

颈肩腰腿痛

病案集

陆一农 主编

人民军医出版社

颈、肩、腰、腿痛病案集

JING、JIAN、YAO、TUITONG BINGANJI

陆一农 主编

编者（按姓氏笔划排列）

王全美 王乾兴 史可任

李嘉寿 吴世樵 邵 宣

沈晓秋 陆一农 谢玉国

人民军医出版社

1988年10月·北京

内 容 提 要

本病案集共收入颈、肩、腰、腿痛病例105例,是作者总结20多年来的临床实践,选择临床上常见的、病情比较复杂、病因比较多样、治疗比较困难、疗效比较肯定的病例编撰而成。每一病例均有比较详细的临床资料,并根据不同特点,从不同角度,对颈、肩、腰、腿痛的病因、诊断、治疗、预防等进行了分析讨论;书后附有四篇专论,对目前医务界普遍关心的问题作了探讨。本书对颈、肩、腰、腿痛的诊断和治疗将提供具体经验和新的启示,是一本适用于从事颈、肩、腰、腿痛临床医务工作者和其他医务人员的参考书。

颈、肩、腰、腿痛病案集

陆一农 主编

*

人民军医出版社出版
北市复兴路22号甲3号
北京市孙中印刷厂印刷
新华书店北京发行所发行

*

开本: 787×1092毫米1/32·印张: 8.125·字数: 176千字

1988年10月第1版 1988年10月第1次印刷

印数: 1—13,000 定价: 2.65元

ISBN 7-80020-076-0/R·75

〔科技新书目: 177—235⑤〕

前 言

颈、肩、腰、腿痛是一十分常见、多发的临床问题。

近25年来,我们结合临床实践,不断提出问题、不断深入探索,深感颈、肩、腰、腿痛的原因是多种的,其病状是复杂的。因而,在治疗方法上也是多样的,疗效及预后也是不同的。目前,对颈、肩、腰、腿痛的病理方面的研究,诊断方法的寻求,治疗方法的改进和疗效的提高,都还存在着许多有待开拓的领域。因此,我们深感在颈、肩、腰、腿痛这个临床问题各个方面,还有着相当多的课题需要再认识,需要深入研究。

在许多应该做的工作中,我们认为编写一本有关这方面的病案集是一有意义的工作。通过各种不同的病例,可以从不同的角度,对颈、肩、腰、腿痛的诊断、治疗、预防等提供新的启示、交流具体经验。

本病案集主要选择病情比较复杂、病因比较多样、治疗比较周折、疗效确属肯定的病例,进行有针对性的介绍和讨论。在收集的105例中,少数是较为常见的病例,多数是具有某些特点的病例。每一病例收集比较详细的临床资料,并根据其特点进行讨论。

本病案集中的绝大多数病例是经手术治愈的。我们选择经手术治愈的病案的指导思想是为了在讨论中能提出更为具体的依据,并不是我们在鼓励手术或对手术治疗有所偏爱。实际工作中,我们经治的多数病例是非手术疗法治愈或改善的,愿有机会在下一集来扩大讨论。

在病案集的后面,我们选四个有代表性的问题,作较为集中的讨论。其中有动态方面的和理论方面的,也有希望深入探索的问题。当然,这些仅仅是颈、肩、腰、腿痛这一大课题中的一部分。我们希望在今后有机会再在第二集中展开新的课目,

