

● 高等中医药院校教材

整脊学系列

整脊疾病学

总主编 韦以宗
主 编 杨 豪 周学龙



人民卫生出版社

高等中医药院校教材（整脊学系列）

整脊疾病学

总主编 韦以宗（中华中医药学会整脊分会）

主 编 杨 豪（河南中医学院）

周学龙（广西中医学院）

副主编 王 松（贵阳中医学院）

陈逊文（广州中医药大学附属佛山市中医院）

张盛强（广州中医药大学附属佛山市中医院）

编 委（以姓氏笔画排列）

王秀光（北京光明骨伤医院）

王勤俭（河南中医学院）

韦 理（广西中医医院）

史栋梁（河南中医学院）

朱 干（广州中医药大学附属佛山市中医院）

李 沛（河南中医学院）

潘东华（北京光明骨伤医院）

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

整脊疾病学/韦以宗总主编. —北京:人民卫生出版社,
2009. 7

ISBN 978 - 7 - 117 - 11988 - 7

I. 整… II. 韦… III. 脊椎病 - 中医治疗法
IV. R274. 915

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2009)第 098318 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.hrhexam.com	执业护士、执业医师、 卫生资格考试培训

整脊疾病学

总 主 编: 韦以宗

主 编: 杨豪 周学龙

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010 - 67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010 - 67605754 010 - 65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 9.25

字 数: 225 千字

版 次: 2009 年 7 月第 1 版 2009 年 7 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978 - 7 - 117 - 11988 - 7/R · 11989

定 价: 28.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010 - 87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

高等中医药院校整脊学系列教材

编辑委员会

主 审 葛宝丰

总 顾 问 顾云伍 施 杞 孙树椿 韦贵康

主任委员 韦以宗 (中华中医药学会整脊分会)

副主任委员

王之虹 (长春中医药大学)

杨 豪 (河南中医学院)

王拥军 (上海中医药大学)

刘明军 (长春中医药大学)

黄俊卿 (河南中医学院)

周学龙 (广西中医学院)

委 员

孙永章 (中华中医药学会整脊分会)

韦春德 (中华中医药学会整脊分会)

陈忠良 (香港中医整脊学会)

刘清国 (北京中医药大学)

余 瑾 (广州中医药大学)

杨书生 (浙江省温州市卫生干部进修学校)

王 松 (贵阳中医学院)

陈逊文 (广州中医药大学附属佛山市中医院)

张盛强 (广州中医药大学附属佛山市中医院)

学术秘书: 王秀光 田新宇

前言

整脊学系列教材共三册,分别为《整脊基础学》、《整脊诊疗学》和《整脊疾病学》,是为适应高等中医药院校教材立足于改革,更新观念,与时俱进,学以致用需求,在韦以宗编著的《中国整脊学》基础上改编的。

整脊科,是运用中医原创思维研究人体脊柱系统功能解剖、运动力学,用手法为主的中医疗法调整气血、筋骨,使气血协调并恢复或改善脊柱力学平衡以防治脊柱劳损伤病的学科。

现代人群中患病率较高的颈腰痛等脊柱劳损病,其主要病因病理是慢性劳损导致脊柱骨关节失衡而发病。因此,对错位的脊柱恢复正常的椎曲,是整脊科的研究目标和诊疗目的。而整体观是中医的核心理论,对脊柱进行整体调整,使脊柱骨关节对位、对线、对轴,是整脊科区别于其他脊柱疗法的特色。

《中国整脊学》的出版,填补了我国整脊学研究的一项空白,使中医整脊上升到一个新的科学平台,促进其现代化发展。该书运用中医原创思维和现代科学研究的方法,发掘、整理中医整脊学的理论经验,以脊柱的功能解剖和运动力学研究为切入点,创造性地论证脊柱四维弯曲体圆运动规律、圆筒枢纽学说、脊柱轮廓平行四维平衡理论和椎曲论。运用这些理论诠释传统整脊疗法的科学原理,并使之规范化;提出理筋、调曲、练功的三大治疗原则,手法、针灸、内外用药和功能锻炼四大疗法和八大整脊手法的中国整脊治疗学。同时,重点介绍了在这些新理论指导下诊疗脊柱常见损伤疾病的经验,尤其是研究发现人类颈腰椎曲形成的机制,提出颈椎病新的病因学说及运用上病下治的新方法和四维调曲疗法,解决颈腰椎伤病力学紊乱的临床难题。该书于2006年出版后,受到读者的欢迎。相信在《中国整脊学》基础上改编的整脊学系列教材,将为高等中医药院校的教学,为中医药事业的发展,为人民的健康事业作出贡献。

本教材的编写,是由河南中医学院和中华中医药学会整脊分会发起,由长春中医药大学、上海中医药大学、广西中医学院、广州中医药大学、天津中医药大学、北京中医药大学和贵阳中医学院等组织专家共同编写的。由于是一个新的学科教材,有不妥之处,请批评指正。

