

第一章

肌肉、骨骼系統疾病

頸椎病

1. 概述

頸椎病(Cervical spondylosis)是由於頸椎間盤退性病變、頸椎骨質增生所引起的一系列臨床症狀的綜合症,是脊椎病的一種。表現為椎節失穩、鬆動;髓核突出或脫出;骨刺形成;韌帶肥厚和繼發的椎管狹窄等,刺激或壓迫了鄰近的神經根、脊髓、椎動脈及頸部交感神經等組織,引起一系列症狀和體徵^[1]。可歸為中醫學痺症、頸項強痛、頸肩痛、失枕、落枕、肩不舉、脊強等^[2]。其發病與年齡和姿勢密切相關,在我國30歲以上人群中頸椎病發病率為10%左右,40~50歲為25%,50~70歲則在50%以上,70歲以上發病率幾乎是100%^[3]。而長期伏案工作者的頸椎病發病幾率是非低頭工作人群的4到6倍。

2. 病因

退變和勞損是頸椎病發病的兩大主要原因。退變又可稱為增齡性病變,它包括組織成分和結構的變化,以及功能的退變。隨著年齡增長,發生椎間盤水分減少、纖維化、間盤突出、韌帶增生肥厚、骨質增生等變化是頸椎病發生發展中最基本和最關鍵的基礎。慢性勞損:是指各種超過正常範圍的過度活動帶來的損傷,如不良的睡眠、枕頭的高度不當或墊的部位不妥,反覆落枕者患病率也較高。另外,工作姿勢不當,尤其是長期低頭工作者頸椎病發病率特別高。再者,有些不適當的體育鍛煉也會增加發病率,如不得法的倒立、翻筋斗等。此外,還有外傷、頸椎的先天性畸形、發育性椎管狹窄、等多種因素發病。

3. 中醫病因病機與辨證

中醫認為頸椎病的發病首先應歸因於肝腎虧虛、氣血不足，致筋脈失養而發病，另一大主因為痰濕凝阻、經絡瘀滯頸項等部位，造成氣血、經絡運行不暢。跌僕損傷、風寒濕痹、經絡受阻導致氣血運行不暢引起疼痛、酸麻、重著及屈伸不利等。

中醫認為頸椎病屬本虛標實，手足三陽經及督脈循行均經過頸項部，屬陽，因此，辨證論治，針灸當在補肝腎二經基礎上，取陽經腧穴為主，尤以疏通後頸部督脈和膀胱經局部氣血為主。

4. 臨床表現與診斷

臨床表現：具體分型如下。

1. **頸型**：具有典型的落枕史及頸項強直、疼痛等頸項部症狀體徵；影像學檢查可正常或僅有生理曲度改變或輕度椎間隙狹窄，少有骨贅形成。
2. **神經根型**：具有根性分佈的症狀（麻木、疼痛）和體徵；椎間孔擠壓試驗或/和臂叢神經牽拉試驗陽性；影像學所見與臨床表現基本相符合；排除頸椎外病變（胸廓出口綜合症、網球肘、腕管綜合症、肘管綜合症、肩周炎、肱二頭肌長頭腱鞘炎等）所致的疼痛。
3. **脊髓型**：出現頸脊髓損害的臨床表現；影像學顯示頸椎退行性改變、頸椎管狹窄，並證實存在與臨床表現相符合的頸脊髓壓迫；除外進行性肌萎縮性脊髓側索硬化症、脊髓腫瘤、脊髓損傷、繼發性粘連性蛛網膜炎、多發性末梢神經炎等。
4. **交感型**：診斷較難，目前尚缺乏客觀的診斷指標。出現交感神經功能紊亂的臨床表現、影像學顯示頸椎節段性不穩定。對部分症狀不典型的患者，如果行星狀神經結節封閉或頸椎高位硬膜外封閉後，症狀有所減輕，則有助於診斷。除外耳源性、眼源性、腦源性、血管源性等其它原因所致的眩暈。
5. **椎動脈型**：曾有猝倒發作、並伴有頸性眩暈；旋頸試驗陽性；影像學顯示節段性不穩定或鉤椎關節增生；除外其他原因導致的眩暈；頸部運動試驗陽性。

診斷：X 線檢查是診斷頸椎病最重要的檢查方法。全頸椎正側位片，頸椎伸屈動態側位片，斜位攝片，必要時拍攝頸 1~2 開口位片和斷層片。正位片可見鉤椎關節變尖或橫向增生、椎間隙狹窄；側位片見頸椎順列不佳、反曲、椎間隙狹窄、椎體前後緣骨贅形成、椎體上下緣（運動終板）骨質硬化、發育性頸椎管狹窄等；過屈、過伸側位可有節段性不穩定；左、右斜位片可見椎間孔縮小、變形。有時還可見到在椎體後緣有高密度的條狀陰影，椎後縱韌帶骨化。頸部 MRI 檢查則可以清晰地顯示出椎管內、脊髓內部的改變及脊髓受壓部位及形態改變，對於頸椎損傷、頸椎病及腫瘤的診斷具有重要價值。經顱彩色多普勒（TCD）、數位減影血管造影（DSA）、磁共振血管造影（MRA）可探查基底動脈血流、椎動脈顱內血流，推測椎動脈缺血情況，是檢查椎動脈供血不足的有效手段，也是臨床診斷頸椎病，尤其是椎動脈型頸椎病的常用檢查手段。

