

上頸椎 5D 症候群

★ 臺中榮總復健科技術組前副主任 吳定中

頸椎病又稱為「頸椎症候群」，主要病因是由於頸椎長期遭受不當壓力、骨質增生，或椎間盤突出、黃韌帶增厚、韌帶鈣化等，導致頸椎脊髓、神經根或椎動脈受到壓迫，進一步引起各種症狀。這些症狀包括肩頸酸痛、上肢麻痺、下肢無力或是平衡障礙。如果沒有細心、仔細做理學檢查，往往很難查出真正的病灶。所以，頸椎問題，絕對不只是單純的「骨刺」一以概之而已，頸椎問題影響的範圍有可能是涵蓋全身，包含頭頸部、肩頸部、上肢、下肢、身體的平衡、肌肉不正常張力（常常會抽筋），而不會單純只有頸椎肌肉，例如筋拉傷或是筋膜發炎的問題。

解剖結構

頸椎共有七節脊椎骨頭，其中第一節與第二節我們通稱為「上頸椎」，第二節以下至第七節我們通稱為「下頸椎」。上頸椎(C1～C2)出現問題的症狀，常見為頭痛、頭暈、眼睛模糊、吞嚥困難、構音發聲障礙等，更嚴重的症狀為昏倒。頸椎椎管內含有脊髓、神經、血管，神經孔內有八對頸椎神經。但就結構上來說，椎體很小，小到像我們拇指指甲的大小，七個骨頭要支撐我們的頭部，頭部的重量，重達4～6公斤（頭部的重量因人而異，約為體重的1/13），所以，頸椎是一個很脆弱的部位。如果不幸發生意外時，如果傷到頸椎，輕則肩頸酸痛，活動受限。嚴重時傷到「脊髓」壓迫，就可能造成四肢癱瘓，甚至有生命的危險。

而下頸椎(C3～C7)的症狀，通常為肩、頸酸痛，或是上臂酸、痛、脹、麻等「感覺神經」症狀，如果頸椎神經壓迫，還會合併有肌肉無力、肌肉萎縮的「運動神經」壓迫的症狀。