整脊学系列教材编委会

2009年3月7日

目 录

第一章 颈椎劳损病	1
第一节 急性斜颈（落枕）	1
第二节 寰枢关节错位	2
第三节 钩椎关节紊乱症	5
第四节 颈椎间盘突出症	7
第五节 颈椎间盘退变椎曲紊乱综合征	11
第六节 颈椎管狭窄症	15
第七节 颈胸枢纽交锁症	19
第二章 胸背劳损病	21
第一节 劳损性胸椎侧凸症	21
第二节 胸背肌筋膜炎	24
第三节 胸椎管狭窄症	25
第三章 腰椎劳损病	30
第一节 腰椎后关节错缝	30
第二节 腰椎间盘突出症	32
第三节 腰椎弓裂椎体滑脱症	41
第四节 腰椎管狭窄症	45
第五节 腰骶后关节病	50
第六节 颈腰椎间盘突出病	52
第四章 骨盆劳损病	56
第一节 臀部皮神经卡压症	56
第二节 骶髂关节错缝	61
第三节 梨状肌损伤综合征	64
第四节 耻骨联合错缝	66
第五章 脊源性疾病	68
第一节 颈性血压异常	69
第二节 脊源性类冠心病	75
第三节 脊源性心律失常	81
第四节 脊源性功能性消化不良	85

第五节	脊源性胃脘痛	88
第六节	脊源性大便异常	92
第七节	脊源性慢性胆囊炎	96
第八节	脊源性性功能障碍	99
第九节	脊源性月经不调	102
第十节	脊源性股骨头坏死症	106
第十一节	脊源性髋关节骨性关节炎	110
第十二节	脊源性膝关节骨性关节炎	113
第六章	脊柱痹痿骨病	117
第一节	骶髂类风湿关节炎	117
第二节	骶髂关节致密性骨炎	120
第三节	强直性脊柱炎	121
第四节	脊柱侧凸症	124
第五节	脊椎骨骺软骨病	127
第六节	脊椎骨质疏松症	127
第七章	脊柱其他疾病的诊断与鉴别诊断	131
第一节	脊柱结核	131
第二节	化脓性脊柱炎	135
第三节	脊柱肿瘤	136

颈椎劳损病

颈椎病可以泛指发生于颈椎的病变。自 20 世纪 70 年代杨克勤教授提出因劳损引起的颈椎病变为颈椎病的概念之后,目前临床上颈椎病的概念有两种:一是从广义来说,颈椎病是由于劳损引起的维系颈椎平衡的肌力失衡导致颈椎骨关节结构紊乱,或椎间盘突出、退变,损害到从颈椎椎间孔发出的颈神经、臂丛神经,相邻的交感神经和穿越颈椎横突孔的椎动脉,甚至压迫椎管内的颈髓,引起的一系列症状、体征的统称。其中,包括急性斜颈、寰枢关节错位、颈椎钩椎关节紊乱、颈椎间盘突出症、颈椎间盘退变、椎曲紊乱综合征、颈椎椎管狭窄症、颈胸枢纽关节交锁症等。二是从狭义来说,颈椎病指颈椎间盘退变、椎曲紊乱综合征。

第一节 急性斜颈(落枕)

因突发性颈部一侧肌肉疼痛而致头颈部活动被限制,颈部被动向一侧倾斜,或屈曲位或后伸位,为急性斜颈,俗称“落枕”。

〔功能解剖和损伤机制〕

1. 起于颅骨乳突止于锁骨,左右各一的胸锁乳突肌和起于颈椎所有横突后缘及项韧带,止于肩胛、肩峰及上部胸椎的斜方肌,是支撑头颅并起旋转、侧屈运动的主要肌肉动力。这些肌肉因过度劳累或风寒湿邪侵犯,可发生痉挛,进而导致寰枕关节紊乱。

2. 头颅与颈椎由颅骨与寰椎组成颅椎关节相连。寰椎两个侧块呈卵圆形,每个都有一个肾形的上关节面与枕骨髁组成寰枕关节。寰椎关节面凹向内侧、向前倾斜,因而人点头(屈)较后仰范围大。寰椎关节面与后弓之间有神经沟,是第 1 颈神经通路。因头颅过度侧屈或前屈或寰枢关节不平衡,寰椎旋转或倾斜刺激颈神经,导致所支配的肌肉痉挛、疼痛。

〔病因〕

1. 因睡眠枕头不合宜,或高度屈曲头部,或一侧屈位,枕髁关节受累、充血,刺激颈神经导致所支配的寰枕韧带、胸锁乳突肌、枕后肌痉挛、疼痛,头部活动受限。

2. 因睡眠时颈肌受凉,一侧斜方肌痉挛,导致颅椎关节失衡,刺激颈神经,致枕后肌疼痛,头部活动受限。

〔诊断〕

● 诊断依据

睡眠后,突发性头部活动受限,呈屈曲或后伸位向一侧倾斜,无明显外伤史,无发冷发热,X线照片可有颈椎侧弯、颈曲紊乱。

● 鉴别诊断

1. 急性咽喉炎 咽侧壁和(或)咽后部间隙感染,出现发热、后颈部疼痛、斜颈、咽喉痛、喘鸣、呼吸困难、吞咽痛等症状。颈痛可因吞咽或颈部转动而加剧。邻近下颌角处可触及咽侧壁间隙脓肿。咽后部间隙感染可在咽部直接观察并触及。

