

• 学习园地 •

# 自发性环枢椎脱位 58 例病因和疗效分析

贵阳医学院附属医院 (550004)

尹培荣 卢康康 付家智 陈雄德

自发性环枢椎脱位多见于儿童和少年。本文在除  
外颈椎结核, 肿瘤及严重外伤者, 根据: 1. 颈痛、突  
发或缓发性斜颈及颈部活动障碍。2. X 线拍片均具备有:  
(1) 环齿前距 > 3mm; (2) 环枢棘突角 > 10°; (3) 环  
枢关节间隙不等; (4) 齿突与侧块间距差 > 3mm<sup>[1]</sup> 作为  
本病的诊断标准。自 1975 年~1994 年我院收治 58 例,  
对其病因及治疗问题进行分析。

### 临床资料

1. 一般资料: 58 例中男 30 例, 女 28 例; 年龄最  
小 1 岁, 最大 44 岁, 平均 11.9 岁; 其中 14 岁以下 51  
例, 占 88.0%。伴神经伤 3 例, 脊髓伤 2 例。X 线拍片  
1 例环枕融合伴齿突发育不良, 1 例环枕融合。

2. 病史: 有感染者 25 例(上感 14 例, 腮腺炎 5 例,  
面颈部疖 3 例, 化脓性扁桃腺炎 3 例), 占总数的  
43.1%。前扑后伸颈部闪伤 2~3 日才发病者 27 例, 占  
总数的 46.6%。喜高枕睡觉(有的患者有两种以上的因  
素)和极度屈颈者 40 例, 占总数的 60.0%, 后者有 6  
例均为 15 岁以上患者, 其中 4 例酒醉后坐位屈颈睡  
觉, 2 例头枕于沙发扶手上睡觉。“端颈”治疗症状突然  
加重者 19 例, 占总数的 32.8%, 其中 5 例“端颈”前  
X 线正常, “端颈”后则出现脱位征象。

3. 病程与治疗方法: 全部病例入院后都行枕颌带  
或颅骨骨牵引 3~4 周, 重量 1~3kg, 拍片证实复位后  
作石膏围颌或头颈胸石膏固定三个月。急性感染者加  
用抗菌素治疗。病程一月以内者 35 例, 均行枕颌带牵  
引全部复位。二月以内者 10 例, 作枕颌带牵引 8 例复  
位, 占 80.0%, 2 例未复位改作颅骨骨牵引后复位。三  
月以内者 5 例, 作枕颌带牵引 3 例复位, 占 60.0%, 2  
例未复位改作颅骨骨牵引后复位。三月以上者 8 例, 均  
作颅骨骨牵引, 3 例复位, 占 37.5%, 5 例不同程度复  
位, 亦作头颈胸石膏固定。本组有 3 例再次脱位二次入  
院治疗, 病程分别为 30 天、49 天、96 天, 前二例出院  
时不愿作石膏固定, 后一例一月左右自行拆除头颈胸  
石膏。

4. 随访及结果: 随访(包括信访) 51 例, 随访率  
为 88.0%。最长 19 年, 最短 1 年, 平均 9.04 年。除 2

例病程在五月以上伴脊髓损伤者, 在颈部活动时偶有  
响声、颈痛, 但能自愈照常工作外, 其余病例均无症状,  
颈活动自如, 因此, 随访病例的远期疗效优为 96.0%,  
良为 4.0%。

### 讨 论

#### 1. 病因

1.1 环枢椎解剖结构特殊和变异畸形是易发脱  
位的原因之一。环椎无椎体, 它靠两侧块与枢椎两侧的  
上关节突相关节, 头部的重量仅靠枢椎的两个支点支  
撑(其他脊椎则为三角形的三个支点支撑), 加之环枢  
关节面近于水平位, 关节囊又较松弛, 因此, 环枢椎相  
对不稳是易发脱位的解剖学基础。若环枢椎有变异, 畸  
形则更易发生脱位, 诸如环枕融合、齿突不连或发育不  
良等。本组发现二例变异、畸形。

1.2 骤然或持续的损伤: 环枢椎的稳定性还靠齿  
突后面的环椎横韧带, 两侧的翼状韧带和齿突尖韧带  
加强。有作者报告, 头部过度屈曲时, 头部的功能主要  
集中在横韧带上, 齿突恰在其中部形成一种“切割”  
外力, 造成韧带损伤<sup>[2]</sup>。当颈部突然或持续的伸屈时,  
这些韧带都可能受到挤压, 牵拉损伤, 造成无菌性炎  
症, 使滑膜渗出、关节肿胀和关节囊松弛、附近肌痉挛  
致环枢椎脱位。本组前屈后伸颈部闪伤者 27 例, 高枕  
和极度屈颈睡觉者 40 例, 其脱位很可能与此因素有  
关。

1.3 感染: 环枢椎之间有四个关节, 即环齿关节。  
环椎横韧带与齿突之间的关节和两侧关节突间关节,  
这四个关节的滑膜腔相互通联, 而且还与环枕关节相  
通。口咽、面颈部与这些关节相邻, 有学者研究这些部  
位的淋巴、血循与上述关节囊有联系。因此, 口咽、面  
颈部的感染极易引起关节的急性炎症并互相蔓延, 使  
椎骨脱钙, 关节滑膜渗出、肿胀、颈部肌肉痉挛而发生  
环枢椎脱位。若有屈颈的挤压、牵拉则更易发生。本组  
有感染者 25 例与此因素有关。

