

颈椎病易误诊的临床表现及发病机制

杨豪

(河南中医学院骨伤学院, 河南 郑州 450002)

颈椎病是指颈椎发生退行性改变后所形成的内容广泛的一类疾病, 主要包括颈椎间盘突出症、颈椎管狭窄症、颈椎后纵韧带骨化症(OPLL)、钩椎关节病等, 文献中的颈脊髓病(Cervical spondylosis myelopathy)、颈神经根病(Cervical spondylosis radiculopathy)在我国均属颈椎病的范畴^[1]。简易分型为颈型、神经根型、脊髓型、椎动脉型、交感型及其他型(目前主要指食管压迫性)^[2], 专科分型(期)分为颈椎间盘突出期(颈椎病)、骨源性颈椎病期、脊髓变性期^[3]。其常见的颈肩疼痛、颈部活动受限, 颈部肌肉僵硬、上肢麻木等症状, 已为临床医生所熟悉, 但由于颈椎病变对邻近颈神经根、脊髓、椎动脉及交感神经等组织刺激和压迫的不同, 可发生各种不同症状, 使得其临床表现复杂、多样化, 临床上常发生误诊, 因此, 有必要了解、熟悉这些易误诊的临床表现及发病机制, 以指导治疗。

1 颈心综合征

颈椎病引起的心脏症状、心电图改变称为颈心综合征。由于颈椎病和冠心病是中老年的常见病, 多被误诊为冠心病。

1.1 临床表现 ①心前区为针刺样痛或胀痛, 持续时间多在 15 min 以上, 有时可达数小时; 其发作常与头颈部位置改变有关。②表现为胸闷气短、头昏、胸背刺痛、心悸心烦、眩晕、乏力; 心电图表现为心肌缺血, 部分患者伴有早搏、心动过速或过缓及房室传导阻滞; 疾病有反复发作的特点。③硝酸盐类制剂不能终止颈源性假性心绞痛, 经常规扩管、抗心律失常药及营养心肌药物治疗临床症状及心电图异常无改善。④颈椎 X 线片有生理弯曲变直、椎体增生、椎间隙变窄等明显病理改变。⑤按颈椎病治疗后, 随颈椎病的好转, 心脏异常表现可获改善或消失。

1.2 发病机制 ①颈椎病可引起 C₈~T₁ 的胸前神经内侧支和 C₆~T₁ 的胸前神经外侧支受压, 而引起假性心绞痛; ②颈椎病引起的前斜角肌痉挛, 压迫臂丛神经, 或斜方肌痉挛压迫脊神经后支时, 可造成左侧肋间肌痉挛性疼痛, 产生假性心绞痛; ③因颈椎病压迫 C₇~T₁ 神经根可直接引起左侧胸大肌痉挛, 造成假性心绞痛; ④心脏、冠状动脉和主动脉神经丛是由交感神经干的 C₃~T₄ 节段发出的交感神经纤维和迷走神经的分支一起组成, 分布于心脏, 支配心脏的活动和冠状动脉的舒缩功能。颈椎病时, 颈交感神经经常受到骨赘的激压和慢性刺激, 椎动脉周围交感神经丛受累, 冲动向下扩散并通过心下和心中交感支产生内脏感觉反射, 引起心肌缺血、节律不齐, 以致引起心绞痛, 出现心电图异常; ⑤颈椎病患者颈部转动或前屈后仰时, 骨赘刺激椎动脉引起血管痉挛或激压颈脊髓, 或脊

髓血管, 引起侧角内交感神经功能障碍致使心血管调节中枢缺血, 而对冠状动脉产生反射性影响, 冠状动脉舒缩功能失调, 供血不足而出现心绞痛、胸闷气短、心律失常、心电图异常以及头昏眩晕, 甚至一过性昏厥等。

2 高血压

颈椎病可引起血压升高或降低, 以血压增高者较常见, 称为颈性高血压。由于颈椎病与高血压病均为中老年人的常见病, 两者并存的机会不少, 易误诊。

2.1 临床表现 ①有颈椎病典型症状和体征, 血压增高超过正常标准; ②常同时伴有椎-基底动脉供血不足表现或颈心综合征; ③颈椎病病程一般在 1 年以上; ④降压药通常无效, 治疗颈椎病后, 血压常随之降至正常。

