

病例讨论

颈痛的诊断治疗

doi: 10.3969/j.issn.1004-406X.2010.10.22

中图分类号: R681.5 文献标识码: C 文章编号: 1004-406X(2010)-10-0878-03

病例简介: 患者男性, 34 岁, 因“颈痛伴左上肢麻木 1 年, 伴行走困难 20d”于 2009 年 7 月 14 日收入院。患者 1 年前无明显诱因出现颈痛伴左上肢外侧麻木, 行颈椎 MRI 检查, 诊为“颈椎病”, 于外院就诊, 行按摩、口服非甾体消炎药治疗, 治疗有效。此后上述症状间断出现。2 月前无诱因再次发作, 伴左侧 2~4 指指端麻木, 手笨无力, 系扣、持筷可, 腰腹束带感。近 20d 行走不稳, 久站不稳, 为进一步治疗来我院门诊, 以“颈椎病”收入院。患者自发病来精神、饮食、睡眠良好, 大小便正常, 性功能正常, 体重无明显变化。既往体健。否认冠心病、糖尿病等慢性病史。有高血压史, 未做治疗。否认肝炎、结核等传染病史。否认重大外伤、手术史。否认输血史。否认药物过敏史。查体: T 36.6℃, P 93 次/分, R 18 次/分, BP 200/108mmHg, 体重 110kg。神智清楚, 精神正常, 发育正常, 营养良好, 自主体位, 查体合作。全身皮肤未见皮疹, 全身浅表淋巴结未见肿大。头颅五官无畸形, 瞳孔双侧等大、正圆, 双侧瞳孔对光反射、调节反射、辐辏反射灵敏。耳鼻无异分泌分泌物, 口唇无苍白。气管居中, 甲状腺未见肿大。未见异常隆起或凹陷, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿性罗音。心音可, 律齐, 各瓣膜区未闻及杂音。腹部柔软, 全腹无压痛及反跳痛, 肠鸣音存在。双下肢无水肿。专科查体: 颈部短粗, 站姿正常; Romberg 征: 睁、闭眼均不稳; 单足站立: 右不能, 左不能; 足尖行走: 右不能, 左不能; 足跟行走: 右不能, 左不能; 单足跳跃: 右不能, 左不能; 直线连足征异常。颈椎活动度: 前屈-后伸 40°-30°, 左-右侧屈 30°-30°, 左-右旋转 50°-50°。Jackson 征(-); Neck traction 征(-); Spurling 征: 右(-), 左(-); Wright 征: 阴性。手指 10 秒屈伸试验: 右 21 次, 左 10 次。肱二头肌腱反射: 右正常, 左正常; 肱三头肌腱反射: 右活跃, 左活跃; 膝腱反射: 右亢进, 左亢进; 跟腱反射: 右亢进, 左亢进。Babinski 征: 双侧阳性; Hoffmann 征: 双侧阳性; Wartenberg 征: 双侧阳性。髌阵挛: 双侧阳性; 踝阵挛: 双侧强阳性。肌力: 左侧腕屈肌、指屈、指展小肌Ⅳ级; 左侧腕伸肌、指伸、拇指、骨间肌Ⅲ级。感觉减退平面在 T3。辅助检查: X 线、CT、MRI 如图 1 所示。

问题: (1) 此患者的诊断? (2) 关于椎管内造影是否可作为常规检查的问题; (3) 手术治疗还是保守治疗? 手术方式选择? 一期手术还是分期手术?

