

颈椎结核 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E9_A2_88_E6_A4_8E_E7_BB_93_E6_c22_304266.htm 名称颈椎结核所属科室骨科病理颈椎结核以颈6最为多见，上颈椎发病较少，仅占0.5%。颈椎结核的病灶绝大多数位于椎体，主要由于椎体易劳损，椎体上肌肉附着少，椎体内松质骨成分多，椎体营养动脉多为终末动脉。病灶发生于椎体附件非常少见，约占6.3%。单纯椎弓根结核仅占1%。附件结核易侵犯脊髓引起压迫症状。椎间盘无血液运行，故无原发性椎间盘结核，但轻易被结核菌破坏。结核杆菌从原发病灶主要经动脉系统进入椎体，少数通过静脉系统和淋巴管逆流进入椎体。在机体抵抗力下降时进入椎体的菌栓发病形成病灶。大多数（约90%）病例的椎体病灶只有一个。少数病例的病灶在两个或两个以上。每个病灶之间有比较健康的椎体或椎间盘隔开，因此也叫跳跃型病变。根据病灶的发生部位不同而将椎体结核分成三种类型：边缘型、中心型和骨膜下型。边缘型临床多见于成人患者，病灶靠近椎间盘，轻易穿破软骨板侵犯至椎间盘，波及邻近椎体。以溶骨性破坏为主，死骨较少或不形成死骨。严重时相邻椎体发生塌陷而形成颈椎后突畸形（图1）。图1 颈椎结核边缘型病灶发展过程中心型 此型多见于儿童，成人少见。病灶位于椎体中心。儿童椎体小，病变进展很快波及整个骨化中心，穿破四周的软骨包壳，侵入椎间盘及邻近椎体。成人椎体较大，病变进展慢，早期病变可局限在椎体中心部位，而不侵犯椎间盘及邻近椎体，因此早期症状不明显。病变以骨质破坏为主，形成死骨。少数病例死骨吸收后形成骨空洞，空洞壁的骨质轻度致密。空洞内布

满脓汁或干酪样物质。晚期发展严重时，整个椎体可破坏，发生病理骨折，椎体压缩成楔形，形成颈椎后突畸形（图2）。A：小儿B：成人图2 颈椎结核中心型病灶发展过程（上：小儿下：成人）骨膜下型 临床较为少见。病灶多位于椎体前缘，以骨质破坏为主，往往无死骨形成，呈溶冰样改变。此型病变亦可因椎体外结核病变侵蚀所致。颈椎结核常可形成寒性脓肿。颈椎椎体病变的结核性肉芽组织、炎性渗出物、坏死组织等形成脓汁穿破椎体皮质汇集到椎体一侧的骨膜下，形成局限性椎旁脓肿。病变继续发展，脓汁增加，脓汁可突破椎体前方骨膜和前纵韧带，汇集到椎体骨膜的前方和颈长肌的后方。颈4以上病变，脓肿多位于咽腔后方，因而也称咽后脓肿。颈5以下病变，脓肿多位于食管后方。巨大的咽后脓肿，可将咽后壁推向前方，与舌根靠拢，因而患者睡眠时鼾声甚大，甚至引起呼吸和吞咽困难。下颈椎病变的脓汁可沿颈长肌下垂到上纵隔的两侧，使上纵隔的阴影扩大，有如肿瘤的外观。咽后、食管后脓肿都可穿破咽腔或食管，形成内瘘，使脓汁、死骨片由口腔吞下或吐出。椎体侧方病变的脓汁也可在颈部两侧形成脓肿，或沿椎前筋膜及斜角肌向锁骨上窝流注。该处脓肿可向体外穿破形成窦道。窦道形成后常经久不愈，当存在混合感染后十分难处理。病变椎体严重破坏，受压后可塌陷。病变侵犯椎间盘、软骨板造成椎间隙狭窄。椎体的二次骨经中心被破坏，椎体的纵向生长受到阻碍。因此，颈椎的生理曲度可消失，甚至出现后突畸形。但颈椎不象胸椎或胸腰段椎体那样，后凸畸形较少，除非两个以上椎体被侵犯。主要因为颈椎原有生理性前凸，另外头部的重量主要通过关节突传导而非通过椎体。颈椎结核产生的

