



頸椎綜合症與推拿療法

林文彬中醫師編(林園中醫診所、台北市立聯合醫院中興院區)

頸椎綜合症又稱頸椎病，是中老年人常見的疾病，包括頸椎骨刺增生，頸項韌帶鈣化，頸椎間盤萎縮退化等病變。由於壓迫頸神經根、或頸部脊髓、或椎動脈、或交感神經，而引起一系列的綜合症候群，輕者頭、頸、肩、臂麻木疼痛，重者可致肢體酸軟無力，甚至大小便失禁、癱瘓。病變累及椎動脈及交感神經時可能出現頭暈、心慌等相應的臨床症狀。目前對本病的治療採用非

手術療法，其中以推拿療法最有效，也最為患者所接受。

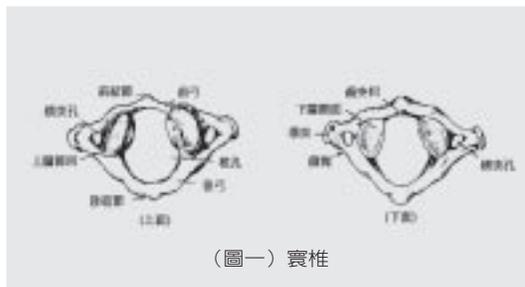
解剖生理

頸椎共有七個，椎間盤六個，椎管和椎間孔由椎體和椎弓組成。

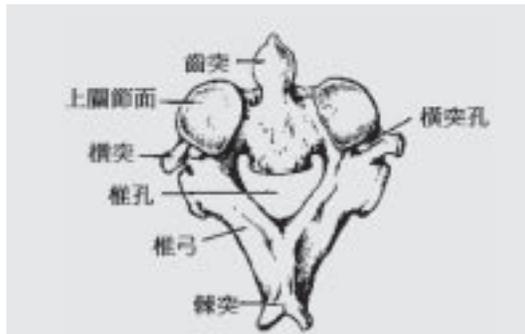
第一頸椎又稱寰椎（圖一），沒有椎體、棘突，和關節突。形似環形，由前弓、後弓及兩個側塊構成。第二頸椎又稱樞椎（圖二），其特點為自椎體向上伸

出一指狀突起稱齒突，與寰椎前弓後面關節面相關節。

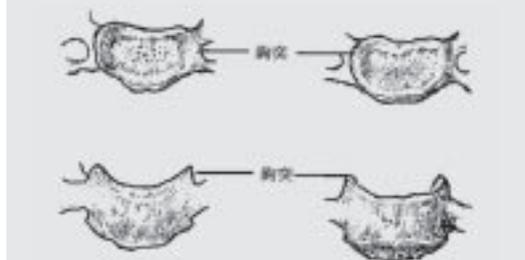
八對頸神經和第一胸神經分別從椎間孔穿出。在枕骨與第一頸椎之間，第一頸椎和第二頸椎之間既無椎間盤又無椎間孔，第一、第二頸神經根離開脊髓後並不通過椎間孔，而直接沿椎體進入分佈區。因此，第一、第二頸神經很易遭受直接外傷。同樣第一、二頸神經也不存在受椎間孔壓迫的可能性。其他六個頸神經均通過椎間孔。



(圖一) 寰椎



(圖二) 樞椎



(圖三) 頸椎鉤突

椎體關節互相連接，這些關節包括兩個關節突間關節，一個椎間盤和兩個鉤椎關節。頸椎的關節突間關節的位置接近水平，穩定性較差，一旦椎間盤發生萎縮性退變，椎間隙變窄，關節突間關節囊鬆弛，就容易發生椎體滑脫，從而使椎間孔變窄而產生神經根刺激症狀。

鉤椎關節，臨床上稱 Luschka關節，在下五個頸椎體之間，由椎體上面兩側緣向上突起的鉤狀突（圖三）與上位椎體下面兩側緣的陷凹所構成。關節的周緣有滑膜囊包繞。此關節病變可引起椎間孔狹窄，壓迫脊神經，導致頸椎病的症狀。