参加讨论专家: 张光铂、王以朋、田野、孙宇、刘波、李放、伍骥、张永刚、马远征、洪毅、林欣、孙常太、李中实、刘瑞波、陈学明; 讨论主持: 孙宇教授。

- spine: kyphoplasty and vertebroplasty for the treatment of painful osteoporotic compression fracture [J]. Spine, 2001, 26 (14): 1511-1515.
- 杨惠林, Yuan HA, 陈亮, 等. 椎体后凸成形术治疗老年骨质疏松性椎体压缩骨折[J]. 中华骨科杂志, 2003, 23(05): 262-265.
 - Kalfas IH, Komos DW, Murphy M, et al. Application of frameless stereotaxy to pedicle screw fixation of the spine [J]. J Neurosurg, 1995, 83(4): 641-647.
 - NoItLP, Zamorano LJ, Jiang Z, et al. Image-guided insertion of transpedicular screws: a laboratory set-up [J]. Spine, 1995, 20 (4): 497-500.
 - Herz T, Franz A, Giacomuzzi SM, et al. Accuracy of spinal navigation for magerl screws [J]. Clin Orthop Relat Res, 2003, (409): 124-130.
 - Elmeier K, Giest K, Kalff R. Intraoperative computerized tomography for improved accuracy of spinal navigation in pedicle screw placement of the thoracic spine [J]. Acta Neuro Chir Suppl, 2003, 85: 105-113.
 - Gebhard F, Kraus M, Schneider E, et al. Radiation dosage in orthopedics—a comparison of computer-assisted procedures [J]. Unfallchirurg, 2003, 106(6): 492-497.
 - 张啓维, 孙常太, 张耀南, 等. C 臂导航下行 Kypho 球囊扩张椎体成形术治疗骨质疏松性椎体压缩性骨折 3 例[J]. 中华外科杂志, 2006, 44(16): 12-13.
 - 王黎明, 喻忠, 桂鉴超, 等. 计算机导航辅助下经皮椎体成形术 [J]. 中华骨科杂志, 2006, 26(10): 676-681.
 - Kruger R, Fraciszewski T. Radiation dose reduction to medical staff during vertebroplasty [J]. Spine, 2003, 28 (14): 1608-1613.
 - Perisinakis K, Theocharopoulos N, Damilakis J, et al. Estimation of patient dose and associated radiogenic risks from fluoroscopically guided pedicle screw insertion [J]. Spine, 2004, 29(14): 1555-1560.
 - Huda W, Vance A. Patient radiation doses from adult and pediatric CT [J]. AJR Am J Roentgenol, 2007, 188 (2): 540-546.
 - Slover JD, Tosteson AN, Bozic KJ, et al. Impact of hospital volume on the economic value of computer navigation for total knee replacement [J]. J Bone Joint Surg Am, 2008, 90 (7): 1492-500.

(收稿日期: 2010-05-25 修回日期: 2010-08-03)

(本文编辑 刘彦)

1 关于诊断(按照专家发言顺序整理)

刘波:我们诊断为颈椎间盘突出症,依据影像资料,造成脊髓和神经根压迫的主要为软性的椎间盘组织,而不是增生的钩突关节等骨性组织,在临床上所指脊髓型或神经根型颈椎病主要是因椎间盘退变后造成的颈椎骨质增生导致压迫。此患者影像几乎没有骨质增生。

孙宇教授:从病史体检和影像学资料分析,虽然 C6/7 有椎间盘突出,但 C4/5、C5/6 也有因椎间盘退变所造成脊髓和神经根压迫,从 CT 影像上看患者很可能有发育性椎管狭窄,故诊断为混合型颈椎病可能更为准确。

李放教授:颈椎病的诊断与年龄有关,因为颈椎病是椎间盘退变所造成,我们不能说 1 个二十岁左右的人有颈椎退变性颈椎病,本患者三十出头确有椎间盘退变,但更主要的是椎间盘突出,应该说椎间盘突出都有退变,否则就不会突出,但是从影像看退变不严重,更支持椎间盘突出的诊断。

