

学习园地

颈椎病与38种疾病的鉴别诊断

中国中医研究院骨伤科研究所(100700) 王金柱 梁朝

通过多年临床实践并翻阅有关资料,将需与颈椎病相鉴别的38种疾病按其分型分述如下:

神经根型颈椎病的鉴别诊断

凡有颈、肩、上肢疼痛并有颈神经根受压体征的疾患,均应与神经根型颈椎病相鉴别。

1. 颈部扭挫伤:有明确外伤史。伤后颈部疼痛,活动受限,以旋转侧屈为甚。可触及局部压痛点及肌肉痉挛。个别患者有手臂疼痛、麻木等神经根刺激症状。X线片无异常所见。

2. 落枕:又称急性颈僵直、痉挛性斜颈。其特点为:多发于晨起或夜间。突感颈背部疼痛,头偏向患侧,呈斜颈姿势,活动不利,颈项僵直,旋转后伸受限,旋头时需与上身同时转动,以腰部代偿颈部旋转。患侧斜方肌、胸锁乳突肌痉挛,可触及有明显压痛的条索状肌束。

3. 颈椎间盘突出症:多见于中年人。常发生于颈5、6及颈6、7椎间盘。根据其突出位置不同可分为侧方突出型、旁中央突出型及中央突出型。椎间盘向侧方突出时,因颈神经根受刺激或压迫,轻者出现麻木,重者受累神经支配区剧烈疼痛,并可因咳嗽、打喷嚏而加重,此外尚有痛性斜颈、肌肉痉挛及颈部活动受限,被动活动颈部可使疼痛加剧,颈压轴试验阳性,受累神经节段支配区有感觉、运动和反射的改变以及相应肌力减弱、肌肉萎缩等现象。椎间盘旁中央突出者,除有侧方突出型的症状体征外,尚可出现单侧脊髓受压症状,即典型或不典型的布朗-塞夸氏(Brown-Sequard)综合征。椎间盘中央型突出者则无颈神经刺激症状,而表现为颈脊髓受压,发生下肢不同程度的痉挛性瘫痪,此型易与脊髓型颈椎病相混淆,临床上需加以鉴别,X线检查正位片显示颈椎侧弯畸形;侧位片见颈椎生理曲度减小,变直或反曲,病变椎间隙狭窄,反复发作或病程较久者可有邻近椎体边缘唇样增生;斜位片可见椎间孔变小。

4. 颈椎半脱位:分前方及侧方脱位,多因外力所致。起病急,伤后头部处于强迫体位,颈部疼痛。转动不利,活动时须用双手托扶缓慢挪行,以防疼痛加剧,可合并受损平面神经根分布区域的疼痛,上肢麻

木无力,不能上举和握力减弱,局部压痛。部分病人有脊髓压迫症状。X线片显示颈椎生理曲度消失及椎体脱位可确定诊断。

5. 项背肌筋膜炎:又称项背纤维织炎或肌肉风湿病。其临床表现为:颈项及肩背部疼痛发僵,部位不局限且模糊不清,晨起及受凉时症状加重,活动或遇暖则缓。常无明显的固定压痛,但受累肌肉有局限的触痛。X线检查无明显异常。化验多在正常范围内,抗“O”及血沉正常或稍高。

6. 颈椎结核:颈部疼痛、僵直,各方向活动明显受限。姿势异常,患者常需双手托扶下颌以减轻疼痛。可有放射性枕部痛和上肢痛等神经根刺激征。部分病人甚至因脊髓受压而发生肢体瘫痪。有些患者形成咽后壁、颈部或锁骨上窝脓肿。病变椎体棘突有压痛、叩击痛,椎体破坏严重者可触及后凸畸形。X线片示颈椎生理弧度改变,椎体骨质破坏,椎间隙狭窄或消失,椎前缘组织阴影增厚。除上述局部征象外,常有结核病史及原发性结核灶,并有午后低热,消瘦盗汗,食欲不振,乏力脉数等全身症状。

