

对颈椎病临床分期的探讨

陈新淦

(常州市钟楼医院, 江苏 常州 213003)

目前临床上将颈椎病分为颈型、神经根型、椎动脉型、脊髓型、交感神经型、混合型、其它型共数型, 已被医学界广泛认可, 有的以国家标准形式固定下来^[1]。但分型只能反映颈椎病病理变化过程中某一状况, 如颈椎动脉被压迫导致脑供血不足者为椎动脉型; 颈神经根受累引起相应支配区域运动或感觉异常即为神经根型等等, 尚难说明颈椎病整个发展的动态病理过程。有学者将之分为: 椎间盘退变初期、椎间盘膨出期、椎间盘突出期、骨赘形成期、脊髓变性期^[2]。该分期重于椎间盘骨质的退变过程, 对整个颈段脊柱、骨与软组织的“软硬”关系反映仍觉欠缺, 且对临床治疗指导作用不够。因此, 笔者试以初期(颈椎功能紊乱期)、中期(颈椎失稳期)、后期(颈椎再稳固期)三期分法。

1 颈椎病的临床分期

1.1 初期(颈椎功能紊乱期) 年龄约 40 岁以下, 初发或偶发, 病史较短, 病情较轻和单一。临床表现以颈部浅层肌群痉挛症状为主。如颈项僵硬、沉重、酸胀, 活动受限, 或伴有肩背酸痛, 头枕胀痛。症状以晨起或长时间低头时明显, 活动后减轻。临床检查: 颈部生理弧度消失或后凸, 浅层肌肉广泛紧张, 散在压痛。X 线摄片示: 颈椎生理曲度改变, 椎体前后缘轻度骨质增生, 椎间隙正常, 椎间孔清晰。治疗效果好, 一般颈型属此期。

1.2 中期(颈椎失稳期) 年龄约 40~55 岁, 病程较长, 易反复发作。临床表现以颈部较深层软组织炎症和颈椎失稳为主。出现神经、血管刺激症状, 较复杂而典型。如颈部僵硬不适, 痛或不痛, 活动时时有弹响, 或伴眩晕恶心、耳鸣耳聋、头痛; 或心悸胸闷、阵发汗出; 或手指麻木、皮肤感觉异常等等。临床检查: 颈生理弧度存在或变直, 某一肌肉紧张, 有较深在压痛或颈部钝厚感, 触及条索状结节状物, 有捻发感, 其它相应的体征阳性。X 线表现: 颈椎生理弧度改变或正常, 椎体前后缘、后关节均有增生, 椎间孔较模糊, 椎间隙或变窄, 项韧带可轻度钙化, 疗程较长, 但仍有效。一般神经根型、椎动脉型、交感神经型、混合型属此期。

1.3 后期(颈椎再稳固期) 年龄大多 55 岁以上, 既往有发作史, 病情较顽固。临床表现以韧带肥厚钙化、环枢关节半脱位、椎间盘变性、小关节明显增生、组织粘连等导致脊髓、神经、血管卡压为主。如眩晕、肢体麻木、头痛、咽喉异物感等。临床检查: 颈部强直, 活动受限, 棘突两侧可触及明显条索状物, 局部压痛, 推动时有撕裂感, 项韧带增粗僵硬。X 线显示: 椎体明显骨质增生, 骨桥形成, 椎间隙狭窄, 颈韧带、黄韧带和后纵韧带肥厚或钙化, 小关节增生, 椎间孔模糊。CT 或 MRI 见椎间盘变性、椎管狭窄。治疗一般仍属有效, 极少数需手术治疗。脊髓型、神经根、椎动脉型、其它型属此期。

2 颈椎病临床分期的临床意义

2.1 反映颈椎病整个发生发展的动态病理过程 七个颈椎通过椎间盘、韧带、肌肉等软组织连结成颈段脊柱。该段脊柱在退行性改变过程中由于与周围神经、血管等软组织(即软硬度关系)不协调即产生一系列临床症状。颈椎的退变始于颈部浅层肌群的劳损, 失去相互协调, 不能有效地维护脊柱动力学静力学平衡与稳定, 即颈椎功能紊乱。病情进一步发展, 由于脊柱失衡导致深层软组织劳损, 脊柱关节结构、椎间盘、韧带生物力学改变, 发生一系列变化, 如炎症反应、关节突后关节紊乱、椎间盘椎间关节及韧带损伤、松弛、退变。引起脊柱结构形态改变, 即颈椎失稳。在这个劳损、失稳、代偿、修复、增生过程中, 始终以软组织与骨结构互为因果, 常形成恶性循环。最后, 由于椎间盘变性、椎间隙变窄、韧带退变、椎体和椎间关节增生, 致椎间骨桥形成, 小关节融合, 韧带肌肉肥厚钙化、缺乏弹性, 形成颈椎的相对再稳固。

2.2 反映颈椎病的病理实质 颈椎病的病理实质是颈椎退变与周围软组织不协调。初期以浅部肌肉劳损与颈椎不协调为主; 中期以颈椎退变失稳与周围软组织不协调为主; 后期以颈椎相对再稳固, 缺乏相应的生理活动而软组织反之不相协调为主。

2.3 便于临床掌握 该三期分法不必一定要 CT、MRI 检查, 而通过年龄、病史、临床症状、体征和一般 X 线检查即能作出判断和区分, 易于医生掌握。

2.4 指导临床治疗 由于颈椎病属颈椎退变与软组织软硬关系不协调, 故治疗有治硬(骨关节)和治软(软组织)两种。治硬, 即纠正骨关节错缝失稳(或外科手术), 如牵引、颈部牵拉旋转类手法等。治软, 即消除炎症、解除痉挛、松解粘连、改善局部血循环。如药物、针刀、针灸、推拿和理疗等。临床上, 视型和期的不同, 常予软硬同治或各有侧重。如推拿治疗, 初期宜泻, 手法轻快, 以放松手法为主, 不必强作旋转类手法; 中期宜补泻兼顾, 以颈部旋转、扳等手法为治疗手法; 后期宜补, 动作深沉有力, 以按揉分拨类手法为主, 不宜旋转类手法。又如中医辨治, 笔者以“伤瘀痹阻”立论, 从气血论治, 认为初期气血搏击, 属实居多; 中期气滞血瘀, 兼挟风寒, 属虚实相挟; 后期瘀久新血不生, 筋脉失养, 虚者为主。治以桃红四物汤为基础方随期随症加减, 颇获效验。

参考文献

[1] 中华人民共和国中医药行业标准·中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994. 186.
[2] 潘之清. 实用脊柱病学. 山东: 山东科学技术出版社, 1996. 316 - 318.

(编辑: 李为农)