颈侧位X线片可显示咽后部组织。CT扫描可区别两个部位脓肿。外斜引流和静注抗生素可缓解病情。

2. 颈部淋巴结炎 颈前三角的淋巴结炎可引起颈痛,并有发热、寒战和斜颈,抗生素治疗有效。

3. 脑肿瘤 伴颈痛的急性斜颈,可由邻近脑干的小脑半球内的肿块(肿瘤或囊肿)所致的小脑扁桃体疝引起。腰穿或特发性病变也可引起急性斜颈。缺乏对本病的认识可导致生命中枢结构的迅速破坏并受压。

4. 颈椎脓肿 颈椎脓肿或结核性骨髓炎可引起严重的斜颈、颈痛并发热。颈椎X线平片、CT扫描或MRI可确诊,颈椎脓肿引起的斜颈敏感性取决于症状的持续时间。抗生素治疗可获良效。

5. 急性创伤 急性创伤所致的颈椎骨骨折、颈椎关节半脱位或韧带破裂均可产生后颈部疼痛的斜颈。

[治疗]

● 治疗方法

1. 针刺 上风池、上风府、健侧内关、颈项穴(经验穴)。
2. 药熨 颈肌、胸锁乳突肌(痛侧)药熨。
3. 布兜牵引 急性期缓解后(一般3天后),可行仰卧位颈椎布兜牵引。

● 治疗注意事项

1. 急性期不宜做牵引及颈部按摩推拿。
2. 急性期禁用颈部旋转法或斜扳法。

[预后]

急性斜颈经上述治疗,一般1周左右可恢复,如仍不恢复者,需作鉴别诊断。

第二节 寰枢关节错位

因枢椎旋转、倾斜或前倾,导致与寰椎组成的关节正常位置偏移,引起的症状、体征,称寰枢关节错位。

[功能解剖和损伤机制]

1. 寰枢关节由寰枕关节、寰枢外侧关节、寰枢中关节构成,寰枢关节的运动几乎是唯一的轴性旋转,因受翼状韧带的限制,范围是 $29^{\circ} \sim 54^{\circ}$ 。寰枢外侧关节,常被分类为平面关节,但其关节面具有更复杂的形状,一般在冠状面上呈凹形,而矢状面上内侧部又微凸,特别是枢椎。软骨性关节面通常稍微凹陷。纤维性关节囊附着于其边缘,薄而疏松,内被覆滑

膜。后内侧有副韧带,向下附着于枢椎近齿突基底部椎体上,向上附着于近横韧带,附着的寰椎侧块上前面有前纵韧带连接着椎体,坚固而厚的纤维束向上附着于寰椎前弓前结节下缘,向下附着于枢椎椎体前面。椎体的后面有黄韧带连接,向上附着于寰椎弓下缘,并延伸到枢椎椎弓板上缘。这些韧带在寰枢关节水平为一层薄膜,外侧有第2颈神经穿过。

旋转寰枢关节的肌肉,主要作用于颅骨、寰椎横突和枢椎棘突,包括头下斜肌、头后大直肌和一侧的头夹肌以及对侧的胸锁乳突肌。

2. 翼状韧带由两部分构成,其中一部分连接齿状部与枕骨的髁状突,另一部分在寰椎外侧块上插入,其功能是限制寰椎轴向旋转、侧弯和屈曲拉伸;横向韧带固定齿状部,向上延长到达枕部,向尾部延伸到达轴体的后面,形成寰椎的十字韧带,其功能是限制头屈曲以及寰椎向前移位。

3. 颈1、2、3神经于枕大、小神经交汇支配头皮及皮下组织、肌肉、颅骨骨膜,同时与颈上交感神经节相交通,此交感神经节又与迷走神经耳支、舌咽神经、面神经交通,因此,颈神经损伤可影响到耳大神经、面神经和舌咽神经所支配的组织产生病变。

4. 颈椎椎动脉经寰椎横突孔后组成基底动脉,营养小脑,并参与脑桥的血运。此外,动眼神经的血液营养亦源自基底动脉,椎动脉受损可使上述组织同时受到损害。

5. 按脊柱圆运动规律和脊椎轮廓平行四边形几何图形法则,腰骶角与寰颈角(侧位寰椎与颈椎构成的角度)应保持相对平衡,如腰骶角紊乱,可继发寰枢关节错位。

〔病因〕

1. 睡眠时枕头位置不适,可造成十字韧带、翼状韧带受伤,肌力不平衡,或颈曲紊乱,均可导致寰枢关节移位,损伤颈神经和椎动脉。

2. 颈椎曲度紊乱或侧弯,也可导致枢椎齿状突旋转、倾斜,进而导致寰枢关节移位,损伤颈神经和椎动脉。

〔诊断〕

本病多发生于中青年人。有研究观察215例寰枢关节错位患者,19~35岁者占46%,36~50岁者占42%。以伏案工作者占多数。

● 诊断依据

1. 患者有头后枕部胀痛不适感。
2. 头晕头痛、方位性眩晕,头晕、头痛可单一出现,也可同时存在;往往遇劳加重,休息减轻。方位性眩晕可以在早上起床时或转头时发作。眩晕严重时可出现跌仆。头痛多为偏头痛或后枕痛,疼痛多可以忍受,往往早晨较轻,下午加重;休息减轻,遇劳加重。

