

◇ 參考文獻

- 1 韋緒性 (主編):《中醫痛證診療大全》,第 206-220 頁,中國中醫藥出版社,北京,1992.
- 2 Renton T. Chronic Pain and Overview or Differential Diagnoses of Nonodontogenic Orofacial Pain. Prim Dent J. 2019; 7(4): 71-86.
- 3 楊喬鈞,楊沛青,陳朝宗. 中西醫對牙周病治療的文獻回顧. 臺灣中醫臨床醫學雜誌, 2007; 13(4): 257-265
- 4 羅斌. 194 例牙痛患者分齒論治加元創性專科治療臨床觀察 [C]. 中華中醫藥雜誌 (原中國醫藥學報), 2005; 02(增刊,全國中醫藥創新與發展研討會專輯): 185-187.
- 5 王玉峰. 牙痛分區針灸治療 70 例 [C]. 甘肅省中醫藥學會第五次會員代表大會、甘肅省針灸學會第三次會員代表大會暨學術研討會論文集. 2006: 203-204.
- 6 王玉峰,彭素梅. 牙痛分區辨證配穴治療的臨床觀察 [J]. 湖北中醫雜誌, 2009; 31(6): 48-49.
- 7 林國鳳,孫韶波,李力文. 牙痛的中醫診斷與治療 [J]. 口腔醫學, 2003; 23(1): 40.
- 8 張雲龍. 淺談牙周病病因及中醫辯證施治 [J]. 中國衛生產業, 2011; (21): 105-105.
- 9 高建榮,吳承艷. 治療牙痛方藥中醫文獻研究 [J]. 江蘇中醫藥, 2003; 24(10): 47-48.
- 10 歐陽志強,蔣力生,王如意,呂愛平,張啟明,查青林. 名中醫牙痛醫案 63 例中藥配伍及方證對應規律分析 [J]. 江西中醫學院學報, 2007; 19(5): 88-90.
- 11 李明. 《中華本草》收載止痛中藥藥性規律研究 [D]. 山東中醫藥大學, 2010: 1-80.
- 12 趙璋,趙琪. 中國古代牙病防治概述 [J]. 中華醫史雜誌, 2009; 39(2): 90-92.
- 13 郝時全. 單味海桐皮治療齦齒牙痛 30 例 [J]. 中國實用鄉村醫生雜誌, 2008; 15(1): 38-38.
- 14 崔殿庫,崔森森,張翠娟. 含漱法治療齦齒疼痛 38 例 [J]. 中醫外治雜誌, 2004; 13(1): 40-40.
- 15 朱建平,秦俊芳,楊娟,朱國輝. 椒芎甘酒漱口液治療牙痛 38 例 [J]. 現代中醫藥, 2012; 32(2): 30.
- 16 魏敏. 自製複方芫花根皮漱口液治療牙痛臨床觀察 [J]. 湖北中醫雜誌, 2015; (11): 45-45,46.
- 17 王瑞婷,申興斌,郝希俊,趙夢麗. 知辛牙痛含漱液治療口腔潰瘍 176 例 [J]. 陝西中醫, 2003; 24(9): 797-798.
- 18 陳莉,張英. 針灸治療牙痛臨床研究進展 [J]. 上海針灸雜誌, 2015; (5): 483-486.
- 19 吳迎濤,劉立安. 針灸治療牙周炎臨床研究進展 [J]. 中國針灸, 2007; 27(8): 620-622.
- 20 張雲潔,孟智宏. 談「面口合谷收」 [J]. 吉林中醫藥, 2013; 33(11): 1155-1157.
- 21 張林落,朱珊,馬將. 王民集教授針刺治療牙痛二法之驗案淺析 [J]. 中醫研究, 2015; (4): 40-41.
- 22 于冬冬. 針刺「牙靈」穴治療牙痛 30 例 [J]. 中國針灸, 2017; 37(2): 218.
- 23 楊鴻飛,唐慧蓮. 中西醫結合治療牙痛 120 例臨床體會 [J]. 中醫藥資訊, 2009; 26(6): 104.
- 24 何孔文. 中西醫結合治療胃火牙痛智齒冠周炎 II 期 118 例臨床觀察 [J]. 臨床醫藥實踐, 2013; 22(10): 749-750.
- 25 楊衛國,房俊. 針灸治療牙痛 630 例體會 [J]. 針灸臨床雜誌, 2001; 17(6): 21-22.

第 18 章

頸項痛

定義和病理機制

頸部是連接頭顱和軀幹的樞紐，其特點是結構複雜，柔軟靈活，運動自如；但支撐力弱，穩定性低，易遭受外傷和勞損。頸項部即頸後部。《說文解字》說：「項，頭後也……。」雖然解剖學上未有頸項部的清晰界定，但根據頸部分區和臨床上所形成的共識，頸項部應介於兩側斜方肌前緣的頸後區，其上界為枕外隆凸與兩側乳突的連線，下界為第七頸椎棘突與兩側肩峰的連線（圖 18-1）。

發生在頸項部的各種疼痛即為頸項痛。全球約 2/3 人群都曾有過頸項痛，其中以中年人發病率最高^[1,2]。引發頸項痛的病因和病理機制多樣複雜，大體上可歸納為：（1）外傷和勞損所致的頸部軟組織損傷；（2）與年齡相關的頸椎退行性改變，如常見於中老年人的頸椎病；（3）自身免疫反應所致的炎性病變，包括類風濕性關節炎、風濕性多肌痛和強直性脊柱炎等；（4）因各種代謝紊亂所引發的骨骼病變，如畸形性骨炎、骨質疏鬆、痛風和假痛風性關節炎等；以及（5）因感染、腫瘤和全身性疾病所致的頸項痛（表 18-1）。

