

JINGZHUIBING
FANGYUZHI

颈椎病 防与治

赵玉学 主编



辽宁科学技术出版社
LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE

JINGZHUIJING
FANGYUZHI

颈椎病

防与治

张仲 主编



人民卫生出版社

颈椎病防与治

赵玉学 主编

辽宁科学技术出版社
· 沈阳 ·

图书在版编目 (C I P) 数据

颈椎病防与治 / 赵玉学主编 ; — 沈阳 : 辽宁科学技术出版社, 2018.1

ISBN 978-7-5591-0315-4

I. ①颈… II. ①赵… III. ①颈椎-脊椎病-防治
IV. ①R681.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2017) 第 145036 号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路25号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳百江印刷有限公司

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 184mm × 260mm

印 张: 18.25

字 数: 400千字

出版时间: 2018年1月第1版

印刷时间: 2018年1月第1次印刷

责任编辑: 寿亚荷

文字助编: 丁 一

封面设计: 翰鼎文化/达达

版式设计: 袁 舒

责任校对: 周 文

书 号: ISBN 978-7-5591-0315-4

定 价: 68.00元

邮购热线: 024-23284370

编辑电话: 024-23284502

E-mail: syh324115@126.com

前 言

颈椎病既是常见病，又是多发病，在我国的发病率很高，可能已居世界之首了。笔者统计原沈阳军区总医院1970—1980年骨科门诊中，颈椎病占疾病总数的10%；后来成立颈椎病专科门诊，每日患者量达百余人次。在笔者退休后的骨科诊所里，每日颈椎病患者达20~30人次，占门诊量56%以上。重症颈椎病发生瘫痪者并不罕见，可见颈椎病对人类健康威胁之大。

近年来，影像学迅速发展，CT和MRI的广泛使用，给诊治颈椎病提供了极大方便；另外，生物化学、生物力学、生物电学、材料力学等的发展为颈椎病研究和临床诊治奠定了理论基础并提供了有利条件；特别是脊柱功能解剖学和椎间盘及其退行性变的研究成果，更直接推动了颈椎病的研究和临床工作的进展。

绝大多数颈椎病需要非手术治疗，手术者仅占百分之几。虽然目前治疗方法不少，仍感手中“武器”不得心应手，方法还不够高明，亟须创新出更有效、更方便、损伤性更小的疗法，为千百万患者解决病痛和疾苦。笔者从医50年，诊治了颈椎病患者10余万人次，愿与同道携手努力，更对年轻后辈寄予殷切希望。

本书共十二章。第一章为颈椎病概述。第二章为颈椎病实用解剖，比较详细地介绍了与颈椎病发生有关的颈部局部解剖，有助于了解颈椎病发病的解剖基础及与临床表现的关系，并着重描述了自主神经解剖与其作用。第三、第四章从流行病学观点和实际情况出发，介绍了颈椎病的病因，并从生物力学、生物化学、生物电学理论几个方面分析颈椎病的发病机制。第五至第九章介绍了颈椎病临床，认为颈椎病是个复杂的全身性疾病，从其诊断到治疗是个完整的系统工程。第十、第十一章介绍了颈椎病治疗方法，肯定了非手术疗法在颈椎病治疗中的重要地位及定点复位是不可或缺的治疗手段。第十二章为颈椎病预防，从病因入手，由我国实际情况出发，深刻述及颈椎病预防措施及其重要意义，把预防与治疗紧密结合，介绍了各类人群预防颈椎病的方法。附录部分介绍了颈椎病百问答疑的内容。

本文编著过程中引用国内外专著及有关医学文献，在此向原作者表示诚挚的谢意。由于笔者水平有限，难以避免疏漏、不当甚至错误，敬请广大读者不吝赐教，提出宝贵意见。

赵玉学于沈阳

编 委 会

主 编	赵玉学						
编 者	赵翠芹	尤丽妍	肖璇	肖更生	陈旭		
	韦人	张敏	佟仁	张东	张丹		
	张红	项阳	方略	庄元	闻长辉		
	张福贵	王晶	文方	佟梅	紫腾		
制 图	韦人	赵甦	杨怡然				