3. 部分患者伴有胸闷、心悸、咽喉不适,或睡眠不好,甚至失眠;或记忆力下降、健忘,或者血压波动,或者视力下降、耳鸣、听力下降,或轻度面瘫。

4. 触诊可摸到侧偏之寰枢椎(即两风池穴不对称),局部可有压痛。桡动脉试验阳性。

5. X线片张口位可见齿状突偏歪或前倾;侧位可见 $C_{1,2,3}$ 有成角旋转,颈曲有改变。

符合以上1、2、4、5者,即可确诊为本病。

● 诊断分型

1. 侧偏型 X线张口位可见齿状突偏移,寰椎旋转;侧位片可见 $C_{2,3}$ 后成角,颈曲改变不大,颈部活动正常。有研究表明,215例该病患者中侧偏型占67.9%。

2. 前倾型 X线片张口位可见齿状突前倾、寰枢后倾,出现双边征;侧位颈曲加大, $C_{2,3}$

呈阶梯状改变,颈部活动屈伸受限,旋转尚可。上述研究表明,215 例该病患者中前倾型占 26.2%。

3. 混合型 指前倾与侧偏同时存在。上述研究表明,215 例该病患者中混合型占 9.7%。

● 鉴别诊断

1. 梅尼埃病 为内耳膜迷路积水,表现为发作性眩晕、波动性听力减退及耳鸣。其特点是耳鸣加重后眩晕发作,眩晕发作后耳鸣逐渐减轻或消失,耳鼻喉科检查可协助诊断。

2. 三叉神经痛 三叉神经分布区内反复发作的阵发性剧烈疼痛而不伴三叉神经功能破坏的表现称三叉神经痛。常于 40 岁后起病,女性较多。为骤然发生的剧烈疼痛,发作时病人常紧按病侧面部或揉擦面部以减轻疼痛,严重者可伴有同侧面部肌肉的反射性抽搐,所以又称“痛性抽搐”。

每次发作仅数秒钟至 1~2 分钟即骤然停止。病人面部某个区域可能特别敏感,稍加触碰即引起疼痛发作,如上下唇、鼻翼外侧、舌侧缘等,这些区域称之为“触发点”。此外,在三叉神经穿出骨孔处,常有压痛点。

3. 桥脑小脑脚病变 表现为眩晕及一侧听力进行性减退,行走不稳。CT 或 MRI 可见病侧脑桥小脑脚处占位性病变,X 线照片可显示病侧内听道扩大,张口位寰枢椎无错位。

4. 急性缺血性脑血管病(TIAS) 因血管血栓形成栓塞导致脑缺血,引起脑功能短暂丧失,严重者因缺血而发生坏死。

临床上短暂脑缺血多见于中年以上,发作 2 分钟即出现以下症状,但多在一刻钟内恢复,无后遗症。表现为对侧肢体或面部肌肉无力、瘫痪、麻刺感,或感觉消失,构音障碍;或者突然眩晕,或口周麻刺感,双侧肢体感觉异常,或出现共济失调。CT、MRI 可排除局限性脑梗死或脑出血。局限性脑梗死是因脑动脉供血不足致脑急性缺血性坏死,俗称“中风”,多为中年以上的高血压、糖尿病、心脏病或高血脂患者,表现为一侧头痛、眩晕、呕吐,对侧身体感觉异常、偏瘫、言语不清、手足麻木等中风症状。CT、MRI 可协助诊断。

[治疗]

● 治疗方法

1. 理筋方法

- (1) 药熨:颈部、胸背,特别是寰枢部位结合药敷;
- (2) 骨空针调压法:针上风池、上风府、脑空等穴位;
- (3) 寰枢椎部位用轻揉手法按摩。

2. 调曲复位法 根据不同证型选用寰枢端转法。

(1) 侧偏型:术者用左肘提托患者下颌(轻提),右手拇、食两指分别置于寰枢椎两侧(相当于风池穴),行欲合先离手法旋转,(注意:头部旋转不宜超过 10°),反复 3~5 次,使侧突之寰枢椎复位,两侧平衡,压痛消失即可。

(2) 前倾型:术式同上,但拇指按压第 2 颈椎棘突,反复 2~3 次。每天 1 次,3~5 次后加用颈胸枢纽旋转法。

3. 练功 用以宗健脊强身十八式中第 1、2、3、4、5、6、7 式。

4. 方药辨证论治 根据辨证可选用天麻钩藤饮或疏风滋血汤,随症加减。

● 疗效判断

治愈:头晕、头痛症状消失,寰枢关节完全复位。

好转:头晕、头痛减轻,寰枢关节基本复位(残留轻度侧偏或前倾)。

无效:症状体征无改变,寰枢关节错位无改变。

● 治疗注意事项

1. 寰枢关节错位不宜做布兜牵引,牵引一般易加剧头晕、恶心。

2. 禁用寰枢椎的高度旋转和后伸手法,也不宜用斜扳法。

[预后]

