

肘管综合征

黄国华¹ 陈德松²

(1. 闸北区中心医院, 上海 200070; 2. 上海医科大学华山医院, 上海)

肘管综合征由 Feindle 和 Stratford 于 1958 年报告^[1]。他们从一组尺神经受压病例中注意到尺侧腕屈肌的两头之间有一增厚的纤维带, 可引起尺神经受压, 故称之为“肘管综合症”。

其实, 引起肘管综合征的原因很多。其由多因素共同引起, 创伤是一主要原因。可因肘部骨折、脱位、骨赘形成等, 使尺神经受到牵拉。或因肘部骨关节病变, 导致滑膜增厚, 纤维管道狭窄使神经受到慢性压迫。其它, 如肘管的特殊解剖、肘管内肿瘤以及神经的慢性损伤等, 均能引起肘管内尺神经受压。

1 诊断

首先是病史。最常见的症状是小指和环指麻木和刺痛感, 可能伴有疼痛。这种疼痛在肘部或沿着手和前臂内侧, 还可向小指和环指放散。伴有手指乏力、笨拙, 工作不灵活。表现书写困难, 音乐工作者则抱怨不能长时间的弹奏或不如以前那样灵活。另外常见的主诉为抓物不紧(屈肘时尤为明显)抓物时甚至掉落。

此外, 重要的是注意病人是否有外伤史(如骨折或脱位), 工作方式(因此病与职业有关)。

体格检查: 从尺神经的感觉和运动机能障碍来判断病变是否在臂丛以下腕关节以上的部位。感觉功能减退和尺神经支配某些肌肉的功能障碍, 以及肘部的 Tinel 征阳性。

尺神经电生理检测可发现被支配的诸肌出现失神经的自发电活动。肌肉收缩时, 动作电位的数量、振幅减小, 并可有多相电位。另外, 经过肘部的运动神经传导速度减慢。

2 治疗

轻度受压的病人, 最初是保守治疗。主要的措施是保持肘关节在伸直位, 以减轻肘部尺神经受压, 最好是用伸直位石膏固定, 治疗三个月到病人症状改善; 如果病人临床情况没有变坏, 即没有向中度发展, 再进行三个月的治疗。如病情发展加重, 应考虑手术。中度损害的病人症状严重, 且不能维持正常工作和生活, 则应考虑手术治疗。如果重度神经受压的病人, 除非遭到拒绝, 就是手术适应症。

手术治疗: 减压术、内上髁切除术、皮下前移术、肌内前移术、肌下前移术等五种。

术后并发症: 肘管综合征最常见术后并发症为损伤前臂内侧皮神经。病人主要表现为该神经分布区产生疼痛的症状。保守治疗为理疗或按摩和局部可的松封闭, 无效者可施行手术探查。另一种常见的并发症是与出血有关的血肿、瘀斑等。发生的原因是术中止血不彻底、凝血差以及高龄患者。

肘管综合征治疗术后症状持续或复发, 是一种术后并发

症。多由于手术中某些技术问题造成。值得注意的是对于 60 岁以上患者, 多次手术可引起尺神经的不可逆的缺血而导致梗死^[2]。

3 治疗效果与评价

3.1 减压手术 Osborne 报告将尺神经的肘管顶盖切开, 单纯减压就足以解决问题^[3]。减压手术后效果最好的是轻度受压, 94% 患者其感觉基本消失。中度仅有 33% 恢复正常的肌张力和感觉。重度仅 25% 患者萎缩的肌肉恢复, 30% 有很好的感觉恢复。因此, 单纯的减压手术没有考虑到神经的内在病理状况和神经与受压组织床的关系问题, 故对中、重度患者效果不满意。

