

肌萎缩型颈椎病的诊断与治疗

张清 罗杰 高景华 孙树椿

(中国中医研究院骨伤科研究所, 北京 100700)

肌萎缩型颈椎病是一种特殊型颈椎病, 它没有明显的感觉障碍, 也不伴疼痛, 主要症状是双侧或单侧上肢、近侧肌或远侧肌无力及萎缩。此型颈椎病由 Allen 和 Brain 于 1952 年首先报告, 由 Keegan^[1] 于 1965 年根据解剖所见, 提出发病机制。由于该型颈椎病是一种罕见的非典型颈椎病, 对其发病及诊断报告的较少。我们根据 2000 年 2 月~2000 年 8 月临床所见的 4 例典型病例及有关文献资料对该型颈椎病的诊断及治疗加以探讨。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 4 例, 均为女性, 年龄 73、66、56、57 岁, 病程 1 个月~2 年。

1.2 临床表现 3 例慢性发病, 其中 2 例双侧腕关节及手指无力, 握物、持筷等小动作困难, 双手背侧骨间肌及小鱼际肌萎缩, 肌力 3 级, 腕伸肌 5 级, 上臂肌力正常, 1 例单侧手无力, 手背侧骨间肌萎缩, 肌力 3 级, 上臂及前臂肌力正常。另 1 例突发起病, 一侧右肩关节不能外展, 肘关节屈曲受限, 腕及指关节活动正常, 右肩及上臂肌肉萎缩, 肱二头肌、三角肌肌力 3 级, 肱三头肌肌力 5 级, 右前臂及右手内在肌的肌力正常。肱二头肌、肱三头肌肌腱反射消失。4 例颈部无异常, 均无根性神经痛及感觉障碍, Hoffman 氏征阴性, 双下肢无锥体束征, 双下肢无异常。

1.3 影像学检查 4 例均行 MRI 检查, 矢状位扫描均可见颈椎退变硬膜受压, 脊髓无受压征象。横断扫描可见椎间盘或增生骨赘偏于一侧近椎间孔处, 3 例位于 C_{5/6}、C_{6/7} 水平, 1 例矢状位示椎管狭窄, 位于横断位 C_{4/5} 椎间盘左后突出。

1.4 电生理检查 肌电图示, 4 例均显神经源性损害, 提示有 2 例 C_{6/7}、1 例 C₆T₁、1 例 C_{5/6}, 神经节段病变。神经电图示运动神经传导速度正常。体感诱发电位示皮层电位、脊髓电位、周围神经电位各波潜伏期正常。

2 治疗方法

2.1 预备手法 (1) 揉捻法: 患者正坐, 术者位于患者身后, 用双手拇指指腹交替在两侧颈部, 自上而下做回旋揉捻, 用力均匀, 力量深达肌肉。(2) 动法: 术者手呈半握拳状, 第五掌指关节为支点, 做腕部运动, 来完成动的动作。

2.2 治疗手法 (1) 旋转法: 患者取正坐位, 术者立于患者身后, 稍微侧身。以右旋为例, 用右手或右前臂置于患者颌下, 左手托住枕部, 转提同时, 将患者头颈右旋至有固定感, 右臂再稍加用力右旋颈部, 此时即可听到一连串的弹响声; (2) 提端摇晃法: 患者取正坐位, 术者立于患者正背后, 双手虎口分开, 拇指顶住枕部, 其余双手四指托住下颌部, 双手向上提端, 后将患者头部在屈曲时旋转至左侧。以左侧为例: 在持续牵引下, 用左手拇指指腹沿(右)左侧颈肌走向, 自上而下揉捻至

肩部, 同时向右侧旋转至颈部。

2.3 善后手法 (1) 戳法: 用双手掌桡侧在两侧颈部交错散之, 做 2~3 遍。(2) 拿法: 用拇指扣掌与其余四指的指腹相对用力, 在肩部拿捏, 拇指做环行运动, 此法 1~2 分钟。(3) 归合法: 双手交叉, 以两手掌大小鱼际至患者颈部及肩部相对归挤, 自上而下, 做 2~3 遍。