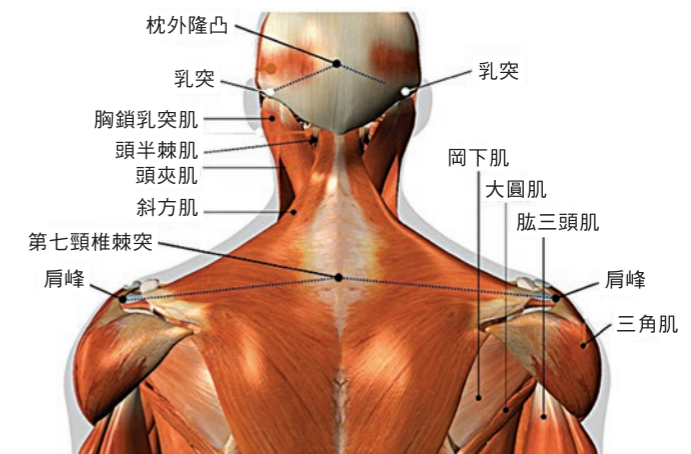


圖 18-1 頸項部邊界和主要結構

表 18-1 頸項痛病因一覽表^a

病因	疾病
·「單純性」頸項痛	
軟組織損傷	頸部外傷（扭傷、挫傷、碾傷、揮鞭傷），落枕，頸部勞損
骨骼退行性病變	頸椎病，頸椎間盤凸出，強直性骨質增生症
·「特發性」頸項痛	
自身免疫反應	類風濕性關節炎，風濕性多肌痛，強直性脊柱炎
代謝紊亂	畸形性骨炎，骨質疏鬆，痛風，假痛風性關節炎
感染性疾病	骨髓炎，骨結核
惡性腫瘤	原發和繼發性腫瘤，多發性骨髓瘤
全身性疾病	纖維肌痛，心因性頸痛（軀體形式疼痛障礙）

^a 根據參考文獻 [1,2] 整理。

由軟組織損傷和退行性變所致的頸項痛屬「單純性」頸項痛，是中醫針灸、推拿和骨傷科常見痛症之一。由自身免疫反應、代謝紊亂、感染、腫瘤和全身性疾病等所致的頸項痛為「特發性」頸項痛。一些常見「特發性」頸項痛分散在相關章節中敘述，本章重點討論「單純性」頸項痛。在臨床上，雖然大多數頸項痛的診斷並不困難，但仍需謹慎鑒別「單純性」和「特發性」頸項痛，下列臨床特點有助於判定處於活動期的「特發性」頸項痛 [1,2]：

1. 疼痛劇烈難忍，常在夜間發作，並在短期內迅速加重；
2. 持續低燒和盜汗；
3. 不明原因的體重驟減；
4. 頸部淋巴結腫大；
5. 整個頸部均有壓痛；
6. 實驗室檢測相關指標出現異常；
7. 有炎性關節炎、惡性腫瘤、感染、結核、愛滋病感染、毒品依賴或使用免疫抑制劑等病史。

「單純性」頸項痛診斷和檢查

急性損傷、慢性勞損和頸椎病是引發「單純性」頸項痛的三大主要病因。急性損傷多因外傷所致，其特點是有明確外傷史，疼痛驟起，壓痛明顯且劇烈，嚴重者頸椎出現錯位和骨折；因睡姿不良所引發的頸項肌肉痙攣疼痛，

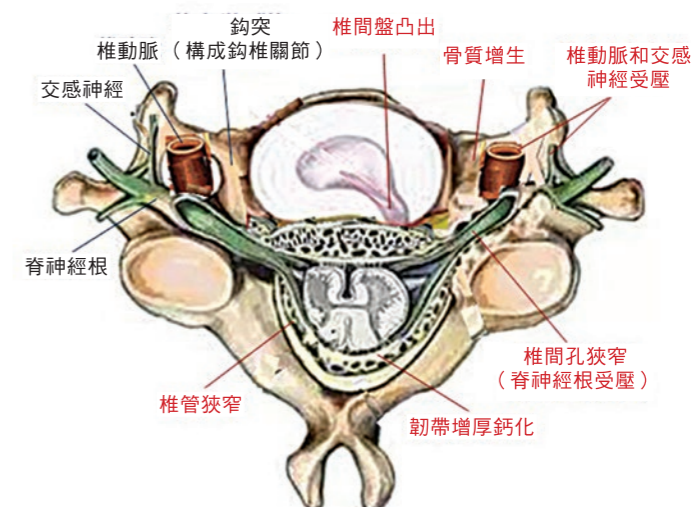


圖 18-2 頸椎病病理機制示意圖

在疼痛區常可捫及條索狀硬結，稱為「落枕」，亦屬急性損傷範疇。慢性勞損多因長期姿勢不良導致頸項軟組織受損，又稱姿勢性頸項痛或頸型頸椎病 [1-3]。急性損傷長久不愈也可演變為慢性勞損；其特點是呈酸脹痛，常有多處壓痛，但疼痛局限於頸項部，無放射現象。

頸椎病是因頸椎退行性改變引起骨質增生、韌帶增厚鈣化、椎管和椎間孔狹窄或椎間盤凸出，繼而壓迫神經根、脊髓、椎動脈或 / 和交感神經所導致的綜合征（圖 18-2）。根據病理機制和專家共識 [3]，頸椎病大體可分為三型：神經根型、椎動脈 / 交感神經型和脊髓型 [3-5]（表 18-2）。三型頸椎病的疼痛性質和影像學有明顯區別。一些特殊檢查可區分不同類型頸椎病。神經根型常用臂叢牽拉試驗和壓頂試驗，椎動脈 / 交感神經型常用旋頸試驗。操作要點如下：