目 录

第一章 颈椎病概述

第一节	颈椎病发展史	1
第二节	颈椎病名称的由来	2
第三节	颈椎病不是老年病	2
第四节	颈椎病误诊误治原因探讨	3
第五节	脊髓型颈椎病漏诊严重	3
第六节	非手术疗法在颈椎病治疗中的重要地位	3
第七节	手法定点整复在非手术治疗中的重要地位	4
第八节	预防为主降低颈椎病发病率	5
第九节	颈椎病在诊断、治疗中的几种倾向	6

第二章 颈椎病实用解剖

第一节	颈椎椎骨结构	9
第二节	颈椎各关节及其韧带	16
第三节	颈椎椎间盘	21
第四节	颈部肌肉	23
第五节	颈椎血液循环	26
第六节	颈脊髓及颈部神经	30
第七节	自主神经系统解剖	41
第八节	颈椎先天性畸形	54

第三章 颈椎病病理、病因、发病机制

第一节	颈椎病病因分析	60
第二节	椎间盘退行性变发生机制	63
第三节	颈椎病疼痛发生机制	68
第四节	骨质增生发生机制探讨	73

第四章 颈椎生物力学与颈椎病

第一节	生物力学基础概念	77
第二节	颈椎的生物力学特性	79
第三节	颈椎及脊柱的稳定性	84
第四节	颈椎的静力学与动力学	87

第五节	颈椎运动力学·····	88
第六节	颈椎间盘退行性变的生物力学·····	91
第五章 颈椎病诊断基础		
第一节	颈椎病病史采集·····	93
第二节	颈椎病体格检查·····	94
第三节	颈椎病影像学检查·····	104
第四节	脑血流图检查·····	115
第五节	肌电图检查·····	116
第六节	经颅超声多普勒检查·····	118
第六章 颈椎病分型的解析		
第一节	颈椎病分型概况·····	120
第二节	颈椎病简易分型与专科分型·····	120
第三节	对颈椎病各种分型解析·····	127
第七章 颈椎病临床表现		
第一节	颈型颈椎病·····	129
第二节	神经根型颈椎病·····	130
第三节	脊髓型颈椎病·····	134
第四节	椎动脉型颈椎病·····	138
第五节	交感神经型颈椎病·····	140
第六节	食道型颈椎病·····	142
第七节	混合型颈椎病 ·····	143
第八章 颈椎病相关疾病（综合征）发生机制		
第一节	颈脊神经根受累相关疾病发生机制·····	145
第二节	椎动脉、交感神经受累相关疾病发生机制·····	148
第三节	颈脊髓受累相关疾病发生机制·····	165
第九章 颈椎病鉴别诊断		
第一节	头痛·····	171
第二节	眩晕·····	173
第三节	晕厥·····	177
第四节	颈、肩、背、胸疼痛·····	177
第五节	上肢感觉、运动障碍·····	179
第六节	瘫痪·····	182
第十章 颈椎病的非手术治疗		
第一节	颈椎定点手法整复疗法·····	188
第二节	颈椎牵引疗法·····	191

第三节	物理疗法·····	195
第四节	药物治疗·····	198
第五节	颈椎病神经阻滞与痛点封闭·····	202
第六节	按摩疗法·····	208
第七节	针灸疗法·····	210
第八节	气功疗法·····	212

第十一章 颈椎病手术治疗

第一节	手术适应证和禁忌证·····	223
第二节	术前准备·····	223
第三节	颈椎后路手术·····	224
第四节	颈椎前路手术·····	226
第五节	颈椎前外侧手术·····	228
第六节	颈椎病手术疗效评估及影响其疗效的原因·····	229

第十二章 颈椎病预防

第一节	早期预防不留终身遗憾·····	231
第二节	避免长时间低头、伏案·····	231
第三节	枕头与卧姿的卫生·····	233
第四节	重视颈椎外伤的治疗·····	235
第五节	积极预防和治疗上呼吸道感染·····	235
第六节	颈椎保健操·····	235

