

# 浅议椎动脉型颈椎病的诊断标准

泮金亮

(浙江省台州市立医院, 浙江 台州 318000)

**摘 要** 椎动脉型颈椎病的诊断标准目前仍沿用 1993 年第二届颈椎病专题座谈会制定的标准。本文通过分析现有椎动脉型颈椎病的诊断标准,发现颈性眩晕、旋颈征阳性、X 线片异常表现及交感神经症状均非椎动脉型颈椎病的特异性诊断指标,认为现有椎动脉型颈椎病的诊断标准并不规范,据此标准进行临床研究容易影响研究结果的准确性。如何重新制定一个规范的椎动脉型颈椎病诊断标准,是目前需要解决的首要问题。

**关键词** 颈椎病;眩晕;颈痛;椎动脉;诊断标准

目前有关椎动脉型颈椎病发病机制的研究较多,而关于其诊断标准的研究则较为少见。椎动脉型颈椎病的发病机制较为复杂,主要有骨性压迫学说、椎动脉受牵拉刺激学说、颈椎不稳学说、颈交感神经受刺激学说、应力应变学说、颈部软组织病变学说、椎-基底动脉环代偿功能不全学说、体液因子学说、血液流变学学说、血管闭塞或栓塞学说等<sup>[1-10]</sup>。而椎动脉型颈椎病的诊断标准则仍沿用 1993 年第二届颈椎病专题座谈会制定的标准<sup>[11]</sup>。本文就椎动脉型颈椎病的诊断标准进行了分析,以期为今后颈椎病的相关研究提供参考。

## 1 椎动脉型颈椎病的诊断标准

椎动脉型颈椎病的诊断标准包括:①颈性眩晕,可有猝倒史;②旋颈征阳性;③X 线片有异常所见;④多伴交感神经症状;⑤应除外眼源性、耳源性眩晕;⑥除外椎动脉 V<sub>1</sub>、V<sub>2</sub> 段供血不全、神经官能症与颅内肿瘤等;⑦确诊、手术前需行椎动脉造影或数字减影椎动脉造影<sup>[11]</sup>。

## 2 椎动脉型颈椎病的诊断标准分析

**2.1 颈性眩晕** 虽然有关颈性眩晕的研究较多,但其定义及诊断标准并不明确,多数为假设存在,缺乏临床证据<sup>[12]</sup>。《眩晕诊治专家共识》<sup>[13]</sup>强调了头晕或眩晕与颈部症状之间存在联系,但并未明确颈性眩晕的概念。目前颈性眩晕的诊断尚无统一标准,临床多采用排除法诊断。

**2.1.1 颈性眩晕的诊断标准** 《眩晕诊治专家共识》<sup>[13]</sup>中提出颈性眩晕应符合以下特征:①头晕或眩晕伴随颈部疼痛;②头晕或眩晕多出现在颈部活动后;③部分患者颈扭转试验阳性;④颈部影像学检查

异常,如颈椎反屈、椎体不稳、椎间盘突出等;⑤多有颈部外伤史;⑥排除了其他原因。

**2.1.2 眩晕与颈部疼痛的关系** 人在空间中的自身定向和平衡,主要依靠前庭神经系统、视觉、本体感觉和小脑系统等的合作,并在大脑皮质的统一协调下完成,其中前庭神经系统的作用最为重要。由前庭外侧核发出的纤维组成前庭脊髓束,止于同侧脊髓前角细胞,因此来自内耳前庭的冲动可引起颈、躯干及四肢肌肉的反射性反应,以保持身体的平衡。前庭神经系统受损可导致平衡障碍、共济失调,出现姿态感觉性眩晕。张甦琳等<sup>[14]</sup>对 26 例因单侧前庭病变导致慢性头晕的患者行颈肌张力检查,结果发现其闭眼状态下颈肌张力增高,认为颈部的本体感觉传入紊乱与头晕之间存在重要联系,颈肌张力增高依赖于本体感觉的过度激活,而颈部肌张力增高可引起局限性压痛。部分头晕或眩晕患者虽然无颈肩部不适感,但查体时颈部多有压痛。由此可见颈部疼痛并非颈性眩晕的特有表现,而是多数头晕或眩晕患者的共同表现,是颈部本体感受器和前庭神经系统共同作用的结果,而其目的是为了调节机体平衡。

