

颈椎过伸性损伤 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__E9_A2_88_E6_A4_8E_E8_BF_87_E4_c22_306320.htm 名称颈椎过伸性损伤

所属科室神经外科病因颈椎过伸性损伤多见于高速行驶的车辆急刹车及撞车时。此时，由于惯性力的作用，面、颌、额部等遭受来自正前方的撞击（多为挡风玻璃或前方座椅的靠背），而使头颈向后过度仰伸。此外，来自前方的其他暴力，仰颈位于自高处跌下，以及颈部被向上后方暴力牵拉等均可产生同样后果。这种暴力视其着力点不同，除可造成前面所提及的颈椎后脱位、Hangman骨折及齿状突骨折伴寰枢后脱位等各种损伤处，其最为严重的后果是对脊髓的损害。在正常颈椎仰伸时，椎管内脊髓及硬膜囊呈折叠样（手风琴式）被压缩变短；但若前纵韧带断裂、椎间隙分离，则可使脊髓反被拉长。此时的硬膜囊具有一定的制约作用。在此情况下，如该伤者颈椎椎管较狭窄，则易使脊髓嵌夹于忽然前凸、内陷的黄韧带与前方的骨性管壁之中；尤其是在椎管前方有髓核后突或骨刺形成的前提下，这种对冲性压力，最后易集中到脊髓中心管处，以致引起该处四周的充血、水肿或出血。如中心管四周受损程度较轻，则大部分病理过程有可能完全逆转痊愈；但假如脊髓实质损伤范围较大，伤情较重，一般难以完全恢复，而易残留后遗症。病理颈椎过度伸展常伴有脊髓损伤。许多作者认为，超伸展时，脊髓可能被椎管后部皱折的黄韧带与前部椎体后缘相互挤压致伤，导致以颈脊髓中心管为中心或脊髓前部的损伤，相应的临床表现为脊髓损伤中心综合征和前脊髓综合征。Marar为验证临床观察

和损伤机制的推测，应用尸体解剖的实验报道，证实了颈椎强力后伸时，颈椎的损伤和脊髓受到前后挤压。但是，这种类型的脊髓损伤并非一定由颈椎过伸损伤所致，有时垂直压缩外力使椎体爆裂性骨折也可引起这类型的脊髓损伤。资料表明，颈椎过伸性损伤，最多合并脊髓损伤中心综合征和前脊髓综合征。除此之外，尚有严重的脊髓不全损伤和部分性脊髓损伤（非典型Brown-Sequard综合征）。因此，不应把脊髓损伤中心综合征与颈椎过伸性损伤等同起来，即这种脊髓伤多可由颈椎过伸伤所致，而后者不一定都导致脊髓中心综合征。暴力的大小，颈椎原有退行性变及椎管变化都能影响颈椎损伤程度和脊髓损伤类型。颈椎受超伸展暴力作用最轻易合并脊髓中心和前部损伤，但是，还可能由于剪切暴力造成损伤节段上位椎体向后移位，引起脊髓严重的类似横切损伤，或偏于某一侧的部分损伤。外力消失后，颈部肌肉收缩及弹性作用瞬间复位，故X线片上极少残存脱位征象。临床表现1.颈部症状 除颈后部疼痛外，因前纵韧带的受累，亦同时伴有颈前部的疼痛。颈部活动明显受限，尤以仰伸（切勿重复检查）。颈部四周多伴有明显的压痛。2.脊髓受损症状 因病理改变位于中心管四周，愈靠近央管处病变愈严重，因此锥体束深部最先受累。临床上表现为上肢瘫痪症状重于下肢，手部功能障碍重于肩肘部。感觉功能受累主要表现为温觉与痛觉消失，而位置觉及深感觉存在，此种现象称为感觉分离。严重者可伴有大便失禁及小便潴留等。辅助检查一.X线平片 外伤后早期X线侧位片对临床诊断意义最大，应争取获取一张清楚的平片。典型病例在X线片上主要显示：1.椎前阴影增宽 损伤平面较高时（少见）主要表现为咽后软组织阴