附录 颈椎病百问答疑

第一节	颈椎病基础知识·····	247
第二节	颈椎病有哪些检查·····	253
第三节	颈椎病有哪些表现·····	255
第四节	怎样治疗颈椎病·····	264
第五节	怎样预防颈椎病·····	276
参考文献	·····	283

第一章 颈椎病概述

人们对颈椎病的认知有相当长的历史过程。从临床实践到理论认识不断摸索和逐渐加深了解。至今，仍然是从实验到临床，再上升到理论认识。到目前为止尚有颇多不甚清楚之处，需要专业学者、专家努力探讨和实践，完善其理论，提高颈椎病的临床疗效。

第一节 颈椎病发展史

早在2000年前，《黄帝内经》就有对本病的论述，认为颈椎病是骨痹、风痹、湿痹等，并提出活血、化瘀、祛风、祛湿等治疗方法。虽然粗浅，但我们祖先已经注意到颈椎病，并提出了治疗措施。

西方医学早期对颈椎病的认识也是模糊不清。对颈椎病的研究可以追溯到19世纪初叶。1911年，Bailey曾提出颈脊髓受压症状，其后Elliott、Stookye发现颈椎骨赘压迫脊髓和神经根。1925年，Barre和Lieou提出Barre-Lieou综合征，又称交感神经综合征。认为刺激颈交感神经纤维，椎动脉受累引起一系列症状。1929年，Gunther等报道30例颈源性心前区疼痛的病例。1935年，Mirter、Ager报告了颈椎间盘脱出症。1948年，Brain及Bull首先将骨质增生、椎间盘脱出所引起的临床症状命名为颈椎病。1951年，Fryholm对颈椎间盘的退行性改变进行了较详细的描述。1952年，Brqin等将颈椎病分为脊髓型和神经根型。1957年，Poyin和Spillane发现椎管狭窄对颈椎病发病有重要作用。1960年，Wilkinson据尸体解剖，对颈椎病的脊髓、神经根的病理变化作了详细描述。1962年，Smith-Robinson首先报道了颈椎病前路手术远期疗效。

20世纪60年代，我国的医学界先驱者们已注意到颈椎病的研究和治疗。1961年，王维钧首先介绍颈椎病有关情况和非手术疗法。1963年，王宝华对颈椎间盘突出分型提出个人见解，并介绍了后路手术切除硬膜囊的经验。自1964年以来，吴祖尧、朱祯卿介绍经前侧方入路手术治疗颈椎间盘突出症，同年，报告后路手术治疗颈椎间盘突出经验，杨克勤等对前路、后路两种手术方法做了比较。1965年，王道新做了5例前路手术治疗脊髓型颈椎病报道，同年，米嘉祥对本病做了较详尽的综述。我国医学先贤们，先后对颈椎病进行了后路手术和前路手术，并取得了良好疗效。到20世纪70年代对颈椎病认识更加深入，注意到椎动脉和交感神经的改变，并对其两型颈椎病的临床表现进行详细描述。广州军区总医院的学者报告了推拿、牵引、体疗及其他物理疗法，并撰写了《颈保健功手册》一书，1979年，吴云定介绍了中西医结合治疗颈椎间盘突出症。1975年，杨克勤、张之虎对原《颈椎病》一书修订面市，内容更加丰富和完善。同年冯天有在《新医正骨法》中介绍了定点旋转手法复位治疗颈椎病，推动了非手术治疗颈椎病的发展。1978年，潘之清、李大年编写了《颈椎病》专著，以丰富的临床经验，深刻的实际体会，具体深透地从颈椎病的理论到临床

实践做了完善的阐述。

1984年在贵阳召开了全国颈椎病专题讨论会，成为国人研究和普及颈椎病治疗的里程碑。此后几年，我国治疗颈椎病科室、诊所像雨后春笋一样，遍布全国各地，有关颈椎病的论著层出不穷，从理论研究到临床治疗，从临床表现到颈源性疾病的探讨，从预防到治疗，为国人颈椎病防治开辟了新天地，给广大颈椎病患者带来了福音。