根据患者的不同情况, 可在上述手法基础上, 加用叩法、抖肩法及捋顺法等^[2], 以颈肩部自觉发热为好, 从而完成整个手法。

3 治疗结果

4 例病人治疗 2 个月后症状逐渐好转, 3 个月后肌力恢复。双手背侧骨间肌及小鱼际肌萎缩者, 肌力恢复 4 级, 肩关节外展及肘关节屈伸活动恢复正常, 肩及上臂肌肉萎缩恢复, 肱二头肌、三角肌肌力达 4 级, 肱三头肌肌力 5 级, 肱二头肌、肱三头肌肌腱反射恢复正常。

4 讨论

4.1 诊断 肌萎缩型颈椎病患者^[1]主诉均为上肢肌无力、肌萎缩, 一般不伴有其他症状。有学者根据神经损害的部位分为近侧型与远侧型。在我们的 4 例病例中, 1 例为近侧型, 表现为三角肌萎缩及屈肘无力、肩不能举, 3 例为远侧型, 表现为手内肌的萎缩及屈伸无力, 上下肢无病理反射。影像学检查 X 线片示椎间隙狭窄、增生骨赘形成、椎间孔狭窄等退行性改变。CT、MRI 示有增生骨赘或突出的髓核压迫神经根或脊髓前角受压变扁。Shinomiyama 等^[3]在肌萎缩型颈椎病的发病因素中认为, 最多的为 Luschka 关节增生, 其占 51%, 其次椎间盘突出占 30%, 再次是椎间关节增生骨赘占 24%。在本组病例中, 有 2 例 Luschka 关节增生, Luschka 增生伴突出 1 例, 椎间盘突出者 1 例, 其中骨赘及突出椎间盘多位于近椎间孔或旁中央处, 且神经根或脊髓前角受压变扁的程度比一般退行性颈椎病要轻, 故肌萎缩型颈椎病有别于其他类型的颈椎病。

肌萎缩型颈椎病的典型病例经临床和颈椎 X 线片、CT 或 MRI 检查可明确诊断, 而症状不典型者易与运动神经元疾病相混淆, 如常见的肌萎缩侧索硬化症(ALS)。神经电生理肌电图检查可作为诊断及鉴别诊断的参考。肌萎缩型颈椎病与 ALS 均为神经源性损害, 肌萎缩型颈椎病受损害的神经根呈节段性分布。而 ALS 病人的肌电图表现为广泛性神经源性损害, 失神经电位出现于肢体及相应节段的椎旁肌, 且至少 3 个部位以上的肌肉无力、萎缩^[4]。

综上所述, 对肌萎缩型颈椎病我们总结如下特点: ①肌萎缩仅限于上肢, 下肢不受累; ②上肢肌肉萎缩以不对称和节段分布为特征; ③肌萎缩型颈椎病节段与 CT 或 MRI 所示的压迫

物所在节段一致;④肌电图显示受损害的神经根呈明显的节段性分布;⑤部分病人在肌萎缩出现后的不同时间可出现感觉损害。对于肌萎缩型颈椎病掌握其发病特点将不难诊断。

4.2 治疗

本组 4 例病人均采用颈椎病手法治疗,病情得以控制并呈逐渐好转趋势,中医治疗肌萎缩型颈椎病是一种行之有效的治疗方法。

颈椎病引发的神经损害一般是感觉与运动同时受累,但该书主要症状是上肢肌的乏力、萎缩,不伴有感觉障碍,不同于神经根型颈椎病,又区别于脊髓型颈椎病,其发病为下运动神经元性损害,即颈脊神经前根和颈脊髓前角病变所致^[5]。人体随着年龄的增长,颈椎退变,椎间隙变窄,颈椎失稳,椎间关节增生,椎间盘突出,上述原因对腹侧神经根即神经前根产生压迫,同时对供应脊髓前角血运的前根动脉及脊髓前动脉产生压迫。

手法治疗肌萎缩型颈椎病调整颈椎关节的紊乱,恢复关节的正常关系,增大椎间孔、椎间隙容积,缓冲椎间盘组织向

周缘的压力,促进已经突出的髓核组织还纳复位。同时手法缓解颈部肌肉痉挛,降低椎间盘内压,改善椎间隙的塌陷状态,使颈神经前根所受的压迫得到缓解,脊髓前角的血液循环得到改善,从而达到治疗的目的。

参考文献

[1] Keegan JJ. The cause of dissociated motor loss in upper extremity with cervical spondylosis: A case report. *neurosurg*, 1965, 23: 528-536.

[2] 孙树椿. 实用推拿手法彩色图谱. 北京: 中国医药科技出版社, 1994. 27-32.