頸椎的椎弓根較短而細，因此椎骨的上、下切跡較為狹窄，兩者深淺也近似。相鄰椎骨的上下切跡組合形成椎間孔，頸椎的椎間孔為斜位的骨性管，呈卵圓形，其縱徑大於橫徑。經過椎間孔內的神經根僅占椎間孔的一半，故椎間盤萎縮的病例如不併發椎體滑脫，而僅有椎間孔縱徑變小時，神經根並不受任何壓迫。如果患者併發椎體滑脫，椎間孔橫徑變小或椎間孔內骨贅增生，韌帶肥厚，關節囊腫脹，神經根鞘袖腫脹時，則可出現神經根壓迫症狀。

頸椎橫突由椎弓和椎體相連合成，其根部有一圓孔，稱橫突孔或椎動脈孔。椎動脈在前斜角肌內側起自鎖骨下動脈，在頸總動脈的後方向上升，進入第6~1頸椎的橫突孔，於寰椎橫突孔上方穿出，在其側塊部拐彎向後方，經枕骨大孔的外緣進入顱腔，行於延髓腹側，在腦橋下緣，左右椎動脈合成一條基底

動脈，分枝至小腦、腦橋、延腦、大腦枕葉及內耳。所以當頭轉向右側時，右側的寰椎關節為肌肉所固定，而左側的寰椎下關節面則向前下滑動。而當頭向右側轉動時，左側的椎動脈可發生扭曲，致使管腔變窄，甚至完全閉塞而引起一系列臨床症狀，如頭暈、噁心、猝倒等。

病因

一、外因

(1) 急性頸椎外傷：頸椎的外傷性輕度骨折，輕度移位或頸部的嚴重挫傷，頸部的鞭索傷害及伸展傷害等，造成椎間盤、韌帶、後關節囊等組織不同程度的損傷，促使頸椎發生代償性增生，如直間接壓迫神經、血管，就產生症狀。

(2) 慢性勞損：與長期從事的職業

工作有關，例如刺繡、縫紉、謄寫等長期低頭工作者，或讀書、誦經長期低著頭，都可能引起頸部關節囊、韌帶等鬆弛乏力，從而加速頸椎的退行變而逐步產生症狀。

(3) 風寒濕邪：素稟體虛，或年老氣衰，腠理不密，氣血虧損，筋骨失於濡養，風寒濕邪易於侵襲，痹阻經絡、酸痛不仁。

(4) 鄰近部位的瘡腫：如咽部的乳蛾、喉癰、頸後部的對口、偏對口等急性瘡腫，熱毒壅滯，紅腫作膿，可波及到鄰近頸椎，引起小關節的潮紅、滲出、韌帶鬆弛等變化，又由於疼痛使部分肌肉痙攣收縮，引起頸部疼痛、強直、斜頸，甚至頸椎半脫位等。

二、內因

(1) 先天畸形：頸椎隱裂、頸體融

頸椎骨與臟器的關係

椎骨	供應部位	神經受壓後果
C1	頭部血管、大腦垂體、面部、腦部、中耳、內耳、交感神經	頭痛、週期性頭痛症、神經過敏、精神恍惚、怠倦、眩暈、健忘、失眠、高血壓
C2	眼神經、耳神經、額頭、竇、舌、乳突骨	鼻竇炎、過敏性鼻炎、重聽、耳鳴、耳痛、暈眩、眼盲、斜視
C3	顎、外耳、面骨、牙、三叉神經	神經痛、神經炎、痤瘡、濕疹
C4	鼻、唇、口、耳、咽管	乾草熱、卡他性炎、增殖性炎、耳聾、失聰
C5	聲帶、頸部腺體、咽	喉炎、嘶啞、咽喉炎
C6	頸部肌肉、肩部、扁桃腺	頸部僵硬、上臂疼痛、扁桃腺炎、百日咳、哮喘
C7	甲狀腺、肩、肘滑囊	滑囊炎、傷風、甲狀腺症狀