编 者

1987年6月于合肥

目 录

1. 颈、肩部软组织炎致颈肩部疼痛, 软组织松解术治疗
..... 邵 宣 (1)
2. 慢性颈肩肌筋膜炎引起颈神经及交感神经根症状
..... 王全美 (3)
3. 脊髓型颈椎病..... 王全美 (4)
4. 颈椎间盘突出症..... 邵 宣 (7)
5. 脊髓型颈椎病..... 史可任 (8)
6. 颈前慢性肌筋膜炎松解术治疗..... 王全美 (11)
7. 颈性头痛眩晕综合征..... 王全美 (12)
8. 肌萎缩侧束硬化症疑为颈椎病..... 史可任 (14)
9. 脊髓型颈椎病合并腰4、5黄韧带肥厚症..... 王全美 (15)
10. 松解术治疗背部肌筋膜炎..... 王全美 (17)
11. 松解术治疗肘外侧慢性肌筋膜炎..... 王全美 (19)
12. 腰背肌筋膜炎, 软组织松解术..... 陆一农 (20)
13. 腰背肌筋膜炎加臀筋膜炎..... 陆一农 (22)
14. 臀筋膜炎..... 陆一农 (25)
15. 原发性、单纯性左臀伸股肌力会合部软组织劳损
..... 沈晓秋 (26)
16. 右臀部局限性严重纤维组织炎致腰腿痛..... 谢玉国 (29)
17. 腰背肌筋膜炎后叶脂肪疝..... 陆一农 (32)
18. 臀筋膜炎并生殖器疼痛..... 陆一农 (33)
19. 腰臀部创伤性肌筋膜撕裂性肿块致腰痛
..... 史可任 (35)
20. 腰椎间盘突出 (髓核内化学物质与疼痛的关系)
..... 沈晓秋 (37)

21. 腰痛性眩晕综合征.....王全美 (38)
22. 髂腰韧带损伤性腰痛.....史可任 (40)
23. 臀肌筋膜炎及髂胫束挛缩致腰痛.....史可任 (41)
24. 股外侧皮神经解剖变异引起大腿痛.....史可任 (43)
25. 松解术治疗严重双踝、膝、下腰部软组织痛.....王全美 (44)
26. 腰椎间盘的神经根鞘内破裂.....沈晓秋 (46)
27. 腰椎间盘突出并椎管内炎症.....陆一农 (49)
28. 腰椎间盘突出, 继发椎管狭窄症.....陆一农 (51)
29. 腰5-骶1髓核突出伴硬膜外囊肿.....王全美 (54)
30. 硬脊膜痛, 针尖样髓核突出所致.....陆一农 (55)
31. 三个腰椎间盘突出症.....王全美 (57)
32. 单纯腰痛缺乏阳性体征的腰椎间盘突出.....谢玉国 (58)
33. 腰椎间盘突出酷似马尾肿瘤.....史可任 (60)
34. 胸12-腰1椎间盘突出.....叶根茂 吴世樵 (62)
35. 腰椎间盘突出引起小腿水肿.....王全美 (64)
36. 腰椎间盘突出、椎板增厚、继发椎管狭窄并有间歇性跛行.....邵 宣 (65)
37. 胸椎疾患性腰痛.....史可任 (68)
38. 左右两侧腰4-5间隙椎间盘突出.....邵 宣 (70)
39. 腰5-骶1髓核脱出并发臀部软组织严重劳损.....王全美 (72)
40. 全瘫型腰椎间盘突出症.....李嘉寿 (74)
41. 中央型腰椎间盘突出穿入蛛网膜腔.....李嘉寿 (76)
42. 排尿障碍型腰椎间盘突出症.....李嘉寿 (78)
43. 髓核突入神经根袖内.....叶根茂 吴世樵 (79)
44. 急剧疼痛, 腰椎间盘突出症.....邵 宣 (81)
45. 巨大腰椎间盘突出, 突出物椎管内游离.....陆一农 (83)
46. 腰3-4间隙中央型椎间盘突出症.....邵 宣 (84)
47. 椎板增生, 黄韧带增厚致椎管狭窄症.....陆一农 (86)
48. 多间隙性双侧腰椎间盘突出.....史可任 (88)

