

失误教训

# 颈椎病的误诊原因分析

河南新野县人民医院骨科

樊文甫 张德方 齐喜昌 杨继祥 范东杰

因椎间盘退行性变以致颈椎失稳和压迫邻近组织而引起一系列症状和体征者，称为颈椎病〔1〕。颈椎病又根据病变部位、受压组织及临床表现分为数型〔2〕〔3〕。但颈椎病临床表现颇为复杂，若无典型的症状及体征，容易与其他疾患相混淆，造成诊治错误。本文就数年来所见误诊病种予以整理，报告如下。

### 交感神经、神经根型 颈椎病误诊为冠心病

韩××，男，50岁，机关干部，住院号850341。患者以“头晕、心悸，心前区疼痛、左上肢麻木疼痛24小时”为主新入内科治疗。血压170/100mmHg，心率88次/分，心界不扩大，各瓣膜听诊无杂音，心电图正常，血脂偏高，以“冠心病”为诊断给予降血脂、扩血管等治疗。治疗期间心前区疼痛发作频繁，4—6小时一次。每次持续10分钟左右，发作时给予硝酸甘油含化无效，心电持续监护亦无异常。住院二周后，左上肢麻木疼痛加重，颈部活动受限请骨科会诊。骨科检查：颈椎旋转略受限，颈椎屈伸30°至25°，椎旁有压痛，椎间孔挤压试验、臂丛神经牵拉试验均阳性，左手拇、食指感觉减退，肱二、三头肌反射无明显改变，建议颈椎X线检查，X线示：颈椎失稳，颈5、6椎间隙狭窄，椎体前、后缘及钩椎关节均有不同程度的骨质增生。结合症状及体征，诊断为交感神经、神经根混合型颈椎病。

诊断明确后转骨科，以颈椎牵引、中药加味独活寄生汤治疗为主，辅以超短波理疗。治疗二周时血压、心率恢复正常，头晕明显减轻，心前区疼痛发作次数减为每日一次左右，颈部活动无明显受限，左上肢麻木、疼痛减轻。治疗三周症状全部消失，椎间孔挤压试验、臂丛神经牵拉试验转阴，痊愈出院。

按：交感神经颈椎病主要表现为交感神经兴奋症状与抑制症状。本例主要表现为兴奋症状，如头晕、心前区疼痛、血压升高，心率加快。神经根型颈椎病主要表现为颈部疼痛、活动受限、根性疼痛及受压神经支配区域麻木、感觉减退。椎间孔挤压试验及臂丛神经牵拉试验为神经根型颈椎病特有的检查方法。

混合型颈椎病的临床表现是两者兼有，根据

这一特点，诊断并不难。

误诊分析：本例混合型颈椎病误诊为“冠心病”，原因是只注意了表面现象。病人头晕、心悸、血压升高、心率较快、血脂偏高，又有类似“心绞痛”发作，加之左上肢麻木、疼痛，误认为这些是冠心病的“典型表现”。未透过现象看本质，忽视了全面细致的检查及X线检查，即是在心前区疼痛发作频繁治疗无效、心电监护亦无异常的情况下，也未分析其原因，更未注意到病人存在着颈部活动受限、左上肢麻木、疼痛是神经根型颈椎病的主要表现这一特点。如果细致检查，不遗漏重要体征（椎旁压痛、椎间孔挤压试验、臂丛神经牵拉试验），结合X线检查，全面分析，综合判断，也不致于造成误诊达二周之久。

### 食道压迫型颈椎病 误诊为食道癌

李××，男，65岁，农民，住院号862312。患者以“吞咽困难、进行性加重20天”为主诉在外院行食道钡餐检查，钡剂在颈5、6水平通过受阻，诊断为“食道癌”转我院外科拟行手术治疗。住院后纤维食道镜检查未发现异常。为了明确诊断，重做食道钡餐检查，所见：颈椎在屈曲位钡剂通过顺利，但在仰颈位时钡剂在颈5、6水平通过受阻，椎体前方有一骨赘呈“鸟嘴样”突出，约6mm，压迫食道，请骨科会诊后诊断为“食道压迫型颈椎病”。治疗采取颈部制动，青霉素80万单位、链霉素0.5g，每日二次肌注，口服硫酸软骨素5片，每日三次，地塞米松0.75mg，每日三次，治疗二周后症状消失。

按：颈椎病起源于颈椎间盘组织的退行性变，继发椎体的骨质增生，继而形成骨唇，严重者呈“鸟嘴样”突出。向前方突出时，由于前方为疏松的结缔组织和富于弹性的食道，其缓冲间隙较大，一般不致于出现症状，只有在骨赘的体积达到一定的程度，超过食道所承担的缓冲与代偿力时，方出现吞咽困难症状。治疗上采取颈部制动，减缓骨刺对食道壁的刺激及局部软组织创伤反应，应用抗生素及激素以控制食道周围炎，硫酸软骨素有利用骨刺的稳定与吸收。若压迫较重，经上述治疗无效，又无脊髓及神经根受压症状，可行手术切除突出之骨赘。（下转4页）

和外治。在内治中，又贯穿补脾肾、补气血这条主线，辅之以行气活血，以补中益气汤来治疗跌损诸症。对元气受损，气血虚亏，继而不能生肌收敛者，取补脾土；以六味地黄丸等补肾药，来治疗严重的损伤，八珍汤、当归补血汤来治疗因损伤而致的过多亡血，或气血两虚的重伤，或久伤致虚的病人。