**2.1.3 颈性眩晕与良性阵发性位置性眩晕的关系** 颈部活动引起头部位置改变诱发的眩晕与良性阵发性位置性眩晕(benign paroxysmal positional vertigo, BPPV)症状类似,因此两者容易混淆。BPPV 是发病率较高的内耳前庭疾病,主要临床表现是头部运动到某一特定位置时出现短暂的眩晕并伴有眼震<sup>[15]</sup>。除眼震之外,BPPV 的其余特征均与椎动脉型颈椎病及颈性眩晕的症状类似。马鑫等<sup>[16]</sup>通过研究发现,床上翻身或起卧时是否反复出现短暂眩晕是诊断 BPPV

的特异性指标,这与 Oghalai 等<sup>[17]</sup>的研究结论一致。

**2.2 旋颈征阳性** 椎动脉型颈椎病与颈性眩晕均可出现旋颈征(转颈或颈扭转试验)阳性,即当颈部向一侧旋转时,该侧的椎动脉受到骨赘等压迫、刺激,对侧的椎动脉若不能及时有效代偿,则可导致椎动脉责任灌注区低灌注,从而引起眩晕。由于椎动脉的代偿能力与椎动脉自身状态、颈部扭转程度及受骨赘压迫程度等有关,因此骨赘与眩晕之间没有必然的因果关系。何海龙等<sup>[18]</sup>认为,双侧椎动脉血流阻断不会引起椎动脉供血区域慢性缺血性损害。目前临床多采用经颅多普勒超声(transcranial doppler, TCD)观察旋颈后椎动脉流速的变化,流速减慢则判定为椎动脉流量减少。然而有研究发现,旋颈试验会导致同侧、对侧或两侧椎动脉扭曲及流速减慢<sup>[19-20]</sup>。椎动脉型颈椎病患者 TCD 检查可表现为增高、减慢和正常,因此不能仅以旋颈试验判断椎动脉流量变化<sup>[20]</sup>。多数研究将 TCD 检查椎动脉流速减慢的检出率作为椎动脉型颈椎病的检出率,然而并未说明当椎动脉流速减慢时是否引起眩晕或眩晕发生的具体情况<sup>[19-22]</sup>。TCD 检查椎动脉流速减慢并不代表眩晕必然发生,同样的血流速度,如果动脉管径粗细不同,则流过动脉的血流量一定不同,管径粗的流量大,管径细的流量小,而 TCD 只能检测到血流速度而不能检测到血管的管径,因此其检查结果不能作为脑供血不足的诊断依据<sup>[23]</sup>。Oosterveld 等<sup>[24]</sup>认为,由于目前缺乏足够的证据证明颈扭转试验阳性是颈性眩晕的特异性诊断指标,因此其是否可以作为诊断颈性眩晕的标准之一,尚有待进一步的研究。

**2.3 X 线片异常表现** 颈部 X 线检查结果异常是多数眩晕患者的常见表现,因此单纯将 X 线片异常表现作为颈性眩晕和椎动脉型颈椎病的诊断标准是不科学的。范炳华等<sup>[25]</sup>对 TCD 检查有椎动脉血流速度改变的患者行三维 CT 椎动脉血管造影,结果发现由颈椎退行性改变、骨质增生等骨性因素引起的只占 15.38%,纤维束带牵拉引起的占 5.38%,而约 80%的患者是由血管本身退变、痉挛、先天发育异常和走行异常等因素所致;认为不能仅凭 X 线片显示颈椎退行性改变而诊断为椎动脉型颈椎病,应结合临床表现综合分析。

