

第二颈椎与颈椎病

安徽中医学院附属医院(230031) 裴仁和

笔者根据多年的临床实践,就第二颈椎(C₂)与颈椎病的关系作一探讨。

C₂ 又称枢椎,与其它颈椎的结构不同,没有椎体,有一个向上凸起的齿状突,与 C₁ 之间没有椎间盘,借齿突与 C₁ 构成寰枢关节,寰椎围绕齿突旋转,颈部的旋转活动约 50% 首先发生在寰枢关节。C₂ 棘突既长且大、又有分叉,是颈部屈伸活动的杠杆臂。这些结构和功能特点是它诱发颈椎病的基础。

1. C₂ 与椎间盘退变:由于 C₂ 活动范围大,棘突长大,其分叉又两侧不对称,容易引起周围软组织损伤。又常因转头过猛,或睡觉姿势不当导致寰齿关节错位,或因 C₁₋₂ 之间活动过多,导致该处后关节退变,刺激 C₂ 脊神经根,引起颈部肌肉痉挛疼痛。颈部软组织劳损或肌肉痉挛疼痛,增加了椎间盘的压力,影响椎间盘内的物质交换,从而诱发或加速椎间盘退变,导致颈椎病发生。

2. C₂ 与颈肌劳损:C₂ 是头部旋转活动和屈伸活动的主要部位,其功能复杂,活动范围大,容易造成局部肌肉、筋膜或韧带的损伤,尤其是 C₂ 棘突的分叉常常两侧不对称,或一边大一边小,或一边粗一边尖,如有这种异常情况,更容易造成局部软组织劳损,笔者曾遇到数例 C₂ 棘突两侧分叉不对称的患者,其颈部软组织劳损缠绵难愈,经治疗一段时间后,症状或可缓解,但稍事伏案低头活动极易复发。曾有一例患者被迫改变其握笔姿势。笔者体会,这类患者欲根治,只有手术切除其长而尖的分叉,或绝对不作低头伏案工作。

3. C₂ 与神经根型颈椎病:神经根型多数是由于椎间盘退变,钩椎关节或后关节增生刺激或压迫脊神经根引起的。在临床上以 C₄ 以下的下颈段神经根型诊断较易明确,而 C₄ 以上的上颈段神经根型颈椎病易与颈肌型相混

淆。C₁₋₂ 之间虽然没有椎间盘,但 C₂ 脊神经与下位颈脊神经不同,不是从后关节突前方的椎间孔穿出,而是位于关节突的后方,此处没有较深的切迹,仅有一宽浅的沟,后关节错位,关节突退变、增生,关节囊松弛等均可刺激或压迫 C₂ 脊神经根。C₂ 脊神经的分支和 C₁C₃ 脊神经的分支构成枕大神经,支配头皮后外侧,并向前延伸至前额眶上部,当 C₂ 脊神经根受刺激时可引起枕项部酸痛,并牵涉至前额部。同时 C₂、C₃ 脊神经的肌支支配胸锁乳突肌及部分颈前肌群,C₂、C₃ 脊神经受累时,可引起这些肌肉痉挛酸痛,单纯的颈肌型一般不影响颈前肌。此外诸因素通过刺激 C₂C₃ 脊神经根或由于颈部肌肉劳损,导致颈部肌肉酸痛痉挛,增加下位椎间盘的压力,加速椎间盘的退变,进而导致下颈段颈椎病的发生。临床上经常见到首先出现颈项部酸痛,检查仅见 C₁₋₂ 或 C₂₋₃ 椎旁压痛,以后逐渐出现肩臂酸痛、手指麻木,这就是由上颈段病变累及中、下颈段所致。

4. C₂ 与椎动脉型颈椎病:在临床实践中我们发现寰枢关节错位的多数患者有颈性眩晕,而颈性眩晕的患者中寰枢关节错位的比例也较大。这就是说 C₁₋₂ 之间的水平旋转性扭曲闭塞是椎动脉供血不足的重要因素之一。

这与该处的解剖结构和功能特点是密切相关的。寰椎横突较其它颈椎横突既长又大,其末端呈结节状,为肌肉韧带的附着部,寰椎的横突能作为有效的杠杆臂,以利于旋转和固定头颅。此外寰椎横突孔的位置不在枢椎横突孔的正上方,而是偏于外侧,C₂ 横突却较短小,横突孔斜向外上方,因此穿过两个横突孔的椎动脉在 C₁₋₂ 之间有弯曲,同时 C₁₋₂ 之间是颈部旋转活动的主要部位,颈部旋转活动范围可达 90°,其中 50% 的旋转活动首先是发生在 C₁₋₂ 之间,因此颈椎活动时,尤其是旋转活动时,