脓汁、肉芽、干酪样物质、死骨和坏死椎间盘等可凸入椎管内，压迫神经根和脊髓。病变椎体的脱位或半脱位亦可使脊髓受压。据统计颈椎结核截瘫发生率约为22%左右。临床表现本病起病隐袭，病程进展缓慢，部分患者继往有结核病史或结核病接触史。早期症状较轻，不易发现。成年患者常误诊为风湿、劳损而给予抗风湿或其他对症治疗。儿童的稍微症状更易被忽视。有些患者早期无自觉症状，可在查体时偶然发现。有些病例直到发现寒性脓肿，颈椎畸形以至截瘫时方来就诊。只有少数患者发病比较急骤，全身和局部症状明显。症状及体征全身症状患者常有全身不适、倦怠乏力、食欲减退、身体消瘦、午后低热、夜间盗汗、脉率加快、心慌心悸和月经不调等轻度中毒及植物神经功能紊乱的症状。如脓肿发生混合感染可出现高热。儿童患者发热可能比较明显，常有性情急躁，不喜玩耍，抱时啼哭和夜间惊叫现象。大部分患者有营养不良及贫血。患者若合并有肺结核，可出现咳嗽、咳痰、咯血或呼吸困难。合并有泌尿系统结核，可出现尿频、尿急、尿痛和血尿等症状。局部症状颈部稍微持续性钝痛，后伸则加剧，劳累后加重，卧床休息可减轻。夜间痛不明显，患者多能较好地睡眠，这与恶性肿瘤不同。病变加重刺激或压迫神经根后疼痛可向肩部、上肢或枕后放射。患部棘突有压痛和叩击痛。颈部僵硬，各方向的运动都受限制，低头视物连同躯干一同转动，多由于疼痛后病椎四周肌群的保护性痉挛所致。有些患者常有斜颈畸形；部分患者头前倾、颈短缩、喜用双手托住下颌部以免在行动中加剧疼痛。此亦称拉斯特（Rust）征。寰枢椎关节负责头部旋转活动，该关节受累后头部旋转功能大部分消失。后凸畸形多不明

显，多为生理曲度变平。有些患者颈前脓肿形成，可出现咽部不适感，发音声调改变，睡眠时鼾声大作，重者可出现呼吸及吞咽困难。少数患者自口腔吐出脓汁、死骨片和干酪样物质，系咽后脓肿或食管后脓肿破溃穿入咽腔或食管所致。体检时可在咽后部及颈部两侧看见和触及脓肿。颈后三角区的波动性脓肿，多提示寒性脓肿，但须与淋巴结结核鉴别。颈椎结核发生脊髓受压时，患者可出现痉挛性瘫痪。压迫较轻者可出现不完全截瘫，即可只有运动障碍，亦可合并有感觉障碍及括约肌障碍。压迫较重者，可出现完全截瘫而有明显的感觉障碍平面。肢体的腱反射亢进，病理反射如巴彬斯基征多为阳性。辅助检查常规检查包括血常规、尿常规、粪常规及肝肾功能测定等。血色素偏低，白细胞一般不高，合并其他细菌感染则明显升高，淋巴细胞的比例一般较正常为高。尿粪常规检查可了解泌尿系统及肠道有无合并结核感染。肝功能多有轻度损害，一般有低蛋白血症、白球比倒置。血清电泳检查发现：病变趋于慢性时，白蛋白降低而gamma.球蛋白都可升高。应用抗痨药物可改变此种状况，但对耐药者无效。结核菌素试验作为一种诊断方法，仅有一定参考价值。对5岁以下没有接种卡介苗的儿童在早期诊断上有帮助，阴性表明未感染结核菌，阳性表明已感染过结核病。如由阴性转为阳性，表明结核感染发生不久。至于5岁以上儿童及成人，大部分已是阳性，做此试验对诊断帮助不大。但出现强阳性反应时，应该予足够重视。结核菌培养需时较长，一般阳性率在50%~60%。因此，依靠脓汁培养来确认颈椎结核的诊断率不高。动物接种试验阳性率较高，对诊断有帮助。但手续复杂，需时较长，费用较贵，有必要、有条件时可以采