49. 青年性腰2-3椎间盘突出伴椎体后缘骨质增生压迫脊髓
..... 叶根茂 吴世樵 (91)
50. 髓核切除术后迟发性性功能障碍..... 李嘉寿 (92)
51. 腰5椎弓不连前滑脱症, 骶1隐裂游离棘突..... 沈晓秋 (93)
52. 腰4椎体结核误诊为椎间盘突出症..... 叶根茂 吴世樵 (95)
53. 腰椎间盘突出, 引起腰腹痛..... 王全美 (96)
54. 慢性单纯腰痛性腰椎间盘突出..... 史可任 (98)
55. 单纯性椎管狭窄症..... 王乾兴 吴世樵 (100)
56. 腰椎管狭窄症 (退变型)..... 王乾兴 (101)
57. 剧烈腰痛的腰椎间盘突出症..... 邵宣 (102)
58. 神经根异常及低位巨大腰椎间盘突出压迫同位神经根
及上位神经根..... 张胜华 周永年 (104)
59. 腰5椎弓峡部不连, 并腓绳肌综合症..... 陆一农 (106)
60. 腰5单侧椎弓根骨折与腰椎间盘突出..... 李嘉寿 (108)
61. 腰4椎体滑脱合并椎管狭窄..... 叶根茂 吴世樵 (109)
62. 腰5向前滑移, 外伤性..... 陆一农 (111)
63. 腰5双侧椎弓峡部不连..... 陆一农 (113)
64. 腰5钩状棘突引起下腰痛..... 陆一农 (115)
65. 骶1隐性脊柱裂及游离棘突并椎管内硬膜外炎性粘连
..... 邵宣 (116)
66. 腰5游离棘突引起的坐骨神经痛..... 叶根茂 吴世樵 (118)
67. 腰2和腰4椎体向前假性滑脱..... 谢玉国 (119)
68. 腰2向前假性滑脱..... 史可任 (121)
69. 椎管侧壁黄韧带肥厚严重压迫右腰5神经根鞘袖
..... 谢玉国 (123)
70. 侧隐窝狭窄..... 王乾兴 (125)
71. 腰椎关节突间关节囊 (小关节囊) 切除治疗腰痛..... 史可任 (126)
72. 腰5骶化继发性腰4双侧椎弓根骨折和腰3右侧横突骨折
..... 李嘉寿 (128)
73. 腰椎椎体角分离..... 李嘉寿 (129)

74. 粘连性蛛网膜炎..... 李嘉寿 (131)
75. 腰椎化脓性脊椎炎..... 李嘉寿 (133)
76. 腰段硬膜外脂肪坏死..... 邵 宣 (135)
77. 硬膜外纤维组织增生引起椎管狭窄症..... 王全美 (137)
78. 黄韧带肥厚及硬膜外脂肪粘连..... 邵 宣 (138)
79. 脊神经根畸型——骶1副神经支..... 李嘉寿 (140)
80. 腰椎硬膜外静脉粗大蔓状畸型..... 王全美 (141)
81. 髓外硬脊膜内脊髓肿瘤所致腰腿痛..... 史可任 (143)
82. 腰骶部椎管内表皮样囊肿..... 邵 宣 (144)
83. 马尾神经局限性粘连引起腰腿痛..... 谢玉国 (146)
84. 硬脊膜痛用硬膜外腔封闭治疗..... 王全美 (148)
85. 室管膜瘤误认为高位腰椎间盘突出症..... 陈兆善 吴世樵 (150)
86. 马尾神经鞘膜瘤囊性变..... 邵 宣 (151)
87. 腰4-5椎间隙软骨源性肉瘤引起的坐骨神经痛
..... 叶根茂 吴世樵 (153)
88. 透明细胞肉瘤压迫坐骨神经..... 杨金城 吴世樵 邵 宣 (154)
89. 胸腔管内神经鞘瘤..... 杨金城 吴世樵 (156)
90. 胸10脊索瘤..... 杨金城 吴世樵 (157)
91. 腰4椎体脊索瘤引起的坐骨神经痛..... 杨金城 吴世樵 (158)
92. 椎管内转移性肿瘤引起的腰腿痛..... 谢玉国 (159)
93. 马尾神经鞘瘤..... 叶根茂 吴世樵 (161)
94. 马尾神经鞘瘤引起的急剧性下腰痛..... 王乾兴 吴世樵 (162)
95. 类似腰源性下肢痛的腓总神经卡压征..... 叶根茂 吴世樵 (164)
96. 腰5-骶1椎管内神经根鞘瘤引起一侧坐骨神经痛..... 王全美 (165)
97. 腹部恶性肿瘤引起腰腿痛..... 史可任 (167)
98. 腰椎转移性癌引起坐骨神经痛..... 史可任 (169)
99. 腰骶椎管内硬脊膜外结核性肉芽肿引起坐骨神经痛
..... 王全美 (170)
100. 碱化疗法治疗多发性变异痛..... 王全美 (172)
101. 肌营养不良症误诊为腰椎间盘突出症..... 谢玉国 (174)