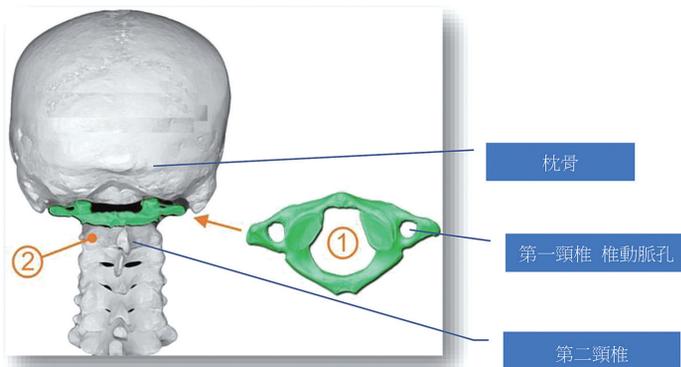


圖 1、上頸椎包含第一、二頸椎

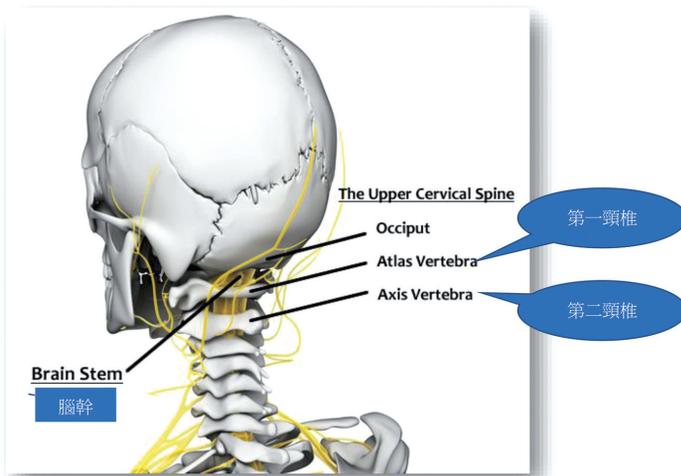


圖 2、上頸椎神經分布圖

頭痛是頸部疾病的表現

由頸部的骨結構或軟組織引起的頭痛通常稱為“頸因性頭痛”。它通常是頭、頸部損傷的後遺症，但也可能在沒有創傷的情況下發生。頸因性頭痛的臨床特徵與外傷所造成的頭頸部症狀類似，與原发性頭痛疾病如緊張型頭痛，偏頭痛或偏頭痛相關的疾病類似症狀，因此，區分這些頭痛類型可能是困難的。坐姿、站姿、工作或運動時動作不正確，都很容易加速頸椎的退化，產生頸因性的頭痛症狀。

頸因性頭痛的診斷標準，包括與頸部疼痛和頸部關節僵硬有關的頭痛。頸因性頭痛是單側的，從頭部和頸後部的一側開始，轉移到頭部前方，有時會合併有同側手臂不適。另一種



📍 頭痛好發症狀位置

圖 3、頸因性頭痛好發位置

類型的頸因性頭痛則伴隨雙側頭頸部疼痛，頸部位置錯誤疼痛則會加重，諸如美髮、木工、卡車 / 拖拉機駕駛等特定職業。

頸部疼痛先於或與頭痛共存，並由特定的頸部活動或持續不良的姿勢會使症狀惡化加重。

頸因性頭痛鑑別診斷的因素：

包括：

1. 小面關節卡住合併單側疼痛，從單側頭部背面往上傳導痛
2. 徒手檢查發現頸椎功能障礙，例如關節活動受限
3. 板機點觸診可能發生在頭部或頸部
4. 由於持續不良的頸部姿勢而加重
5. 正常影像（通常影像檢查結果正常）

常見的 5D 症狀

昏厥 Drop attack：

因由心臟到腦部的血流不足而造成短暫的意識喪失，也就是俗稱的昏倒。原因可能是第一頸椎椎動脈孔的椎動脈，因為長期頭部前伸、下巴翹，造成枕骨及第一頸椎間空間狹窄，阻礙供應大腦血液循環（左、右二枝椎動脈約供應大腦 1/3 血液循環）。

眩暈 Dizziness：

即天旋地轉，大部分是內耳前庭系統的疾病，如耳石脫落、梅尼爾氏症、前庭神經炎和良性陣發性姿勢性眩暈等，小部份是腦幹或小腦中風所引起。上頸椎長期姿勢不良，會導致良性陣發性姿勢性眩暈。

頸椎軸心伸展運動



📍 靠牆做點頭下巴後收動作。注意：下巴後收動作同時頸椎後仰。

上頸放鬆運動



📍 雙手抱住頸椎，靠牆做點頭下巴喉收動作。

圖 4、上頸椎肌肉伸展放鬆運動

如反覆發作的眩暈且伴隨耳鳴和聽力減退很可能是梅尼爾氏症；而眩暈且有聲音沙啞、吞嚥困難、臉半邊麻木，則可能是腦幹中風，需進一步檢查如腦部磁共振造影。

複視（眼睛模糊）Diplopia：

通常是眼外肌功能受損的結果，在這種情況下雙眼仍然是有功能的，但是，它們不能轉向期望瞄準的標的物。眼外肌的問題可能是由於機械性的問題，神經肌肉交接處的紊亂，刺激肌肉的腦神經（III，IV 和 VI）的紊亂。

複視可能是全身性疾病的首要徵兆之一，特別是肌肉或神經過程，它可能會擾亂一個人的平衡、運動或是閱讀的能力。

吞嚥困難 Dysphasia：

上頸椎長期姿勢不良，會導致舌骨下肌群變緊、變短，從而影響舌頭吞嚥的動作。

構音障礙 Dysarthria：

上頸椎長期姿勢不良，會導致舌骨下肌群變緊、變短，舌頭也是發構音的器官之一，會導致發聲、構音的障礙。

