

◆临证医案◆

峨眉伤科流派治疗颈椎病误诊医案1则

张梦竹, 冯跃 指导: 罗才贵

成都中医药大学, 四川 成都 610075

[关键词] 神经根型颈椎病; 周围性面神经麻痹; 误诊; 峨眉伤科流派; 医案

[中图分类号] R249 [文献标志码] B [文章编号] 0256-7415 (2023) 07-0203-04

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2023.07.042

峨眉伤科流派代表性传承人罗才贵教授是四川省首届名中医, 在继承成都杜氏骨伤传人杜琼书先生推拿理筋手法的基础上, 结合现代医学解剖学知识, 形成了别具一格的中医伤科理筋手法。罗才贵教授以“抓主症, 明病因, 创公式, 巧组方”为原则, 强调明确诊断为第一要务, 创立松、分、温、顺的手法总纲, 针刺、汤药诸般配合, 标本兼顾, 防杜复发之机。其中, 提捏弹筋拨络法是其治疗颈椎病的重要理筋手法。笔者随诊学习, 收益良多, 现将罗才贵教授诊治1例神经根型颈椎病误诊为周围性面神经麻痹的病例诊疗过程报道如下。

1 医案

患者, 女, 42岁, 2022年4月2日初诊。主诉: 左面颊麻木1个月。现病史: 患者1个月前无明显诱因出现左面颊麻木, 感觉减退, 以左耳垂周围区域明显, 耳心有不适感。在外院就诊, 体格检查: 患者神清, 精神可, 心肺未见异常。左侧未见额纹消失、鼻唇沟变浅、嘴角歪斜流涎, 可皱眉、闭眼、鼓腮, 耳部无疱疹、听觉无异常。辅助检查: 肌电图检查未见异常。诊断为周围性面神经麻痹。予针刺治疗(具体方案为针刺患侧阳白、四白、颧髎、颊车、地仓、翳风、牵正、太阳、合谷, 行平补平泻针刺手法, 隔天1次), 治疗1个月后, 病

情反复, 迁延不愈, 复查肌电图未见异常。遂求诊于罗才贵教授。

诊见: 左耳周、面、颈部有明显针刺麻感, 口腔内壁时有麻木, 舌前2/3处感轻微麻木, 感觉减退, 无味觉异常, 时有目干口渴, 自觉上肢沉重乏力, 伏案劳累则病情加重, 休息后可缓解。患者神疲乏力, 纳不香, 寐不安, 二便调, 舌淡、苔白少, 脉细弱。患者既往无面瘫病史, 发病前持续劳累2周。体格检查: 颈部曲度变直, 颈部关节活动度下降, 颈肩部肌肉压痛, 颈背部肌张力增高, 椎间孔压迫试验阳性。左侧未见额纹消失、鼻唇沟变浅、嘴角歪斜流涎, 可皱眉、闭眼、鼓腮, 耳部无疱疹、听觉无异常。颈椎核磁共振(MRI)示: 颈椎轻度退变, C₂~C₅椎间盘轻度膨出; 颈椎曲度变直。西医诊断: 神经根型颈椎病(颈丛神经受压); 中医诊断: 项痹病(气血失和证)。

治疗方案: 采用“走经留气”针法和峨眉伤科“提捏弹筋拨络法”联合治疗。①取穴: 大椎、百会, 双侧颈百劳、肩外俞、率谷、C₂~C₃椎旁阿是穴, 患侧翳风、听宫、颊车。操作: 患者取俯卧位, 常规消毒穴位皮肤, 针刺顺序遵循十二经脉流注次序, 依次为颊车、肩外俞、听宫、翳风、率谷、大椎、百会、颈百劳、阿是穴。双侧颈百劳、

[收稿日期] 2022-10-27

[修回日期] 2023-03-12

[基金项目] 四川省第四批省级非物质文化遗产代表性项目(IX-15); 成都中医药大学教学质量工程重点项目(ZLGC202140)