第二节 颈椎病名称的由来

颈椎病又称颈椎综合征。前者已成为习惯的命名，但很可能被误解为单纯的颈椎骨质的疾病，或者有人认为就是颈椎骨质增生。因此，称为“颈椎综合征”更为合适，更能反映和概括本病的全貌。虽然如此，约定俗成，姑且还是称“颈椎病”吧。

历来颈椎病名称甚多，还有些混乱，除我国中医古称其为痹证以外，还有“颈椎脊椎炎”“颈椎关节强硬症”“颈椎肥大性脊柱炎”“颈椎退行性骨关节炎”“颈肩综合征”“颈肩痛”“颈肩肘腕综合征”等。

直到1948年由Brain和Bull首先提出“颈椎病”的命名，其后，国际上方逐渐统一认可“颈椎病”的病名。

颈椎病是在颈椎间盘退行性改变的基础上，受应力（包括慢性劳损、急性外伤）作用下加速椎间盘退变，使椎体及其附件（钩突关节、关节突关节、棘突、横突、椎弓）和关节囊、韧带、肌肉等病理改变，刺激或/和压迫颈脊髓、颈脊神经根、椎动脉、交感神经等组织结构，以致发生损伤与继发改变，引起和诱发一系列局部的和全身的复杂临床综合征，故称“颈椎综合征”，简称“颈椎病”。

第三节 颈椎病不是老年病

很久以来，人们认为颈椎病是老年病，近来又有人将其列为中老年病。颈椎病虽然是由椎间盘退行性变引起，和年龄有一定关系，但是不能把颈椎病归结为老年病。据1986年统计，40岁以下（30岁以下占4.2%，31~40岁占20.2%）占24.4%，41~60岁（41~50岁占31.1%，51~60岁占31.2%）占62.3%。据2000—2014年统计，21~40岁占35.96%，41~60岁占47.2%。按国际年龄划分60~65岁方为准老年，65岁以上才是老年，不难看出颈椎病不是老年病，也不应该按年龄划分为中老年病，而是与从事的职业或头颈姿势不正有关的疾病，长期低头姿势是造成颈部慢性劳损的重要原因之一，不少老年人退休后，因脱离原工作岗位，颈椎病反而好转或痊愈了。我国近年来国民经济飞速发展，电脑、智能手机的广泛使用，使近十几年颈椎病有增多并年轻化的趋势，大、中、小学生颈椎病就诊量明显增加，应该引起教育界、医学界等社会各界的关注。

第四节 颈椎病误诊误治原因探讨

众所周知，颈椎病系骨科疾病，但是，其表现常以神经症状为主，大部分患者首诊于神经科，有的医院竟将其归结到神经科范围。颈椎病临床表现繁杂多样，有以头痛为主；有以手足麻木为主；有以眩晕、头昏为主，自然去看神经科；以心慌心烦为主，去了心脏内科或心理咨询科；有些患者以肩关节痛、肘关节痛，去治肩周炎、网球肘；有些患者瘫痪去治脑血栓，等等不一而足，难免误诊误治。

颈椎病需要手术治疗和愿意手术治疗者不足1%~2%，绝大部分患者需要非手术治疗。而骨科医生忙于手术以及床位有限和门诊量较大，无暇于非手术治疗。大部分颈椎病治疗任务旁落理疗科、康复科和各种类型小诊所，正确诊治难以保证。

颈椎病先天的自身矛盾性，使其分散到各科室，被莫名其妙地做了各种症状性诊断或命个含糊其辞的病名，做各种检查和治疗，多数贴膏药、拔罐放血、小针刀、服各类中西药物。长期误诊误治，辗转大小医院，耗资费时，苦不堪言。

