

## 腕管综合征

辽宁中医学院附属医院(110032)施於仁 万贵良

腕管综合征是指正中神经在腕部受压所致相应支配区的麻木、疼痛及进行性大鱼际肌无力,甚至萎缩的症候群。大部患者手指麻痛向肘和肩部放散,并且多发于中老年人,颈椎X线多有骨质增生,甚至椎间孔变窄,因此易误诊为颈椎病,久治无效。笔者两年来用腕管封闭方法治疗本病,效果甚佳。

本组共48例,其中女性44例,男性4例。双手发病者21例,单手发病者27例。单手发病中右侧20例,说明经常应用侧发病率高。年龄最小28岁,最大76岁,40岁~60岁32例,为高发年龄。48例中除两例男性患者因外伤引起急性发病外,其余46例均行腕管内封闭一次症状明显减轻,3~5次症状完全消失,有效率为100%。经随访1~2年,除2例复发外,其余44例无复发。复发病例再经封闭治疗症状消失。

### 临床资料

由于正中神经在腕部受压,因此临床表现为拇、食、中及环指桡侧半麻木疼痛,而以中指最显著,遇冷加重,故患者不用冷水洗物。指腹的微细感觉消失,但手掌感觉正常。手指麻痛昼轻夜重,在深夜熟睡中常因拇、食、中三指麻痛而醒,经手指反复屈伸或反复甩手缓解。晨起感觉手指增粗、僵硬、经反复屈伸数次后活动如常。重患者手笨拙,甚至有时持物落地,大鱼际肌肌肉萎缩。手指麻痛多向肘、肩放散,故甚易与颈椎病相混淆。

检查时轻叩或拇指压迫腕掌侧,可引起或加重手部正中神经支配区的麻木及刺痛或灼热感。

屈腕试验有意义。患者屈肘,前臂上举,腕部自然屈曲位约1分钟,可引发或加重手部正中神经支配区的麻木疼痛。

肌电图检查对诊断有帮助,观察运动纤维

的电传导,从腕掌近侧至拇短展肌和拇指对掌肌,正常的延迟或潜伏时间<5毫秒,而本病的传导时间延迟可长达20毫秒。

### 治疗方法

#### 1.腕管内封闭

药物:醋酸确炎舒松-A10mg加2%利多卡因1.0ml。

操作方法:腕部掌侧常规碘酒、酒精消毒,在掌长肌尺侧缘,远侧腕横纹处,以6号针头与前臂成30°角对准中指方向进针,深约2.0cm即可推药,每周一次,3~5次为一疗程。

注意无菌操作,勿刺入正中神经。封闭后桡侧三个半手指麻木,感觉消失,运动无影响,约两小时缓解。如诊断正确,封闭当晚手指麻痛即可减轻或消失,一般2~3次症状完全消失。

对诊断不确切的可疑病例,亦可应用此法治疗。如经一次封闭手指麻木明显减轻,即可诊断为腕管综合征。

#### 2.腕管减压术

因外伤引起急性发病,或经腕管封闭后反反复发者,应行腕横韧带部分切除,正中神经探查松解术。

### 讨论

1.关于诊断问题:腕管综合征的病理变化是正中神经在腕部受压,临床表现为患手桡侧三个半手指麻木疼痛,有时向肘肩放射,中老年人多发,颈椎X线片常有骨质增生和不同程度的椎间孔狭窄,与颈6、7神经根受累极相似,故多误诊为颈椎病。笔者遇一女患,66岁,右手具有典型的腕管综合征临床表现,按颈椎病治疗20余年无效,患者已失去治疗信心,经一疗程封闭治疗而愈。由此可见临床工作中对手指麻木为主要症状者,应想到有腕管综合征

(下转16页)

# 股骨颈骨折几种治疗方法的临床分析

## ——附156例报告

南京中医学院中医系(210029)周临东 黄晓\*

我科自1981年9月至1990年1月共收治股骨颈骨折病人300余例,其中资料完整并获得8个月到2年时间随访的有156例。分别采用单纯皮肤牵引、闭合复位三刃钉内固定、闭合复位多根三棱针内固定、切开复位三刃钉内固定加股方肌带骨瓣移植、人工股骨头置换等方法治疗,经初步的总结和临床分析、比较得到一些粗浅的认识,现报告如下。

### 临床资料

#### (一)一般资料

本组156例中男性65例,女性91例,年龄最大93岁,最小3岁;以50—70岁年龄组发病率最高,占65.5%。住院平均时间27.5天。

#### (二)治疗方法及选择依据

本组病人按 Garden氏分类法进行分类,分成 I、II、III、IV型,在采用各种外治方法的同时,按骨折三期(早、中、晚)治疗的原则内服中药汤剂,具体方剂由辨证决定,一般药物有当归、川芎、桃红、乳没、自然铜、续断、骨碎补、路路通、桂枝、牛膝等。

(上接15页)

之可能,特别对颈部无运动障碍者,更应高度重视。其它疾病如胸廓出口综合征、前斜角肌症候群、多发性神经炎、脊髓肿瘤等应与本病鉴别。

2.病因:腕管在腕部掌面,从远侧腕横纹开始至远侧约4厘米处止。腕管的背侧是远排腕骨,掌侧为坚韧的腕横韧带组成一骨纤维管道。腕管内有2—4指的屈指深浅肌腱、屈拇长肌腱和正中神经通过。无论腕管的容积缩小或内容物增多,均可引起正中神经受压、缺血而造成正中神经功能障碍。具体原因归纳如下:(1)腕管容积缩小:①腕骨掌侧脱位;②腕部骨折;③腕骨增生;④腕横韧带增厚;(2)腕管内容物增多:①腱鞘滑膜炎;②外伤血肿;③肿

#### 1、单纯皮肤牵引

此法主要用于 Garden氏 I型及部分 II型患者。临床上真正适用此法的患者并不多,但因为有的病人出于对其他疗法的恐惧专程来中医单位要求采用此法,所以本组中单纯皮牵治疗者仍有43例,占27.56%。我们采用外展位皮牵,重量5kg以下,一般牵引8—10周后改穿“丁”字鞋,卧床三个月以后开始股四头肌锻炼。

#### 2、闭合复位三刃钉内固定及多根三棱针内固定。

主要用于 Garden氏 I、II及部分 IV型。任何年龄只要除外手术禁忌症,患者又愿意接受,我们一般都首选这二种方法,至于用三刃钉还是用多根三棱针,一般根据临床大夫的习惯随机决定,没有统一的标准。在穿入多针时,开始我们习惯用锤击入,以后逐渐习惯于用手摇钻入,操作在电视X线监视下进行。

#### 3、切开复位三刃钉内固定加股方肌带骨瓣

●南京中医学院针灸系86级实习生

#### 瘤;④腱鞘囊肿。

本组48例中46例无外伤史,经腕管封闭疗法治疗全部有效,分析原因为腕管内屈指肌腱鞘滑膜炎引起。由于中老年人经数十年的手部活动,肌腱与腱鞘滑膜在腕管内长期磨擦产生水肿而至正中神经受压,妊娠期由于腕管内结缔组织肿胀、渗液压迫正中神经使其缺少血液供给引发病状。

急性发病者则因外伤引起。如摔伤、腕部挤压伤等使腕管内积血压力增高,压迫正中神经,甚至尺管亦有同样病理变化,压迫尺神经表现全手剧烈疼痛麻木运动障碍。本组病例两名男性急性发病者均因醉酒摔倒双手掌击地引起。应手术切开减压,否则手部功能恢复不全。