C₁₋₂处的椎动脉容易发生扭曲而狭窄或闭塞,尤其是高龄患者合并有动脉粥样硬化时更易导致椎动脉供血不足而发病。陈仲强等^[1]对 26 例颈性眩晕患者采用椎动脉造影摄头颈前、后位、左右旋转位片,发现有 8 例发生在 C₁₋₂之间,占总数的 30%以上,而这 8 例中仅一例于中立位时有狭窄,其余 7 例均为头部旋转方向的对侧椎动脉发生狭窄或闭塞。由此可见 C₂在椎动脉型颈椎病发病中的作用。

5. C₂与交感型颈椎病:交感型的发病机制尚不清楚。笔者曾对 32 例颈心综合征患者进行了临床分析,发现 32 例患者中有 26 例有翳风、天容、扶突、缺盆等穴压痛压酸,斜角肌紧张痉挛,因而认为颈椎病交感型主要是颈前交感神经干受刺激。但并不一定是颈椎椎体前缘骨质增生的直接刺激或压迫,而是由颈椎间盘退变,椎间隙变窄、增生,错位或生理弧度改变等造成颈椎不稳,平衡失调;或因上颈段神经根受刺激,反射性地引起斜角肌、头长肌、颈长

肌等颈前软组织紧张痉挛,产生无菌性炎症,进而刺激位于颈椎两侧的交感干,引起交感神经兴奋而发病。而颈上神经节正位于 C₂横突的前方,而寰椎关节错位在临床上亦属常见,当寰椎关节错位时,C₂椎体发生旋转,C₂横突就有可能刺激颈上神经节而引起交感神经功能紊乱。

6. C₂与脊髓型颈椎病:脊髓型主要由椎体后缘增生或颈椎间盘突出压迫脊髓而发病。C₂与颈椎病脊髓型的关系主要表现在:齿突的先天发育异常,如齿突过高、齿突分离、齿突缺损等;或韧带薄弱,容易造成寰齿节错位;或因外伤导致齿突骨折,横韧带断裂,齿突脱位而压迫脊髓。因外伤引起者,多数病情危急,不宜手法复位,需手术处理。即使同椎间盘退变,增生引起的慢性患者手法治疗,也应谨慎。

参考文献

1. 陈仲强,等. 颈性眩晕病例的椎动脉造影观察. 中华骨科杂志 1991,2(11):95.

小针刀治愈痉挛性斜颈一例

河北保定解放军第 252 医院(071000) 刘志建

马××,女,50岁,工人。1990年8月,无明显诱因而感颈部不适,继而出现头面部向左侧扭转痉挛,持续几分钟到10分钟,用手按摩颈部可逐渐缓解。情绪紧张,吃饭、说话等面部动作均可诱发痉挛频发。但在睡眠中,上述症状完全消失。北京几家医院均诊为痉挛性斜颈。给予除外科手术以外的各种治疗,均未见效。1991年7月来我科治疗。查体无阳性体征。仅在双侧乳突部、枕外粗隆处触及压痛、结节和条索。X片示颈椎骨质增生。根据临床症状和局部体征诊为痉挛性斜颈。

治 疗

用朱汉章氏小针刀。患者取坐位。充分暴露颈部施术部位。治疗点选在双侧乳突部,胸锁乳突肌的胸骨头、锁骨头,枕外粗隆稍下以及颈后部的其它压痛点,结节、条索处。用紫药水将需做的点标好,常规消毒后,术者带无菌手套。针体与骨平面垂直,刀口线与肌纤维走向平行。刀锋达骨面后先纵行剥离2至3下,再横行剥离2至3下,在挛缩的肌纤维或结节做切开剥离手

法。术毕,压迫止血包无菌敷料。每隔5天或7天做一次。每次选4~6个点或根据病情及病人耐受情况选点。此患者经四次一个月时间的治疗即告痊愈。随访一年未见复发。

讨 论

痉挛性斜颈,属锥体外系疾患,并认为与基底节神经元变性有关。由于病因不甚明确,故在临床上还没有找到一种特效的治疗方法或药物。我们用小针刀将挛缩的肌纤维切割少许,或将胸锁乳突肌起止点处的结节、条索切开疏通,恢复肌肉的动态平衡可达治疗目的。另外,该病主要是以胸锁乳突肌的阵发性挛缩为主,其次是斜方肌的痉挛。而这两块肌肉又都受第十一对脑神经的支配。其中枢在延髓。用小针刀直接作用于这些肌肉,可能反射性地调整了副神经核的兴奋与抑制,并影响锥体外系的功能,或许由于刺激兴奋恢复了某些尚未变性的基底节神经元的功能从而达到治愈之目的。