

颈椎间盘突出症临床研究

韦良渠 刘世杰 柳小林
(空军总医院, 北京 100036)

1994 年 3 月 26 日~ 1999 年 3 月 30 日, 我们诊治了经颈椎 MRI 或 CT 诊断为颈椎间盘突出(膨)出的患者 64 例, 取得了较好的临床效果, 现将有关临床资料报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 64 例中男 37 例, 女 27 例; 年龄 25~ 65 岁, 平均 42.5 岁。有颈部外伤史者 14 例, 无明显诱因者 50 例; 病程 3 天~ 22 年, 其中 1 年以下者 35 例。

1.2 症状和体征 64 例患者中以颈伴单或双上肢麻木为主要症状者 36 例, 其中伴有头晕或耳鸣者 7 例, 伴有上肢无力者 4 例, 伴有行走不稳者 1 例。颈伴头晕痛、恶心或呕吐者 12 例, 颈伴单或双肩痛、头痛者 4 例, 四肢麻木、颈痛者各 3 例, 头晕痛伴双下肢麻木无力者 2 例, 颈痛伴左半身麻木、左下肢麻木无力, 右半身麻木、双脚麻木有踩棉感各 1 例。体征: 64 例中颈曲变直 62 例, 颈曲反向、存在各 1 例; 颈椎棘突偏歪 64 例, 颈部活动受限 27 例, 一手挠或尺侧皮肤感觉异常 18 例, T₁₀ 水平左侧皮肤痛觉减低 1 例, 握力: 右手减低 4 例, 左手 1 例, Hoffmann's 征阳性 13 例, 踝阵挛 4 例, Babinski's 征阳性 3 例。

1.3 颈椎病分型 按第二届颈椎病专题座谈会纪要^[1] 规定 64 例患者可分为颈型 4 例, 神经根型 26 例, 椎动脉型 13 例, 脊髓型 12 例, 混合型 9 例。

1.4 影像学改变 本组 64 例患者均拍摄颈椎正侧位 X 线片, 其中颈椎曲度变直 45 例, 反向 18 例, 曲度正常 1 例; 颈椎侧弯 15 例; 椎间隙变窄 48 例; 颈椎骨质增生 44 例; 颈椎先天性融合: C₂₋₃ 2 例, C₃₋₄ 1 例。

64 例患者的颈椎均经 MRI 或 CT 检查, CT 片示颈椎间盘突出 3 例; MRI 片示颈椎间盘突出 37 例, 膨出 15 例, 突出 + 膨出 9 例; 其中单间隙颈椎间盘突出(膨)出 21 例, 多间隙颈椎间盘突出(膨)出 43 例(67.2%), 其中 2 个椎间隙有突出(膨)出者 20 例, 3 个椎间隙有突出(膨)出者 15 例, 4 个椎间隙有突出(膨)出者 7 例, 5 个椎间隙有突出(膨)出者 1 例。64 例患者共存在有椎间盘的椎间隙 317 个(正常应是 320 个椎间隙), 其中 139 个(43.8%) 椎间隙发现有椎间盘突出(膨)出。

1.5 椎间隙与椎间盘突出之间的关系 64 例患者的颈椎平片中, 显示椎间隙变窄 67 个, 经 MRI 或 CT 检查显示有椎间盘突出(膨)出的椎间隙 57 个。未变窄的 250 个椎间隙, 经 MRI 或 CT 检查发现 82 个椎间隙有椎间盘突出(膨)出。变窄的与不窄的椎间隙椎间盘突出的数目两者相比, 经统计学处理, $\chi^2 = 58.6$ $P < 0.001$, 有极显著差异。

