DOI:10.16016/j.1000-5404.1979.02.007

临床医学

颈椎病性类冠心综合征

——颈源假性心绞痛

骨科　李起鸿
第一附属医院
内科　孙德翔

颈椎病是中年以后的一种常见病，因其临床类型较多，症状变化复杂，诊断上常易同其它疾病相混淆。如在内脏反射性与压迫性障碍型出现的胸部症状往往类似冠状血管疾病，因此误诊为冠心病心绞痛或心肌梗塞者并不少见。在我院近年余，以冠心病心绞痛诊断住院治疗的18例中，部分病人长期服用扩张冠状血管药物疗效不显，按国内冠心病诊断参考标准亦缺乏实验检查根据，而经X线照片检查肯定患有颈椎病者占10例。我们最近在两个月门诊中又见到属于颈椎病性类冠心综合征12例，可见这一综合征的诊断问题尚未被广泛重视。董承琅[1]最近亦指出，20多年来在他们诊治病例中，大约30—50%并无缺血性心脏病或者只有隐性冠心病但无心绞痛，认为应认真对待心绞痛的诊断问题。

目前国内冠心病发病率确有逐渐增加趋势，但我们认为一般实际工作中诊断的冠心病，很可能有一部分是颈椎病性类冠心综合征。颈椎病与冠心病不仅发病年龄相似，部分病人并可出现类似心绞痛的胸部症状，而冠心病发作时又常有左上肢放射痛，两者极易混淆。在产生类似心绞痛的心外原因的疾病中，颈椎病占有突出的位置，为强调注意和冠心病心绞痛的鉴别，我们称这种类型的颈椎病为颈椎病类冠心综合征或颈源假性心绞痛。颈椎病类冠心综合征与冠心病心绞痛在治疗和预后方面各不相同，两者鉴别诊断的重要性是十分明显的。为引起对此问题的重视，本文通过分析介绍我们的病例，结合文献对其发病机制和鉴别诊断问题进行讨论，以供参考。

病例介绍

本组12例为门诊病人。男性7人，女性5人。年龄33—51岁，40岁以上者9人。病史从2个月至9年半不等，平均为2年3个月。

病者均有颈椎病神经根型的临床症状，而X线照片亦显示有颈椎间盘非特异性退行性改变，符合颈椎病诊断。各例心前区或左胸疼痛明显，是就诊内科的主要陈诉。其中7

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net

例同时有胸部紧缩感与胸闷，1例胸痛部位主要在胸骨中上部。5例在胸痛加剧时有呼吸困难，主要为呼吸局促与深吸气时痛。疼痛性质为刺痛样，持续时间较长，多在20—30分钟以上甚或数小时。2例有经常性隐痛。体力活动与情绪对疼痛无影响，但颈或左肩臂的某种活动可加剧或激发出疼痛。在3例以指揉压左侧前斜角肌与1例指压C_7-T_1棘间韧带，曾使病者原先所感觉的疼痛复现。

病者全部经心电图检查，包括8例二级梯双倍运动试验，未发现一例有心肌缺血性改变。胸部透视或照片未见异常。血脂与血酶数值属正常范围。

作为说明，现挑选三例介绍于下。

例1：林××，男50岁，干部。颈与左肩臂痛两月。四天前午睡起床穿衣时，突然感觉心前区刺样剧痛，并有深吸气痛与胸闷，呼吸短促，由人陪送来院内科急诊。血压125/80毫米汞柱，脉搏每分钟80次。心肺听诊与胸透、心电图未发现异常。二级梯双倍运动试验、肝功、血脂与血酶数值正常。

骨科检查：头居被动直伸位，颈活动明显受限，向左旋转与屈曲时立即引起心前区刺样剧痛，颈活动停止亦不能使疼痛迅速静息。左肩、上背与肩胛骨脊柱缘压痛，指揉压左前斜角肌使左肩与心前区疼痛复现，右侧无反应。疼痛持续时间在半小时以上，照片显示颈椎骨质增生，C_{4-5}椎不稳定与项韧带钙化。

进行头带悬吊牵引与超短波透热治疗，一周后疼痛基本解除，病者因故未继续治疗。

此例特点为休息时起病，无冠心病心绞痛诱发因素存在。疼痛为刺痛样性质，持续时间较长，疼痛加剧或复现和颈活动有明确关系。牵引与理疗后症状基本解除。颈椎病性类冠心综合征的诊断可以确立。