[作者简介] 张梦竹(1998-), 女, 硕士研究生, E-mail: 1606727491@qq.com。

[通信作者] 冯跃(1984-), 男, 医学博士, 副教授, 硕士研究生导师, E-mail: fengyue714@163.com。

双侧肩外俞、大椎用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 20 ~ 25 mm, 得气后留针; 双侧阿是穴用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 12.5 ~ 20 mm, 得气后, 使针尖朝向面部, 与皮肤成 100° ~ 110° 夹角, 行小幅度提插捻转手法, 使针感沿颈部向面部传导; 百会、双侧率谷用 0.25 mm×25 mm 毫针平刺, 捻转得气后留针; 患侧翳风、颊车用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 12.5 ~ 20 mm, 捻转得气后留针; 患侧听宫张口取穴, 用 0.30 mm×40 mm 毫针直刺 12.5 ~ 20 mm, 得气后留针。以上均留针 30 min。②针刺结束后休息 5 min, 再行峨眉伤科提捏弹筋拨络法。操作: 患者取俯卧位, 施拿、揉、按、按法放松肩颈部 15 min; 再以峨眉伤科提捏弹筋拨络法施于颈项, 提捏双侧胆经 2 min, 弹放双侧胆经与膀胱经 3 min, 点拨膀胱经、督脉与枕骨下缘 2 min, 施术 2 遍共约 15 min。嘱患者仰卧或取坐位, 对 C₂~C₃ 颈椎行定位旋转扳法, 以整复关节; 最后以摩法、揉法结束施术。针刺与推拿均隔天 1 次, 治疗 1 周。

2022 年 4 月 9 日二诊: 患者自觉症状好转, 面颈耳部皮肤的感觉异常明显减轻, 口腔内壁、舌前 2/3 处麻木减轻, 上肢沉重症状缓解, 睡眠好转, 食欲增加, 舌淡红、苔薄白, 脉弦细。继续巩固治疗 1 周, 操作方法同前。

治疗 2 周后, 患者诉偶有上肢沉重乏力, 面颈耳部皮肤、口腔内壁、舌前 2/3 处的麻木消失, 目干、口渴好转, 精神状态佳, 纳香寐可, 二便正常, 舌淡红、苔薄白, 脉弦。再予 3 次推拿治疗以巩固疗效。其后, 随访 2 周, 未再出现感觉异常及上肢乏力。

2 讨论

神经根型颈椎病是颈椎病中最常见的类型^[1], 多因颈椎间盘突出而致神经根受压或产生炎症反应引起, 以相应神经分布区域感觉异常如疼痛、麻木为主要临床表现^[2]。面部感觉异常与三叉神经相关, 三叉神经与面神经和颈丛均有交通联系。三叉神经感觉纤维部分来自于颈丛的颈皮神经和耳大神经, 分布于下颌骨下缘及以下颈部皮肤^[3], 颈丛的感觉神经来自 C₂~C₄ 脊神经^[4], 故面部感觉异常可能由颈椎病导致。面神经的感觉纤维分布于外耳道、耳廓外侧面及耳后乳突区域经中间神经传入三叉神经脊束核^[5], 耳周感觉异常可能由面神经受损导致。故神经

根型颈椎病所致面部感觉异常易与周围性面神经麻痹混淆。

2.1 颈椎病的中医诊治 颈椎病属中医项痹范畴。项痹是以颈项部疼痛、转动不能, 甚至累及肩背、上肢等处为临床表现的疾病。《素问·痹论》曰: “风寒湿三气杂至, 合而为痹也。” 风为阳邪, 易袭上位。颈项为六阳经所过之处, 与颈项面密切相关。故风邪兼夹他邪侵袭人体时易伤表阳, 卫阳困顿, 营卫不调, 留滞于经, 颈项部气血不畅, 不通而痛, 遂成项痹病。

外邪入侵致使气血瘀堵于颈项, 故见颈肩时有压痛; 累及其循行所过的面颊及口舌则出现面颊及口舌麻木、针刺感甚至感觉减退; 累及其经脉所过的上肢则出现上肢时有乏力。故以松筋通络、畅气和血为治疗原则, 重在通颈项之气血。颈面部可按经脉循行的顺序疏通气血, 依次针刺胃经之颊车、小肠经之肩外俞与听宫、三焦经之翳风、胆经之率谷, 此为“走经”; 再针刺督脉之大椎与百会, 振奋阳气, 最后刺颈百劳与阿是穴, 引导经气以增效, 此为“留气”。

