脊髓型頸椎病早期診斷方法探討及針灸治療個案分析

Exploring early diagnosis method and case analysis of the acupuncture treatment for cervical spondylotic myelopathy

阮愛善[1] 石義剛[1,*] 趙 佳[1,*] *RUAN Aishan, SHI Yigang, ZHAO Jia*

（1. 香港大學中醫藥學院 School of Chinese medicine, The University of Hong Kong）

[摘要] 脊髓型頸椎病是頸椎病中一種嚴重類型，隨着病程進展，最終可發展為肌肉萎廢，運動及感覺神經受損，高度影響患者生活質量。儘管磁力共振掃描（MRI）一直是本病黃金診斷標準，然而近年越來越多文獻發現MRI的預測價值有限，對早期介入治療無明確幫助。研究指出，霍夫曼徵、特羅姆納氏徵、巴賓士基徵對本病有一定敏感性和高特異性，為早期診斷提供有力的診斷指標；同時本文分析脊髓型頸椎病患者病案1例，通過針刺強刺激翳明、安眠、風池三個穴位，能夠有效減緩本病的進展。

[關鍵詞] 脊髓型頸椎病；早期診斷；針灸

引言

隨着現代科技應用普及和生活習慣改變，現代人患上頸椎病已越發普遍，其發病年齡也轉趨年輕。據2025年一項研究顯示，60歲以上人士有85%患有頸椎病，且作為常見病種越發受到世界各國關注及研究 。其中脊髓型頸椎病作為最嚴重的一種頸椎病，由於臨床評估存在難度，精確患病率數據並不明確，更難於在適合時間點介入治療。與此同時，本病一直缺乏有效的早期治療方法，常常依靠中晚期時進行手術治療。本文通過文獻研究探討早期在中醫診所診斷脊髓型頸椎病患者的可行方法，以及通過病例分析探討針灸治療本病的效用。

1 脊髓型頸椎病概要

1.1 脊髓型頸椎病簡介

脊髓型頸椎病作為最嚴重的一種頸椎病，源於多種病因病機的共同作用。本病是一種由脊柱退行性改變，導致脊髓及附近結構受壓，隨時間緩慢發展的神經系統疾病，是成人中最常見的脊髓損傷形式[1]。

1.2 發病機理及臨床表現

本病常見病因包括頸椎退化性脊椎炎、骨刺、椎間管狹窄、椎間盤突出、扭挫傷、腫瘤等等。本類頸椎病，常累及外側皮質脊髓束（Lateral corticospinal tracts）及脊髓小腦束（Spinocerebellar tracts）而發病，前者負責控制骨骼肌（隨意運動控制），後者則負責本體感覺。在此機制下，臨床症狀可以分為頸部及脊髓受壓衍生症狀兩個範疇。頸部症狀常包括但不限於頸部疼痛、僵硬、活動範圍下降；脊髓受壓的症狀則常見肢體廣泛性麻木乏力、肢體協調力下降、較難控制小型物品、步態不穩、平衡力下降等等。此外，脊髓型頸椎病也常呈現肌張力增高及反射亢進，嚴重者甚至可以出現排泄異常[2]。症狀常因疲勞加重。

	敏感性	特異性
霍夫曼徵	48%	92%
特羅姆納氏徵	47%	98%
巴賓士基徵	12%	98%

1.3 診斷標準

本病以影象學，尤以磁力共振掃描（MRI）是本病的診斷金標準[3]。然而，影像學上脊髓受壓迫的成年人相當普遍，約佔24.2%，其中僅10%發展為有明顯症狀，提示壓迫本身對本病的預測價值有限[4]。另一方面，本病病機複雜，簡單的脊髓明顯受壓，常無法完全解釋本病的所有臨床表現，尤其是無明顯靜態脊髓壓迫證據的

香港註冊中醫學會版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

患者，身上出現的顯著神經功能缺損體徵[5]。由此可見，儘管影像學仍是本病的確診重要指標，但對早期判斷及介入無明顯幫助，過度依賴甚至可能使治療滯後。事實上，本病診斷常被延誤，影響患者預後。

