



中国康复医学会颈椎病专业委员会

颈椎病诊治与康复指南

2010版

2010年8月·北京
中国康复医学会

第一部分 前言

颈椎病（Cervical Spondylosis）是一种常见病和多发病。

第二届全国颈椎病专题座谈会（1992年，青岛）明确了颈椎病定义：即颈椎间盘退行性改变及其继发病理改变累及其周围组织结构（神经根、脊髓、椎动脉、交感神经等），出现相应的临床表现。仅有颈椎的退行性改变而无临床表现者则称为颈椎退行性改变。

随着现代从事低头工作方式人群增多，如电脑、空调的广泛使用，人们屈颈和遭受风寒湿的机会不断增加，造成颈椎病的患病率不断上升，且发病年龄有年轻化的趋势。

第二部分 颈椎病的分型

根据受累组织和结构的不同，颈椎病分为：颈型（又称软组织型）、神经根型、脊髓型、交感型、椎动脉型、其他型（目前主要指食道压迫型）。如果两种以上类型同时存在，称为“混合型”。

一. 颈型颈椎病：

颈型颈椎病是在颈部肌肉、韧带、关节囊急、慢性损伤，椎间盘退化变性，椎体不稳，小关节错位等的基础上，机体受风寒侵袭、感冒、疲劳、睡眠姿势不当或枕高不适宜，使颈椎过伸或过屈，颈项部某些肌肉、韧带、神经受到牵张或压迫所致。多在夜间或晨起时发病，有自然缓解和反复发作的倾向。30～40岁女性多见。

二. 神经根型颈椎病

神经根型颈椎病是由于椎间盘退变、突出、节段性不稳定、骨质增生或骨赘形成等原因在椎管内或椎间孔处刺激和压迫颈神经根所致。在各型中发病率最高，约占

60~70%，是临床上最常见的类型。多为单侧、单根发病，但是也有双侧、多根发病者。多见于30~50岁者，一般起病缓慢，但是也有急性发病者。男性多于女性1倍。

三. 脊髓型颈椎病

脊髓型颈椎病的发病率占颈椎病的12~20%，由于可造成肢体瘫痪，因而致残率高。通常起病缓慢，以40~60岁的中年人为多。合并发育性颈椎管狭窄时，患者的平均发病年龄比无椎管狭窄者小。多数患者无颈部外伤史。

四. 交感型颈椎病

由于椎间盘退变和节段性不稳定等因素，从而对颈椎周围的交感神经末梢造成刺激，产生交感神经功能紊乱。交感型颈椎病症状繁多，多数表现为交感神经兴奋症状，少数为交感神经抑制症状。由于椎动脉表面富含交感神经纤维，当交感神经功能紊乱时常累及椎动脉，导致椎动脉的舒缩功能异常。因此交感型颈椎病在出现全身多个系统症状的同时，还常常伴有的椎-基底动脉系统供血不足的表现。

五. 椎动脉型颈椎病

正常人当头向一侧歪曲或扭动时，其同侧的椎动脉受挤压、使椎动脉的血流减少，但是对侧的椎动脉可以代偿，从而保证椎-基底动脉血流不受太大的影响。当颈椎出现节段性不稳定和椎间隙狭窄时，可以造成椎动脉扭曲并受到挤压；椎体边缘以及钩椎关节等处的骨赘可以直接压迫椎动脉、或刺激椎动脉周围的交感神经纤维，使椎动脉痉挛而出现椎动脉血流瞬间变化，导致椎-基底供血不全而出现症状，因此不伴有椎动脉系统以外的症状。

第三部分 颈椎病的临床表现

一. 颈型颈椎病

1. 颈项强直、疼痛，可有整个肩背疼痛发僵，不能作点头、仰头、及转头

活动，呈斜颈姿势。需要转颈时，躯干必须同时转动，也可出现头晕的症状。

2. 少数患者可出现反射性肩臂手疼痛、胀麻，咳嗽或打喷嚏时症状不加重。

3. 临床检查：急性期颈椎活动绝对受限，颈椎各方向活动范围近于零度。颈椎旁肌、胸₁~胸₇椎旁或斜方肌、胸锁乳头肌有压痛，冈上肌、冈下肌也可有压痛。如有继发性前斜角肌痉挛，可在胸锁乳头肌内侧，相当于颈₃~颈₆横突水平，扪到痉挛的肌肉，稍用力压迫，即可出现肩、臂、手放射性疼痛。

二. 神经根型颈椎病

1. 颈痛和颈部发僵，常常是最早出现的症状。有些患者还有肩部及肩胛骨内侧缘疼痛。

2. 上肢放射性疼痛或麻木。这种疼痛和麻木沿着受累神经根的走行和支配区放射，具有特征性，因此称为根型疼痛。疼痛或麻木可以呈发作性、也可以呈持续性。有时症状的出现与缓解和患者颈部的位置和姿势有明显关系。颈部活动、咳嗽、喷嚏、用力及深呼吸等，可以造成症状的加重。

3. 患侧上肢感觉沉重、握力减退，有时出现持物坠落。可有血管运动神经的症状，如手部肿胀等。晚期可以出现肌肉萎缩。

4. 临床检查：颈部僵直、活动受限。患侧颈部肌肉紧张，棘突、棘突旁、肩胛骨内侧缘以及受累神经根所支配的肌肉有压痛。椎间孔部位出现压痛并伴上肢放射性疼痛或麻木、或者使原有症状加重具有定位意义。椎间孔挤压试验阳性，臂丛神经牵拉试验阳性。仔细、全面的神经系统检查有助于定位诊断。

