

前臂掌侧筋膜间隔综合征

内蒙古包头市第二医院(014040) 姚传傅 李跃蒙 郭培刚 胡建军

我院自 1984 年至 1994 年 7 月,共收治前臂掌侧筋膜间隔综合征 9 例,其中 7 例痊愈,2 例发生程度不等的屈腕、屈指畸形。现报告如下。

解剖

“前臂掌侧筋膜间隔”位于前臂掌侧,四周由尺骨、桡骨、骨间膜和坚韧的深筋膜所构成,屈指肌、屈腕肌、正中神经、尺神经、尺动脉、静脉在间隔内。间隔内组织关系紧密、故不能相应扩张。

病因

前臂创伤后凡可使间隔内、外压增高的因素均可发生本征,常见源因为:肢体挤压伤,血管损伤、闭合性骨折、石膏或小夹板固定过紧等。另外,骨折部位的异常活动,不适当的搬动,都可以加重局部损伤,是促成本征的诱发因素。

前臂机器绞伤(闭合损伤):此类损伤前臂随机床罗盘卷入,致前臂呈“C”形,除尺、桡骨骨折外(甚至多节段)软组织亦损伤严重,致前臂肿胀严重,易诱发本征。本组有 4 例。

前臂挤压伤:前臂长时间受重物挤压,本组曾遇到 CO 中毒、醉酒患者,因躯干压于前臂,致间隔内组织缺血、肿胀、压力增高而发病。

前臂骨折复位固定后,如疼痛难忍、手指呈暗红色,应剖开石膏或去除小夹板详细检查。若疼痛仍无好转,或肢体麻木,仍应引起注意,及时观察有无本征发生。

临床特点及诊断

前臂掌侧筋膜间隔综合征的临床特点是以自觉前臂进行性持续性加重疼痛和活动障碍为主,前臂广泛肿胀、压痛。局部皮肤触之发硬,患手呈暗紫色,掌侧皮肤大量水泡。

1. 麻木和疼痛:麻木和疼痛是神经受压的显著症状,特别是麻木易被忽视,本组有一例未予重视,结果

出现正中神经损伤,虽经切开减压正中神经松解亦没能完全恢复。

2. 桡动脉搏动:尺、桡动脉受压时,通过骨间动脉可以交通,故发生该征时仍可触及桡动脉搏动,本组 7 例可 3 触及桡动脉搏动,故不能将能否触及桡动脉搏动作为诊断的主要依据。

3. 筋膜间区测压:近年来国内外认为测压是早期诊断的重要依据。一般认为:1. 3kPa(10mmHg)以下为正常,4kPa(30mmHg)则明显增高,具备切开减压的指征。如有条件应积极进行。测压方法较多,本组以 white-side 法测 4 例,压力为 6~10kPa,但若无测压条件,根据典型的症状、体征亦可尽早确诊,给予合理治疗,亦可获得满意效果。

治疗

1. 非手术治疗:采用制动、患肢松高 30°,20%甘露醇 250ml 静脉快速输入、过 2~4 小时可再重复一次,若症状、体征明显改善即为有效。若经上述措施后无明显缓解,应及时手术治疗。由于本征发展迅速,后果严重,对其治疗宁可失之于切开过早而不可失之于延误。本组使用该法两例,获得满意疗效。

2. 手术治疗:手术切开筋膜减压是治疗该综合征行之有效的方法,一经确诊,保守治疗 4 小时左右无效即应急诊手术,我们采用臂丛麻醉,前臂掌侧 S 形切口,全长切开筋膜,至腕横韧带止,本组使用手术治疗 7 例,5 例痊愈,2 例由外院转来已达 12~16 小时,虽经手术但由于肌肉部分坏死,正中神经肿胀、变形、伤口愈合后逐渐发生屈腕、屈指畸形。

术后敷料不宜过早更换,3~4 天后可在严格无菌条件下加以检查,如已逐渐消肿,可将伤口两侧缝合,中间伤口敷料包裹,再过 3~4 天后检查,如伤口无张力,即可缝合,否则可予以植皮消灭创面。

(收稿:1994-09-01;修回:1995-04-24)