- 102. 散在性脊髓炎引起下肢痛..... 史可任 (177)
- 103. 椎管内静脉曲张引起腰腿痛..... 谢玉国 (179)
- 104. 腰2-3间隙骨赘增生..... 邵 宣 (181)
- 105. 马尾室管膜瘤..... 李嘉寿 (184)

附录:

- 一、腰痛分类..... 史可任 (186)
- 二、软组织损伤与疼痛的临床讨论..... 陆一农 (193)
- 三、慢性腰腿痛的预防和治疗..... 史可任 (221)
- 四、腰痛指数的应用和讨论..... 陆一农 谢玉国 (243)

1. 颈、肩部软组织炎致颈肩部疼痛，软组织松解术治疗

病 历 摘 要

王某某，男，53岁，干部，住院号84694。

因左颈、肩疼痛4年，于1978年3月20日入院。主诉4年前无任何诱因开始左颈、肩痛，后逐渐加重并有左上肢酸麻感，影响工作。曾按颈椎病、椎动脉供血不足等行非手术治疗并作斜角肌切断，无明显效果。

入院后检查左肩后伸活动中度受限制，左上肢感觉、运动及反射均正常。颈部三角肌起点处，提肩胛肌止点处（肩胛骨岗上角），岗上肌、岗下肌、大圆肌、小圆肌起点处均有显著压痛。颈椎X线片示颈5、6前下缘较锐利，颈5前下缘并可见纤维环钙化，项韧带亦有钙化，钩椎关节及关节突关节未见明显变化。

4月6日行左肩部软组织松解术，从肩胛骨内上角切断提肩胛肌止点，沿岗上及岗上窝剥离部分斜方肌和岗上肌起点，沿肩胛骨脊柱缘剥离大、小菱形肌，沿岗下剥离岗下肌起点，并在肩胛骨腋窝缘剥离大圆肌、小圆肌起点。

术后患者立感左颈肩臂症状显著好转，经积极进行肩部功能活动锻炼，术后约1个月，颈、肩痛完全消失，肩关节活动正常。5月15日痊愈出院。

讨 论

此患者从X线片及临床表现并不能完全排除颈椎病，但仔

细检查发现其疼痛及压痛主要位于颈、肩部，尤其肩部最广泛而显著。前臂虽亦有麻痛感，但皮肤感觉、肌力、反射均无改变。因此考虑其主要为颈、肩部软组织疾患所引起的颈、肩痛。

颈、肩部软组织因外伤、劳损其他原因所引起的损伤，可产生肌肉起止点的无菌性炎症及纤维化等改变，从而反射性地引起肌肉痉挛或紧张，更加深肌肉起止点的劳损。劳损（损伤）——疼痛——肌紧张或痉挛——劳损加重，形成这样一个恶性循环，必须除去疼痛或肌紧张这两个因素（或两个因素之一），才能打破此恶性循环。这类患者在早期或病变不很严重时，往往可用痛点封闭来解除疼痛，用牵引、推拿来解除肌紧张，从而得以治愈。久病、症状严重及非手术治疗无效者，可以行软组织松解术。

