

颈椎半脱位 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__E9_A2_88_E6_A4_8E_E5_8D_8A_E8_c22_306417.htm 名称颈椎半脱位所属科室神经外科病因当颈椎遭受屈曲暴力，或处于屈曲位的颈椎受到纵向压缩力时，受作用椎体的前方压应力增加，而颈椎的后部结构受到张应力的作用。椎体的前屈运动过程中，相邻椎体的瞬时旋转中心位于椎间盘中心偏后位置，此时椎体前部为支点，张应力侧为关节囊、棘间韧带、黄韧带等。弯曲力和压缩力的持续作用可产生两种情况：若压缩暴力较大，有可能导致椎体前方塌陷，有时也可使颈椎间盘后突；若暴力不致导致椎体骨折，张应力侧的关节囊、韧带可撕裂，严重者后纵韧带也同时受损。外力持续作用导致上位颈椎的两个关节向前滑动并分离移位。后方小关节突的这种向前滑动与椎间盘的病理基础有关。若椎间盘在受力过程中功能良好，则瞬时旋转中心不变，后方小关所受的外力主要是牵张力，只有当关节囊撕裂时才有可能脱位。当椎间盘退变，高度降低，椎间盘四周纤维环及韧带松弛，椎间节段存有潜在不稳因素，暴力过程中，椎体间发生移位或瞬时旋转中心后移或下移，颈椎的弯曲运动在后方小关节突之间产生巨大剪切力而相互滑动，导致韧带的撕裂和小关节囊的撕裂，后纵韧带的损伤也是椎间盘功能受损的原因之一。外力中止后，颈部肌肉的收缩作用可使已半脱位的关节又缩回原位。但也有因关节囊的嵌顿或小骨折片的阻碍而保持半脱位状态。病理在对损伤机制的分析表明任何创伤性颈椎半脱位均存在颈椎间盘功能的不全，都有颈椎不稳。其次，后结构的软组织，即后韧带复合组织广泛撕裂、出血及血肿。这是所有

屈曲性损伤共有的病理变化。关节囊撕裂致小关节松动和不稳。还可能合并纤维环破裂和后纵韧带撕裂和分离。近1/3至1/2的撕裂韧带不愈合。如损伤后没有足够的制动使得这些软组织损伤得以修复，可能使不稳状态得以保持，造成“”，尤其是中老年患者，伤前椎间盘韧带结构已有退变，在损伤外力较小时，忽略治疗，后期颈椎不稳发生率较高。临床表现颈椎前半脱位的症状比较轻，主要表现在局部，如颈部易劳累，局部疼痛、酸胀、乏力；头颈伸屈和旋转功能受限；颈部肌肉痉挛，头颈呈前倾、自身感觉僵硬；损伤节段的棘突和棘突间隙肿胀并具有压痛，椎前侧也可有触痛。神经系症状较为少见，即使发生也多不严重，有时表现为神经根受刺激的症状和体征。但颈椎半脱位的真正意义还在于其轻易造成日后不稳，椎间盘的退变加剧。若椎体间的这种不稳持续存在，根据Wolf定律，椎间盘上下方椎体必然通过骨质增生，增加椎体间接触面来增加稳定性。骨质的增生可造成椎管矢状径变短，严重时压迫脊髓，使脊髓慢性损伤，其临床表现与颈椎病相似。辅助检查急性期侧位X线片可能无异常征象。假如小关节仍维持在半脱位状态时，侧位片可显示关节的排列异常。有时可以应用伸、屈位动力性摄片以显示损伤节段的不稳定。有人推荐在拍摄伸屈位片时，患者俯卧或仰卧于拱型支架上，当发现有椎间移位后，可确诊。除X线片以外，有人利用云纹图来观察和判定有无颈椎不稳。治疗牵引治疗 牵引通常可以复位，但不必使用颅骨牵引，枕颌带牵引就足以复位。牵引时，取头颅正中位，重量2~3kg。拍片证实复位后，持续牵引3周。由于复位后存在严重不稳倾向，极易再发脱位，因此复位后应以头颈胸石膏固

定，为期2~3个月。拆石膏后再以颈部支架维持一段时间。手法复位并不足取，若必须做，则需谨慎操作，防止加重损伤。手术治疗急性期不主张手术。如在后期仍然存在损伤节段的不稳定或伴有迟发性脊髓或神经根压迫症者，应手术治疗。取颈前路检间盘摘除、减压及植骨融合术。若有脊髓压迫，应施行扩大减压和植骨固定术。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