三. 脊髓型颈椎病

1. 多数患者首先出现一侧或双侧下肢麻木、沉重感，随后逐渐出现行走困难，下肢各组肌肉发紧、抬步慢，不能快走。继而出现上下楼梯时需要借助上肢扶着拉手才能登上台阶。严重者步态不稳、行走困难。患者双脚有踩棉感。有些患者起病隐匿，往往是自己想追赶即将驶离的公共汽车，却突然发现双腿不能快走。

2. 出现一侧或双侧上肢麻木、疼痛，双手无力、不灵活，写字、系扣、持筷等精细动作难以完成，持物易落。严重者甚至不能自己进食。

3. 躯干部出现感觉异常，患者常感觉在胸部、腹部、或双下肢有如皮带样

的捆绑感，称为“束带感”。同时下肢可有烧灼感、冰凉感。

4. 部分患者出现膀胱和直肠功能障碍。如排尿无力、尿频、尿急、尿不尽、尿失禁或尿潴留等排尿障碍，大便秘结。性功能减退。

病情进一步发展，患者须拄拐或借助他人搀扶才能行走，直至出现双下肢呈痉挛性瘫痪，卧床不起，生活不能自理。

5. 临床检查：颈部多无体征。上肢或躯干部出现节段性分布的浅感觉障碍区，深感觉多正常，肌力下降，双手握力下降。四肢肌张力增高，可有折刀感；腱反射活跃或亢进：包括肱二头肌、肱三头肌、桡骨膜、膝腱、跟腱反射；髌阵挛和踝阵挛阳性。病理反射阳性：如上肢 Hoffmann 征、Rossolimo 征、下肢 Barbinski 征、Chaddock 征。浅反射如腹壁反射、提睾反射减弱或消失。如果上肢腱反射减弱或消失，提示病损在该神经节段水平。

四. 交感型颈椎病

1. 头部症状：如头晕或眩晕、头痛或偏头痛、头沉、枕部痛，睡眠欠佳、记忆力减退、注意力不易集中等。偶有因头晕而跌倒者。

2. 眼耳鼻喉部症状：眼胀、干涩或多泪、视力变化、视物不清、眼前好象有雾等；耳鸣、耳堵、听力下降；鼻塞、“过敏性鼻炎”，咽部异物感、口干、声带疲劳等；味觉改变等。

3. 胃肠道症状：恶心甚至呕吐、腹胀、腹泻、消化不良、暖气以及咽部异物感等。

4. 心血管症状：心悸、胸闷、心率变化、心律失常、血压变化等。

5. 面部或某一肢体多汗、无汗、畏寒或发热，有时感觉疼痛、麻木但是又不按神经节段或走行分布。

以上症状往往与颈部活动有明显关系，坐位或站立时加重，卧位时减轻或消失。颈部活动多、长时间低头、在电脑前工作时间过长或劳累时明显，休息后好转。

6. 临床检查：颈部活动多正常、颈椎棘突间或椎旁小关节周围的软组织压痛。有时还可伴有心率、心律、血压等的变化。

五. 椎动脉型颈椎病

1. 发作性眩晕，复视伴有眼震。有时伴随恶心、呕吐、耳鸣或听力下降。

这些症状与颈部位置改变有关。

2. 下肢突然无力猝倒，但是意识清醒，多在头颈处于某一位置时发生。

3. 偶有肢体麻木、感觉异常。可出现一过性瘫痪，发作性昏迷。

第四部分 颈椎病的诊断标准

一. 临床诊断标准

1. 颈型：具有典型的落枕史及上述颈项部症状体征；影像学检查可正常或仅有生理曲度改变或轻度椎间隙狭窄，少有骨赘形成。

2. 神经根型：具有根性分布的症状（麻木、疼痛）和体征；椎间孔挤压试验或 / 和臂丛牵拉试验阳性；影像学所见与临床表现基本相符合；排除颈椎外病变（胸廓出口综合征、网球肘、腕管综合征、肘管综合征、肩周炎、肱二头肌长头腱鞘炎等）所致的疼痛。

3. 脊髓型：出现颈脊髓损害的临床表现；影像学显示颈椎退行性改变、颈椎管狭窄，并证实存在与临床表现相符合的颈脊髓压迫；除外进行性肌萎缩性脊髓侧索硬化症、脊髓肿瘤、脊髓损伤、继发性粘连性蛛网膜炎、多发性末梢神经炎等。

4. 交感型：诊断较难，目前尚缺乏客观的诊断指标。出现交感神经功能紊乱的临床表现、影像学显示颈椎节段性不稳定。对部分症状不典型的患者，如果行星状神经节结封闭或颈椎高位硬膜外封闭后，症状有所减轻，则有助于诊断。除外其他原因所致的眩晕：

(1) 耳源性眩晕：由于内耳出现前庭功能障碍，导致眩晕。如美尼耳氏综合征、耳内听动脉栓塞。

(2) 眼源性眩晕：屈光不正、青光眼等眼科疾患。

(3) 脑源性眩晕：因动脉粥样硬化造成椎 - 基底动脉供血不全、腔隙性脑梗塞；脑部肿瘤；脑外伤后遗症等。

(4) 血管源性眩晕：椎动脉的 V₁ 和 V₃ 段狭窄导致椎 - 基底动脉供血不全；

高血压病、冠心病、嗜铬细胞瘤等。

(5) 其他原因：糖尿病、神经官能症、过度劳累、长期睡眠不足等。

5. 椎动脉型：曾有猝倒发作、并伴有颈性眩晕；旋颈试验阳性；影像学显示节段性不稳定或钩椎关节增生；除外其他原因导致的眩晕；颈部运动试验阳性。

二. 影像学及其其它辅助检查

X线检查是颈椎损伤及某些疾患诊断的重要手段，也是颈部最基本最常用的检查技术，即使在影像学技术高度发展的条件下，也是不可忽视的一种重要检查方法。

X线平片对于判断损伤的疾患严重程度、治疗方法选择、治疗评价等提供影像学基础。常拍摄全颈椎正侧位片，颈椎伸屈动态侧位片，斜位摄片，必要时拍摄颈_{1~2}开口位片和断层片。正位片可见钩椎关节变尖或横向增生、椎间隙狭窄；侧位片见颈椎顺列不佳、反曲、椎间隙狭窄、椎体前后缘骨赘形成、椎体上下缘（运动终板）骨质硬化、发育性颈椎管狭窄等；过屈、过伸侧位可有节段性不稳定；左、右斜位片可见椎间孔缩小、变形。有时还可见到在椎体后缘有高密度的条状阴影——颈椎后纵韧带骨化（Ossification of posterior longitudinal ligament, OPLL）。