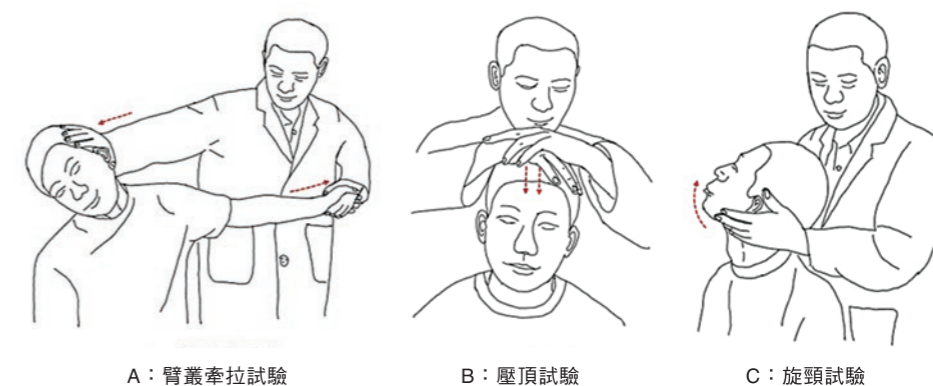


圖 18-3 頸椎病主要檢查方法

- 臂叢牽拉試驗 (圖 18-3A)：囑患者取坐位或站位，頭部略前傾並偏向健側。檢查者立於患側稍後，一手掌抵在耳後顛枕部，緩緩用力將患者頭部推向健側，另一手握住患者手腕，向相反方向牽拉，如患側臂部出現放射痛或麻木，則為陽性。
- 壓頂試驗 (圖 18-3B)：患者取坐位，頭稍偏向患側。檢查者立於其後，雙手掌疊加平放在患者頭頂，緩緩用力向下壓。如椎間孔狹窄，因神經根受壓，臂部則出現放射痛或麻木，即為陽性。
- 旋頸試驗 (圖 18-3C)：囑患者頭部稍後仰，檢查者立於其後外側，一手托扶下頷一側，另一手掌置於另一側頭顛部，然後做小幅度左右旋頸活動。如椎動脈受壓，在旋頸過程中，將進一步壓迫椎動脈，引起腦部供血不足，患者則出現頭暈、噁心等症狀，即為陽性。因本試驗可能會引起嘔吐甚至猝倒，檢查者應密切觀察，以防意外。出現陽性症狀後，應立即停止試驗。

表 18-2 頸椎病不同分型鑒別表^a

鑒別要點	神經根型	椎動脈 / 交感神經型	脊髓型
所佔比例 ^b	50%-70% ^[6,7]	10.7-19.8% ^[8]	5-15% ^[9,10]
疼痛性質	頸項酸痛、刺痛或電擊樣痛，多處壓痛或難以定位；疼痛放射至枕顛、肩胛及上肢；活動、咳嗽或噴嚏時加重；上肢和手指麻木，握力下降，甚者肌肉萎縮。	頸項僵直或疼痛，壓痛明顯；伴眩暈頭痛，視物模糊，耳鳴耳聾，心悸胸悶，噁心嘔吐；甚者頸項處於某一特定位置時，猝然跌倒；或瞳孔縮小，眼瞼下垂。	疼痛不明顯；壓迫節段以下感覺減退或異常；上肢肌力減退，無法進行精細動作（如持筷、握筆、繫鞋帶等）；下肢肌張力增高，運動失衡，行走不穩，甚者二便失禁。
特殊檢查	臂叢牽拉試驗 (+)，椎間孔擠壓 (壓頂) 試驗 (+)	旋頸試驗 (+)	膝和跟腱反射亢進
典型影像學病理特徵	椎間孔狹窄，以 C5-C6 和 C6-C7 最為明顯。	椎間隙變窄，鉤椎關節骨質增生，血管造影顯示椎動脈受壓。	頸椎間盤後凸或椎管狹窄壓迫或擠壓脊髓。

a. 本表主要根據文獻^[4,5]整理。

b. 各型所佔比例根據文獻^[6-10]估算。

中醫淵源

頸項痛者，視不同症狀和病因，中醫有諸多不同稱謂，如頸項強痛、頸項強急、項強、項背強、項脊強、頸肩痛、肩背手臂痛、頸痛、項痛、失枕、落枕、

脊背痛、肩背痛、項肩痛等。《醫宗金鑒·正骨心法要旨》有頸項筋傷描述：「面仰頭不能垂，或筋長骨錯，或筋聚，或筋強骨隨頭低。」清丹波元堅《雜病廣要》述及：「背痛乃作勞所致，技藝之人與士女刻苦者，多有此患。」清張璐《張氏醫通》亦述：「或觀書對弈久坐而致脊背痛。」明戴元禮《秘傳證治要訣及類方》言：「頸痛獨在頸者，非是風邪，即是氣挫，亦有落枕而成痛者。」清何夢瑤《醫編》亦言：「項強痛，多由風寒邪客三陽，亦有痰滯濕停，血虛閃挫，久坐失枕所致。」隋巢元方《巢氏病源·失枕候》論及：「頸項有風，在於筋脈間，因臥而氣虛者，值風發動，故失枕。」說明頸項作痛，或因風寒侵襲、驟然氣挫筋聚而起，或因刻苦久坐，血虛閃挫，痰滯濕停而致。

頸項肌肉、筋膜和韌帶等軟組織急性損傷和慢性勞損所引起的頸項痛，屬中醫「傷筋」和「筋痺」範疇^[4,11]。二者最早出自《素問·宣明五氣篇第二十三》所述的「久行傷筋」和《素問·痺論》所述的「筋痺不已，復感於邪，內會於肝。」又有「筋轉」、「筋歪」、「筋斷」、「筋走」、「筋翻」、「筋強」等稱謂，用以描述不同傷筋和筋痺之證。

頸椎病屬「骨痺」範疇。《素問·痺論》論及：「骨痺不已，復感於邪，內舍於腎。」《靈樞·經脈》中有類似頸椎病的描述：「(項)不可以顧，肩似拔，臑似折」，「項如拔。」元李東垣《內外傷辨惑論》亦述：「脊痛項強，腰似折，項似拔，此足太陽經不通行。」說明骨痺早期因感受外邪而起，後期則與外邪稽留、腎精耗損有關。