第五节 脊髓型颈椎病漏诊严重

有关脊髓型颈椎病发病率值得研究。北京大学附属第三医院为12.8%，北京中医骨伤科研究所为10%~15%，1986年原沈阳军区总医院报告占24.8%，现统计（2000—2014）占28.2%。脊髓型颈椎病隐性发病，初期没有任何症状，人们对下肢感觉不敏感，多数主诉下肢运动和感觉正常，下肢出现运动、感觉障碍时，已有5~10年颈椎病史，更有甚者下肢已经瘫痪，仍没有任何颈部症状，还按腰病治疗。有一位35岁女性患者，因穿新织的套头毛衣，反复勉强硬性穿越头颈而致下肢瘫痪。事后反复追问病史，述其之前无任何症状。MRI显示颈5~颈6颈间盘脱出，后纵韧带钙化，脊髓明显受压，脊髓型脊椎病诊断无疑。对病程稍长（约5年以上）者，需详细询问病史，如有足趾（最早一侧跖趾）麻木，步态不稳，走路偏斜，二便不利等，只要有一项症状，便一律做神经系统查体，包括四肢肌力、皮肤感觉、深浅反射、病理反射等仔细检查，如此避免不少漏诊者，再经CT或MRI检查证实脊髓已经不同程度受压。

有些患者椎管明显狭窄，脊髓受压已严重变形，仍未完全瘫痪，多因病程长，挤压物进展缓慢，脊髓向椎管横径扩展以变形作代偿，避免了完全性的瘫痪发生。

脊髓型颈椎病早期手术治疗是可以治愈的，骨髓受压较轻者非手术治疗也可获得较满意的效果，即使病情较重争取尽早手术，都可避免瘫痪发生，及时确诊和防治是脊髓型颈椎病患者一生的幸事。

第六节 非手术疗法在颈椎病治疗中的重要地位

绝大多数颈椎病需要非手术治疗，并取得较好效果。除严重的脊髓型外，其他各型颈

椎病多数均能治愈，或基本治愈，而且仅需1个疗程（约10日）。大多数轻型脊髓型要2~3个疗程可以收到比较满意的效果。据不完全统计必须要手术治疗者仅占1%~2%，而且若非手术治疗做术前准备，因为脊髓型颈椎病几乎都是混合型，某些症状手术难以解除，并且术后尚需非手术疗法康复。

然而，目前非手术疗法，多数局限对症治疗，而非对病变治疗，或者说重治标，轻治本。据观察，一些医者并非骨科医生，或者没有医师资质，对颈椎病不甚了解或知之甚少，缺乏深入研究，治疗只能浮于其表，哪儿疼治哪儿，哪儿麻扎哪儿，满身的罐印，全身的膏药，小针刀、放血、火针、熏蒸等。

呼吁专业医生有识之士，除研究手术外，更要把精力倾注于大多数需非手术治疗的颈椎病患者，这既能解决大多数人的痛苦，也能提高患者的生活质量。所以，改变目前颈椎病非手术治疗的现状，专业医生责无旁贷。从事颈椎病治疗人员应对颈椎病有深入了解，弄清颈椎生理解剖、颈椎病的病理生理、病因和发病机制等。从治本入手，研制出更科学的治疗方法和医疗器械，把我国颈椎病治疗提高到新水平，让颈椎病患者早日康复。

第七节 手法定点整复在非手术治疗中的重要地位

1. 关节错位是颈椎病的主要病理改变 临床上早已发现颈椎间盘突出、骨质增生和韧带钙化的轻重与临床症状不平行，或者说不成正相关。椎间盘退行性变、椎间隙变窄、韧带松弛，如果椎间关节良好，椎管、椎间孔和横突孔通过代偿而不至于伤害脊髓、神经根、交感神经和椎动脉。尽管在X线片上有椎间盘突出、骨质增生、韧带钙化等影像改变，而仍无明显临床症状。但当椎体发生异动，产生关节突关节错位、钩突移位、椎体滑脱，在失代偿情况下，脊髓、神经根、椎动脉明显受到挤压而临床症状非常明显。

2. 重视关节错位、椎体滑脱、半脱位 关节突关节错位、钩突关节移位临床上比较多见，而在影像学上却常被忽略。关节错位是颈椎病症状的主要原因。广州魏征等报告颈椎小关节错位有5种类型：

