

· 随笔漫谈 ·

谈谈颈椎手法的并发症

中国中医研究院骨伤科研究所 李金学

颈部手法是治疗颈肩部软组织损伤及其它多种疾病的有效方法。特别是近年来的研究,使颈部手法的适应症扩大,疗效提高,是一种很有价值的治疗方法。然而,由于颈椎部位的解剖和病理特点及其它因素,颈部手法也最易引起并发症,甚至造成生命危险。本文将结合实际病例,分析引起几种常见并发症的有关因素,并提出相应的预防措施,以减少其并发症和危险性的产生,特别是引起人们对此问题的重视。

一、颈部手法造成瘫痪

病例1:某女,53岁,因手指麻木、颈肩部疼痛就诊。体检见患者身体瘦弱,颈部细长,但活动尚正常。后颈部肌肉压痛,触压C₄棘突旁时可引起右手指串麻感。右手握力减退,骨间肌萎缩。颈椎X线片示C₄-6后缘骨质增生,有骨赘向椎管内突出,C₅椎间隙狭窄,颈椎生理曲度反张。第一次手法治疗后,病人感到手指麻木和颈痛加重,且感双下肢无力,双腿“不听指挥”。二天后,在行第二次手法时病人即刻昏倒在地,四肢和躯干以下感觉和运动丧失,二便失禁,腱反射亢进,病理反射阳性。经过住院治疗二个月后,上肢活动和感觉恢复。半年复查时,除需持单拐行走外,其它全部恢复(国内病例)。

病例2:某女,41岁,因肩、颈、背部疼痛、痠沉就诊。C₄棘突压痛,无放射痛,C₃-₁棘突有叩击痛,颈部活动正常。医生囑拍完颈椎X线片后来诊,但病人坚持要给予手法治疗,诉说其疼痛转剧,衣里尤甚,影响睡眠。医生无奈,就做了颈部软组织的松解手法。第二天病人复诊时诉说颈痛如

旧,医生观其X线片,见C₄椎体不规则形破坏,但会诊考虑为骨肿瘤(国内病例)。

病例3:男性:27岁,因颈痛40余天到某医院推拿治疗,即刻发生四肢瘫痪,尿潴留。检查见神志清楚,呈腹式呼吸,胸又以下痛觉丧失,双上肢肌力三级,双下肢肌力0级。X线片示C₅椎体破坏,C₄向后脱位,椎体前软组织阴影增宽。经颅骨牵引后前软组织阴影缩小。手术中切片证实为嗜酸性肉芽肿,乃行椎体切除,人造椎体植骨内固定术,术后截瘫恢复出院(国内报导病例)。

按:颈椎是脊柱中活动度最大、稳定性最差的部分,也最易发生退行性改变而导致颈椎失稳和骨赘形成。椎体侧方和后缘的骨赘是引起神经根和脊髓压迫最常见的原因之一,尤其是在颈椎活动时,更易造成脊髓的损害。通过对病情和X线的评价,适当的手法不仅可以调整颈椎小关节的位置关系,而且可以纠正颈椎的错位,从而恢复颈椎的稳定性。一般来说,手法时的被动活动范围是处于颈椎正常生理允许范围内的,而且每一个病人所适用的手法方式、用力大小,旋转方向等都是各不相同的。施法前,对病人的年龄、体质、性别、有无明显骨赘等情况都要予以考虑。必要的X线、化验检查和详细的体格检查是非常必要的。上述病例中,例1虽然适合手法治疗,但忽略了病人为女性,瘦小,颈部细长,椎体后缘骨赘第,可能使得手法时,颈椎过度伸展和旋转,骨赘在颈颈椎旋转中刺伤脊髓而发病。例2虽不适合手法,但因没有忽略体检和疼痛的部位,时间等特点,未作较剧烈的手法,从而避免了引起严重后果。例3则造成了深痛的教训。

二、颈椎手法造成骨折和脱位

病例4：女性，14岁，76年3月因落枕而请人推拿，在术者扭转其头部时，当即感颈痛加剧，活动受限。X线检查示环枢椎半脱位。后因出现脊髓受压症状和脱位加重，乃行枕颈融合术（国内病例）。