辨證分型和方藥治療

頸項之痛，或閃挫筋聚，氣血瘀滯，經脈受阻；或風寒侵襲，筋絡拘急；或氣血耗損，筋絡失養；或肝腎虧虛，筋骨失榮。根據大量臨床案例報告^[7-17]，主要有氣血瘀滯、風寒阻絡、筋絡失養和筋骨失榮四種證型^[7-17]。

1. 氣血瘀滯

臨床特點：此型主要見於頸項外傷，如扭傷、挫傷和揮鞭傷等。疼痛驟起於外傷後。壓痛明顯，可見瘀腫；在做某一特定方向活動時，疼痛加劇；頸項僵直，頸部轉側俯仰受限；關節錯位骨折者，則刺痛難忍，頸部完全不能活動；舌暗或有瘀點，脈弦緊。

證機分析：閃挫跌撲，車禍衝撞，傷及頸項筋肌、椎骨骶突，瘀血內生，經脈受阻，氣血運行不暢，生腫生痛。

治療要則：活血散瘀，理氣止痛。

常用方藥：血府逐瘀湯化裁加五靈脂、三七粉（沖服）。血府逐瘀湯專於行血散瘀。方中桃仁、紅花、赤芍、當歸、川牛膝理血通絡、散瘀止痛；川芎、枳殼行氣活血，化瘀消腫；佐以桔梗、柴胡清利散結；加五靈脂、三七活血消瘀，通絡止痛。

2. 風寒阻絡

臨床特點：主要見於落枕者，多發於夏日貪涼，晝夜空調吹拂。頸項僵直劇痛，壓痛明顯，可捫及條索狀物或硬結，多位於斜方肌外上部，頸項轉側受限；脈弦緊。

證機分析：頸項筋肉柔軟無依，若夏日睡臥貪涼，不避空調吹拂，易遭風寒侵襲。風性輕利，寒邪收引，搏結於項，氣血凝滯，經脈痹阻，筋絡拘急作痛。

治療要則：疏風散寒，舒筋通絡。

常用方藥：桂枝加葛根湯加羌活、秦艽；桂枝加葛根湯專治項背強痛。方中桂枝合芍藥和解營衛，緩急止痛；葛根生發解肌，舒筋止痛；加羌活、秦艽疏風散寒，通痹和絡；佐以生薑、甘草安中和胃。

3. 筋絡失養

臨床特點：多見於長年伏案刻苦者，或反覆落枕者。為慢性勞損所致的姿勢性頸項痛（頸型頸椎病）主要證型。頸項僵直不適，酸脹痺痛；壓痛不明顯或多處壓痛，常伴隱隱枕顛頭痛；晨起、勞累、遇冷或持續伏案後疼痛加重，活動和按壓後減輕；影像檢查頸椎退行性改變不明顯或基本正常；神疲體倦，氣短頭暈，苔薄舌淡，脈細弦。

證機分析：長期伏案勞作，或落枕反覆，耗損氣血；氣血不足，脈絡失養，筋肉失濡，發為痺痛。

治療要則：益氣養血，通絡止痛。

常用方藥：八珍湯化裁加獨活、秦艽、延胡索；八珍湯為補益氣血代表方。方中人參、熟地益氣補血；白朮、茯苓健脾生氣；當歸、白芍養血和營；川芎行氣活血；加獨活、秦艽通絡止痛；延胡索行氣活血止痛。諸藥合用，共奏補益氣血，通痹止痛之功。

4. 筋骨失榮

臨床特點：為頸椎病主要證型，多見於頸項痛遷延不愈或年長體弱者。頸項刺痛或酸痛，且放射至上肢；肩臂痺痛，手指麻木；肌力減退，握物不能；下肢運動失衡，行走不穩；時有視物模糊，眩暈耳鳴，噁心嘔吐；甚者猝然跌倒，二便失禁；苔少舌暗，脈細弦。

證機分析：筋為肝血所榮，骨為腎精所化；年老體弱或久病遷延，則肝血日虧，腎精漸耗。項椎上支頭顱，下連軀幹；轉側顧盼，屈伸俯仰，皆賴精血濡潤。若肝腎虧耗，頸項筋骨首當不得滋養，而成失榮之痛。

治療要則：補肝益腎，榮筋壯骨。

常用方藥：金匱腎氣丸合補陽還五湯化裁加續斷、狗脊、延胡索；金匱腎氣丸專治肝腎虧衰、筋骨失榮之證。方中乾地黃補腎滋陰；輔以萸肉、山藥益肝榮筋；桂枝、附子溫腎壯元；配以澤瀉、丹皮清肝瀉火，寓補於瀉；茯苓健脾生氣。補陽還五湯專治血瘀痿弱之證，已有多項研究揭示，對脊髓型頸椎病療效明顯^[9,13]；方中重用黃芪大補元氣；赤芍、桃仁、紅花活血化瘀；川芎、歸尾行氣活血；地龍搜絡通經，加續斷、狗脊強筋壯骨；延胡索行氣活血，和絡止痛。

中藥熱敷

中藥熱敷是治療頸項痛的一種常用輔助療法。根據已報告的文獻^[16-19]，擬就下列熱敷用方（表 18-3），具有活血化瘀，舒筋解痙，活絡除痺的作用，供參考使用。

操作要點：稱取表 18-3 所列總重 300 克藥材，碾碎成細小顆粒狀，混勻後



裝入兩個容積 400-500 毫升、吸水性強的軟布袋內，繫緊袋口放入鍋中，加水浸沒藥袋，煮沸 30 分鐘後，先取出一藥袋，待溫度降至 50 度左右，擰乾至不再有水下滴，然後將藥袋敷於頸項部，邊熱敷邊按揉移動布袋，並在壓痛處做重點揉按。藥袋變涼後，再換取另一藥袋做相同操作。每次熱敷 15-20 分鐘，每天 1-2 次，連續 7 天為一療程。每個藥袋可使用 1-2 天。

