

颈椎病的诊断学基础

贾连顺

【关键词】 颈椎病; 病因学; 发病机制

【中图分类号】 R 681.531 【文献标识码】 A 【文章编号】 1672-2957(2004)03-0187-03

1 颈型颈椎病

1.1 诊断标准

颈部、肩部及枕部疼痛,头颈部活动因疼痛而受限制。常在早晨起床时发病。

颈肌紧张,有压痛点,头颅活动受限。

X线片上显示颈椎曲度改变,动力摄片上可显示椎间关节不稳与松动。由于肌痉挛头偏歪,侧位X线片上出现椎体后缘一部分重影,小关节也呈一部分重影,称双边双突征象。

1.2 鉴别诊断

1.2.1 颈部扭伤

俗称落枕,系颈部肌肉扭伤所致。其发病与颈型颈椎病相似,多系睡眠中体位不良所致。主要鉴别在于:①压痛点不同 颈型颈椎病压痛点见于棘突部,程度也较强;颈部扭伤压痛点在损伤肌肉,急性期疼痛剧烈,压之难以忍受。②颈部肌肉紧张度 扭伤者可触摸到条索状压痛肌肉,而颈椎病只有轻度肌紧张。③牵引反应 对颈部进行牵引时,颈型颈椎病者其症状多可缓解,而落枕者疼痛加剧。④对封闭反应 用1%奴夫卡因5 ml作痛点封闭,颈椎病患者对封闭疗法无显效,而落枕者其症状可在封闭后消失或缓解。

1.2.2 肩周炎

多于50岁前后发病,好发年龄与颈椎病相似,且多伴有颈部受牵症状,两者易混淆。其鉴别点在于:①有肩关节活动障碍,上肢常不能上举和外展,而颈椎病一般不影响肩关节活动。②疼痛部位不同 肩周炎疼痛部位在肩关节,而颈型者多以棘突为中心。③X线表现 肩周炎患者多为普通的退变征象,而颈椎病患者生理前凸消失,且有颈椎不稳。有时两者不易区别。④对封闭疗法有效,而颈椎病无效。

2 神经根型颈椎病

2.1 诊断要点

具有典型的根性症状,其范围与受累椎节相一致。颈肩部、颈后部酸痛,并沿神经根分布区向下放射到前臂和手指,轻者为持续性酸痛、胀痛,重者可如刀割样、针刺样疼痛;有时皮肤有过敏,抚摸有触电感;神经根支配区域有麻木及感觉减退。

脊神经根牵拉试验多为阳性,痛点封闭疗法对上肢放射痛无显效。

X线正位片上显示钩椎关节增生。侧位片生理前曲消失或变直,椎间隙变窄,有骨赘形成。伸屈侧位片示颈椎不稳。

2.2 鉴别诊断

2.2.1 尺神经炎 尺神经由颈_{7,8}和胸₁脊神经根组成。易与颈₈脊神经受累的症状相混淆。两者均可造成小指麻木和手内在肌萎缩。但尺神经根炎患者多有肘部神经沟压痛,且可触及条索状变性的尺神经。而且两者感觉障碍分布不尽相同。颈₈神经根支配范围较大,常有前臂尺侧麻木,而尺神经炎无前臂麻木。

2.2.2 胸廓出口综合征 由于臂丛、锁骨上动脉、锁骨上静脉在胸廓上口或在胸小肌喙突止点区受压,可引起上肢麻木、疼痛、肿胀;锁骨上窝前斜角肌有压痛并放射至手。两者鉴别在于胸廓出口综合征 Adson 试验阳性。使患肢过度外展,肩抬平,出现桡动脉音减弱或消失者,也是阳性体征。X线片检查可发现颈肋或第七颈椎横突过大。

