



MANXING XIONGYAOBEI
TENGTONG ZHILIAOXUE

总主编 李仲廉 石学敏

现代慢性疼痛治疗学丛书

慢性胸腰背 疼痛治疗学

主 编 郑宝森



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PUBLISHER

现代慢性疼痛治疗学丛书

慢性胸腰背疼痛治疗学

MANXING XIONGYAOBEI TENGTONG ZHILIAOXUE

主 编 郑宝森

编著者 (以姓氏笔画为序)

王 嵩	田铁栓	史可梅	丛洪良
吕 波	齐清会	孙 宾	孙广运
李振化	李清敏	李维云	吴 红
张 逊	张爱莲	郑宝森	绍宏伟
赵 辉	赵淑娥	倪家骧	徐天鹏
梁子安	蒋 华	温 俊	



人 民 军 医 出 版 社

People's Military Medical Publisher

北 京

图书在版编目(CIP)数据

慢性胸腰背疼痛治疗学/郑宝森主编. —北京:人民军医出版社,2003.1

ISBN 7-80157-558-X

(现代慢性疼痛治疗学丛书)

I. 慢… II. 郑… III. ①慢性病:腰腿痛-治疗学②慢性病:颈背痛-治疗学③慢性病:胸痛-治疗学 IV. R681.55

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2002)第 033044 号

人民军医出版社出版

(北京市复兴路 22 号甲 3 号)

(邮政编码:100842 电话:68222916)

三河市印务有限公司印刷

春园装订厂装订

新华书店总店北京发行所发行

*

开本:787×1092mm 1/16 • 印张:20.125 • 字数:372 千字

2003 年 1 月第 1 版(北京)第 1 次印刷

印数:0001~4500 定价:40.00 元

(购买本社图书,凡有缺、损、倒、脱页者,本社负责调换)

内 容 提 要

本书由临床经验丰富的疼痛治疗专家集体编写而成。共 23 章。主要以胸、腰、背疼痛的临床治疗为基点,结合相关专科内容对胸、腰、背疼痛的病因、病理生理、诊断与鉴别诊断进行了详细介绍,对胸心部疼痛、脊椎痛、肿瘤相关疼痛、腰部疼痛、血液病疼痛做了重点论述。中西医结合,方法新、疗效快、疗效好,内容简明、实用。适合临床各科尤其是疼痛科医师阅读参考。

责任编辑 靳纯桥 郭伟疆

现代慢性疼痛治疗学丛书

编委会名单

总 主 编 李仲廉 石学敏

副总主编 杨金利

编 委 (以姓氏笔画为序)

王 昆 王子千 王国林

王保国 石学敏 朱玉奎

纪文新 李仲廉 李桂婷

杨金利 佟永生 周振东

郑宝森 彭元国 谢广茹

秘 书 王健美

编者的话

《现代慢性疼痛治疗学丛书》从创意、策划、撰写、编排直至出版,是根据医患的要求(呼吁)和疼痛医学发展的需要而完成的。慢性疼痛已经成为危害人群健康的一类疾病,其具有病程冗长、发病率高、病因多、病种繁杂、病理生理变化复杂、发病机制不完全明确、诊治困难、涉及系统广泛等特性。一旦罹患此病,会给病人及其家属带来很多痛苦,已成为亟待解决的社会问题。因此需要有一套丛书指导临床诊疗。

由于慢性疼痛病种繁多,内容涉及广泛,丛书按慢性疼痛的躯体部位、器官系统归纳为慢性疼痛治疗的基础,头面部疼痛的治疗,颈肩部疼痛的治疗,胸、背、腰部疼痛的治疗,四肢疼痛的治疗,中枢和周围神经疼痛的治疗,内脏疼痛的治疗,血液、血管疼痛的治疗,癌性疼痛的治疗,女性疼痛的治疗,肛门及会阴部疼痛与非疼痛疾患的治疗等,共11卷,300多万字。在基础卷中,除介绍有关疼痛生理、分类、评估之外,重点阐述了痛症的物理诊断、影像学、实验室诊断和24种疗法。其他各卷共对200多种常见、多发的慢性痛症就其流行病学、病因学、病理生理、临床特征、诊断和鉴别诊断及各种治疗方法。分别加以阐述。全书内容突出表现为理论结合实际,诊断、治疗并重,重点介绍各种治疗方法,并配以实用局部解剖图和操作图解,以便于读者理解。