1. 年轻患者恢复快,侧偏型治疗一般2~4周可以康复;混合型和前倾型需4~6周。

2. 如合并神经功能失调症状,例如失眠、健忘或耳鸣,在寰枢椎复位后往往需较长时间症状才能消失,有必要配合骨空针法和中药辨证论治。

第三节 钩椎关节紊乱症

因头颈姿势不正,颈肌肌力失衡,导致钩椎关节紊乱,引起的颈项疼痛及颈项部活动障碍称为钩椎关节紊乱症

[功能解剖和损伤机制]

1. 颈椎的后关节(Luschka 关节)包括钩椎关节和关节突关节,其中关节突关节是冠状结构,可以完成较大的旋转范围,但钩椎关节是 100° 夹角的角状结构。因此,在旋转过程中产生角状运动,往往因左右肌力不平衡,在角状运动中产生关节囊滑膜嵌顿、关节结构紊乱而刺激神经背侧支,造成颈椎旋转功能受限。

2. 颈椎钩椎关节靠颈项韧带中轴稳定,两侧肩胛提肌(上部)斜方肌和前缘的前、中、后斜角肌是旋转和侧屈的主要动力来源。如某一组肌肉损伤,即可导致关节不稳。

[病因]

1. 多因睡枕不当,或睡姿不正确,也有因长时间抬头、低头、侧头运动或风寒之邪侵犯颈项背肌导致肌肉韧带痉挛(急性)或劳损(慢性),关节不稳产生错位,刺激颈神经后支,引起其支配之颈项部肌肉韧带痉挛产生疼痛,进而造成颈部活动障碍。

2. 外伤 因头颈部冲撞伤或挥鞭式损伤,导致钩椎关节紊乱或半脱位。

[诊断]

本症多发于青少年,临床上分为急性期和慢性期。

● 诊断依据

1. 颈项疼痛或牵涉肩背痛。
2. 颈部活动障碍,特别是旋转功能障碍,稍加旋转即颈项痛。
3. X线照片正位可见钩椎关节不对称,椎体倾斜;侧位可见椎曲弧度减小,颈椎相互成角。
4. 有明显颈椎外伤史。

● 诊断分型

1. 急性期 突发头颈转动障碍,尤其不能向一侧旋转,稍转动即牵涉颈肩背疼痛,触压颈部有压痛,多发生于颈胸部,多由外伤引起。X线照片可见钩椎关节不对称,颈曲稍有改

变或正常。

2. 慢性期 曾有颈项转动障碍病史,未经治疗而好转,但逐渐出现颈项活动不灵活,颈肩有牵拉痛,X线照片:有明显钩椎关节不对称,颈曲有改变,稍直,或有阶梯改变,或有双边征。

● 鉴别诊断

1. 颈背筋膜炎 多见于项韧带和肩胛提肌、斜方肌,因慢性劳损或风寒湿邪侵犯,韧带肌肉受损,局部粘连或有条索状改变。如果是项韧带还会与棘突剥离,甚至钙化,患者表现为局部酸痛、压痛或出现弹响,但一般颈曲无改变,治疗宜采用针灸、药熨、局部推拿按摩。

2. 颈椎病 指颈椎间盘退化、椎曲紊乱症,本症影像学显示有椎间盘突出、退化,椎曲紊乱。

3. 颈椎间盘突出症 本症有急性颈痛,臂丛神经压迫的症状,影像学显示有椎间盘突出。

[治疗]

● 治疗方法

1. 理筋法

(1) 急性期

1) 点穴转项法:点对侧内关,第2掌骨间,同时患者自行转动颈项。

2) 针刺通络法:针风池、颈华佗夹脊、秉风、肩井、列缺。

(2) 慢性期

1) 膏摩颈项肩背。

2) 骨空针法调压,选取颈华佗夹脊、肩井、秉风、天突、外关、列缺。

2. 调椎复位

(1) 布兜牵引:仰卧位颈椎布兜牵引3~4kg,30分钟,如颈曲减小者配合折顶手法。可辨证施用兜颌旋转法或颈胸枢纽旋转法。

(2) 辨证施用:兜颌旋转法或颈胸枢纽旋转法。

3. 韦氏平衡牵引器自我康复法 选用韦氏平衡牵引器装置,每天背戴1小时。

4. 练功法 选用“以宗健脊强身十八式”中第1~7式,自我练功。

● 疗效判断

痊愈:疼痛症状消失,颈部活动功能恢复正常,X线照片椎曲恢复,钩椎关节恢复平衡,椎体无旋转。

好转:疼痛症状消失,颈部活动基本正常,X线照片椎曲改善,钩椎关节不对称改善。

无效:症状体征均无改善。

● 治疗注意事项

1. 颈肌在紧张疼痛状态下,不宜施行旋转复位手法。

2. 如颈曲变直者,先行牵引折顶1周,颈曲改善后,再行旋转复位。

[预后]