2 治疗方法

2.1 用冯氏^[2] 脊柱定点旋转复位法(简称手法) 为主进行治疗。

2.2 辅助疗法

2.2.1 颈椎关节囊封闭 首先医师用单拇指在距患者颈部后正中中线旁开 2~ 3cm 皮肤处, 沿颈椎两侧关节柱(由上而下) 触诊检查确定肿大关节囊, 肿大关节囊多呈半圆形, 如杏核大小, 有压痛, 两侧多交叉出现。然后嘱患者颈部先向前屈曲约 35°, 之后颈部再向有关节囊肿大侧旋转约 20°~ 30°, 此时患者用双手掌扶持前额部, 双肘支撑在桌面上固定住这个位置。用蘸有龙胆紫的棉签在关节囊肿大的皮肤投影处作一标记, 局部皮肤常规消毒后, 持注射器由标记处向肿大关节囊刺入(针尖方向朝向颈椎中央线), 抵达骨质后, 回抽无血液或脑脊液流出, 加压注入所备药物, 术毕, 针眼敷上无菌棉球即可。药物: 20% 利多卡因 1ml, 强的松龙混悬液 25mg/ 次/ 个关节囊。3~ 5 天封闭一次, 每个肿大关节囊可封闭 3 次。两侧肿大关节囊可同时进行封闭, 亦可先封闭关节囊肿胀及压痛明显的一侧, 再封闭另一侧。目的是消除关节囊的无菌性炎症, 稳定颈椎小关节。针头常用 5 号细针头。

2.2.2 中药 敷颈部 药物: 伸筋草 30g, 冬瓜皮 30g, 透骨草 30g, 木瓜 15g, 五加皮 15g, 花椒 9g, 红花 9g。共研细末装一布袋备用, 使用前先用凉水把药袋洒湿, 放入锅内蒸 20 分钟, 药袋取出后用一层干布包裹, 放在颈部进行敷, 每次 20 分钟, 每日二次。每袋药可反复使用 3~ 5 天。每次敷前枕头上面要铺一层塑料布, 防止药汁流出污染枕头褥垫。敷药袋温度要以患者能耐受为度, 防止皮肤出现烫伤。

2.2.3 静脉滴注改善微循环药物 低分子右旋糖酐 500ml 或生理盐水 250ml, 川芎嗪 120~ 160mg/ 次/ 日, 静脉滴注, 连续使用 7~ 14 天。本组药物适用于椎动脉型和脊髓型颈椎病的辅助治疗。

3 治疗结果

治疗结果参照谢利民等^[3] 疗效标准进行评定, 治疗的 64 例患者, 治愈 49 例, 好转 14 例, 无效 1 例, 有效率为 98%。其中颈型颈椎病治愈 2 例, 好转 2 例; 神经根型颈椎病治愈 21 例, 好转 5 例; 椎动脉型颈椎病治愈 12 例, 好转 1 例; 脊髓型颈椎病治愈 6 例, 好转 5 例, 无效 1 例。混合颈椎病治愈 8 例, 好转 1 例。单椎间隙治愈 17 例, 好转 4 例, 多椎间隙治愈 32 例, 好转 10 例, 无效 1 例。

单与多椎间隙椎间盘突出(膨)出的二组患者的治愈例数相比, 经统计学处理, $\chi^2 = 0.34$ $P > 0.05$, 无明显差异。

有颈型、神经根型、椎动脉型与有脊髓型表现的颈椎间盘

突出症的治愈例数相比,经统计学处理, $\chi^2 = 4.87$ $P < 0.05$ 有明显差异。

4 讨论

4.1 颈椎间盘突出症发病机理 我们认为颈椎间盘突出症是由于损伤和/或退变,引起了颈椎间盘突出,颈椎内外平衡因素失调,导致了颈椎受累椎体的单(多)个椎体位移^[2],刺激、压迫、牵拉了周围组织,并出现相应的临床症状、体征。

4.2 颈椎间盘突出的发病部位与颈椎运动节段所处的位置、活动范围和频率有关 64 例患者中出现 139 个椎间盘突出(膨)出,其中 C_{5,6} 间隙突(膨)出个数最多(35.3%),C_{4,5} 间隙突(膨)出个数次之(29.5%),C_{3,4} 间隙突(膨)出个数再次之(19.4%),这三者占 84.2%,而这三者的椎间隙变窄数也占 82.1%,这与上述三个运动单位运动范围大(屈伸、侧屈、旋转)^[4],屈伸运动节律大^[5],C₄₋₅ 的肌肉较弱,又处于颈曲的顶点,稳定性差有关。

4.3 颈椎间盘突出多发生在变窄的椎间隙 本组资料还显示 85.1% 的变窄椎间隙有椎间盘突出(膨)出,未变窄的椎间隙突(膨)出率仅是 32.8%,二者相比差别非常显著。这就提示我们在临床工作中,如患者颈椎平片显示有椎间隙变窄,要想到有椎间盘突出的可能;椎间隙没有变窄,也不能完全否认没有椎间盘突出,本资料就显示有近 1/3 未变窄的椎间隙存在椎间盘突出,可能与椎间盘突出发生时间较短,椎间盘退变还未显示出来有关。