本丛书编写队伍有老、中、青三代中西医,分别来自疼痛科、麻醉科、神经科、骨科、外科、内科、针灸、推拿、精神心理等临床科室;并有临床、药剂、影像、检验以及临床医学、基础医学、康复医学和光学等专业的院士、教授、专家、学者加盟,撰写其专长的章节。其中不乏国内,甚至国际知名者。由各分卷主编组成本丛书的编委会具体运作,使丛书保持整体统一,各分册也能独立成册。

由于本丛书编撰者多,涉及内容广泛,病种多,加之人的躯体部

位、器官系统相互之间生理、解剖密不可分,因此各分卷之间难免有重叠或遗漏之处。另外,由于作者队伍庞大,各位作者的专业及所处科室不同、诊断角度和对疾病处置的观点不同以及撰写的方法、文笔风格也各有特色,书内可能出现不协调之处,还望读者、同道及关心慢性疾病治疗工作的各界人士不吝予以批评、指正。我们将不胜感谢,以便使该丛书再版时加以提高和完善。

李仲廉 石学敏 杨金利

2002 年秋于天津

前 言

胸、腰、背疼痛是常见病症之一,严重影响人们的工作与生活。随着临床医学与基础医学的不断发展,我国越来越多的临床医生对胸、腰、背疼痛进行治疗与研究,并取得很大进展。本书将我国治疗这方面的丰富医疗技术进行归纳总结,并为各级从事疼痛治疗的医生提供一有益的帮助与指导。

本书内容主要以胸、腰、背疼痛的临床治疗为基点,结合疼痛科、麻醉科、骨科、胸外科、胸内科、普外科、神经科、心脏科、肿瘤科、康复科等相关学科,对胸、腰、背疼痛的病因、病理生理、诊断与鉴别诊断和各种治疗方法进行详尽的论述。第1~13章专门对胸心部相关的疼痛进行了论述,第14~18章专门对脊椎疼痛进行论述,第19章专门论述肿瘤相关的疼痛,第20~22章论述腰部疼痛内容,第23章专题论述了血液病疼痛问题。

本书编写工作首先得到我国著名疼痛学专家李仲廉主任、石学敏院士的支持与帮助,同时还有幸邀请到国内专职或兼职从事疼痛治疗与研究的教授、专家、博士一同完成此重任,在此一并表示衷心的感谢。

由于编者水平有限,时间仓促,书中差错在所难免,在此恳请读者提出批评指正。

编者

2002年8月

目 录

第 1 章 胸椎间盘脱出症疼痛	(1)
第一节 病因与病理	(1)
第二节 临床表现与特征	(3)
第三节 诊断与鉴别诊断	(3)
第四节 治疗	(6)
第 2 章 胸壁与胸膜肿瘤疼痛	(9)
第一节 病因	(9)
第二节 病理生理	(9)
第三节 临床表现	(10)
第四节 诊断与鉴别诊断	(11)
第五节 治疗	(13)
第六节 胸膜转移性肿瘤	(15)
第 3 章 胸膜炎疼痛	(18)
第一节 病因	(18)
第二节 病理生理	(19)
第三节 临床特征	(20)
第四节 诊断与鉴别诊断	(22)
第五节 治疗	(23)
第 4 章 胸部创伤疼痛	(26)
第一节 病因	(26)
第二节 病理生理	(27)
第三节 临床特征	(29)
第四节 诊断与鉴别诊断	(31)
第五节 治疗	(33)
第 5 章 支气管肺癌疼痛	(43)
第一节 病因	(43)
第二节 病理生理	(45)
第三节 临床特征	(46)
第四节 诊断与鉴别诊断	(48)
第五节 治疗	(52)
第 6 章 自发性气胸疼痛	(60)