软组织劳损（损伤）性颈、肩、臂痛与神经根型颈椎病所引起的颈、肩、臂痛症状类似。鉴别十分困难。大体上是肩部症状较重，压痛显著，而臂部症状较轻，无反射、运动等改变者，应多考虑为软组织颈肩痛。臂部症状明显，特别是有感觉、肌力、反射改变等根性体征者，应多考虑为神经根型颈椎病。此外，软组织性颈、肩痛较多发生肩部功能障碍，而颈椎病较少见肩部功能障碍。颈椎X线片对鉴别诊断有一定帮助，但仍必须和临床症状结合。颈椎X线片有改变者，其症状不一定都是由颈椎病引起，因为不少颈椎有改变者可以毫无临床症状，因此这些症状也可以是由软组织引起的。至于颈椎病与软组织性颈、肩痛究竟有无关系，是什么样的关系，为什么有些临床表现和X线片所见类似的患者，有的用颈椎手术得到了治愈，有的用软组织松解得到了治愈，这些问题都还需要更多的实践和探索才能作出回答。

2. 慢性颈肩肌筋膜炎引起颈神经根及交感神经症状

病历摘要

王某某，男，51岁，地方干部，病案号52129。

双侧颈、肩、上肢疼痛，伴有酸胀、麻木、上肢发凉6年。近2年来症状加重，右侧重于左侧，右前臂尺侧及4、5指阵发性触电样麻胀感，每天发作性抽痛8~10次，持续3~5min后自行缓解，写20~30个字就得停下来休息。有时手中握物突然失控而摔下。经常头痛、头昏、失眠、耳鸣。经用中药、西药、封闭、针灸等多种治疗无效，难以坚持一般工作。颈肩部有反复外伤史。

检查：血压17.3/24.0kPa (1mmHg = 0.133322kPa)，脑电阻提示供血不足，心电图正常，颈椎X线平片显示颈椎3~6轻度退变，未见明显骨唇向椎管内突出，椎间孔正常。双上肢外展80度时疼痛加重，双侧Spurling试验阳性，右侧明显，Adson试验阳性，超外展试验阳性。双侧岗上、岗下肌，大、小圆肌，肩胛骨内上角，胸锁乳突肌，颈椎3~7棘突旁，锁骨上窝均有压痛，以右侧明显。双上肢皮肤触觉稍减退，肱二头肌反射及肱三头肌反射均正常，无病理反射。诊断为慢性重症颈肩肌筋膜炎。

治疗：于1975年3月25日行右肩部软组织松解术。切口从锁骨外1/3绕肩峰，沿肩胛岗到肩胛骨内侧缘再向下，呈“S”形，长约20cm，将斜方肌在肩锁骨上的附丽部切痕松解，将提肩胛肌，岗上、岗下肌，大、小圆肌及其筋膜在肩

胛骨上的附丽部位切痕松解。术中发现皮下组织同肌筋膜粘连很紧，需用锐性分离，肌筋膜增厚。

术后右肩及上肢的症状基本消失，右手握力增加，皮肤感觉恢复正常，头颈部症状明显减轻。但左肩及上肢症状仍然存在。术后8个月复诊，右肩及上肢疗效巩固，而左肩及上肢的症状加重，故于第1次术后1年又作左肩部及颈部软组织松解术，术中所见的组织改变类似于右侧，术后症状完全消失，术后6年随访，症状从未复发。

讨 论

患者的临床特征类似于“颈椎病”的神经根及交感神经混合型，但颈椎X线平片不支持。根据颈肩部有明显的压痛点，以及颈肩部有反复扭伤史，故考虑为肩颈部肌筋膜炎。术中证实肌筋膜粘连、增厚、变性、弹性下降。上述病变可以直接或间接地刺激颈神经根及其分支，影响交感神经系统，因而出现了复杂的颈神经根及交感神经功能紊乱的症状。

