

突间隙入路,或全椎板切除,以期达到摘除髓核,取净游离块,同时解决合并的椎管病变。本组有 7 例作经棘突间隙入路,避免行全椎板切除,又显露满意,其中稳定性破坏小、恢复快,特别对年龄轻,重体力劳动者更有益,随访取得较满意的疗效。

参考文献

[1] Feamsid MR. The tumour of cauda equina. JNeurol Neurosurg psy-

chiat, 1978, 41: 24.

- [2] 范大鹏. 破裂型腰椎间盘突出症的影像学诊断. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4(5): 193.
- [3] 方沁元, 殷湛, 孙春华. 破裂型腰椎间盘突出症 85 例临床分析. 中国脊柱脊髓杂志, 1997, 7(7): 2.
- [4] 赵永江, 藏东升, 孙桂良. 早期手术治疗急性腰椎间盘突出并马尾神经损伤. 中国脊柱脊髓杂志, 1998, 8(1): 34.

(收稿: 1998 06 11 编辑: 李为农)

• 病例报告 •

颈椎病合并出现痉挛性斜颈一例

冯伟

(空军总医院正骨中心, 北京 100036)

患者男性, 33 岁, 未婚。因反复颈部不适, 逐渐出现颈部阵挛性不自主扭动二年余。于 1999 年 2 月 24 日入院。患者伏案工作, 十年前即感颈肩部不适, 未引起重视。两年来工作紧张压力大, 感颈肩部酸胀痛加重, 使头部轻微摇动后可缓解症状, 日久发展成头部难以自控的不自主地向左扭转、摇动, 呈阵挛性。情绪或工作紧张时头部不自主扭转次数频率增多。睡眠时不自主扭转、摇动等症状消失; 行走时双眼不能向前平视, 双眼无屈光不正, 视力正常, 头稍向左偏斜即出现头部摇动, 该症状的出现使患者心情极不平静, 心理压力增大。曾请按摩医生治疗, 按摩后颈肩部不适及头部不自主扭转、摇动加重。半年前又因颈部受寒及拔牙后颈部胀痛, 头部不自主扭转、摇动均显著加重, 走路及吃饭时被迫双手把持头部, 平卧后头部不自主扭转、摇动减轻, 生活不能自理。入院查体: 头部不自主向左扭转、摇动, C₅棘突偏歪, 棘上韧带钝厚, C_{4,5}关节囊肿胀(右) 1 cm × 2 cm, C_{5,6}关节囊肿胀(左) 1 cm × 1 cm。右胸锁乳突肌、斜方肌、颈肌变硬, 双上肢根性征(-), 霍夫曼征(-)。X 光片示颈曲变直, C_{5,6}椎体后缘变硬, C₅₋₇后关节突切凹征, 颈椎 MRI 示 C_{5,6}椎间盘膨出。诊断: 1、颈椎病, 2、痉挛性斜颈。治疗: 以脊柱定点旋转复位法治疗为主, 辅以 C_{4,5}关节囊(右) C_{5,6}

关节囊(左) 封闭(2% 利多卡因+ 地塞米松 2 mg, 1~2 次/周), 川芎嗪 160 mg 静滴 1 次/日, 14 天。结果: 患者于 1999 年 4 月 2 日出院, 住院共 37 天, 患者头部不自主扭转、摇动消失, 颈部无不适感觉, 查体: 颈椎序列良好, 屈伸、旋转等运动自如, 颈椎诸后关节囊无肿胀, 颈肌、斜方肌及胸锁乳突肌对称无异常压痛等。痊愈出院。半月后复查: 诸症状体征消失, 恢复以前工作。1999 年 6 月 1 日再次复查, 一切恢复正常。

讨论 根据患者主诉颈部不适, 查体 C₅椎体位移, 相应关节囊肿胀, X 光片示颈曲变直等及颈 MRI 结果, 颈椎病诊断成立。患者颈肌、胸锁乳突肌、斜方肌等不随意收缩造成头部不自主地扭转摇动, 肌肉收缩呈阵挛性。头部扭转摇动与情绪、紧张等有关, 睡眠时消失。而帕金森氏症候群多数情况下震颤缓慢出现, 振幅小, 有节律, 静止时震颤显著, 好发于上肢, 远端明显^[1]。根据患者头颈部异常运动的形式、特点可与帕金森氏症候群等鉴别, 痉挛性斜颈(单纯型) 诊断成立。

该例患者颈椎病与痉挛性斜颈(属精神神经性疾病, 临床上分两型, 单纯型和继发型) 发生及临床过程表现出强烈的相关性。患者最初的症状即颈部不适, 工作紧张后逐渐演变成头部不自主

扭转、摇动。针对颈椎病治疗, 没有行心理治疗或应用精神病类药物, 颈椎病治愈的同时痉挛性斜颈亦消失。因此可以认为, 该患者颈椎病造成颈椎失稳, 颈曲改变进而导致颈夹肌的不协调(或)引起椎基底动脉供血不足是痉挛性斜颈的诱发因素之一。或者把颈部不自主扭转、摇动看作颈椎病的一种新的临床表现形式。

痉挛性斜颈的发病机理还不十分清楚, 有人认为精神因素占优势, 也有人认为是大脑器质性疾患引起^[1]。颈椎病一般分为神经根型, 脊髓型, 椎动脉型, 交感神经型, 食管型, 混合型等。该例患者颈椎病和痉挛性斜颈的关系提示我们, 一是在患者不良心理背景下, 颈椎的退行性改变可以成为痉挛性斜颈发病激活因素。治愈颈椎病去掉颈部的异常刺激可达到治愈痉挛性斜颈的目的, 二是颈椎的软组织, 如纤维环、关节囊、后纵韧带、等均有丰富的交感神经供应, 交感神经受刺激后引起椎动脉痉挛, 导致椎基底动脉供血不足出现复杂的临床症状^[2]。

参考文献

- [1] 王笑中, 焦守恕. 神经系统疾病症候学. 兰州: 人民卫生出版社, 1979. 335~ 338.
- [2] 吴阶平, 裘法祖. 黄家驷外科学. 第 5 版. 北京: 1992: 2477~ 2501.

(编辑: 李为农)