

手法整复寰枢关节旋转性半脱位治疗 三叉神经痛 4 例报告

郭 韧¹ 张 路²

(1 首都医科大学附属北京中医医院疼痛科,北京,100010; 2 中国中医科学院西苑医院针灸科,北京,100091)

摘要 目的:初步分析寰枢关节旋转性半脱位与三叉神经痛发病间的关系。方法:手法整复寰枢关节旋转性半脱位并观察对三叉神经痛的临床疗效,并结合文献进行分析。结果:4 例患者在接受手法复位治疗后三叉神经痛症状均在 1 周内消失,期间患者未接受其他干预,平均随访半年,最长 11 年。3 例患者未出现三叉神经痛症状,1 例 11 年中复发 2 次,每次复发平均间隔 5 年,采用同样手段治疗后,症状消除。结论:寰枢关节旋转性半脱位与三叉神经痛的发病可能存在相关性,目前尚需观察更大样本寰枢关节旋转性半脱位、三叉神经痛并发病例进一步探讨二者间关系。

关键词 寰枢椎旋转性半脱位;三叉神经痛;手法整复

A Case Report about 4 Patients Having Trigeminal Neuralgia and Atlantoaxial Rotary Subluxation were Treated by Chinese Manipulations

Guo Ren¹, Zhang Lu²

(1 Pain Department of Beijing Chinese Medicine Hospital affiliated to Capital Medical University, Beijing 100010, China;

2 Acupuncture of Xiyuan Hospital Chinese Academy of Chinese Medical Sciences, Beijing 100091, China)

Abstract Objective: The aim of the case report is to investigate the pathogenesis relationship between atlantoaxial rotary subluxation and trigeminal neuralgia. **Methods:** Four cases, having trigeminal neuralgia (TN) who were at same time suffering from atlantoaxial rotary subluxation, were treated by Chinese manipulations (a little like chiropractic) which is unique to TCM and observe the efficacy for trigeminal neuralgia. Related literatures have been reviewed to explain the clinical effectiveness. **Results:** The symptoms of TN in 4 patients disappeared within a week after receiving only Chinese manipulations. The average follow-up period is 0.5 years, the longest reaches one decade and one year. 3 of the patients do not have the symptoms of PTN any more, 1 case relapsed two times in 11 years, the mean interval is 5 years, however, the symptoms also vanished after receiving the same Chinese manipulations. **Conclusion:** We consider that the two diseases probably have some relations in pathogenesis. We need observe more cases to further the research.

Key Words Atlantoaxial rotary subluxation; Trigeminal neuralgia; Chinese manipulations

中图分类号: R274.29 文献标识码: B doi: 10.3969/j.issn.1673-7202.2014.08.025

三叉神经痛是指三叉神经的一支或几支分布区的反复性、阵发性剧烈痛,被认为是目前人类最痛苦的疾病之一,临床一般分为经典型和继发性。因病因、发病机制尚不十分明确^[1],故现缺少疗效明确且不良反应小的治疗方法。

寰枢椎旋转性半脱位是临床常见病,发病后可出现颈部疼痛,眩晕,严重者可有呕吐;查体可有:颈 1 横突、颈 1、2 关节突压痛,活动受限;颈椎张口位 X 线片可见:齿状突偏移,颈 2 棘突侧旋等。笔者采取中医手法整复寰枢椎旋转性半脱位,曾遇到 4 例患者,对其寰枢关节进行手法复位后,发现治疗后患者不但颈部疼痛、眩晕明显缓解,且其原有三叉神经痛症状也均在 1 min 内缓解,并且疼痛均在 1 周内完全消失,以上经验提示三叉神经痛发作与寰枢椎旋转性半脱位间可能存

