浮针治疗齿状突加冠综合征医案1则

王旭，刘巍

安徽中医药大学第七附属医院疼痛科，安徽 阜阳 236600

［关键词］齿状突加冠综合征；浮针疗法；非药物治疗；疼痛；医案
［中图分类号］R249 ［文献标志码］B ［文章编号］0256-7415（2026）10-0178-05
DOI：10.13457/j.cnki.jncm.2026.10.028

齿状突加冠综合征是一种罕见的颈椎病变，临床表现为急性颈部疼痛、颈部僵硬、活动受限，有时可伴有发热，同时可见血浆炎性指标C-反应蛋白（CRP）、红细胞沉降率（ESR）升高[1-5]。CT检查被称为齿状突加冠综合征的金标准[6]，表现为枢椎周围的关节部位软组织形成钙化物。Xie L等[7]认为，其原因是焦磷酸钙晶体沉积在第2颈椎的齿突上，形成高密度的“牙冠”。Abhishek A等[8]学者在焦磷酸钙疾病分类标准中指出焦磷酸钙疾病在65～74岁的个体中发病率为15%，且无性别差异。随着人口老龄化趋势的出现，齿状突加冠综合征在临床将会愈发常见，故而其诊疗方式的普及也愈发重要。目前普遍认为口服非甾体抗炎药或非甾体抗炎药联合皮质类固醇是治疗齿状突加冠综合征的首选方式[1-5]，有研究表明，使用低剂量（15～30 mg/d）皮质类固醇的疗效优于传统的非甾体抗炎药，并且建议逐渐递减皮质类固醇的剂量[9]。

由于齿状突加冠综合征多发生于老年患者，在某些特殊情况下，如合并骨质疏松、消化道溃疡、既往有消化道出血病史者，应用非甾体抗炎药或皮质类固醇药物有诸多不便并可能带来一定的风险。因此，探索并采用一种外部治疗的方法，对这些患者而言，具有极为重要的现实意义。浮针是基于中国传统针刺理论，结合西方国家医疗体系理论形成的特殊针刺方法[10-11]，是利用专门的针具，由筋膜触发点（MTrPs）附近平行于肌肉进针，刺入浅筋膜层，于浅筋膜层施行平行于浅筋膜层的扫散动作[10]，与此同时，结合目标肌肉周围肌群自主或被动的舒张收缩活动，让肌肉组织得到血液“再灌注”[11]，通过改善血液循环，发挥止痛、抗炎的作用[12]。

1 医案

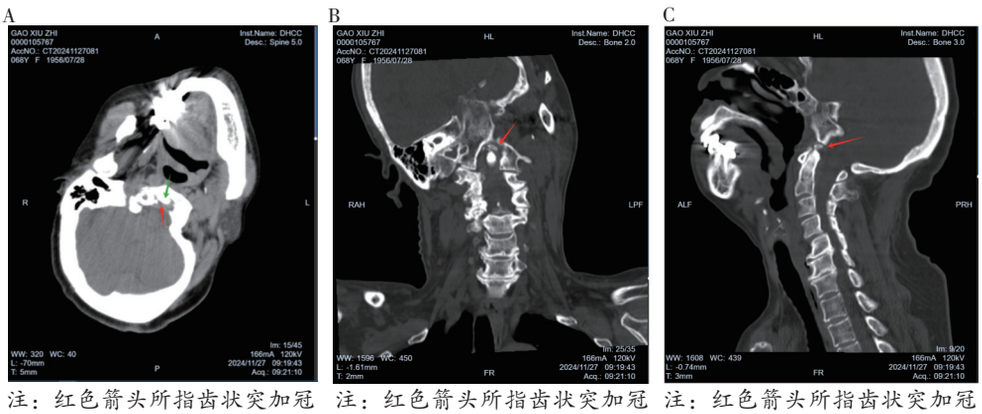
患者，女，68岁。主诉：右侧颈部疼痛2个月余。患者就诊时伴有严重的斜颈，询问病史得知，患者于2个月前无明显诱因下出现晨起时颈部剧烈疼痛，以右侧为重，呈牵涉样持续疼痛，并伴有颈部活动受限，活动颈部时疼痛加剧，但无明显放射痛，发作过程中无肢体麻木无力、无大小便异常、无恶心呕吐、无言语不清等意识障碍，随即前往当地诊所诊断为落枕，予以口服非甾体抗炎药，症状有所缓解。但时有反复，1个月前患者突发呕血、黑便，遂前往当地医院急诊，诊断为急性上消化

［收稿日期］2025-10-16
［修回日期］2026-03-27
［作者简介］王旭（2001-），男，研究生。
［通信作者］刘巍（1985-），男，医学硕士，副主任医师。