4.4 颈椎间盘突出症的确诊必须依靠 CT、CTM 或 MRI 等检查 对于颈椎间盘突出症的诊断,单纯依靠患者的临床症状、体征及颈椎 X 线片很难与颈椎病区别,必须依靠 CT、CTM 或 MRI 等检查才能最后确诊,况且其还有重要的鉴别诊断及在治疗措施上有选择指导的作用,本组资料也明显支持这点。

4.5 引起多椎间隙椎间盘突出症临床症状的只是一至二个椎间盘突出 对于多椎间隙颈椎间盘突出症的治疗问题,我们体会是并不是每个突出的椎间盘都引起临床症状,引起症状的只是一至二个椎间盘突出,只要医者触诊清楚偏歪的单(或多)个棘突,再佐以患者的症状、体征及有关辅助检查的结果进行手法治疗,临床上就会取得良好效果,和单椎间盘突出症的治愈例数相比无显著差异,剩余的椎间盘突出都应视为无症状性的椎间盘突出。同时医者要对该类患者作好心理疏

导工作,消除其因对突出位置高,突出间隙多,产生怕瘫的恐惧感。

4.6 对颈椎 MRI 显示髓内高信号的患者,手法治疗应持慎重态度 因目前学者对其病变性质的关系认识不一,At Mefty 等^[6]认为 MRI 髓内高信号系脊髓不可逆病变,如脊髓软化、脊髓空洞或囊性坏死。而 Yone 等^[7]认为此为脊髓可逆性病变,如水肿、脱髓鞘改变。如为后者,手法治疗后压迫因素解除,脊髓血液循环恢复,水肿消退,脱髓鞘改变的神经纤维可通过髓鞘再生恢复^[8]。

4.7 手法治疗颈椎间盘突出症的机理 用脊柱定点旋转复位法治疗该病的有效率是 98.4%,其机理可能是用手法拨正偏歪棘突,使其恢复到解剖或代偿位置,使脊柱重新建立和恢复了内外平衡,从而改变了突出物与周围相关组织的相对关系位置,扩大了神经根通道,减轻或消除了对相关组织的刺激、压迫和牵拉,改善了血液循环,消除了神经根的无菌性炎症,临床症状就会得以减轻或消失。近来姜宏等^[9]的研究也证实,手法对颈椎动静力学平衡(内外稳定),对椎间盘粘弹性与应力分布均有调整作用。

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] 冯天有.中西医结合治疗软组织损伤.北京:人民卫生出版社,1977.29-36.
- [3] 谢利民,于银,Roberto Colasanti.颈椎间盘突出症及其牵引推拿疗法机理分析.中国中医骨伤科,1996,4(3):21-22.
- [4] 姜宏,施杞.颈椎运动学与生物力学研究进展,中国中医骨伤科,1998,6(1):48-50.
- [5] 张正丰,梅芳瑞,周军海.下颈椎屈伸运动节律的实验研究,中国矫形外科杂志,1999,6(4):285.
- [6] At Mefty O, Harky LH, Middleton TH, et al. Myelopathic cervical spondylotic lesions demonstrated by magnetic resonance imaging. J Neurosurg, 1988, 68: 217.
- [7] Yone K, Sakou T, Yanast M, et al. Preoperative and postoperative magnetic resonance image evaluations of the spinal cord in cervical myelopathy. Spine, 1992, 17(Suppl): 388.
- [8] Fujiwara K. The prognosis of surgery for cervical compression myelopathy. J Bone Joint Surg(Br), 1984, 71: 393.
- [9] 姜宏,施杞.颈椎手法的生物力学研究与探索.中国中医骨伤科,1999,7(2):53-54.

(收稿:2000-04-21 修回:2001-03-01 编辑:李为农)

第二届全国骨科现代内置物应用与并发症防治研讨会征文通知

为提高各种新型内置物临床应用效果,中国残疾人康复协会,中国矫形外科杂志编辑部定于 2002 年 5 月在成都市举办第二届全国骨科现代内置物应用与并发症防治研讨会,重点探讨:1. 现代骨科内置物的研究进展;2. 各种新型内置物的特点及适应证;3. 临床应用新型内置物所遇到的问题及解决方法;4. 新型内置物推广应用中对护理工作的要求及实践经验。欢迎广大专业人员踊跃投稿并光临会议,来稿请寄:山东泰安 88 医院骨科杂志编辑部夏闽鹰收 截止日期:2002 年 4 月 10 日。咨询电话:0538-6213427 传真电话:0538-6213228