用。病理活检对于确定诊断具有重要价值。可采用穿刺针吸活检及手术探查切取活检。穿刺针吸活检往往取材量少诊断有困难。手术探查如发现脓汁或干酪样物质，常可确诊为结核病，如仍有怀疑可待病理诊断决定。诊断本病的诊断应结合病史、症状、体征、实验室检查和影像学表现综合分析。当病变发展到一定程度，各种症状和体征都很明显，影像学检查也很典型时，诊断一般无困难，确诊还需依靠细菌学和病理学检查。影像学检查X线平片包括胸部X线片和颈椎X线片。胸部X线片用以了解肺部有无结核病灶。若有结核病灶，则观察其范围及活动情况。颈椎结核起病时X线表现多不明显，一般在发病数月甚至1年才有阳性发现。中心型病灶早期表现为在一个或可在两个邻近的椎体中心骨松质中出现破坏透亮区，边缘模糊，四周一般无明显骨质增生现象。随着病变的发展，可见破坏区逐渐扩大，可以均等地向上、下两方扩展，或者以向一方破坏为显著如破坏严重，可使椎体产生相应的塌陷变扁。当结核病灶侵及其四周的椎间盘时使椎间隙变狭，如穿过椎间盘而侵及邻近的椎体时可见累及的一面骨质破坏。边缘型病灶早期表现为椎体前缘、上缘或下缘出现骨质破坏，常伴有四周的椎间隙狭窄。这种病变多见于成人，病变一般发展较慢，有局限于两个椎体的倾向，中间的椎间隙可有明显的狭窄，两面的椎体有不同程度的破坏，有时可呈局限的缺损，类似许氏结节的表现。假如一个椎体的一面破坏严重，则其邻近的无明显破坏的椎体可以嵌入破坏区。骨膜下型病灶较为典型的表现为一、二个椎体旁有明显的脓肿形成，但椎体无显著的破坏，仅四周与脓肿相邻部位边缘不清或不甚规则，椎间盘保持正常。其后在椎体前缘出

现骨质侵蚀而凹陷，往往须用体层摄影才能清楚显示。局限于椎弓、棘突和横突的结核病灶甚为少见，表现为受累部位的骨质破坏，在其四周出现软组织肿胀阴影。寰枢关节结核则须摄开口位颈椎片。早期仅显示寰枢关节脱位或半脱位，而无骨质破坏。后期可见侧块、齿状突被破坏，甚至见到齿状突骨折。椎前软组织阴影可增宽，气管被推向前方或偏于一侧，当脓肿穿破可见含气积液腔。晚期脓肿可见钙化影。颈椎结核在好转愈合时首先表现为骨质破坏停止进展，破坏区的边缘变为清楚和增密，在破坏区内逐渐出现骨质硬化现象。明显塌陷的椎体不能恢复正常，如椎间盘已破坏可经骨性强直而愈合。计算机体层摄影（CT）颈椎CT能显示椎体甚至附件的微小病灶。多采用横断面扫描。CT平扫骨窗可显示椎体的骨质破坏呈椎体密度不均，其内可见片状高密度影，有时呈拧碎的饼干屑样。并可显示骨质严重破坏导致椎体塌陷、后突和椎管狭窄。颈椎结核的脓肿常出现于椎前，CT平扫显示为密度略低的椎前肿块，CT值提示为液性密度，不均匀。增强后脓肿周缘有环状强化。慢性脓肿内可出现高密度的钙化影。CT还可发现椎管内硬膜外的脓肿，椎管碘水造影后CT显示更清楚。寰枢椎结核患者多有斜颈畸形，X线平片较难显示病灶，CT平扫骨窗可显示环椎的前弓、侧块骨质破坏，枢椎的齿状突椎体骨质破坏，还可显示寰枢关节前脱位及椎旁咽后脓肿。CT三维重建则更有利于观察结核引起的齿状突旋转关脱位，寰椎侧方半脱位及椎管狭窄状况。CT三维重建还有利于观察枕骨大孔与寰枢复合体因结核病灶破坏而发生的相邻关系的改变。磁共振成像（MRI）比其他检查技术能更早发现颈椎结核病灶，可以减少骨质破坏、后凸畸

