多年, 经常有头昏头晕发

淡、舌体胖大或有齿痕, 脉细弱。治法为补肺固卫、健脾益气, 以金水六君煎化裁; 1/2 心肾两虚型: 证候: 喘咳不能平卧, 心悸, 咳嗽清稀, 面浮, 下肢肿, 尿少, 面唇青紫, 舌胖质黯, 舌下清筋怒张, 苔白滑, 脉沉或结代。本型虽见心肾两虚表现, 然主要表现为血瘀于心、肝、肾等各脏器而致, 细

察舌脉可得之。因临床见症以瘀血症为主要表现, 故常用活血化瘀药合五苓散或真武汤化裁。潘师认为治疗慢性阻塞性肺疾病(COPD)也要注重应用现代医学的各种治疗手段, 在急性加重期治疗上要给予控制性吸氧; 并发感染者及时应用抗生素; 病情需要者短期给予糖皮质激素, 而后根据病情决定是否需要长时间服用糖皮质激素, 稳定期治疗对吸烟者要教育和劝导患者戒烟; 因职业性烟尘和化学物质所致, 应告知脱离污染环境; 气喘发作时予支气管舒张药吸入; 痰多者予口服或吸入祛痰药; 并坚持长期家庭氧疗。

收稿日期: 2006-03-22

作者简介: 王鹏(1979-), 男, 陕西西安人, 2004 级硕士研究生, 研究方向: 推拿治疗椎动脉型颈椎病的血流动力学及血管形态学的相关性研究。

作,伴有耳鸣、心慌、视物不清,走路不稳等症状,曾经住院治疗 1 月余,经扩血管、营养脑组织治疗,症状改善不明显。经 3D-CTA 检查,椎动脉硬化成断续不显影改变,属颈椎病伴椎动脉硬化供血不足性眩晕。范师采用颈部五线五区加特定穴定向点推拿<sup>[3]</sup>,治疗 10 次,症状完全消失。随访两年无复发。

按 范师认为,像施先生这种情况,经 3D-CTA 检查,椎动脉硬化呈断续不显影改变,属颈椎病伴随椎动脉硬化供血不足性眩晕,多见于中老年人,尤其是患有颈椎病的同时有高血压高脂血症和糖尿病的病人,发病率相对较高。推拿治疗的重点是沿颈动脉通行的线路和特定穴位定向推拿,例如采用颈部五线五区加特定穴推拿,起到活血化瘀,改善血管壁弹性,挖掘血管本身潜能,使血流加快,小脑血供增加,达到治疗眩晕的目的。

2.2 颈椎紊乱性眩晕的推拿关键 纠正紊乱消除对血管的刺激

案 2 胡某,女,31 岁。患头晕已 3 年,经检查颈椎排列不整齐,起初发作时症状不太重,每次发作时服用扩张血管缓解药,到最近一次发作时差点使胡女士晕倒,才引起重视,多普勒检查显示,椎动脉供血不足,输液药物治疗症状不见好转。3D-CTA 示血管痉挛,呈串珠样改变,经过推拿治疗 5 次,症状明显好转,10 次后症状完全消失,至今已经 2 年,一直未复发。

按 对于由颈椎紊乱所引起的眩晕<sup>[4]</sup>,范师认为多发于年轻人,除眩晕症状外,还常伴有颈部酸痛不适,有时会牵涉到肩背部及上肢,常伴有头痛、恶心、视力模糊、耳鸣等症状,且心理压力很大。X 光片常会看到有颈椎曲度变直、消失或反弓,曲度过大,后关节紊乱,排列不整齐,颈椎侧弯或呈“S”型等改变,针对这种情况引起的眩晕,推拿主要是通过手法或牵引配合推拿,矫正颈椎紊乱,有效降低交感神经对椎动脉刺激造成的缩血管作用,缓解血管痉挛、恢复血供,使眩晕症状消失。

2.3 起始段异常性眩晕的推拿关键 定点定位推拿注意力的方向

案 3 诸某,眩晕 3 年,症状严重,有时晕厥。经范师诊断分析,颈椎骨质增生并不明显,椎体排列也很正常,判断其有可能是椎动脉起始段的问题,3D-CTA 显示验证了范教授椎动脉起始段痉挛辨析的诊断,并且是双侧性。针对这一原因,范师就在位于起始段的“缺盆穴”的位置作向内侧面方向的推拿,在配合一些辅助手法治疗 5 次,症状消失了,至今并无复发。