钩椎关节紊乱多发生于伏案工作人群,以青少年为多见,也可见于中老年,主要是早期治疗,恢复颈曲,并嘱患者作点头运动,自我推拿颈肌。如迁延日久,可继发椎间盘突出或退变,引起更严重的颈椎病。

第四节 颈椎间盘突出症

由于受强力屈、伸或旋转外伤,导致颈椎间盘纤维环撕裂,髓核从椎间隙后缘突(膨)出,压迫或刺激神经根或脊髓,而出现的一系列综合征。也称急性颈椎间盘突出症。

[功能解剖和损伤机制]

1. 颈椎有7个,但椎间盘有6个,因 C_1 ~ C_2 间无椎间盘。大部分颈椎间盘突出症是在慢性劳损和椎间盘退变基础上发病,因颈椎间盘较腰椎间盘小而弱,但其所承受的应力及活动范围均不亚于腰椎间盘,因此不管退变程度如何,当颈部突然过度屈、伸、或旋转,或头部受压,均可导致椎间盘纤维环撕裂,使髓核脱入椎管,或使原有膨出的髓核脱入椎管,造成神经或颈髓受刺激甚至压迫。

2. 在前章椎曲论已论述,人类颈曲的形成是站立行走后才逐步形成的。颈椎的椎间盘从胚胎形成至一岁站立后,其髓核的位置均处于椎间隙的中央。当椎曲逐渐形成,椎间隙出现前宽后窄,髓核也从椎间隙的中央位置向前位移,从而形成了髓核前后活动的空间。髓核在颈曲($C_{4,5,6}$)的椎间隙内是随颈椎的屈、伸和左右侧屈、旋转而滚动。

也就是说,髓核在椎间隙内从一周岁前的静态到一周岁至发育成熟成为动态。因此,临床上 $C_{4,5}$, $C_{5,6}$ 的椎间盘突出最为常见。

3. 因为颈髓在 C_{5-6} 处为颈膨大,颈髓与椎管壁之间的空隙较小,因此,无退让余地,轻度压迫即可出现症状。

4. 青春期富有弹性的椎间盘,可以由于外伤而急性突出,中年人已退变的椎间盘,由于原有膨出甚至已压迫硬脊膜囊,但无任何症状。

可是由于颈部的突发外伤,也可使退变椎间盘的原有膨出,在外力作用下突入神经根孔或椎管,导致急性椎间盘突出。特别是退变的椎间盘,如已发生纤维化或骨化,则一旦突入椎管,对脊髓造成的损伤将远远重于青春期原发的椎间盘突出对脊髓造成的损伤。

[病因]

1. 头部冲撞伤或过度的强力屈颈或后伸,造成椎间隙内压增高,纤维环撕裂,椎间盘突出。

2. 因外力过度旋转导致纤维环撕裂,椎间盘突出。

3. 颈部肌肉因受凉或受湿,疼痛、痉挛、肌力不平衡、椎体旋转、倾斜、椎间隙内压增高,将髓核压向纤维环薄弱的椎体后缘。

[诊断]

● 临床表现

急性期颈痛明显,常影响睡眠,一夜常痛醒多次,严重者不能平卧,只能取坐位睡眠。颈部不活动时疼痛可减轻,如将患侧上肢高举过头部,则病人感到较舒适,因此病人卧床时喜欢保持这个特殊体位,睡觉时头枕在手上,或把头偏向患侧。

头的位置影响症状,轻度后伸颈部即会引起较重的疼痛,因此夜间睡眠不自觉活动颈部会痛醒。急性期过后,症状稍减轻,病人能入睡。

● 诊断依据

1. 突发的颈肩背痛合并上肢麻痹、窜痛,颈项活动障碍。

2. 突发颈项剧痛合并双上肢无力、步态发抖、感觉功能及运动功能障碍,甚至有膀胱、直肠功能障碍。

3. 影像学诊断

(1) 青春期原发性椎间盘突出,X线照片不一定有侧弯及椎曲紊乱,可以看到病变的椎间隙变窄,轻度椎曲改变;中年人陈旧的椎间盘突出,X线照片可有椎曲紊乱,椎间隙变窄。

(2) CT或MRI可显示突出的椎间盘大小、形状,以及对颈髓压迫的程度。

CT轴位断层扫描,可了解颈椎骨结构、软组织与脂肪的轮廓,对颈椎间盘突出的部位、程度及方向的诊断有重要意义。颈椎间盘突出在CT中常表现为突出椎间盘的密度比鞘膜囊或脊髓的密度稍高,椎体后缘有向外凸的软组织影。

MRI具有比CT更高的对比分辨率,可获得任意成角平面,可直接显示颈椎间盘突出部位、类型及脊髓和神经根受损的程度,在MRI图像上可显示椎间隙变薄、梯形变、信号不均匀、裂隙点状变性、真空现象、椎间盘的外缘超出椎体外缘。

