

手术加补阳还五汤治疗肘尺管综合症的临床观察

马文龙¹,程春生²

(1.安徽中医学院 2006 级研究生,安徽 合肥 230038;2.洛阳正骨医院)

关键词 肘管综合征; 中药疗法; 骨科手术方法

Operation combined with Buyang Huanwu decoction(补阳还五汤) for the treatment of cubital tunnel syndrome MA

Wen-long*,CHENG Chun-sheng.*The Anhui College of TCM,Hefei 230038,Anhui,China

Key words Cubital tunnel syndrome; Treatment with Chinese herbs; Orthopaedics operative methods

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(3):224-225 www.zggszz.com

肘尺管综合征(cubital tunnel syndrome,CuTS)又称肘管综合征,是尺神经在肘后的肘管内受到卡压、牵拉、摩擦或慢性损伤而引起手部感觉异常、运动障碍为主要特征的一种证候群,是发病率仅次于腕管综合征的一种周围神经卡压综合征。主要表现为前臂及手部疼痛,小指及无名指尺侧半感觉障碍,手部小肌肉(以第 1 骨间背侧肌为主)萎缩、无力等。因尺神经的主要功能是支配手内在肌,主管手部精细动作,损伤后功能极不易恢复,故对本病的正确认识及早期诊治非常必要。虽然现在对其治疗有许多方法,但我科从 1996 年至 2007 年,在手术的基础上结合中药补阳还五汤治疗,取得满意效果,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 分类方法 按 Maekinnin 和 Dellon 推荐的分期类法^[1]进行分类,将肘管综合征分为 3 度:轻度,有感觉障碍,刺痛或麻木,自觉乏力,精细动作不灵,屈肘试验或(和)Tinell 征阳性;中度,感觉障碍,手内在肌萎缩,可测出夹握力减弱,屈肘试验或(和)Tinell 征阳性;重度,有感觉障碍,手内在肌萎缩严重,爪形手,屈肘试验或(和)Tinell 征阳性。

1.2 临床资料 50 例均为河南省洛阳正骨医院手外二科患者,凡是符合纳入标准的住院患者按照先后顺序分成两组。各组病例一般资料如表 1 所示。

表 1 两组患者可比性分析($\bar{x} \pm s$)

Tab.1 Comparison of general data between two groups($\bar{x} \pm s$)

组别	例数 (例)	年龄(岁)	病程 (月)	性别(例)		部位(例)		
				男	女	左侧	右侧	双侧
治疗组	27	47.7±3.5*	18±3.1#	17	10	15	11	1
对照组	23	40.4±4.1	17±3.6	12	11	14	9	0

注: *与对照组比较, P>0.05; #与对照组比较, P>0.05

Note: *Comparison with treatment group, P>0.05; #Comparison with control group, P>0.05

1.3 诊断标准 所有病例均符合王福成提出的 8 点诊断法: ①手部尺侧、环指及小指进行性麻木、无力、不灵活,不能进行精细操作,手部肌肉进行性萎缩。②前臂及手的尺侧皮肤感觉

减退、麻木、失去光泽、干燥无汗,患肢乏力、酸痛。③尺神经沟处可触及变硬增粗的神经,Tinell 征阳性。④肘部有外伤史或有枕肘睡眠不良习惯。⑤查见小鱼际肌、拇内收肌、手部骨间肌不同程度萎缩,或呈爪形手;各指内收外展受限,夹纸试验阳性;小指与拇指对捏受限,尺侧腕屈肌肌力弱。⑥肌电图检查提示尺神经有受损征象(尺神经支配的诸肌出现失神经支配的自发电位),经过肘部的神经传导速度减慢是最有意义的诊断依据,诱发感觉电位丧失是较敏感的指标。⑦X 线检查有重要参考价值,可见骨刺生长或肱骨内上髁肥大。⑧排除臂丛神经损害、胸廓出口综合征及 Guyon 管尺神经卡压征。根据邹艺等^[2]研究的肘管综合征患者可早期确诊及准确定位尺神经受损部位及损伤程度,并在指导治疗方法选择及判断预后方面具有重要意义。采用丹麦 Keypoint Work-tation 型肌电图/诱发电位仪检测:采用同心针电极检测小指展肌和第 1 骨间背侧肌的 EMG 结果,并结合其临床症状、体征进行确诊。