第一节	病因	(60)
第二节	病理生理	(61)
第三节	临床特征	(61)
第四节	诊断与鉴别诊断	(62)
第五节	治疗	(63)
第 7 章	肋间神经疼痛	(67)
第一节	病因	(67)
第二节	病理生理	(68)
第三节	临床特征	(69)
第四节	诊断与鉴别诊断	(70)
第五节	治疗	(70)
第 8 章	胸腹部带状疱疹后遗神经痛	(73)
第一节	病因	(73)
第二节	病理生理	(74)
第三节	临床特征	(75)
第四节	诊断与鉴别诊断	(76)
第五节	治疗	(76)
第 9 章	原发性纵隔肿瘤及囊肿疼痛	(82)
第一节	流行病学、病因	(82)
第二节	病理生理	(83)
第三节	临床特征	(84)
第四节	诊断与鉴别诊断	(85)
第五节	治疗	(91)
第 10 章	食管弥漫性痉挛疼痛	(95)
第一节	流行病学、病因	(95)
第二节	病理生理	(95)
第三节	临床特征	(96)
第四节	诊断与鉴别诊断	(96)
第五节	治疗措施	(100)
第 11 章	贲门失弛缓症疼痛	(103)
第一节	流行病学、病因	(103)
第二节	病理生理	(104)
第三节	临床特征	(104)
第四节	诊断与鉴别诊断	(105)
第五节	治疗措施	(106)
第六节	儿童贲门失弛缓症	(109)
第 12 章	腹腔脏器疾病疼痛	(111)
第一节	溃疡病疼痛	(111)
第二节	肠系膜血管疾病疼痛	(115)

第三节	阿米巴肝脓肿疼痛	(117)
第四节	原发性肝癌疼痛	(121)
第五节	膈下脓肿疼痛	(130)
第六节	肝胆疾病疼痛	(133)
第七节	胰腺疾病疼痛	(140)
第八节	腹膜后病变疼痛	(149)
第九节	腹主动脉瘤疼痛	(154)
第十节	肾及输尿管结石疼痛	(156)
第十一节	肾脏畸形疼痛	(158)
第十二节	肾癌疼痛	(160)
第十三节	肾下垂疼痛	(161)
第 13 章	稳定性心绞痛	(164)
第一节	病因、流行病学和预后	(164)
第二节	病理及病理生理	(166)
第三节	临床表现	(170)
第四节	心绞痛的诊断	(173)
第五节	稳定性心绞痛的处理	(175)
第六节	稳定性心绞痛其他特殊情况的处理	(179)
第七节	影响稳定性心绞痛预后的主要指标	(180)
第 14 章	腰椎峡部不连及腰椎滑脱症疼痛	(183)
第一节	病因及病理生理	(183)
第二节	临床特征	(184)
第三节	诊断	(184)
第四节	治疗	(185)
第 15 章	原发性骨质疏松症疼痛	(189)
第一节	病因及病理生理	(189)
第二节	临床特征	(191)
第三节	诊断	(191)
第四节	治疗	(192)
第 16 章	腰椎管狭窄症疼痛	(194)
第一节	病因	(194)
第二节	病理生理	(195)
第三节	临床特征	(196)
第四节	诊断和鉴别诊断	(197)
第五节	治疗措施	(197)
第 17 章	脊柱肿瘤疼痛	(201)
第一节	概述	(201)
第二节	流行病学及分型	(201)
第三节	临床特征及诊断	(202)



