

# 颈椎间盘突出症诊治分析

崔惠全

(宁海第一医院, 浙江 宁海 315600)

颈椎间盘突出症与颈椎骨质增生同属于颈椎病<sup>[1]</sup>。虽两者临床表现相似, 易混淆, 但发病机制、诊治方面迥异, 应明确区分。现就 1998 年收住的 10 例颈椎间盘突出症和 6 例颈椎骨质增生诊治情况, 分析如下。

## 1 临床资料

A 组: 10 例颈椎间盘突出症, 男 5 例, 女 5 例; 年龄 25~66 岁; 病程 7 天~30 年; 急性发病 5 例, 慢性发病 5 例; 近期剖腹产史 1 例, 批斗打伤颈部史 1 例。临床表现: 神经根型 6 例(右上肢 2 例, 左上肢 3 例, 双上肢 1 例); 脊髓型(早期) 1 例; 椎动脉型 2 例。

B 组: 6 例颈椎骨质增生, 男 3 例, 女 3 例; 年龄 45~77 岁; 病程 3 天~2 月; 急性发病 3 例, 慢性发病 3 例。临床表现: 神经根型 4 例(右上肢 2 例, 左上肢 1 例, 双上肢 1 例); 脊髓型(早期) 2 例。

## 2 治疗方法

2.1 颈椎牵引 抬高床脚 15cm, 患者平卧位, 颈后部垫薄枕进行牵引。牵引重量为 4~6kg, 牵引时间 30~60 分钟, 每日 2 次。

2.2 中药内服 以桃红四物汤加葛根、白芍、威灵仙、羌活为基本方。神经根型加姜黄、桂枝、全蝎、蜈蚣; 脊髓型加川断、杜仲、骨碎补、枸杞子; 椎动脉型加天麻、钩藤、龙骨、牡蛎。每日 1 剂, 一剂二煎, 上下午分服。

2.3 西药治疗 双氯芬酸钠胶囊, 1 日 1 粒, 临睡前服用。肌注, 维生素 B<sub>1</sub> 0.1g, 维生素 B<sub>12</sub> 0.5mg, 每日 1 次, 10 天后改口服维生素 B<sub>1</sub>, 1 次 2 粒, 1 日 3 次。

2.4 低枕睡觉。

A、B 两组均采用上述非手术疗法。

## 3 治疗结果

3.1 疗效标准 优: 症状、体征完全消失, 颈椎活动功能正常; 良: 症状、体征基本消失, 颈椎活动功能基本正常; 差: 症状、体征部分消失, 颈椎活动功能部分正常; 无效: 症状、体征与治疗前没有改变。

3.2 疗效评定 A、B 两组均经 1~7 周治疗, 出院时按上述标准进行评定。A 组优 2 例, 良 5 例, 差 2 例, 无效 1 例。B 组优 2 例, 良 3 例, 无效 1 例。

## 4 讨论

4.1 诊断区别 颈椎间盘退变是原发性病变, 颈椎骨质增生是继发性病变。这在 A、B 两组年龄段上有明显体现。40 岁以下, A 组 3 例, 且颈椎 X 片均无骨质增生; B 组 0 例。40~50 岁, A 组 4 例, 其中 2 例 X 片有骨质增生; B 组 2 例, CT 检查 1 例为 C<sub>6,7</sub> 椎体肥大, 相应硬脊膜囊受压。50 岁以上, A 组 3 例, 其中 2 例 X 片有骨质增生; B 组 4 例。从上表明, 颈椎

间盘突出症发病年龄较颈椎骨质增生小。此外还观察到 40 岁以上, A 组有 4 例在发病初期诊断为颈椎骨质增生, 行推拿治疗, 效果不佳, 且症状加重, 后经 CT 或 MRI 确诊为颈椎间盘突出症; B 组有 1 例, 行 CT 后仍诊断为颈椎骨质增生。这是因为 CT 与 MRI 可清晰显示脊髓、神经根和致压物的来源和形态。因此说 CT 是排除和确诊颈椎间盘突出症与颈椎骨质增生首选检查, 而 MRI 则对有脊髓型症状尤为合适。

颈椎屈曲损伤, 椎间盘后方张力增加, 引起纤维环和后纵韧带破裂, 髓核突出<sup>[2]</sup>。结合本文从事低头工作 A 组 10 例中有 5 例, B 组 6 例中仅 2 例, 可知长期低头工作对颈椎间盘突出影响比颈椎骨质增生更直接。

总之, 颈椎间盘突出症与颈椎骨质增生虽在临床表现上无明显差异, 但在年龄、职业、检查等诊断依据方面仍有明显区别。

4.2 治疗区别 在非手术疗法方面, 颈椎间盘突出症和颈椎骨质增生在中西药内服、低枕睡觉上无区别, 但在颈椎牵引体位、推拿、功能锻炼上有明显区别。颈椎骨质增生可采用颈椎前屈位牵引, 旋转、侧扳推拿手法和颈部功能锻炼。而颈椎间盘突出症宜颈椎中立位牵引, 且不作旋转、侧扳推拿手法和颈部功能锻炼。这是因为在颈椎屈曲状态下受到一定的外力作用后, 椎间盘内压突然增高, 使髓核向椎体后方位移, 当压力超过纤维环之强度, 或纤维环本身伴有退变时, 即可造成纤维环破裂, 髓核即可在后纵韧带下突入椎管, 形成颈椎间盘突出症<sup>[3]</sup>。A 组中有 1 例在颈前屈下右肩扛钢瓶而急发正说明了这一点。

在手术疗法方面, A 组无效 1 例, 诊断为多发性颈椎间盘突出症, 经上级医院行前路颈椎间盘切除, 椎体间植骨融合术而好转; B 组无效 1 例, 诊断为 C<sub>6,7</sub> 椎体后缘骨质增生, 经上级医院行前路椎体骨赘切除, 椎间融合术而好转。两手术一针对突出的椎间盘, 一针对增生的骨质, 不可混同。同时也说明非手术疗法对两者脊髓型(早期) 疗效均差, 应早期手术。

综上所述, 颈椎间盘突出症与颈椎骨质增生是不能混淆的。早在 1975 年国际疾病分类标准第九版(ICD-9)中就把两者分列为独立病种。这也就解决了“慢性颈椎间盘突出症是否划入颈椎病之中, 目前仍未统一认识”<sup>[4]</sup>的历史问题。

## 参考文献

- [1] 杨克勤. 脊柱疾患的临床研究. 北京: 北京出版社, 1994. 504.
- [2] 章诗银, 熊健. 颈椎间盘突出症的治疗. 中国骨伤, 1997, 10(3): 25.
- [3] 赵定麟. 颈椎伤病学. 上海: 上海科技教育出版社, 1994. 107.
- [4] 王拥军, 施杞. 颈椎病发病因素的流行病学研究概况. 中医正骨, 1999, 11(3): 43.

(编辑: 李为农)