1.4 纳入标准 ①符合肘尺管综合征体征者;②无其他合并症,如肘关节畸形者;③年龄在 16~60 岁之间。

1.5 排除标准 ①年龄在 16 岁以下或 60 岁以上者,妊娠或哺乳期妇女;②合并有心血管、脑血管、肝、肾和造血系统等严重原发性疾病及精神病患者;③不符合纳入标准,未按规定进行手术或用药,妨碍判断疗效,或资料不全等影响临床疗效判断者。

1.6 治疗方法 ①治疗组:在手术尺神经松解前移术^[3]治疗的基础上加用补阳还五汤口服。基本方为:生黄芪、当归尾各 15 g,制附子 10 g,赤芍、制地龙各 12 g,川芎、桃仁、红花各 10 g,肉桂、蜈蚣、全蝎各 6 g(后 2 味研末,另包)。并随症加减:寒湿偏重,加细辛;湿热偏重,加苍术、黄柏、木瓜;兼正气虚弱,加党参;兼肾虚,加杜仲、桑寄生。并用中频脉冲治疗仪进行理疗,将电极置于肘管处固定,频谱和热疗大小以患者能承受及有刺激感为宜,每日 2 次。②对照组:采取单纯尺神经松解前移手术治疗。

手术方法:臂丛麻醉,上臂中上段应用止血带,沿肱骨髁尺神经走向作 8~12 cm 切口,分离神经及分支,尽可能保留关节支,切除压迫神经的瘢痕组织及肿物。对尺神经受损段切

开神经被膜,并行束间神经彻底松解。然后游离切口前侧皮瓣及筋膜,切断少许前臂屈肌群及腱膜,使尺神经置于切开屈肌处筋膜下,将尺神经被膜与屈肌肌膜缝合 2~3 针,避免其再次滑回尺神经沟。缝闭尺神经沟,关闭切口,石膏托固定于中立位 2 周。

1.7 观察项目 临床检查包括感觉、运动功能检查,拾物及夹纸试验等项目;电生理检查包括肌电图、运动和感觉神经传导速度。

1.8 疗效评定标准^[4] ①显效:手功能完全恢复,肌力 5 级,麻木、疼痛消失,EMG 检查无异常,MNCV、SNCV 恢复正常。②有效:运动功能部分恢复,肌力 3 级,麻木、疼痛减轻,EMG 检查有失神经电位及再生电位,运动电位减少呈单混相,MNCV、SNCV 减慢。③无效:治疗前后无明显改变。

1.9 统计学分析 采用 SPSS 11.5 统计软件对数据进行统计学处理,定量资料组内用 *t* 检验,定性资料组间用 χ^2 检验,单向有序列联表资料用秩和检验。

2 结果

2.1 疗效比较 两组患者治疗 2 周后临床症状均有不同程度的改善,治疗组显效 8 例,有效 17 例,无效 2 例;对照组显效 3 例,有效 14 例,无效 6 例,两组疗效比较, $\chi^2=14.50, P<0.05$, 差异有统计学意义。

2.2 治疗前后神经传导速度的变化 两组治疗前神经传导速度差异无统计学意义 ($P>0.05$), 治疗后神经传导速度差异有统计学意义 ($P<0.05$)。治疗组治疗前后神经传导速度明显改善 ($P<0.05$), 对照组治疗前后神经传导速度无明显改善 ($P>0.05$), 见表 2。

表 2 术后 2 周两组治疗前后神经传导速度变化 ($\bar{x}\pm s, m/s$)
Tab.2 Comparison of nerve conduction velocity before and after treatment in two groups at 2 weeks after operation ($\bar{x}\pm s, m/s$)

组别	例数	MNCV		SNCV	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	27	38.6±3.8	36.5±3.9**	38.3±5.2	35.2±4.9**
对照组	23	44.2±4.2	45.6±4.5	41.6±5.8	38.7±5.3

注:治疗组间比较, $t=4.323, P=0.0212$; *与治疗前比较, $P<0.05$; #与对照组比较, $P<0.05$

Note: Comparison between two groups, $t=4.323, P=0.0212$; *Comparison with before treatment, $P<0.05$; #Comparison with control group, $P<0.05$