第四节	治疗	(203)
第 18 章	脊柱结核疼痛	(208)
第一节	病因	(208)
第二节	病理生理	(209)
第三节	临床特征	(210)
第四节	诊断	(210)
第五节	治疗	(211)
第 19 章	肿瘤转移性疼痛	(213)
第一节	肿瘤的局部复发及转移	(213)
第二节	癌症转移的途径	(214)
第三节	骨转移性癌痛综合征	(215)
第四节	治疗	(221)
第 20 章	腰椎间盘突出症疼痛	(239)
第一节	腰椎间盘解剖与腰骶神经分布	(239)
第二节	腰椎间盘的生理学、生物化学和生物力学特性	(241)
第三节	腰椎间盘突出症的病理学特征	(244)
第四节	临床表现	(246)
第五节	诊断与鉴别诊断	(248)
第六节	治疗	(255)
第 21 章	腰神经后支疼痛	(266)
第一节	腰神经后支解剖	(266)
第二节	病因	(267)
第三节	临床表现与诊断	(268)
第四节	治疗	(268)
第 22 章	腰背部软组织疼痛	(271)
第一节	病因	(271)
第二节	病理生理	(271)
第三节	临床特征	(272)
第四节	诊断与鉴别诊断	(273)
第五节	治疗	(276)
第 23 章	白血病疼痛	(284)
第一节	流行病学与病因	(285)
第二节	病理生理改变	(291)
第三节	临床特征及发病机制	(292)
第四节	诊断与鉴别诊断	(298)
第五节	治疗	(302)

第 1 章 胸椎间盘脱出症疼痛

胸椎间盘脱出疼痛临床较为少见,Carson 报告该症占有椎间盘突出征的 0.2%~8%。Adson 曾于 1922 年首先进行了胸椎间盘突出症的手术治疗。该症多发于胸腰连接部或下胸部,许多医生对此症认识不足,常出现误诊或漏诊。

第一节 病因与病理

(一)病因

1. 退行性改变 人体生长发育到 20 岁以后开始退变,50 岁开始进入退变高峰。57%胸椎间盘破裂部位位于椎间盘后部和后外侧部,均与胸椎间盘退变或外伤有关。

(1)纤维环:位于上下椎体之间的纤维环,坚韧且富有弹性。由其包绕的髓核与纤维环共同承担着人体弹性垫的作用,用于缓和外力对脊柱的冲击和振动;同时也用于脊椎的弯曲。随着年龄的增长,人体纤维环开始退化变性。可因不适当地弯腰,或过度劳累引起纤维环断裂,髓核或纤维环同时脱出,导致椎间盘脱出症。

(2)髓核:位于纤维环之间稍偏后的中部,呈白色、胶冻样、富有弹性的物质。其薄厚随年龄而变化,其厚度随年龄增长而降低。当纤维环破裂后,髓核随之脱出,造成对硬膜囊或神经根的压迫。

(3)软骨板:紧紧附着在椎体上、下关节面上,其间为纤维环和髓核。随着年龄增长,软骨板逐渐退变变薄,甚至被髓核侵蚀不全,使得退变后本来血供贫瘠的软骨不能依靠软骨膜进行营养物质与排泄物交换,同时也减少了对椎间盘内营养物质的供给,这就促使纤维环和髓核的退变,给椎间盘脱出提供了基本条件。

2. 其他疾病影响

(1)强直性脊柱炎:是一种病因未明的、以脊柱关节受累为主的疾病,多见于中年男性。该病早期表现在骶髂关节滑膜部位,继续向上发展至脊柱关节。病理改变以关节滑膜增殖肥厚、肉芽组织增生、绒毛形成、淋巴细胞和浆细胞浸润等,最终出现胸椎关节的软骨板、纤维环、关节囊、韧带等周围组织纤维

化、骨化,直至发展为关节强直。

(2)脊柱结核:脊柱结核为继发性病变,以青少年胸、腰段居多。该部位结核约占脊柱结核的50%以上,近年资料显示有年龄增高的趋势。脊椎结核按原发部位分为三种:①中心型。病灶位于椎体中心,病变以骨质破坏为主,椎体可被压缩为楔状,可穿破周围软骨侵入椎间盘即相邻椎体。②边缘型。病灶常累及相邻椎体,以溶骨性破坏为主,多见于成年人,主要侵犯椎间盘引起椎间隙狭窄。③骨膜下型。结核脓液可以沿椎体前纵韧带上下蔓延,可因椎体前部长期被骨膜下脓肿或结核性肉芽组织腐蚀,导致椎间盘组织脓肿,压迫神经根或硬膜囊产生腰痛。其炎性渗出也可以持续刺激局部肌肉痉挛,引起腰背部疼痛或僵直。