张永刚教授:同意椎间盘突出的诊断。

洪毅教授、李中实教授、林欣教授及陈学明教授支持孙宇教授的诊断:认为是混合型颈椎病。

孙常太教授:支持刘波教授的诊断,作为诊断要看是何种物质对患者的影响为主,此患者主要因 C6/7 椎间盘突出造成影响,C4/5、C5/6 也是软性压迫。

张光铂教授:从病史体检以及影像学资料看,更支持颈椎病的诊断,颈椎病是以颈椎间盘退变为基础的各种临床综合症,故颈椎病的诊断更全面。

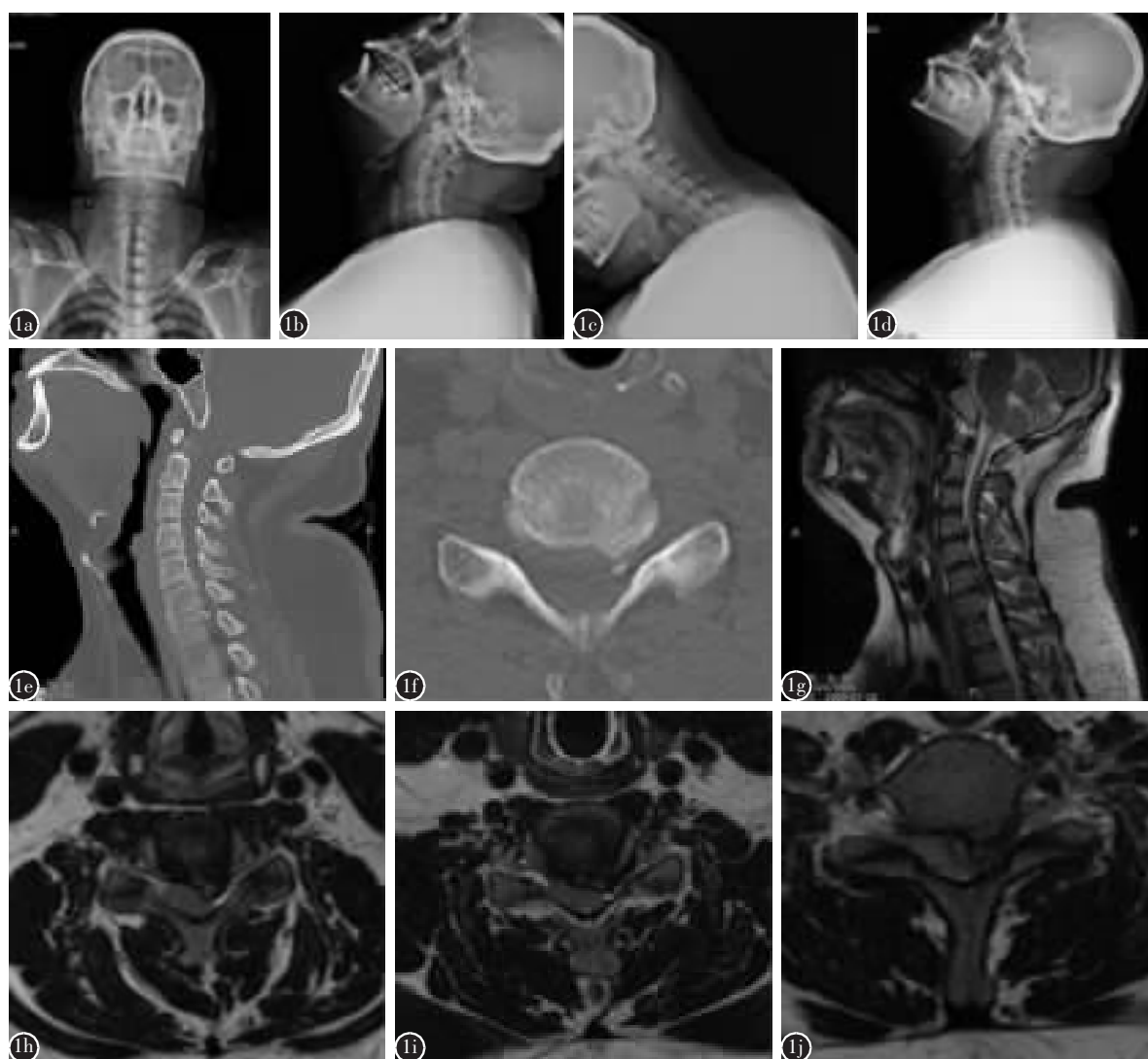


图 1 a~d 术前正、侧位和过屈、过伸位 X 线片颈椎未见明显不稳,椎间角度差为 15° , 横向移位 3mm e CT 二维重建示 C6/7 椎间盘突出并有骨性增生 f C6/7 横截面 CT 示椎间盘突出并骨质增生 g MRI 矢状面示 C4/5~C6/7 多节段椎管狭窄, 硬膜受压 h MRI 横截面示有椎间盘突出 i C5/6 横截面 MRI 示椎间盘突出, 压迫硬膜 j C6/7 横截面 MRI 示巨大椎间盘突出, 压迫脊髓及左侧神经根

2 颈椎病需要常规做椎管造影吗?

刘瑞波教授:国内大多数医院都不将椎管造影作为常规检查,而积水潭医院是作为常规检查,是否有必要做有创检查?而此患者你们又没做造影,为什么?