3 讨论

肘管位于肘关节的内后方,是一椭圆形的骨性纤维管道,其管腔呈尖朝下的漏斗形,尺侧上、下副动静脉,尺侧运动静脉和尺神经通过此管。尺神经起自臂丛内侧束,在尺神经沟发出 1 个肘关节支及 1~2 个尺侧腕屈肌肌支,末端支配手内在肌和小鱼际肌。肘管部尺神经的营养血管是伴行的尺侧上、下副动脉和尺侧运动动脉。这些动脉互相吻合成网来保证尺神经的营养供应^[5],在做尺神经前移术时应重点加以保护。由于肘

管内压力增大后致使神经受压,首先引起神经内静脉回流障碍,使外膜、束膜血管丛充血,血流缓慢,神经缺氧,神经内膜的毛细血管内皮屏障受到破坏,小血管、毛细血管扩张,白蛋白渗出形成神经性水肿。而神经束膜屏障又限制了水肿排出到束外间隙,使神经内压升高,进一步加剧了微循环的障碍。由于长期缺氧、水肿引起神经内成纤维细胞增生,形成永久性的神经内瘢痕。手术治疗可以对受压神经进行减压,防止神经进一步变性,同时进行神经束膜松解,这样使神经内膜的炎性介质排除到神经外膜,减轻神经束膜内的压力,可以避免神经内膜毛细血管的破坏加重,改善神经的微循环,有利于神经恢复,可以缩短治疗时间。祖国医学中尚无此病名,据临床表现和症状,周围神经卡压与中医“痹证”和“痿证”颇为相似,当属经络伤、痿症范畴。由于全身正气亏虚,筋脉失养,四肢脉络瘀阻,致使局部筋络瘀阻,根据中医整体观念、辨证施治的两大原则,治法应以补气为主,兼用以活血通络。故运用补阳还五汤治疗,并在基础上随症加减。肝肾为先天之本,脾胃为后天之源,气为血之帅,气能行血,气不足,则血行不畅,故重用生黄芪取其大补脾胃之元气,使气旺以促血行,祛瘀而不伤正,并助诸药之力为君药。血为气之母,血能载气,且血能生气,配以归尾补血活血,且有祛瘀而不伤好血之妙,为臣药。川芎、赤芍、桃仁、红花助归尾活血化瘀;地龙、蜈蚣、全蝎通经活络;肉桂补肾阳之气。并随症加减,寒湿偏重,加细辛;湿热偏重,加苍术、黄柏、木瓜;兼正气虚弱,加党参;兼肾虚,加杜仲、桑寄生同时配合应用全虫、僵虫、地龙、伸筋草、透骨草等药物,此类药物为血肉有情之品,善行而走窜,有较强的疏通通络之功,有利于通畅经脉,濡养皮肉筋骨。现代药理实验也证明,活血化瘀、益气养血药物与此类药配合可以明显改善局部缺氧环境,改善局部微循环,促进神经雪旺氏细胞的氧利用率和神经轴突的再生^[6]。现在肘尺管综合征的治疗大多仅仅局限于手术松解治疗,而忽视人体本身就是一个整体。而我们在手术的基础上采用中药补阳还五汤治疗肘尺管综合征,并灵活运用中医的整体观念与辨证施治的原则,这样,可以更加有效地促进神经恢复,缩短治疗时间,有利于肢体功能的早日康复。

参考文献

[1] 陈长春,宋敏.肘管综合征临床研究进展.中医正骨,2006,18(6):71-71.
 [2] 邹艺,刘英,李素荣,等.肘管综合征的临床及神经电生理特点分析.临床神经电生理学杂志,2007,16(4):204-206.
 [3] 顾玉东,王澍寰,侍德.手外科手术学.上海:上海医科大学出版社,1999.522-525.
 [4] 朱欢丽,张十红,夏秦.银杏达莫联合弥可保治疗糖尿病周围神经病变的疗效观察.中国医师杂志,2006,1:118-119.
 [5] 彭峰,陈德松,顾玉东.肘部尺神经的临床解剖学研究.中华手外科杂志,1996,12(1):107-109.
 [6] 石关桐,石印玉,李义凯,等.补阳还五汤对周围神经损伤修复的实验研究.中国中医骨伤科杂志,1997,5(5):1-3.

(收稿日期:2008-10-30 本文编辑:李为农)