影增宽（正常为4mm以下）；而损伤平面在颈4~5椎节以下时，则喉室后软组织阴影明显增宽（正常不超过13mm）。2. 椎间隙增宽 受损椎节椎间隙前缘的高度多显示较其他椎节为宽，且上一椎节椎体的前下缘可有小骨片撕下（约占15%~20%）。3.其他 大多数病例显示椎管矢状径狭窄，约半数病例可伴有椎体后缘骨刺形成。二.MIR检查对椎间盘突出、软组织损伤及脊髓受累程度的判定意义较大，有条件者应争取之。三.其他CT扫描对骨骼损伤及髓核脱出的判定亦有一定的作用，可酌情选用；注重有无罕见的椎板骨折征。急性期不宜选用脊髓造影。诊断不熟悉这种损伤而误诊者并非少见。缺乏对颈椎过伸性损伤基本病理变化和X线表现的熟悉，尤其对症状稍微者或老年人更易误诊。因此诊断时应注重以下几点：1.详尽病史的采集，常能提供损伤机制；颅脑伤患者，也应设法了解损伤时的姿势和暴力。2.颅及面部损伤都应摄颈椎X线片，对任何有怀疑的患者，把颈椎摄片列为常规，以避免因其他部位损伤掩盖了颈椎损伤。3.侧位X线片上必须清楚显示上下颈椎结构，上颈椎损伤而神经症状表现低位时，必须注重观察低位颅颈椎有无变化，伸屈侧位X线片有一定价值。4.典型的脊髓损伤中心综合征，常能提示颈椎过伸性损伤，而其他类型脊髓损伤，必须结合其他各项检测再作出判定。5.考虑其他机制引起的颈椎脊髓伤时，例如椎体垂直压缩性骨折等也可能造成脊髓中心综合征。鉴别诊断此种损伤主要应以下伤患鉴别：1.脊髓前中心动脉综合征因两者可在完全相类似的外伤情况下（例如急刹车）发生，均出现瘫痪，因而易混淆，对其鉴别可参见表一。表1 颈椎过伸性损伤及脊髓前中心动脉综合征鉴别诊断项目 颈椎过伸性

损伤 脊髓前中心动脉综合征 外伤机转 脊髓中心管四周损伤
脊髓前中心动脉受阻 瘫痪特点 上肢瘫痪重于下肢 下肢瘫痪重于上肢 感觉障碍 感觉分离 较轻、一般无感觉分离 椎前阴影 明显增宽 一般正常 骨刺形成 可有，一般较轻 均较明显 2.脊髓空洞症其病理改变解剖部位两者相似，症状类同，故易混淆。但本病一般无严重的外伤史，且X线平片上椎体前阴影无增宽症，而MRI检查时显示脊髓中心有空洞形成。3.急性椎间盘脱出症因本病发生忽然，多见于外伤后，且伴有脊髓症状，故需鉴别。但髓核脱出时其外伤并不一定严重，甚至一般的咳嗽也可引起；脊髓受累以椎体束为主，少有感觉分离现象，MRI检查有确诊意义。4.其他尚应注重同颈椎管狭窄症、脊髓型颈椎病及其他波及脊髓的伤患者鉴别。治疗颈椎过度伸展性损伤的机制和病理变化提示了该损伤并不存在因外伤所致的持续椎管的骨性狭窄，或需要复位的明显骨折脱位。非手术治疗一经确诊，即常规应用Glisson带牵引，其重量为1.5~2.5kg。牵引位置宜取颈椎略屈15°。持续牵引2~3周，然后采用头颈胸石膏或塑料颈托以保护1~2月。在牵引期间，应用速尿和地塞米松静脉点滴，以利脱水并提高机体应激能力。其牵引目的是使颈椎损伤节段得到制动，略屈曲位能使颈椎椎前结构（韧带等）愈合，后结构例如折皱的黄韧带伸展并恢复常态。笔者单位无选择性对牵引治疗中的3例施行了手术治疗，其结果并非满足。仅极少数损伤后表现节段性不稳，症状加重并确有致压物存在者方可考虑手术。通常取前路减压同时应用植骨融合。过伸性颈椎损伤引起的脊髓中心综合征，预后通常比较良好，症状越轻恢复越快且全面。通常下肢最先开始恢复，最早于伤后3小时即见恢复，其

次是膀胱功能，上肢恢复最迟，手部功能恢复最差，常因脊髓损伤波及前角细胞，致手内在肌萎缩，而残留某种功能障碍。其他类型脊髓损伤，同样取决于损伤的严重程度。手术治疗颈椎脊髓过伸性损伤常合并颈椎退变增生、颈椎后纵韧带骨化等，由于颈椎损伤而诱发发病，非手术治疗常收效甚微。因此，选择性手术减压为功能恢复创造了良好的条件。

适应证（1）脊髓损伤后非手术治疗无明显效果并确定有准确损伤节段；（2）影像学检查X线，CT或MRI有明显骨损伤并对脊髓有压迫者；（3）临床症状持续存在，在保守治疗过程中有加重趋势；（4）合并颈椎病变和后纵韧带骨化，因外伤而诱发者，待病情稳定后手术治疗。手术治疗根据脊髓致压物的部位和范围，选择适宜的进路和减压方法。以前方为主的压迫，如单个或少数节段宜施行前路减压，以后方为主的压迫或广泛的后纵韧带骨化的前方压迫，应选择后路减压。

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