7. 颈椎肿瘤:早期表现为颈肩部痛,常被误诊为颈椎病。应注意其疼痛特点为持续性、进行性加重,休息及夜间尤甚,重者影响睡眠,服止痛及镇静药无效。脊神经受刺激时疼痛放射至枕部或上肢。严重者累及脊髓而发生四肢瘫痪。颈部肌肉痉挛,活动受限明显,可有斜颈、侧弯或后凸畸形。恶性肿瘤患者血沉增快,X线片显示颈椎骨质破坏。

8. 先天性斜颈:多有产伤史。出生后1~4周在一侧颈部明显触及梭形硬块,数月后消失,逐渐头颈向患侧倾斜并稍后仰,下颌向健侧旋转而呈斜颈畸形,甚至发生颈胸椎代偿性侧弯。

9. 先天性短颈:也称先天性颈椎融合,或称Klippel-Feil综合征。表现为短颈畸形,两侧斜方肌紧张并向侧方张开呈蹠状。颈部各方向活动范围极小,尤以侧方和旋转运动受限最明显。部分患者可有神经根或脊髓受压症状,表现为肢体疼痛、无力或感觉异常等。X线片可见部分或全部颈椎的椎体、椎弓或棘突融合在一起,颈椎变短,椎间孔狭小并伴多种畸

形。

10. 胸廓出口综合征：为臂丛神经、锁骨下动脉和锁骨下静脉在胸廓出口和胸小肌喙突附着部受压所引起的一组上肢症状。其鉴别要点是：本病主要为下臂丛受压，即上肢尺神经分布区感觉及运动障碍为主，而无脊神经后支受累表现。动脉受压可引起上肢套状感觉异常，发凉、无力，上举困难，活动和受凉可使症状加重。静脉受压则上肢远端水肿、发绀，手指僵硬。查体Adson氏征、挺胸试验、超外展试验、肋锁试验、上肢牵拉试验均为阳性，而压顶试验阴性。X线片有助于确定是否有颈肋或第七颈椎横突过长、锁骨或第一肋骨畸形等。

11. 肩关节周围炎：又称冻结肩、五十肩、漏肩风。其好发年龄与颈椎病相似，且多伴颈部受累症状，两者易混淆。本病以肩痛和肩关节各方向活动受限为特征。疼痛昼轻夜重，可向颈、背、前臂和手放射，运动后加剧，但与咳嗽、打喷嚏及颈椎活动无关。肩部广泛压痛，病程久者肩部肌肉明显萎缩。X线检查多属阴性，可排除骨与关节疾病，有时仅见骨质疏松及肩关节囊变小而无骨质破坏。肩关节局部封闭多有显效。应注意的是颈椎病可通过颈椎源性疼痛的反射机制引起冻结肩，故临床上某些颈椎病患者可同时伴肩周炎症状，但经治疗后，肩部症状可随颈椎病症状同时消失。

12. 冈上肌肌腱炎：“疼痛弧”为其明显特征，即上肢外展运动在 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 范围内疼痛剧烈。另一特征是外展上肢前先外旋，则疼痛弧便消失，当上肢从极度外展位渐渐放下，在经过 $60^{\circ}\sim 120^{\circ}$ 时又可产生疼痛。疼痛有时向整个上肢放射。而肩关节被动活动不受限制。肱骨大结节的冈上肌止点及肩峰下方明显压痛。局部封闭可缓解症状。

13. 肱二头肌长头肌腱炎：多有劳损或轻微外伤史。肩部疼痛并向上肢和颈部放射，活动及夜间加重。肱骨结节间沟内肱二头肌腱长头部位有局限性明显压痛，当肱二头肌舒缩活动时常能触及轻微摩擦感。肱二头肌抗阻力试验阳性。X线片多为阴性，结节间沟切位片可确定结节间沟有无不平或增生性改变。

14. 肩手综合征：是一种原因未明的上肢植物性神经功能异常引起的疼痛综合征。肩关节疼痛性运动障碍，并有手指疼痛、肿胀、僵硬及血管舒缩性和营养性改变，晚期手指强直变形，关节挛缩。X线呈斑点状骨质疏松。本病晚期诊断明确，早期若仅有肩部僵硬而手痛症状模糊不清且感觉异常时确诊较为困