● 诊断分型

颈椎间盘突出根据其向椎管内突出位置的不同,可分为以下几种类型:

1. 侧方神经根型 突出部位在后纵韧带的外侧、钩椎关节内侧。该处是颈部脊神经根通过之处,突出的椎间盘压迫脊神经根而产生根性症状。主要症状有颈痛、颈僵直,疼痛可放射至肩胛或枕部。

有时感觉以颈痛为主,部分病人可随神经根受压时间的延长临床表现转为以麻木为主。疼痛和麻木可放射到一侧肘处、腕背部,再至某个手指,很少发生于两侧上肢。头颈往往处于僵直位,活动可受限于任何方向,但可有一个方向活动是自如的。颈椎棘突旁可有压痛;在头顶加压使颈椎伸直或向患侧屈曲常引起根性疼痛,向上拔伸头部可使疼痛缓解。痛觉和触觉的减退或消失按神经节段分布而定。

(1) C_{4-5} 椎间盘突出: C_5 神经根受累。肩部疼痛和麻木,可放射到上臂的外侧, C_5 神经支配三角肌,所以有的患者出现上肢抬举困难,两侧对比检查可见患侧三角肌肌力减弱,严重时三角肌瘫痪,病人不能梳头、穿衣,并可出现进食困难。

(2) $C_{4,5}$ 椎间盘突出: C_5 神经根受累。肩部疼痛和麻木,可放射到上臂的外侧, C_5 神经支配三角肌,所以有的患者出现上肢抬举困难,两侧对比检查可见患侧三角肌肌力减弱,严重时三角肌瘫痪,病人不能梳头、穿衣,并可出现进食困难。

(3) C_{6-7} 椎间盘突出: C_7 神经根受累。在我国,此部位发病率占第2位。疼痛和麻木由肩背部、上臂后面、前臂后外侧放射至中指。 C_6 神经根受累时症状很少涉及中指,但 C_7 神经根受累则可同时涉及中指和 C_6 神经支配的范围,如拇、食、中指。检查见肱三头肌肌力减弱,少数病例胸大肌萎缩,肱三头肌反射早期即表现减弱或消失。

(4) $C_7 \sim L_1$ 椎间盘突出: C_8 神经根受累。疼痛和麻木由肩背部、上肢后外侧放射到手的外侧、环指和小指。因为 C_8 神经大部分为运动神经纤维,因此 C_8 神经根受累后疼痛和麻木较其他神经根受累轻,而主要表现为手部功能障碍,病人握物、持筷子、捏针等动作困难。检查时小指和环指尺侧一半感觉减退,肱三头肌、尺侧伸腕肌和屈腕肌部分功能减退。

2. 旁中央脊髓型 突出部位偏于一侧而介乎脊神经根与脊髓之间。可以压迫两者而产生单侧脊髓及神经根的压迫症状。中央型或较大的颈椎间盘突出,以脊髓受压的症状为

主,一般可分为3类:

(1) 运动系统障碍:前角细胞皮质脊髓束不受累,表现为痉挛性瘫痪,但相对较轻,没有感觉障碍。

(2) 脊髓中央综合征:表现为严重的运动和感觉障碍,主要发生在上肢。

(3) 上肢痛并脊髓受压:发生在上肢表现为下运动神经元受损症状,发生在下肢则表现为上运动神经元受损症状,根性痛是本型的特征。

根据脊髓受压的严重程度不同,神经症状可逐步出现,霍夫曼征呈阳性。开始时病人感到行动不灵,并逐渐加重,同时呈痉挛性轻瘫,之后出现上肢麻木,精细运动障碍,可伴大小便功能障碍。下肢症状出现较早、较重,上肢症状出现较晚。

3. 中央脊髓横贯型 突出部位在椎管中央、脊髓的正前方。可以压迫脊髓两侧的腹面而产生脊髓两侧的压迫症状。大部分传导束受累,如皮质脊髓束、脊髓丘脑束以及后核等其他部分,出现严重的痉挛性瘫痪和括约肌功能障碍,1/3病人表现有锥体系和锥体外系症状和体征。

● 鉴别诊断

1. 急性脊髓炎

急性脊髓炎为多种原因所致脊髓炎症反应,表现为病变节段以下的瘫痪、感觉减退和自主神经功能障碍。中下胸段脊髓最常受累。最初症状可为病变节段的脊柱痛、束带感。脊髓症状出现急剧,数小时至数天内发展为最重。急性期出现病损节段以下肢体弛缓性瘫痪,深浅感觉消失、大小便失禁,称为脊髓休克期。经数十日至数月,腱反射出现,肌张力增高。继而反射亢进,肌力和感觉有不同程度恢复。颈段脊髓炎出现四肢瘫痪,累及 $C_{3,4}$ 者常需人工辅助呼吸。累及腰段者仅出现下肢感觉缺失。累及骶段者出现鞍区感觉缺失,无明显运动障碍但有严重而持久的膀胱、直肠括约肌功能障碍。病变部位从胸腰段开始逐步上升到颈段乃至延髓者称为上升性脊髓炎。