在某种关系,故报道如下。

1 资料与方法

1.1 病例来源 4 例患者来源于首都医科大学附属北京中医医院骨科颈椎病专台门诊。就诊时间从 1997 年 10 月至 2012 年 9 月。其中男性 1 例,女性 3 例,年龄分别为:43、48、51、78 岁,均有长期伏案工作史,就诊均以颈项部疼痛为主诉,在询问既往史时,患者均有面部中至中度疼痛,且均曾就诊口腔科或神经科或针灸科,之前接诊医生考虑为经典三叉神经痛。笔者对就诊患者进行了颈椎张口位 X 线片拍摄,参考如下寰枢椎旋转性半脱位诊断标准^[2]: 1) 病史:急性起病,可无颈部外伤史,部分儿童患者可在发病前有上呼吸道感染史。但部分老年患者也可隐匿起病。2) 症状:自觉颈痛,颈部旋转时疼痛加重,头颅有向前下坠

感;往往合并有轻重不同程度的头痛。部分患者可因椎动脉血流障碍而出现眩晕,少数移位严重的患者因脊髓受压而出现上肢麻木无力,下肢走路不稳的症状。3)体征:部分患者出现头颈倾斜,体检发现颈肌痉挛,活动不利,其中以旋转或前屈功能受限最突出;颈椎触诊可触及颈1、2关节突和横突凹凸不平,棘突偏歪,压痛,与X线片检查所见一致。脊髓受压者低头时可出现项背下肢放射性麻木或触电样疼痛;严重者上下肢出现锥体束征。4)X线片为诊断本病的基本依据:张口正位片齿突与两侧侧块间隙宽度相差超过1.5 mm应引起注意,超过3 mm具有诊断价值,对患者进行评估,发现其均符合该诊断标准。

笔者又参考如下经典型三叉神经痛的诊断标准^[3]:1)阵发性发作的面部疼痛,持续数秒钟。2)疼痛至少包括以下4种标准:a.疼痛只限于三叉神经的一支或多支分布区;b.疼痛为突然的、强烈的、尖锐的、皮肤表面的刺痛或烧灼痛;c.疼痛程度剧烈;d.刺激扳机点可诱发疼痛;e.具有痉挛发作性间歇,对患者进行评估,发现其也均符合该诊断标准。故笔者考虑此4例患者同时患有寰枢关节旋转性半脱位与经典型三叉神经痛。与常见经典三叉神经痛不同的是4例患者疼痛区域的疼痛程度具有由内部向外周逐渐加重的特点,查体发现:针刺触觉从疼痛区域内部向外周逐渐敏感。

1.2 治疗方法 采颈椎小角度旋转复位法^[4],具体为:术者立于患者斜后方,一手四指于C₁、C₂颈椎关节突区进行定位,拇指放松置于对侧项部,另一手以虎口向上,用前掌部托置于患者下颌部,嘱患者尽量放松,沿颈椎轴向旋转,拇指发力向前推挤,余四指向后轻提,C₁、C₂颈椎关节突区域出现明显的跳动感并伴有弹响声,完成复位操作。在操作过程中要求术者精力集中,尽量放松腕、肘关节,发力要求轻巧灵准,绝对禁忌暴力及大角度旋转,以免发生危险。4例患者3例治疗1次,1例治疗2次。

1.3 结果 4例患者在接受手法复位后颈部疼痛均在1 min内缓解或消失,三叉神经痛症状也在1 min内明显缓解,且面部疼痛均在结束治疗后1周内完全消失,期间患者未接受其他干预。1例随访11年,三叉神经痛共复发2次,每次复发平均间隔5年,采用同样手法治疗后,面部疼痛消失,另3例随访时间分别为:1.5年、1年、4个月,三叉神经痛均未复发。

2 典型病例

某,女,52岁,机关干部,长期使用电脑办公,2012年6月14日就诊,患者颈部疼痛2周时伴眩晕,左三

叉神经眼、上、下颌支分布区烧灼样疼痛2周(VAS评分8.2),张大口疼痛加重,张口部分受限。扳机点分布于颧骨外侧、外眦、咬肌等区域,手指压迫以上区域可明显加重或诱发疼痛。查体:颈肌紧张、颈部右旋受限、右C₁、C₂关节突区压痛阳性,横突凹凸不平,局部可触及细微包块,按压时面部疼痛加重,解除按压后减轻,Spruling sign(-),Hoffman sign(-),受累面部针刺触觉从疼痛区域由内部向外周逐渐敏感。辅助检查:颈椎开口位:齿状突距两侧侧块间隙不等,C₂棘突右旋移位。