难，需与神经根型颈椎病、肩周炎及其它疾病相鉴别。

15. 臂丛神经炎：多有受寒、感染等病因，急性或亚急性起病。一侧(少数为双侧)锁骨上窝及颈部剧痛，并迅速扩展到肩部和整个上肢。臂丛神经干有明显压痛，牵引臂丛时即可诱发疼痛，颈部活动与此无关。早期即出现受累上肢肌力下降，腱反射减弱或消失，但无脊神经后支受累表现，颈椎X线片正常。

16. 创伤性尺神经炎：多发于外伤后，有肘关节外翻畸形。前臂和手尺侧疼痛、麻木，小指及环指尺侧的掌面感觉障碍，尺神经支配的肌肉力量减弱，重者呈爪形手畸形。尺神经沟处明显压痛及放射痛。X线平片多为阴性。

17. 肱骨外上髁炎：又称网球肘、前臂伸肌腱炎。一般无明显外伤史。肘关节外上髁处疼痛，可沿伸腕肌向前臂及手或沿肱三头肌向上臂放射。检查肘关节不肿，屈伸范围不受限但握力减弱。肱骨外上髁至桡骨颈范围内有一局限而敏感的压痛点。密耳氏征及伸腕紧张试验阳性。X线检查多为阴性，偶在外上髁处见钙化影。

18. 旋后肌综合征：主要表现为桡神经深支即骨间背侧神经受压后引起的伸腕功能受限，旋后肌运动障碍，并以拇指背伸及外展受限最为突出。其显著特征是无感觉障碍。肘窝部偏桡侧可触及痛性结节。X线片可见局部骨性异常或软组织肿物阴影。

19. 腕管综合征：腕部正中神经受压引起的手部症状与神经根在椎间孔受刺激酷似。其特点是以麻木疼痛为突出症状，且范围主要局限于手部正中神经分布区，并多为夜间发作或加剧。临床检查可有正中神经支配的手部肌肉存在不同程度的肌力减弱。屈腕试验阳性、泰勒氏(Tinel's)征阳性、颈神经牵拉试验阴性、压顶试验阴性及颈部X线无异常所见，具有诊断及鉴别意义。

20. 腕尺管综合征：又称腕管狭窄征。分为两型，因尺神经在豌豆骨水平受压致感觉与运动神经纤维受累为I型，其表现似腕管综合征，但较之轻，腕手部疼痛可放射至肘部尺侧，屈腕试验阳性，可诱发尺神经分布区电串感。当尺神经深支于钩骨沟远端受压时则为II型，主要症状是患手无力、麻木，无名指、小指感觉迟钝，肌肉萎缩，部分有爪状指畸形。肌电图阳性率不高，或可见M波波形多样化。

脊髓型颈椎病的鉴别诊断

因脊髓受压迫或刺激而出现髓性感觉、运动及

反射障碍的疾患，均应与脊髓型颈椎病相鉴别。

1. 脊髓肿瘤：是椎管内肿瘤的简称。初期可有颈、肩、臂、手疼痛或麻木，从一肢体发展到四肢，症状逐渐加重。脊髓受累平面以下躯体和四肢感觉、运动、括约肌功能障碍为多见，并出现肌肉萎缩。X线平片可见椎间孔扩大，椎体或椎弓破坏。脊髓造影梗阻部呈倒杯状阴影。奎根氏试验阳性，脑脊液蛋白含量增高。

2. 脊髓空洞症：本病特点为受损节段分离性感觉障碍，即痛、温觉减退，而触觉、深感觉存在，尤以温度觉减弱或消失为突出。可伴有神经营养性障碍。脊髓造影畅通。脑脊液正常。

3. 脊髓蛛网膜炎：发病前多有感染病史。本病临床特点为早期麻木，出现运动障碍后进展较快，病程较长，病情起伏波动，反复不定。运动及感觉障碍的节段性不明显，体征范围广而不均。脑脊液蛋白略高，白细胞增多，以淋巴细胞为主，脊髓造影可有特征性改变：碘油流动缓慢，并呈斑点或不规则条状分布，病变界限不清。