2.2 发病机制 其发生可能与颈椎病所致脊髓受压或椎-基底动脉供血失常和椎动脉周围交感神经受刺激引起的植物神经系统功能紊乱有关。由于人体组织的复杂性, 尤其是中年以后的机体, 各个器官可能患有各种疾患, 难以将其归于脊髓型颈椎病或椎动脉型颈椎病来解释, 只有那些检查阴性者方可考虑, 但明确结论尚需通过治疗(包括手术)才能得到正确判断。

3 晕厥

颈椎病可发生突然晕厥, 称为颈性晕厥, 易误诊为脑动脉硬化或小脑疾患等。

3.1 临床表现 ①常有典型颈椎病史; ②多在行走中突然扭头时身体失去支持力而猝倒在地, 倒后由于颈部位置改变, 可很快清醒过来, 不伴意识障碍, 无后遗症, 这是颈椎病发病的一个特殊症状, 具有诊断价值; ③常伴有反复发作的眩晕, 其发生与颈部位置改变有关; ④可有头痛、恶心、呕吐、出汗等植物神经功能紊乱症状; ⑤颈椎 X 线片可见肥大性颈椎病征象, 椎动脉造影、TCD 检查可显示椎-基底动脉狭窄情况。

3.2 发病机制 由于椎节失稳后钩椎关节松动、变位, 加上颈椎骨质增生, 当颈部的位置发生改变时, 波及两侧上下椎间孔, 以致出现轴向或侧向移位而刺激或压迫椎动脉, 引起痉挛、狭窄或扭曲改变, 突然引起基底动脉供血不足所致。

4 吞咽困难

颈椎病引起的吞咽困难又称颈性吞咽困难, 易误诊为食管癌或瘰病。

4.1 临床表现 ①主要表现为吞咽困难或食管异物感; ②吞咽困难时轻时重、非进行性, 常伴有程度不同的颈肩疼痛、上肢麻木等颈椎病的其他表现, 常与颈部位置有关; ③少数患者有吞咽疼痛、恶心、呕吐、声音嘶哑、干咳、胸闷等症状; ④颈椎侧

位片可见明显向前突出的骨赘等改变,食道钡餐检查可观察到狭窄部位,CT 可清楚显示颈椎前缘增生情况及食管受压程度;⑤激素、抗炎药(如消炎痛)等治疗后可缓解,但易复发。

4.2 发病机制 ①食管后壁受颈椎前缘骨赘直接压迫而引起狭窄痉挛;②颈椎病引起植物神经功能紊乱导致食管痉挛或过度松弛;③骨赘形成过速引起食管周围软组织刺激反应;④骨赘位于 C₆ 附近,相当于食管开口处水平,极易妨碍食管运动,即使骨赘小亦产生症状。

5 头痛

由颈枕部或(及)肩部组织的器质性或功能性病损所致的以同侧头痛为主的一组综合征,称为颈源性头痛。

5.1 临床表现 颈源性头痛患者往往伴有颈枕部或(及)肩部症状,治疗颈椎病后,头痛可以缓解或消失。在诊治时大多简单地处理头痛,却对颈枕部或(及)肩部症状则忽略了,以致于头痛缠绵。

5.2 发病机制 ①从颈枕部穿刺出的 C₁、C₃ 及 C₃ 神经后支及其分支分布于相应同侧头部;②颈部的 C₁、C₃ 及 C₃ 神经及其分支与某些支配头面部的神经节或神经核发生联系或汇聚。头痛起于颈枕部或(及)肩部单个或多个组织结构的异常,造成局部神经的器质性或功能性改变。

6 视力障碍

颈椎病可引起视力下降、眼胀痛、畏光、流泪、瞳孔不等大,甚至视野缩小、视力锐减,少数患者还可引起失明,称为颈性视力障碍。

6.1 临床表现 ①视力减退、复视、头痛、头晕、共济失调、眼胀痛、阅读困难、失眠、记忆力下降,常伴颈椎病症状,且视力障碍加重与减轻与颈椎病症状成正相关;②早期呈间歇性视力模糊,一眼或双眼胀痛,继之出现眼部其他症状;③眼科检查找不到原因,按眼科治疗无效,按颈椎病治疗后,随颈椎病的缓解视力可有显著改善;④颈椎 X 线片和 CT 显示颈椎病表现。