接受手法整复寰枢关节后,患者颈部疼痛缓解,约0.5 min后,面部疼痛明显缓解(VAS评分:3.3),指压扳机点分布区域仍有不适感,但未加重疼痛,张口不受限。手法治疗后查体:C₁、C₂右侧关节突区略压痛。5 d后复诊,颈部仍有不适感,左面部时感不适,劳累后略疼痛,查体:C₁、C₂右侧关节突区略压痛。予手法整复后颈部不适消失,左面部不适约1 min消失(VAS评分:0),随访4个月,未出现三叉神经痛症状。

3 讨论

通过回顾4例患者的诊疗、随访经过,笔者考虑寰枢关节发生解剖位置结构改变可能会诱发三叉神经痛发作,查阅相关文献,发现二者之间可能存在一定关系。

首先,大体解剖学发现三叉神经脊束核中的尾侧亚核与头面部皮肤、黏膜痛温觉的传递和调节密切相关,其解剖位置恰好位于椎体交叉平面至C₁、C₂颈段脊髓,其细胞构筑相当于脊髓后脚^[5]。同时三叉神经脊束核为细长柱状,其外侧始终与三叉神经脊束伴行,并接受该束纤维终止。而三叉神经脊束是三叉神经传入纤维,其也在C₁、C₂颈髓节段有神经分布。从人体椎骨与脊神经节段分析,成年人上位颈髓(C₁-C₄)位置大致与同序数椎骨相对应^[5]。从寰枢椎生理功能分析,其作为人体第一、二颈椎,共同构成寰枢关节,承担了颈椎50%轴向旋转运动,其齿状突更是旋转的应力中心,故无论是外伤、慢性损伤亦或是肌肉的不对称性痉挛等都可造成其旋转性半脱位或小关节紊乱,并压迫或牵拉临近组织^[6]。其次,从电生理层面分析,颌面部的疼痛传导通路是伤害性刺激兴奋局部伤害性感受器,冲动主要经过三叉神经,也可经面神经、舌咽神经、迷走神经,通过这些神经的纤维传递到胞体。其胞体主要位于三叉神经节中。也有些胞体位于第二、三颈神经的后根神经节。胞体的中枢突进入脑干,中枢末端梢汇聚到脊髓颈髓上段、三叉神经脊束核^[7]。

最后,回顾此4例病例时发现,其面部疼痛特点与

一般经典型三叉神经痛存在如下不同:患者受累面部疼痛区域均有由内部向外周逐渐加重的特点,查体发现受累面部针刺触觉由内向外逐渐敏感,且患者面部疼痛分布区域均多支受累,扳机点散在分布于不同支配区,以上这些特点与三叉神经脊髓核受累的临床特征相吻合。

我国著名颈椎病专家潘之清教授,30年前在他主编的中国第一部《颈椎病》专著中曾提出颈椎病是三叉神经痛的又一重要病因,他分析了47年500余例三叉神经痛患者,其中96%存在颈椎病,尤其以上端颈椎病多见。他的主要解剖生理学的依据是:三叉神经最长最大的脊束核达颈髓2~颈髓3。另外也有学者认识到三叉神经痛与颈椎之间存在某种内在联系但具体病因仍不明,提出了颈源性三叉神经痛的学说^[8]:颈源性三叉神经痛是继发性三叉神经痛,一般认为是由于颈椎退行性变导致颈神经受到刺激或压迫,引起椎动脉痉挛或椎动脉因椎体移位、骨刺致受压,是椎管狭窄,血流量减少,造成三叉神经脊髓束及三叉神经脊束核的供血不足,从而导致三叉神经痛的发病。

