

短篇论著

食管型颈椎病的 X 线像表现

许永琪

(江苏省高邮市车逻中心卫生院放射科 225606)

doi:10.3969/j.issn.1004-406X.2009.02.19

中图分类号:R681.5 文献标识码:B 文章编号:1004-406X(2009)-02-0155-02

颈椎病是中老年常见病,临床表现较为复杂,其中以吞咽障碍或咽部异物感为主要临床症状的食管型颈椎病容易误诊或漏诊。我们应用食管钡餐透视结合颈椎正侧位 X 线片诊断食管型颈椎病,取得了满意效果,报告如下。

临床资料 2006 年 1 月至 2007 年 12 月接诊 16 例以吞咽障碍为主诉的患者,男 5 例,女 11 例。年龄 34~72 岁,平均 43 岁。病程 2 个月~17 年,平均 5.6 年。患者均有吞咽困难和食管异物感;12 例患者有不同程度的颈肩疼痛、颈部僵硬感、旋转性头晕、上肢麻木等;6 例患者有吞咽疼痛、恶心、呕吐、声音嘶哑、干咳、胸闷及咽食管间歇反复发作的激惹性反应。

所有患者均采用北京万东 F99-IBT 双床双管 500mA 医用 X 射线机摄取颈椎正侧位 X 线片,并行食管钡餐透视检查。食管钡餐透视采用立位多轴、仰头立位多轴及仰卧头低位等多种体位进行检查。

结果 食管受压发生在 C5~C7 者 14 例,约占 87%,其次为 C4、C3。颈椎平片示患者颈椎体前缘均有不同程度的骨质增生,形态各异,骨质增生所形成的骨赘呈鸟嘴样

改变,部分有骨桥形成,其中发生在 C3~C4 椎体 2 例次,C4~C5 椎体 4 例次,C5~C6 椎体 9 例次,C6~C7 椎体 5 例次。累及 2 个椎体 3 例,3 个椎体 5 例,4 个椎体 6 例,5 个椎体 2 例。伴有前纵韧带钙化 5 例,椎间隙变窄 5 例,颈椎生理曲度异常 9 例,椎体失稳 2 例。本组骨赘增生高度均在 5mm 以上,食管受压深度约 3~11mm。椎前骨赘最长 1 例位于 C5 椎体下缘及 C6 椎体上缘,高度 15.1mm,食管受压深度 11.1mm,吞咽障碍明显重于骨赘较短的患者(表 1、2)。骨赘位于 C6~C7 前缘者共 5 例,骨赘增生的程度最高为 12.9mm,食管受压 9.2mm(图 1~5)。

食管钡餐透视检查在颈段食管正位上显示充盈缺损 3 例,并见钡剂分流,在侧位上显示椎间隙平面颈段食管后壁单发或多发性弧形压迹,食管受压 3~11.1mm,受压部位与颈椎前缘骨赘增生部位一致,其中单个弧形压迹 6 例,双弧形压迹 7 例,多个弧形压迹 3 例。透视下观察弧形压迹部位食管黏膜规则,管壁柔软,有钡剂滞留征象 5 例。X 线征象与临床表现关系见表 1、表 2。

讨论 食管型颈椎病出现吞咽困难的发病机制^[1]:①

表 1 16 例食管型颈椎病患者椎体前缘骨赘部位与症状的关系

部位	增生程度 (mm)	食管受压 (mm)	吞咽障碍 (例)	颈肩痛 (例)	恶心头闷 (例)	吞咽困难 程度(例)
C3~C4 椎体	6~7	4~6	1	0	0	轻
C4~C5 椎体	7~11	6~8.5	3	2	1	轻、中
C5~C6 椎体	13~15.1	9.3~11.1	8	6	3	中、重
C6~C7 椎体	5~12.9	3~9.2	4	4	2	中、重

表 2 16 例食管型颈椎病患者椎体前缘骨赘长度与症状的关系

椎体前缘骨赘高度 (mm)	例数 (%)	食管受压 (mm)	吞咽障碍 (例)	颈肩痛 (例)	恶心头闷 (例)	吞咽困难程度
5~6.9	2(12.4)	3~5.9	2	0	0	轻
7~9.9	3(18.8)	6~8.2	3	2	0	轻、中
10~12.9	7(43.8)	8.3~9.2	7	6	3	中
13~14.9	3(18.8)	9.3~10.9	3	3	2	重
15.1	1(6.2)	11.1	1	1	1	重

