

# 林氏正骨手法治疗儿童颈性眩晕思路研究

赖淑华, 范志勇, 黄淑云, 吴山

广东省中医院, 广东 广州 510120

[关键词] 颈性眩晕; 儿童; 林氏正骨手法

[中图分类号] R441.2; R681.5+3 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415(2017)08-0175-03

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2017.08.056

颈性眩晕主要是指由于颈椎及其附属软组织发生功能或器质性病理变化引起的以眩晕为主要表现的综合征, 可伴随有颈部疼痛、活动受限、胸闷、心慌、头痛等症状。并可因颈部活动而诱发或加重眩晕。随着手机、笔记本、iPad等电子设备应用频率的增加, 颈性眩晕逐渐年轻化且发病率逐渐上升<sup>[1]</sup>, 其中不少是儿童。笔者在临床中运用林氏正骨手法治疗儿童颈性眩晕症, 取得很好的疗效。现主要从中西医角度来阐述该病的发病机理和运用林氏正骨手法治疗儿童颈性眩晕的思路, 从而进一步完善诊疗技术及推广普及应用。

## 1 中西医对儿童颈性眩晕的理论分析

1.1 中医经络与儿童颈性眩晕 中医经络辨证是根据患者外在病症及体表阳性反应点, 如疼痛、麻痹、皮肤变异点及结节等阳性反应物, 出现在哪条经脉循行路径上来进行诊断<sup>[2]</sup>。颈部为人体重要枢纽, 是督脉及足太阳膀胱经的必经之路。故颈性眩晕与该两经关系密切。《灵枢·经脉》曰: “膀胱足太阳之脉, 起于目内眦, 上颊, 交巅; 其支者, 从巅至耳上角; 其直者, 从巅入络脑。”督脉行于颈背部正中, 总督诸阳, 为阳脉之海。《素问·骨空论》曰“督脉者, 起于少腹, 以下骨中央, 与太阳起于目内眦, 上额交巅上, 入络脑。”故临床上, 对于儿童颈性眩晕的治疗多需从颈部膀胱经、督脉入手。

1.2 从西医解剖学分析儿童颈椎与眩晕关系 儿童颈椎及各附属结构相对于成人均未完全发育完全, 导致其椎间盘、韧带及后小骨关节稳定性较差。同时也造就了儿童颈椎活动范围较成人小, 容易遭受急性外力损伤及慢性过度劳损。一般认为, 形成颈性眩晕的原因有如下几个方面。①颈椎上段椎动脉受影响是主要原因。从颈椎侧面看, 儿童颈椎生理曲度较小, 排列呈稍前凸弧度。但儿童颈椎的生理活动度均比成人小, 故容易出现寰枢椎、寰枕关节错缝移位、颈枕部肌肉痉挛, 从而引起寰椎平面节段的椎动脉产生扭曲或刺激挛缩, 导致椎-基底动脉供血不足而眩晕。特别在颈椎向一侧过度旋转时, 加重椎

动脉刺激。有关专家研究表明, 寰枢椎移位是颈性眩晕的重要原因<sup>[3]</sup>。②颈椎椎动脉的椎孔内段也是常见原因。儿童椎动脉始于锁骨下动脉, 常把它分为起始段、椎孔内段、寰枢段、颅内段。椎孔内段是指第六颈椎横突孔至第三颈椎横突孔段。由于儿童颈椎椎间盘、后小关节、前后纵韧带等较成人均未发育完善, 稳定性较差。尤其是后小关节的紊乱, 容易导致整节椎体的侧向、前后或旋转位的错位, 使得相应节段椎动脉受刺激挛缩, 最终引起椎动脉的血液动力学改变, 大脑血液供应不足而产生眩晕、恶心等系列症状。③椎动脉颈枕段的筋膜痉挛或椎动脉沟的解剖异常。颈椎椎动脉从寰椎两侧横突孔穿出后, 向内后绕过侧块沿椎动脉沟行走, 并通过寰枕后膜进入枕骨大孔到达颅内。但如果某侧椎动脉在寰椎上关节突的迂曲较大, 或受颈枕部挛缩筋膜影响, 头颈部产生屈伸或旋转动作时, 局部椎动脉受牵拉而影响血流通过, 可立即产生眩晕。另外, 寰椎两侧椎动脉沟环异常存在的儿童, 也容易出现颈性眩晕<sup>[4]</sup>。