颈椎管测量方法（见图1）：在颈椎侧位X线片上，C₃到C₆任何一个椎节，椎管的中矢状径与椎体的中矢状径的比值如果小于或等于0.75，即诊断为发育性颈椎管狭窄。节段性不稳定在交感型颈椎病的诊断上有重要意义，测量方法（见图2）：即在颈椎过屈过伸侧位片上，于椎体后缘连线延长线与滑移椎体下缘相交一点至同一椎体后缘之距离之和≥2mm；椎体间成角>11°。CT可以显示出椎管的形状及OPLL的范围和对椎管的侵占程度；脊髓造影配合CT检查可显示硬膜囊、脊髓和神经根受压的情况。

颈部MRI检查则可以清晰地显示出椎管内、脊髓内部的改变及脊髓受压部位及形态改变，对于颈椎损伤、颈椎病及肿瘤的诊断具有重要价值。当颈椎间盘退变后，其信号强度亦随之降低，无论在矢状面或横断面，都能准确诊断椎间盘突出。磁共振成像在颈椎疾病诊断中，不仅能显示颈椎骨折与椎间盘突出向后压迫硬脊膜囊的范围和程度，而且尚可反映脊髓损伤后的病理变化。脊髓内出血或实质性损害一般在T₂加权图像上表现为暗淡和灰暗影像。而脊髓水肿常以密度均匀

的条索状或梭形信号出现。

经颅彩色多普勒（TCD）、DSA、MRA可探查基底动脉血流、椎动脉颅内血流，推测椎动脉缺血情况，是检查椎动脉供血不足的有效手段，也是临床诊断颈椎病，尤其是椎动脉型颈椎病的常用检查手段。椎动脉造影和椎动脉“B超”对诊断有一定帮助。

第五部分 颈椎病的治疗

颈椎病的治疗有手术和非手术之分。

大部分颈椎病患者经非手术治疗效果优良，仅一小部分患者经非手术治疗无效或病情严重而需要手术治疗。

一. 非手术治疗

目前报道90%~95%的颈椎病患者经过非手术治疗获得痊愈或缓解。非手术治疗目前主要是采用中医、西医、中西医结合以及康复治疗等综合疗法，中医药治疗手段结合西药消炎镇痛、扩张血管、利尿脱水、营养神经等类药物。

(一) 中医中药治疗

1. 中医药辨证治疗

中医药辨证治疗：应以分型辨证用药为基本方法。

(1) 颈型颈椎病：宜疏风解表、散寒通络，常用桂枝加葛根汤（桂枝、芍药、甘草、生姜、大枣、葛根）或葛根汤（葛根、麻黄、桂枝、芍药、生姜、大枣、甘草），伴有咽喉炎症者加大元参、板兰根、金银花等。

(2) 神经根型颈椎病：分为：

以痛为主，偏瘀阻寒凝，宜祛瘀通络，常用身痛逐瘀汤（当归、川芎、没药、桃仁、羌活、红花、五灵脂、秦艽、香附、牛膝、地龙、炙草）；如偏湿热，宜清热利湿，用当归拈痛汤（当归、党参、苦参、苍朮、白朮、升麻、防己、羌活、葛根、知母、猪苓、茵陈、黄芩、泽泻、甘草、大枣），如伴有麻木，在上述方中加止痉散（蜈蚣、全蝎）。

以麻木为主，伴有肌肉萎缩，取益气化痰通络法，常用补阳还五汤（黄芪、当归、川芎、芍药、桃仁、红花、地龙）加蜈蚣、全蝎等。

(3) 椎动脉型颈椎病，分为：

头晕伴头痛者，偏瘀血宜祛瘀通络、化湿平肝，常用血府逐瘀汤（当归、川芎、赤芍、生地、桃仁、红花、牛膝、柴胡、枳壳、桔梗、甘草）；偏痰湿，宜半夏白术天麻汤（半夏、白术、天麻、茯苓、陈皮、甘草、大枣）等。

头晕头胀如裹，胁痛、口苦、失眠者，属胆胃不和，痰热内扰，宜理气化痰、清胆和胃，常用温胆汤（半夏、茯苓、陈皮、竹茹、枳实、甘草）。

头晕神疲乏力、面少华色者，取益气和营化湿法，常用益气聪明汤（黄芪、党参、白芍、黄柏、升麻、葛根、蔓荆子、甘草）。

(4) 脊髓型颈椎病：肌张力增高，胸腹有束带感者取祛瘀通腑法，用复元活血汤（大黄、柴胡、红花、桃仁、当归、天花粉、穿山甲、炙甘草）。如下肢无力、肌肉萎缩者，取补中益气，调养脾肾法，地黄饮子（附子、桂枝、肉苁蓉、山茱萸、熟地、巴戟天、石菖蒲、远志、石斛、茯苓、麦冬、五味子）合圣愈汤（黄芪、党参、当归、赤芍、川芎、熟地、柴胡）。