6.2 发病机制 其机制可能与颈椎病造成的植物神经功能紊乱及椎-基底动脉供血不足继发大脑枕叶视觉中枢缺血性病损有关。①颈椎骨赘激压椎动脉,引起脑、脊髓缺血缺氧,出现脑组织、脑神经功能障碍,大脑枕叶视觉中枢缺血,轻者出现视雾、一过性黑朦、眼前闪辉,或一过性幻视,重者可突然失明。脑干内第三、四、六脑神经核缺血或内侧纵束缺血,可出现复视、眼肌麻痹,症状可短暂阵发性出现,亦可持续发生。②颈椎骨赘激压或反射性激压颈部交感神经,出现交感神经功能紊乱,可出现眼胀痛、眼干涩、视物模糊、易疲劳、眼裂增大和瞳孔增大等交感神经兴奋症状,亦可出现流泪、眼睑下垂和瞳孔缩小等交感神经抑制症状。而且,交感神经功能亢进可导致或加重椎动脉痉挛和脑缺血症状,加重视觉障碍,且视觉障碍随颈椎病症状改变而改变。

7 乳房疼痛

颈椎骨赘压迫支配乳房区域的 C₆₋₇ 神经根时可引起顽固的乳房痛或胸大肌疼痛。

7.1 临床表现 ①起病缓慢,疼痛程度有时和颈部位置有关,并常与其他颈神经症状呈正比;②多为单侧乳房或胸大肌痛,往往同时存在颈肩疼痛、颈部活动受限等;③可有胸大肌

压痛或受累神经根支配节段的肌力、感觉等改变;④乳房和胸大肌本身以及心电图检查均无异常发现;⑤按颈椎病治疗,随颈椎病的好转,乳房和胸大肌疼痛可改善或消失。

7.2 发病机制 颈椎病后,支配乳房区域的 C₆₋₇ 神经根受压。

8 低血糖症候群

糖尿病与颈椎病同为老年人的多发病,当两者同时合并存在时,可因颈椎病所致颈部血管神经的继发性损害而出现交感神经受刺激症状,临床上出现酷似低血糖表现的临床症候群,尚未充分注意,易致误诊。

8.1 临床表现 早期多表现为交感神经兴奋症状,可出现饥饿、面色苍白、心动过速、心律不齐、多汗、乏力、头晕、肢体震颤、焦虑及紧张等临床症候群。

8.2 发病机制 颈椎病的骨质增生或骨关节炎等病变,可直接压迫或刺激邻近交感神经,而引起类似的交感神经兴奋症候群,而出现低血糖症候群^[4]。

9 舌咽神经痛

9.1 临床表现 以反复发作性舌根和咽部剧烈疼痛为主要临床表现,饮水时症状减轻,症状的出现和消失与颈部活动有关,貌似原发性舌咽神经痛而被误诊误治,符合我国学者刘永纯 1928 年描述的刘永纯症状群。

9.2 发病机制 三叉神经脊束核接受三叉、舌咽和迷走神经的纤维,还接受颈神经的后根纤维及脊髓的纤维,颈椎病变影响颈神经根,通过三叉神经而产生舌根、咽腔区域的牵涉痛。

10 分离性上肢运动障碍

早在 1965 年 Keegan 就已对此类颈椎病进行了研究,并分为 Keegan 型和 NonKeegan 型^[5,6]。

10.1 临床表现 ①Keegan 型:发病急,数天内受累上肢丧失外展、上抬能力,无疼痛;绝大多数受累肌肉为上肢近端肩带肌,少数累及远端肌;上、下肢无病理反射;X 线片示椎管较大骨赘或突出椎间盘位于近椎间孔处或旁中央处。②Non-Keegan 型:起病缓慢,经数月或数年受累上肢逐渐丧失外展、上抬功能;大多同时累及上肢远近端肌肉,少数仅累及近端肌肉;大多数有病理反射,半数以上有膀胱括约肌功能障碍;X 线片和 CT 示椎管狭窄,骨赘或突出椎间盘位于中央或旁中央。