1.4 特殊檢查

特殊檢查常常是中醫診所早期診斷的主要手段，但必須明確本病除了可使頸脊髓受壓變性，並常可累及神經根、血管等，故可出現其他頸椎病類型的臨床症狀，造成誤診。壓頭試驗、牽拉試驗、椎間孔擠壓試驗等都可出現陽性，甚至出現胸椎、腰椎相關症狀，使得臨床鑒別困難。頸脊髓病變引起肌張力增高和反射亢進是本病的重要識認，其霍夫曼徵（Hoffmann's sign）、特羅姆納氏徵（Tromner sign）、和巴賓士基徵（Babinski sign）在診斷上有重要價值。研究顯示，四項檢查的敏感性（Sensitivity）和特異性（Secificity）分別為 ：

其中敏感性指在確診患者中檢出陽性的能力；特異性指在非患者中正確排除的能力。意味著三項檢查即使敏感度是低到中等，但在本病患者中極少出現假陽性，同時極少出現在普通人群或非相關患者當中，檢查準確率高。善用三項檢查結合臨床症狀，可以有效地診斷早期患者。

1.5 現代醫學的治療方法及成效

現代醫學的治療方法，主要分為保守治療和手術治療兩個方面[8]：(1)保守治療：包括軟性頸托、硬膜外類固醇注射、物理治療和非甾體抗炎藥等，然而長期來看，大多患者症狀仍會呈進行性惡化；(2)手術治療：主要目標是擴大椎管、解除脊髓壓迫，但各項手術都留有一定後遺症和技術困難。

一項研究指出4個決定保守與手術治療的原則[9]：(1)對於中度及重度退變性患者，建議手術干預；(2)對輕度退變性患者，建議手術干預或監督下以進行結構性康復訓練。另情況惡化或未見改善，則建議手術干預；(3)存在頸脊髓壓迫但無神經根病症狀或體徵的患者，不建議手術。建議告知潛在風險，並進行保健教育及定期隨訪。(4)伴有頸髓壓迫並出現神經根病臨床表現者，其發展為脊髓型頸椎病的風險較高，應告知相對風險，建議這類患者進行手術，或密切隨訪，及監督下進行結構性康復訓練。

可見，現代醫學決定治療方案，仍然高度依賴影像學檢查，或不利於早期介入治療。

2 針灸治療脊髓型頸椎病案例分析

2.1 案例簡述

患者：女，55歲，2024年11月1日來診。

主訴：頭暈及記憶力減退，兩側上下肢麻木4個月。

現病史：2024年6月曾經跌倒，臀部著地後，出現腰部疼痛。2024年7月出現左下肢大腿後部疼痛持續，且逐漸出現兩側下肢放射性麻木，右側乏力。2024年8月開始出現兩側上肢麻木，右手無力，出現記憶力減退，頭暈，視物不清，時有右下肢無力感且步態不穩。見便秘、兩側面部麻木及耳鳴，偶爾出現心悸，咽喉部不適及咽乾。

臨床檢查：右側上下肢肌力輕度減退；兩側霍夫曼反射（+），左側明顯；左側巴賓斯基反射（+）。

影像學檢查：2024年8月進行MRI檢查，發現C3/4至C6/7椎間盤突出兼見C4-C7兩側神經根受壓迫；C5/6椎間盤突出物對脊髓造成輕度壓迫；頸椎C4-C5水平脊髓內可見兩個線性T2高信號，這為非典型特徵，不支持搏動偽影（Pulsation Artifacts）。