道出血，治疗好转后出院。现患者颈项部仍疼痛，颈项向右侧倾斜，下颌转向左侧(见图1)，在无双手支撑的情况下，颈部无法长期支撑头颅，遂来本院就诊。CT全颈椎椎体平扫提示：颈椎退行性改变、颈椎侧弯、右侧胸锁乳突肌稍肥厚、寰枢关节半脱位、齿状突加冠综合征象(见图2A、B、C)。



图1　患者入院时头颈状态



注：红色箭头所指齿状突加冠征象；绿色箭头所指寰枢关节半脱位征象。

注：红色箭头所指齿状突加冠征象。

注：红色箭头所指齿状突加冠征象。

图2　治疗前CT全颈椎椎体平扫

此外，该患者既往有8年斜颈病史，未曾处理；10年2型糖尿病病史，自行服用二甲双胍缓释片(500 mg/d)、格列吡嗪片(5 mg/d)，但未曾接受正规血糖监测；1个月前因口服止痛药致上消化道出血，具体药物不详；20年前行子宫切除手术，具体不详；5年前行白内障手术，具体不详；患者自诉既往有阿莫西林及海鲜过敏史；余无特殊。

入院后体格检查：体温36.5 ℃，脉搏78次/min，呼吸19次/min，血压123/82 mmHg(1 mmHg≈0.133 kPa)，心、肺、腹部无明显异常。神智清楚，语言流利，颈项向右侧倾斜，下颌转向左侧，以中立位为0°标准，颈项向右倾斜约40°，颜面稍欠对称，无明显斜视；颈椎前屈、后伸及旋转活动均受限，颈椎前屈10°，后伸10°，左屈5°，右屈5°，向左旋转15°，向右旋转20°；颈椎上段齿状突位置处局部压痛阳性，右侧胸锁乳突肌明显紧张，呈条索状，质韧；四肢肌张力正常，无自主运动，四肢肌力Ⅴ级，四肢深浅感觉正常，四肢腱反射对称引出；压顶实验(+)，臂丛神经牵拉实验(+)，双侧指鼻实验(-)，脑膜刺激征(-)。视觉模拟评分法(VAS)评分8分。实验室检查：ESR、CRP均在正常范围内。头颅MRI平扫示：老年性脑改变、右眼晶状体信号异常，余无特殊。

患者入院后，予以颈部红光照射，每天1次；穴位贴敷(选穴：大椎，天宗，天柱，肩井。以柴胡、羌活、桃仁、红花、川乌、吴茱萸等份研磨黄酒调制贴敷)，每天1次；另予以浮针疗法，具体操作：在颈、胸、背、上肢、头枕部寻找MTrPs，常规消毒后，在距离患肌MTrPs 4～5 cm处将针头朝向MTrPs以10°～15°角度插入皮下疏松结缔组织，在大约30°范围平行于患肌做扫散手法，频率为100～120次/min，每次2 min，随后让患者主动收缩和舒张患肌10 s，使患处血液再灌注，休息1 min，随后继续重复上述操作，总共进行4～5次。拔出针头，留置塑料软针并用医用胶带固定患处，4 h后拔出塑料软针并去除医用

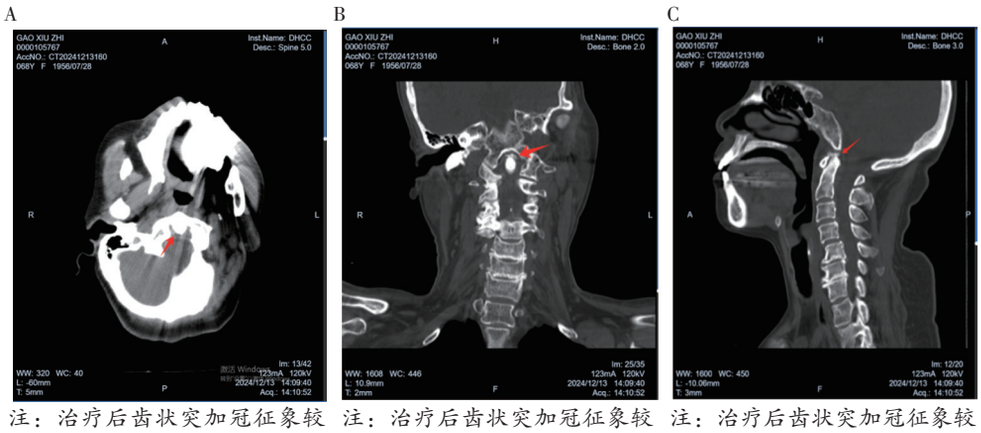
胶带。浮针治疗的初始频率为每天1次，治疗4次后，每隔1天治疗1次，治疗2周后结束。浮针治疗4次后，患者诉症状有明显缓解。