(3)椎间盘感染:有人认为,成年后椎间盘血运较少,实际上成年人正常纤维环周围有丰富的血管网,一些致病菌,如葡萄球菌、溶血性链球菌等可能经过血管网的分支进入纤维环深层。位于椎体上下的软骨板,细菌可能经过间隙进入椎间盘内,在此繁殖。继发性椎间盘感染可因椎间盘手术、椎间盘邻近感染、椎间盘融合术后引起。感染的椎间盘病人可能出现背部疼痛、坐位或直立时疼痛加重、腹股沟和髋部出现牵涉性疼痛、食欲不振等,寒战发热不多见。

(4)脊柱炎:该病主要由布氏杆菌经皮肤或黏膜进入人体后,首先被吞噬细胞吞噬,随淋巴液进入血液繁殖,进而发生菌血症。布氏杆菌含有内毒素,导致椎间盘周围的组织特异性肉芽肿或出现变态反应。病灶不断扩大后可侵犯椎体、椎间盘、椎体软骨板等,使成骨细胞破坏,破骨细胞增生。病人主要表现为间歇性发热、大汗、腰背剧烈疼痛、腰肌痉挛,严重者丧失劳动能力。

(5)褐黄病:是一种先天代谢性疾病,以血液和尿液中的尿黑酸增多,氧化后形成褐黄素,沉积于胸椎关节的椎间盘、软骨板、肌腱、周围纤维组织甚至硬脊膜等处。该病常有家族史。

(二)病理

胸椎间盘脱出症以中央型多见,外侧方脱出的胸部椎间盘压迫神经根,可以引起相应的根性神经痛症状,疼痛范围可以涉及到从脊椎后部到胸腹壁前侧。胸₁₁₋₁₂间盘突出症可能出现牵涉性交感神经痛或内脏神经痛。其病因可由重力扭伤、车祸、高空坠落伤、运动外伤等所致;年龄增大发生的胸椎间盘退变,纤维环或后纵韧带松弛、断裂等可以成为胸椎间盘脱出的主要因素;在患有椎体骨骺炎基础上伴有椎间盘退变,也是导致胸椎间盘脱出的诱因。胸椎间盘脱出急性期可以出现炎性反应,迁延性炎性反应可能导致与硬膜囊粘连。长期脱出的胸椎间盘可以出现脱出部位的髓核或间盘钙化,其体积较大可造成椎管狭窄而压迫硬膜囊。

胸椎间盘脱出的发病以胸₁₁₋₁₂最多(26%),可能与此段胸椎活动度最大

有关。其脱出向外侧和后外侧最多(70%),向侧方脱出可压迫脊神经根出现根性神经痛症状。胸_{11~12}部位向后脱出可压迫马尾圆锥或马尾神经,导致病人下肢疼痛和括约肌功能障碍。Arseni报道,多阶段胸椎间盘突出症发生率为3.78%。严重的胸椎间盘突出症可导致硬脊膜破裂,并能突入蛛网膜下隙(11%)。

脊髓受压部位不同,病人会出现相应的感觉平面障碍或局部麻木,这可能与脱出的髓核压迫相应脊髓动脉,减少局部脊髓的供血,使该处神经供血不足有关。有动物实验证明,压迫脊髓前动脉,相应的神经感觉功能减退,解除对脊髓的压迫,神经感觉功能恢复。手术中损伤脊髓前动脉,病人可能出现截瘫。

第二节 临床表现与特征

胸椎间盘突出引起胸部根性神经痛,疼痛程度与脱出部位、脱出髓核大小、椎管直径以及相应脊神经根刺激程度有关。病人最初主要表现为从胸椎沿相应范围的肋间神经钝痛和压缩样疼痛症状,疼痛可表现为持续或间断性疼痛,病人不适当地弯腰、咳嗽、打喷嚏时均引起向前胸呈半环形放射样、一过性疼痛加重。高位胸椎间盘突出症,如胸₁部位可能出现同侧上肢根性疼痛症状,下胸部脱出可表现疼痛向背部或腹股沟放射。