结合本文报道病例及以上文献复习,笔者就寰枢椎旋转性半脱位与三叉神经痛发作之间关系提出以下假说:寰枢椎旋转性半脱位后,因其解剖位置关系发生异常,引起椎管内压力及内径相对改变,对上端颈髓(C₁、C₂)造成影响,从而影响三叉神经脊束核尾侧亚核及过往的三叉神经脊束而引发三叉神经痛。对于这4例患者的病例特点及治疗效果我们提出的假说是:当寰枢椎关节因各种原因出现轻微移动,造成周围肌肉出现保护性痉挛,表现局部压痛,颈椎触诊时出现颈1、2关节突和横突凹凸不平,棘突偏歪等症状、体征;对局部的椎动脉和交感神经形成牵张性刺激或压迫性刺激,会引起椎动脉管腔的变细、交感神经异常兴奋,导致椎动脉管壁痉挛,影响大脑的血液供给出现眩晕症状。

寰枢椎关节出现旋转性移位,造成上颈部肌肉痉挛,椎动脉管腔变细、交感神经异常兴奋、局部椎管变窄等因素最终影响了分布走行于颈髓背外侧的三叉神经脊髓核与三叉神经脊束,激惹了传达面部皮肤、黏膜痛觉的神经传通路,产生了经典的三叉神经痛发作;因管理此部分区域痛觉的初级神经元也受到了影响,故此疼痛发作又出现了三叉神经脊束核受累的特点;因

不良影响来源于脊髓外部,故此出现痛觉强度由外向内逐渐减弱的剥洋葱样特点,通过手法调整寰枢椎旋转性半脱位后,关节之间的相对位置关系得到改善,局部椎管狭窄消失,进而解除了周围肌肉的保护性痉挛,消除了对局部过往椎动脉和交感神经、交感神经节、交感神经链的牵张性或压迫性刺激,最终解除可能影响到三叉神经脊束及三叉神经脊束核的不良因素,从而终止了具有三叉神经脊束核受累特点的三叉神经痛发作。

本文所报道的病例虽然特点明确,治疗后效果显著,也分析了既往解剖学、神经生理学文献报道并引用了部分学者的类似观点,但因报道病例有限,目前尚无相关研究能够提出直接证据支持本文提出的假说,故笔者希望,本文临床病例报道能够引发同行思考:在临床治疗时如遇到三叉神经痛同时伴有上颈段不适病例,应考虑是否存在寰枢椎旋转性半脱位可能,如能诊断,应进一步追问患者面部疼痛特点,如疑似或确定存在三叉神经脊束核受到影响的疼痛特点:疼痛程度呈现剥洋葱样分布特点,可考虑应用手法复位或其他行之有效的方法进行干预治疗;在科研领域可以考虑进一步扩大样本量观察,并进行基础学科试验研究,进一步证实当寰枢椎出现旋转性半脱位时,走行于上端颈髓背外侧的三叉神经脊束与三叉神经脊束核是否会受到影响,从而增加了痛觉传达。

参考文献

- [1]王福,张奎启,裘罡.三叉神经痛的病因和发病机制学研究的进展[J].大连医科大学学报,2004,26(4):307.
- [2]韩镜明,覃均昌,刘新,等.寰枢椎旋转性半脱位的诊断[J].中国矫形外科杂志,2001,8(7):640-641.
- [3]Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society:The international classification of headache disorders[J].Cephalalgia 2nd edition,2004,24(Suppl 1):9-160.
- [4]郭韧,罗涛.针刀配合颈椎小角度旋转复位法治疗颈性眩晕103例临床观察[J].北京中医药,2009,28(12):960-961.
- [5]柏树令.系统解剖学[M].北京:人民卫生出版社,2005:322,301.
- [6]刘康妍,王胜标,匡光志,等.寰枢椎半脱位的诊断与治疗[J].广东医学,2006,23(增刊):93,94.
- [7]朱美玲,刘洪臣.三叉神经脊束核在口面痛传导中的作用[J].口腔颌面修复学杂志,2002,3(3):185.
- [8]王全贵,林惜玉.三叉神经痛与颈椎病的关系探讨及针刀治疗[C].全国第九次针刀医学学术年会论文集,2010:161-163.

(2014-06-06 收稿 责任编辑:王明)