表 18-3 治療頸項痛中藥熱敷方組成

藥物	重量 (克)	比例 (%)
伸筋草	40	13.3
延胡索	40	13.3
威靈仙	40	13.3
桃仁	24	8.0
透骨草	40	13.3
紅花	16	5.3
雞血藤	40	13.3
葛根	60	20.0
總計	300	100

針灸治療

頸項乃經脈走行之要衝，經筋結布之彙聚。其中央為督脈所居；腎足少陰脈其支者亦貫脊入項；膀胱足太陽脈、小腸手太陽脈、三焦手少陽脈及膽足少陽脈依次旁布兩側（圖 18-4A）。其經筋或循脊，或挾脊，或繞胛走肩，匯結於枕及耳後完骨。故選穴多以上述經脈為主。頸項痛或因外傷跌撲，或因風寒侵襲，或因勞損體衰，致使血瘀阻絡，寒凝拘急，或筋骨不榮而痛。臨床上，針刺治療頸項痛，多結合電針、溫針、拔罐或刮痧等同時進行 [16-20]。

治療要則：化瘀通經，舒筋活絡，除痺止痛。

選穴原則：（1）根據疼痛部位確定阿是穴和局部要穴（表 18-4）（圖 18-4）；（2）結合辨證分型和脊髓節段分佈規律（表 18-5）（圖 18-4C），選取遠道用穴；（3）選取若干研究報告顯示具有特別療效的特定穴和經驗穴（表 18-6），這些輪穴均位於手部，其中後溪穴最為常用 [21-24]（圖 18-4B）。

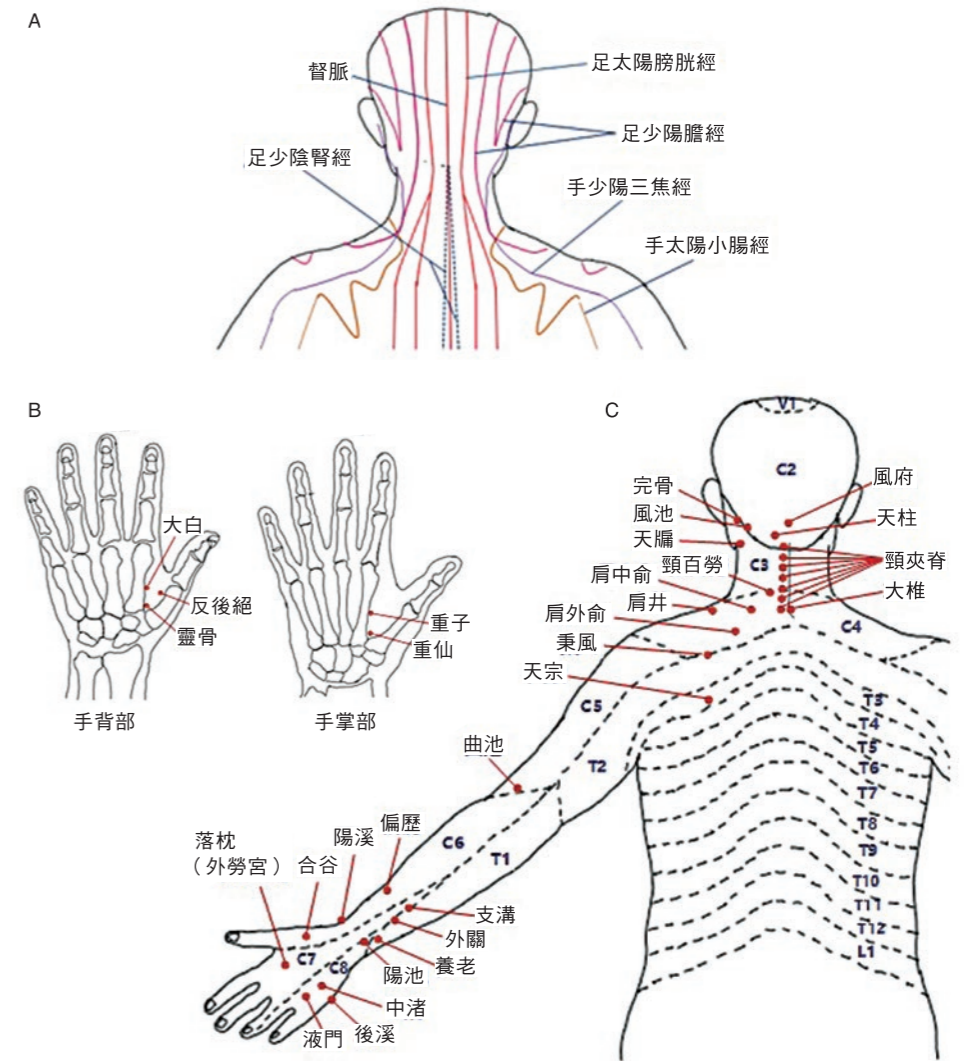


圖 18-4 頸項經脈分佈及治療頸項痛主要選穴

表 18-4 頸項痛局部和辨證選穴及功效

	穴位名稱	功效
· 局部選穴	阿是穴、頸夾脊、風池、風府、天柱、完骨、頸百勞、大椎、天牖、肩井	散瘀通絡，舒筋止痛
· 辨證選穴		
氣血瘀滯	後溪、合谷、血海、膈俞	理氣活血，通經止痛
風寒阻絡	後溪、合谷、外關、曲池	疏經活絡，行滯化凝
筋絡失養	後溪、陽陵泉、足三里	益氣充筋，強脊止痛
筋骨失榮	後溪、肝俞、腎俞、大杼、懸鐘	補肝益腎，強筋壯骨

表 18-5 頸項痛脊髓節段選穴^a

疼痛部位	穴位名稱
頸項上部(相當於 C1-4)	頸 1-4 夾脊、風池、風府、天柱、完骨、頸百勞
頸項下部(相當於 C5-T1)	頸 5-7 夾脊、肩中俞、肩外俞、肩井、秉風、天宗
放射至橈神經和正中神經(C5-T1)	曲池、偏歷、合谷、落枕(外勞宮)、外關
放射至尺神經(C8-T1)	後溪、中渚、液門、陽池、養老、支溝

