

颈椎病 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E9\\_A2\\_88\\_E6\\_A4\\_8E\\_E7\\_97\\_85\\_c22\\_306218.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E9_A2_88_E6_A4_8E_E7_97_85_c22_306218.htm) 名称颈椎病所属科室神经外科病因颈椎病多发于中老年人，据统计在颈5~6发病者占70%，其次为颈6颈4、5及颈7胸1。病理颈椎病的基本病理变化是椎间盘的退行性变。颈椎位于头颅与胸廓之间，颈椎间盘在承重的情况下要做频繁的活动，轻易受到过多的细微创伤和劳损而发病。其主要病理改变是：早期为颈椎间盘变性，髓核的含水量减少和纤维环的纤维肿胀、变粗，继而发生玻璃样变性，甚至破裂。颈椎间盘变性后，耐压性能及耐牵拉性能减低。当受到头颅的重力和头胸间肌肉牵拉力的作用时，变性的椎间盘可以发生局限性或广泛性向四面隆突，使椎间盘间隙变窄、关节突重叠、错位，以及椎间孔的纵径变小。由于椎间盘的耐牵拉力变弱，当颈椎活动时，相邻椎骨之间的稳定性减小而出现椎骨间不稳，椎体间的活动度加大和使椎体有轻度滑脱，继而出现后方小关节、钩椎关节和椎板的骨质增生，黄韧带和项韧带变性，软骨化和骨化等改变。由于颈椎间盘向四面膨隆，可将其四周组织（如前、后纵韧带）及椎体骨膜掀起，而在椎体与突出的椎间盘及被掀起的韧带组织之间形成间隙，称quot.，其中有组织液积聚，再加上微细损伤所形起的出血，使这种血性液体发生气化然后钙化、骨化，于是形成了骨赘。椎体前后韧带的松弛，又使颈椎不稳定，更增加了受创伤的机会，使骨赘逐渐增大。骨赘连同膨出的纤维环，后纵韧带和由于创伤反应所引起的水肿或纤维疤痕组织，在相当于椎间盘部位形成一个突向椎管内的混合物，就可能对脊神经或脊髓产生压迫作用。钩椎

关节的骨赘可从前向后突入椎间孔压迫神经根及椎动脉。椎体前缘的骨赘一般不会引起症状，但文献上也有这种前骨赘影响吞咽或造成嘶哑的报告。脊髓及神经根受压后，开始时仅为功能上的改变，如不及时减轻压力，逐渐会产生不可逆的变化。因此假如非手术治疗无效，应及时进行手术治疗（图1）。图1 颈椎骨与关节退行性病变对邻近组织的挤压纤维环—侧及中心部退化突出挤压神经根及脊髓临床表现本病的症状变化多端，因而造成了诊断上的困难。发病年龄一般在40岁以上，年龄较轻者少见。起病缓慢，开始时并不引起注重，仅为颈部不适，有的表现为经常“”，经过一段时间，逐渐表现出上肢放射痛逐渐出现。上颈椎的病变可以引起枕后部痛、颈强直、头昏、耳鸣、恶心、听力障碍、视力障碍以及发作性昏迷及猝倒；中颈椎的骨赘可以产生颈3~5根性疼痛及颈后肌、椎旁肌萎缩，膈肌亦可受累；下颈椎的病变可产生颈后、上背、肩胛区及胸前区的疼痛以及颈5~胸，的神经根性疼痛。中下颈椎的病变可压迫脊髓，产生瘫痪。Semmes及Murphy在手术中曾刺激后纵韧带或纤维环均可引起肩胛内侧、枕后及胸前区的疼痛，有人在手术时将普鲁卡因封闭神经根后并将其拉开，压迫突出物上的后纵韧带，也会引起肩胛骨内缘、肩部、枕部、颈部及胸前壁的疼痛。假如没有纤维环及后纵韧带的破裂，则疼痛较轻及较模糊，这说明这些症状与神经根无关。为叙述方便起见，将颈椎病分为神经根型、脊髓型、椎动脉型及交感型。然而在临床上常可见到各型症状和体征彼此掺杂的混合型。（一）神经根型这是发生在颈椎后外方的突出物刺激或压迫颈脊神经根所致，发病率最高，约占颈椎病的60%。颈枕部及颈肩部有阵发