5. 常規治療

目前頸椎病的治療以理療、康復、手法、牽引為主，結合西藥消炎鎮痛、擴張血管、利尿脫水、營養神經等類藥物治療。經非手術治療無效且病情日益加重者，影響生活和工作、或者出現了肌肉運動障礙者；可考慮手術

治療。

6. 針灸治療

方法一

治則：疏經通絡、祛風散寒止痛

處方：主穴：阿是穴、頸夾脊、風池、風府、大椎、天柱、後溪、頸百勞。肝腎虧虛者加肝俞、腎俞。經絡辨證：取督脈及手足三陽經穴。

操作：夾脊穴直刺或向頸椎斜刺，施平補平瀉法，使針感向項、肩部傳導；大椎穴和頸百勞穴直刺1~1.5寸，使針感向肩臂部傳導；其餘穴位按常規針刺。針刺得氣後選取主穴及阿是穴（壓痛點、麻木部位等）中的2~3組穴位接電針，鎮痛選疏密波或密波；麻木選擇疏密波；肌肉萎縮選擇斷續波；留針40分鐘左右，留針期間配合TDP燈頸肩局部照射。每日1次，6次1療程，每隔1療程休息1天。

方解：阿是穴及頸夾脊直接疏通局部經氣，行氣活血止痛。風池、風府祛風散寒；大椎穴為手足三陽和督脈之交會穴，調節諸陽之氣，以消風寒濕痹。

醫案舉例：

李某，男，45歲，公司職員，2009年就診。頸背部酸痛僵硬伴左上肢麻痛一年餘，患者2月前受涼後出現頸背部酸痛伴左上肢疼痛加重，影響睡眠，經市某醫院診斷為頸椎病。經牽引、推拿、消炎鎮痛藥物治療後效果不顯著，為求針灸治療至我院門診就診。查體：項背部肌肉緊張，頸椎4~6棘旁壓痛(+)，左側為甚，椎間孔擠壓試驗陽性，左側臂叢神經牽拉試驗陽性。頸椎片顯示：頸椎生理弓變直。頸4~6椎體後緣唇樣改變，頸4~6鉤椎關節變尖，頸5/6椎間隙變窄，頸5/6關節突雙突徵。**診斷：**神經根型頸椎病。經電針4次後症狀明顯改善，夜間可入睡。治療10次後，臨床體徵和症狀消失，肌力正常，頸、肢體功能恢復正常，可正常工作。隨訪3年無復發。

方法二

熱敏灸

處方：熱敏點

操作：用點燃的純艾條，以患者病位頸項部、前臂及小腿外側附近的經穴(如頸夾脊、百會、大椎、手三里、陽陵泉等)、壓痛點、皮下硬節等反應物部位為中心，3cm為半徑的範圍內，距離皮膚2cm左右施行溫和灸。當患者感受到“艾熱”向皮膚深處灌注時，或以施灸點為中心向周圍片狀擴散，或從施灸點開始循一定路線向遠部傳導，此點即為熱敏點。重複上述步驟，直至所有的熱敏點被探查出來。患者選擇舒適、充分暴露病位的體位。採用熱敏灸艾條(純艾條)，規格為直徑2.5 cm、長12cm，分別在每個熱敏點上施行迴旋灸2分鐘、雀啄灸1分鐘、往返灸1分鐘，再行溫和灸直至透熱現象消失為1次施灸劑量。對熱敏點完成1次治療劑量的施灸時間因人而異，標準為熱敏點的透熱、傳熱及擴熱現象消失。每日1次，10次1療程。

方解：熱敏灸是利用艾灸刺激熱敏化穴位，可能通過激發誘導機體調節系統功能，產生鎮痛效應，增強機體相關調節機能，減少疼痛對生理功能的干擾，調節神經-內分泌-免疫功能，促進組織修復，通過艾灸溫經