1.3 儿童颈性眩晕的发病机理 中医学认为, 儿童颈性眩晕属眩晕范畴。其基本病理变化有虚实两种。虚证者多为儿童先天髓海不足, 或后天脾胃亏虚、气血不足, 导致清窍失养而眩晕; 实证者因为饮食失调, 风、火、痰、瘀上扰, 童窍不通而致。病位在于头颈部, 与肝、脾、肾脏相关。症状以颈性眩晕为主, 伴有恶心、呕吐、颈部疼痛、活动不利等不适。

现代医学认为, 儿童颈性眩晕的发病机制尚未明确, 主要与椎动脉的寰枢段、椎孔内段、椎动脉沟异常、颈交感神经、本体感觉及肌肉因素等有关<sup>[5]</sup>。多数专家认为椎-基底动脉供血不足是较为明确的一个因素。另外, 儿童前庭神经系统主要依赖椎动脉供血, 对椎动脉的缺血异常敏感, 因此颈性眩晕容易伴随着前庭病理症状<sup>[6]</sup>。也有学者在临床诊治研究中观察到, 不少儿童的眩晕与颈椎疾病有密切的关系<sup>[1]</sup>, 并且主要病变部位在寰枢椎或上段颈椎<sup>[7]</sup>。以下主要从颈椎因素来分析儿童眩晕的发病机理。①颈椎独有的生理病理因素: 儿童处于身

[收稿日期] 2017-02-19

[基金项目] 广东省科技厅课题(2014A020221043); 广东省自然科学基金项目(2015A030313345); 广东省财政厅项目(2013KT1531); 建设中医药强省专项广东省首批省名医师承项目

[作者简介] 赖淑华(1979-), 男, 主治医师, 研究方向: 中医推拿治疗脊柱及相关疾病。

[通讯作者] 范志勇, E-mail: fzstrong@163.com

体生长发育时期,其颈椎间盘含水量可达80%,弹性大、可塑性强,儿童天性好动会使颈椎常处在失稳状态;且椎体附属的韧带含水量亦高,颈部肌肉松软,起不到很好的对抗及固定作用,椎体容易出现滑动。如果颈椎间盘或韧带长期受压和张力过高,容易刺激椎动脉或颈交感神经,引起眩晕、恶心、颈痛等症状<sup>[1]</sup>。②寰枢椎先天发育异常因素:正常儿童的枢椎上部由一个齿突与寰椎前弓正中后面的关节面形成关节。胚胎时期,齿突原为寰椎椎体的一部分,发育中会逐渐产生分离并与枢椎融合。并且齿突一般在6岁左右与枢椎椎体融合,如不融合即为先天游离。其他如半椎体、蝴蝶椎、阻滞椎、椎体附件融合畸形、椎体发育不良、椎动脉沟等因素均可引发颈性眩晕。③感染因素:儿童免疫力不足,容易罹患咽喉炎、扁桃体脓肿、中耳炎、结核等,可导致咽后壁或颈项部韧带发炎,韧带松弛,破坏颈椎稳定性,继而引起寰枢关节错位导致颈性眩晕。临床中观察到,大多儿童的自发性寰枢椎错位与咽喉及颈部炎症密切相关。武煜明等<sup>[2]</sup>利用新鲜死亡的胎儿和童尸标本进行淋巴灌注研究,结果显示咽喉部和颈椎周围韧带、肌肉及后小关节关系密切,咽喉部的细菌病毒可以沿淋巴管扩散到颈椎周围的组织。④不良习惯因素:随着电子产品的普及,儿童常沉迷于网络或游戏中,长期低头的不良习惯,易导致儿童颈椎产生组织病变而出现颈性眩晕。此外,儿童活泼好动、无所畏惧的天性,加之尚未发育完整的颈椎解剖结构和复杂的生理功能,容易引起其颈椎发生小关节错位或局部组织病变,导致眩晕等症状。