形、截瘫的发生。颈椎MRI检查目前多采用自旋回波程序（SE序列），采用矢状位和横断面成像。结核病变侵犯的椎体、椎间盘、椎旁软组织以及椎旁脓肿，在T1加权图像上信号减低。T2加权图像上信号增强，骨皮质模糊。在矢状面成像上可以比较清楚地显示椎前脓肿光滑的边界，且多在前纵韧带下方。脓肿向后穿破到后纵韧带下方，引起硬膜囊、神经根，甚至脊髓受压。病变严重发展后发生病理骨折，脱位也可造成椎管狭窄、脊髓受压。当脊髓受压严重时，可出现水肿，软化变性。因此在T2加权图像上可见到髓内局限高信号区。在横断面成像上可以显示椎体破坏程度，椎旁脓肿与气管，食管及后方椎管的邻近关系。Gd-DTPA增强MRI图像能更清楚地显示椎旁脓肿。放射性核素扫描在结核侵犯部位出现放射性核素浓聚现象，可以帮助了解其他部位有无病灶。此检查敏感性好，但特异性不高，须结合其他检查参考。

检查 颈部B型超声可帮助确定寒性脓肿的性质及大致范围。尤其是颈深部体检无法触及的寒性脓肿。在引导下，还可行寒性脓肿的穿刺针吸活检术。鉴别诊断早期骨质破坏不明显，或症状尚不典型时，诊断往往有一定困难，应与下列疾病鉴别。颈椎化脓性骨髓炎发病多急骤，体温迅速升高，中毒症状明显，白细胞可增至 $10 \sim 20 \times 10^9/L$ 以上。颈部剧痛，活动受限。局部肿胀及压痛常较明显。但亚急性与慢性者多无高热，与结核很难鉴别。X线片可见死骨形成较早，晚期椎体可见明显骨质增生及硬化，椎体间常可形成粗大的骨桥。而颈椎结核新骨形成较少。MRI图像上脓肿的扩散方式也不一样，本病的脓肿没有规则的边界，且易破坏椎旁韧带、小关节等。而颈椎结核的脓肿多显示为光滑的边界