[3] Shinomiya K, Komori H, et al. Neuroradiologic and electrophysiologic assesment of cervical spondylotic amyotrophy [M]. *Spine*, 1994, 19 (1): 2F-25.

[4] 崔丽英. 神经电生理检查在脊髓型颈椎病与肌萎缩侧索硬化症中的应用价值. *中国脊柱脊髓杂志*, 2000, 10(4): 254-256.

[5] 陈福文. 颈脊髓血供及其与脊髓型颈椎病关系的研究. *中国脊柱脊髓杂志*, 2000, 10(2): 115-117.

(收稿: 2000-12-28 修回: 2001-03-10 编辑: 李为农)

胸椎小关节紊乱引起右肋部疼痛的临床观察

朱军¹ 李赛玲¹ 郭效东²

(1. 首钢总医院门诊部, 北京 100041; 2. 中国中医研究院骨伤科研究所)

右肋部疼痛常见于肝胆疾病,但我们在临床治疗中常发现一部分右肋部疼痛不适的患者是因下胸段胸椎关节紊乱所引起

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 18 例,男 5 例,女 13 例;年龄 28~51 岁,平均年龄 37.2 岁;病程 3 天~半年。

1.2 临床表现与诊断 (1)患者感到右肋部疼痛不适,有时疼痛延向腰背部,深呼吸或活动腰背部有时感到疼痛加重;(2)肝胆无明显的相应体征,肝功能、B 超检查肝胆无异常;(3)查 T₇~T₁₂棘突间、棘突旁、横突、肋间隙可有明显压痛,有时有沿肋间隙放射痛,局部胸椎叩击放射痛(+),X 线片示胸椎无明显异常,有时可发现椎体棘突偏歪、椎体缘唇样增生、椎间隙变窄、肋间隙不等宽等。

2 治疗方法

2.1 准备手法 患者取俯卧位,术者在患者右侧腰背部先后施法、揉法、点压法共 10 分钟左右,以松弛紧张的腰背肌,同时提高患者的局部痛阈,促进局部的血液循环。

2.2 关节复位手法

(1)斜扳法:该法与腰椎斜扳法要求相同,只是脊柱旋转的对抗扭点在下胸段病变部位,手法成功后常在病变部位发出关节弹响声。

(2)双掌按压法:患者取俯卧位,术者双手腕交叉,用掌根部按压胸椎的两侧上下位横突,在患者深吸后开始呼气时,双掌根部同时按压椎体横突,使胸椎关节复位并发出弹响。

(3)坐位旋转复位:该法与腰椎坐位定点旋转复位法相

同,当脊柱的旋转到达旋转极限时,拇指用力顶压偏位的胸椎棘突使胸椎小关节复位。

(4)坐位胸椎对抗复位法:患者取坐位,两手交叉抱于枕后,术者立于患者背后,用膝部顶住病变椎体的下位棘突,双手从患者腋下向前握住患者双肩,膝手同时慢慢用劲,使患者因疼痛紧张屏气时,手膝同时用劲,使胸椎小关节复位,并发生弹响声。

每一位患者通过采用一二种方法就能达到治疗效果,至于选哪一种方法则视患者体质和肌肉韧带的松弛情况而定。

2.3 整理手法 以轻柔的掌揉法使腰背部肌肉放松,并用按摩乳作润滑剂,采用擦法使局部发热,加快病变部位的恢复。手法治疗每日一次。

3 治疗结果

根据连续治疗 3 次的前后临床表现制定如下疗效评定标准:优:右肋部疼痛不适消失,胸腰背部活动自如,深呼吸正常无疼痛;良:右肋部疼痛不适明显减轻,腰背部活动自如,深呼吸有时感到疼痛,3 天后疼痛消失;无效:右肋部疼痛不适仍存在,并未明显减轻。本组 18 例中优 14 例,良 4 例。

4 讨论

胸椎关节紊乱症是指因胸椎关节突关节、肋骨小头关节、肋横突关节发生错位所引起的一系列神经、软组织及内脏器官的症状。胸椎关节紊乱所引起的右肋部疼痛在临床上并非少见,但在诊断上首先应排除肝胆疾患,并具有以下特点:1)右肋部疼痛不适,有时放射至腰背部;2)相应椎体周围有明显的压痛点,有时按压后疼痛加重;3)对胸椎进行手法治疗后,右肋部