(3) 王肯堂 字宇泰，号损庵，自号念西居士，为明代著名医家（公元1549~1613年）。他擅长正骨疗法，但受补土派的思想影响很深，他认为今人与古人相较，“气化渐薄则受气常弱”，所以抵当承气，日就减削，补中归脾，日就增多，因而对骨伤科疾病亦应如此。在他的医案中可以看出，在攻下逐瘀的同时，经常伴加温补之药，承气常伴加归脾、四物、六味、八珍、十全等剂，反映出补土派的风格。但他受东垣学

术思想影响更大的方面是内伤学说，在其编著的《证治准绳》中，专辟了内伤病门，推广了东垣学说。

肯堂所撰《证治准绳》第一百二十卷，专门辟立了外科损伤门，从其所撰之内容和所论看来，他不失一位伤科专家，在论伤损时说：“夫伤损必须求其源，看其病之轻重，审其损之深浅，凡人一身之间，自顶至足，有砍伤、打伤、跌伤及诸刃伤者皆有之。凡此数证，各有其说，有当先表里而后服损药者，为医者当循其理治之”。肯堂就是用此理论来指导其治伤正骨的医疗实践，他对各类损伤的介绍，均强调了先求病损之源，审伤之轻重，有了明确的诊断，方才施治，要求用药必须辨证，施整顿手法时，尤不可孟浪。因此，肯堂在中医骨伤科发展史上，是占有重要位置的，对后学者影响是很大的。

(上接第48页) 误诊分析 颈椎体前方骨赘压迫食道引起吞咽困难已有报道〔4〕〔5〕，说明本病并不少见。本例误诊原因由于放射科医生观察不细致，仅从正面观察到钡剂通过受阻，认为诊断已明确，没有进行变换位置进一步观察并摄片，加之检查时病人处于仰颈位，食道处于紧张状态，以致钡剂通过障碍程度加重而误诊为“食道癌”，使病人及家属颇为恐惧。若不复查，必然给病人造成不必要的痛苦。

### 椎动脉型颈椎病误诊为 美尼尔氏综合症

赵××，女，48岁，药师，住院号841785。过度疲劳后出现眩晕、恶心、呕吐、耳鸣、眼球震颤，不敢下床活动，颈部旋转诱发发作，以“美尼尔氏综合症”住五官科给予镇静、扩血管、脱水药物治疗。一周后病情稍有缓解，继续上述治疗效果欠佳请骨科会诊。骨科检查：颈枕部有轻压痛，颈椎旋转30°时可诱发症状加重，在锁骨下动脉与椎动脉交界处可闻及血管杂声。建议颈椎X线检查，片示：颈5-7椎间隙变窄，椎体侧方有骨刺，钩椎关节增生及椎间孔变小。诊断为椎动脉型颈椎病给予颈椎牵引，口服血管扩张药物及中药桃红四物汤，颈部围领制动等综合治疗三周，症状消失，痊愈出院。

按：颈椎椎体侧方有骨刺及钩椎关节增生时，可刺激椎动脉使之痉挛，亦可直接压迫使其管腔狭窄；椎间盘变性而呈现椎间隙变窄时，椎动脉相对变长，当颈部旋转时，椎动脉因受牵拉和扭曲出现脑部供血不足，而引起一系列的症。

误诊分析 本例主要表现为颈部旋转性眩晕、恶心、呕吐、眼球震颤、耳鸣等症，若不

一般认为美尼尔氏综合症的发病原因与血管神经功能紊乱有关，毛细血管的通透性增加，致使膜迷路积水，蜗管、椭圆囊及球囊膨大而引起相应的症状。但每次发作持续数小时到1—2天，少有超过一周者是其特点。椎动脉型颈椎病主要是椎动脉受牵拉、扭曲、压迫使脑部供血不足而引起相应的症状。如果了解这些病理特点，再结合X线检查，还是较易作出正确的诊断。误诊原因主要是没有详细检查，遗漏了在锁骨下动脉与椎动脉交界处血管杂音这是对椎动脉型颈椎病有诊断价值的重要体征，及美尼尔氏综合症发作持续时间短这一特点。给予扩血管药物后，改善了缺血状态，使症状有所缓解，误认为是诊断正确，治疗有效。但久治效果欠佳时，方考虑到颈椎病的可能。

### 结 束 语

以上误诊病例，主要原因是没有进行全面细致的检查，被表面现象所迷惑，对颈椎病的认识不清，遗漏重要体征，不重视X线检查而致误诊。另外尚有把颈椎病误诊为脊髓肿瘤、脑缺血疾患的病例。因此，对于不十分典型的病例必须通过全面细致的检查，必要时酌情选择相应的、有针对性的特殊检查，并在鉴别诊断的基础上进行确诊。

### 参 考 文 献

1. 颈椎病专题座谈会纪要·中华外科杂志·1984; 22(12): 719.
2. 杨克勤, 等·颈椎病·第1版, 北京·人民卫生出版社·1981; 65~89.
3. 颈椎病专题座谈会纪要(续)·中华外科杂志·1985; 23(1): 57.
4. 赵定麟, 张文明·食道压迫型颈椎病(附12例报告)·中华骨科杂志·1985; 5(3): 138.
5. 沈同戊, 等·颈椎前骨刺引起的吞咽障碍(附10例报告)·中华骨科杂志·1985; 5(3): 187.