，对韧带多无侵犯。颈椎肿瘤椎体肿瘤常为恶性，良性者少。在恶性肿瘤中又以转移癌最多，多发生于中老年患者。颈痛多明显，且在夜间加重。椎旁阴影多为圆形。椎间盘不受侵犯。休息后、抗结核治疗无好转，且逐渐加重。有时可发现原发癌肿。自发性寰枢椎关节脱位患者多为10岁以下儿童，常继发于咽部炎症之后。患儿手托下颌，有斜颈，颈部活动受限，极易误诊为寰枢关节结核。X线片显示寰椎向前脱位，齿状突向侧方和后方移位，但无骨质破坏，椎前软组织不肿。颈椎病由颈椎间盘退行性变及其继发性改变所致。多发生于30岁以后，可有颈或颈肩部疼痛，颈部活动受限，有时尚有神经根及脊髓压迫症状。患者一般无高热、盗汗、颈部后凸畸形等症状。X线平片虽有椎间隙狭窄及椎体边缘骨质增生，但无骨质破坏及椎前软组织增厚。MRI检查可见椎间盘后凸、信号减低，多无寒性脓肿发现。治疗关于脊椎结核治疗的历史可以追溯到17世纪，当时有效的治疗方法仅限于长期卧床和休息。随着抗结核药物在临床应用，外科技术的进一步发展，尤其自六十年代以后颈椎结核的治疗方法的改进，颈椎结核的治愈率有了很大的提高。颈椎结核也是全身结核感染的局部表现，因此治疗本病时不应忽视全身性治疗，在强调手术治疗的同时不应忽视行之有效的非手术疗法。非手术疗法血运丰富的颈椎不但发病率低，而且病变吸收快，修复能力强。因此，不少病例可以通过非手术疗法获得治愈。一般治疗颈椎结核多有食欲减退、身体消瘦、贫血或低蛋白血症。全身状况好坏与病灶好转或恶化有密切关系。休息和营养作为改善全身情况的一个重要步骤是治疗颈椎结核所不可缺少的。休息使机体代谢作用降低，消耗减少，体

温下降，体重增加，有利于体力恢复。因此，患者要有足够的休息和睡眠。同时改善营养状况也很重要。积极补充营养，给予可口、易消化、富于营养的食物。营养状况较差的可补给鱼肝油，维生素B、C等。贫血的可给铁剂、维生素B12、叶酸等。严重贫血的患者可间断输血，每周1~2次，每次100~200ml。肝功能不好的需进行保肝治疗。合并感染的可给广谱抗生素，或根据药物敏感试验给敏感药物。对截瘫患者应加强护理，预防褥疮，并防止肺部感染和泌尿系感染。局部制动为了缓解、防止增加畸形，避免病变扩散，减少体力消耗，及时使患者休息，颈部制动非常重要。病情较重者可采用颈托、支架或石膏保护。病情较重或已发生截瘫者，应绝对卧床。必要时还可行枕颌带牵引或颅骨牵引。枕颌带牵引适用于小儿及病期较短、肌力较弱的患者，牵引重量为1~2kg。吃饭时可将牵引暂时拿下，以便开口。颅骨牵引比较安全、舒适，而且能给予较大的牵引重量，成年人可用5kg重量，儿童酌减，畸形纠正后可使用2kg维持。牵引时可以使患者仰卧，身下垫一厚褥子，枕部放在床上，使颈椎处于过伸位。对于长期应用牵引治疗的患者应注重预防枕骨结节处发生褥疮。预防的方法是定时翻身，在枕骨结节下方垫一气圈，定时按摩并用酒精涂擦。抗结核药物治疗抗结核药物的应用在颈椎结核治疗中起重要作用，可提高疗效，促进病变的愈合。目前常用的一线药物有异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇和链霉素。二线药物包括丁胺卡那霉素、卷须霉素、卡那霉素、环丝氨酸、乙硫异烟胺和对氨基柳酸等。异烟肼（INH）具有最强的早期杀菌作用，预防药物产生耐药性最好。口服吸收快，易渗入胸腔、腹腔，脑脊液和关

