

• 学习园地 •

颈椎间盘突出症

曲建平 古剑雄

广东医学院附属医院(广东省湛江市 524001)

我院自 1993 年以来收治的 96 例颈椎病患者中,确诊颈椎间盘突出症 32 例,现报告如下。

临床资料

1. 一般资料:本组 32 例中男 22 例,女 10 例;年龄 35~ 69 岁;2 例有急性外伤史,其余病例均无明显诱因。住院天数 16~ 50 天,平均 34.4 天。

2. 临床症状体征:有神经根痛症状 25 例,颈性眩晕 6 例,偏侧肢体麻木无力 2 例,头晕、耳鸣、心悸 1 例,臂丛神经牵拉征(+) 20 例,椎间孔挤压征(+) 15 例。临床分型^[1]:神经根型 23 例,椎动脉型 6 例,脊髓型 2 例,颈交感神经型 1 例。

3. 影像学检查:颈部 X 线示正常者 8 例,有椎间隙变窄者 14 例,其余表现为不同程度的骨质增生,脊柱生理曲度改变。颈部核磁共振(MRI)示 32 例均有椎间盘突出,其中,单个椎间盘突出者 6 例,合并两个以上椎间盘突出者 26 例,C₃₋₄、C₄₋₅、C₅₋₆ 椎间盘突出各 1 例,C₆₋₇椎间盘突出 3 例,C₃₋₄合并 C₄₋₅ 4 例,C₄₋₅合并 C₅₋₆ 6 例,C₃₋₄合并 C₄₋₅、C₅₋₆ 8 例,C₅₋₆合并 C₆₋₇ 8 例。不同程度压迫蛛网膜下腔 16 例,压迫硬膜囊 8 例,压迫脊髓 2 例。

治疗方法与结果

本组无手术治疗者,入院后行颈椎牵引,所用重力从轻至重,5~ 10kg,每日 1~ 2 次,每次持续 15~ 25 分钟,配合休息,低枕卧床,推拿复位及局部封闭、理疗、药物治疗等。根据疗效标准^[2]:治愈 19 例,显效 13 例。

讨论

1. 病因病理:颈椎间盘突出症多由急性或反复轻微外伤及颈椎退行性变而引起。本文认为后者为发病的主要病因之一,颈椎间盘是由纤维环、髓核和软骨板组成,是维持颈部活动保护内外平衡的主要结构,由于颈椎是脊柱活动范围大负重大的部位,长期颈部负重持续不断地磨损,退行性变发生早,髓核脱水,纤维环变性,椎间盘变形失去弹性及颈周围肌肉韧带生理性退变均可致颈椎间盘突出。椎间盘侧方突向椎间孔压迫神经根产生神经根刺激症状,也可压迫横突孔的椎

动脉引起椎动脉供血不足症状,椎间盘向后中央突出压迫脊髓而产生脊髓受压症状。因此,颈椎间盘突出症临床症状表现复杂。且颈椎下部活动负重较多故以 C₅₋₆、C₆₋₇椎间盘多发。

2. 临床表现及诊断:由于椎间盘突出的部位不同,压迫组织的程度不同而临床症状不同,但以典型的神经根刺激及压迫症状或脊髓压迫症状、体征为诊断依据,少数患者表现为椎动脉供血不足,颈交感神经症状等,还应注意与前斜角肌综合征、颈椎后纵韧带钙化、颈椎骨折脱位、脊髓肿瘤等相鉴别。

3. 影像学检查:X 线表现与临床症状轻重不完全一致,本组有 8 例正常,仅 14 例有椎间隙变窄,由于椎管粗大或狭小有的患者神经刺激症状极为明显但 X 线增生改变不明显,椎间隙大小也受椎间盘突出程度、方向影响,所以 X 线只能反映骨结构改变而不能反映周围组织及功能改变。作者认为 X 线平片对诊断颈椎间盘突出症仅供参考。高分辨 MRI 检查目前已取代了 X 线平片及 CT、脊髓造影检查^[3],MRI 具有良好解剖分辨细节,并能提供全面影像资料使精确定位、定性有更大的可能性,MRI 不仅能显示骨结构和椎间盘破裂后压迫神经硬膜囊的范围程度,而且能反映脊髓受压迫、水肿情况。因此 MRI 是诊断颈椎间盘突出症的理想手段,根据临床症状、体征选择应用,很有必要。

4. 治疗问题:我们认为颈椎间盘突出症以非手术治疗为主,本组采用牵引使椎间隙增宽所形成负压促使髓核还纳,配合推拿手法复位,理疗、局部封闭,减少局部刺激肌肉放松,药物对症以减轻疼痛,促进血液循环等综合方法治疗效果较好。

参考文献

1. 孙宇,陈琪福. 第二届颈椎病专题座谈会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31(8): 472
2. 中国人民解放军总后勤部卫生部编. 临床疾病诊断依据治愈好转标准. 北京:人民军医出版社, 1991. 899
3. 陈龙华译. 中枢神经系统磁共振成像. 临床神经病学杂志, 1991, 4(3): 191

(收稿:1996- 04- 05)