^a 本表根據文獻 [1,24] 整理。

表 18-6 頸項痛常用特定穴和經驗穴定位

輪穴	定位
後溪	微握拳，第 5 掌指關節尺側緣近端，遠端掌橫紋盡頭赤白肉際處。
液門(頸痛) [25] a	手背第 4、5 掌骨之間，掌指關節前凹陷處。
中渚	手背第 4、5 掌骨之間，掌指關節後凹陷處，距液門約 1 寸。
落枕(外勞宮，落零五) [26] b	手背第 2、3 掌指關節之間，掌指關節近側 0.5 寸處。
靈骨 [27]	手背虎口拇指與示指之間，第 1、2 掌骨近端接合部盡處。
大白 [27]	手背第 2 掌骨橈側緣，距靈骨穴指側 1 寸。
反後絕 [27]	手背第 1 掌骨尺側緣，距靈骨穴指側 1 寸。
重子 [28]	手掌第 1、2 掌骨之間，距虎口邊 1 寸，與手背大白穴相對。
重仙 [28]	手掌第 1、2 掌骨接合部盡處，與手背靈骨穴相對。

a. 文獻 [25] 報告的頸痛穴和液門穴定位基本相同。

b. 文獻 [26] 報告的落零五穴和落枕穴定位基本相同。

操作要點

- 急性外傷和落枕：(1) 依具體情況取俯臥或坐位。頸椎錯位者，宜取坐位。俯臥位者，調整墊枕至舒適位置，使頸項肌肉放鬆並充分暴露。(2) 尋捫阿是穴，予以齊刺、揚刺或圍刺，快速提插撚轉以瀉之，直至酸脹快然；再選取若干局部要穴，相同操作。(3) 根據辨證和脊髓節段原理及特定和經驗穴，從表 18-3、18-4 和 18-5 中選取若干遠道用穴，平補平瀉，其中後溪和落枕為常用穴。(4) 選取 1-2 對阿是穴和局部要穴電針刺激，頻率 100 Hz，連續波，強度調至患者感覺舒適為宜，持續 25 分鐘。(5) 風寒阻絡者，另選 3-4 穴，裝艾炷溫針刺激。(6) 起針後，點火拔罐，可局部走罐。

- 慢性勞損和頸椎病：(1) 墊枕俯臥，囑患者放鬆頸項肌肉。(2) 尋捫壓痛點和確定頸夾脊及其他局部要穴，補法刺激；頸夾脊向中線方向緩緩進針約 1.5 寸，多數患者有麻酥快然之感。(3) 根據表 18-3、18-4 和 18-5，選取若干遠道用穴，平補平瀉。(4) 選取 2-3 對頸夾脊和局部要穴電針刺激，頻率 2 Hz，連續波，持續 25 分鐘。(5) 電針同時，可酌情另選穴位艾炷溫針或 / 和起針後拔罐。
- 治療頻次：急性外傷和落枕者，每日一次，連續 2-3 天，之後可隔天一次；慢性勞損和頸椎病者，隔天一次，14 天為一療程。

穴位注射

已有大量穴位注射治療各型頸椎病的報告 [29,30]。最常用的注射穴位為頸夾脊、阿是穴和風池。常用注射藥物包括單純中藥(如當歸注射液、川芎嗪注射液)、複合中藥製劑(如複方當歸注射液)、單純西藥(如利多卡因和維生素 B 族等)及中西藥混合注射液等。可根據不同症狀特點選擇注射液(表 18-7)。

表 18-7 治療頸項痛常用穴位注射液^a

疼痛特點	注射液名稱	功效
疼痛明顯	丹參注射液、川芎嗪注射液、燈盞花注射液、香丹注射液、利多卡因	活血化瘀，通絡止痛
頸椎退變明顯	當歸注射液、天麻注射液、維生素 B 族注射液	補益肝腎，強筋壯骨
頸項轉側困難、肢體麻木	黃瑞香注射液、複方風濕寧注射液	祛濕除痺，活絡止痛

^a 本表根據文獻 [29,30] 整理。

操作要點：採用 5 號齒科一次性注射器作為注射用針。頸夾脊向中線斜刺，風池穴向鼻尖方向進針，阿是穴直刺。進針深度 1.0-1.5 寸，至有酸麻脹感；回抽無血後再緩緩注入藥液，注射體積根據穴位部位確定，在 1-5 毫升之間。每日或隔日注射一次，10 次為一療程。

刮痧療法

刮痧療法對落枕和慢性勞損所致的頸項痛，尤為適用。已有多項刮痧配合其他療法治療落枕的臨床報告 [31-34]。具體操作：以水牛角刮痧板為佳，蘸適

量刮痧油後以 45° 角度自上而下刮拭；首先刮督脈自風府至大椎；然後依次刮頸夾脊，足太陽膀胱經自天柱至風門及足少陽膽經自風池至肩井。每條經絡刮拭不超過 20 次，以皮膚呈現紫紅痧斑為度。

手法治療

頸項欣細，筋肉柔軟，骨節靈活。其傷筋、筋癢、骨癢之證，最宜手法以治。《醫宗金鑑·正骨心法要旨》已有手法治療頭頸外傷的記載：「凡頭被傷，而骨未碎筋未斷，雖瘀聚腫痛者，皆為可治。先以手法端提頸項筋骨，再用布纏頭二三層令緊，再以振挺輕輕拍擊足心，令五臟之氣上下宣通，瘀血開散，則不奔心，亦不嘔呃，而心神安矣。」

大量臨床病例觀察和試驗顯示，手法治療落枕和頸椎病，療效顯著，常可起立竿見影之效，已被推薦為治療多種頸項痛的首選 [2,16,18,35,36]，儘管如此，因頸部有許多重要解剖結構，實施手法前，務必明確診斷和禁忌；操作需心靜神定、柔和精準，切勿用力過度。已有多項手法不當，導致頸部神經脊髓損傷、頸椎骨折甚至死亡的案例 [37-40]。治療頸項痛的常用手法包括理筋舒癢、拔伸旋轉和旋扳頸項 [4,11]。