2周结束后，患者疼痛症状及头颈部状态较前明显改善（见图3），VAS评分约2～3分，颈项仍向右旋转，但较前明显好转，旋转角度约15°，颈椎活动度：前屈25°，背伸25°，左屈15°，右屈10°，左旋20°，右旋40°。

半年后随访VAS评分约0～1分，颈项向右旋转角度约10°，颈椎活动度：前屈30°，背伸30°，左屈20°，右屈15°，左旋30°，右旋45°。随访期间患者未曾复发。复查1次CT全颈椎椎体平扫，结果显示齿状突加冠征象有缩小趋势（见图4A、B、C）。



图3　患者出院时头颈状态



注：治疗后齿状突加冠征象较前明显好转。　注：治疗后齿状突加冠征象较前明显好转。　注：治疗后齿状突加冠征象较前好转。

图4　治疗后CT全颈椎椎体平扫

2　讨论

齿状突加冠综合征于1985年由Bouvet J P等[13]第1次报道，是一种由焦磷酸钙晶体在枢椎齿状突周围韧带沉积引发的急性或亚急性炎症性疾病。其典型临床特征包括急性发作的剧烈颈部疼痛、颈部僵硬、活动受限，常伴有血浆炎性指标（如CRP、ESR）升高。随着高分辨率CT的普及，齿状突加冠综合征的诊断率正逐步提高。影像学上，齿状突周围出现的“冠状”或“光环状”钙化是其特征性表现，被视为诊断的“金标准”。值得注意的是，齿状突加冠综合征好发于老年人群，其临床表现，如颈项强直、发热，有时易与脑膜炎等严重感染性疾病相混淆。鉴别要点在于，齿状突加冠综合征通常具有特征性的枢椎局部压痛及被动旋转时疼痛加剧，且颈部活动受限的特点更为特异，而脑膜炎则更多表现为弥漫性脑膜刺激征及意识障碍可能。对于临床表现不典型者，结合颈部CT与头颅MRI甚至脑脊液检查，是避免误诊的关键。目前，齿状突加冠综合征的一线治疗方案以药物抗炎镇痛为主，主要包括非甾体抗炎药，对于病情严重或顽固者，可短期应用低剂量皮质类固醇。然而，本案患者因近期发生非甾体抗炎药物相关的上消化道出血，属于经典药物治疗的禁忌人群。这一临床困境凸显了在老年、多合并症的齿状突加冠综合征患者中，探索有效且安全的非药物干预策略的必要性与迫切性。

浮针疗法理念与中医皮部理论相似，其操作近似《黄帝内经》所载浮刺、毛刺。该法强调“以痛为腧”，于患肌周围皮下浅筋膜处，施行大幅扫散手法，并配合特定再灌注活动，

借此激发皮部经气，疏解局部气血，从而发挥止痛效果。浮针疗法的目标作用层次位于皮下浅筋膜区。该区域的层状结构借由垂直走向的纤维隔膜相互联结，构成立体网状框架。浅筋膜内部走行的血管与神经等结构，皆由上述纤维隔包绕并保护。若浅筋膜受损，会激发肌成纤维细胞产生纤维化，进而形成瘢痕组织，对周围血管神经造成卡压，诱发疼痛等不适症状。浮针施治时，在其浅筋膜层实施横向扫散操作，可有效松解已形成的纤维结节，解除对血管神经的束缚，从而直接消除病理基础。此外，浮针亦能引起肌筋膜与肌小节层面的改变。如施娟娟等[14]采用浮针处理前侧筋膜——腰五穴，并配合“再灌注运动”，以干预发生致密化的筋膜组织。研究结果显示，该干预方式能够拉伸MTrPs收缩结节中短缩的肌小节，减少肌动蛋白与肌凝蛋白间的重叠区域，促使缺血紧张的致密化中心重新获得血液灌注，由此发挥松解筋膜、镇痛作用。另一方面，当疏松结缔组织的空间构成发生改变时，可释放生物电信号，并沿该组织传导至病变区域，产生反压电效应，进而调节细胞膜离子通道状态，激活机体自身抗病机制，迅速缓解疼痛[15]。同时，浮针刺激局部还可调节全身细胞因子表达水平，有效减轻疼痛反应。王茉蕾等[16]的临床研究揭示，浮针干预可有效调控血清炎症介质，如下调促炎因子白细胞介素-1β与P物质的表达，从而抑制痛觉信号传导；同时还能提升5-羟色胺等抑制性神经递质水平，通过双向调节发挥镇痛效应。