罗才贵教授认为, 项痹病以体虚为本, 肝肾亏, 精血耗, 筋骨则失养; 又有外邪侵袭, 气血滞于颈项, 遂成痹病, 发为面部麻木针刺感。故推拿治疗重在疏通颈项之经络: 以松、分、温、顺为总纲, 施以提捏弹筋拨络法。罗才贵教授认为, “伤科疾病挛痛积聚者必有筋急, 筋急则气血壅滞, 痛而僵, 转舒不利”, 因此, 筋伤者须以手法松解肌肉韧带的紧张, 此为松。“外有板结僵硬, 内必有筋络粘连”, 腠理粘连, 则多在局部出现强痛、胀满不适; 筋络粘连常引起循行部位远端的不适。对腠理及筋络粘连者均应予以分离, 此为分。罗才贵教授认为, 伤科疾病中痹证常因寒凝引起, 故手法宜温。通调经络、循经推捋的手法是为温通, 主治寒凝深部经络者; 使局部发热、解除施术部位触感寒凉的手法是为温散, 主治寒侵定处, 或肌表冷痛者。温通、温散均属于温。罗才贵教授还提出, 伤科疾病病因有有形、无形之分, 有形为痰液精血、肌肉筋骨等, 无形为气与寒热等。有形者按之结聚, 痛定形固, 其道不通; 无形者按之柔软, 痛胀走窜, 其道壅滞。故手法应和调顺逆, 导达通畅, 此为顺。提捏弹筋拨络法主要有提捏肩颈以松筋骨, 弹筋拉

腱以分腠理,点穴拨络以温通经脉,颈椎定位扳法以顺有形之筋骨与无形之气血^[6]。提捏,即是拇指与四指相对捏住颈肩之筋(肌肉、肌腱、韧带、神经)并向上提起,以患者感觉酸胀为度;弹筋,即是两指如拉弓般提起筋(肌肉、肌腱、韧带、神经),以筋为弓,拉弓放弦,使筋从指尖弹放;拨络,即是手指与筋(肌肉、肌腱、韧带、神经)等走行方向垂直,进行左右拨动以分解粘连。罗才贵教授重视温通类手法,如揉法、点法。揉法频率控制在120~160次/min,可放松肌肉。点法以患者感到酸、麻、热、胀为宜,能通经止痛。

2.2 神经根型颈椎病的解剖学基础 神经根型颈椎病临床表现以压迫臂丛神经引起的症状为主,但仍有一部分患者出现以刺激压迫颈丛神经而引起的症状^[7],其解剖学基础如下:①三叉神经与颈丛相互交通联系。面部浅感觉主要由三叉神经传导,此外还有来自颈丛的颈皮神经和耳大神经。三叉神经分支的上颌神经传导眼裂以下、口裂以上的面部皮肤感觉,下颌神经传导口裂以下的面部皮肤感觉。颈皮神经传导下颈部以下的颈部皮肤感觉,耳大神经传导耳垂及周围的皮肤感觉。此四者均与面部麻木之浅感觉异常密切相关。颈皮神经和耳大神经均由C₂、C₃椎间孔穿出,颈椎受累时颈丛神经受刺激,颈皮神经和耳大神经受累,感觉传导异常,并通过交通支影响三叉神经的上颌神经和下颌神经,产生面耳麻木感觉。故患者出现面耳麻木,责之于颈椎病。②三叉神经与面神经交通联系。泪腺神经和三叉神经上颌分支颧神经的吻合支控制着泪腺的分泌;此外,面神经的第一个分支岩大神经,其副交感神经的节后纤维加入颧神经和泪腺神经的交通支,最终达泪腺司其分泌。本案患者时有目干,表明泪腺分泌异常,推测与岩大神经或颧神经受压迫或局部无菌性炎症等致使神经传导功能异常有关。与面神经相关联的副交感神经节为翼腭神经节和下颌下神经节,翼腭神经节的感觉根来自上颌神经的翼腭神经,支配腭黏膜和鼻甲黏膜的一般感觉。本案患者口腔内壁时有发麻,推测与翼腭神经受压迫或局部无菌性炎症等致使神经传导功能异常有关。翼腭神经节的副交感根来自面神经的岩大神经,支配腺体分泌。下颌下神经节的感觉根来自下颌神经的舌神经,支配口腔底及舌前2/3处黏膜的一般感觉

