

脊椎椎弓峡部裂与脊椎滑脱症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/304/2021_2022__E8_84_8A_E6_A4_8E_E6_A4_8E_E5_c22_304210.htm 名称脊椎椎弓峡部裂与脊椎滑脱症所属科室骨科临床表现可分为三类：（一）真性脊椎滑脱 即因椎弓根峡部骨不连所致之前滑脱，此类最多见。（二）假性脊椎滑脱 无峡部骨不连，仅由于脊椎或间盘退行性改变，或其他原因所引起的椎体轻度前移位，较常见。（三）后滑脱 较少见。上述三种滑脱之共同症状为慢性腰腿痛，单纯性峡不连多无明显临床症状，但由于腰骶部稳定性较差，局部软组织轻易发生劳损。出现滑脱者成年后症状明显，其主要症状为腰腿痛。疼痛部位和性质各有不同，可以为持续性或间歇性，也有仅在过度劳累时始感疼痛者。疼痛可局限于腰骶部，也可向髋部、骶尾部或下肢放射，如坐骨神经痛，椎管狭窄等，其而产生马尾神经麻痹者，卧床休息后疼痛较轻，自卧位起床时疼痛加重。腰部活动时内部偶有移动感。病人有显著之腰椎前突，躯干部略前倾，季肋部与髂骨嵴接近。臀后突，腹下垂、腰骶部凹陷，第5腰椎棘突显著后突。行走不便，有摇摆步态。腰部肌肉痉挛，功能受限，尤以前屈为甚。第5腰椎棘突部明显压痛。脊椎前滑脱明显的妇女，自腰椎前缘至耻骨联合之距离减小，宛如扁平骨盆，生产时影响儿童进入骨盆。辅助检查影像学所见：对于脊椎崩解及轻度滑脱，临床诊断困难，需行X线检查，常用的投影位置为前后位，侧位与斜位。（一）前后位 椎弓崩解在前后位上常不易显出，如有明显的峡部缺损，当裂隙之平面与X线平行时，可在环形阴影之下，见一密度减低的斜行

阴影。如有明显之滑脱，可见滑脱椎体之下缘与下部椎体重叠，呈新月形密度增厚。第5腰椎横突与椎体前缘重叠。

(二) 侧位为两侧椎弓峡部缺损，可在椎弓根的后下方，上下关节突之间，见一斜行骨质密谋减低阴影，其后部高于前部。如缺损为单侧则不轻易见到。如有滑脱则椎体前移，但轻重不等，有整个椎体完全前移者，也有前移甚微者。多数滑脱在1/3至1/4左右。间盘有退行性变者，椎间隙变窄。

1. 侧位测量滑脱的方法 自第1骶椎平面之前缘，画一垂直线，该线应通过第5腰椎椎体之前下缘。如第5腰椎向前滑脱，此线将通过该椎体（Ullman线）。疑有第5腰椎向前滑脱时，可自第5腰椎的后上下缘，及第4腰椎体的后下缘至第1骶椎体的后上缘各连一直线，则两线可以相交或平行。正常时两线相交之角不大于 2° 。~ 10° 。~ 20° 。21mm以上 将第1骶椎上缘，分为四等分，正常时第5腰椎椎体与第1骶椎体后缘，形成一连续弧线。有滑脱时则第5腰椎体前移，前移1/4者为 1° ，3/4者为 3° 。

2. 侧位片对诊断的鉴别 侧位片能鉴别真性与假性滑脱，前者脊椎的前后径增加；后者无改变，并可见椎间隙变窄，相邻椎体边缘骨质硬化，或唇样增生等退行性病变。

(三) 斜位片 左右45°“双管”征。治疗单纯峡不连，椎体尚无滑脱，也无明显临床症状者，应避过劳，经常进行仰卧起坐等腹肌锻炼，减轻腰椎前突，防止滑脱，或用围腰或用支架保护。椎体虽无滑脱但有腰腿痛，或滑脱甚微尚无神经压迫症状者，卧床休息3~4周后可行植骨固定术。椎体向前滑脱明显，且有神经压迫症状之少年或滑脱不超过一年之患者，应令患者双髋屈曲，仰卧2~4周，待椎体自行复位，神经症状消退后，施行植骨固定术。经卧床

休息，滑脱及神经症状仍无明显改进者，可试行手法复位，复位应在麻醉下令患者仰卧，双髋与膝关节屈曲并悬吊，将臀部抬高，靠躯干重力，使滑脱之椎体复位。或令患者俯卧，渐渐向下牵拉下肢，使骨盆离床，然后屈曲两髋，术者以手掌按住骨盆背侧，渐渐用力向下挤压，使骶椎前移，整复滑脱。经卧床休息或和手法整复后，假如滑脱及神经症状恢复或改进，可行植骨固定术。固定患椎峡部、上下关节突间关节、椎板及棘突。经卧床休息或手法整复后，滑脱及神经压迫症状仍然存在者，应行椎前植骨固定术。术后卧床休养3~4个月，待植骨愈合后神经压迫症状仍未消退时，可行椎板切除减压术。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com