按 通过 3D-CTA 的检查手段,如果明确眩晕是由于椎动脉起始段痉挛变细的原故所引起的,范师形象的比喻这种情况就好比自来水管进水量减少了,后面的管子再怎么正常其流量也不会增大,血管的供血也是如此。起始段异常的类型,一种是椎动脉入横突孔位置异常,正常情况下,椎动脉应该从第 6 横突孔进入上行,但也有先天变异的情况,椎动脉从第 5 第 4 甚至第 3 横突孔进入,有单侧变异也有双侧同时变异的情况,这种变异,使椎动脉失去了椎体横突孔的保护,游离段过长,极易受到周围软组织的牵拉、挤压和刺激,引起供血不足。另一种情况是起始段椎动脉瘤,成角、扭曲,位置前移等畸形改变。像这种类型眩晕的推拿,

定点、定位、定方向手法治疗是十分有效的。例如就位于起始段的“缺盆穴”的位置作向内侧面方向的推拿,再配合其他辅助手法会起到很好的效果。这主要是通过缓解或解除周围软组织对血管的刺激、牵拉或挤压,即可控制眩晕。

2.4 先天纤细性眩晕的推拿关键 促进对侧补偿维持相对平衡

案 4 王某,49 岁。有颈椎病史,体质较好,但近年来自觉容易疲劳,经常头晕脑胀,记忆力减退,起初做推拿保健按摩就能缓解症状,可最近连做了 20 多次仍然不见好转,TCD 检查一侧椎动脉供血不足,打针吃药治疗无济于事,心理压力很大。后经 3D-CTA 检查发现左侧椎动脉先天纤细,并且这一支到了颅内不与右侧血管吻合,明确诊断后,采取双侧同治加寰枕区的横向手法推拿 10 次,症状缓解,经随访无复发。

按 范师认为,若经检查是由于血管发育的问题,造成的先天纤细,或椎动脉入颅段不与对侧血管吻合,从而失去对侧血供补偿所导致的眩晕。这类病人在年轻时,由于代偿机制健全,可能不会出现眩晕,而到了中年以后,或劳累之后,其补偿机制失去作用,血供不平衡现象越来越明显,症状也就逐渐显露出来了,一旦发作就较难控制。这种类型的推拿,应双侧同治,重点放在健侧,充分发挥健侧血管的补偿功能,而患侧推拿主要是尽最大可能挖掘其潜在血供能力,以维持血供相对平衡。

2.5 增生压迫性眩晕的推拿关键 整体治疗为主减轻压迫程度

案 5 张某,男,67 岁。有颈椎病史 10 年,平时颈部经常酸痛,起初用扩血管药症状可以缓解,可是最近眩晕症状加重,经 3D-CTA 检查发现,颈椎 5 6 椎体左侧关节突关节骨质增生,压迫椎动脉成角畸形,导致椎动脉供血不足发生眩晕。采用经部五线五区十三穴,加枕下三角区、锁骨上区定位定向推拿法治 15 次,症状基本消失,未见明显发作。

按 针对由于颈椎骨质增生压迫椎动脉而引起的供血不足导致的眩晕,此类情况属于典型的椎动脉性颈椎病。临床上约占 10% 左右,椎动脉实质性受压迫造成血流不畅是主要原因。临床处理比较困难,手术切除增生物是彻底消除眩晕的唯一有效方法。但患者一般多愿意首先选择保守治疗,在保守治疗无效的情况下才考虑手术。推拿时可采用“亚”字型推拿法,具体操作采用颈部五线五区十三穴,加枕下三角区、锁骨上区定位定向推拿,根据椎动脉起始、上行、拐弯入颅等“必经之路”进行整体治疗,松解痉挛,消除炎症水肿,减轻压迫程度,缓解增生、炎症对交感神经的刺激,最大限度发挥血管潜能促进健侧椎动脉流量增加,达到止晕的目的。

#### 参考文献:

- [1] 范炳华. 张介宾“无虚不能作眩”论的学术价值浅识[J]. 中医药学刊, 2004 22(9): 1628
- [2] 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
- [3] 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
- [4] 范炳华. 颈椎紊乱征 48 例报告[J]. 中国骨伤, 1993 6(2): 20