- **理筋舒癢**：主要有點按、彈撥、滾揉和拿捏四步驟：(1) 患者端坐，術者立其後，一手掌置於前額，另一手拇指或一指禪點按阿是穴和局部要穴，每穴 30-60 秒；(2) 用拇指和示指依次彈撥頸脊肌、斜方肌和胸鎖乳突肌等處，反覆 10-30 次；(3) 小魚際滾揉壓痛點及周圍筋肉，持續 3-5 分鐘；(4) 用五指自枕項向下，由中線向外拿捏 3-5 次。手法沉柔有力、和緩滲透，直至有酸麻酥脹之感。該手法主要功效為舒筋解癢，通絡止痛。
- **拔伸旋轉**：(1) 患者坐在稍低椅上，肩臂放鬆、自然下垂。術者立於後外側，一手掌或肘彎托住患者下頷，另一手置於患者枕項後，然後兩手同時用力，緩緩向上牽引拔伸（圖 18-5A, B）；(2) 牽引拔伸同時，先小幅度搖轉頭部，再徐徐向前後、左右擺動和旋轉，幅度不超過正常生理活動範圍，反覆 2-3 次。該手法可鬆解壓迫，疏經止痛。但脊髓型頸椎病忌用。
- **旋扳頸項**：前兩步手法與拔伸旋轉相同，在旋轉頭部至最大限度後，繼續以適當力度旋扳，使其繼續旋轉 5-10°，此時可聞及輕微「咔嚓」關節

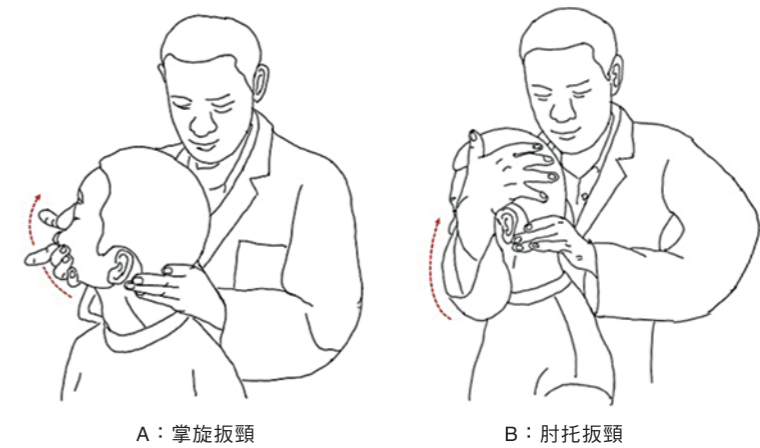


圖 18-5 治療頸椎病旋扳手法

彈響聲。先旋扳近術者一側，再行另一側。該法可舒整骨節，通利止痛，對頸椎關節錯位紊亂效果尤顯；但務必在患者頸部肌肉完全放鬆時操作，切勿用力過度。脊髓型頸椎病忌用，以免發生危險。

防治策略和自我調理

- 手法結合針灸為治療「單純性」頸項痛的首選；在此基礎上，根據不同病因和辨證分型輔以電針、溫針、拔罐、穴位注射和 / 或熱敷等療法。絕大多數落枕患者經若干次綜合治療，均可痊癒 [12,20,23,25,31-34]。外傷、勞損和頸椎病的症狀也可得到明顯改善，預後良好 [14-18,35]。雖然中藥內服療效不一，難以確定，但對於筋絡失養和筋骨失榮之證，可考慮同時內服中藥。
- 保持良好睡姿和睡眠環境可避免落枕，下述兩點尤為重要：(1) 睡枕柔軟度和高度應以舒適、頸項肩背肌肉完全放鬆為宜；(2) 避開空調風口直接吹拂頭頸肩部。
- 長期伏案勞作是導致頸項勞損和頸椎病的主要原因。自我調理包括：(1) 保持良好坐姿，以頭頸肩背處於自然放鬆狀態，頭頸前傾不應超過 15 度；(2) 避免久坐不動，每隔 2-3 小時，應起身活動頸部；(3) 經常做頸項穴位自我按摩，常用穴位包括風池、完骨、天柱、天牖和頸夾脊等；(4) 游泳和瑜伽尤其有助於頸項痛的康復等。