交感型颈椎病症状较多，宜根据病情辨证施治。

2. 中药外治疗法

有行气散瘀、温经散寒、舒筋活络或清热解毒等不同作用的中药制成不同的剂型，应用在颈椎病患者的有关部位。颈椎病中药外治的常用治法有腾药、敷贴药、喷药等。

3. 推拿和正骨手法

具有调整内脏功能、平衡阴阳、促进气血生成、活血祛瘀、促进组织代谢、解除肌肉紧张、理筋复位的作用。基本手法有摩法、揉法、点法、按法与扳法。

特别强调的是，推拿必须由专业医务人员进行。颈椎病手法治疗宜柔和，切忌暴力。椎动脉型、脊髓型患者不宜施用后关节整复手法。难以除外椎管内肿瘤等病变者、椎管发育性狭窄者、有脊髓受压症状者、椎体及附件有骨性破坏者、后纵韧带骨化或颈椎畸形者、咽，喉，颈，枕部有急性炎症者、有明显神经官能症者，以及诊断不明的情况下，禁止使用任何推拿和正骨手法。

4. 针灸疗法

包括针法与灸法。针法就是用精制的金属针刺入人体的一定部位中，用适当

的手法进行刺激，而灸法则是用艾条或艾炷点燃后熏烤穴位进行刺激，通过刺激来达到调整人体经络脏腑气血的功能，防治疾病的目的。

(二). 康复治疗

1. 物理因子治疗

物理因子治疗的主要作用是扩张血管、改善局部血液循环，解除肌肉和血管的痉挛，消除神经根、脊髓及其周围软组织的炎症、水肿，减轻粘连，调节植物神经功能，促进神经和肌肉功能恢复。常用治疗方法：

(1) 直流电离子导入疗法

常用用各种西药（冰醋酸、VitB1、VitB12、碘化钾、奴佛卡因等）或中药（乌头、威灵仙、红花等）置于颈背，按药物性能接阳极或阴极，与另一电极对置或斜对置，每次通电 20 分钟，适用于各型颈椎病。

(2) 低频调制的中频电疗法

一般用 2000Hz-8000Hz 的中频电为载频，用 1~500Hz 的不同波形（方波、正弦波、三角波等）的低频电为调制波，以不同的方式进行调制并编成不同的处方。使用时按不同病情选择处方，电极放置方法同直流电，每次治疗一般 20~30 分钟，适用于各型颈椎病。

(3) 超短波疗法

用波长 7m 左右的超短波进行治疗。一般用中号电极板两块，分别置于颈后与患肢前臂伸侧，或颈后单极放置。急性期无热量，每日一次，每次 12 至 15 分钟，慢性期用微热量，每次 15~20 分钟。10~15 次为一疗程。适用于神经根型（急性期）和脊髓型（脊髓水肿期）。

(4) 超声波疗法

频率 800kHz 或 1000kHz 的超声波治疗机，声头与颈部皮肤密切接触，沿椎间隙与椎旁移动，强度用 0.8~1 W/cm²，可用氢化可的松霜做接触剂，每日一次，每次 8 min，15~20 次一疗程。用于治疗脊髓型颈椎病。

超声频率同上，声头沿颈两侧与两岗上窝移动，强度 0.8~1.5 W/cm²，每次 8~12 min，余同上，用于治疗神经根型颈椎病。

(5) 超声电导靶向透皮给药治疗

采用超声电导仪及超声电导凝胶贴片，透入药物选择 2%利多卡因注射液。将贴片先固定在仪器的治疗发射头内，取配制好的利多卡因注射液 1 ml 分别加入

到两个耦合凝胶片上，再将贴片连同治疗发射头一起固定到患者颈前。治疗参数选择电导强度 6, 超声强度 4, 频率 3, 治疗时间 30 分钟，每天一次, 10 天为一疗程。用于治疗椎动脉型和交感神经型颈椎病。

(6) 高电位疗法

使用高电位治疗仪，患者坐于板状电极或治疗座椅上，脚踏绝缘垫，每次治疗 30 ~ 50 分钟。可同时用滚动电极在颈后领区或患区滚动 5 ~ 8 分钟，每日一次，每 12 ~ 15 天为一疗程，可用于各型颈椎病，其中以交感神经型颈椎病效果为佳。

(7) 光疗

紫外线疗法：颈后上平发际下至第二胸椎，红斑量 (3 ~ 4 生物量)，隔日一次，3 次一疗程，配合超短波治疗神经根型急性期。

红外线疗法：各种红外线仪器均可，颈后照射。20 ~ 30 min/ 次。用于软组织型颈椎病，或配合颈椎牵引治疗 (颈牵前先做红外线治疗) 。

(8) 其它疗法

如磁疗、电兴奋疗法、音频电疗、干扰电疗、蜡疗、激光照射等治疗也是颈椎病物理治疗经常选用的方法，选择得当均能取得一定效果。

2. 牵引治疗

颈椎牵引是治疗颈椎病常用且有效的方法。颈椎牵引有助于解除颈部肌肉痉挛，使肌肉放松，缓解疼痛；松解软组织粘连，牵伸挛缩的关节囊和韧带；改善或恢复颈椎的正常生理弯曲；使椎间孔增大，解除神经根的刺激和压迫；拉大椎间隙，减轻椎间盘内压力。调整小关节的微细异常改变，使关节嵌顿的滑膜或关节突关节的错位得到复位；

颈椎牵引治疗时必须掌握牵引力的方向 (角度)、重量和牵引时间三大要素，才能取得牵引的最佳治疗效果。

(1) 牵引方式：常用枕颌布带牵引法，通常采用坐位牵引，但病情较重或不能坐位牵引时可用卧式牵引。可以采用连续牵引，也可用间歇牵引或两者相结合。

(2) 牵引角度：一般按病变部位而定，如病变主要在上颈段，牵引角度宜采用 0-10°，如病变主要在下颈段 (颈_{5~7})，牵引角度应稍前倾，可在 15° ~ 30° 之间，同时注意结合患者舒适来调整角度。

