

下颈椎脱位--双侧关节突关节脱位 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\\_\\_E4\\_B8\\_8B\\_E9\\_A2\\_88\\_E6\\_A4\\_8E\\_E8\\_c22\\_306335.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E4_B8_8B_E9_A2_88_E6_A4_8E_E8_c22_306335.htm) 名称下颈椎脱位--双侧

关节突关节脱位所属科室神经外科病因多见于高处跌落，头颈部撞击地面，或重物直接袭击，致枕颈部受到屈曲性暴力作用。挥鞭样损伤也可造成脱位。在乘坐高速行驶的车辆聚然刹车时，头颈部因惯性作用则猛烈屈曲。当头颈部遭受屈曲暴力时，颈椎活动单位的支点位于椎间盘中心偏后部。由于颈椎的小关节突关节面平坦，且与水平面呈45°。栖息“交锁”状态【病理改变】主要病理变化是损伤节段的两侧的小关节突的关节脱位。由于过度屈曲性外伤，在损伤节段运动单位的全部韧带结构，包括前纵韧带、后纵韧带、黄韧带、棘间韧带、关节囊均遭撕裂。椎间盘也不例外，可有纤维环的破裂及软骨板的损伤。上位椎体向前下方脱位，可伴有小关节突骨折。项韧带等后方结构受张应力而撕裂，相邻节段棘突间距增宽。有时也可伴有椎体的轻度骨折。由于椎体的相互移位，椎管形态遭受严重破坏，椎管在相应平面减少，脊髓到上位椎节的椎板及下位椎体后方的对压作用而损伤，严重时可能造成脊髓的横断性损伤。临床表现局部表现 颈部呈强迫体位，由于小关节交锁，头颈被迫前屈位，并弹性固定。头颈部剧痛，主要由于脱位状态时，关节四周软组织所受的拉应力和张应力大增，使疼痛加剧。由于疼痛及受伤节段的力学异常，颈部肌肉明显痉挛；头部不能被动活动；颈部压痛广泛。神经脊髓损伤症状表现为相应节段的症状，如四肢瘫、下肢瘫或不完全性瘫痪

，有神经根损伤者，表现该神经根分布区域皮肤过敏，疼痛或感觉减退。辅助检查侧位X线片典型征象为：脱位的椎体向前移位的距离为椎体前后径的 $2/5$ ，上位颈椎的下关节突位于下位颈椎上关节突的顶部或前方，两棘突间距离增大（图1）。前后位片可见钩椎关节关系紊乱，小关节相互关系显示不清。斜位片显示神经孔变形。断层摄影更有利于诊断。

图1 双侧关节突脱位X线特征MRI检查可发现椎管变形，脊髓受不同程度的压迫，若有损伤和水肿，也可由信号的改变表现出来。诊断外伤史中应了解有无促使颈椎极度前屈的暴力；如头部朝下的坠落伤；乘车时急刹车；橄榄球运动员头颈部撞击伤。此外应注重了解受伤瞬间头颈部有无旋转。影像学检查中X线特征性表现是诊断的要害。治疗急救应保持呼吸道通畅。如出现呼吸功能障碍，应立即行气管切开或人工呼吸机保持呼吸通畅，维持呼吸并合理给氧。牵引复位应尽可能利用颅骨牵引，按脱位机理，先在略微前屈状态下持续牵引，并通过床边透视和拍片来确定小关节交锁是否已经解除。一旦发现脱位已纠正，应立即将牵引改为仰伸位，以 $1.5 \sim 2\text{kg}$ 的维持重量持续牵引 $3 \sim 4$ 周；再用头颈胸石膏固定3月。牵引目的在于复位，复位阶段必须注重以下几个方面：1.牵引方向：一开始切忌仰伸，应从略向前屈或中立位开始；否则易引起或加剧脊髓损伤。2.牵引方式：不宜选用枕颌带牵引，更不可徒手牵引，应选择颅骨牵引更安全有效。3.牵引重量：牵引重量从 $3 \sim 4\text{kg}$ 起，逐渐加大牵引重量，每过30分钟旁拍摄一次颈椎侧位片，观察复位情况。原则上每半小时增加 $0.5\text{kg}$ ，总重量不宜超过 $15\text{kg}$ 。在复位过程中应密切注重血压、脉搏的变化。4.牵引时间：牵引复位，不可操

之过争。牵引时间一般为5~8小时，太快易造成医源性损伤。手术复位绝大多数颈椎双侧小关节突脱位可经牵引复位得以纠正。以下情况是手术复位的指征：少数伤后一周以上者，经5~8小时牵引复位仍无法纠正；在牵引过程中，脊髓损伤症状逐渐加重者；陈旧性骨折脱位伴有不全截瘫者。手术方法分前路和后路两种。后路手术应在颅骨牵引下进行。采用气管内插管麻醉。俯卧位，头部置于头架上略呈屈曲位。取后正中切口暴露下将其复位，如有困难，将脱位的关系突的上关节突作部分切除，用钝骨膜剥离器伸入下关节突的下方间隙，在牵引缓慢撬拨使之复位。假如关节突关节交锁影响复位者，可将其障碍部分切除以利复位。如合并椎板和关节骨折并陷入椎管内，则必须将其切除减压。合并有脊髓损伤，可在复位后施行的损伤节段椎板切除减压。复位后，将颈椎伸展并用钢丝连环结扎固定。前路复位、减压和融合术也需在颅骨牵引下进行。取仰卧位，经胸锁乳突肌内侧缘和颈内脏间隙进入，暴露损伤节段。准确定位后，将损伤的椎间盘切除。在持续颅骨牵引下，用骨膜剥离器伸入椎间隙，以下位椎体作为杠杆支点。逐渐加大撬拨力量，用手指椎压脱位的椎体使它复位。复位后，如有骨折片突入椎管，则应用刮匙细心刮出。取自体髂骨植入减压部间隙固定融合。为保证稳定性，可加用前路钛合金接骨板。前路复位存在一定的盲目性，操作经验对复位十分重要。条件答应，应在电视透视监测下进行。术后应静脉滴注地塞米松及脱水剂以处理由于手术扰动对脊髓的影响，枕旁置沙垫以免颈部过度活动。拆线后可改用头颈胸石膏固定3月，拍片复查证实已有骨愈合后去除石膏固定。除伴有脊髓伤外，一般预后良好。若合

并有小关节创伤性关节炎，可行关节间融合术。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)