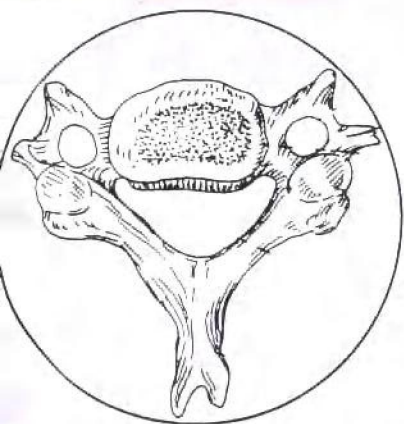


骨伤科临床诊疗丛书



贺俊民 主编

广西科学技术出版社

颞颈部筋伤

5.3

骨伤科临床诊疗丛书

颞颈部筋伤

主 编 贺俊民

副主编 鲍 杰

广西科学技术出版社

(桂)新登字 06 号

骨伤科临床诊疗丛书

颈颈部筋伤

主编 贺俊民

☆

广西科学技术出版社出版

(南宁市东葛路东段 邮政编码 530022)

广西新华书店发行 广西新华装订印刷厂印刷

(南宁市明秀西路 39 号 邮政编码 530001)

*

开本 787×1092 1/32 印张:3.75 字数 80 700

1996 年 10 月第 1 版 1996 年 10 月第 1 次印刷

印数:1—3 000 册

ISBN 7-80619-394-4

R·49

定价:4.30 元

本书如有倒装缺页,请与承印厂调换。

《骨伤科临床诊疗丛书》编委会名单

总主编 韦贵康 施 杞

编 委 (按姓氏笔画为序)

韦贵康	韦威侃	王大伟	叶 军
叶日乔	朱少庭	刘克忠	李桂文
李寿斌	陈忠和	陈小刚	陈 锋
何元诚	杨文玉	欧 奇	欧 伦
周宾宾	周学龙	施 杞	贺俊民
贺启荣	钟立恭	钟远鸣	俞 旗
陶有略	贾经汉	涂 丰	黄有荣
黄海滨	彭 京	鲍 杰	高 腾
谭家祥	廖小波	戴七一	

序

中医骨伤科学是中国传统医学的一个重要组成部分。中医骨伤科学是一门临床医学,她是在祖国医学的理论体系指导下不断开拓发展而成的,因而她不仅有很强的实践性,积累了历代医家的丰富经验,而且有着深厚的理论渊源。有人认为医治创伤技术的发明和积累是和原始人类生活、生存斗争紧密联系在一起的,有着悠久的历史,应是医学之先导。《吕氏春秋·古乐篇》曰:“昔陶唐之始,阴多滞伏而湛积,水道壅塞,不行其源。民气郁阏而滞者,筋骨瑟缩不达,故作舞以宣导之。”以舞宣导,模仿禽兽动作,熊经鸟伸,鳧浴猿跃,鸛视虎顾,灵活有效的导引疗法成为中医骨伤科技术之一。殷商甲骨卜辞和器物铭文中记载了许多损伤性疾病。《周礼》中就已将疡医列为四大医科之一。骨伤科在学科形成中重视理论的实用技术的积累,因而有丰富的内涵。由于骨伤科易于实现多学科结合,形成了许多流派,各有特色。建国以后,中西医结合又大大推动了骨伤科的发展和学科建设,从而扩大了治疗面,形成许多新的经验。当代世界正在回归自然的浪潮中开始重视传统医学,由于人口老年化,交通发达,临床上许多老年性疾病,交通创伤,中医骨伤科都有较强的治疗优势。现代一般将中医骨伤科疾病分为骨折、脱位、伤筋、内伤、骨病等五大类,其中对于许多疾病的治疗,中医骨伤科有较好的疗效。因此,认真地

进行系统地整理、研究,不仅有利于提高医、教、研水平,也从客观上加强了学科建设。

广西中医学院院长韦贵康教授系我国中医骨伤科学科带头人之一,致力于中医骨伤科教学、医疗、科研几三十春秋,造诣颇深,学术高超,著名于海内外。目前先生倡导编著《骨伤科临床诊疗丛书》,索询于余,并望合作。闻之甚悦,韦君于繁忙公务、诊务之余,仍致力于我国骨伤科学科之建设,令人敬佩,同仁无不支持之理,遂应同道而行。经韦贵康教授辛劳主持,《丛书》逐一成稿付梓,对先生治学之勤奋更为崇敬。李白有诗曰:山随平野尽,江入大荒流。月下飞天镜,云生结海楼。我国中医骨伤科事业有当代诸位中老年学者的不断开拓铸造,定将前程更加光明,在服务我国人民、走向世界、造福人类的新的创业进程中,当境地如画。愿我国同道携手奋争,迎接新世纪的呼唤与挑战。