例2：钱××，男38岁，钳工。颈-左肩臂与心前区及其相应的背部疼痛2年10个月。疼痛为刺痛样，持续时间较长，有时可达数小时，夜晚亦常发作，影响睡眠。常有胸闷痛。正常体力劳动无影响。曾在两个医院诊断为冠心病，但长期服用心得安与潘生丁等未见效果。多次心电图包括双倍运动试验均阴性。血脂与血酶数值正常。心前区疼痛加重时常有上腹痛与食道梗阻感，曾三次吞钡检查食道，并作食道拉网、胃肠钡餐与纤维胃镜检查，均未见异常。

1978年12月9日因颈-左肩与上肢放射痛就诊骨科。检查见颈活动受限，活动伴有颈响声。下部颈椎棘突、椎旁、左肩背及肩胛骨内侧缘压痛。头左旋与屈曲时立即加剧颈-左上肢放射痛和心前区及相应的背部刺痛。X线照片显示下部颈椎骨质增生与骨-关节炎改变。

头带悬吊牵引与透热治疗，两周后症状明显缓解。

该例冠心病诊断缺乏根据，疼痛不受体力负荷影响，并主要为刺痛样。多次心电图无缺血性改变，长期服用扩张冠状血管药物无效，夜晚睡眠时亦可发生心前区疼痛。牵引与理疗使症状缓解，证明为颈椎病性类冠心综合征。食道与胃部症状同胸痛加重有直接关联，属颈椎病内脏型的一种表现。临床观察与各种检查已排除食道癌与胃器质性疾病。

例3：邱××，男，51岁，干部。颈-左肩臂与左胸痛9年6个月。主要为心前区刺割样疼痛，其出现常同颈旋动和左肩臂用力抬伸有关。有经常性胸闷。既往有颈-背外伤史与胸$_{5-7}$椎体陈旧性轻度压缩骨折。在两个大学医院诊断为冠心病，并进行相应的治疗，但未见疗效。病者被视为残废，长期未正常工作。多次心电图与双倍运动试验均未见心肌缺血性改变，1978年8月曾出现两季肋部间断性钝痛，以左侧为重。住院检查，包括血脂、肝功、肝扫描、胃液分析与纤维

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

胃镜等均未发现异常。

1978年12月17日因颈-左肩臂痛就诊骨科。检查发现颈-左肩部、下部颈椎棘突与椎旁以及左肿骨内侧缘压痛。左肩臂用力抬伸或咳嗽均立即引起左胸疼痛。X线照片显示颈椎骨质增生，胸$_{5-7}$椎体陈旧性轻度压缩骨折。

进行头带牵引与超短波透热治疗，一个月后症状完全解除，恢复正常工作。

此例病史长，左胸痛性质为刺割样锐痛，与颈左肩活动有关，多次心电图无心肌缺血性改变，冠状血管扩张药物治疗无效。相反，头牵引与理疗后症状完全解除，故颈椎病性类冠心综合征之诊断当属无疑。

讨　论

一、颈椎病心前区疼痛的病理机制

颈椎病引起的心前区疼痛，最早为Gunther与Sampson[2]所报导，并认为是脊后神经根受压迫刺激引起，因其疼痛分布区与心源性通过脊后神经根反射弧的内脏感觉反射痛相似，故两者易被混淆。Nachlas与Hanflig[3][4]认为，这种假性心绞痛是因压迫起源于颈$_8$胸$_1$的胸前内侧神经与起源于颈$_{6-7}$的胸前外侧神经所致。这些神经在功能上属运动神经，不含有皮肤任何感觉纤维，但具有粗感觉能力，受到刺激将产生明确的疼痛，然为弥散性质，冲动向周边扩散至其所支配的胸大肌与胸小肌，乃成为粗感觉的来源。这种解释可同时说明上胸部活动受限与深吸气时疼痛的现象。但颈椎病引起的心前区疼痛并不一定是神经根受压迫或刺激。颈肋或前斜角肌痉挛压迫臂丛[5]，以及痉挛的斜方肌与肋间肌挟压肋间神经亦可引起假性心绞痛[6]，而这些肌肉在颈椎病时是经常发生痉挛的。Semmes等[7][8]，报告颈椎间盘损害可引起心绞痛样的心前区疼痛，术中刺激后纵韧带或纤维环并可使心前区疼痛复现。Frykholm[9]刺激颈$_7$前根使受试者感到胸部与腋下疼痛。我们对一例颈椎病类冠心综合征病人进行封闭治疗，注射针刺入颈$_7$胸$_1$棘间韧带时立即引起胸痛加剧，并同时向上腹放射，注入1%奴弗卡因溶液5毫升后，疼痛迅速消失。胸深部组织的疼痛区和颈生骨节与生肌节是密切关联的，而与皮肤的神经分布区不一致[10][11]。从生骨节疼痛学说来看，来自脊神经后枝与脑膜返枝支配区组织的刺激冲动，通过反射痛(Reffered pain)的病理机制均可引起心前区疼痛。头颈位置改变与上肢活动以及压迫颈-胸棘间韧带使疼痛加剧或复现，这既有对颈神经根单纯的机械性刺激或压迫，同时也有来自颈肩等深部组织本体感受器病理性冲动引起的反射痛的病理机制。