和舌下腺、下颌下腺的腺体分泌,与来自面神经鼓索内的味觉纤维结合,可支配舌前2/3处的味觉。本案患者舌前2/3处轻微麻木,感觉减退,时有口渴,推测与舌神经受压迫或局部无菌性炎症等致使神经传导功能异常有关;患者无味觉异常,说明面神经味觉纤维无异常。

罗才贵教授运用提捏弹筋拨络法,可缓解颈丛神经卡压的症状。颈皮神经、耳大神经来自C₂~C₃脊神经,是由颈丛发出的感觉分支。C₂~C₃脊神经在枢椎上下椎间孔穿出,枢椎附近主要肌群为头后大直肌、头下斜肌、多裂肌、颈半棘肌丛、头半棘肌丛、颈夹肌、头夹肌、斜方肌,颈丛邻近胸锁乳突肌、中斜角肌、肩胛提肌,并在胸锁乳突肌后缘中点分出颈皮神经、耳大神经^[8]。提捏肩颈意在放松浅表部位的肌群,如斜方肌、胸锁乳突肌;弹筋拉腱可放松浅中层的肌肉,如头夹肌颈夹肌、肩胛提肌;点穴拨络需要一定指力,压强较大,旨在放松深层肌群,如多裂肌、颈半棘肌丛、头半棘肌丛、中斜角肌等。颈椎定位扳法在颈项部肌肉充分放松的前提下可调整椎间隙以缓解神经卡压,从而减轻患者面部麻木的症状。

2.3 误诊原因分析及其对策

2.3.1 神经病学知识储备不够完善 面神经和颈丛通过三叉神经交通联系,故颈丛神经受压迫导致的感觉异常的分布区域与周围性面神经麻痹感觉异常的分布区域邻近;面神经出颅后的解剖位置与寰椎横突毗邻,二者易同时受压^[9],故临床上不易区分。神经根型颈椎病误诊为周围性面神经麻痹的病例报道罕见。仅见何彦蓉等^[10]治疗的30例交感型颈椎病有误诊病史的记录。焦松梅^[11]治疗的23例顽固性面神经麻痹病例均有颈椎病史。本案患者长期伏案工作,曲颈过度,引起颈椎微错位、小关节紊乱刺激周围软组织,导致炎症、水肿,更易使面神经受累。

2.3.2 体格检查不完善 周围性面神经麻痹和神经根型颈椎病均是临床常见病,表现部位均有涉及面颊、耳周、颈项,若不完善皱眉、闭眼、鼓腮、上肢牵拉试验等体格检查,则难以辨别。

2.3.3 临床经验不足 周围性面神经麻痹轻症患者2周内症状可见缓解,2个月内可痊愈,重者1年左右痊愈。本案患者仅见耳面麻木、上肢乏力,当属轻症,但针刺治疗2个月未愈,应考虑其他疾病。

2.3.4 辅助检查不完善 肌电图检查是对面神经传导速度的测定,用于判断预后。早期面瘫患者患侧诱发的动作电位M波波幅为健侧的30%或以上,说明病情轻,2个月内可康复。本案患者肌电图检查示未见明显异常,提示不是面瘫。

2.3.5 减少误诊的对策 ①临床医生应加强对神经病学及神经解剖学知识的学习,熟悉临床常见疾病相关神经的走行及分布,基本了解疾病的自然病程,以辅助对疾病的鉴别诊断。②完善体格检查与辅助检查,通过查体的阴性体征帮助鉴别诊断。③总结临床诊疗经验,在临床诊疗过程中完善对疾病的深层次认识。