## 2 林氏颈椎定点旋转扳法

2.1 林氏颈椎定点旋转扳法的操作要领 以左侧颈椎寰枢关节引起之眩晕为例:先让患儿端坐于治疗椅上,嘱其目光向前平视,双臂自然下垂并用手轻拉治疗椅下方;术者站立于患儿背面偏左,用右手拇指按压住患儿颈椎枢椎横突与棘突之间,其余四指环扣住颈椎;使颈椎稍微前屈约5°,并向左侧旋转40°~45°,术者左手臂环绕过患儿下颌前,手指自然撑开并环抱患儿枕后部;使患儿左侧头颈部贴紧术者胸前部并向左后方旋转,颈椎出现自然阻力感时,术者给予一个力量适中、轻巧、快速、稳重的爆发扳动力;感觉手下有颈椎后小关节移动感或同时听到“咔哒”声,手法操作完成<sup>[3]</sup>。

## 2.2 林氏手法治疗儿童颈性眩晕的注意事项

2.2.1 特别强调指下徒手触摸法 林氏正骨手法创始人林应强教授,该手法在临床诊治中尤为注重指下触摸诊法的应用。正如《医宗金鉴》所云:“一旦临证,机触于外,巧生于内,手随心转,法从手出……盖正骨者,须心明手巧,既知其病情,复善用夫手法,然后治自多效……是则手法者,诚正骨之首务哉。”林老认为,扎实的徒手触摸基本功,是正骨推拿医师务必掌握的核心技能。通过有效的触摸,才能分出病位,才能推断病理,才能明确诊治。如徒手体查时,常通过指下找出横突、棘突旁的压痛点,看局部是否存在筋结、筋出槽等异

常,并用笔使用不同的标识标注出来,待手法操作治疗时就会心中有数、临证不乱。此外,徒手触摸法不仅能用于诊断疾病、分出病位,也是判断手法疗效的重要方法。通过病位处的前后触摸比较,判断疗效是否满意。如手法治疗后,除看患儿眩晕是否消失外,还得通过指下触摸病位处原存在的肥厚感是否改变或消失,关节是否回复位置等<sup>[4]</sup>。

2.2.2 手法操作时控制好颈椎前屈角度 儿童眩晕与颈椎一个或多个病理因素有密切关系,并且多见于上段颈椎部位(寰枢关节紊乱、半脱位,颈椎后小关节错位等)。而由于儿童颈椎及关节等均处于发育阶段,使得各节段颈椎柔韧度大、稳定性差。要达到成功的手法操作,除了恰如其分的扳力外,控制好颈椎前屈角度显得尤为重要。如遇到上颈段的高位操作时,患儿颈椎前屈角度应自然地控制在10°以内。这是由于颈椎拔伸牵引及旋转的角度与要产生的最大应力密切相关。如坐位拔伸牵引并旋转颈椎时,前屈角度越小,所出现最大应力的位置就越往颈椎上段靠。随着颈椎前屈角度的增大,最大应力作用的位置就会逐渐下移<sup>[5]</sup>。因此,面对治疗下颈段问题患儿时,应当把颈椎前屈角度控制在15°~30°较为恰当。

2.3 林氏颈椎定点旋转扳法的特点 林氏正骨手法是将正骨手法与武林功学融会贯通,以爆发力运用为特色的正骨手法。所谓“爆发力”,是指术者在最短的时间单位内发出的、能快速产生最大有效作用力的手法力量。爆发力的科学有效运用,能使力点针对性地、有效快速地作用于病变关节部位,同时最大程度地减少作用力对其它健康部位的损害。手法力量的爆发运用,讲求的是力的收与控。必须达到收控自然有度、刚柔并济的要求。与生硬死板、无法无度的“暴力”,有着本质区别<sup>[6]</sup>。因此,术者在运用爆发力前,务必先让患儿颈椎旋转到自然阻力限度位置,进入亚生理区时迅速发出灵巧的爆发力扳动关节。针对颈性眩晕治疗的扳法操作时,爆发力度要轻而快、巧而准、柔而刚。这是林氏手法有别于其他派系手法的最大特色之处。

## 3 体会

儿童颈性眩晕在临床上并非少见病,以活动颈部诱发眩晕并伴随颈项及肩部疼痛为主要症状。查阅文献显示有关成人颈性眩晕的研究颇多,鲜有儿童颈性眩晕病因或手法治疗儿童颈性眩晕疗效的报道。目前颈性眩晕的发病机制尚不十分明确。大多专家认为,儿童颈性眩晕主要与颈椎生理病理因素、先天疾病因素、鼻咽喉感染因素及社会因素等多方面有关。不同年龄段儿童的语言表达及组织能力有差异,临床中他们常常无法清晰描述症状,会给医生的诊断和治疗带来困难。因此,儿童颈性眩晕的及时准确诊断,需要临床医生首先学会与儿童的有效沟通,并熟悉儿童颈椎的生理病理特点,把握颈性眩晕的诊断技巧。