3 脊髓型颈椎病

病 历 摘 要

孙某某，女，51岁，糊纸合工人，病案号80369。

因进行性四肢瘫痪3个多月入院。起病于1981年5月底，无明显外伤史，初感颈部酸痛，右上肢及左下肢不适，酸胀乏力，渐渐加重。20多天以后，四肢麻木，不能行走，扶物站立时双下肢颤抖，手无力握物，大小便很费力。经多个医

院治疗，诊断不明，于同年8月15日收住本院。

检查：右肘以下，左腕以下，胸椎4平面以下，皮肤的触、痛、温度觉明显减退，左下肢感觉消失；双手屈肌萎缩，握力很差，合谷反射阳性，右肱二头肌及肱三头肌反射减弱；双下肢肌张力增高，左足趾不能自主活动，双侧跟腱及膝腱反射活跃，双踝痉挛，右巴彬斯基征阳性；颈部活动稍受限，颈肩部有轻压痛，颈椎牵拉试验及颈椎间孔挤压试验，症状改变不明显。颈椎X线平片示颈4、5及颈5、6椎间隙变窄，椎体后缘骨唇增生。脊髓造影示上述部位脊髓前有压迹，正位片示影柱在颈5、6椎间呈“U”型不完全阻塞的征象。脑脊液压力下降、蛋白700mg/L，血沉、酶谱正常。诊断为脊髓型颈椎病。

治疗：于1981年8月21日在局麻下，经颈椎前路切除颈4、5及颈5、6椎间盘，同时植骨融合。取颈前右侧斜切口，切开颈阔肌，在胸锁乳突肌内缘和甲状腺前肌之间分离，暴露并切断肩胛舌骨肌和甲状腺下动脉，在两侧颈长肌之间识别颈4、5及颈5、6椎间盘，用手摇钻及刮匙彻底切除椎间盘，刮除椎体后缘骨刺，取2块圆柱形髂骨分别植于上述两个椎间洞隙，缝合切口，放置皮片引流，切口Ⅰ期愈合。

术毕患者就感到四肢轻松，手握力增加，下肢可以活动。术后嘱其卧床主动及被动活动四肢关节。2个月可以行走0.5km，6个月后恢复原工作及家务劳动。1年后复查，一切正常。

讨 论

(一) 关于颈椎病诊断问题 颈椎病的表现复杂，目前在诊断上比较混乱，有不少问题有待进一步深入研究。总的

来说，诊断有扩大化的偏向，动不动就诊断“颈椎病”。现就其诊断问题谈几点不成熟的看法：①单纯的颈肩痛，或伴有上肢反射痛，或伴有复杂的交感神经症状，颈椎X线平片无退变或不稳定的表现者，不能轻易地诊断为颈椎病。这种情况，绝大多数是颈肩部肌筋膜炎或劳损所致；②颈椎X线片发现明显退变，但临床无症状者，只能从放射科的角度报告颈椎退变，而不应诊断颈椎病；③有神经根或脊髓刺激症状，不论有无交感神经或椎动脉症状，X线片有颈椎骨关节紊乱，必要时作脊髓造影，排除其它疾患，才可诊断为颈椎病；④颈肩痛不论有无植物神经紊乱或椎动脉受刺激症状，但无神经根或脊髓受刺激症状，或颈椎X线平片示骨关节有退变时，多数仍为椎管外组织病变，如肌筋膜炎所引起的症候群，不能轻易诊断为颈椎病，一般讲软组织病变，通常可以触及到敏感的压痛点。