散寒、行氣通絡、活血養血作用，改善局部血液循環，增加神經的營養，消除神經水腫，緩解肌肉緊張。

醫案舉例：

劉某某，女，32歲，辦公室文員，頸肩部酸痛伴右手麻木1年餘，加重2周。患者因長期從事文案工作，1年前開始出現頸肩部酸痛，並向右上肢放射，偶感右手麻木不適，曾進行推拿、牽引、拔罐等治療，效果不顯，2周前加班熬夜，感覺頸肩疼痛加劇，夜間會痛醒。查體：項背部肌肉緊張僵硬，頸椎旁壓痛明顯，右上臂牽拉試驗陽性，椎間孔擠壓試驗陽性，舌淡暗，脈弦細，X線片示：頸椎曲度變直，頸椎體骨質增生，診斷為神經根型頸椎病，給予風池穴、大椎穴三點灸，感熱流從風池到大椎穴，漸增強，並向肩部行走，經肩髃穴到上肢直達手背，持續)，分鐘後漸漸消失，然後給以懸吊溫和灸曲池穴，灸感很快出現，自覺熱流如蟻行，向肩頸部上行，並向下到食指，持續15分鐘灸感消失，治療結束後病人感覺頸肩部疼痛明顯減輕，治療10天後症狀體徵消失，頸部活動自如，隨訪2年未發。

7. 預後、預防與調理

頸型、神經根型、椎動脈型頸椎病經針灸治療多數症狀能得到改善，甚至痊癒，脊髓型頸椎病預後較差。患者平時應避免長時間伏案姿勢工作，注意休息或者改變不良坐姿。避免長時間睡軟床和高枕睡眠。注意頸部保暖。做一些適當的自我運動，包括頸部運動和搖動上肢等。

8. 臨床報導

程小平等^[4]取頸夾脊、肩髃、曲池、手三里、外關、八邪，其中八邪向上平刺，施瀉法，餘直刺，施平補平瀉，配合手法治療72例，總有效率達97.2%。孫鈺等以患側頸椎椎突旁0.5~1cm最明顯壓痛處為針刺點，採用齊刺法，以瀉法為主，配合牽引治療260例，總有效率達98%。徐業松^[5]取雙側C4頸夾脊穴採用傍刺法，同時選取患側大杼、肩井、肩三針、曲池、外關，施以常規針刺快速捻轉法治療32例，有效率達96.9%。唐斌^[6]以病變夾脊為主穴，配以循經取穴，進針得氣後接G6805.2電針儀，用連續波以病人耐受為度，配合推拿、牽引治療75例，有效率為99.8%。

9. 療效評估與循證醫學

Trinh K 等於2016年發表了針刺治療頸部疾患的Cochrane系統評價^[7]，納入27個試驗(10098例患者)，涉及急慢性揮鞭樣損傷、慢性肌筋膜炎、關節病變引發慢性疼痛、慢性非特異性頸痛、神經根性頸痛、亞急性或慢性機械性頸痛。中等質量證據顯示針刺具有即刻效應和短期效應：較安慰針刺更能緩解疼痛；接受針刺患者較等待患者報告更少的疼痛和失能；較無效治療緩解疼痛更有效。

10. 經驗與體會

目前治療頸椎病的方法很多，中醫理療已成為主要治療方法，其中針灸療法佔據重要的地位，於其它療法相比，針灸在治療本病方面充分體現了“簡便廉驗”的優勢，療效確切，尤其是遠期療效方面更具優勢。針灸療法治療頸椎病手段多樣，如電針、溫針灸、耳針等，根據病情選擇多種針灸治療方法結合可增強針灸治療頸椎

病的療效。在針灸療法的基礎上加用非針灸療法,如角度牽引、推拿、頸椎操鍛煉等等可增強療效,可根據條件和需要聯合使用。熱敏灸以熱敏點作為針灸取穴部位,個體化治療,精確掌握刺激點和灸量,尤其適用於對普通針灸刺激反應不明顯的患者。但熱敏灸療法操作較為複雜、治療時間較長,對不能耐受的患者不推薦使用。

參考文獻

- [1] 馬慶軍,付治安.頸椎病的定義、分型與發病機制[J].中國全科醫學,2001,4(7):511-512.
- [2] 蘇國義,張琥,陳博來,林定坤.神經根型頸椎病的古代文獻認識[J].中國中醫骨傷科雜誌,2010,18(11):60-62.
- [3] 葛寶豐,胥少汀,徐印坎.實用骨科學[M].2版.北京:人民衛生出版社,2001:462-465.
- [4] 程小平,成俊珍.針刺配合手法治療神經根型頸椎病72例[J].山東中醫雜誌,2007,26(5):324—325.
- [5] 徐業松.傍刺法與單刺法治療神經根型頸椎病的臨床療效比較[J].中醫藥臨床雜誌,2006,18(5):484—485
- [6] 唐斌.電針配合推拿牽引治療神經根型頸椎病75例[J].河南中醫,2007,27(10):61—62.
- [7] Trinh K, Graham N, Irnich D, Cameron ID, Forget M. Acupuncture for neck disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2016 May 4;(5):CD004870. doi: 10.1002/14651858.CD004870.pub4. Review.

儲浩然 胡進