

肘管综合症 69 例分析

西安医科大学第二临床医学院(西安 710004) 史明起 王坤正 刘世甫*

我院自 1983 年以来共收治肘管综合症(迟发性尺神经炎, Cubital tunnel syndrome, tardy ulnar neuritis)69 例, 现对其进行讨论。

临床资料

本组 69 例(其中 7 例为双侧), 男 54 例, 女 15 例; 肘关节有过创伤史(肱骨髁上骨折、内上髁骨折及肘关节脱位)23 例, 大骨节病 19 例, 氟骨病 17 例, 尺神经沟内囊肿 2 例, 无明显原因 8 例; 病史 6 个月~20 年。

临床表现: 手部内在肌麻痺为主要体征。早期出现环小指不适、灼痛, 进而感觉减退, 支配肌肉力量减弱, 不能完成手部精细动作。逐渐出现手部骨间肌萎缩, 以至爪形指畸形, 手指内收外展障碍, Froment 征阳性, 损伤以远 Tinel 征阳性。

肌电检查: 主要表现为神经传导速度减慢, 对诊断迟发性尺神经炎有特殊意义。既可以检查神经损伤的程度、部位, 又可以追踪观察术后神经功能恢复的情况^[1]。

肘部 X 线: 肘内侧骨化, 肘关节提携角改变及肘关节的退行性变, 对肘管综合症的诊断均有参考价值。

病理变化: 本组 41 例尺神经变粗, 呈梭形膨大, 范围在 2cm 左右, 与周围组织有轻度粘连。18 例尺神经无明显的形态改变, 但神经周围瘢痕组织较多并与周围组织紧密粘连。2 例受囊肿压迫, 尺神经病变部位变细呈明显凹陷。8 例尺神经被埋在增生的骨质内, 神经变性、变硬、变细。

随访结果: 本组全部病例都进行了随访, 随访时间最长 10 年, 最短 6 个月, 平均 4 年。神经恢复的特点是: 病史短者恢复佳; 年龄小者恢复快; 囊肿压迫解除后恢复理想; 单纯肘

外翻畸形所致尺神经卡压恢复好。以上因素是有机连系的。由于肘关节陈旧性骨折, 氟骨病、大骨节病所致者, 内在肌完全萎缩者恢复迟缓。本组病史为 8 年~20 年的 6 例患者, 术后无改善。

讨 论

1. 病因分析: (1)肘外翻, 使尺神经长期受到刺激, 慢性劳损, 神经逐渐发生水肿, 神经束间粘连, 外膜增厚, 神经干本身瘢痕增生而发生卡压。(2)尺神经管容积变小, 内压增加。如关节骨质增生、陈旧骨折、肿瘤、囊肿等。Apfelberg 和 Larson 指出甚至正常的肘部屈肌活动也会造成肘管体积减少, 内压力增加^[2]。

2. 手术方法: 我们主张肘管综合症的诊断一旦明确, 应早期手术。手术时间稍晚, 内在肌便不易恢复或恢复不甚理想。手术包括神经松解及神经移位两个步骤。神经松解又分神经内松解和神经外松解两种, 前者需在显微镜下行神经束间松解, 后者主要以外瘢痕松解为主, 但二者都应尽可能少地损伤或不损伤神经内丛。尺神经前移可以置于皮下, 也可以置于肌下, 根据本组术后手部功能评定, 皮下前置组满意率为 84%, 而肌下前置组为 41%。Stuffer 认为肌下前置手术创伤的可能性较大, 术后感觉传导速度改善较少可能因卡压之故^[3]。因此我们强调, 神经移位要充分, 不要有张力; 固定神经的组织要留有余地, 不要造成新的压迫; 神经前置于皮下优于肌下。

参考文献

1. 张友乐, 等. 肘部创伤性尺神经炎的成因、创伤病理及长期随访结果分析. 手外科杂志, 1988, 4(1): 6.
2. Apfelberg DB, Larson SJ. Dynamic anatomy of the ulnar nerve at elbow. Plast Reconstr Surg 1973; 51: 81.
3. Stuffer M. A comparison of ulnar nerve skin-below and muscle-below forard remove. J Hand Surg 1992, 17 B (3): 248-250.

* 中国工商银行陕西省分行卫生所