(二) 脊髓型颈椎病的治疗问题 一旦确诊为脊髓型颈椎病，轻者可以先试用颈椎牵引治疗，重症要手术。近几年来，国内外学者主张经颈前路切除病变的椎间盘，同时植骨融合。前路手术确有以下优点：①术中直达病灶，有的放矢，安全度大，对脊髓刺激小，不必牵动脊髓，只要熟悉其解剖，操作细心，止血彻底，一般没有什么危险；②术中出血少，一般不需要输血；③手术可以在局麻或针麻下进行，术中病人随时可向医生反应情况；④手术彻底，效果较好，同时植骨融合，颈椎的稳定性增加。

为提高疗效，手术的彻底性很重要，椎体后缘的骨唇应尽可能刮除，有病变的椎间盘应切除，植骨以自体髂骨为好，所植入之骨要比椎间的前后径短0.5~0.8cm；环钻加刮除法对脊髓震动小，可能比用骨凿凿除更为安全。

4. 颈椎间盘突出症

病 历 摘 要

苏某某，男性，54岁，工人，住院号86118。

因颈部及左肩疼痛3个月，于1978年9月1日入院，主诉3个月前发生颈部及左肩疼痛，后逐渐放射至左臂及食指。自感食指麻木，检查颈部较僵硬，颈后伸，右旋时疼痛放射至左手桡侧。颈4、5左侧，肩胛内上角及岗下均有显著压痛。左前臂桡侧至食指有痛觉及触觉减退，左手握力明显减弱，各手指无力，不能充分伸直。肱三头肌反射减弱，肱二头肌、肱桡肌反射正常引出。肩关节活动范围正常。

X线片显示颈椎变直，正常生理弧度消失，颈5后下缘及颈6后上缘有明显骨唇增生，边缘骨质硬化，间隙稍窄。颈6-7间后缘亦有轻度增生。

入院后诊断为颈椎病，经牵引、封闭等治疗效果不明显。9月19日行前路颈椎间盘切除植骨融合术。共切除颈5-6和颈6-7间二个椎间盘并刮除前方及钩椎关节旁的增生骨质，取髂骨作植骨融合。术后8个月复查，原颈肩痛、臂痛及麻木均已消失。检查左前臂及手部痛觉触觉均正常，握力正常，手指能充分伸直，各腱反射均正常引出，肩关节活动无限制。但颈部向左旋转有中度限制。

讨 论

此患者临床表现及X线片所见均符合左侧神经根型颈椎病。肩关节活动范围正常，说明其无明显的软组织病变，故

决定行颈椎前路手术加融合术而取得了良好效果。神经根型颈椎病主要由于增生的骨赘压迫和刺激颈神经引起，手术治疗的效果较脊髓型为好。手术方法各家意见颇不一致。有的认为颈椎病之所以产生临床症状，主要由于突出物、增生骨赘或不稳定的颈椎在活动时不断刺激、磨擦神经根、硬膜或脊髓所致，如果能使椎体稳定不发生磨擦，虽有一些增生或突出，也不致产生明显症状。所以他们主张仅切除椎间盘并植骨融合，不切除增生的骨赘，这样可使手术大为简化，并减少手术的危险和并发症。而经椎体间融合后，增生的骨赘也可以逐渐自动吸收。有的人则认为突出椎间盘及骨赘是产生压迫和刺激的主要原因，如能彻底切除减压，则症状自可缓解。少数作者甚至单纯切除椎间盘而不作融合，也取得了一定的疗效。我们认为增生的骨赘和颈椎活动时这些增生物对神经、硬膜的磨擦和刺激，都是颈椎病产生临床症状的重要因素，故最好同时切除椎间盘和增生的骨赘，并作植骨融合术。此手术难度较大，需细致认真地进行，以免发生意外。

5. 脊髓型颈椎病

病 历 摘 要

彭某某，男，48岁。

走路不稳10个月。无外伤史。发病初期觉颈部活动不灵活，经常有“落枕”样酸痛，右上肢出现手套样前臂麻木，逐渐发展至两下肢，并无力，走路不稳，经常跌倒，疲劳时，两下肢发颤，不能自主地直线走路。发病4个月后，出现