于《丛书》出版前夕,略叙文以为对韦君和作者们表达一份敬意。

施 杞

识于上海中医药大学

1995年4月

编写说明

一、《骨伤科临床诊疗丛书》共分十五分册,即头部损伤、躯干骨折与脱位、上肢骨折、下肢骨折、四肢关节脱位、颞颈部筋伤、胸背部筋伤、腰骶部筋伤、四肢筋伤、脊柱相关疾病、胸腹内伤、骨与关节结核、骨炎症、骨肿瘤、骨伤并发症等。

二、本丛书的编写本着继承和发扬祖国传统医学的理论和临床诊治经验,同时吸取必要的现代医学知识及现代科学技术的精神,力求在总体上突出中医特色,体现当代骨伤科学诊疗技术发展的概况和水平,同时又简明,通俗易懂,便于临床掌握和使用。

三、本丛书内容重点介绍诊疗技术和方法,同时适当地编入部分有关基础理论,故全书内容以普及为主,适当兼顾提高。主要适用于工矿企业、乡村等基层单位的骨伤科医生或自学者使用,同时,对从事骨伤科临床、科研和教学人员的业务学习与提高亦具有一定的参考价值。

四、本丛书编写体例经编审委员会讨论通过,分别为概述、临床表现、诊断、治疗、预后与调 理、实例介绍等部分。编写要求详略得当、观点鲜明、术语规范、层次清晰,并注意突出科学性、先进性和实用性。

五、本丛书由韦贵康教授、施杞教授负责全书编写大纲的设计,经集体讨论审定后分工编写,书稿并经编审委员会统

一审定通过。

六、本丛书由广西中医学院、湖北中医学院、福建中医学院、北京针灸骨伤学院及广西区中医骨伤科研究所等单位有关人员编写。总编单位为广西中医学院、上海中医药大学。

前 言

《颞颈部筋伤》是“骨伤科临床诊疗丛书”之一,此专著是在撷取了中西医之长、大量参阅了国内外的有关资料基础上,结合作者的多年实践经验,编写而就。在诊断上,以现代医学的解剖、生理、病理知识及临床检查方法为依据;在治疗上,则侧重中医手法治疗为主,辅以其他治疗,这其中又参合了我们自己的临床经验,又有实例介绍,供基层医院的骨伤科(包括骨科、外科、推拿科)同道们的临床、教学参考。

由于编写时间仓促,编者的水平有限,书中不足之处在所难免,恳请广大读者及同道们提出宝贵意见,以达进一步的提高。

编 者

1995年4月

目 录

概 论.....	(1)
颞颌关节功能紊乱症	(38)
寰枢关节半脱位	(42)
颈椎病	(47)
枕大神经损伤及炎症	(67)
落 枕	(70)
颈肩综合征	(74)
斜 颈	(81)
颈肋综合征	(86)
前斜角肌综合征	(89)
颈肌筋膜炎	(95)
附方.....	(100)
主要参考资料.....	(105)

概 论

一、概念与沿革

颞颈部筋伤,是包括颅底至肩以上的“筋”发生损伤,而祖国医学对“筋”的叙述,包括筋膜(深、浅二种)、肌肉、肌腱、腱鞘、鞘膜、关节囊、软骨、椎间盘、血管、神经、脊髓等,即是现代医学所指的软组织范畴。也就是说,颞颈部筋伤,是颈部的骨、骨关节及其周围的软组织损伤。在日常生活中,颞颈部筋伤是常见病、多发病,其主要症状是疼痛或麻木、肿胀或瘀滞以及功能障碍等。人类是直立行走的高等动物,而颈部上端承受着整个头颅,而其下端与活动较少的胸椎相衔接,加之颈部本身活动又较多,故而损伤的机会亦多。另外,颈部是头部与躯干的重要神经、血管的通道,故颞颈部筋伤,不仅引起局部症状,也会出现全身症状。例如,由于颈椎的解剖位移,其横突可刺激(压迫或牵拉)位于紧靠其前方的颈部三对交感神经节,使其发出的节后纤维兴奋性增高,而从颈交感神经节发出的心上、心中、心下神经,同样会出现兴奋性增高。此三对神经纤维,是对心脏及其血管的舒缩活动起支配作用,因此,会出现心律失常(心动过速、心动过缓、期前收缩)、心冠状动脉痉挛,导致心肌缺血、缺氧,从而出现局部症状(胸闷、心悸、心前区疼痛)及全身症状(恶心、呕吐、全身寒颤、血压改变、肢体麻