10.2 发病机制 ①Keegan^[7]认为运动前根在硬膜内单独受压是合理的解释;②Itoh、Yanagi 等^[8,9]认为因供应旁中央脊髓的血管损伤和前角细胞功能障碍所致。

11 脊髓前动脉综合征

脊髓前动脉综合征是各种原因所致脊髓前动脉供血障碍而表现出的一系列症状和体征,其病因多样,颈椎病作为病因之一已日益受到人们的关注。

11.1 临床表现 ①急性起病,短期内症状加重至瘫痪卧床;下肢的功能障碍重于上肢;受损平面以下痛觉消失而深感觉、识别觉存在;括约肌功能障碍,多表现为尿潴留。②MRI 示:脊髓前 2/3 水肿扩张;T₁ 加权相呈低信号, T₂ 加权相呈高信号。③在发病高峰 30 h 内行颈前路切骨减压术后,均有良好效果。

11.2 发病机制 ①椎体后缘中部致压物(后突椎间盘、骨赘等)使脊髓前动脉直接受压阻塞;②颈后伸时脊髓明显受压,屈曲时椎管的空间有轻微增加,但脊髓也受到牵拉变扁增宽,与脊髓的形变相适应,脊髓内横向走行的血管或终末血管受牵拉变长,管腔变小;③Ito 等^[10]认为由于脊髓内压力升高所致脊髓低灌注为发病机制之一;多种因素作用使白质广泛脱髓鞘,皮质脊髓束损害,以运动神经纤维原坏死脱水为重,表现为脊髓前动脉综合征。

12 痉挛性斜颈和肢体异常运动

以此为主要表现的颈椎病报道不多,但有研究结果^[11-13]却提示部分姿态活动异常和颈椎病之间存在必然联系。

12.1 临床表现 ①反复颈部不适,逐渐出现颈部阵挛性不自主扭动,情绪或工作紧张时不自主运动的频率增多,睡眠时消失;行走时双眼不能向前平视,双眼无屈光不正,视力正常。②查体:颈椎椎体移位,相应关节囊肿胀;胸锁乳突肌、斜方肌、颈肌变硬,双上肢根性征阴性,霍夫曼征阴性。③实验室检查:X 线及 MRI 显示颈椎病表现。④针对颈椎病治疗,颈椎病治愈的同时痉挛性斜颈消失。

12.2 发病机制 ①颈椎病造成颈椎失稳、颈曲改变进而导致颈夹肌的不协调和引起椎-基底动脉供血不足是痉挛性斜颈的诱发因素之一;②颈椎病所致的不良心理背景因素也有一定作用。

13 脊髓型颈椎病(CSM)症候群

CSM 起病隐袭,临床症状极不典型,易造成临床误诊。以往认为此病少见,近年来由于诊断水平的不断提高,此病并不少见,发病率占颈椎病总发病率的 10%~15%^[14]。

13.1 临床表现 ①CSM 起病隐袭,表现复杂,可表现为单肢震颤、抽搐,某一手指或手掌烧灼感,怕凉、晨僵、单耳重听、双耳疼痛、肢体麻木、共济失调、植物神经及括约肌功能失调等症;②有时早期表现为下肢疼痛、无力、跛行,晚期则表现为单侧或双侧下肢瘫痪;③虽可表现为双下肢瘫、三肢瘫、四肢瘫或交叉瘫,但无颅神经及语言障碍,且症状起伏波动;④感觉改变平面与病变平面可不一致,有时感觉障碍呈节段性分布;⑤个别患者的下肢症状可为颈椎病的首发表现,而颈部症状很轻,极易误诊;⑥可伴有排尿、排便障碍,如尿频、尿急、排尿不尽或大小便失禁等;⑦检查霍夫曼征阳性或可疑阳性,伴或不伴下肢肌张力增高;⑧X 线片符合颈椎病,CT 或 MRI 片显示硬脊膜、脊髓受压或变形,尤其是 MRI 对本病的确诊以及了解脊髓受压的确切部位帮助最大。