（1）旋转式错位；

（2）左右侧摆式错位，其下位颈椎上关节突或钩突，将移位椎间孔内，导致椎间孔变形变窄；

（3）前后滑脱或错位；

（4）倾位仰位或错位，当错位较大，可伤及椎间盘，前、后纵韧带和黄韧带，导致椎管矢状径狭窄；

（5）混合式错位。

3. 关节突关节错位的触诊 在数万例患者检查中很少有棘突压痛、叩痛的，棘突不整齐经常见到，椎旁压痛却很多见，其压痛位置恰在关节突关节。根据错位方向可由上到下分别以手法整复，虽然椎间盘突出、骨质增生、韧带钙化在椎管内占有一定空间，手法整复几乎都能获得良好效果，可以说立竿见影，说明关节错位是引起颈椎病症状的重要原

因。整复关节错位在治疗中具有非比寻常的价值。

关节突关节因椎体不稳、挥鞭样损伤、过度负载或头颈不正，如长时间低头姿势造成关节突关节错位。关节囊受到牵引力和剪切力作用，其上感受器被激活，经窦神经、脊神经反射性引起头、颈、肩、臂、背部剧烈疼痛。因此，复位后疼痛立即消失或基本消失。

颈椎在某些负荷状态下，关节错位，颈部肌肉会损伤关节囊。肌肉力量直接改变颈椎运动，从而直接对关节施加负荷，一些肌肉纤维与关节囊密切连接，肌肉收缩时对关节施加作用力，可达44~54N。当作用力小于关节损伤时，复位后肌肉拉力缓解，颈痛消失。

第八节 预防为主降低颈椎病发病率

以往有报道，日本颈椎病发病率占世界第一位。1986年统计我院骨科门诊颈椎病占1/10，30年过去我诊所颈椎病所占比例明显增加，而且有年轻化趋势。

(1) 20世纪80年代前，从事会计职业的人占颈椎病第一位。其后，社会上出现“麻将风”，人人玩麻将，家家有麻将牌。就是这个麻将玩出来大量颈椎病；改革开放后互联网进入我国，计算机普及全国企事业单位和家庭，由于操作不当又成了颈椎病发病原因；近十几年来智能手机老少皆宜，手不离机低头注目，不论行走在大街上，还是坐在任何地方，也无论是在家还是在外边，只要稍一闲暇就是低头玩手机、看手机，玩得脖子疼，玩出了颈椎病。越是年轻人越是玩得热衷，玩出了颈椎病年轻化。

(2) 国人高枕习俗由来已久，所谓高枕无忧，危害不浅，在笔者与患者交谈中发现，真正会枕枕头的人几乎没有。一是枕头不合格，二是枕的方法不正确。人的一生有1/3时间在枕头上度过，因此，不正确的睡姿也是造成颈椎病的重要原因。另外值得一提的是，商家为了营利需要，设计了很多类型的枕头，美其名曰“颈椎保健枕”，从医学角度看这些花样繁多的“颈椎保健枕”尽管价格不菲，但几乎没有合乎要求的（详见附录颈椎病百问答疑部分），也损坏了顾客的颈椎。

(3) 从小学到大学的学子们，不正确的低头读书、伏案写字、操纵鼠标姿势，都是损伤颈椎的因素。另外他们桌椅高度不相称，桌子不是斜坡式而是平板式，再加上玩手机、打电脑，可怜的孩子书还没读完，倒先患了颈椎病。

(4) 改善工作的姿势，避免长时间低头状态，即使必须长时间低头伏案工作，也应该缩短工时，调解作息时间，开展工间操，有意识地进行身体锻炼，都可预防颈椎病。

上面罗列种种易患颈椎病原因和现象，不过希望医生治疗时，要重视预防的宣讲；希望学校的卫生课增加预防颈椎病内容，同时改善学校的卫生条件；希望社会宣传机构利用各种方式宣传预防措施，提高国人健康素质。