本病例的成功治疗为我们提供了重要的临床启示：对于存在非甾体抗炎药或皮质类固醇药物使用禁忌的齿状突加冠综合征患者，以浮针为核心的非药物综合疗法（如结合穴位贴敷、物理治疗等）可作为一种有价值的替代或补充治疗方案。不仅避免了系统性用药带来的潜在风险，而且直接作用于疼痛与功能障碍的局部，显示出良好的靶向性。本案患者在接受浮针治疗后，其疼痛程度（VAS评分）和颈椎活动度均得到显著且持续的改善，远期随访效果稳定，初步证明了该疗法对于齿状突加冠综合征，特别是慢性迁延性或药物禁忌病例的临床应用潜力。

作为单一病案，其结论的外推性有限，浮针对齿状突加冠综合征的确切疗效及作用机制仍需通过设计严谨的大样本随机对照试验（RCT）来进一步验证。未来应致力于：①开展多中心、大样本的RCT，直接比较浮针与标准药物治疗齿状突加冠综合征的疗效与安全性；② 利用超声、红外热成像等技术，客观评估浮针治疗前后局部血流、筋膜张力及炎症状态的变化，为其作用机制提供更直观的影像学证据；③探索浮针与其他非药物疗法（如特定手法、物理因子治疗）的最佳组合模式，以优化治疗方案。

总结而言，本医案初步表明，以筋膜理论和局部炎症调节为潜在机制的浮针疗法，对于药物治疗存在禁忌的齿状突加冠综合征患者，是一种安全、有效且颇具前景的非药物干预选择。它为老年疼痛管理，特别是合并用药高风险的患者群体，提供了新的诊疗思路。

[参考文献]

[1] 唐谨，李俊杰，吴从俊，等. 齿状突加冠综合征3例报告[J]. 中国脊柱脊髓杂志，2020，30(1)：91-94.

[2] 黄攀，徐敏，何晓英. 齿状突加冠综合征一例[J]. 中国现代神经疾病杂志，2020，20(9)：832-834.

[3] 李叶婷，吴倩，陈浩，等. 齿状突加冠综合征一例[J]. 放射学实践，2021，36(10)：1335-1336.

[4] 徐浩洋，王占奎. 类风湿关节炎合并齿状突加冠综合征3例[J]. 风湿病与关节炎，2024，13(10)：33-35.

[5] 马晓东. 温针灸治疗假性痛风治验1例[J]. 针灸临床杂志，2004，20(10)：25.

[6] QIN X，HU X，WANG Q，et al. A rare acute neck pain cause that

can have misdiagnosis or missed diagnosis-crowned dens syndrome: description of two cases and a literature analysis[J]. Quant Imaging Med Surg, 2021, 11(10): 4491-4496.

[7] XIE L, FANG H, DONG C, et al. Acute Neck Pain from Crowned Dens Syndrome: A Case Report and Clinical Insights[J]. Am J Case Rep, 2024, 25: e944684.

[8] ABHISHEK A, TEDESCHI S K, PASCART T, et al. The 2023 ACR/EULAR classification criteria for calcium pyrophosphate deposition disease[J]. Ann Rheum Dis, 2023, 82(10): 1248-1257.

[9] TAKAHASHI T, TAMURA M, TAKASU T, et al. Clinical and quantitative analysis of patients with crowned dens syndrome[J]. J Neurol Sci, 2017, 376: 52-59.

[10] 李奕萱, 刘梦, 符仲华, 等. 以足背痛为例探讨浮针医学中“患肌”理论的运用[J]. 中国针灸, 2018, 38(2): 141-142.

[11] 符仲华. 再灌注和再灌注活动——关于外治法中边治疗边活动的方法[J]. 中国针灸, 2015, 35(S1): 68-71.

[12] 郭春艳, 王苏娜, 李绍荣. 浮针疗法近十年的临床研究进展[J]. 云南中医中药杂志, 2014, 35(1): 66-67.

[13] BOUVET J P, LE PARC J M, MICHALSKI B, et al. Acute neck pain due to calcifications surrounding the odontoid process: the crowned dens syndrome[J]. Arthritis Rheum, 1985, 28(12): 1417-1420.

[14] 施娟娟, 卢杰, 陆瑾, 等. 浮针扫散“腰五穴”配合再灌注活动治疗非特异性下腰痛23例[J]. 中国针灸, 2019, 39(4): 451-452.

[15] 陈韵瑶, 王国书, 赖秀娟. 腰痹通胶囊联合浮针对腰椎间盘突出症患者腰椎活动度及腰背肌表面肌电信号的影响[J]. 广州中医药大学学报, 2024, 41(5): 1174-1180.

[16] 王茉蕾, 马力群, 李华. 浮针疗法联合推拿治疗慢性非特异性腰痛气滞血瘀证46例[J]. 环球中医药, 2022, 15(3): 511-514.

（责任编辑：刘淑婷）