

# 《颈椎病诊治与康复指南》解读

李 雷

(中国医科大学附属盛京医院, 沈阳 110004)

关键词: 颈椎病; 诊治; 康复;  
指南

中图分类号: R75

文献标识码: A

文章编号: 1672-7185 (2007)

12-0045-03

有关调查显示,中国颈椎病患者已达5千万人,每年新增颈椎病患者大约1百万人,颈椎病将逐渐成为威胁我国人口健康的主要疾病之一。科学在不断发展,我们拥有更多的新技术、新产品对抗颈椎病,但是高额的成本对于我国国情来说,是不可行的。现有的循证医学研究表明,只有通过简易可行、价廉和有效的措施,才可以降低颈椎病的发病率,更可以节省不必要的开支。

在实际临床工作中,对颈椎病的诊疗存在很多不同观点,诊疗手法和方式也千差万别,有些诊疗方式和手法存在明显的缺陷,尤其在颈椎病的诊断方面比较混乱,给临床医师诊疗方案的制定带来了困扰,因此需要一份比较完整并且具有一定规范性的指南。2007年6月15日,我国首部《颈椎病诊治与康复指南》(以下简称《指南》)发布。该《指南》将颈椎病的诊治和康复分为6大部分,系统地把颈椎病的定义、分型、临床表现、诊断标准、治疗和预防等进行了详细分类,从不同的角度对颈椎病的诊治和康复进行详细的说明。

## 1 定义

《指南》明确了颈椎病定义:即

颈椎椎间盘退行性改变及其继发病理改变累及其周围组织结构(神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等),出现相应的临床表现。仅有颈椎的退行性改变而无临床表现者则称为颈椎退行性改变。

## 2 分型

根据受累组织和结构的不同,颈椎病分为:颈型(又称软组织型)、神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型、其他型(目前主要指食道压迫型)。如果两种以上类型同时存在,称为“混合型”。

## 3 临床表现

《指南》对颈椎病各型的临床表现进行了详细描述。

3.1 颈型颈椎病 颈项强直、疼痛,可有整个肩背疼痛发僵,不能做点头、仰头及转头活动,呈斜颈姿势。需要转颈时,躯干必须同时转动,也可出现头晕的症状。少数患者可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻,咳嗽或打喷嚏时症状不加重。

临床检查:急性期颈椎活动绝对受限,颈椎各方向活动范围近于零度。颈椎旁肌、胸<sub>1</sub>~胸<sub>7</sub>椎旁或斜方肌、胸锁乳头肌有压痛,冈上肌、冈下肌也可有压痛。如有继发性前斜角肌痉挛,可在胸锁乳头肌内侧相当于颈<sub>3</sub>~颈<sub>6</sub>横突水平扪到痉挛的肌肉,稍用力压迫,即可出现肩、臂、手放射性疼痛。

3.2 神经根型颈椎病 颈痛和颈部发僵常常是最早出现的症状。有些患者还有肩部及肩胛骨内侧缘疼痛。 上肢放射性疼痛或麻木。

这种疼痛和麻木沿着受累神经根的运行和支配区放射,具有特征性,因此称为根型疼痛。疼痛或麻木可以呈发作性,也可以呈持续性。有时症状的出现与缓解和患者颈部的位置和姿势有明显关系。颈部活动、咳嗽、喷嚏、用力及深呼吸等,可以造成症状的加重。患侧上肢感觉沉重、握力减退,有时出现持物坠落。可有血管运动神经的症状,如手部肿胀等。晚期可以出现肌肉萎缩。

临床检查:颈部僵直,活动受限。患侧颈部肌肉紧张,棘突、棘突旁、肩胛骨内侧缘以及受累神经根所支配的肌肉有压痛。椎间孔部位出现压痛并伴上肢放射性疼痛或麻木,或者使原有症状加重具有定位意义。椎间孔挤压试验阳性,臂丛神经牵拉试验阳性。

