

# 以康复科为首诊科室的下颈椎结核临床分析

刘传道, 招少枫, 朱红军, 李莉

**【摘要】** 目的:通过对下颈椎结核病例的分析,提高康复医师对颈椎结核诊治的认识。方法:回顾以颈肩部为主诉就诊康复科的4例颈椎结核病例,对其临床表现、诊治情况及影像学表现进行了总结分析。结果:4例患者在明确诊断之前均在院外拟诊颈椎病并对症处理,4例颈肩部症状均较重,有明显夜间痛,其中仅一例伴有一过性发热,其余结核中毒症状不明显,MRI和CT检查对病灶可清晰显示,影像学特征明显,T-SPOT均为阳性,结核抗体IGM2例阳性,后转入专科手术治疗和抗结核治疗,术后症状明显缓解,术后病理均确诊为颈椎结核。结论:颈椎结核临床表现不典型,类似颈椎病表现,康复医师临床上应加强仔细鉴别,及时进行针对性的影像学 and 实验室检查以早期明确诊断,减少误诊和漏诊发生。

**【关键词】** 颈椎结核;颈椎病;影像学检查;康复科

**【中图分类号】** R49;R529.2 **【DOI】** 10.3870/zgkf.2019.06.011

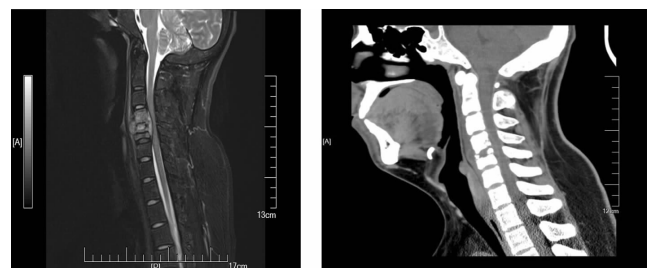
颈椎结核与颈椎病在临床症状及体征上相似,门诊上往往以颈肩部就诊,易发生误诊,但二者治疗方案不同,早期区别二者具有重要的临床意义。本文回顾了4例以康复科为首诊科室的类似颈椎病的下颈椎结核病例,详细分析了临床症状、影像学表现及诊治过程,并结合文献回顾,以期提高康复医师对颈椎结核临床特点的认知,以减少误诊漏诊,报道如下。

选取2013年3月~2018年1月在我院康复科首诊的类似颈椎病的下颈椎结核患者4例,平均年龄(46.0±16.5)岁,男2例,女2例;平均病程(42.0±28.8)d,均否认有肺及肺外结核病史,有1例患者颈肩部发病前3天有发热,体温最高38.7℃,就诊时已退热,其中2例体型较消瘦,均否认有结核接触史,否认有外伤史,有3例患者诉既往有过程度不等颈部不适病史,未重视,自行缓解。①临床症状体征:4例患者就诊症状均为颈肩部酸痛,疼痛较剧烈,均有明显夜间痛,使用NSAIDs、甘露醇及激素效果不佳,VAS:5~8分,4例中双侧肩痛3例,1例为一侧颈肩部,疼痛有明显放射性的1例;3例患者有双手麻木感;颈椎及肩部均有明确的多处压痛点,4例均诉颈部僵硬、活动受限;有3患者诉吞咽食物时有程度不等的梗阻感;有1例患者诉下肢乏力,脚底踩棉花感,其余均无下肢症状;4例均无排便和排尿异常,均否认有夜间盗汗,长期低热,咳嗽及咯血等全身中毒表现,查体未见明显浅表淋巴结肿大。②诊疗经过:4例患者均在下级医院或院外医疗机构反复就诊过,有2例患者院外颈椎摄

片提示颈椎退变。4例院外均拟诊为颈椎病或肩周炎。接受过时间不等的推拿、物理因子治疗、NSAIDs等,效果不佳。遂来我院就诊,给予血沉(erythrocyte sedimentation rate, ESR)、C反应蛋白(C-reactive protein, CRP)、结核抗体、结核菌感染T细胞斑点试验(T-SPOT)、颈椎MRI或和CT等进一步检查,3例患者血沉均有不同程度升高,2例CRP升高,其中4例患者T-SPOT均为阳性,结核抗体IGM2例阳性,详见表1。4例颈椎MRI和CT均考虑椎体结核感染,肺部CT检查2例有提示肺部小结节,需定期复查。后4例患者拟诊颈椎结核,入专科手术治疗和抗结核治疗,术后症状明显缓解,术后病理均确诊为颈椎结核。③影像学表现:4例患者入院后颈椎MRI和CT检查影像学表现如图1~4。

表1 患者入院后的相关检验结果

病例	ESR(mm/L)	CRP(mg/L)	T-SPOT	IGM
1	24	5.89	+	+
2	32	19.5	+	-
3	20	3.94	+	-
4	56	16.2	+	+



病例1 MRI(脂肪抑制相)

病例1 CT影像

基金项目:国家自然科学基金(81601966)

收稿日期:2018-09-05

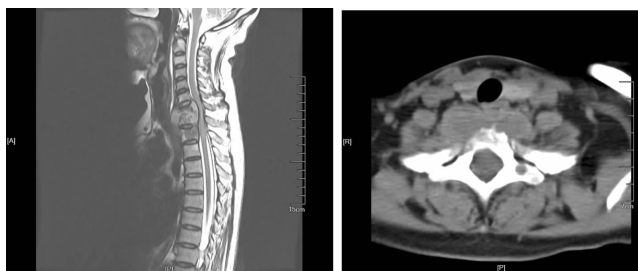
作者单位:苏州大学附属第一医院康复医学科,江苏 苏州 215006

作者简介:刘传道(1973-),男,副主任医师,主要从事神经损伤的康复治疗。



病例 2 MRI(T2)