合、頸肋椎管狹窄等各種先天性畸形，一般到40歲後發病。先天畸形引起的頸椎病症狀常與年齡、勞損、風寒等因素有關。

(2) 肝腎虧損，筋骨衰退、椎間盤退變：是本病普遍的內因。以40~55歲之發病率最高。

症狀

(1) 神經根型：又稱痹症型、即頸臂綜合症，病變在C5以上者可見頸肩痛或頸枕痛及枕部感覺障礙等；在C5以下者可出現頸部僵硬，活動受限，有一側或兩側頸、肩、臂放射痛，並伴有手指麻木、肢冷、上肢發沉、無力、持物墜落等症狀。臨床上又可依主訴及症狀的輕重不同，分為疼痛型、麻木型、萎縮型三類。

(2) 疼痛型：發病較急，頸、肩、臂、手等均感覺疼痛、酸脹，肌力和肌張力也有所減弱，大多是一側發病。患者頭部可微偏向患側，以求減輕症狀。

咳嗽可有震動痛，夜間症狀加重，睡眠時常自動採取較合適的臥位，如取側臥位患側在上等。

(3) 麻木型：發病較慢，肩臂和上胸背麻木不仁，或兼有輕度疼痛。麻木區以前臂及手為主，夜間症狀較明顯，白天可無症狀。皮膚的痛、溫覺減退，肌力和肌張力均正常。

(4) 萎縮型：患側上肢肌力減弱，大小魚際肌肉萎縮鬆弛，肌力明顯減退時影響活動，造成殘廢，但無疼痛、酸麻感覺。

(5) 脊髓型：又稱痿症型，脊髓受壓者，可出現上肢或下肢，一側或兩側的麻木、酸軟無力、頸顫臂抖，甚者可表現為不同程度的不全痙攣性癱瘓，如肢體沉重、活動不便、步態笨拙、走路不穩，步履蹣跚易跌倒，最後無力行走，以致臥床不起，甚至呼吸困難，四肢肌張力增高，腱反射亢進，淺反射減弱或消失，並可出現髓、踝陣攣和病理反射等錐體束症。脊髓型頸椎病多無頸部酸痛，活動受限不明顯，故易於忽視或誤診。可結合頸椎X光片、肌電圖、椎管碘油造影，電腦斷層攝影等檢查以提高診斷準確性，X光片常見椎體後緣骨贅增生及椎管前後徑縮小，可在14~12mm以下。

(6) 椎動脈型：又稱眩暈昏厥型，椎動脈型頸椎病可表現為頸肩痛或頸枕痛、頭暈、噁心、嘔吐、尤以位置性眩暈為特點，偶有突發暈厥、猝倒、持物落地等。常見眩暈伴有偏頭痛，同時出現或交替發作，呈脹痛或跳痛，可合併

有耳鳴耳聾、視物不清等臨床症狀。上述諸症常因頭部轉動或側彎到某一位置而誘發或加重。

(7) **交感神經型**：又稱五官型，由於交感神經受刺激而出現枕部痛、頭沉、頭暈或偏頭痛、心慌、心悸、胸悶、肢涼、膚溫低或手足發熱，四肢酸脹等症狀，一般無上肢放射痛或麻木感。個別病例也可出現聽、視覺異常，或眼瞼無力、眼脹痛、易流淚；或耳鳴、聽力下降；或咽部不適、有異物感、易噁心；或皮膚多汗少汗、血壓忽高忽低等。

(8) **落枕型**：又稱頸型，以頸項疼痛為主要表現，多發於一側頸項部，類似落枕，有時壓痛點可觸及條索狀鈍厚改變，一般認為中年以後體質漸弱，肝腎之氣漸失，如兼有氣血虧虛或外傷、勞損等因素，則可導致關節囊鬆弛，韌帶鈣化，椎間盤退化、骨刺形成等，引起頸背疼痛反復發作，因此有人稱此型為韌帶關節囊型頸椎病，常因睡眠時頭頸姿勢不當、感受風寒，或扛抬重物、頭頂重物等誘發。症狀發作時頸項疼痛，延及上背部，不能俯仰旋轉，但不沿周圍神經幹的走向傳導。個別病例合併有眩暈或偏頭痛，每次發作三、五天後，可有一段時間的緩解。