3 结语

神经根型颈椎病引起感觉异常的上肢麻木、疼痛等,多责于臂丛神经受压;而以颈丛神经受压引起面部感觉异常为主症的神经根型颈椎病临床上较少见,易误诊为周围性面神经麻痹、三叉神经痛、落枕等疾病^[12]。本案患者长期伏案工作,曲颈过度,颈椎小关节紊乱,致使周围软组织产生无菌性炎症、水肿,自颈椎间孔穿出的脊神经及其后组成的颈丛神经受卡压,出现面颈耳周麻木,不是神经根型颈椎病的典型临床表现。神经根型颈椎病目前治疗多采用非药物治疗方案,如针灸、推拿、运动、牵引等^[13]。针灸推拿治疗神经根型颈椎病可有效缓解症状,临床上运用广泛^[14-16]。罗才贵教授在继承家传和系统学习中医理论的基础上,根据多年的临床经验,对此类筋伤疾病的辨证规律进行了总结。提出筋伤病情有缓急,急者可治标而对症,缓者则当深究其本源。手法、针刺、汤药诸般配合,标本兼顾,防杜复发之机。峨眉伤科流派诊断伤科疾病重视抓主症、明病因;治疗伤科疾病尤其是脊柱疾病重视从筋论治,喜柔不喜刚,疗效显著,值得使用。

[参考文献]

[1] 陈兴涛,马瑛瑛,谢春华. 中医药治疗神经根型颈椎病的临床研究进展[J]. 甘肃科技, 2022, 38(18): 143-145, 149.

- [2] 安德烈. 康复医学速查丛书: 脊柱[M]. 周谋望, 陈仲强, 刘楠, 译. 济南: 山东科学技术出版社, 2015: 295.
- [3] 全国中等卫生学校试用教材《口腔解剖生理学》编写组. 口腔解剖生理学[M]. 沈阳: 辽宁人民出版社, 1980: 29.
- [4] KAHLE W, LEONHARDT H, PLATZER W. 人体解剖学及彩色图谱[M]. 毕玉顺, 李振华, 译. 济南: 山东科学技术出版社, 2000: 840.
- [5] 孙喜才. 面神经麻痹中医疗法[M]. 西安: 陕西科学技术出版社, 1992: 4.
- [6] 卢群文, 彭坤. 罗才贵手法治疗“筋痹”经验[J]. 中国针灸, 2018, 38(10): 1101-1104.
- [7] 张侠杰, 田河水, 张俊杰, 等. 针刺颈痛穴及颈夹脊穴对神经根型颈椎病颈痛患者的疗效观察[J]. 中国疗养医学, 2021, 30(5): 511-513.
- [8] 柳登顺, 吴军, 徐继香. 实用颈腰痛诊疗手册[M]. 3版. 郑州: 河南科学技术出版社, 2014: 867.
- [9] 王毓婷. 调理颈椎在周围性面瘫治疗中的重要作用[J]. 按摩与康复医学, 2018, 9(3): 1-3.
- [10] 何彦蓉, 李世君. 针刺治疗以面部不适为主诉的颈椎病30例[J]. 中国针灸, 2011, 31(2): 176.
- [11] 焦松梅. 从颈椎治疗顽固性面神经麻痹23例体会——浅谈面神经麻痹与颈椎病[C]//第三届全国穴位埋线疗法经验交流会暨甘肃省针灸学会2015年度学术年会暨中国针灸学会穴位埋线专业委员会申报筹备工作协调会、新世纪全国高等中医药院校创新教材《穴位埋线疗法》评议会暨第十三届全国穴位埋线技术培训班针灸推拿传统与创新手法培训班论文集. 2015: 160-161.
- [12] 唐林甫, 唐奕, 罗小莉, 等. 颈丛神经痛23例报道[J]. 局解手术学杂志, 2011, 20(6): 680.
- [13] 中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)制定工作组. 中医康复临床实践指南·项痹(颈椎病)[J]. 康复学报, 2020, 30(5): 337-342.
- [14] 杨德立, 谭涛. 神经根型颈椎病的中医治疗进展[J]. 按摩与康复医学, 2022, 13(12): 55-57, 61.
- [15] WANG P, ZUO G, DU SQ, et al. Meta-analysis of the therapeutic effect of acupuncture and chiropractic on cervical spondylosis radiculopathy: A systematic review and meta-analysis protocol[J]. Medicine, 2020(99): e18851.
- [16] 陈荣仪, 黄桂成. 针灸治疗神经根型颈椎病的研究进展[J]. 时珍国医国药, 2006, 17(4): 642-643.

(责任编辑: 刘淑婷)