(3) 牵引重量：间歇牵引的重量可以其自身体重的 10% ~ 20% 确定，持续

牵引则应适当减轻。一般初始重量较轻，如 6 kg 开始，以后逐渐增加。

(4) 牵引时间：牵引时间以连续牵引 20 分钟，间歇牵引则 20 ~ 30 分钟为宜，每天一次，10 ~ 15 天为一疗程。

(5) 注意事项：应充分考虑个体差异，年老体弱者宜牵引重量轻些，牵引时间短些，年轻力壮则可牵重些长些；牵引过程要注意观察询问患者的反应，如有不适或症状加重者应立即停止牵引，查找原因并调整、更改治疗方案。

(6) 牵引禁忌症：牵引后有明显不适或症状加重，经调整牵引参数后仍无改善者；脊髓受压明显、节段不稳严重者；年迈椎骨关节退行性变严重、椎管明显狭窄、韧带及关节囊钙化骨化严重者。

3. 手法治疗

手法治疗是颈椎病治疗的重要手段之一，是根据颈椎骨关节的解剖及生物力学的原理为治疗基础，针对其病理改变，对脊椎及脊椎小关节进行推动、牵拉、旋转等手法进行被动活动治疗，以调整脊椎的解剖及生物力学关系，同时对脊椎相关肌肉、软组织进行松解、理顺，达到改善关节功能、缓解痉挛、减轻疼痛的目的。

常用的方法有中式手法及西式手法。中式手法指中国传统的按摩推拿手法，一般包括骨关节复位手法及软组织按摩手法。西式手法在我国常用的有麦肯基 (Mckenzie) 方法、关节松动手法 (Maitland 手法)，脊椎矫正术 (chiropractic) 等。

应特别强调的是，颈椎病的手法治疗必须由训练有素的专业医务人员进行。手法治疗宜根据个体情况适当控制力度，尽量柔和，切忌暴力。难以除外椎管内肿瘤等病变者、椎管发育性狭窄者、有脊髓受压症状者、椎体及附件有骨性破坏者、后纵韧带骨化或颈椎畸形者、咽，喉，颈，枕部有急性炎症者、有明显神经官能症者，以及诊断不明的情况下，慎用或禁止使用任何推拿和正骨手法。

4. 运动治疗

颈椎的运动治疗是指采用合适的运动方式对颈部等相关部位以至于全身进行锻炼。运动治疗可增强颈肩背肌的肌力，使颈椎稳定，改善椎间各关节功能，增加颈椎活动范围，减少神经刺激，减轻肌肉痉挛，消除疼痛等不适，矫正颈椎排列异常或畸形，纠正不良姿势。长期坚持运动疗法可促进机体的适应代偿过程，从而达到巩固疗效，减少复发的目的。

颈椎运动疗法常用的方式有徒手操、棍操、哑铃操等，有条件也可用机械训练。类型通常包括颈椎柔韧性练习、颈肌肌力训练、颈椎矫正训练等。此外，还有全身性的运动如跑步、游泳、球类等也是颈椎疾患常用的治疗性运动方式。可以指导颈椎病患者采用“颈肩疾病运动处方”。

运动疗法适用于各型颈椎病症状缓解期及术后恢复期的患者。具体的方式方法因不同类型颈椎病及不同个体体质而异，应在专科医师指导下进行。

5. 矫形支具应用

颈椎的矫形支具主要用于固定和保护颈椎，矫正颈椎的异常力学关系，减轻颈部疼痛，防止颈椎过伸、过屈、过度转动，避免造成脊髓、神经的进一步受损，减轻脊髓水肿，减轻椎间关节创伤性反应，有助于组织的修复和症状的缓解，配合其他治疗方法同时进行，可巩固疗效，防止复发。

最常用的有颈围、颈托，可应用于各型颈椎病急性期或症状严重的患者。颈托也多用于颈椎骨折、脱位，经早期治疗仍有椎间不稳定或半脱位的患者。乘坐高速汽车等交通工具时，无论有还是没有颈椎病，戴颈围保护都很有必要。但应避免不合理长期使用，以免导致颈肌无力及颈椎活动度不良。

无论那一型颈椎病，其治疗的基本原则是遵循先非手术治疗，无效后再手术这一基本原则。这不仅是由于手术本身所带来的痛苦和易引起损伤及并发症，更为重要的是颈椎病本身，绝大多数可以通过非手术疗法是其停止发展、好转甚至痊愈。除非具有明确手术适应症的少数病例，一般均应先从正规的非手术疗法开始，并持续3~4周，一般均可显效。对个别呈进行性发展者（多为脊髓型颈椎病），则需当机立断，及早进行手术。

(二) 手术治疗

手术治疗主要是解除由于椎间盘突出、骨赘形成或韧带钙化所致的对脊髓或血管的严重压迫，以及重建颈椎的稳定性。脊髓型颈椎病一旦确诊，经非手术治疗无效且病情日益加重者应当积极手术治疗；神经根型颈椎病症状重、影响患者生活和工作、或者出现了肌肉运动障碍者；保守治疗无效或疗效不巩固、反复发作的其他各型颈椎病，应考虑行手术治疗。

