

急性颈椎间盘突出症 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/306/2021\\_2022\\_\\_E6\\_80\\_A5\\_E6\\_80\\_A7\\_E9\\_A2\\_88\\_E6\\_c22\\_306412.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/306/2021_2022__E6_80_A5_E6_80_A7_E9_A2_88_E6_c22_306412.htm) 名称急性颈椎间盘突出症所属科室神经外科病因急性颈椎间盘突出症由颈部创伤所致。致伤原因主要是加速暴力使头部快速运动导致颈部扭伤，多见于交通事故或体育运动，可由前方、后方、侧方撞击致伤，而以车尾撞击（Rear-end collision）引起的颈部过伸-加速损伤（Extension-acceleration injury）所致的椎间盘损伤最为严重。一般认为急性颈椎间盘突出症是在椎间盘发生一定程度退行性变的基础上，受到一定外力作用发生的，但亦可见于原无明显退变的椎间盘。病理椎间盘是人体各组织中最早和最易随年龄发生退行性改变的组织，由于年龄的增长，髓核丧失一部分水分及其原有弹性。退变的颈椎间盘受稍微外伤即可引起椎间盘突出。颈椎过伸性损伤可使近侧椎体向后移位，屈曲性损伤可使双侧小关节脱位，结果椎间盘后方张力增加，导致纤维环和后纵韧带破裂，髓核突出。Taylor通过尸体解剖指出，创伤性颈椎间盘损伤最具特点的病理征象是椎间盘软骨板破裂，而有别于椎骨钩突裂隙和椎间盘中心裂隙等颈椎间盘退行性改变征象。颈椎间盘软骨板裂口常呈线性裂缝，接近椎骨终板，并与之平行，同时常累及椎间盘四周纤维环，靠近椎体边缘，表现为“rim lesion”（Rim lesion）。软骨板裂隙与纤维环板层结构裂隙相互延续，裂隙内常有出血，髓核可通过裂隙突出。颈椎间盘损伤多发生于上三个颈椎间盘，急性创伤性颈椎间盘突出以颈3~4间隙多见，主要原因是：（1）颈椎过伸性损伤时切应力大，颈3~4间隙较下

位颈椎更接近于着力点；（2）颈3~4小关节突关节面接近水平，更易于在损伤瞬间发生一过性前后移位，类似于弹性关节。颈脊髓由于齿状韧带作用而较固定，当外力致椎间盘纤维环和后纵韧带破裂，髓核突出易引起颈脊髓受压。颈脊髓受压后变细变软，并可在早期形成空洞，脊髓损伤区域不大，但不少患者可因此表现出不同程度的瘫痪状态。颈脊神经根在椎间盘水平横形进入椎间孔，颈椎后外侧纤维环和后纵韧带较薄弱，髓核易从该处突出，即使突出物很小也会引起神经根受压。临床表现本病起病急，大多数病例有明显头颈部外伤史，有的可因稍微损伤起病，甚至伸懒腰亦可诱发。临床表现因压迫部位和程度不同而有较大差异。根据椎间盘突出部位及压迫组织不同，本病可分为三型：侧方型、中心型、旁中心型（图1）。图1 急性颈椎间盘突出症分型A：侧方型；B：中心型；C：旁中心型

1.侧方型颈椎间盘突出症突出部位在后纵韧带外侧和钩椎关节内侧，突出的椎间盘压迫由该处通过的颈脊神经根而产生根性压迫症状。症状（1）颈痛、僵硬、活动受限，如同“；（2）颈部过伸时可产生剧烈疼痛，并可向肩胛或枕部放射；（3）一侧上肢有疼痛或麻木感，但很少两侧同时发生。体征（1）颈部处于僵直位；（2）病变节段椎旁压痛、叩痛，下颈椎棘突间及肩胛内侧可有压痛；（3）颈脊神经根张力试验和Spurling试验阳性；（4）受累神经根支配区感觉、运动和反射改变。支配肌肉可有萎缩及肌力减退现象。

2.中心型颈椎间盘突出症突出部位在椎管中心，脊髓正前方，可压迫脊髓双侧的前面而产生脊髓双侧压迫症状。症状（1）不同程度的四肢无力，下肢往往重于上肢，表现为行走不稳；（2）病情严重者出现四肢不

完全性或完全性瘫痪；（3）大、小便功能障碍，表现为尿潴留和排便困难。体征（1）不同程度的四肢肌力下降；（2）感觉异常，深浅感觉均可受累，依椎间盘突出节段不同感觉异常平面的高低而异；（3）四肢肌张力增高；（4）腱反射亢进，可出现髌阵挛及踝阵挛阳性，病理征如Hoffmann、Openheim征阳性。

3.旁中心型颈椎间盘突出症突出部位偏于一侧而介于颈脊神经根和脊髓之间，压迫单侧神经根和脊髓。除有侧方型症状、体征外，尚有不同程度的单侧脊髓受压症状，表现为不典型的Brown-Sequard综合征。此型常因剧烈的根性疼痛掩盖了脊髓压迫症，而一旦表现脊髓压迫时，病情多较严重。诊断根据临床表现和影像学检查结果，诊断多无困难，诊断依据：病史头颈部外伤史，即使是轻微的颈部扭伤。起病急，发病前无症状，起病后出现颈脊髓或神经根受压的症状和体征。影像学检查颈椎X线片可观察到：（1）颈椎生理弧度减小或消失；（2）年轻或急性外伤性突出者，椎间隙可无明显异常，但年龄较大者，受累椎间隙可有不同程度的退行性改变；（3）椎前软组织阴影在急性过伸性损伤所致的椎间盘突出中可见增宽；（4）颈椎动力摄片上有时可显示受累节段失稳。CT扫描虽对本病诊断有一定帮助，但往往无法依靠常规CT扫描确诊。CTM（脊髓造影CT扫描）则可较清楚地显示脊髓和神经根受椎间盘压迫的影像，近年来有些学者主张采用此法来诊断颈椎间盘突出症，并认为其在诊断侧方型颈椎间盘突出症的价值明显大于MRI。磁共振成像（MRI）可直接显示颈椎间盘突出部位、类型及脊髓和神经根受损的程度，为颈椎间盘突出症的诊断、治疗方法选择及预后提供可靠依据。MRI对颈椎间盘突出症诊断的准确