病例5：女性，26岁，因落枕在当地卫生所行推拿，在强行向右旋转头部时听到“咯咯”响声，即刻感颈痛加剧，活动受限，伴右肩部放射痛。当晚因进行性吞咽困难去县医院诊治。X线片示C₃下关节突骨折，咽后壁阴影（血肿所致）。经行领枕带牵引、石膏固定三个月后出院（国内病例）。

按：颈部手法要有丰富的经验和高度的技巧性，此法也是最易引起严重并发症和危险性的手法。因此，不仅要求手法者对颈椎的解剖生理特点、病人的病理特点和X线片有细致的了解，还要掌握手法的力学原理和操作技巧。病人不应随便找人行颈部推拿，没有颈椎手法经验的医者应慎行或在有经验的医生指导下行颈椎手法。这样就会减少象例4那样的事故。

枢椎齿状突之后只有环横钢带维系，在头部过度屈伸和暴力旋转活动时，极易造成该韧带的损伤和环枢椎脱位。颈椎后关节突较小，关节面近水平位，如手法用力不当或过猛，由于关节面着力不均，加以手法的冲力，极易造成关节突骨折。此外，某些病人多次接受颈椎手法，可以造成积累性损伤，在其后的手法中，可能会因施力很小而出现骨折，这与疲劳性骨折的发生机理很相似。患者骨质疏松、脆骨病等病症者，手法时也易引起骨折，应予注意。

三、颈部手法引起晕厥和卒中

病例6：女性，38岁，因颈间行推拿，于颈椎复位后立刻意识丧失，脑电图示广泛性脑失节律，逐渐变为非同步性低电压活动。死亡后病理检查见基底动脉起于左椎动脉，二支后交通动脉十分细小，其后侧支直

经约0.5毫米，而左侧支则细如毛发。所检之其它血管均无狭窄及闭塞。在脑桥上部、中脑、下视丘后部及丘脑底部之颈动脉和基底动脉的相应等压供血区有2×2厘米的囊性改变（国外两例）。

病例7：女性，45岁，因头晕、恶心，颈痛及经常摔倒而就诊。以椎动脉型颈椎病行手法治疗。首次治疗后症状明显缓解。第二次就诊时，为一医生用相反方向的相同手法治之，病人即刻感到头痛、眩晕、恶心欲吐，随之摔倒。经紧急处理后恢复。

病例8：男，31岁，因颈痛行颈按摩后转头受限，右面部、臂和腿部疼痛，随后语言不清，复视，左眼闭合障碍。检查见左面部呈下运动神经元损伤性不全瘫痪，右视时眼球震颤明显，右面部触觉消失。发音困难，左半身运动失调，腱反射亢进，步态不稳而不能站立。左颈部可闻血管杂音。脑部CT显示：小脑靠近第四脑室外侧有界限不清低密度区。一周后主动脉弓造影显示左椎动脉充盈不规则及狭窄，在第1、2颈椎间的血管通道闭塞（国外病例）。

按：因颈椎手法引起晕厥和卒中的病例已有不少报导。Mueller等(1986)报导了三例因颈部推拿引起椎基底动脉缺血性损伤的病例；Daneshmend等报告一例颈部按摩引起急性脑干卒中；Rolf Nyberg-Hansen等报告一例颈椎复位致脑干损伤伴昏迷五年的病例；Schwarz报告了由于颈部推拿引起小脑和脑干损伤的病例。一例男性患者，因头痛作脊椎手法后意识丧失，48小时后死亡。尸解见基底动脉、左前下小脑动脉等血栓形成。国内有人报导了27例推拿引起椎基底动脉血栓形成，小脑及脑干梗死的病例分析，其中死亡4例，治愈1例，基本好转5例，残余神经损害症状者17例。毛氏还报导一例因重按颈肩部穴位引起晕厥的报告。在国外，由于按春疗法的广泛的应用（仅在此类每年就至少有七千五百人接受这种治疗），由此引起