必须严格掌握微创治疗（髓核溶解、经皮切吸、PLDD、射频消融等）的适应证。

手术术式分颈前路和颈后路。

1. 前路手术

经颈前入路切除病变的椎间盘和后骨刺并行椎体间植骨。其优点是脊髓获得直接减压、植骨块融合后颈椎获得永久性稳定。在植骨同时采用钛质钢板内固定，可以提高植骨融合率、维持颈椎生理曲度。前路椎间盘切除椎体间植骨融合手术适应证：1-2个节段的椎间盘突出或骨赘所致神经根或脊髓腹侧受压者；节段性不稳定者。植骨材料可以采用自体髂骨、同种异体骨、人工骨如羟基磷灰石、磷酸钙、硫酸钙、珊瑚陶瓷等。椎间融合器（Cage）具有维持椎体间高度、增强局部稳定性、提高融合率等作用，同时由于其低切迹的优点，可以明显减少术后咽部异物感和吞咽困难，专用的髂骨取骨装置可以做到微创取骨。对于孤立型OPLL；局限性椎管狭窄等可以采用椎体次全切除术、椎体间大块植骨、钛板内固定的方法。如果采用钛笼内填自体骨（切除的椎体）、钛板内固定则可以避免取骨。对于椎间关节退变较轻、椎间隙未出现明显狭窄的患者可以在切除病变的椎间盘后进行人工椎间盘置换术。

2. 后路手术

经颈后入路将颈椎管扩大，使脊髓获得减压。常用的术式是单开门和双开门椎管扩大成形术。手术适应证：脊髓型颈椎病伴发育性或多节段退变性椎管狭窄者；多节段OPLL；颈椎黄韧带肥厚或骨化所致脊髓腹背受压者。有节段性不稳定者可以同时行侧块钛板螺钉或经椎弓根螺钉内固定、植骨融合术。

3. 康复治疗

颈椎病“围手术期”的康复治疗，有利于巩固手术疗效，弥补手术之不足，以及缓解手术所带来的局部和全身创伤，从而达到恢复患者心身健康的目的。

围手术期治疗的基本方法既离不开有关颈椎病的康复医疗（如中药、理疗、体育疗法、高压氧等），又不能忽视一些新的病理因素，如手术给患者带来的忧虑恐慌等精神负担，又如手术的创伤以及术后体质虚弱。

“颈椎病康复保健功”用于颈椎病的预防和辅助治疗，可以有计划推广到社区，体现出康复预防的学术思想。

4. 疗效评定

日本骨科学会制定了对颈脊髓病患者的脊髓功能评定标准（简称17分法）（表一），并已经为国际学者所接受。根据我国国情也制定了适合相应的标准（简称40分法）（表二），并已经在国内推广应用。

第六部分 颈椎病的预防

随着年龄的增长，颈椎椎间盘发生退行性变，几乎是不可避免的。但是在生活和工作中注意避免促进椎间盘退行性变的一些因素，则有助于防止颈椎退行性变的发生与发展。

一. 正确认识颈椎病，树立战胜疾病的信心

颈椎病病程比较长，椎间盘的退变、骨刺的生长、韧带钙化等与年龄增长、机体老化有关。病情常有反复，发作时症状可能比较重，影响日常生活和休息。因此，一方面要消除恐惧悲观心理，另一方面要防止得过且过的心态，放弃积极治疗。

二. 关于休息

颈椎病急性发作期或初次发作的病人，要适当注意休息，病情严重者更要卧床休息 2-3 周。从颈椎病的预防角度说，应该选择有利于病情稳定，有利于保持脊柱平衡的床铺为佳。枕头的位置、形状与选料要有所选择，也需要一个良好的睡眠体位，做到既要维持整个脊柱的生理曲度，又应使患者感到舒适，达到使全身肌肉松弛，调整关节生理状态的作用。

三. 关于保健

1. 医疗体育保健操的锻炼

无任何颈椎病的症状者，可以每日早、晚各数次进行缓慢屈、伸、左右侧屈及旋转颈部的运动。加强颈背肌肉等长抗阻收缩锻炼。

颈椎病人戒烟或减少吸烟对其缓解症状，逐步康复，意义重大。避免过度劳累而致咽喉部的反复感染炎症，避免过度负重和人体震动进而减少对椎间盘的冲击。

2. 避免长期低头姿势

要避免长时间低头工作，银行与财会专业人士、办公室伏案工作、电脑操作等人员，这种体位使颈部肌肉、韧带长时间受到牵拉而劳损，促使颈椎椎间盘发

生退变。工作 1 小时左右后改变一下体位。改变不良的工作和生活习惯，如卧在床上阅读、看电视等。

3. 颈部放置在生理状态下休息

一般成年人颈部垫高约 10 公分较好，高枕使颈部处于屈曲状态，其结果与低头姿势相同。侧卧时，枕头要加高至头部不出现侧屈的高度。

4. 避免颈部外伤

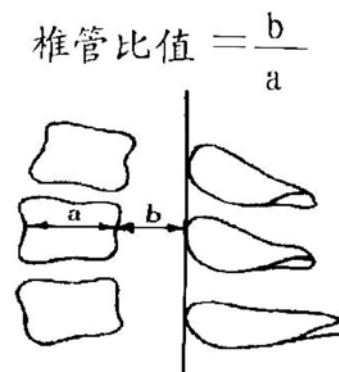
乘车外出应系好安全带并避免在车上睡觉，以免急刹车时因颈部肌肉松弛而损伤颈椎。出现颈肩臂痛时，在明确诊断并除外颈椎管狭窄后，可行轻柔按摩，避免过重的旋转手法，以免损伤椎间盘。