二、颈椎病与冠心病心绞痛的关系

颈椎病的心前区疼痛不仅常类似冠心病心绞痛，两者同时并存也是比较常见的[12]。颈椎病对冠心病心绞痛的发作有无激发作用，这已引起一些作者的注意。心脏的脊神经传入系统是完成心脏疼痛反射的一个组成部分[13]。心脏痛觉冲动从心下与心中神经、下颈交感神经节与维氏(Vicussens)袢到达星状神经节后，由上四(或五)个胸交感神经节通过交通枝至相应的脊神经节，再经过脊后神经根进入颈$_8$—胸$_4$或胸$_5$脊髓节段，上升至大脑产生感觉后再反映至相同脊髓节段的脊神经分布区。颈椎病的病变不仅可累及神经根，有时亦涉及至脊神经节或椎旁的交感神经结构，从而可能对冠状血管产生反射性影响。Стрекова与Сорокина[14][15]报告，在椎旁交感神经结构受累时，有冠状血管硬化的病人容易发生心绞痛。Сорокина支持Plotz的观点，认为颈椎病对心绞痛的发作起有“附加的起动机制”的作用。Froment对有持续心绞痛状态的30名患者进行最严格的冠心病治疗，因同时存在颈椎病、胆囊结石或胃十二指肠溃疡而不能制止

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

每天多次的反复发作。明确上述并存的疾病后，进行头带牵引、十二指肠引流、切除胆囊或有溃疡的胃，这些病人在数日后几乎均停止了曾持续数月的心绞痛，迅速成为能经受紧张活动的一般冠心病患者而出院。Горлон[16]根据对45例病人的观察，认为在有冠状血管硬化存在时，颈椎病对心绞痛症状的出现有激发作用。他和Попелянский[17]认为持续的心绞痛状态，是被颈椎病累及的神经根与椎旁交感神经结构不断发送病理冲动至冠状血管的结果。颈椎病与冠心病的关系，在理论和临床上都具有重要意义，值得深入研究。

三　颈椎病性类冠心综合征的诊断

心前区或左胸部疼痛不一定同冠状血管本身的疾病有关，诊断时必须想到可能产生类似心绞痛的其它疾病。颈椎病在心外原因所产生的类似心绞痛中最为常见。根据我们的观察与文献报导，颈椎病性类冠心综合征误诊为冠心病心绞痛的原因，主要是由于忽视了病史方面的特点。为便于鉴别，现将两者诊断要点列表于下。

临床特点	颈椎病类冠心综合征	冠心病心绞痛
发病	多在休息时	有典型的诱发因素
疼痛部位	心前区与颈椎病其它症状	主要在胸骨后部
疼痛性质	主要为刺样锐痛	主要为压榨性闷痛
持续时间	常在20—30分钟或数小时	多限于3—5分钟以内
颈臂活动	常加重或激发疼痛	无影响
濒死感	无	常有
治疗效果	头牵引、理疗与制动有效	硝酸甘油迅速缓解疼痛
心电图	一般无变化	发作时常有缺血性改变
血脂与血酶	无变化	可有改变

颈椎病类冠心综合征一般仅类似心绞痛，不伴发冠状血液循环障碍，无缺血性心电图变化。累及颈交感神经结构则可能出现心律异常，或有T波与S—T段的改变[14][15][18]。但变化轻微，有不受体力负荷与硝酸甘油影响的特点，有时甚至在体力负荷时消失。

对颈椎病与冠心病心绞痛并存的病例，也可根据上表鉴别。但应强调指出，在年老者中两者常是并存的，若一时难以鉴别，我们认为应先按冠心病治疗观察，因文献中有把非典型的冠心病心绞痛误诊为颈椎病造成死亡的个案报告。在有可靠的根据否定冠心病心绞痛时，才应肯定颈椎病性类冠心综合征的诊断。