證候分析：本患者雖然未見頭頸部直接扭挫傷，但其在遭到腰臀部損害後，可以基於間接應力，使原來的頸部椎間盤病變，誘發成脊髓型頸椎病。患者先出現兩側下肢放射性麻木，除有腰部損傷因素外，本身亦符合脊髓型頸椎病的初始病狀。脊髓型頸椎病由於頸部脊髓受到壓迫，使腦髓壓力升高，從而出現身體廣泛性症狀，包括兩側上肢麻木、乏力，記憶力減退、頭暈、視物不清，步態不穩等等。甚至可反映為耳鳴、心悸、感覺異常。病變引起四肢肌張力升高及反射亢進，故出現霍夫曼反射及巴賓斯基反射陽性。綜合考慮其症狀廣泛，臨床應優先考慮脊髓型頸椎病可能性多於神經根型頸椎病。MRI檢查亦可證實其有C5/6椎間盤突出物對脊髓造成輕度壓迫，確診脊髓型頸椎病。

2.2 針灸治療法

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCMP All Rights Reserved

體位：取俯臥或伏案坐位。

主穴：

(1) 風池：風府和翳風之間，斜方肌上部外緣與胸鎖乳突肌上端後緣之間凹陷處，佈有枕小神經分支，內側為枕大神經（Greater Occipital nerve）。

(2) 翳明：翳風後1寸，佈有耳大神經（Great Auricular nerve）和枕小神經（Lesser Occipital nerve）。

(3) 安眠：翳風與風池連線中點，佈有耳大神經分支及枕小神經。

方義：三個穴位均在項部，屬於近部取穴。

風池為足少陽膽經經穴，又為陽維、陽蹻脈交會穴。本穴為風邪易侵之處，也是治療風證之要穴，歷來也是治療頭項部疾患的重要穴位，《針灸大成》即有記載可治：「頸項如拔、痛不得回……腰背俱痛，腰傴僂引頸無力不收……」。其位在胸鎖乳突肌和斜方肌之間，對這兩條主要肌肉及其筋膜有舒緩作用，減低頸項部的僵硬、拘攣和壓迫。陽維脈循經頭項肩部，與足少陽經對本病皆有循經所過，主治所及的作用；陽維又聯絡各陽經以歸於督脈，本病在中醫認知中與督脈相關，故又有相應作用。陽蹻脈聯繫左右陰陽，主持肢體活動，故可治療四肢痿廢或拘急疾患。

翳明和安眠同為經外奇穴，與胸鎖乳突肌相關，對項部僵硬有鬆弛作用。翳明對治療眩暈、耳鳴、顳側頭痛、失眠等有效；安眠則對心悸、精神分裂、顳側頭痛、眼病等有顯著作用。兩穴的治療作用都為本病常見症狀。在本病治療上與風池起到協同作用。

配穴：頸部疼痛取頸夾脊、天柱、頸百勞，並結合阿是穴；耳鳴取聽宮；上肢麻木乏力取頸夾脊，可根據皮節對相關神經節段進行針刺，配合神經走行取2-3個穴位；下肢後部疼痛及下肢麻木取腰部夾脊和足太陽膀胱經第一側線，配合神經走行取2-3個穴位；記憶力減退、頭暈、視物不清、步態不穩予頭針取運動區、感覺區、暈聽區。

操作：針刺方法以平補平瀉為主，針刺上穴時重在神經刺激，應時刻查察患者感覺，以患者感到神經放射為度（風池穴可達陽白、頷厭穴附近，翳明穴傳達耳內，安眠穴在顳側角孫穴周圍），其後留針15-20分鐘。

預後轉歸：2024年11月4日再診時頭暈記憶力改善，肢體麻木改善，視物不清、耳鳴、便秘等改善2天。11月8日三診時上述症狀改善穩定。患者其後每周復診，一周針刺1-2次。至12月11日再診時出現左側下肢麻木及頸痛，重複每周治療後症狀受控。2025年2月19日再出現四肢麻木反復，治法相同。由此可見臨床該注意本病可因疲勞、外在因素等使病況反復，醫囑該注意提醒患者日常預防調護。