**2.4 交感神经症状** 眩晕发作时常伴有恶心、呕吐、面色苍白、血压降低、出汗等自主神经症状,多为前庭

迷走神经反射弧径路受损或功能亢进所致,常见于内耳性、神经性及前庭神经核性眩晕。自主神经症状不仅是各种眩晕疾病的常见症状,而且还可见于其他疾病。颈交感神经的分布范围较为广泛,虽然与椎动脉关系密切,但引起交感神经症状的原因较多,既可能是颈部局部刺激所致,也可能是全身性的调节反应。颈椎病所引起的交感神经症状表现多样,无特异性,任何原因引起的植物性神经功能紊乱都可出现相似的症状<sup>[26]</sup>。

### 3 小 结

通过上述分析,笔者认为由于现有椎动脉型颈椎病的定义较为模糊,且颈性眩晕、旋颈征阳性、X 线片异常表现及交感神经症状均非其特异性诊断指标,因此该诊断标准并不规范,在此基础上进行临床研究,容易导致病例纳入标准不明确,可严重影响研究结果的准确性。也有学者对椎动脉型颈椎病的存在提出质疑,认为应该取消椎动脉型颈椎病<sup>[27]</sup>。然而目前有关椎动脉型颈椎病的各项研究多依现有诊断标准进行,这是导致其研究结果不一致的根本原因。如何重新制定一个规范的椎动脉型颈椎病诊断标准,是目前需要解决的首要问题。

### 4 参考文献

- [1] 范大鹏,孙波,金哲峰.椎动脉型颈椎病发病机制研究进展[J].中国中医骨伤科杂志,2012,20(10):76-78.
- [2] 李采宁,杨米雄.椎动脉型颈椎病的病因病机与治疗进展[J].中医正骨,2008,20(2):66-68.
- [3] 王勇,沈峥嵘.椎动脉型颈椎病诊断、发生机制的研究进展[J].颈腰痛杂志,2006,27(6):501-505.
- [4] 宋敏,李泽佳,刘彦宏,等.血液流变学在椎动脉型颈椎病诊疗中的应用价值评价[J].颈腰痛杂志,2013,34(2):165-167.
- [5] 史达,孙银娣,张平安,等.椎动脉型颈椎病发病机制的中西医研究进展[J].颈腰痛杂志,2011,32(1):60-61.
- [6] 杨新忠.眩晕与椎动脉疾病[J].实用心脑血管病杂志,2009,17(2):160-161.
- [7] 居克举,程冠亮,曹化,等.椎动脉扭曲与颈源性眩晕的关系[J].临床神经病学杂志,2013,26(4):306-308.
- [8] 伍海昭,林列,朱加德,等.椎动脉型颈椎病血浆 ET、NO 的变化[J].中医正骨,2004,16(2):3-4.
- [9] 胡军,吴嘉容,沈国权.手法对颈本体觉紊乱眩晕头颅空间回复能力的作用研究[J].按摩与导引,2004,20(3):7-9.
- [10] 宋敏,蒋宜伟,史达.椎动脉型颈椎病发病机制研究进展[J].颈腰痛,2003,24(5):310-312.