(9) **混合型**：在臨床上，常見同時存在兩型或兩型以上的各種症狀，亦有伴發高血壓、低血壓、吞嚥困難等症狀，稱為混合型頸椎病。

上述各型以神經根型及落枕型較多見，其餘各型較少見。但對於癱瘓、眩暈等患者要注意鑑別是否頸椎病所



引起。

類症鑑別

在臨床診斷時，頸椎病必須與脊髓神經根腫瘤、脊髓空洞症、頸椎結核、類風濕性脊柱炎，原發或轉移性腫瘤、頸肋前斜角肌綜合症、鎖骨上窩腫瘤等病相鑑別。

一、**落枕型頸椎病與落枕的區別**：落枕以青壯年居多，無外傷史，很少反覆發作。落枕型頸椎病多發於30歲以上的中年人和老年人，部分患者常有外傷史，症狀常持續不癒或反覆發作，X光片可見頸椎部退行性變。

二、**神經根型頸椎病與肩關節周圍炎**，頸肋、前斜角肌綜合症的區別：肩關節周圍炎多發於50歲以上，體虛少動的患者，疼痛以肩關節為主，夜間靜止時自發性疼痛加劇，關節功能逐漸受限，活動到受限區域後出現疼痛。病情嚴重時，可出現肩三角肌萎縮，但這種萎縮要比神經麻痺、結核病等所致的肌肉萎縮症狀較輕。

頸肋與前斜角肌綜合症兩者症狀類似，以青壯年發病率較高，肩帶失去肌力而使患肢下垂，後伸或提重物時病情加重，疼痛自頸根、肩部向上肢遠端放射性串痛。交感神經異常伴隨手部出汗增加，或有皮膚過敏、燒灼麻木等異常表現。若壓迫鎖骨下動脈，會出現上肢皮色蒼白或青紫、手部發冷變白、麻木、脈弱或無脈，橈動脈失去。完全的血管阻塞，有時伴隨血栓及栓塞，可能導致指尖的壞疽。患側頸根部有硬物隆起，鎖骨上窩可能變淺，肌肉萎縮主要表現在前臂及手部小肌群，可能有小魚際或大魚際的衰癱。

三、椎動脈型頸椎病與癲癇、美尼爾氏症的區別：椎動脈型表現的眩暈常與體位變動有關，如突然轉頭或仰視時可

加重發作。個別暈厥猝倒者，可於行走時突感下肢無力而坐倒，此時神志仍清醒，坐倒後很快又感下肢肌力已恢復，可自行站立，繼續行走，此點可與癲癇症區別。美尼爾氏症發病時常伴有耳鳴，病情輕重與耳鳴成正比，反覆發病的間隔愈來愈長，常留有不等程度的耳聾，逐次加重，而眩暈減輕。

四、脊髓型頸椎病與頸部腫瘤的區別：脊髓型頸椎病起病緩慢，兩下肢症狀出現較上肢為早，然亦有同側上下肢發病者。治療休息後可以緩解，形成時好時壞，病情逐步加重的過程。而腫瘤一般無間歇病程，症狀呈進行性加重，運動障礙及感覺障礙大體一致，且較嚴重，然而脊髓型頸椎病的運動障礙相對顯著，感覺障礙輕微。腫瘤的X光片特徵為椎弓根變形，其間距增寬，椎間孔擴大，或有椎旁軟組織腫塊陰影。而脊髓型頸椎病的X光片顯示有明顯的退行性改變，椎管前後徑狹窄小於14~12mm。

五、結核：有全身乏力、體重減輕、低熱盜汗等臨床症狀，X光片除有椎間隙明顯變窄外，椎體邊緣模糊不清，有骨質破壞是其特徵。

六、類風濕性脊柱炎：又稱僵直性脊椎炎，主要表現為脊柱僵硬不靈活，圓背畸形，各方運動均受限，最後頸項強直，後期脊柱X光片呈竹節狀改變。

七、脊髓空洞症：常合併於某種發育畸形，如胸廓異常，脊柱狹窄，頸肋等，發病年齡較早，約20~30歲，病程發展非常緩慢，有長手套或半掛式全掛式脊髓節段型分離性感覺障礙區，下肢