木、短暂的缺血性眩晕,甚至猝倒等)。正所谓“颈椎‘感冒’,心脏‘咳嗽’”的颈心综合征。

祖国医学在颞颈部筋伤中,对风、寒、湿邪侵入人体的认识颇有独到之处。祖国医学认为:风为阳邪,春所主气,风胜轻扬,善行多变,故风为百病之长,风气胜者为行痹,就是病邪走注四肢关节,痛无定处;寒为阴邪,冬所主气,寒气胜者为痛痹,即疼痛部位固定而剧烈,乃气血受寒,收引聚凝,不通则痛,且得热痛减,遇寒痛增;湿亦是阴邪,长夏主气,湿气胜者为着痹,它侵入人体后,常滞留于肌肤、经络、筋骨、关节之中,使气血流行不畅,气滞血瘀,不通则痛,并引起全身疼痛,尤以关节疼痛为显著,且痛有定处,甚至肌肤麻木,行动不便或气血受湿而濡滞不通,肢体肿胀而痛,甚或肌肤麻木不仁,关节活动不便,以致行走困难。此外,祖国医学还将风、寒、湿邪分为外邪和内邪,即有外风与内风,外寒与内寒,外湿与内湿,而又以外邪为主之。

二、应用解剖

(一) 颈椎

颈椎有 7 个,其共同的特征是椎体小(第 1 颈椎无椎体)有椎弓、突起等。颈椎所具有的特征是:棘突末端分叉(第 1、第 7 颈椎除外)、横突有孔(第 7 颈椎除外)且短而宽,椎孔呈三角形并横径大于矢状径,有钩突(第 1、第 2 颈椎除外)及钩椎关节,关节突关节的关节面,近似水平位(图 1)。钩突于第 3~7 颈椎上具有,即颈椎椎体上面呈额状位的凹陷,中部低而两侧偏后方有嵴状隆起的升高(图 2),其形状似钩状,故而名之。钩突与椎体之间形成约 100° 角;而椎体的下面,呈额状位

的隆起,但下面的两侧为斜坡状(图 3),因此颈椎椎体的下面似一鞍状。下位颈椎椎体上面侧后方的钩突与上位椎体下面侧后方的斜坡相互吻合,构成相邻椎体侧后方的关节,称为钩