长时间坐位工作,病人感觉腰背部酸胀或胀痛感觉,稍作休息后疼痛明显缓解。此症的其他症状发展缓慢,如感觉障碍、下肢无力、直肠和膀胱障碍等,可伴随硬膜囊持续受压症状几年或十几年。

轻度胸椎间盘突出病人症状可能不是十分明显,仅表现有轻度钝痛或运动障碍,应避免误诊。病人长时间屈颈工作可引起背痛或根性神经痛,稍休息后可以缓解,再次稍长时间工作后上述疼痛症状又再次出现。

第三节 诊断与鉴别诊断

(一)诊断

胸部椎间盘突出症临床较为少见,因此常常出现误诊,对该症诊断应根据病人的主述、体征、影像学资料等全面进行分析。

1. 病史 病人一般主述有慢性钝痛感受,病史一般为几周、几个月甚至几年,或者病人会告诉医生已经进行了某些诊查,如心电图、B超、X线等,均未见异常发现。还有的病人还有腰背部酸痛的病史,如长时间坐位工作腰背部胀痛加重,或者病人有长时间走路感觉腰背部酸、胀、痛加重的病史。

2. 体格检查 临床体格检查外观一般正常,如果脱出的间盘压迫脊髓较

重,病人可能出现局部感觉迟钝或局限性皮肤感觉障碍。医生可以请病人自己用记号笔帮助圈画出疼痛范围,笔者根据患者用记号笔描述的疼痛范围,对疼痛的神经支配区域进行初步分析,来确定是否有必要进行下一步的影像学检查。

3. 影像学检查

(1)X线平片:可以显示胸椎椎体间隙相对变窄,如果结合病人的病史或与疼痛部位一致,对于诊断该症具有一定参考价值。如果平片显示椎体终板影像信号减低,与疼痛部位一致,也应考虑椎间盘脱出的可能。

(2)胸部脊髓造影:较早用于诊断椎间盘脱出症的检查方法,造影剂分为脊髓油性碘剂和水溶性碘剂造影。无论何种造影剂,由于检查方法简便、安全、阳性率高,至今许多医疗单位仍在应用。尽管该法属于有创检查,且显示效果受胸部纵隔和两旁组织结构的干扰,但是对于手术前定位具有较准确的帮助。对椎管内占位性病变、椎管狭窄等病症具有较高的诊断价值。

(3)CT:是一种无创伤性检查方法,根据病人疼痛范围可以进行胸部CT扫描,一般情况下CT图像能够显示出椎间盘脱出的部位、脱出的方向、脱出间盘的大小、脱出间盘的钙化程度以及脱出间盘对硬膜囊挤压后的形态改变,并能够区分出对硬膜囊压迫的组织来源、椎管侧隐窝狭窄或对神经根压迫的程度、关节突关节退变程度等,明显优于脊髓造影检查。

目前应用脊髓造影后再行CT检查的CTM方法,除了能够清晰显示出上述影像外,特别对游离型椎间盘脱出及其碎片的诊断更有意义,有助于明显提高胸椎间盘脱出症的诊断阳性率。

(4)MRI:是利用氢原子核在强磁场作用下和射频脉冲激发下引起的共振,通过间断地获得能量和释放能量的物理特性,接收线圈获取释放出的能量而产生MR信号,这些信号经计算机处理可以转变成MR图像。对于有些病人应用其他影像学技术不能确诊的情况下,可以考虑用MRI进一步检查。MRI能清楚地显示椎管内脊髓、脑脊液、脂肪、韧带、肿瘤等软组织。其具有三维成像功能,可以更准确地将椎管内的结构用冠状面、矢状面和水平面显示出来。由于骨组织内的氢原子密度很小,特别是骨皮质在MR显示的信号非常微弱,远不如X线或CT清楚。

胸部椎间盘最薄,腰椎间盘最厚,在 T_1 加权图像上髓核和内层纤维环呈高或中等信号强度,外层纤维环则为低信号强度。在矢状面上 T_2 加权图像的髓核和脑脊液信号明显增加,所有纤维环则成低信号。当 T_2 加权像髓核颜色变深,表明髓核严重损伤或退变,多伴有间盘脱出,向后或侧方压迫硬膜囊,显示硬膜囊受压之压迹。

