

枢椎椎体骨折 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文  
[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E6\\_9E\\_A2\\_E6\\_A4\\_8E\\_E6\\_A4\\_8E\\_E4\\_c22\\_306255.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E6_9E_A2_E6_A4_8E_E6_A4_8E_E4_c22_306255.htm) 名称枢椎椎体骨折所属科室神经外科病理枢椎椎体骨折的部位如图1所示，位于齿状突基底部和双侧椎弓根之间，按照骨折的形态，可分为三型：

Ⅰ型：骨折线呈冠状排列的垂直的枢椎椎体骨折，其机制包括：（1）比引起一个Hangman骨折的暴力略少伸展，并伴一个小的轴向载荷的暴力作用引起枢椎体部背侧部位的垂直骨折；（2）主要的轴向压缩载荷加伸展暴力作用于额顶部，引起椎体背侧部位的垂直骨折加C2椎间盘前部断裂，C2椎体前下缘撕脱骨折，伴C1和C2大部椎体的过伸；（3）屈曲暴力加轴向载荷作用于枕顶部，引起C2椎体背侧垂直骨折，椎间盘断裂，C2复合体（寰椎和枢椎大部分椎体）前移和前纵韧带撕裂；（4）屈曲加牵张暴力可引起枢椎椎体后部骨折，椎间盘部分断裂和C2复合体屈曲；（5）一个急性过伸和旋转的暴力，因Schneider等曾简短地描述了1例类似的骨折，是因绞索套的绳结放置于耳下位置而发生的。

Ⅱ型：骨折线呈矢状方向的垂直枢椎骨折，即枢椎侧块骨折或枢椎上关节突骨折，其损伤机制是轴向压缩和侧屈暴力通过枕骨髁传导到寰椎侧块再传递到枢椎侧块，引起压缩性骨折。

Ⅲ型：骨折线呈水平方向的枢椎体部骨折，即齿状突Ⅱ型骨折，此处不作赘述。

图1 枢椎骨折的范围1.齿状突骨折；2.Hangman骨折

枢椎椎体骨折的临床表现特点依骨折类型有所不同，Ⅰ型骨折的患者伴随神经损害的概率较高。因枢椎椎体前半部分连同寰椎向前移位，而枢椎椎体后侧骨折碎片仍留在原位，从而造成脊髓受压的危险，但也有神经功能完整仅

有颈部剧烈疼痛主诉的报道。 型骨折的患者一般不伴有神经损害症状，仅有局部症状，颈部疼痛、僵硬。辅助检查普通X线检查中，颈椎侧位片和矢状面的断层对 型骨折的诊断非常有用。侧位片可显示骨折线通过枢椎椎体背侧，椎体的前方大部分和寰椎一道向前移位，并伴屈曲或伸展的成角畸形，而其椎体后、下部位仍在原处，位于C3椎体上方的正常位置，断层以片可清楚显示骨折线及骨折块移位的情况。开口位片和冠状面的断层片对 型骨折的诊断非常有价值，可显示枢椎侧块塌陷、寰椎侧块进入枢椎上关节面。 型骨折见本章第一节。CT尤其是CT三维重建对了解骨折的全面信息非常重要。MRI对软组织的良好分辨率使其在脊髓损伤中使用广泛；同样，在枢椎椎体骨折患者中，MRI可清楚显示脊髓损伤和受压的情况。诊断 诊断需根据准确、详尽的病史，体格检查和结合多种影像学检查结果综合研究，确定某一患者暴力作用点、损伤机制，了解枢椎椎体骨折及四周骨骼和软组织损伤情况的全面信息。治疗枢椎椎体骨折的治疗仍应以保守治疗为主，根据每个患者的独特的损伤机制，采取不同的治疗。对无神经损害，无明显移位的患者行石膏固定；有移位的患者行牵引复位，注重事项同第二节治疗。对屈曲加牵张暴力所致损伤的患者，牵引可能造成移位加重或过牵，需改用Halo支架固定，并在影像学监视下略作加压，对伴有神经损害的患者，可先行牵引复位，密切观察，同时多种的影像学检查明确骨折移位情况和脊髓受压情况，如能复位，症状改善，可继续维持牵引。如症状无改善或症状改善后停滞，则根据影像学检查显示脊髓压迫的部位选择手术的入路及术式。对 型骨折不能复位者，为防止长期的不稳、

畸形融合和退变性寰枢关节炎也可考虑行后路融合手术。

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](http://www.100test.com)