第九节 颈椎病在诊断、治疗中的几种倾向

颈椎病在我国已成为常见病、多发病，轻者影响工作，危害健康，重者瘫痪，威胁生命。在诊断、治疗、预防等方向有几种倾向，不利于颈椎病防治。

一、重视外伤，轻视慢性劳损

作者从事颈椎病治疗30余年，诊治10万人次之多，有外伤史者不超过10%，而大部分患者因从事低头伏案工作，或因经常头颈不正的姿势造成颈椎病。一些患者认为颈椎病就是落枕，没啥了不得，根本不用就医，或是门诊开点药、贴贴膏药、拔拔罐了事。由于颈椎病是慢性、渐进性、间歇性发病，往往习以为常，到医院就诊治疗者寥寥无几。而对于急性外伤，患者和家属非常重视，急诊住院、手术者多。医生对外伤也很重视，这些都在情理之中。然而，从颈椎病病因上来说，由于头颈姿势不正是大多数发病的主要原因，这一点不允许医务工作者忽视。

二、重影像检查，轻物理诊断

曾有老师告诉学生：不论到什么时候，不要忘了望、触、叩、听的物理检查。老师说的“无论到什么时候”的意思就是科学再发达，医疗仪器再先进，医生的物理检查也是非常重要的。可是不少患者反映，跑了几个医院，医生没动过手，问几句后就安排CT、MRI或各种造影或其他仪器检查。有一个54岁男患者在某医院做MRI检查18次，花1.8万元，竟然没得出诊断结果；还有一个女患者从头到骨盆都做了CT，就没做颈椎检查，理所当然地把颈椎病给漏诊了。因为没有做物理检查闹出很多低级错误。

颈椎病的下肢症状，一般患者都认为是腰椎病引起，甚至一些医生也认同与颈椎病无关，所以患者主诉有时不是病源所在，仔细认真的物理检查能找到疾病根源，不能犯“头痛医头，脚痛医脚”的错误。要设想没有高级仪器，医生还是要看病的。“无论到什么时候”医疗仪器和各种化验都是为临床服务的，是协助诊断的手段，医生才是最后诊断的决策者。

当然影像学检查，对骨科病（包括颈椎病）是非常必要的。有的放矢地摄片、造影，对临床医生有绝对帮助，但它们也有局限性。完全靠仪器是不可取的，要发挥医生的主观能动性。

三、盲目治疗，轻视诊断

许多患者就诊、治疗到好几个医院，打针、吃药、针灸、按摩、小针刀、刮痧、火针、放血、拔罐以及静脉输液，问其诊断时，竟然不知是什么病，看的是神经科、理疗科、康复科、针灸科、按摩科，或者是中医科，都是对症治疗，没有诊断。

有些患者到骨科也只是拍片后，下个颈椎病诊断了事，至于是什么型的，就没有那么细分。我们都知道颈椎病各型的治疗方法，预后效果，差别是很大的，作为专科医生应该是很了解的，做到认真负责是医生的天职。

四、重视老年人颈椎病，忽略青少年颈椎病

人们一直认为颈椎病是老年病，后来认为是中老年病。以为颈椎病是骨质增生退行性改变的结果，只有老年人才退化、衰老，于是颈椎病自然成了老年病。近年来大家认识到颈椎间盘退变才是颈椎病的始作俑者，而骨质增生是应力、应变的产物。据我们统计，20~40岁的罹患颈椎病占1/4，而60岁以下占85%，何为老年病？近20~30年，我国的颈椎病有年轻化趋势，当然有客观原因（有关章节已述及）。如果还抱着老观念，只有老年人患颈椎病，而青少年不会罹患，那会误人子弟。近几年小学生12岁（五年级）以上来看颈椎病已是不鲜，至于大、中学生更非少数。这些学子还没到椎间盘退变的年龄，就提前退变了，过早地患上了颈椎病。这是事实，不容置疑，我们应该设法把青少年颈椎病消灭在萌芽中，不能忽视他们，那样会贻害他们终生。要重视青少年颈椎病的诊治，避免误诊、漏诊，给孩子留下终生憾事。

五、重视躯体神经作用，轻视自主神经网络潜能

传统的认识，对自主神经作用不太重视，不论在诊断上，还是在治疗上都有所忽视，譬如颈椎病分型有人将交感神经型去掉，认为它与椎动脉型是一个型，其临床表现均归结为椎动脉病变引起；另外，以往认为疼痛只与体神经有关，其实交感神经对疼痛起很重要作用（详见颈椎病疼痛发生机制一节）。颈椎病治疗对交感神经型办法不多，怎样开发这方面的治疗手段是未来治疗颈椎病的课题。