2.2.3 颈背部筋膜炎 可引起颈背痛或上肢麻木感,但无放射症状及感觉障碍,也无腱反射异常。如在痛点局部封闭或口服抗风湿药物,症状即见好转。颈椎病局封无效。

2.2.4 肌萎缩型侧索硬化症 患者一般先出现两手明显肌萎缩,逐渐发展至肘部和肩部,但无感觉障碍,神经纤维传导速度正常。侧索硬化症发展一般较快,不可冒然手术。

2.2.5 锁骨上肿瘤 肺尖部的原发性肿瘤或转移癌,与臂丛神经粘连或挤压臂丛神经,可产生剧烈疼痛。行胸部平片及活检即可诊断。

2.2.6 腕管综合征 为正中神经通过腕管时受压所致,其主要特点如下:腕中部加压试验阳性,1~3 指麻木或刺痛,而颈椎病无此征。腕背屈试验阳性,即让患者腕背屈持续 0.5~1 min,如出现拇、示、中指麻木或刺痛即属阳性。封闭试验有效,而颈椎病局封则无效。

2.2.7 心绞痛 第七颈神经根受压可引起同侧特别是左侧胸大肌痉挛和疼痛而出现假性心绞痛。检查胸大肌有压痛点,局部封闭后疼痛即可消失。若为真性心绞痛,心电图常有改变,局封无效,但口服硝酸甘油类药物则有效。

3 脊髓型颈椎病

3.1 诊断要点

3.1.1 自觉颈部无不适,但手动作笨拙,细小动作失灵,协调性差。胸腹部可有束带感。

3.1.2 步态不稳,易跌倒,不能跨越障碍物。

3.1.3 上下肢腱反射亢进,肌张力升高,可出现 Hoffmann 征阳性,踝阵挛和髌阵挛,重症时 Babinski 征可能呈阳性。早期感觉障碍较轻,重症时可出现不规则痛觉减退。感觉丧失或减退区呈片状或条状。

3.1.4 X 线显示病变间隙狭窄,椎体后缘骨质增生。

3.1.5 MRI 检查示脊髓受压呈波浪样压迹,严重者脊髓可变细,或呈念珠状。磁共振还可显示椎间盘突出,受压节段脊髓可有信号改变。

3.2 鉴别诊断

3.2.1 脊髓肿瘤 可同时出现感觉障碍和运动障碍,病情呈进行性加重,对非手术治疗无效,应用磁共振成像可鉴别两者。脊髓造影显倒杯状阴影。脑脊液检查可见蛋白含量升高。

3.2.2 肌萎缩型侧索硬化症 以上肢为主的四肢瘫是其主要特征,易与脊髓型颈椎病相混淆。目前尚无有效疗法,预后差。本病发病年龄较脊髓型颈椎病早十年左右,且少有感觉障碍,其发病速度快,很少伴随植物神经症状,而颈椎病病程缓慢,多有植物神经症状。另外,侧索硬化症的肌萎缩范围较颈椎病广泛,可发展至肩关节以上。

3.2.3 脊髓空洞症 多见于青壮年,病程缓慢,早期影响上肢,呈节段性分节。其感觉障碍以温、痛觉丧失为主,而触觉及深感觉则基本正常,此现象称感觉分离。颈椎病无此征。由于温、痛觉丧

失,可发现皮肤增厚、溃疡及关节可因神经保护机制的丧失而损害,即夏科关节。通过 CT 及磁共振成像,可以发现两者的差异。

3.2.4 后纵韧带骨化症 可出现与颈椎病相同的症状和体征。但侧位 X 片可发现椎体后缘有线状或点线状骨化影,CT 可显示其断面形状和压迫程度。

3.2.5 颈椎过伸伤 是颈椎外伤中的一种,在临床上易同颈椎病基础上遭受过屈暴力后脊髓前中央动脉综合征相混淆。其鉴别如下:① 损伤机制不同 过伸伤可发生于高速行驶车辆急刹车时,头颈呈挥鞭样损伤,也可发生于跌倒时面额部的撞击伤。过伸伤病理特点是脊髓中央管周围损害。脊髓前动脉综合征是颈椎过屈时,突出间盘或椎体后缘骨赘压迫血管,出现脊髓的供血不全症状。② 临床表现不同 过伸伤最先累及上肢的神经传导束,故上肢症状明显,表现为上肢重下肢轻;感觉障碍明显,表现为感觉分离现象。而前脊髓动脉综合征则是下肢重于上肢,且感觉障碍较轻。③ X 线表现不同 过伸伤可见椎间隙前方增宽,椎前阴影增厚。颈椎病表现为椎管狭窄,颈椎退变重,广泛骨赘形成。