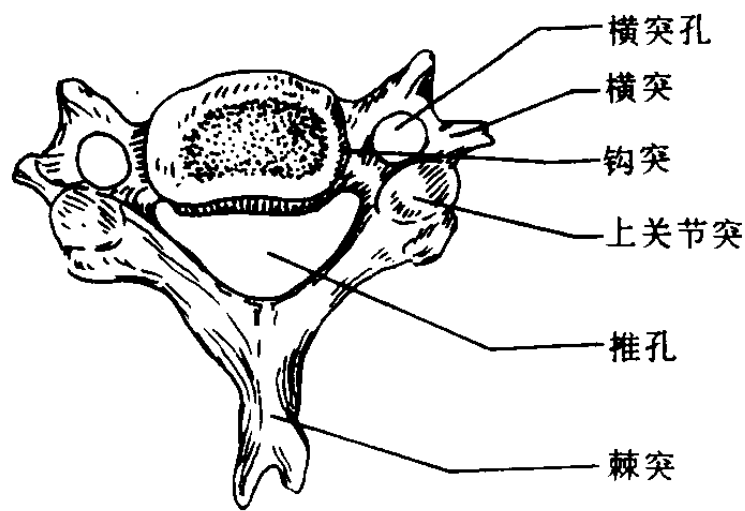


图 1 颈椎上面观

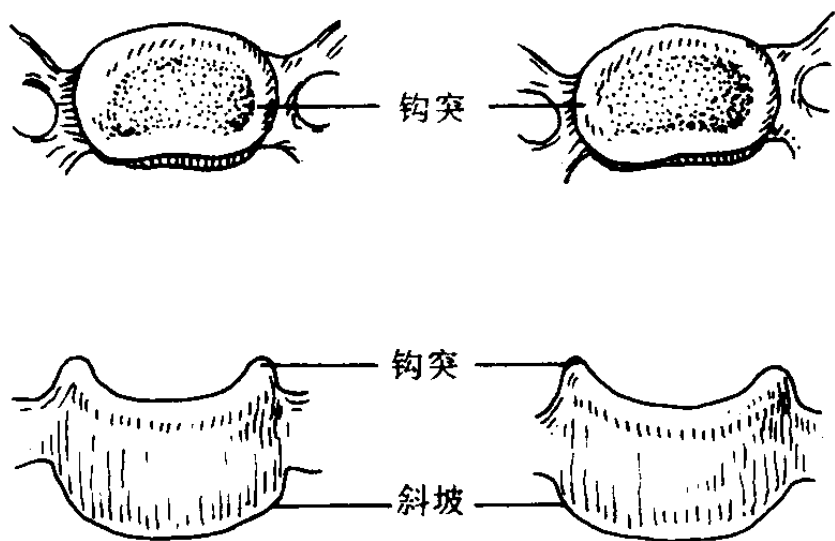


图 2 颈椎钩突

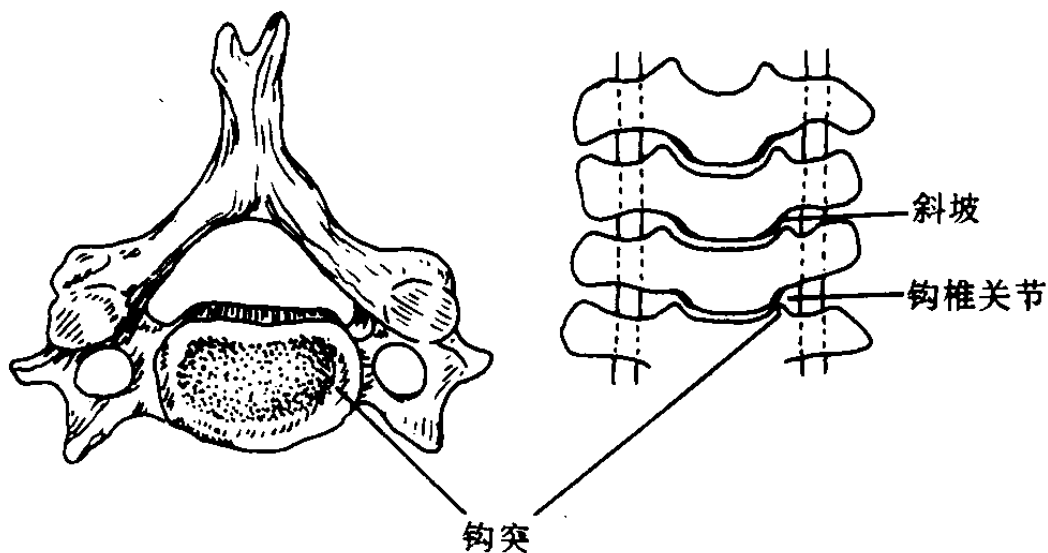


图 3 钩椎关节上面观与前面观

椎关节〔或称椎体半关节、神经弓椎体关节、卢氏关节(Luschkas)〕(图3)。钩椎关节的存在,它从左右方向增强了颈椎的稳定性,有限制椎体向侧方移位的作用,亦可在一定程度上防止椎间盘从侧方脱出的可能;钩突及钩椎关节所处的位置颇为重要,从其邻位关系看,其前方为颈长肌,外侧为横突孔(孔内通过椎动脉、椎静脉及缠绕在血管壁上的交感神经丛和少量脂肪组织等),其后外侧参与构成椎间孔的前壁(孔中有神经根及根动脉通过),内侧为椎间盘,一旦发生损伤及呈病理性改变,如钩突发生骨质增生(特向外延伸)、椎间盘变性、颈椎中某一个或二个以上发生解剖位移等,均可刺激(包括压迫或牵拉)神经根及血管(特别是椎动脉),引起相应的临床症候群,如伴有颈椎的滑脱、后纵韧带钙化、黄韧带肥厚等,可使临床症候群加重。关节突关节(亦称后关节),是由相邻两个颈椎的关节突所构成,即上位颈椎的下关节突(朝向前下方)与下位颈椎的上关节突(朝向上后方)相互形成。其关节面平滑(覆盖有薄的透明软骨)且呈椭圆形,又近似水平位,这种结构有利于颈椎的前屈、后伸、左右侧弯及左右旋转等各方向的活动,但不稳定。颈部稍有外力作用或颈部肌肉不协调等,易于使颈椎发生损伤或关节囊松弛,从而导致颈椎解剖位移引起一系列的临床症候群。颈椎的椎间孔为相邻颈椎的椎板的切迹所构成,即上位颈椎椎板的下切迹与下位颈椎椎板的上切迹相互嵌合而成,其前内壁为钩突的后面、椎间盘、上位椎体的下部;后外壁为关节突的一部分及椎间关节的内侧部,且呈椭圆形,底部有颈神经根通过,其余部分为根动静脉、淋巴管、脂肪所填充。