率远远大于CT和CTM。在中心型和旁中心型颈椎间盘突出症中可显示清楚影像：（1）中心型：椎间盘从受累椎间隙水平呈团块状突出，压迫颈脊髓前方中心部位，受压脊髓局部可呈弯曲、变扁或凹陷状向后方移位，并有信号异常的表现，其中以信号增强为主，有时可见脊髓内空洞影像；（2）旁中心型：椎间盘呈块状或碎片状向后外侧突出，压迫颈脊髓侧方和一侧神经根，颈脊髓前外侧受压变形，向后方或健侧移位，局部信号增强，神经根向后外侧移位或影像消失。侧方型颈椎间盘突出往往需要结合CTM进行诊断。肌电图用于确定神经根损害，对神经根的定位有一定意义。肌电图正常表示神经根功能尚可，预后良好。鉴别诊断1.颈椎病无明确外伤史，或在外伤前即有颈椎病的症状，起病缓慢，症状、体征可与颈椎间盘突出症相似，影像学显示骨赘和椎间盘共同构成致压物，且往往以前者为主。2.颈椎管内肿瘤无外伤史，起病一般较缓慢，影像学可提供重要的鉴别依据，髓内肿瘤分辨较轻易，髓外肿瘤与椎间盘有明确界限。3.肩周炎、胸腔出口综合征主要与侧方型颈椎间盘突出症相鉴别。肩周炎仅有肩部疼痛及活动受限，而无神经功能异常。胸腔出口综合征的临床表现酷似侧方型颈椎间盘突出症，但颈椎MRI却未见椎间盘突出及神经根受压，胸片可显示胸腔上口狭窄或颈肋等。治疗治疗原则以非手术治疗为主，如出现脊髓压迫症状，应尽早施行手术治疗。非手术疗法颈椎牵引原无退变的椎间盘突出，经牵引恢复其椎间盘高度，部分突出物有望还纳。牵引方法：采取坐位或卧位，用枕颌带（Glisson带）牵引，重量2.0~3.0kg，一般认为持续牵引比间断牵引效果好，2周为一疗程。牵引适用于侧方型颈椎间盘突出症，对中

心型颈椎间盘突出症有加重病情可能，应慎用。颈部围邻制动主要作用是限制颈部活动和增强颈部的支撑作用，减轻椎间盘内压力。一般可采用简易围颈保护，对严重病例伴有明显颈椎失稳者可采用石膏围颈固定。对牵引后症状缓解者制动有利于病情恢复。推拿、按摩虽有不少治疗成功的报道，但推拿，非凡是重手法推拿有可能加重椎间盘突出及脊髓、神经根损伤，严重者可在推拿瞬间发生截瘫，因此采用时应谨慎。理疗对轻型病例仅有神经根刺激症状者有一定效果，其中以蜡疗和醋离子透入疗法效果较好。药物治疗对症处理，对疼痛剧烈者可采用镇静镇痛药物。手术疗法对颈椎间盘突出症诊断明确，神经根或脊髓压迫症状严重者应采取手术治疗。颈前路减压术适用于中心型和旁中心型椎间盘突出症患者。采用环锯减压摘除损伤的椎间盘并行椎体间植骨融合术效果较好。对原有退变者应同时去除增生的骨赘，以免残留可能的致压物。颈后路减压术适用于侧方型椎间盘突出症或多节段受累、伴椎管狭窄或后纵韧带骨化者。单纯的椎间盘突出可采用半椎板及部分关节突切除术，通过减压孔摘除压迫神经根的椎间盘组织。若伴有椎管狭窄或后纵韧带骨化则可采用全椎板减压术。颈椎间盘显微切除术有后侧和前侧两种入路，在治疗颈椎软椎间盘突出中，其入路选择仍有较大争议。Aldrich采用后外侧入路治疗单根神经根受损的外侧型髓核脱出，取得良好疗效，术中小关节突切除的范围依神经根和突出椎间盘的关系而定。该法的优点是：（1）操作简便；（2）切口小、创伤小；（3）并发症少，危险性小。但此术仅适用于单纯颈椎间盘突出，而对于合并颈椎管狭窄症及后纵韧带骨化症患者，由于减压范围有限，手术效果差

，不宜采用此法。颈椎间盘溶核术 由法国的Bonafe和Lazorthes提出并首先作了研究。适用于需要手术的颈椎间盘突出症。尤其年轻患者，经非手术治疗数周无效则可选用此法。虽有不少学者报道该法疗效不亚于外科手术治疗，但诸多因素限制其广泛应用：（1）该法采用颈前路穿刺途径，而颈前方解剖结构密集，如血管神经束、气管食管束等，增加了穿刺的难度和危险性；（2）使用木瓜凝乳蛋白酶有损伤脊髓的潜在危险性。 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)