13.2 发病机制 ①先天性颈椎椎管发育性狭窄,使脊髓所受压力增大;②椎节的不稳或松动、后纵韧带的膨隆与内陷、髓核的后突、黄韧带的前凸以及其他可能突向椎管、对脊髓致压,而又可因体位改变能够消失或减轻的动力性因素;③骨质增生、骨赘形成、髓核脱出,尤其是以形成粘连无法还纳者及蛛网膜下腔有粘连形成者;④血管因素:除前述脊髓前动脉缺血造成脊髓前动脉综合征外,脊髓后动脉、沟动脉、根动脉缺

血等也会出现相应的症候群。

因此,临床中查体及询问病史一定要仔细,对所搜集的临床资料进行综合分析,对辅助检查结果认真分析,有些致病因素在颈椎 X 线片上常不能显影,不能仅根据 X 线片阴性排除诊断,应进一步作脊髓造影、CT 或 MRI 检查。为减少误诊、漏诊,凡年龄在 40 岁以上,有下列症状之一者,均应想到颈椎病的可能:①与头颈部位置有关的心前区疼痛或心律失常,抗心绞痛或抗心率失常药物治疗无效;②服降压药效果不佳的高血压;③不伴意识障碍的猝倒,倒后很快清醒站起;④时轻时重、非进行的吞咽困难或咽部有异物感,或与颈部活动有关的反复发作性舌根和咽部剧烈疼痛者;⑤伴有颈枕部及(或)肩部的顽固头痛;⑥眼科查不出原因的单侧或双侧视力锐减,按眼科治疗无效;⑦乳房及胸大肌本身无病变的顽固性疼痛;⑧糖尿病患者反复发生类似低血糖表现的交感神经兴奋症状,而及时查血糖并不低者;⑨分离性上肢运动障碍;⑩痉挛性斜颈和肢体异常运动;⑪高位脊髓相关症状。

参考文献

- 1 张左伦,刘立成.第 3 届全国颈椎外科研讨会纪要.中国脊柱脊髓杂志,2002,12(6):459-461.
- 2 孙宇,李贵存整理.第 2 届颈椎病专题座谈会纪要.解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- 3 赵定麟.现代颈椎病学.北京:人民军医出版社,2001.9-134.
- 4 曹辉.糖尿病并发的颈椎病误诊为低血糖 21 例分析.中国误诊学杂志,2001,1(5):741.
- 5 Matsunaga S, Sakou T, Imamura T, et al. Dissociated motor loss in the upper extremities: Clinical features and pathophysiology. Spine, 1993, 18(1):964-967.
- 6 李晶,周江南,李康华,等.分离性上肢运动功能障碍型颈椎病的诊断与治疗.中国脊柱脊髓杂志,2000,10(3):133-135.
- 7 Keegan JJ. The case of dissociated motor loss in upper extremity with cervical spondylosis: A case report. Neurosurg, 1965, 23(5):528-536.
- 8 Itoh T, Tsugih H, Tamaki T, et al. The clinical consideration of the dissociated motor loss syndrome(Keegan) in diseases of the cervical spine. Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi, 1980, 54:135-151.
- 9 Yanagi T, Katon H, Sofu I. Clinical feature of cervical spondylolytic amyotrophy. Rinsho Shinkei Geka, 1976, 16:520-528.
- 10 Ito T, Oyanagi K, Takahashi H, et al. Cervical spondylolytic myelopathy, clinical pathologic study on the progression pattern and thin myelinated fibers of the lesions of seven patients examined during complete autopsy. Spine, 1996, 21(7):827-831.
- 11 冯伟.颈椎病合并出现痉挛性斜颈 1 例.中国骨伤,2000,13(4):215.
- 12 李庆和.以多动症为主要表现的颈椎病 1 例.中医正骨,2000,12(6):48.
- 13 Feinstein A. Abnormal movement in a patient with reflex sympathetic dystrophy. Mov Disord, 1997, 12(3):470-471.
- 14 吴毅文.颈椎病病因、分型、诊断与治疗.中国运动医学杂志,1999,18(2):157.

(收稿日期:2004-11-19 本文编辑:李为农)