- [11] 孙宇,李贵存. 第二届颈椎病专题座谈会纪要[J]. 解放军医学杂志,1994,19(2):156-158.
- [12] 头晕诊断流程建议专家组. 头晕的诊断流程建议[J]. 中华内科杂志,2009,48(5):435-437.
- [13] 中华医学会神经病学分会,中华神经科杂志编辑委员会. 眩晕诊治专家共识[J]. 中华神经科杂志,2010,43(5):369-374.
- [14] 张甦琳,孔维佳. 慢性头晕患者的颈肌张力和静态平衡的客观评价[J]. 临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2013,27(3):144-146.
- [15] 董红. 良性阵发性位置性眩晕的病因和治疗[J]. 医学综述,2009,15(11):1662-1665.
- [16] 马鑫,李菁,余力生. 病史两问法在良性阵发性位置性眩晕诊断中的意义[J]. 中国耳鼻咽喉头颈外科,2010,17(9):459-461.
- [17] Oghalai JS, Manolidis S, Barth JL, et al. Unrecognized benign paroxysmal positional vertigo in elderly patients[J]. Otolaryngol Head Neck Surg,2000,122(5):630-634.
- [18] 何海龙,贾连顺,李家顺,等. 椎动脉阻断对小脑后下叶功能影响的实验研究[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2002,12(1):23-26.
- [19] 陈惠德,吴毅文,朱永霞,等. 经颅多普勒超声转颈试验在椎动脉型颈椎病临床诊断中的价值和应[J]. 颈腰痛杂志,2007,28(1):33-35.
- [20] 张玉琴,崔改琴. 颈型眩晕彩超诊断中转颈试验的应用价值[J]. 中国实用医刊,2012,39(7):93-94.
- [21] 赵美玲. 转颈试验对椎动脉型颈椎病患者椎-基底动脉血流速度的影响[J]. 医学影像学杂志,2008,18(7):724-726.
- [22] 刘铁军,张西平. TCD 转颈试验在诊断椎基底动脉供血不足中的应用价值[J]. 陕西医学杂志,2011,40(9):1255-1256.
- [23] 高山. 头晕、后循环缺血与某些诊断误区[J]. 听力学及言语疾病杂志,2009,17(6):532-533.
- [24] Oosterveld WJ, Kortschot HW, Kingma GG, et al. Electro-nystagmographic findings following cervical whiplash injuries[J]. Acta Otolaryngol,1991,111(2):201-205.
- [25] 范炳华,吴良浩,张杰,等. 椎动脉性眩晕的血管形态学变化及分型研究[J]. 中国骨伤,2005,18(9):527-529.
- [26] 李义凯. 对颈椎病病名的再认识[J]. 中医正骨,2014,26(6):3-5.
- [27] 袁文. 对椎动脉与颈椎病发病关系的认识[J]. 中国脊柱脊髓杂志,2003,13(4):210-211.

(2016-05-15 收稿 2016-06-08 修回)

## 《中医正骨》杂志 2015 年重点专栏目录(二)

### 2015 年第 9 期——小针刀技术专栏

#### 1 针刀技术的特色与优势

(述评专家:中国中医科学院骨伤科研究所  
董福慧教授)

#### 2 针刀疗法改善膝骨关节炎早期疼痛症状的疗效评价

#### 3 针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎

#### 4 针刀经皮松解联合复方当归注射液局部注射治疗肱骨外上髁炎

#### 5 针刀松解联合局部封闭与口服中药治疗腰椎间盘突出症

#### 6 针刀松解术治疗腰肌劳损 124 例

#### 参考文献著录格式

[1] 董福慧. 针刀技术的特色与优势[J]. 中医正骨,2015,27

(9):1-2.

[2] 梁朝,蔡静怡,闫立,董福慧,温建民,余志勇,黄大鹏. 针刀疗法改善膝骨关节炎早期疼痛症状的疗效评价[J]. 中医正骨,2015,27(9):9-14.

[3] 曹亚飞,李亨,余伟吉,刘伟东. 针刀松解治疗指屈肌腱狭窄性腱鞘炎[J]. 中医正骨,2015,27(9):15-17.

[4] 伍辉国,江克罗,张文正,邓同明,王云锋. 针刀经皮松解联合复方当归注射液局部注射治疗肱骨外上髁炎[J]. 中医正骨,2015,27(9):38-39.

[5] 沈海良,钱万锋,周晓栋. 针刀松解联合局部封闭与口服中药治疗腰椎间盘突出症[J]. 中医正骨,2015,27(9):46-47.

[6] 吴晓刚,潘茂才,徐国栋,梁军,苏广升,王海东. 针刀松解术治疗腰肌劳损 124 例[J]. 中医正骨,2015,27(9):48-49.