的并发症的报导也日见增多。1981年有人报导52例；最近美国的一项调查发现360名新病例。在德国，按摩医疗协会已开始登记这种病例。与每日接受手法治疗的众多病例相比，这些并发症是极低的。然而，这种并发症是十分严重的，本文例6和例5都导致了严重后果。从主观上予以重视，并研究其发生机理，预防这些并发症的发生是极为必要的。

已有不少人从多方面对其发生机理进行了探讨。有人用尸体解剖学研究发论，椎动脉的解剖变异很大。在150例尸体中发现椎动脉不对称者占92%。有的一侧椎动脉极为细小，以致主要依靠对侧椎动脉供血。在侧屈和旋转头部时，如对侧椎动脉受压或扭曲，就会影响脑部供血。此外，椎动脉行走于相对固定的横突孔中，在C_{1,2}部位其活动性更小。当芦氏关节增生，颈椎间盘退变和血管硬化时，颈部的强制性活动和不当手法可使椎动脉扭曲和压通，其周围神经丛受刺激还可导致反射性椎动脉痉挛，这些均可影响椎动脉的供血而造成脑内损害。有的还可引起椎动脉壁的撕裂伤而形成动脉内膜血肿，血栓形成及假性动脉瘤。

自1933年Dekley_n首先提出头部转动可影响一侧椎动脉的血流量以来，Hardes_{ty} (1963)发现转动头部时椎动脉血流量减少9—23%；Hus_n等在行血管造影时发

(上接104页)

皱，舌质红苔薄黄，脉弦细。想因风木内藏相火，三阴经循于会咽，怒气伤肝，挟心凌肾，故见颈筋挛颤，气递上冲、烦躁等症。但无侮脾之象，只宜清金伐木，安补心肾，故用《金匱》风引汤去大黄，干姜。服药三剂，其症未减。又思发病气从少腹上冲咽喉，有类仲景奔豚之述。复问数年屡感口干舌燥，今颧舌红，脉弦细，方知素体阴血不足。但彼因惊恐，伤心损肾，风木乘逆，冲胸腹痛，当宜奔豚之剂畅肝以去客邪。此本肝肾血虚，气对失平，恼怒伤肝，燥风欲

论，头部不转动时椎动脉显示正常，而转向一侧时，对侧的椎动脉闭塞。这些结果表明头部转动和过度的旋转性手法的确可以影响椎动脉的血流量。

综上所述，可以看出，这些并发症的发生是有条件的，归纳起来有以下几点：①手法异常剧烈；②颈椎和椎动脉等异常变异或退行性改变等病理基础；③有动脉粥样硬化等；④手法技巧掌握的不好。

在预防和治疗方面，要注重病史，并从病人的年令、体质、症状、X残片及化验等方面作出正确的估价，手法时要轻柔稳重，如出现头晕恶心等不适时要立刻停止施法，不要继续试探。一旦出现卒中，要立刻使病人平卧，保持安静、头部位于中立，必要时用颈枕带维持。密切观察病情发展，并予以相应的抢救措施。据报导，越早期应用抗凝治疗效果越好，可以避免严重的血栓形成和小血管闭塞引起的脑部损害。常用的药物有肝素，双香豆素，新抗凝片，生脉饮，川芎注射液等。Millikan用抗凝治疗94例椎基底动脉供血不足者，90例有明显好转。而在另一报导中，不用抗凝治疗的17例，5例发展为中风；而用抗凝治疗的引例半仅有2例发展为中风。抗凝治疗时要注意其本身的并发症等。其它的治疗方法还有针灸、头皮针及中药等。

晃，语重气上，故感应即发。肾血虚则气难收纳，致子动母气于少腹而上冲咽喉。肝血虚则燥风易动，乘害挛扇于失养之属，致颈筋拉颤于颌唇；发感头晕目眩，亦由于此。夜为阴，得应天时之助，故昼发夜止。肝阴不足，相火扰心，故见烦躁失眠。法当从本求治；补养肝肾阴血，平肝纳肾；宜芍药甘草汤合都气丸。本方用白芍疏风平肝，清抑相火，芍甘合化濡养肝血，以缓颈筋挛颤；都气丸善补肾血，且纳肾气。肝肾阴血已固，气血得平，虽有语气之功，肝风肾气自不上逆。本方连服九诸症渐愈，至今未发。