2. 颈椎病——颈椎间盘退变、椎曲紊乱综合征

颈椎间盘突出症与颈椎病有相似的病理改变,都是在颈椎间盘退变的基础上,椎间盘或髓核对神经根、脊髓的刺激,颈椎间盘突出症刺激物只是突出的椎间盘或髓核,发病急,症状严重,颈椎病发病缓慢,突出物除椎间盘外还有骨赘等退变组织,受刺激部位除神经根及脊髓外,还有血管等周围组织,因此症状多样而稍缓和。

颈椎间盘突出症反复发作,病情迁延,出现颈椎关节骨质增生,骨赘形成,与椎间盘组织一同压迫、刺激神经根、脊髓、椎动脉等组织,则可发展成颈椎病。一般来讲,颈椎病多有以下特点:①发病年龄偏大,40~60岁多见。②发展缓慢,反复发作,有缓解期。③病变部位多达2~3个椎间隙。④CT检查可见两侧椎间孔大小不等,钩椎关节骨赘形成。

3. 颈椎椎管狭窄症

本症发病缓慢,以头晕、上肢无力发抖、下肢步态颤抖为主要症状,影像学诊断X线片显示椎曲加大或变直、反弓、侧弯,多个椎间隙狭窄;CT和MRI显示多个椎间盘突出或有韧带钙化。

● 辨证诊断

血瘀型:颈部有外伤史,颈项部疼痛剧烈,活动受限,可出现一侧或双侧肩、背、手的麻木疼痛,伴头痛、头晕、颈肌紧张,压痛明显,舌黯有瘀斑,脉弦涩。

风寒型:颈项部疼痛剧烈,遇冷则发,颈部僵硬,活动不便,一侧或双侧上肢麻木,有放射痛,皮肤感觉异常,伴头晕、恶风寒。舌淡红,苔薄黄,脉浮紧。

肝肾不足型:颈项部酸困疼痛,一侧或双侧肩、臂麻痛,项部压痛,伴放射痛,颈活动不利,伴眩晕耳鸣、失眠健忘、腰膝无力,易跌倒或出现下肢瘫痪。舌红少苔,脉细数。

[治疗]

● 治疗方法

1. 急性期处理 椎间盘急性突出,局部充血,炎症水肿。应用消炎止痛药物有很好疗效。20%甘露醇注射液 250ml,静滴,1次/日,5天为1个疗程。慢性患者可用改善微循环药物。0.9%氯化钠注射液 250ml,加盐酸川芎嗪注射液 80~120mg,静滴,1次/日,15天为1个疗程。维生素 E 50~100mg,口服,3次/日,30天为1个疗程,促进脊髓再生。

2. 整脊疗法

(1) 骨空针法:针 C_{4,5,6,7} 华佗夹脊穴,患侧循经取穴;椎间盘突出症压迫部位不同,临床症状各异,治疗时应重视经络辨证。侧方突出型症状表现多在手足太阳经和手少阳三焦经循行部位,并与手三阴经有关;中央突出型表现为四肢瘫痪时与三阳经关系密切。旁中央型病变表现部位与前两型之经络分布均有关。选穴时,局部取穴与循经远端取穴并重。取穴:①侧方突出型主穴取风池、天柱、颈夹脊、合谷、曲池、外关;配穴取风府、大椎、天井、后溪。②旁中央突出型取穴同中央突出型。③中央突出型上肢瘫痪主穴取风池、颈夹脊、天柱、手三里、合谷;配穴取肩髃、天井、曲池、外关、后溪。下肢瘫痪主穴取风池、颈夹脊、天柱、环跳、髀关、承扶、阳陵泉、足三里、委中、昆仑;配穴取秩边、殷门、伏兔、风市、悬钟、丘墟。每次选3~5穴,急性期每日1次,好转后隔日1次。

(2) 颈椎牵引:取仰卧位布兜牵引3~5kg(中央型椎间盘突出症慎用牵引);

(3) 手法:对侧方神经根型和旁脊髓型可施行牵引折顶法,1至2周后椎曲恢复时,配合颈胸枢纽旋转法。

3. 方药辨证论治法

(1) 血瘀型

治则:活血化瘀,通络止痛。

方药:桃红四物汤加减。

(2) 风寒型

治则:祛风散寒,通络止痛。

方药:羌活胜湿汤加减。

(3) 肝肾不足型

治则:补益肝肾,强筋止痛。

方药:天麻钩藤饮或疏风活血汤,辨证加减。

4. 练功疗法 症状缓解后,可参照“以宗健脊强身十八式”中第二、五、六、七、八、九、十式,做功能锻炼。

5. 手术疗法 对经上述疗法治疗2周后,症状体征无明显改善者,或陈旧性椎间盘突出患者,以及旁中央型或中央型经上述疗法治疗1周无改善者,均可转手术疗法。

6. 疗效判断

痊愈:症状体征消失,颈椎和四肢功能恢复;X线检查青年患者颈椎椎曲恢复,无侧弯,