5. 避免风寒、潮湿

夏天注意避免风扇、空调直接吹向颈部，出汗后不要直接吹冷风，或用冷水冲洗头颈部，或在凉枕上睡觉。

6. 重视青少年颈椎健康

随着青少年学业竞争压力的加剧，长时间的看书学习对广大青少年的颈椎健康造成了极大危害，从而出现颈椎病发病低龄化的趋势。建议在中小学乃至大学中，大力宣传有关颈椎的保健知识，教育学生们树立颈椎的保健意识，重视颈椎健康，树立科学学习、健康学习的理念，从源头上堵截颈椎病。



a 为椎体中矢径 b 为椎管中矢径

图 1：发育性颈椎管测量示意图， $b/a \leq 75\%$ 为椎管狭窄

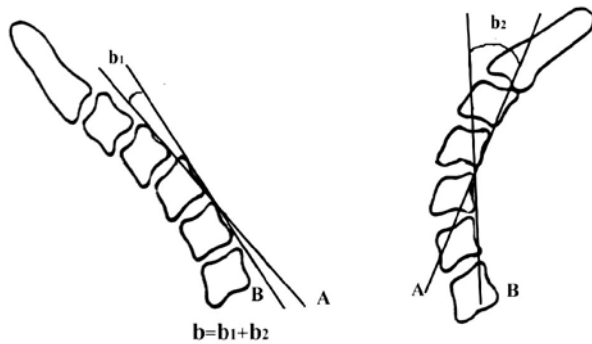


图 2-a 颈椎节段性不稳定（椎间成角）测量方法：当 b_1 或 $b_2 > 11^\circ$ 视为不稳定

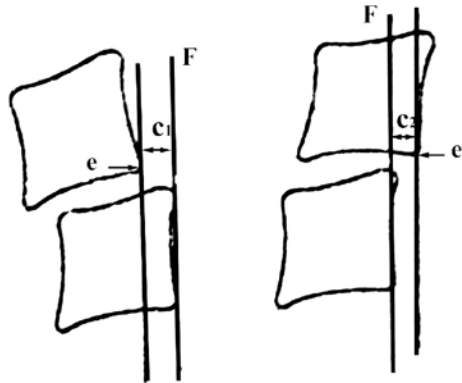


图 2-b 颈椎节段性不稳定（椎间滑移）测量方法：当 $c_1 + c_2 \geq 2 \text{ mm}$ 视为不稳定

表一 颈椎病患者脊髓功能状态评定（17分法）

I. 上肢运动功能（4分）
自己不能持筷或勺进餐（0分）
能持勺，但是不能持筷（1分）
虽然手不灵活，但是能持筷（2分）
能持筷及做一般家务劳动，但手笨（3分）

(续表)

正常（4分）
II. 下肢运动功能（4分）
不能行走（0分）
即使在平地行走也需用支持物（1分）
在平地行走可不用支持物，但上楼时需用（2分）
平地或上楼行走不用支持物，但下肢不灵活（3分）
正常（4分）
III. 感觉（6分）
明显感觉障碍（0分）
有轻度感觉障碍（1分）
正常（2分）
VI. 膀胱功能（3分）
尿潴留（0分）
高度排尿困难，尿费力，尿失禁或淋漓（1分）
轻度排尿困难，尿频，尿潴留（2分）
正常（3分）

表二 颈椎病患者脊髓功能状态评定（40分法）

I. 上肢功能（左右分查，共16分）
无使用功能（0分）
勉强握食品进餐，不能系扣写字（2分）
能持勺子进餐，勉强系扣，写字扭曲（4分）
能持筷子进餐，能系扣，但不灵活（6分）
基本正常（8分）
II. 下肢功能（左右不分，共12分）
不能端坐，站立（0分）
能端坐，但不能站立（2分）
能站立，但不能行走（4分）
扶双拐或需人费力搀扶勉强行走（6分）
扶单拐或扶梯上下楼行走（8分）
能独立行走，跛行步态（10分）
基本正常（12分）
III. 括约肌功能（共6分）
尿潴留，或大小便失禁（0分）
大小便困难或其它障碍（3分）
基本正常（6分）

(续表)

VI. 四肢感觉 (上下肢分查, 共 4 分)
麻、痛、紧、沉或痛觉减退 (0 分)
基本正常 (2 分)
V. 束带感觉 (躯干部, 共 2 分)
有紧束感觉 (0 分)
基本正常 (2 分)

参 考 文 献

1. 孙宇. 第二届颈椎病专题研讨会纪要. 中华外科杂志, 1993, 31 (8) : 472-476
2. 杨克勤, 张之虎. 颈椎病. 人民卫生出版社. 1981.
3. 潘之清, 等. 实用脊柱病学. 山东科学技术出版社. 1999.
4. 杨克勤, 等. 脊柱疾患的临床与研究. 人民卫生出版社. 1992
5. 蔡钦林, 党耕町, 卢学思, 等. 脊髓型颈椎病再次手术治疗问题. 中华骨科杂志, 1986, 6(5) : 345.
6. 殷华符, 王立舜, 陈仲强, 等. 脊髓型颈椎病的外科治疗. 中华骨科杂志, 1991, 3 : 177-180.
7. 陈仲强, 张之虎, 党耕町, 等. 颈性眩晕病例的椎动脉造影观察. 中华骨科杂志, 1991, 11(2) : 95.
8. 北医三院骨科. 交感型颈椎病的外科治疗. 中华外科杂志, 1979, 17 (6) : 431.
9. 张之虎, 杨克勤, 蔡钦林. 脊髓型颈椎病前路手术治疗的远期疗效. 中华外科杂志, 1984, 22(2) : 714.
10. 蔡钦林, 党耕町, 杨克勤, 等. "单开门"椎管扩大术治疗颈椎椎管狭窄症疗效观察. 中华骨科杂志, 1990, 10(5) : 325-327.
11. 张之虎, 赵邦琼, 王晋华. 颈椎间盘突出症及颈椎病的中西医结合治疗 (附 257 例临床病例分析). 《颈椎病论文集》. 北医三院, 1978 : 28.
12. 蔡钦林, 黄云钟, 杨文, 等. 慢性压迫性脊髓病超微病理变化的实验研究. 中国脊柱脊髓杂志, 1996, 6(6) : 254.
13. 王秋泰, 杨克勤, 张潭澄, 等. 发育性颈椎椎管狭窄与脊髓型颈椎病的发病关系. 中华骨科杂志, 1983, 3 : 257.
14. Clark CR. Cervical spondylotic myelopathy: History and physical findings. Spine 1988, 13:847-849
15. 党耕町, 王超, 陈仲强, 等. "比值法"与发育性颈椎管狭窄的诊断. 中国脊柱脊

髓杂志, 1992, 2(4) : 146.