节液中，且能渗入细胞内，故亦能杀灭细胞内的结核杆菌。成人天天用量300mg，分3次服用。小儿用量，天天每kg体重10~20mg。异烟肼对肝功能有损害，还有引起神经炎及精神症状，服用期间注重定期检查肝功能，大量服用可加服维生素B6。利福平（RFP）灭菌作用最强。口服后经肠道吸收，在血液中能较长时间维持高浓度，能通过血脑屏障进入脑脊液。利福平对结核病的治疗效果较好。成人剂量为天天450~600mg，可于清晨空腹服用，亦可分两次服用。儿童一般用量为每日每千克体重20mg。利福平有肝功能损害，胃肠道反应，皮肤反应，流感样反应等副作用。故肝功能有严重损害及胆道有梗阻的患者忌用，老年人、儿童、营养不良者慎用。吡嗪酰胺（PZA）具有对酸性环境中细胞内结核菌群的非凡的灭菌作用。PZA和RFP联合则具有最强的灭菌作用。成人天天用量1~1.5g，分2~3次口服。中毒作用为肝功能损害，并能引起关节疼痛。乙胺丁醇（EMB）抗结核作用较强，可弥漫到人体各组织中。成人用量为天天750mg，一次服完以便获得高峰血浓度。副作用有视力障碍。当早期出现色觉障碍时即应停药。链霉素（SM）属抑菌药，仅对细胞外的结核杆菌有杀灭作用。口服不易吸收，肌肉注射可以渗入到各种组织中，但不能或很少通过血脑屏障。长期服用可有听神经损害和肾功能损害，注重定期检查肾功能。成人使用剂量，天天1g，分两次肌注。儿童用量为天天15~30mg/kg体重。抗结核药物的使用原则是早期、足量、联合、规律用药。目前临床所用的联合用药方案很多，有人研究表明：INH、RFP和PZA三药联合使用能发挥各自作用和协同作用，作用于三种不同代谢菌群和细胞内外菌群，药物在不同pH值的情况下

达到杀菌和灭菌作用，从而大大缩短治疗时间。疗程一般为6~9个月。用药期间注重观察毒副反应。定期检查并及时调整。手术治疗在抗结核药物的控制下，及时彻底地清除结核病灶，可以大大缩短疗程，预防畸形或截瘫的发生，大大提高了颈椎结核的治愈率。同时应强调手术适应证，不应滥用手术。手术适应证1.有较大的寒性脓肿。2.影像学显示病灶内死骨及空洞形成者。3.有脊髓压迫症状者。4.窦道经久不愈者。5.局部病灶稳定，患者全身状况答应。手术前预备除了常规的术前预备外，还应系统使用抗结核药物，使病变相对稳定，体温、血沉接近正常。对全身状况较差者应加强营养，尽量纠正贫血和低蛋白血症等。必要时输血、人体白蛋白等。寰枢椎结核有脱位发生和出现严重畸形的患者术前作牵引治疗，使脱位整复，纠正畸形。麻醉及其注重事项颈椎结核患者的手术，麻醉多采用气管插管静脉复合麻醉。必要时可行气管切开后插管。颈椎结核患者体质较弱，尤其是合并高位截瘫、咽后壁脓肿等情况，给麻醉带来一定困难。颈椎活动受限，声门难以暴露；颈椎椎体骨质破坏，严重者合并颈椎脱位，用力不当导致脊髓横断危及生命；气管插管或喉镜用力过猛、咽后壁脓肿破损窒息死亡；高位截瘫患者心肺代偿功能极差，对麻醉药物耐受性亦差。故插管应小心完成，并发咽后壁脓肿以及截瘫者，均行清醒插管。咽后壁脓肿较大者，于插管前抽吸脓汁。手术方法颈椎结核的手术治疗主要为结核病灶清除术。根据不同病情可行病灶清除植骨术、病灶清除椎管探查术、单纯脓肿切开排脓术、枕颈融合术等。寰枢椎结核病灶清除术寰枢椎结核病灶多位于寰椎前弓和枢椎齿状突，多数病例经过牵引、休息及抗结核药物治疗后