颈椎不同的特征,主要表现在第1、2、7颈椎的3个椎骨。

第1颈椎:位于脊柱的最上部,与颅骨中枕骨的枕骨髁相

衔接(构成寰枕关节)。第 1 颈椎的特点是无椎体、无棘突,其由前弓、后弓及两侧的侧块连合组成,形似一环状,又名寰椎。而前弓较短,前弓的后面有一凹形的关节面,与第 2 颈椎的齿状突前面形成寰齿关节,前弓的上、下缘为寰枕前膜及前纵韧带的附着部;后弓较长,后方有一小结节,为棘突的遗迹,是项韧带、头后小直肌的附着部;侧块上方有一凹形的关节面;与枕骨的枕骨髁形成寰枕关节;在紧靠侧块的后方,有一椎动脉沟,是椎动脉出第 1 颈椎横突孔后向内上方行走而进入枕骨大孔的过程中压迫所形成的沟,侧块的下面与第 2 颈椎椎体形成环枢关节,侧块的内侧面有一粗糙的小结节,为寰椎横韧带的附着处,寰椎横韧带的存在有限制第 2 颈椎齿状突向后移位压迫脊髓的作用;横突较长亦较大,末端亦不分叉,但肥厚而粗糙。其上、下扁平,是头颈部许多肌肉的附着部,横突孔较大而圆(图 4)。

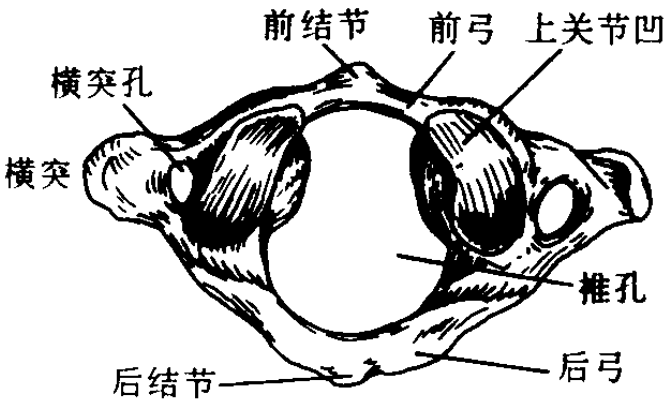


图 4 寰椎上面观

第 2 颈椎:其下部与其他颈椎几乎相近似,但其上部有其特点,即椎体较小,上方有齿状的突起,称齿状突,成人长度约为 1.5cm,根部稍细,有寰椎横韧带越过,可因暴力的打击而致骨折。齿状突一般在 6 岁时与椎体完全愈合形成一体,当头作旋转(侧旋或环旋)时,均以齿状突作轴枢,故名枢椎;棘突长而粗大,且分叉明显,在正常情况下,头部处于中立位时,用手触摸不到第 3、4 颈椎棘突,因第 2 颈椎棘突将之遮盖,如中立位能摸到第 3、4 颈椎棘突,则说明颈屈有改变,即第 3、4 颈