16. 党耕町, 周方, 蔡钦林. 发育性颈椎管狭窄与脊髓损伤. 中华外科杂志, 1991, 29 (12) : 724-726.
17. 王立舜, 党耕町, 刘忠军, 等. 关于致脊髓损害功能评定标准的讨论 (介绍一种新标准四十分法). 中国脊柱脊髓杂志, 1991, 1(2) : 52.
18. 赵定麟, 等. 脊柱外科临床研究. 上海科学技术出版社. 1984.
19. Cloward RB. The anterior approach for removal of ruptured cervical disks. J Neurosurg 1958, 15:62-67
20. Robinson RA, Smith GW. Anterolateral cervical disc removal and interbody fusion for cervical disc syndrome. Bull Johns Hopkins hosp 1955, 96:223
21. Yonenobu K, Fijii T, Ono K, et al. Choice of surgical treatment for multisegmental cervical spondylotic myelopathy. Spine 1985, 10:710
22. 王少波, 蔡钦林, 党耕町, 等. 单开门颈椎管扩大成型术的远期疗效观察. 中华骨科杂志, 1999, 19(9):519-521.
23. 孙宇, 刘忠军, 党耕町. 颈椎病外科治疗的回顾. 北京大学学报 (医学版), 2002, 34 (5) : 627-629
24. 孙宇. 颈椎病外科治疗中的若干问题. 中华外科杂志, 2004, 42 (23) : 33-35
25. 孙宇, 潘胜发, 张凤山, 等. 颈椎人工椎间盘置换术治疗颈椎间盘突出症的早期临床观察——中国脊柱脊髓杂志, 2006, 16 (2) : 85-89
26. 孙宇, 潘胜发, 张凤山, 等. 椎管狭窄合并巨大椎间盘突出或骨赘的脊髓型颈椎病的手术治疗——中国脊柱脊髓杂志, 2006, 16 (5) : 346-350
27. 卓大宏. 中国康复医学. 华夏出版社. 1990.
28. 魏书亭, 章汉平, 王丹, 等. 加味桂枝加葛根汤治疗颈型颈椎病的疗效观察. 湖北中医杂志, 2006, 28(3):50
29. 曾红文. 桂枝加葛根汤治疗颈型颈椎病 66 例. 实用中医药杂志, 2003, 19(10):516
30. 陈水昌. 桂枝加葛根汤配合牵引治疗颈型颈椎病 42 例. 广州医药, 1999, 30(3):14
31. 范国美, 刘安国, 唐祥燕. 加味葛根汤配合简易颈枕治疗颈型、神经根型颈椎病 150 例临床观察. 中国现代医药, 2005, 4(6):39-40
32. 胡增山. 加减身痛逐瘀汤并针刺治疗神经根型颈椎病 98 例. 天津药理学, 2004, 16(4):30-31
33. 李国平. 当归拈痛汤治疗湿热痹 50 例. 辽宁中医杂志, 1990 (3) : 18
34. 徐心仁. 当归拈痛汤加减治疗湿热痹 24 例. 四川中医. 1986 (1) : 44
35. 杨国谋, 吕巧儿, 贺灵慧. 补阳还五汤合弥可保治疗神经根麻木型颈椎病. 中医药学刊, 2006, 24 (4):726
36. 高冠华. 推拿配合补阳还五汤治疗神经根型颈椎病 520 例. 山东中医杂志, 2000, 07

期

37. 赵鸿亮,刘新发,李庭保.补阳还五汤治疗颈椎病40例.甘肃中医学院学报.2005,22(4):38-39
38. 刘选清.血府逐瘀汤治疗瘀血性头痛55例.新中医.1984.(6):29
39. 钟清治,等.血府逐瘀汤加减治疗神经根型颈椎病的临床分析.陕西中医学院学报.1993(3):16
40. 庄纪平.血府逐瘀汤新用.新中医.1993,25(10):47
41. 李现林.半夏白术天麻汤合指迷茯苓丸治疗椎动脉型颈椎病.四川中医.2004,22(7):82
42. 汤宏.半夏白术天麻汤加味治疗椎动脉型颈椎病175例.安徽中医临床杂志.2003,15(5):417
43. 姜江.半夏白术天麻汤治疗椎动脉型颈椎病.中医药研究.1999,15(2):10-11
44. 张笑平.加味温胆汤治疗反复发性眩晕68例小结.新医药学杂志.1978(7):44
45. 陈炳坤.补阳还五汤合温胆汤加减治疗椎动脉型颈椎病的临床疗效观察.广州中医学院学报.1995,12(3):18-20
46. 何芳,戴莺南.益气聪明汤配合离子导入治疗颈源性眩晕30例.河南中医.2004,24(4):51-52
47. 常虹,陈国治.益气聪明汤加减治疗椎动脉型颈椎病35例临床观察.内蒙古中医药.1996,15(4):10-11
48. 吴弢,高翔,等.针灸配合地黄饮子加减方治疗脊髓型颈椎病30例.上海针灸杂志.2004,23(3):12-13
49. 李领召.地黄饮子临床应用举隅.河南中医.2005,(25)11:65-66
50. 张俊杰.地黄饮子加味合针刺独取阳明痿证.天津中医.1995(3):22
51. 魏荣友.复原活血汤加味治疗外伤性胸痛.山东中医杂志.1998,17(4):160
52. 彭其林.复原活血汤加味治疗脊柱压缩性骨折.中国骨伤.1994,7(6).41-42

主办单位：中国康复医学会颈椎病专业委员会

时 间：2010年8月

Email: cervical_section@126.com

网 址: <http://www.carm.org.cn>