4. 脊髓梅毒：为梅毒后期累及脊髓，发生闪电样疼痛，下肢多见，疼痛消失后该处出现感觉过敏，肌力低下，腱反射减弱或消失，以下肢为甚。可伴共济失调及视力障碍。根据病人或其父母有梅毒感染史，血清及脑脊液华康氏反应阳性，可与脊髓型颈椎病相鉴别。

5. 过伸性颈髓损伤：又名脊髓中央管症候群。多见于中年人，有颈部后伸或挥鞭状外伤史，伤后立即出现四肢瘫痪，以上肢为重。感觉减退明显，可有感觉分离。X线平片未见骨折脱位，伤节椎间隙及椎体前阴影增宽，可有颈椎退行性改变。脊髓造影可发现增生性颈椎改变与梗阻。

6. 肌萎缩性侧索硬化症：为运动神经元疾病。临床上主要引起以上肢为主或四肢性瘫痪，故易与脊髓型颈椎病相混淆。但与其不同的是：本症常突然发病，先从上肢肌无力开始，病情发展迅速，且无感觉障碍。肌肉萎缩可见于身体任何部位，但由上肢先发为多，尤以手部小肌肉明显。病变波及延髓可引起吞咽及发音障碍，脊髓造影及脑脊液检查均正常。

7. 颈椎椎管狭窄症：多见于中、老年人。起病缓慢，颈肩部疼痛，劳累后加重，有脊髓受压的相应症状。部分病人出现脊髓性间歇性跛形。X线平片有颈椎退行性改变，椎管矢状径小于10mm。脊髓造影及CT扫描可确立诊断。

8. 颈椎后纵韧带骨化：简称 OPLL。本病临床上

不多见，但它可引起颈椎椎管狭窄，造成高位颈脊髓损害。其特征是不同程度的慢性进行性痉挛性四肢瘫痪，往往下肢最先受累，表现为双下肢麻木、无力，步态不稳有踩棉花感，肌张力增高，腱反射亢进，病理征阳性。上肢可同时发病或稍迟。病人常有感觉减退及括约肌功能障碍。颈椎侧位X线平片可见椎体后缘相当后纵韧带部位有密度增高的骨化影，其大小形态不一，并可有颈椎退行性改变。侧位断层片(CT)能准确显示后纵韧带骨化的形态、大小、部位、范围及椎管狭窄程度。本病在临床表现上很难与脊髓型颈椎病区分，二者鉴别主要依靠X线平片及CT扫描。

9. 颅底凹陷症：本病属先天畸形，因颈椎凸入颅底而引起脊髓压迫症状，故需与脊髓型颈椎病加以鉴别。临床上多表现为四肢痉挛性瘫痪，其部位较脊髓型颈椎病患者高，程度重。病人除有短颈外多伴疼痛性斜颈畸形及颈椎其它畸形，颅骨X线侧位片可显示颅底角大于145°(正常132°)，且枢椎齿状突顶端低于硬腭一枕骨大孔线，属扁平颅底。

10. 周围神经炎：多有感染、中毒等病史。主要临床特征是四肢远端为著的对称性手套——袜子型感觉减退或异常、弛缓性不全瘫痪及植物神经功能障碍(手足部血管收缩、出汗和神经营养性改变等)。

椎动脉型颈椎病的鉴别诊断

椎动脉供血不全所表现的症状多以眩晕为主，故凡有眩晕症状的(部分)疾患均应与椎动脉型颈椎病相鉴别。

1. 美尼尔氏病：本病临床上具有以下三大特点：发作性眩晕，波动性、渐进性、感音性听力减退，耳鸣。眩晕发作时常伴恶心、呕吐、出汗、面色苍白、眼球震颤。耳鸣与病情轻重成正比，眩晕可随耳聋的进展而减轻。

2. 药物中毒性眩晕：多种药物可损及第八对脑神经，其中以链霉素最为常见。病人觉外境摇晃、摆动，于行走、转头或转身时症状明显，静止时好转。无自发性眼震，闭目难立征阳性。变温试验示双侧前庭功能明显减退或消失。若伴耳蜗损害则尚有双侧感音性耳聋。

3. 体位性眩晕：多由贫血、低血压或长期卧床所致。眩晕多发于久立或体位改变之后，无椎动脉供血不全征象，前庭功能正常。未发现其它器官、系统病变的证据，则可考虑为本病。