颈椎前缘骨质增生形成的骨赘可直接压迫食管后壁致使食管局限性狭窄引起吞咽困难;②颈椎前缘骨质增生形成

骨赘过长,刺激食管周围软组织引起食管周围炎,可导致吞咽困难。骨质增生部位对引起食管吞咽困难是非常重要的,如骨质增生所形成的骨赘位于 C6~C7 前缘时,该部位相当于食管开口处,环形软骨也位于此平面,极小增生的骨赘就能妨碍食管的正常生理活动,导致吞咽困难。

第一作者简介:男(1964-),副主任医师,研究方向:X 线对颈椎病的早期诊断

电话:(0514)84562547 E-mail:wuage@sina.com

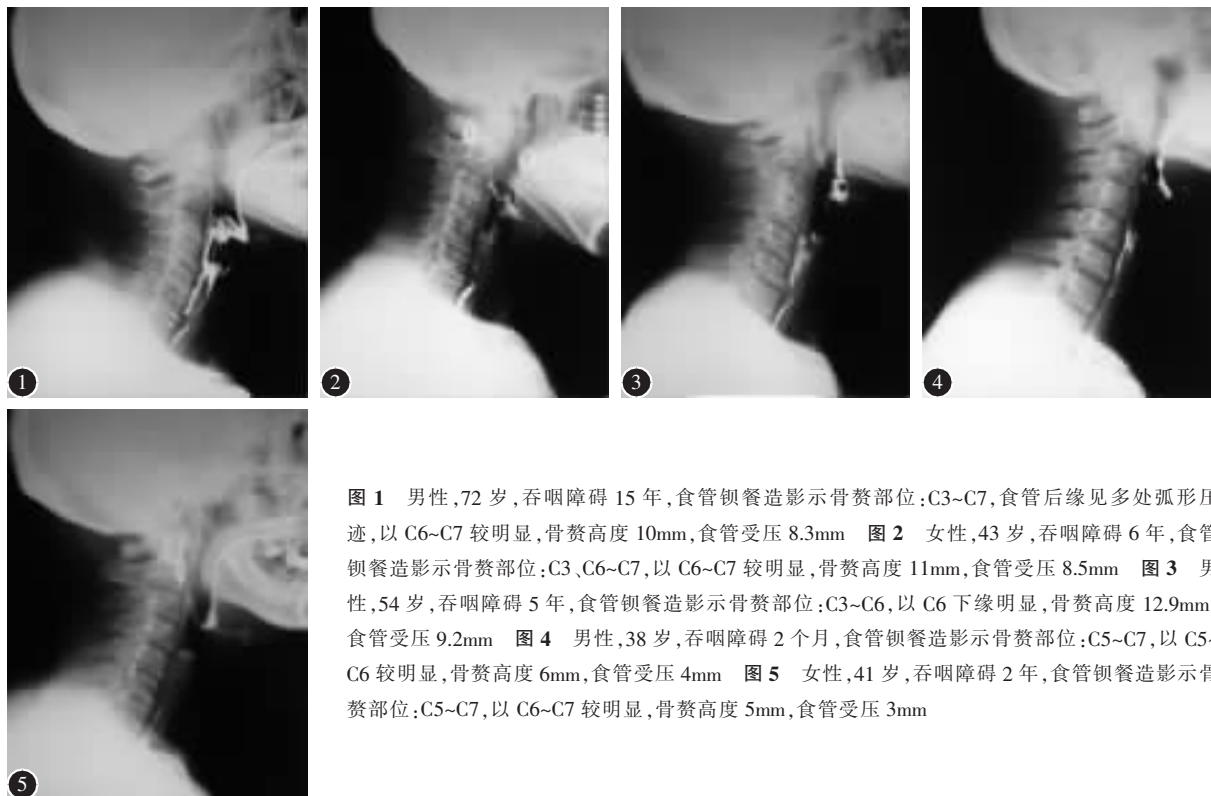


图 1 男性,72 岁,吞咽障碍 15 年,食管钡餐造影示骨赘部位:C3~C7,食管后缘见多处弧形压迹,以 C6~C7 较明显,骨赘高度 10mm,食管受压 8.3mm 图 2 女性,43 岁,吞咽障碍 6 年,食管钡餐造影示骨赘部位:C3、C6~C7,以 C6~C7 较明显,骨赘高度 11mm,食管受压 8.5mm 图 3 男性,54 岁,吞咽障碍 5 年,食管钡餐造影示骨赘部位:C3~C6,以 C6 下缘明显,骨赘高度 12.9mm,食管受压 9.2mm 图 4 男性,38 岁,吞咽障碍 2 个月,食管钡餐造影示骨赘部位:C5~C7,以 C5~C6 较明显,骨赘高度 6mm,食管受压 4mm 图 5 女性,41 岁,吞咽障碍 2 年,食管钡餐造影示骨赘部位:C5~C7,以 C6~C7 较明显,骨赘高度 5mm,食管受压 3mm