3.3 脊髓型颈椎病 多数患者首先出现一侧或双侧下肢麻木、沉重感,随后,逐渐出现行走困难,下肢各组肌肉发紧、抬步慢,不能快走。继而出现上下楼梯时需要借助上肢扶着拉手才能登上台阶。严重者步态不稳、行走困难。患者双脚有踩棉感。有些患者起病隐匿,往往是自己想追赶即将驶离的公共汽车,却突然发现双腿不能快走。出现一侧或双侧上肢麻木、疼痛,双手无力、不灵活,写字、系扣、持筷等精细动作难以完成,持物易落。严重者甚至不能自己进食。躯干部出现感觉异常,患者常感觉在胸部、腹部或双下肢有如皮带样的捆绑感,称为“束带感”。同时,下肢可有烧灼感、冰凉感。 部分

患者出现膀胱和直肠功能障碍及性功能减退。病情进一步发展,患者须拄拐或借助他人搀扶才能行走,直至出现双下肢呈痉挛性瘫痪,卧床不起,生活不能自理。

临床检查:颈部多无体征。上肢或躯干部出现节段性分布的浅感觉障碍区,深感觉多正常,肌力下降,双手握力下降。四肢肌张力增高,可有折刀感;腱反射活跃或亢进;髌阵挛和踝阵挛阳性。病理反射阳性:如上肢霍夫曼征、罗索里摩征、下肢巴宾斯基征。浅反射如腹壁反射、提睾反射减弱或消失。如果上肢腱反射减弱或消失,提示病损在该神经节段水平。

3.4 交感型颈椎病 头部症状:如头晕或眩晕、头痛或偏头痛、头沉、枕部痛、睡眠欠佳、记忆力减退、注意力不易集中等。眼耳鼻喉部症状:眼胀、干涩或多泪、视力变化、视物不清、眼前好象有雾等;耳鸣、耳堵、听力下降;鼻塞、“过敏性鼻炎”;咽部异物感、口干、声带疲劳等;味觉改变等。胃肠道症状:恶心甚至呕吐、腹胀、腹泻、消化不良、嗝气以及咽部异物感等。心血管症状:心悸、胸闷、心率变化、心律失常、血压变化等。

面部或某一肢体多汗、无汗、畏寒或发热,有时感觉疼痛、麻木,但是又不按神经节段或走行分布。以上症状往往与颈部活动有明显关系:坐位或站立时加重,卧位时减轻或消失。颈部活动多、长时间低头、在电脑前工作时间过长或劳累时明显,休息后好转。

临床检查:颈部活动多正常、颈椎棘突间或椎旁小关节周围的软组织压痛。有时还可伴有心率、心律、血压等的变化。

3.5 椎动脉型颈椎病 发作性眩晕,复视伴有眼震。有时伴随恶心、呕吐、耳鸣或听力下降。这些

症状与颈部位置改变有关。下肢突然无力而猝倒,但是意识清醒,多在头颈处于某一位置时发生。偶有肢体麻木、感觉异常。可出现一过性瘫痪、发作性昏迷。

## 4 诊断

### 4.1 临床诊断标准

4.1.1 颈型 具有典型的落枕史及上述颈部症状、体征;影像学检查可正常或仅有生理曲度改变或轻度椎间隙狭窄,少有骨赘形成。

4.1.2 神经根型 具有根性分布的症状(麻木、疼痛)和体征;椎间孔挤压试验或(和)臂丛牵拉试验阳性;影像学所见与临床表现基本相符合;排除颈椎外病变(胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等)所致的疼痛。

4.1.3 脊髓型 出现颈脊髓损害的临床表现;影像学显示颈椎退行性改变、颈椎管狭窄,并证实存在与临床表现相符合的颈脊髓压迫;除外进行性肌萎缩性脊髓侧索硬化症、脊髓肿瘤、脊髓损伤、继发性粘连性蛛网膜炎、多发性末梢神经炎等。