刘波:是的,椎管造影是我们对颈椎病的常规的检查,但是在颈椎我们更主要观察造影后的 CT 就是 CTM,我们认为 CTM 有时比 MRI 的横断面上更能反映脊髓受压的情况。但是此患者我们没做造影,因其 C6/7 有一巨大椎间盘突出,担心增加脑脊液压力后脊髓功能障碍加重。

3 关于治疗方案:患者具有根性痛和脊髓功能障碍手术指证明确。

孙常太教授:我建议从前路将三节有问题椎间盘切除然后融合。同时将后纵韧带切除,充分减压而无需后路手术。与脊髓功能比较下,减压更重要,如果条件允许也可以行椎间盘置换。但患者比较胖,有一定难度。

林欣教授:我的意见只做 C6/7 椎间盘切除,并行人工椎间盘置换。从体检与影像结果看,对患者影响最大的是 C6/7,上两个节段不一定引起症状。

李中实教授:我的意见前后路均可,首选前路,可以行 C4/5 人工椎间盘置换。C5/6, C6/7 融合。因为后路开门减压存在减压不充分的问题,特别是 C6/7。

伍骥教授及马远征教授:前路为主,可以配合后路,因为 C6/7 椎间盘比较大,到了 C6 椎体后缘,可以行 C6 椎体次全切除。

田野教授:对不起,来晚了,前面的讨论没参加。就此患者我仍认为可以先后路手术。椎管扩大成形术,可以使大部分脊髓压迫能缓解。如患者仍有症状可二期再行 C6/7 前路减压。

孙宇教授:从病例分析上,此患者 C6/7 前方巨大压迫,而 C4/5、C5/6 也有压迫,临床症状不能单用 C6/7 椎间盘突出解释,在我院可能也有两种意见,少数人认为完全前路手术,实际上对邻近节段的影响比我们想象要小。多数人建议前路切除 C6/7 椎间盘固定,联合后路椎管扩大成形术。另外我们有时也不能不考虑经济因素,同样的治疗效果如果更经济是患者和国家更希望的。

陈学明教授同意孙宇教授的意见。

刘波:我们术前讨论时,也有人提过只做 C6/7 人工椎间盘的方案,只是此患者比较胖,颈部短, C6/7 在术中透视困难,做人工椎间盘有一定难度,也有人提出 C6/7 单节段固定。在积水潭医院我们一般不采用三个以上节段固定,因为将严重影响颈部活动,从而加速邻近节段的退变。我们在术前讨论时,多数医生与孙宇教授的意见相同,联合前后路手术时一般首先行后路手术。此患者有两特点:比较胖颈部短,暴露有一定困难,另外 C6/7 是椎间盘脱出,很可能部分游离在硬膜外,很多神经外科文献和部分骨科医师报导从钥匙孔做减压或切除椎间盘取得一定疗效。因此我们决定如能从后路切除部分 C6/7 椎间盘,也可以解除神经根和部分脊髓的压迫。术中的确切除了大部分突出的椎间盘组织。手术后神经根症状完全消失,脊髓功能障碍改善, X 线片见图 2。此患者我们还需要长期随访 CT 及 MRI。另外,当时也做了从后路无法切除突出的髓核的准备,再翻身行 C6/7 前路减压。毕竟前路减压更彻底。此手术虽然是间接减压,手术效果还不错。只是提示可以从后路将椎间盘部分切除,但是不提倡,因为还是不能像腰椎那样牵拉硬膜,这使得手术的风险增大。

孙宇教授:刘波教授是在特定的患者做的特定手术,我想要是患者一般条件好的话,还是应考虑前后路手术。

张光铂教授:这是一个看似不复杂的病例,但是从病史和最基本的体格检查都能发现问题,我们不能上来就通过 MRI 片诊断就手术,还是应该仔细体检,认真阅读 X 线片,综合分析病情作出诊断和治疗方案。诊断上也有争论,虽然大家都认为应该手术治疗。在手术方法上各有不同的见解。这正是我们沙龙的目的所在,通过无保留地辩论,使我们大家相互了解,增进有友谊,共同提高。而我们治疗患者的目的就是让患者以最小的风险代价(包括花费)得到最大的功能改善。



图 2 手术后正侧位 X 线片可见 C4~C6 棘突间人工骨

(北京积水潭医院脊柱外科 刘波提供病例并整理)

(收稿日期:2010-08-23 修回日期:2010-08-31)

(本文编辑:刘彦)