◇ 參考文獻

- 1 Binder AI. Cervical spondylosis and neck pain. BMJ. 2007; 334(7592): 527-531.
- 2 唐飛, 李瑛. 頸肩部疼痛的病因及治療研究進展 [J]. 實用疼痛學雜誌, 2017; 13(4): 309-315.
- 3 張少群, 李義凱. 頸椎病研究的歷史沿革 [J]. 中國康復醫學雜誌, 2016; 31(11): 1273-1276.
- 4 王和鳴, 黃桂成 (主編): 中醫骨傷科學 (第 3 版), 中國中醫藥出版社, 北京, 第 279-281 頁, 2012.
- 5 石學敏 (主編): 針灸學 (第 2 版), 中國中醫藥出版社, 北京, 第 270-208 頁, 2017.
- 6 林漢凌, 宋紅梅, 仲衛紅, 陳少清, 王詩忠. 不同針灸方法治療神經根型頸椎病效果的系統評價 [J]. 中國組織工程研究與臨床康復, 2009; 13(46): 9017-9021.
- 7 湯昌華, 羅鈺瑩, 陳永鋒. 中醫藥治療神經根型頸椎病的臨床研究進展 [J]. 中國民族民間醫藥, 2015; (2): 21-22.
- 8 張江層. 電針為主分型治療頸椎病 328 例 [J]. 陝西中醫, 2011; 32(4): 475-476.
- 9 胡志俊, 王擁軍, 施杞. 中醫藥治療脊髓型頸椎病概況 [J]. 中國中醫骨傷科雜誌, 2004; 12(3): 53-56.
- 10 戴鋒, 姜宏. 脊髓型頸椎病的中醫藥治療進展 [J]. 中醫正骨, 2014; 26(1): 52-54.
- 11 韋緒性 (主編): 《中醫痛證診療大全》, 247-259 頁, 中國中醫藥出版社, 北京, 1992.
- 12 康獻勇, 李帥帥, 弓永順. 198 例落枕分型治療分析 [J]. 河南職工醫學院學報, 2004; 16(3): 297-298.
- 13 張麗美, 師彬. 頸椎病中醫辨證分型及中藥治療研究進展 [J]. 中成藥, 2013; 35(7): 1522-1525.
- 14 謝林, 趙喬珍, 施杞. 頸椎病中藥內治研究進展 [J]. 中醫正骨, 2003; 15(5): 53-54.
- 15 周泳瀚. 脊髓型頸椎病的中醫治療進展 [J]. 中醫臨床研究, 2010; 2(7): 109-111.
- 16 楊寶焱, 劉亞欣, 井夫傑. 中醫外治法治療椎動脈型頸椎病的臨床研究進展 [J]. 按摩與康復醫學, 2017; 8(18): 7-9.
- 17 張殿銀, 劉菲菲. 中醫藥治療頸椎病的發展現狀及展望 [J]. 內蒙古中醫藥, 2019; 38(7): 160-161.
- 18 梁鳳霞, 姜迎萍. 神經根型頸椎病中醫治療的研究進展 [J]. 新疆中醫藥, 2019; 37(2): 152-154.
- 19 張玉民, 胡零三, 陳博, 元唯安, 詹紅生. 中藥外治法在神經根型頸椎病治療中的應用 [J]. 中醫正骨, 2017; 29(2): 17-19.
- 20 田洪昭, 孫忠人, 張秦宏, 仇立波, 孫琦, 荀文臣, 郭玉懷. 針刺治療落枕的臨床研究進展 [J]. 中國中醫急症, 2014; 23(10): 1882-1884.
- 21 荀文臣, 耿乃志, 田洪昭. 針刺後溪穴治療落枕的臨床研究概況 [J]. 針灸臨床雜誌, 2016; 32(1): 93-95.
- 22 李良薇, 邱玲, 張敏, 張吉, 鄭旭, 何流, 楊璿. 近 10 年不同選穴治療頸型頸椎病概況 [J]. 湖南中醫雜誌, 2015; 31(4): 201-203.
- 23 陳琳, 王洪峰. 近十年針刺治療落枕的臨床選配穴規律分析 [J]. 中國中醫急症, 2018; 27(11): 1900-1902.
- 24 黃雯芳, 郭偉. 針刺治療頸椎病頸痛的取穴思路概況 [J]. 按摩與康復醫學, 2016; (1): 32-33.
- 25 夏武明. 針刺頸痛穴結合刺絡放血在落枕患者中的應用效果 [J]. 養生保健指南, 2017; (2): 239.
- 26 湯碧華, 黃泳, 陳俊琦, 曲姍姍. 針刺落零五穴配合龍氏正骨手法治療頸型頸椎病的臨床觀察 [J]. 按摩與康復醫學 (下旬刊), 2010; 01(10): 3-4.
- 27 毛靖, 陸兔林. 針刺董氏奇穴結合拔罐放血療法治療頸型頸椎病臨床觀察 [J]. 亞太傳統醫藥, 2019; 15(2): 109-111.
- 28 陳玉筍. 針刺重子重仙穴治療落枕 20 例 [J]. 中國社區醫師 (醫學專業), 2012; 14(13): 310.
- 29 曾祥成, 甘霖, 胡啟洋. 穴位注射治療神經根型頸椎病進展 [J]. 江西中醫藥大學學報, 2017; 29(5): 105-108.
- 30 章越, 王超, 郭義. 近 5 年穴位注射治療頸椎病臨床研究進展 [J]. 中國針灸, 2012; 32(5): 477-479.
- 31 黃鄭昆. 針刺配合刮痧治療落枕 80 例 [J]. 中國中醫急症, 2014; 23(8): 1561-1562.
- 32 龐貞蘭. 刮痧治療落枕 100 例療效觀察及護理體會 [J]. 中外健康文摘, 2011; 08(10): 317-318.
- 33 金崇敏, 金冬蓮. 推拿配合刮痧治療落枕 38 例 [J]. 中國中醫急症, 2012; 21(11): 1839.
- 34 張春俠. 特種刮痧治療落枕 30 例 [J]. 中外健康文摘, 2009; 6(20): 225-226.
- 35 周建偉, 胡玲香, 李甯, 張凡, 李春雨, 趙菁菁, 李季, 胡運光, 張顏, 王成偉. 針刺推拿綜合方案治療椎動脈型頸椎病的多中心隨機對照研究 [J]. 中國針灸, 2005; 25(4): 227-231.
- 36 Blanpied PR, Gross AR, Elliott JM, Devaney LL, Clewley D, Walton DM, Sparks C, Robertson EK. Neck Pain: Revision 2017. J Orthop Sports Phys Ther. 2017; 47(7): A1-A83.
- 37 何水勇, 沈國權, 劉進, 師甯甯, 朱清廣. 頸椎推拿的安全性研究 [J]. 河南中醫, 2009; 29(5): 493-496.
- 38 袁志光. 錯誤推拿手法致頸椎骨折臨床研究 [J]. 中外健康文摘, 2009; 6(10): 68-69.
- 39 劉廣鵬, 唐勝建, 唐軍. 推拿致第 3 頸椎鉤突骨折並第 3 椎體前半脫位 1 例報告 [J]. 實用骨科雜誌, 2002; 8(3): 192-192.
- 40 馮瓊, 龔志強, 張巍, 于惠, 樓旭鵬. 頸部按摩致頸髓損傷死亡 1 例 [J]. 法醫學雜誌, 2008; 24(5): 389-390.