4. 眼源性眩晕：多因眼肌麻痹，屈光不正所致。

(下转封3)

少作用。

(4) 钙调节激素：与调节钙代谢有关的激素有副甲状腺激素、活性维生素D、甲状腺降钙素3种。通常这些激素保持平衡，以利钙代谢。但因高龄及闭经等，这些激素处于紊乱状态，从而使骨吸收亢进，导致骨量减少。然而有关副甲状腺素、甲状腺降钙素、活性维生素D在血中的浓度有多种不同报道，从而反映了骨质疏松症的多相性。

(5) 其它体液性因素：如生长激素、前列腺素、骨生长因子、骨吸收因子、血液因子等，但有关这些激素作用机制，有待今后探讨。

(6) 营养因素：历来认为钙不足、磷及蛋白质过剩，维生素A、C、D异常是重要因素。其中，尤以钙缺乏最为重要。Matrović等报告，在南斯拉夫每天摄取钙约1200mg地区，同仅摄取其半量约600mg地区，分别测定掌骨骨盐含量，结果引人注目的是，在

高钙地区，40多岁者的骨量最多，所谓达到最高骨量。日本规定每天所需钙量为600mg但实际上，大多在500mg以下，而美国为800mg，且两者摄取方法也有很大差异。美国72%的钙从乳制品中摄取，而日本几乎从鱼及植物中摄取。据研究，牛乳中钙吸收率达63%，而鱼为33.7%，蔬菜仅17.8%，非常低。由此提示不仅应重视摄入量，也应讲究钙的摄取方法。

(7) 生活方式：目前证实同退行性骨质疏松症发病率呈负相关关系的有运动，太阳光线等，呈正相关关系的则有吸烟。关于运动，从宇航员即使在失重特殊状态下，运动也能预防骨量减少；钢琴家桡骨骨盐量较对照组明显增多等事实，可以看出两者间的相关性；而糖尿病性骨质疏松症发生率以北海道方面最多，越到南方越少，从而推察其与太阳光线照射有关；至于吸烟，测定吸烟者与非吸烟者的腰椎骨盐量，均提示吸烟者骨盐量显著减少。

(上接44页)

其与颈性眩晕的鉴别主要为：闭目时眩晕消失(闭目难立征阴性)。眼源性眩晕眼震试验多呈异常反应。眼科检查有屈光不正，以散光多见。闭目转颈试验阴性。

5. 动脉粥样硬化：常引起内听动脉血栓形成，因其产生的症状如眩晕、耳鸣、耳聋、恶心、呕吐等与颈源性椎动脉供血不全表现极其相似，故多需依据椎动脉造影确诊。临床上患者年龄较大，有身体其它部位动脉硬化征象，既往无类似眩晕发作史等均有助于诊断。

6. 颅内肿瘤：其产生眩晕有两种原因：一是由于肿瘤直接压迫前庭神经或其中枢连结，二是因颅内压增高而致，而以后者为多见。故除有眩晕症状外，尚伴颅内压增高的其它体征。临床上不难与颈源性相鉴别。

交感神经型颈椎病的鉴别诊断

以头颈、上肢的交感神经功能或感觉异常为主要

征象的疾患，均应与交感神经型颈椎病相鉴别。

1. 心绞痛：本病虽与颈椎病都可出现肩、臂、手放射痛及心前区疼痛，但其发作时疼痛剧烈，并多伴胸闷气短，且只有一侧或两侧上肢尺侧的放射痛而无颈神经根刺激的其它体征。心电图有异常改变，服用硝酸甘油类药物症状缓解。

2. 心血管神经官能症：是神经官能症的一种类型。以心悸、心前区疼痛、疲乏、神经过敏为突出表现，并可有头晕、头痛、失眠、恶心、呕吐、心动过速、呼吸困难、关节痛、肌肉痛等。病情时轻时重，无一定规律。根据患者心血管方面症状较多而体征较少且无特异性，配合神经官能症其它征象的存在以及未找到器质性心脏病的依据，可以考虑心血管神经官能症的诊断。