在临床中,吞咽困难的检查方法首选食管钡餐透视。食管钡餐透视成像不仅能较准确、直观地显示颈椎与食管间的关系,还可排除肿瘤、憩室、食管漏等病变,对吞咽延迟、不对称性吞咽等功能性异常的诊断也具有重要意义。透视中采用多角度、多体位观察,便于显示食管的早期和细微改变。C5~C7 是椎间盘退行性变和椎体骨质增生发生率较高的部位,与其相对应的食管位置又较固定,使该处易受增生骨赘的压迫而引起吞咽障碍^[1]。头后仰位时颈椎生理弧度加大,颈椎与椎体前组织间距减小,易观察到食管吞钡异常的表现。当仰卧头低位时钡剂流动变慢,便于细致观察。X 线平片可见椎间隙变窄、椎体骨赘形成与前纵韧带钙化等征象,但对于退变病灶对食管后壁的压迫情况难于评估,因此必须通过食管钡餐造影才能明确食管型颈椎病的诊断。

食管型颈椎病的发病年龄多在 40 岁以上,发病部位以 C5~C7 最多见^[1],本组病例 87% 发生在 C5~C7,这可能与 C6 椎体活动度大易磨损有关。同时该处是脊髓最膨大处,椎管相对狭小,是造成脊髓受压的先天因素,也是颈椎病易发生在此处的生理解剖基础^[1]。颈椎椎体前缘骨赘增生到一定程度时,才可观察到食管后壁的压迹。本组骨赘增生最长为 12.9mm,食管受压深度 9.2mm,导致的吞咽困难也最严重,这可能是由于该部位相当于食管开口处^[4]。本组伴有椎间隙变窄 5 例,颈椎生理曲度异常 9 例,椎体失稳 2 例,说明食管型颈椎病的 X 线征象不单纯是颈椎骨赘增生,且由于颈椎病的临床表现存在多样性,故诊断时应与咽炎、梅核气、食管癌等疾病鉴别^[1]。食管型颈椎病

作为颈椎病的一种类型,多数患者会出现颈肩痛、手麻、头晕等颈椎病表现。而梅核气、咽炎的征象多局限于咽峡部,无颈肩部不适等颈椎病症状。食管癌的患者当吞咽食物时有梗阻感,不进食时没有任何感觉。钡餐造影检查两者不同之处在于,食管癌是食管本身存在恶性器质性病变,因此钡餐表现为食管黏膜中断、破坏,食管壁粗糙、僵硬,可见充盈缺损及龛影,局部食管腔可见不同程度狭窄,钡剂通过不畅。随着我国老年人口的增多,食管型颈椎病患者有增多趋势,常可能因认识不足或检查不当而被误诊。本组 16 例均是以吞咽困难或咽喉部异物感为主要症状前往五官科或内科就诊的中老年患者,为排除食管病变而进行食管钡餐造影检查。食管型颈椎病的临床与钡餐造影检查表现有一定的特征性,熟悉这些特点,应用食管钡餐造影检查结合颈椎正侧位 X 线片对于该病的早期诊断及鉴别诊断具有一定价值。

参考文献

1. 张印斗,刘洁民.颈椎病的发病机制与病理基础[J].实用放射学杂志,1995,11(10):620-623.
2. 强军,周志宏,高万勤,等.食管型颈椎病 25 例临床与 X 线分析[J].中国误诊学杂志,2007,7(1):151-152.
3. 江虹,李恩美,何瑶,等.食管钡餐造影对食管型颈椎病的诊断价值[J].同济大学学报(医学版),2008,29(1):69-71.
4. 张玉琴,李亚军,伊力木.食管周围病变引起吞咽困难的 X 线分析[J].实用放射学杂志,2000,16(1):105-106.

(收稿日期:2008-05-04 修回日期:2008-06-10)

(本文编辑 彭向峰)