#### 2. 治疗

2.1 头颅持续牵引是自发性环枢椎脱位有效、安  
全的复位措施, 它一方面使患部得到休息, 有利炎症吸

收；另一方面使脱位缓慢而逐渐地复位，较符合病理转归的要求。我们不主张为追求及时复位滥用手法“端颈”治疗。文献报告此法致脊髓、神经伤者不少。本组有 19 例作“端颈”复位症状突然加重，占总数的 32.8%，其中 5 例“端颈”前 X 线正常，“端颈”后则出现脱位征象，可能与“端颈”有关，应引起注意。牵引治疗的复位率与病程有关，病程越短复位率越高，因此越早越好。至于作什么牵引，这要看病程、X 线脱位的程度及有无脊髓、神经损伤而定。一般说来，病程在一月以内者作枕颌带牵引效果是好的，本组 35 例均获复位，以后复位率则依次下降。因此病程在二月以上者我们建议用颅骨骨牵引为好，因效果较好，手术也不大，以免牵引失败后再改作颅骨骨牵引而延长病程。不管用什么牵引，均取仰卧位使颈过伸，重量 1~3kg 由轻到重逐渐增加，使患者有一个适应过程易于接受，也不致造成新的损伤。牵引时间一般为 3~4 周。

2.2 环枢椎脱位牵引复位后，必须建立有效的外固定和保证足够的固定时限，否则，易发生再次脱位。本组有两例不愿作石膏固定，有一例在一月左右自行拆除头颈胸石膏而发生再次脱位。固定时限根据脱位时间长短而定，一般不应少于二个月。

2.3 有关手术问题，应从严掌握。本组有 5 例患者因病程长，虽经颅骨骨牵引未完全复位，我们仍作头颈胸石膏固定，在远期随访中，只有 2 例出现环枢椎不稳。如确因反复脱位，严重不稳或有脊髓、神经损害者，可考虑手术治疗。

#### 参考文献

1. 尹培荣, 陈雄德, 付家智. 自发性环枢椎脱位几种 X 线测量评价. 骨与关节损伤杂志 1992; 2: 65.
2. 贾连顺, 李家顺, 刘洪奎, 等. 关于上颈椎损伤的再认识. 骨与关节损伤杂志 1991; 2: 65.

(收稿: 1996-01-16)

## 腰椎间盘突出症误诊原因分析

浙江中医学院骨伤教研室 (310009)

蔡永年 章明 朱胜良 章建华

腰椎间盘突出症是常见的骨伤科疾病，单以 CT 片诊断为依据容易导致误诊或漏诊。我们收集了近两年来误诊 13 例患者，对原因作初步分析，供同道参考。

#### 一般资料

本组 13 例中男 10 例，女 3 例；年龄 25~75 岁；神经鞘膜瘤 3 例，腰椎转移性肿瘤 3 例，T<sub>10-11</sub>膜内肿瘤 1 例，股骨颈肿瘤 1 例，股骨颈骨折 1 例，强直性脊柱炎 3 例，神经根变异 1 例。

#### 典型病例

例 1，阮××，男，75 岁，浙江省科研所实验厂，住院号 189135，因“腰痛伴左大腿疼痛 3 个月”于 1996 年 2 月 23 日以“腰椎间盘突出症”收住入院。患者 3 个月前无明显诱因下出现腰部疼痛，咳嗽时腰部疼痛加重，反复发作，并逐渐加剧，1996 年 2 月 4 日就诊本院经 CT 检查发现 L<sub>3-4</sub>、L<sub>4-5</sub>椎间盘膨出，S<sub>1</sub> 后缘骨质增生。服用消炎痛等治疗后未见缓解，后以“腰椎间盘突出症”收住入院。入院后专科检查：脊柱向右侧凸畸形，腰生理曲度消失，L<sub>3</sub> 棘突压痛 (+)，深部叩击痛 (+)，L<sub>4-5</sub> 左侧椎旁压痛 (+)，两侧骶棘肌紧张压痛 (+)，左侧直腿抬高试验 30°，右侧直腿抬高试验 40°，加强试验均为阳性。双下肢股四头肌肌力稍减弱，脚趾

背伸肌力正常。右小腿内侧和左小腿外侧皮肤感觉略迟钝，双膝部皮肤痛觉过敏。全身体检无阳性体征。经入院后 X 线片发现 L<sub>3</sub> 椎体似有病理性骨折。实验室检查球蛋白 45.80g%，血沉 57mm/h，癌胚抗原 CEA26ng/ml，CA-19-9 10u/ml，MRI 检查发现 L<sub>3</sub> 椎体压缩，向后突，硬膜囊受压。最后诊断为 L<sub>3</sub> 转移性肿瘤，转肿瘤医院治疗。

例 2，华××，男，53 岁，浙江温岭人，住院号 195426。患者因“腰痛 10 余年伴双下肢酸胀麻木 6 个月”于 1996 年 4 月 8 日以“腰椎间盘突出症”收入病房。患者 10 年前出现腰痛，有时有左下肢麻木，劳累后加重，休息后能自行缓解。1995 年 9 月腰痛加剧，左下肢有放射性麻木、疼痛、跛行。当地医院 X 片诊断为“骨质增生”。经小推拿治疗无明显好转。于 1995 年 12 月初就诊本院，经 CT 检查诊断为“腰椎间盘突出症”，“腰椎管狭窄症”。行大推拿治疗，术后症状有所改善回家休养。1996 年 2 月中旬在无诱发原因下出现腰腿痛麻再次加重，并出现右下肢放射性疼痛、麻木，不能正常行走，于 4 月 8 日就诊，门诊以“腰椎间盘突出症”欲行手术治疗收入病房。检查全身无阳性发现。专科情况：呈跛行步态，腰椎侧弯，生理曲度变浅，腰部活动