性或持续性隐痛或剧痛。沿受累颈脊神经的行走方向有烧灼样或刀割样疼痛，或有触电样或针刺样麻感，当颈部活动或腹压增加时，症状加重。同时上肢感到发沉及无力等现象。颈部有不同程度的僵硬或痛性斜颈畸形、肌肉紧张、活动受限。受累颈脊神经在其相应横突下方出口处及棘突旁有压痛。臂丛神经牵拉试验阳性，椎间孔挤压试验（又名后颈试验）阳性（图1）。此外，受累神经支配区皮肤有感觉障碍，肌肉萎缩及肌腱反射改变（图2）。图1 颈椎病与临床检查（1）臂丛神经牵拉试验；（2）颈后伸压颈试验；（3）偏头压颈试验图2 颈神经节段在皮肤上的分布上：前面下：背面（二）脊髓型 这是因突出物压迫脊髓所致，临床表现为脊髓受压，有不同程度的四肢瘫痪表现，约占10~15%。本型症状亦较复杂，主要为肢体麻木、酸胀、烧灼感、发僵、无力等症状，且多发生于下肢，然后发展至上肢；但也有先发生于一侧上肢或下肢。此外尚可有头痛、头昏或大小便异常等症状。

脊髓单侧受压：可以出现典型的脊髓半切综合征

（Brown-seg.以上，三角肌萎缩,无反射变化 颈6 颈5~6 疼痛放射至上臂及前臂的外侧，常到拇指及示指。拇指尖或手背第一背侧骨向肌处麻木感 肱二头肌无力，肱二头肌反射降低 颈7 颈6~7 疼痛放射至前臂中段，中指，但示环指亦常有疼痛，肩胛骨内缘及胸大肌有压痛 肱三头肌无力，肱三头肌反射降低，伸腕及伸指力有减退 颈8 颈7胸1 疼痛放射至前臂内侧、环小指及环指中段有麻木感，但很少在腕关节以上 肱三头肌及手小肌肉无力，无反射改变（三）椎动脉型 这是突出物压迫了椎动脉所致，可因 椎间盘侧方的骨赘，

Zygapophyseal关节前方的骨赘， 后关节不稳定半脱位亦

可以是因颈交感神经受刺激而发生反射性的动脉痉挛所致，约占颈椎病人的10~15%。单纯的受压可能并不引起症状，需伴有动脉粥样硬化，椎动脉供血不足的症状有发作性眩晕、恶心、呕吐等，症状每于头后伸或转动头部到某一方位时出现，而当头部转离该方位时症状消失。于转动头部时，病人忽然感到肢体无力而摔倒，摔倒时神志多半清醒，病人常可以总结出发作的体位。脑干症状包括肢体麻木、感觉异常、持物落地，对侧肢体轻瘫等。此外尚有声嘶、失音、吞咽困难、眼肌瘫痪、视物不清、视野狭窄、复视及Horner综合征等（图3）。图3 椎动脉因椎间盘突出而受压（四）交感型是颈脊神经根、脊膜、小关节囊上的交感神经纤维受到刺激所致。症状有头昏、游走性头痛、视物模糊、听力改变，吞咽困难、心律失常及出汗障碍等。也有人认为是由于椎动脉壁上的神经受刺激所致，亦可以是椎动脉的间歇性血流改变，刺激了动脉四周的神经所致。此型诊断困难，往往需经治疗试验成功后才能作出诊断。辅助检查一、颈椎的试验检查颈椎病的试验检查即物理检查，不需借助仪器，它包括：1. 前屈旋颈试验：令患者颈部前屈、嘱其向左右旋转活动。如颈椎处出现疼痛，表明颈椎小关节有退行性变。2. 椎间孔挤压试验（压顶试验）：令患者头偏向患侧，检查者左手掌放于患者头顶部、右手握拳轻叩左手背，则出现肢体放射性痛或麻木、表示力量向下传递到椎间孔变小，有根性损害；对根性疼痛厉害者，检查者用双手重叠放于头顶、间下加压，即可诱发或加剧症状。当患者头部处于中立位或后伸位时出现加压试验阳性称之为Jackson压头试验阳性。3. 臂丛牵拉试验：患者低头、检查者一手扶患者头颈部、另一手握