4.1.4 交感型 诊断较难,目前尚缺乏客观的诊断指标。出现交感神经功能紊乱的临床表现,影像学显示颈椎节段性不稳定。对部分症状不典型的患者,如果行星状神经节封闭或颈椎高位硬膜外封闭后,症状有所减轻,则有助于诊断。除外其他原因所致的眩晕:耳源性眩晕;眼源性眩晕;脑源性眩晕;血管源性眩晕;其他原因,如糖尿病、神经官能症、过度劳累、长期睡眠不足等引起的眩晕。

4.1.5 椎动脉型 曾有猝倒发作,并伴有颈性眩晕;旋颈试验阳性;影像学显示节段性不稳定或钩椎关节增生;除外其他原因导致的眩晕;颈部运动试验阳性。

4.2 影像学及其他检查 X线检查是颈椎损伤及某些疾患诊断的重要手段,也是颈部最基本、最常用的检查技术,即使在影像学技术高度发展的条件下,也是不可忽视的一种重要检查方法。

X线平片对于判断损伤的疾患严重程度、治疗方法选择、治疗评价等提供影像学基础。常拍摄全颈椎正侧位片、颈椎伸屈动态侧位片、斜位摄片,必要时,拍摄颈1~2开口位片和断层片。正位片可见钩椎关节变尖或横向增生、椎间隙狭窄;侧位片见颈椎序列不佳、反曲、椎间隙狭窄、椎体前后缘骨赘形成、椎体上下缘(运动终板)骨质硬化、发育性颈椎管狭窄等;过屈、过伸侧位片可见椎间孔缩小、变形。有时还可见到在椎体后缘有高密度的条状阴影——颈椎后纵韧带骨化。CT可以显示出椎管的形状及后纵韧带骨化症的范围和对椎管的侵占程度。脊髓造影配合CT检查可显示硬膜囊、脊髓和神经根受压的情况。

颈部核磁共振检查则可以清晰地显示出椎管内、脊髓内部的变化及脊髓受压部位及形态改变,对于颈椎损伤、颈椎病及肿瘤的诊断具有重要价值。

经颅彩色多普勒等可探查基底动脉血流、椎动脉颅内血流,推测椎动脉缺血情况,是检查椎动脉供血不足的有效手段,也是临床诊断颈椎病,尤其是椎动脉型颈椎病的常用检查手段。椎动脉造影和椎动脉“B超”对诊断有一定帮助。

## 5 治疗

《指南》在颈椎病的治疗方面提出了几点规范化的方案。

5.1 非手术治疗 在非手术治疗中指出,目前报道约90%的颈椎病患者经过非手术治疗获得痊愈或缓

解。非手术治疗目前主要是采用中医、西医、中西医结合以及康复治疗等综合疗法,中医药治疗手段结合西药消炎镇痛、扩张血管、利尿脱水、营养神经等类药物。

在中医传统的中医外治法、推拿、正骨手法和针灸疗法中特别强调:推拿必须由专业医务人员进行。颈椎病手法治疗宜柔和,切忌暴力。对椎动脉型、脊髓型患者不宜施用后关节整复手法。难以除外椎管内肿瘤等病变者、椎管发育性狭窄者、有脊髓受压症状者、椎体及附件有骨性破坏者、后纵韧带骨化或颈椎畸形者,咽、喉、颈、枕部有急性炎症者,有明显神经官能症者,以及诊断不明的情况下,禁止使用任何推拿和正骨手法。《指南》还细致地介绍了一系列的康复疗法,包括物理因子治疗和牵引治疗等。

无论哪一型颈椎病,其治疗的基本原则是遵循先非手术治疗,无效后再手术这一基本原则。这不仅是由于手术本身所带来的痛苦和易引起损伤及并发症,更为重要的是颈椎病本身绝大多数可以通过非手术疗法使其停止发展、好转甚至痊愈。除非具有明确手术适应证的少数病例,一般均应先从正规的非手术疗法开始,并持续3~4周,一般均可显效。对个别呈进行性发展者(多为脊髓型颈椎病),则需当机立断,及早进行手术。