可吸收。若保守治疗无效，则病灶清除可经口腔入路。术前3天开始清洁口腔，并用广谱抗菌素咽部喷雾。手术时患者仰卧，颈部过伸位。先在局麻下行气管切开插管给全麻。用开口器将口张大。口腔及咽后壁粘膜用硫柳汞液消毒。悬雍垂用丝线缝合在软腭上，用压舌器将舌根向下压。在切开前先用长纱条将食管及气管入口堵住，防止脓液和血液流入。在咽后壁正中脓肿最隆起处纵形切开，切口长约4cm，一般出血不多。切开脓肿壁后立即将脓汁吸走。经此切口伸入小刮匙将干酪样坏死物质，死骨和肉芽等刮净。向两侧刮除病灶时须注重避免损伤椎动、静脉。病灶清除完毕后冲洗，注入抗结核药物，最后分两层缝合创口。颈2~7椎体病灶清除术手术一般从前方入路。麻醉生效后，患者仰卧，颈部过伸位。选用颈前横切口或胸锁乳突肌前缘切口，颈后三角的寒性脓肿可采用锁骨上切口。按颈前路途径显露脓肿后，保护好皮肤和正常组织，用手指触摸椎前软组织，确定脓肿的部位和范围，必要时可用空针试探穿刺。在脓肿正中切开，以免损伤位于椎旁的颈交感神经和膈神经。切开脓肿壁后吸净脓汁，将死骨、坏死椎间盘、肉芽组织及干酪样物质等彻底清除，脓肿壁应尽量切除干净。椎体病变应清除彻底，直至四周出血的健康骨质为止。如病变椎体较多，其间未受累的椎间盘亦应同时摘除。冲洗病灶后，放入抗结核药物。必要时植入自体髂骨或肋骨块。放置橡皮半管引流条后，按层缝合创口。术后24~48小时拔出引流条等。其他手术寰枢椎结核行病灶清除术后，为了维持颈椎稳定性，大多在半年后行颈1~2或枕颈融合术。寒性脓肿较大，病灶不易清除或有些患者不能长时间耐受手术者，可行单纯脓肿切开排脓术。病变严

重造成椎管狭窄者，可行椎体病灶清除和椎管探查术。后路病灶清除融合术目前多不主张采用。术后处理及康复术后一般需卧硬板床休息。儿童患者可石膏制动。一般需1个月左右，最好经X线检查，证实患者的病灶已稳定。植骨已融合，血沉已恢复正常时，才答应其下地活动。下地活动时须颈托或支架保护，一般要维持保护10~16周。术后应继续使用抗痨药物，并根据患者全身情况及病灶稳定程度制定合适的化疗方案和用药时间。为了防止感染，手术后可加抗感染药物7~10天。加强营养和全身支持治疗。每3个月复查肝肾功能、血沉和X线片以了解病灶愈合和病变稳定情况。鼓励患者树立战胜疾病的信心，加强功能锻炼。经过各项治疗处理颈椎结核患者有很高的治愈率，约有95%。预防及预后颈椎结核的预防，首先要彻底治疗原发病，预防结核菌由原发灶扩散到颈椎部位，或使已扩散到颈椎部位的结核菌迅速被消灭，不再发展成为病灶。对于已经形成的颈椎结核，应早期诊断和早期治疗，以缩短疗程，减少病残和预防畸形。病变治愈后还应注重营养，避免过劳，防止机体抵抗力下降，以降低复发率。由于颈椎结核是继发病变，其中绝大多数继发于呼吸系统和消化系统结核病，因而预防的要害还在于原发病的预防。健全防治机构近年来结核病发病率出现上升趋势，提醒人们对结核病的防治工作不能松懈。应加强宣传和教育，普及结核病的防治方法，建立和健全各级结核病防治机构，保证人力和物力，以便及时发现结核病，并实行标准化、规范化治疗。加强锻炼保护易感者加强体育锻炼，增强体质，积极提高机体抵抗力。尤其是老人，儿童以及各种免疫损害患者，更应注重身体锻炼，以防结核病的感染或复发。开展

卡介苗的接种工作，使易感者变为有抵抗力的人。杜绝感染源早期发现和彻底治疗开放性肺、肠、骨关节、肾或淋巴腺结核患者，使这些病变治愈，患者不再排菌。阻断感染途径加强消毒隔离，阻断感染途径。彻底消毒处理结核患者的排泄物。做好结核患者的隔离工作，尽量减少健康人与患者接触。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com