交感神经分布全身肢体和内脏，是个不可想象的互联网，支配机体各组织器官，特别是内脏器官只有自主神经，主要是交感神经支配。颈椎病是全身性疾病，是因为交感神经反射性互联网作用造成的。研究和治疗颈椎病，应该提高对自主神经的认识和了解，更加明晰交感神经在颈椎病发病机制、病理改变、临床表现的作用和地位，研究出相应有效的方法，可能为颈椎病的防治又打开一扇门。

六、重药物治疗，轻物理疗法

治疗颈椎病的中药有颈复康、颈痛灵、抗骨质增生丸、骨刺消痛液、骨刺丸、骨刺片等。西药止痛、消炎、扩张血管、脱水、激素类以及维生素等。

凡是治疗骨质增生的药物基本无疗效，其他药物作为辅助治疗，消除某些症状，多为对症治疗。从山西来到东北就诊的一位患者说：“我几年吃了一汽车药，一点儿效果也没有。”当然这只是个典型例子，不过多数患者认为药物治疗是传统医道，只有吃药才是治疗的常规手段。作者很少用药，却常常有患者要求开药。

从颈椎病的病理分析，椎间盘退变、突出和脱出，椎体的骨赘形成，关节突关节错位、钩突关节移位、椎体脱位，这些主要病理改变就是颈椎病的“本”，没有哪一种药物能治疗；对于引发的临床症状和体征，可以对症治疗，只能说是治标。因此，药物只是辅助疗法。

物理疗法，包括整复关节错位、移位、脱位、颈椎牵引对椎间盘退变和膨出、突出与脱出均有治疗作用。其他物理治疗对颈椎局部炎症、水肿、粘连、改善血液循环与调节颈脊神经、交感神经的兴奋性均有作用。对病情严重者，采用手术治疗，切除脱出椎间盘和骨赘，扩大椎管和椎间孔，解除对脊髓、神经根、椎动脉和交感神经的激压，根除病理改变。

七、重视手术治疗，轻视非手术治疗

大医院和骨科专家都忙于抢救急重颈椎外伤和病情严重的患者，忙于研究手术治疗，从其著作和文章中可看出颈椎病因以外伤为主，治疗以手术为主要手段，即使专家在门诊会诊也是急重患者，或因门诊量很大，只能做出诊断和开方，救治需手术住院者。无暇研究和实施大量颈椎病患者的非手术治疗方法。

可是，90%以上的千百万计颈椎病患者需要非手术治疗，需要颈椎病专家、学者为他们研究出行之有效的治疗办法，不能等待5年、10年后病情发展到严重或瘫痪时方被采取手术治疗。

大医院不能完全依赖理疗科、康复科、按摩科、针灸科非骨科专业科室治疗，颈椎病的复杂性，决定需要专业性很强的专科治疗，如果设有颈椎病专科既开展非手术治疗又进行手术治疗，二者结合，研究出成套的办法，将是广大颈椎病患者的福音。

八、重治疗，轻预防

颈椎病是可以预防的，那么为什么颈椎病愈来愈多，而且有年轻化趋势？

（1）医生每天治疗颈椎病的同时，要给患者讲怎样预防颈椎病，如枕头应是什么样的，又如何正确枕枕头；工作时如何避免长时间低头，工间做些什么运动；打电脑、看手机什么样姿势；学生看书、写字应该设法在斜坡桌上，劝玩麻将者不能时间太长或者应少玩；驾驶员要头颈放正驾驶；家庭专职太太，把低头做家务活改成不低头等。如时间允许应多说几句话，对患者终身受益。

（2）宣传和督促有关方面改善社会福利，有益民生。如学校课桌改成斜坡式，卫生教科书增加预防颈椎病内容，企事业单位强调工间操，制图员必备制图板，利用一切宣传机会，讲解颈椎病卫生知识。预防为主是我国卫生方针，治未病方是上医。