患肢腕部，作相反方向推拉，看患者是否感到放射痛或麻木，这称为Eaten试验。如牵拉同时再迫使患肢作内旋动作，则称为Eaten加强试验。

4. 上肢后伸试验：检查者一手置于健侧肩部起固定作用、另一手握于患者腕部，并使其逐渐向后、外呈伸展状，以增加对颈神经根牵拉，若患肢出现放射痛，表明颈神经根或臂丛有受压或损伤。

## 二、颈椎病的X线检查

正常50岁以上的男性，60岁以上的女性约有90%存在颈椎椎体的骨刺。故有X线平片之改变，不一定有临床症状。现将与颈椎病有关的X线所见分述如后：

1、正位：观察有无枢环关节脱位、齿状突骨折或缺失。第七颈椎横突有无过长，有无颈肋。钩椎关节及椎间隙有无增宽或变窄。

三、侧位：

（一）曲度的改变：颈椎发直、生理前突消失或反弯曲。（二）异常活动度：在颈椎过伸过伸过屈侧位X线片中，可以见到椎间盘的弹性有改变。（三）骨赘：椎体前后接近椎间盘的部位均可产生骨赘及韧带钙化。（四）椎间隙变窄：椎间盘可以因为髓核突出，椎间盘含水量减少发生纤维变性而变薄，表现在X线片上为椎间隙变窄。（五）半脱位及椎间孔变小：椎间盘变性以后，椎体间的稳定性低下，椎体往往发生半脱位，或者称之为滑椎。（六）项韧带钙化：项韧带钙化是颈椎病的典型病变之一。

## 四、斜位 摄脊椎左右斜位片

主要用来观察椎间孔的大小以及钩椎关节骨质增生的情况。

## 五、颈椎病的肌电图检查

颈椎病及颈椎间盘突出症的肌电图是由于不论是颈椎病还是颈椎间盘突出症都可使神经根长期受压而发生变性，从而失去对所支配肌肉的抑制作用。这样，失去神经支配的肌纤维，由于体内少量乙酰胆碱的刺激，可产生自发性收缩。因此，在一侧或两侧上肢肌肉中出现

纤维电位，偶而出现少数束颤位。小用力收缩时，多相电位正常，不出现巨大电位。大用力收缩时，呈完全干扰相。运动单位电位的平均时限和平均电位正常。振幅为1~2毫伏。颈椎病因椎间盘广泛变性，引起骨质增生。损害神经根的范围较广，出现失神经支配的肌肉也多些。在病变的晚期和病程较长的患者，在主动自力收缩时，可以出现波数减少和波幅降低。而颈椎间盘突出症往往为单个椎间盘突出，其改变多为一侧上肢，失神经支配的肌肉范围呈明显的节段分布。

## 六、颈椎病的CT检查

CT业已用于诊断椎弓闭合不全、骨质增生、椎体爆破性骨折、后纵韧带骨化、椎管狭窄、脊髓肿瘤所致的椎管扩大或骨质破坏，测量骨质密度以估计骨质疏松的程度。此外，由于横断层图象可以清楚地见到硬膜鞘内外的软组织和蛛网膜下腔。故能正确地诊断椎间盘突出症、神经纤维瘤。脊髓或延髓的空洞症，对于颈椎病的诊断及鉴别诊断具有一定的价值。