结　语

颈椎病性类冠心综合征常被误诊为冠心病心绞痛，其原因不仅是两者发病年龄与症状相类似，主要还是由于对颈椎病性类冠心综合征的临床特点认识不足，忽视了病史。本文分析介绍了我们所见病例的特点，并就疼痛的病理机制与鉴别诊断问题进行讨论，对颈椎病和冠心病心绞痛的关系亦作了介绍。

参考文献

1. 董承琅：关于冠心病的一些现代观点。上海市1977年度内科心血管年会论文汇编，3页，中华医学会上海分会　1978
2. Gunther, L.& Sampson,J.J.: J.A.M.A. 93:514,1929
3. Nachlas, I.W.: J. A. M.A. 103:323, 1934
4. Hanflig, S. S:J. A. M. A. 106:523, 1936
5. Reid, W. D.: J. A. M. A. 110: 1724, 1938
6. Skillern, P.G.: J. Nerv. Ment. Dis. 105:449, 1947
7. Semmes, R.E. and Murphey, F.: J A.M.A. 121:1209, 1943
8. Josey, I. and Murphey, E.: J.A.M.A. 131:581, 1946.
9. Frykholm, R.: Acta Chir. Scand. 1951. Suppl. 160

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

10. Irman, V. T. et al: J.B.J.S. 29:461, 1947.
11. Rose G. K.: Lancet 1:1143, 1954.
12. Froment, R.: Coeur. Méd. (1): 26, 1959.
13. Косицкий Г. И.: Афферентные системы сердца. М. 1975.
14. Сорокина Н. Ф.: Клин. Мед. (2):116, 1960.
15. Сорокина Е. Ф.: Клин. Мед. (8):69, 1965.
16. Гордон И. Е.: Гертнер. Архив (12):8 1964.
17. Шапельянский Я. Ю.: Шейный остеохондроз. М. 1966.
18. Гольдерг Г. А. и Гордон И. Е.: Кардиология (6):92, 1961.

重症乳糜尿探讨——附6例报告

第一附属医院泌尿外科　金锡御　郭乃勉　刘志平　帅学炎　杨俊贤

丝虫病为我国地区性常见病之一。由血丝虫感染所致的乳糜尿也较常见。大多数病情较轻，经中西医综合治疗或手术治疗可取得满意疗效。危及生命的重症乳糜尿很少见，其临床诊断和一般乳糜尿不尽相同。现将我们收治并经长期随访的六例重症乳糜尿病员报告如下，加以讨论，供临床工作者参考。

病例报告

例1：田××，男，30岁。1961年7月7日入院。肉眼血尿逐渐加重16个月。入院前10天血尿伴有大量血块，并阻塞尿道。检查：一般情况差，贫血貌。左侧睾丸鞘膜积液。血色素10克，红细胞344万。血及尿中均查获微丝蚴。膀胱镜检见右侧输尿管口喷出乳糜尿，左侧喷出鲜血。静脉尿路造影正常。入院后经抗丝虫药、止血药及中药治疗，未能控制严重乳糜血尿。术前曾间断输血达1800毫升，但血色素降至5.2克，红细胞201万，血清白蛋白由4.29克%降至1.55克%。曾于大便时昏倒在厕所内。

于同年9月14日及10月9日先后行左及右侧肾周淋巴管结扎术及肾包膜剥离术。术后乳糜血尿停止，尿常规完全正常。血色素升至10.7克，红细胞389万。同年10月26日出院。

随访情况：1978年7月26日回信称，术后至今乳糜尿未再复发，目前作重体力劳动。尿常规正常。

例2：王××，男，26岁。1971年11月26日入院。乳糜尿进行性加重20个月。常有凝块阻塞尿道，需蹲位加腹压方能排出。入院前四个月来，尿量明显增多，口渴多饮，每日饮水约10磅。体重下降，血压偏低。经常出现呕吐、头昏、冷汗等症状。入院后次日，处于严重休克状态，血压测不出，全身抽搐，不省人事。血液浓缩，血色素19.8克，红细胞700万。虽经积极抢救有所改善，但以后经常出现休克。病情一直危重。日尿量约在4000毫升以上，最高达7920毫升。处于休克时也有较多尿液排出。每日经尿排出的电解质较正常高数倍（24小时排出钾21～158

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net