**5.2 手术治疗** 手术治疗主要是解除由于椎间盘突出、骨赘形成或韧带钙化所致的对脊髓或血管的严重压迫,以及重建颈椎的稳定性。脊髓型颈椎病一旦确诊,经非手术治疗无效且病情日益加重者应当积极手术治疗;神经根型颈椎病症状重,影响患者生活和工作,或者出现了肌肉运动障碍者,保守治疗无效或疗效不巩固、反复发作的其他各型颈椎病,应考虑行手术治疗。

手术治疗分成了前路手术、后路手术以及康复治疗 and 疗效评定,其中前路手术经颈前路切除病变的椎间盘和后骨刺并行椎体间植骨。优点为脊髓获得直接减压、植骨块融合后颈椎获得永久性稳定。在植骨同时采用钛质钢板内固定,可以提高植骨融合率、维持颈椎生理曲度。整个指南的精确细致以及全面性在全国尚属首部。

## 6 预防

《指南》第6部分专门讲述颈椎病的预防。颈椎病是多病的一种根源,颈椎的蜕变过程是一个长期和缓慢的过程。因此,就颈椎病来讲,早预防、早发现和早治疗才能使人们拥有健康的生活。

随着年龄的增长,颈椎椎间盘发生退行性病变几乎是不可避免的。如果在生活和工作中注意避免促进椎间盘退行性病变的一些因素,则有助于防止颈椎退行性病变的发生与发展。《指南》指出,要正确认识颈椎病,树立战胜疾病的信心。颈椎病病程比较长,椎间盘的蜕变、骨刺的生长、韧带钙化等与年龄增长、机体老化有关。病情常有反复,发作时症状可能比较重,影响日常生活和休息。因此,一方面要消除恐惧悲观心理,另一方面要防止得过且过的心态,要积极治疗。

《指南》认为,颈椎病急性发作期或初次发作的病人,要适当注意休息,病情严重者更要卧床休息2~3周。从颈椎病的预防角度说,应该选择有利于病情稳定、有利于保持脊柱平衡的床铺为佳。枕头的位置、形状与材料要有所选择,也需要一个良好的睡眠体位,做到既要维持整个脊柱的生理曲度,又应使患者感到舒适,达到使全身肌肉松弛,调整关节生理状态的作用。

医疗体育保健操锻炼很重要。

无任何颈椎病的症状者,可以每日早、晚各数次进行缓慢屈、伸、左右侧屈及旋转颈部的运动。加强颈背肌肉等长抗阻收缩锻炼。颈椎病人戒烟或减少吸烟对缓解症状、逐步康复意义重大。应当避免过度劳累而致咽喉部的反复感染炎症;避免过度负重和人体震动,进而减少对椎间盘的冲击。

《指南》认为,人们应当避免长期低头姿势。这种体位使颈部肌肉、韧带长时间受到牵拉而劳损,促使颈椎椎间盘发生蜕变。工作1 h左右后改变一下体位。要改变不良的工作和生活习惯,如卧在床上阅读、看电视等。银行与财会专业人士、办公室伏案工作者、电脑操作人员等尤其要注意。

要让颈部放置在正常生理状态下休息。一般成年人颈部垫高约10 cm较好,高枕使颈部处于屈曲状态,其结果与低头姿势相同。侧卧时,枕头要加高至头部不出现侧屈的高度。

要注意避免颈部外伤。乘车外出应系好安全带并避免在车上睡觉,以免急刹车时因颈部肌肉松弛而损伤颈椎。出现颈肩臂痛时,在明确诊断并排除颈椎管狭窄后,可行轻柔按摩,避免过重的旋转手法,以免损伤椎间盘。

要避免风寒、潮湿。夏天注意避免风扇、空调直接吹向颈部,出汗后,不要直接吹冷风或用冷水冲洗头颈部或在凉枕上睡觉。

青少年颈椎健康尤其值得关注。随着青少年学业竞争压力的加剧,长时间的看书学习对他们的颈椎健康造成了极大危害,从而出现颈椎病发病低龄化的趋势。《指南》建议在中小学乃至大学中,大力宣传有关颈椎的保健知识,教育学生们树立颈椎的保健意识,重视颈椎健康,树立科学学习、健康学习的理念,从源头上堵截颈椎病。