3.2 内上髁切除术 由 King 和 Morgan 介绍, 结果是病人未取得很好的效果^[4]。Craven 和 Green 两位注意到此手术的缺点在于没有直接治疗神经内在的病理变化, 也没有防止神经在内侧肌间隔或尺侧腕屈肌的内、外两个头之间的卡压。通过改进, 除了切除内上髁, 还切除内侧肌间隔, 并行尺神经外松解, 使轻度受压的病人感觉恢复达 100%, 中度有 41% 恢复正常肌力, 50% 恢复正常的感觉。重度 25% 患者的肌萎缩恢复, 30% 恢复了正常的感觉。所以, 此手术只有再加上神经内松解术, 效果才会更好。

3.3 皮下前移术 Curtis 首次报告获得了惊人的满意效果^[5]。此后 Sheloclin, McGowan, Hagstrom 和 Eaton 在他们的治疗中为了保持神经于前移位, 防止其回到髁后沟, 采用吊带方法。据统计, 轻度受压患者有 94% 术后感觉恢复; 中度 43% 获得正常肌力, 71% 恢复正常感觉; 重度 30% 获得正常肌肉功能(其术前肌肉萎缩逆转), 53% 恢复正常感觉。此手术失败常见原因是为保持神经于前移, “吊带”产生新的卡压。

3.4 肌内前移术 Adson 方法是在肌肉切一条沟, 用一片筋膜置于神经上方, 一头缝入肌肉深面, 一端在表浅处缝合^[6]。在 79 例重度神经受压的患者中, 仅 6% 恢复正常的运动和感觉功能, 67% 无变化或症状复发。

3.5 肌下前移术 Mackinnon 和 Dellon 常采用此方法^[7]。轻度神经受压都取得了很好的效果, 中度 81% 恢复了正常的肌力, 77% 恢复了正常的感觉, 重度 12% 患者肌肉恢复了正常肌力(当肌肉萎缩存在), 14% 的患者恢复了正常的感觉。采用此法, 轻度或中度神经受压不需行神经内松解, 90% ~ 100% 感觉症状消失, 90% 恢复正常的肌力。故此方法加上神经内松解值得介绍。

参考文献

[1] Feindle W, Stratford J. Cubital tunnel compression in tardy ulnar palsy. *Candion Medical Association Journal*, 1958, 78: 351.

- [2] Leffert RD. Anterior submuscular transposition of the ulnar nerve by the leamonth technique. J Hand Surg, 1982, 7: 147-155.
- [3] MacNicol MF. Extraneural pressures atfection the ulnar nerve at the elbow. The Hand, 1982, 14: 5-11.
- [4] Hogg TG. Ulnarneritis. J Bone Joint Surg (Br), 1961, 43: 614.
- [5] Eaton RG, Crowe JF, Parkes JC, et al. Anterior transposition of the ulnar using a nonr compressing fasciadermal sling. J Bone Joint Surg,

1980, 62A: 820.

- [6] Childress HM. Rescurrenular nerve dislocation at the elbow. J Bone Joint Surg, 1956, 38A: 987.
- [7] DeLlon AL, Mackinnon SE, Hudson AR, et al. Effect of submuscular versus intramuscular placement of the ulnar nerve: Experimentalmodel in the primate J Hand Surg, 1986, 11B(1): 117-119.

(编辑: 连智华)

胸椎后关节紊乱的辨证与施治

怀善峰 陈东

(山东省胸科医院, 山东 济南 250013)

胸椎后关节紊乱临床并非少见, 以背疼、憋气、扩胸及臂上举活动受碍、沿相应肋间牵扯疼为主症, 甚或出现顽固性肋间神经疼及上腹或心前区疼痛。手法治疗对本病有独到之处, 能收到立竿见影、手到病除之奇效。笔者通过多年的临床实践, 系统的观察、研究, 对本病有了进一步的认识, 无论从解剖特点、发病机理、临床特征及施术原则等各方面都有新的见解。

1 解剖与病理

1.1 肋椎关节 由肋骨小头关节面和肋结节关节面分别与上、下胸椎椎体侧面的肋凹和横突肋凹构成关节。主要参与呼吸及扩胸运动。由于该关节结构较复杂, 相对稳定性较差, 往往在上、下两椎体间或肋骨头与椎体间不协调运动, 导致肋骨小头及肋结节的轻度位移或肋间神经受累。