### 诊断

- 1、临床表现与影像学所见相符合者，可以确诊。
- 2、具有典型颈椎病临床表现，而影像学所见正常者，应注重除外其他病患后方可诊断颈椎病。
- 3、仅有影像学表现异常，而无颈椎病临床症状者，不应诊断颈椎病。

### 一、诊断依据分别为：

- 1、颈型：主诉头、颈、肩疼痛等异常感觉，并伴有相应的压痛点。X线片上颈椎显示曲度改变或椎间关节不稳等表现。应除外颈部其他疾患(落枕、肩周炎、风湿性肌纤维组织炎、神经衰弱及其他非椎间盘退行性变所致的肩颈部疼痛)。
- 2、神经根型：具有较典型的根性症状(麻木、疼痛)，且范围与颈脊神经所支配的区域相一致。压头试验或臂丛牵拉试验阳性。影像学所见与临床表现相符合。痛点封闭无显效(诊断明确者可不作此

试验)。除外颈椎外病变(胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌腱鞘炎等)所致以上肢疼痛为主的疾患。

3、脊髓型：临床上出现颈脊强损害的表现。X线片上显示椎体后缘骨质增生、椎管狭窄。影像学证实存在脊髓压迫。除外肌萎缩性脊髓侧索硬化症、脊髓肿瘤、脊髓损伤、继发性粘连性蛛网膜炎、多发性末梢神经炎。

4、椎动脉型：关于椎动脉型颈椎病的诊断问题是有待于研究的问题。曾有猝倒发作。并伴有颈性眩晕。旋颈试验阳性。X线片显示节段性不稳定或枢椎关节骨质增生。多伴有交感症状。除外眼源性、耳源性眩晕。除外椎动脉I段(进入颈6横突孔以前的椎动脉段)和椎动脉III段(出颈椎进入颅内以前的椎动脉段)受压所引起的基底动脉供血不全。手术前需行椎动脉造影或数字减影椎动脉造影(DSA)。

5、交感神经型：临床表现为头晕、眼花、耳鸣、手麻、心动过速、心前区疼痛等一系列交感神经症状，x线片有失稳或退变，椎动脉造影阴性。

6、其他型：颈椎椎体前乌嘴样增生压迫食管引起吞咽困难(经食管钡剂检查证实)等。

二、颈椎病的诊断标准有两条：(1)临床表现与X线片所见均符合颈椎病者，可以确诊。(2)具有典型的颈椎病临床表现，而X线片上尚未出现异常者，应在排除其它疾患的前提下，诊断为颈椎病。但对临床上无主诉与体征，而在X线片上出现异常者，不应诊断为颈椎病。可对X线片上的阳性所见加以描述。

三、神经根型颈椎病的诊断要点：(1)具有较典型的神经根性症状，如麻木，疼痛，且范围与颈神经所支配的区域相一致；(2)压颈试验或上肢牵拉试验阳性；(3)X线片显示颈椎曲度改变，不稳或骨赘形成；(4

）痛点封闭无显效（诊断明确者可不作此试验）；（5）临床表现与X线片的异常所见在节段上相一致；（6）除外颈椎骨实质性改变（如结核，肿瘤）。胸廓上口综合症，肩周炎，网球肘，肱二头肌腱鞘炎等以上肢疼痛为主的疾患。四、椎动脉型颈椎病的诊断要点：（1）曾有猝倒发作，并伴有颈性眩晕；（2）旋颈试验阳性；（3）X线片显示椎间关节失稳或钩椎关节骨质增生；（4）除外耳源性或眼源性眩晕；（5）除外椎动脉 段和椎动脉 段受压所引起的基底动脉供血不足；（6）除外神经官能症、颅内肿瘤等；（7）确诊本病，尤其是手术前定位，应根据椎动脉造影检查。（8）椎动脉血流图及脑电图只有参考价值。治疗对颈椎病的治疗，主要是非手术疗法。对于轻型的病例，只要适当休息，用一些消炎止痛药物如消炎痛、炎痛喜康等即可减轻症状，再辅以针灸、理疗等可以得到良好的疗效。为限制颈部活动，可以佩带颈圈。一般症状在2周~1月内可以缓解。假如症状仍明显，则应进行牵引治疗。颈部牵引是颈椎病非手术疗法的主要手段，牵引的目的是使颈椎间隙得到拉开，减少突出物所起的压迫作用。但实际上牵引的作用主要还是使颈部得到休息及解除颈肌的痉挛。牵引有坐位牵引及卧位牵引两种（图1，2）。坐位牵引时，病人坐在橙子上，用四头带固定住下颌及枕部，向上垂直牵引，以体重作为反牵引力，重量可达10~20kg，每次1~2小时，每日1~2次，视病人的反应而增加或减少牵引时间及重量，1月为一疗程。卧床牵引时病人仰卧于床上，头部床脚抬高，用四头带与身体纵轴呈30°。正常高枕无忧。2。颈椎枕亦可起预防或治疗作用。四、颈椎病患者睡眠体位一个良好的睡眠体位，既要维持整