中医学认为,筋柔则骨正,骨正才筋柔。理筋手法有助于恢复脊柱内外源性稳定,有着举足轻重作用<sup>[7]</sup>。林氏正骨手法

是笔者治疗颈性眩晕的主要手段,临床中本科室运用林氏正骨手法治疗儿童颈性眩晕已取得良好的效果。该手法治疗机理在于先针对患儿颈肩局部进行轻手法的揉按、弹拨等手法;再予以林氏定点旋转扳法,以滑利关节、松懈粘连组织,使得颈项及肩部肌肉最大程度放松,减轻因软组织痉挛而加重对椎动脉、交感神经、颈神经的刺激或压迫,改善头颈部血液循环,从而迅速有效地改善椎动脉的刺激状态<sup>[2]</sup>,消除眩晕。理筋放松手法之后的定点旋转复位手法,注意运用爆发力,做到收控自如。颈椎旋转前屈角度合理,扳动手法操作注重灵巧、快速。发力切忌盲目粗暴,务必要沉实持重,力求一次整复到位。而手法治疗前,术者除了明确诊断外,尚需对患儿的颈椎及身体其他情况有全面掌握,做到心中有数、法从心出。并要求对患儿进行适当的有效安抚,对家属进行必要的解释,寻求他们对手法治疗的最大配合。决不盲目动手,以免造成患儿恐惧和创伤。

倘若出现一些患儿虽经多次手法整复治疗而效果不满意时,常需考虑患儿是否合并有急性咽喉部炎症。根据辨证情况,临证可以制定中药内服加手法外治的综合治疗方案。林老常用方剂有普济消毒饮、甘露消毒丹、银翘散以及荆防败毒散加减等。通常当咽喉症状得到有效治疗后,患儿的眩晕、颈肩部疼痛、活动受限等症状亦会随之缓解或消失<sup>[9]</sup>。重视从咽喉论治儿童颈性眩晕及颈椎相关疾病也是林老临证的一大特色。

#### [参考文献]

- [1] 王洪,玲彭鑫.儿童眩晕与颈椎系疾病之间关系探讨[J].中国自然医学杂志,2004,6(4):270-271.
- [2] 林韶冰,刘懿.浅谈循经辨证在中医临证的应用[J].中

国针灸,1999(10):609-611.

- [3] 潘之清.实用脊柱病学[M].济南:山东科学技术出版社,1999:8-9.
- [4] 李小丘,邓方明,王青青,等.56例飞行员寰椎椎动脉沟环的X线表现及分型[J].解放军医学杂志,2002,27(4):348-349.
- [5] 范志勇,刘耀基,黄凯庭,等.颈性眩晕的相关发病因素及手法治疗对策[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(9):73-74.
- [6] 张国清,武慧强.颈性眩晕治疗近况[J].内蒙古中医药,2013,32(1):120-121.
- [7] 尹伦辉,敖晓龙,沈彤,等.儿童颈性眩晕患者的颈椎X线片及经颅多普勒超声特征[J].中国康复理论与实践,2014,20(8):780-784.
- [8] 武煜明,王拥军,严振国,等.咽喉炎和颈椎病发病关系的解剖学研究[J].中国中医骨伤科杂志,2000,8(2):12-14.
- [9] 吴山.林应强筋伤学术经验撷英[M].北京:人民卫生出版社,2015.
- [10] 范志勇,吴山,赖淑华,等.林氏正骨推拿治疗颈性眩晕所致咔哒声响与即时镇晕疗效的相关性研究[J].新中医,2016,48(1):76-78.
- [11] 范志勇,王卫强,钟荣芳,等.寰枢关节错缝所致颈性眩晕的诊断及手法治疗[J].颈腰痛杂志,2012,33(5):367-369.
- [12] 胡翔,陆刚锋,郜锋,等.中医手法治疗颈性眩晕的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(3):36-38.

(责任编辑:冯天保)