1.2 关节突间关节 由上、下两椎体后方之椎弓延伸的上、下关节突构成, 其外围由关节囊包绕。参与脊柱的屈伸、旋转和侧屈运动。侧屈及旋转只是关节间的磨擦运动, 由于骨质增生或发育不良等因素, 往往在磨擦运动中发生轻度位移或绞锁现象。而大幅度的脊柱屈伸运动可使关节间隙增宽, 关节囊内负压增高, 滑膜被牵拉、卡压, 关节囊痉挛、水肿, 以致刺激、压迫肋间神经或交感神经。

2 临床特征

2.1 肋椎关节错缝 该关节错缝因两骨位置的轻度位移, 引发周围组织痉挛、肿胀或致肋间神经受累, 故临床检查可扪及病发部位软组织紧张、僵硬或痉挛性硬节, 压痛明显。

2.2 关节突间关节错缝 病发时可致该关节间微细结构及位置的变化, 棘突亦随之偏离中线, 棘上韧带因过度牵拉而受损。故病发后必然出现棘突偏歪, 该偏歪棘突下缘偏病侧可扪及明显压痛点, 或出现上腹部疼痛、类心脏病发作征。

2.3 关节突间关节滑膜嵌顿 病发时因该关节间隙增宽, 滑膜过度牵拉被嵌入关节间隙, 导致关节囊痉挛、肿胀, 肋间神经或交感神经受压。故本症除具备关节突间关节错缝特征外, 常出现剧烈性、顽固性肋间神经疼、上腹部疼痛及关节制

动, 起卧困难。

3 辨证施术

3.1 肋椎关节错缝拟选用按压整复法 病人俯卧, 医者立于患侧, 在局部施以放松手法后, 双手重叠, 掌根置于病发部位的相应棘突上, 嘱患者全身放松, 待其呼气将尽时以“寸劲”按压弹动, 使椎体与肋骨间快速错动, 重新结合, 借以达到一次整复成功之目的, 此时可觉到“回位”之手感或听到“咯嗒”声。

3.2 关节突间关节错缝拟选用扳肩顶推法 病人俯卧, 医者立于健侧施放松手法, 待局部组织相对放松后, 医者一手拇指向患侧顶推偏歪棘突的下位棘突, 同时另手扳患侧肩头, 两手反方向协同用力将棘突扶正。

3.3 关节突间关节滑膜嵌顿拟选用牵引按压法 病人俯卧于牵引床上, 分别固定腋下及骨盆, 行骨盆牵引。待扪及病发部位棘突间隙增宽时, 维持其牵引力度。医者双手重叠, 掌根置于病发部位棘突上, 施以按压弹动, 使嵌顿之滑膜弹出, 关节得以矫正。解除牵引, 嘱患者原位静卧, 休息片刻。

4 讨论

本病主要致病因素来自外力的直接作用, 但长时间单一姿势劳动, 在关节周围某些组织处于过度紧张、疲劳、反应迟缓的状态下突变体位, 各组织间不协调运动, 椎体与椎体或椎体与肋骨间运动不同步而诱发本病者屡见不鲜。但值得一提的是: 滑膜嵌顿的发生, 往往是在脊柱突然大幅度前屈, 如喷嚏、剧咳或高处坠下等, 使胸椎后关节间隙骤然增宽、负压增大的情况下, 致使滑膜被卡压、嵌顿。

本病的治疗手法当因症而异, 前两种类型只要能使关节错动重新结合, 即可达到治疗目的。而后者则必须拉宽关节间隙, 滑膜嵌顿方能解除。

整复后的放松手法不容忽略, 因关节结构的异常可通过整复瞬间纠正, 但其周围组织的紧张、痉挛、水肿等现象, 不可能马上随之消失。所以说, 整复成功不等于临床症状完全消除, 只能待施以适当的放松手法后, 残存症状才能尽快消失。

(编辑: 李为农)