病例 2 CT 影像



病例 3 MRI(T2)

病例 3 CT 影像



病例 4 MRI(T2)

病例 4 CT 影像

颈椎结核临床少见,主要发生在下颈椎,约占脊柱结核的 2.74%<sup>[1]</sup>。颈椎结核发病隐匿,一般出现椎体破坏后才可明确诊断,故多数患者失去早期保守治疗机会<sup>[2]</sup>。本报道 4 例患者确诊时均已出现骨破坏、颈椎不稳定,也体现了这一特点。此外 4 例患者就诊时均以颈肩部为主诉,院外以颈椎病和肩周炎治疗,而入我院首诊也为康复医学科,因此提高康复医师对颈椎结核的认知度和鉴别诊断,非常有必要。

颈椎结核为结核杆菌经血液循环播散到颈椎进而发病,在原发灶活动期,结核杆菌经血循环到达骨与关节部位,不一定会立即发病,可在骨关节内潜伏多年,待机体抵抗力下降,如有外伤、营养不良等诱发因素时,促使潜伏结核杆菌活跃而出现临床症状<sup>[3-4]</sup>;此时原发结核病灶多已静止,甚至临床痊愈多年,本文 4 例患者均否认有肺结核病史,仅 1 例有一过性的发热症状,缺乏结核全身中毒表现,易被接诊医师忽视而排除诊断。4 例患者共同症状为就诊时均以颈肩部为主诉,而且大多伴有麻木表现,疼痛较剧,夜间痛明显,一般性对症处理效果不佳,且有颈部僵硬和活动受限,4 例中有 3 例病程中有程度不等的吞咽梗阻感。这些临床特点值得临床医师关注,临床上对于此类颈肩部患者应加强警惕,需注意和颈椎结核的鉴别,笔者认为吞咽梗阻感应为结核导致的寒性脓肿或炎性水肿亦或破

坏的骨质等对咽喉部和食管压迫刺激所致。本文 4 例患者主诉的病程相对不长,仅 1 例病程 3 个月,其余 1 月之内,就诊前症状不明显或未察觉特殊异常,但颈椎 MRI 或 CT 已然提示有明显骨质破坏,影像学特征明显,显示了椎体结核病情隐匿,所以对于康复医师门诊诊疗此类可疑患者应及时申请 CT 和 MRI 检查,这对于诊断方向有显著意义,而且对于此后的诊疗方案的制定如手术减压范围提供准确信息。如图 1~4 所示,颈椎 CT 尤其是矢状面重建对于骨质破坏、硬化及死骨、椎旁脓肿或脓肿、钙化影可清晰显示,并可显示椎管是否完整,椎管内死骨及钙化影情况;而 MRI 检查对显示椎管内软组织占位、脊髓病变及寒性脓肿明显占优。陈凯等<sup>[5]</sup>认为颈椎椎体结核 MRI 典型表现为 T1 加权相呈不均匀低信号,其他加权相呈不均匀略高信号及高低混杂信号,在结核病灶炎性水肿的早期,其诊断敏感性方面要优于其他影像学检查,本文 4 例患者受累椎体 MRI 表现与该报道相符,且增强扫描未见有强化征象, MRI 影像对软组织分辨率较高,可以清晰显示寒性脓肿的境界,增强后在寒性脓肿周围可见增强的边缘。当然,对于该类患者应重视结合相关的辅助检查,如血沉、结核抗体 IGM 及 T-SPOT 等相关实验室检测,虽然为非特异性指标,本文 3 例患者血沉有不同程度增高,因此对于可疑患者门诊上应做常规检查。T-SPOT 在敏感性及特异性上更强,本文 4 例患者 T-SPOT 均为阳性,而 IGM 仅 2 例阳性。

总之,从这 4 例颈椎结核诊疗过程回顾分析,可以看出,颈椎结核临床表现不典型,类似颈椎病表现,但因颈椎解剖部位的特殊性,感染病灶进展可破坏骨质或形成椎旁脓肿,压迫周围组织尤其是神经组织易导致不可逆损害,错失保守治疗机会,临床上应加强鉴别诊断,及时行针对性的影像学 and 实验室检查以进一步明确诊断,减少误诊和漏诊发生。

### 【参考文献】

- [1] 吴启秋,林羽. 骨与关节结核[M]. 人民卫生出版社,2006:168.
- [2] 瞿东滨,金大地. 成人颈椎结核外科治疗的术式选择[J]. 临床骨科杂志,2007,10(5):385-386.
- [3] Pallavee P, Begum J, Samal SK, et al. Cervical tuberculosis: A diagnostic dilemma[J]. J Obstet Gynaecol.2016,36(3):285-286.
- [4] Wang L, Liu L, Song Y, et al. Cervical tuberculosis associated with cervical pain and neurologic deficit: a case report and literature review[J]. Spine J, 2014, 14(5):e13-18.
- [5] 陈凯,陈玉辉,郑向东,等. 脊柱结核的病理组织成分影像学对照分析[J]. 中国临床医学影像学杂志,2008,19(6):419-422.