(二)鉴别诊断

作好胸椎间盘脱出症鉴别诊断,需要依靠影像学资料,主要与椎管内肿

瘤、强直性脊椎炎、黄韧带肥厚、脊椎炎、多发性硬化症、椎骨转移瘤等鉴别。如果某些骨性图像难以确诊时,应参考X线平片或CT进行综合分析。

1. 与后纵韧带骨化鉴别 主要通过影像学方法的X线或CT进行鉴别。X线侧位或CT可见椎体后缘出现纵行骨化影像即可确诊。临床表现鉴别,后纵韧带骨化多见于中年男性颈部。早期影像学表现为颈部后纵韧带轻度钙化,随着发展骨化加重,病人出现椎管狭窄症状时表现胸部感觉减退;或表现为四肢感觉或运动障碍,严重者伴随自主神经症状,进一步发展为四肢酸胀、麻木、疼痛、无力、肌肉萎缩、四肢腱反射亢进、髌震挛和踝震挛阳性。最后发展为四肢痉挛性瘫痪,卧床不起,并伴有排便功能障碍。

2. 与胸椎管狭窄鉴别 该症多见于中年以上,主要病理变化有椎板增厚、骨质坚硬、关节突关节肥大、黄韧带钙化等,均导致硬膜外隙变窄,硬膜囊受压,出现相应神经根或脊髓受压症状。此症临床表现为慢性腰背痛,胸段狭窄表现不如腰椎明显。最早出现为根性神经痛,如体位不适可以出现体位性胸肋部疼痛,脊髓压迫症表现为胸部单侧或双侧束带感,严重者出现进行性下肢肌肉萎缩、麻木无力,逐步向上发展,直至出现活动受限和大小便失禁。胸椎脊髓造影和MRI对此症具有重要的诊断价值。

3. 与脊椎转移瘤鉴别 该症主要由原发肿瘤通过血运和淋巴转移至胸椎,骨转移部位以肋骨、脊椎、肋骨、颅骨、肩胛骨多见,其中脊椎转移为16.8%~36%不等。临床症状以疼痛多见,疼痛常由轻至重进展很快,许多病人多以胸、腰、背痛就诊,疼痛特点多以夜间疼痛加剧,一般治疗效果多不明显。病人进一步发展表现为根性神经痛,常疼痛难忍,发展到晚期出现截瘫。许多病人可以轻易发现转移病灶,但对原发病灶却不容易找到。应用X线片可以清楚确诊,常见椎体呈病理性压缩性骨折表现,也可以累及椎弓根等附件部位。如果早期脊椎转移用X线诊断有困难,CT、MRI和ECT对早期脊柱转移瘤有较高的诊断价值。

4. 与良性脊髓瘤鉴别 胸椎管内的良性肿瘤包括室脊膜瘤、星状细胞瘤、脂肪瘤等。胸椎管内的良性肿瘤早期,病人基本不出现临床症状。随着肿瘤的发展,开始压迫硬膜囊或神经根时,病人可以出现根性神经痛或运动障碍。脊膜瘤、神经鞘瘤以及位于胸段脊髓背侧的髓外肿瘤压迫脊神经后根时,病人胸腹部可以出现较固定的钝痛、束带样痛、针刺样或烧灼样疼痛。当肿瘤增长到一定程度时,病人偶有弯腰、咳嗽、打喷嚏时,均可诱发疼痛加重。当受压继续加重,可以导致神经根功能丧失,病人表现出疼痛减弱或区域性感觉缺失。如果肿瘤压迫前根,可以导致该区域运动功能减退,表现为该区域肌萎缩、肌无力和肌痉挛。严重中胸段脊髓受压表现为肋间肌迟缓性麻痹,腹部及下肢肌强直性瘫痪。胸_{9~10}脊髓受压表现为腹直肌下半部麻痹,上半部正常,患者仰卧抬头,肚脐向上移位,即Beever征阳性,上腹壁反射存在,下腹壁反