4 椎动脉型颈椎病

4.1 诊断要点

4.1.1 颈性眩晕(即椎-基底动脉缺血征)和猝倒史,且能除外眼源性及耳源性眩晕。

4.1.2 个别患者出现植物神经症状。

4.1.3 旋颈诱发试验阳性。

4.1.4 X 线片显示椎节不稳及钩椎关节增生。

4.1.5 椎动脉造影及椎动脉血流检测可协助定位但不能作为诊断依据。

4.2 鉴别诊断

4.2.1 耳源性眩晕 即 Meniere 综合征,系内耳淋巴回流受阻引起。本病有三大临床特点:发作性眩晕、耳鸣、感应性进行性耳聋。而颈性眩晕症同头颈转动有关,耳鸣程度轻。

4.2.2 眼源性眩晕 可有明显屈光不正,眼睛闭上后可缓解。

4.2.3 颅内肿瘤 第四脑室或颅后窝肿瘤可直接压迫前庭神经及其中枢,患者转头时也可突发眩晕。但颅内肿瘤还合并头痛、呕吐等颅内压增高征,血压可升高。头颅 CT 扫描可鉴别。

4.2.4 内耳药物中毒 链霉素对内耳前庭毒性大,多在用药后 2~4 周出现眩晕症。除眩晕外还可出现耳蜗症状、平衡失调、口周及四肢麻木,后期可有耳聋。作专科前庭功能检查可资鉴别。

4.2.5 神经官能症 患者常有头痛、头晕、头昏及记忆力减退等一系列大脑皮层功能减退的症状,女性及学生多见,主诉多而客观检查无明显体征。症状的变化与情绪波动密切相关。

4.2.6 锁骨下动脉缺血综合征 也可出现椎-基底动脉供血不足的症状和体征。但其患侧上肢血压较健侧低,桡动脉搏动减弱或消失,患侧锁骨下动脉区有血管杂音。行血管造影可发现锁骨下动脉第一部分狭窄或闭塞,血流方向异常。

5 混合型颈椎病

临床上经常发现有些患者早期为颈型,以后发展成神经根型。神经根型与脊髓型并存者亦不少见。单独出现食管压迫型相当少。因此,同时合并两种或两种以上症状者称为混合型。专业分类法又将此型称为弥漫型。混合型的患者多病程长,年龄较大,大多数超过50岁。

(收稿日期:2004-01-20)

(本文编辑 赵必增)

· 新书介绍 ·

《颈椎伤病诊治新技术》

《颈椎伤病诊治新技术》是由全军骨科研究所、上海长征骨科医院汇集一批中青年临床骨干编写的一部系统介绍目前颈椎外科最新理论和技术的专著,由北京科学技术文献出版社出版,全书共91万字,配有精美的线条图580余幅、临床资料照片450余幅。该书系统介绍了颈椎损伤、退变、炎症、肿瘤及畸形等各类疾患的诊治新技术,除详述每一伤患的手术过程与步骤并重点突出手术注意事项外,还对目前临床上常见的颈椎翻修手术专门列一章节予以介绍。在讲述每一手术方法时,既有手术步骤描述又有临床病例举例,全书图文并茂,具有较强的操作性,适合于骨科、尤其是脊柱外科医生参阅。

该书各新华书店有售,每册定价86元,欢迎订购,亦可直接与科技文献出版社联系。

联系地址:北京市复兴路15号,科学技术文献出版社

邮编:100038