个脊柱的生理曲度，又应使患者感到舒适，方可达到使全身肌肉松弛，轻易恢复疲惫的调整关节生理状态的作用。根据这一良好体位的要求应该使胸、腰部保持自然曲度，双髋及双膝呈屈曲状，此时全身肌肉即可放松，这样，最好采取侧卧或仰卧，不可俯卧。

五、颈椎病哑铃医疗体操

(一) 屈肘扩胸：两腿分立肩宽，两手哑铃自然下垂，两臂平肩屈肘，同时向后扩胸。反复12~16次。

(二) 斜方出击：两腿分立与肩宽，两手持哑铃屈肘置于胸两侧，上体稍向左移，右手向左前斜方出击，左右交替，各反复6~8次。

(三) 侧方出击：两腿分立与肩宽，两手持哑铃屈进置于胸两侧，左手持哑铃向右侧方出击，左右交替，各反复6~8次。

(四) 上方出击：两腿分开与肩宽，两手持哑铃屈肘置于胸两侧，右手持哑铃向上方出击，左右交替，各反复6~8次。

(五) 伸臂外展：两腿分立与肩宽，双手持哑铃下垂，右上肢伸直由前向上举，左右交替重复6~8次。

(六) 耸肩后旋：两腿分立与肩宽，两手持哑铃下垂，两臂伸直向下，两肩用力向上耸起，两肩向后旋并放下，反复进行12~16次。

(七) 两肩后张扩胸后伸：两腿分立与肩宽，两手持哑铃下垂，两肩伸直外旋，两肩后张，同时扩胸，反复12~16次。

(八) 直臂前后摆动：两腿前后分立，两手持哑铃下垂，左右上肢伸直同时前后交替摆动，重复6~8次，两腿互换站定位置，同时摆动6~8次。

(九) 头侧屈转：两腿分立与肩宽，两手持哑铃下垂，头颈部向左屈曲，达最大范围，再向右侧旋转到最大范围，左右交替，反复6~8次。

(十) 头前屈后仰：两腿分立与肩宽，两手持哑铃下垂，头颈部前屈，尽可能达最大范围；头颈部向后仰达最大范围，重复6~8次。

(十一) 头部

旋转：两腿分立与肩宽，两手持哑铃下垂。头颈部沿顺时针方向旋转一周，再向逆时针方向旋转一周，重复6~8次。以上动作要轻柔，旋转动作因人而异天天可作1~2次。【预后】颈椎多数颈椎病病人一般有从急性发作到缓解、再发作、再缓解的规律。多数颈椎病患者预后良好；神经根型颈椎病预后不一，其中麻木型预后良好，萎缩型较差，根痛型介于二者之间；椎动脉型颈椎病多发于中年以后，对脑力的影响较严重，对体力无明显影响，有的椎动脉型患者终因椎--基底动脉系统供血不足形成偏瘫、交叉瘫，甚至四肢瘫，脊髓型颈椎病对患者的体力损害较为严重，如不积极治疗、多致终生残疾、但对脑力的影响小。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](http://www.100test.com)