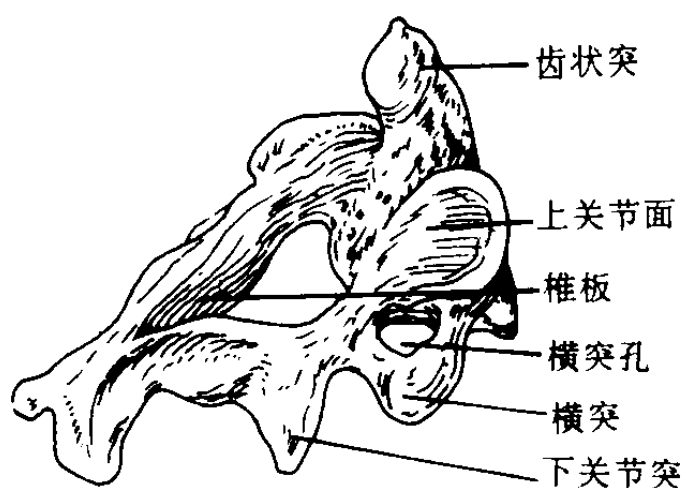


图 5 枢椎上面观

椎有后突了；X 线 亦以第 2 颈椎棘突作为定位标志；横突较小而下垂，便于头部作左右前后的活动，横突孔斜向外后方(图 5)。

第 7 颈椎：其棘突特别长而不分叉，末端呈大结节状，在颈椎后

侧隆起，故名隆椎，可作为鉴别椎骨序数的骨性标志；横突粗大而无孔，若有孔亦很小，仅通过一小静脉，如横突过长，超越第 1 胸肋横突关节，则为颈肋，可产生压迫该侧臂丛、锁骨下动脉而出现临床症状。

(二) 颈脊髓

颈部脊髓的主要特点：颈脊神经根离开脊髓时，上段近似水平位方向出椎间孔，而下段则稍斜行向下，仍然与颈椎序数相同；颈脊髓外观似扁圆柱形，即横径稍大于前后径，同时，颈椎椎管的大小(横径与矢状径))与颈脊髓的大小基本一致；颈膨大是颈脊髓的最粗大部分，而此部的颈椎椎管并不相应地扩大，尤其是第 5、6 颈椎椎管不扩大，这恐怕是脊髓型颈椎病的内因吧；颈脊髓的内部结构中，前角灰质特别发达，这与人类的手能做精细而灵巧的活动有密切关系；颈脊髓上连脑干的延髓，如颈脊髓(特别是上部颈脊髓)受损伤易导致昏迷；颈脊髓受损伤，引起四肢瘫痪，要注意受累神经的节段定位和估计损害的程度(完全性还是不完全性)，急性颈脊髓损伤(不管是颈椎骨折或脱位)，主要因为颈椎过度后伸，颈椎椎体后部可压迫脊髓的前面(如有椎体后缘的骨质增生则更易导致损

伤),而脊髓的后面又易被形成皱褶的黄韧带(如有肥厚者更容易)压迫,造成脊髓前后受压,为此,在受损伤的 48h 之内,宜密切注意反射、感觉、肌力、血压的变化。

(三) 颈脊神经

颈脊神经有 8 对,它们出椎间孔后立即分成前支与后支,而前、后支均是混合性神经。颈脊神经的后支较前支小,向颈后侧行走,主要支配颈、项、枕部的皮肤感觉及头颈部一些小肌肉的运动,如半棘肌、头最长肌等。颈脊神经的前支较粗大且形成丛,其颈丛是由 $C_1\sim C_4$ 前支组成,由该丛发出的神经有枕小神经、颈前皮神经、耳大神经、锁骨上神经等浅的皮神经,皆分布于头部及上颈部,受刺激(牵拉或压迫),可引起颈源性头痛、眩晕、共济失调、呃逆、胸闷气短、咽喉部有异物感、心慌心跳、心前区不适等症状。颈丛的肌支分布到中、后斜角肌、肩胛提肌、斜方肌等,受刺激会引起颈痛、肩痛或颈肩酸累等。值得提出的是颈丛主要分支的膈神经,以 C_4 前支为主,尚接受 $C_{3,5}$ 的前支部分纤维,此神经在前斜角肌的浅面(前面)下行,经锁骨下静脉之后方向下行走,经胸腔达膈肌,支配膈肌的舒缩活动,受刺激,可发生呃逆。根据颈椎骨与颈脊髓的位置关系,宜注意第 3、4、5 颈椎的变化(解剖位移、后突等)。颈脊神经的 $C_5\sim C_8$ 前支及 T_1 前支的大部分组成臂丛,臂丛在锁骨平面的高度由神经根前支互相连接组成上、中、下干,即上干由 $C_{5,6}$ 神经根前支组成,中干单独由 C_7 神经根前支组成,下干由 C_8 及 T_1 的神经根前支组成,而上、中、下干的每干又分为 2 支,再组合成神经束:上、中干的前支组成外侧束,再向下延续成肌皮神经;下干的前支延续向下单独组成内侧束,再向下延续成尺神经;上、中、下三干的后支共同组成后侧束,再向下延续形成桡神经;正中神经则由外侧束和内侧束,各分出一股所