

颈椎病_神经外科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议
阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/610/2021_2022__E9_A2_88_E6_A4_8E_E7_97_85__c22_610812.htm 椎病是由于颈椎间盘退行性变，颈椎骨质增生所引起的一系列临床症状的综合征，如颈肩及上肢的麻痛、肌肉萎缩、甚至发生四肢瘫痪。有人可表现为头晕、猝倒等，是最近20多年来才逐渐得到全面认识的疾病。【治疗措施】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。如果症状仍明显，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。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°角方向牵引，重量为3kg，每牵引2小时休息1小时，可1日多次。1月为一疗程。神经根型颈椎病患者，大多数均可通过牵引得到治愈。牵引疗程结束，症状缓解或减轻，仍需应用颈圈固定。颈椎病不宜用推拿及手法治疗。如需推拿，则手法宜轻柔，切忌进行强力旋转手法。因为患者的颈椎不稳定，强力的手法可致颈椎半脱位或

脱位甚至造成四肢瘫痪。手术治疗：如诊断明确，经非手术治疗无效或有脊髓压迫症者应进行手术。在过去，均做后路椎板切除减压，但由于减压作用小疗效不佳，故有人从后路切除椎板后拉开脊髓摘除突出物，但牵拉脊髓常使症状加重，甚至造成不可恢复的截瘫。60年代起，开始进行前路椎间盘切除及椎体间植骨融合术，取得良好的结果。经前路手术不但可以切除突出物，而且使椎体融合后可减少复发，原有的骨赘也会逐步吸收。手术方法是病人仰卧、肩部垫枕、颈左侧或右侧横切口于胸锁乳突肌内侧颈动脉与甲状腺之间直达椎体，用针刺入应切除的椎间盘，并拍床旁片定位，用骨刀、钻头或环锯将椎间盘及其上下一部分椎体切除，一直要看到后纵韧带或硬膜，再用咬骨钳或刮匙将后缘的骨赘尽量清除，然后取髂骨做椎体间植骨，手术后用颈圈或石膏固定，一般需2~3月，手术可于颈丛阻滞或针麻下进行，病人清醒因而不易造成神经根或脊髓损伤。

【病因学】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。

【病理改变】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，容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周隆突，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。由于颈椎间盘向四周膨隆，可将其周围组织（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“韧带间盘间隙”，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机化然后钙化、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。因此如果非手术治疗无效，应及时进行手术治疗。

【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，开始时并不引起注意，仅为颈部不适，有的表现为经常“quot.，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1，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。如果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。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。

（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-s é quard syndrme）。 脊髓双侧受压：早期症状有以感觉障碍为主者，也有以运动障碍为主者，以后者为多。后期则表现为不同

程度的上运动神经元或神经束损害的痉挛性瘫痪，如肢体不灵活，步态笨拙，走路不稳，甚至卧床不起，小便不能自解。体格检查可发现四肢肌张力增高，肌力减弱，腱反射亢进，浅反射消失，病理反射如hoffmann，babinski等征阳性，踝阵挛及髌阵挛阳性。感觉障碍平面往往与病变节段不相符并缺乏规律性。此外胸腰部束带感亦是常有的主诉。（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，病人突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。（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，刺激了动脉周围的神经所致。此型诊断困难，往往需经治疗试验成功后才能作出诊断。

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