3　治療方法討論

本個案所應用針灸治療脊髓型頸椎病的手法，是應用接近神經刺激術的概念，結合中醫理論進行。《靈樞·九針十二原》：「刺之要，氣至而有效。」氣至，又稱為得氣、針感。《標幽賦》對得氣有形象的描述：「氣之至也，如魚吞餌之沉浮；氣未至也，如閑處幽堂之深邃。氣速至而速效，氣遲至而不治。」由此可見，得氣應有明顯的感覺，受術者可以感到酸、麻、脹、重，甚至傳導感；醫者則可以感到針下沉、緊、澀、滯。從受術者和醫者兩方角度出發，可以更加具體地評估針灸得氣的情況。

本案針灸手法強調對主要穴位施行強刺激，受術者應有放射性傳導感，是得氣的一種體現。通過針刺手法對相應穴位進行較高強度的刺激，疏通經絡，活血行氣，引導氣循神經走行出現放射性傳導，從而達到調節神經系統的作用。

翳明、安眠、風池三個主穴下，均佈有豐富的神經分支，根據刺激不同神經，受術者可以感受到不同的神經放射傳導。翳明和安眠佈有耳大神經及枕小神經，風池則佈有枕大神經和枕小神經分支。

枕大神經起於第二頸神經，向上、向前放射狀分佈，支配枕後部、頭項部、冠狀縫周圍的皮膚感覺；耳大神經則起於第二、三頸神經，支配耳廓區域及下頜角周圍；枕小神經同起於第二、三神經，向後向上方延伸，佈於耳廓後上方及枕部外側。上述三條神經對於第二、三神經節段有調節作用，故憑本案經驗驗證可以治療脊髓型頸椎病外，也對C2-C3神經根型頸椎病有相應作用。同時，本病的病因總體由脊髓受壓，傳導受損所致，

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKCTM All Rights Reserved

針刺頸部穴位，能夠放鬆頸部肌肉及筋腱，減輕脊髓受壓程度。

輔助穴位方面，頸部及腰部夾脊穴是重要配穴。從中醫病機來看，本病病位與督脈循行重合（脊髓），應考慮為「督脈虛損，瘀阻髓絡」，故針刺夾脊穴對疏通督脈氣血起著至關重要的作用。此外，可以根據患者的伴隨症狀、體質，依照中醫理論，作局部及遠部取穴，可以取得不錯的療效。輔助取穴可以不必追求高強度刺激，以受術者適當酸、麻、脹、痛為度即可。

另一方面，應該注意本治療手法屬於重刺激，可能造成受術者一段時間不適。施術者應先提前告知，以免造成施術時及施術後不良反應。

4 總結

脊髓型頸椎病雖然是頸椎病中最嚴重的一種，但只要早期介入，患者的日常生活質量及預後皆可得到良好保障。儘管MRI是本病的診斷金標準，但缺乏早期確診的優勢，相對來說，利用患者反映的症狀及霍夫曼徵、特羅姆納氏徵、巴賓士基徵，能作為早期診斷的提示。針灸治療脊髓型頸椎病有一定的療效，副作用少，適合早、中期患者，對於脊髓型頸椎病有着前期治療及預防惡化的作用，達致「未病先防，既病防變」，理應受到重視。臨床應注意密切隨訪，以監察病情發生變化加重的可能，作出及時轉介。

Abstract: Cervical spondylotic myelopathy (CSM) is a severe type of cervical spondylosis. It can lead to muscular atrophy, motor and sensory nerve impairment, and significantly affect the quality of life. Although magnetic resonance imaging (MRI) is considered the gold standard for diagnosis, more researches nowadays suggest it has limited predictive value and offers little guidance for early intervention.

Hoffmann's sign, Tromner sign and Babinski sign are common clinical indicators, and they showed reasonable sensitivity and high specificity for this disease and provided the diagnostic indicators for the early diagnosis of this disease. Additionally, we examined a clinical case and found that the disease progression was effectively delayed by strong stimulation of the Yiming (EX-HN-14), Anmian, and Fengchi (GB20) acupoints.

Keywords: Cervical spondylotic myelopathy; Early Diagnosis; Acupuncture

（編委：朱洪民審校2026.05.08）

香港註冊中醫學會 版權所有 Copyright HKRCM All Rights Reserved