

# 带筋膜尺神经前移治疗肘管综合征

孙国绍 高德山 刘文娅 刘东海 林岷然 赵代杰 宁红吉 陈炳灿  
(平顶山市第一人民医院,河南 平顶山 467000)

**【摘要】** 目的 研究带筋膜尺神经前移在肘管综合征治疗中的应用。方法 采用带筋膜的尺神经前移术治疗 40 例(49 侧)肘管综合征。结果 感觉运动评分提高了 39.2%,有效率达 91.8%。结论 带筋膜尺神经前移治疗肘管综合征有助于保护尺神经的血供及神经分支。慢性肘部牵拉伤是导致肘管综合征的主要因素。

**【关键词】** 尺神经 肘管综合征 筋膜

**Treatment of Cubital Tunnel Syndrome Using Subcutaneous Anterior Transposition of the Ulnar Nerve With Peripheral Fascia** SUN Guo-shao, GAO De-shan, LIU Wen-ya, et al. No. 1 Hospital of Pingdingshan (Henan Pingdingshan, 467000)

**【Abstract】 Objective** To study the treatment of subcutaneous anterior transposition of the ulnar nerve with its peripheral fascia. **Methods** 40 cases (49 nerves) of cubital tunnel syndrome treated by this method from 1988 to 1997 were reviewed and analyzed. **Results** The scores of motion and sensibility increased by 39.2%, the effective rate was 91.8%. **Conclusion** This method is effective to treat cubital tunnel syndrome without damage to the blood supply of ulnar nerve and nerve branches. The chronic tractive injury at the elbow is the main factor of cubital tunnel syndrome.

**【Key Words】** Ulnar nerve Cubital tunnel syndrome Fascia

肘管综合征临床上较常见,尺神经前移术是有效的治疗方法<sup>[1]</sup>,而临床上常作尺神经游离后前置于肘前皮下,游离过少势必影响前移的程度及治疗效果,游离过多则可影响尺神经的血供并有可能切断尺神经的分支。自 1988 年至 1997 年,我们共采用带筋膜的尺神经前移术治疗肘管综合征 40 例,报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 本组 40 例 49 侧,男 28 例,女 12 例;年龄在 15~60 岁之间,平均 26.1 岁;右侧 19 例,左侧 12 例,双侧 9 例;煤矿工人 10 例,农民 11 例,学生 6 例,其他 13 例;病程 3 个月~32 年,平均 2.54 年。

**1.2 首发症状** 手尺侧麻木 16 例,手内在肌萎缩 16 例,爪形指 8 例。

**1.3 查体** 手内在肌萎缩 36 例 40 侧,爪形指 22 例 28 侧,手尺侧感觉减退 34 例 37 侧,屈环、小指或屈腕力减弱 36 例 38 侧,Tinel 征阳性 34 例 40 侧,合并肘外翻 12 例 14 侧,伸直受限 14 例 20 侧,二者同时存在者 8 例 9 侧。

**1.4 电生理检查** 本组 30 例 33 侧行肌电图检查,结果均发现尺神经传导速度减慢,潜伏期延长。

**1.5 前置病因** 肘部创伤史 32 例 33 侧,其中肱骨外髁骨折 10 例,内髁骨折 6 例,髁上骨折 6 例,髁间骨折 2 例,桡骨小头骨折切除术后 3 例,尺骨鹰嘴骨折肘关节前脱位 2 例,肘部骨化性肌炎 2 例,创伤性关节炎 1 例 2 侧;类风湿性关节炎 6 例 12 侧;无原因 2 例 4 侧。

## 2 治疗方法

本组均以肘内侧肱骨内上髁为中心,作一平行于尺神经走行并在尺神经前外 1~1.5cm 的切口,长约 7~10cm,切开皮肤后在皮肤与浅筋膜之间向外游离 2~3cm,向内游离 1~2cm,然后以肱骨内上髁为中心,在尺神经内侧游离包括尺神经在内的尺神经周围筋膜,向上则紧贴肱三头肌表面,向下则紧贴尺侧腕屈肌内侧头表面,然后在尺神经后部游离,尽可能保护尺神经周围组织,最后在尺神经及与其相连的浅筋膜与深筋膜之间游离,如在肱骨内髁下部游离困难,可部分切断屈肌起始部。适当游离后将尺神经及与之相连的浅筋膜向外推移,并将尺神经内侧筋膜与肘前筋膜缝合数针,以防滑脱,术毕检查尺神经是否受压扭曲。缝合后屈肘位石膏托固定 3 周,拆除石膏后进行上肢功能锻炼理疗。

### 3 治疗结果

借用英国医学研究会感觉运动分级方法进行评分,每一级为 1 分,正常为 10 分<sup>[2]</sup>。49 例术前平均分为 6.24,术后平均为 8.69,提高了 39.2%,其中完全恢复 20 例,占 40.8%,有进步者 25 例,占 51.0%,无效 4 例,占 8.2%。病程一年以内 17 例,术后平均提高 34.6%,6 年以上 5 例,术后平均提高 51.9%。

### 4 讨论

肘管综合征是尺神经在肘管内由于牵拉或卡压而发生病损后出现的手尺侧麻木、爪形指及手内在肌萎缩的一组证候群,肘外翻及肘伸直困难使尺神经在尺神经沟内走行过程中张力过大或尺神经在肱骨内髁处反复摩擦所引起的炎症性改变是本综合征的重要原因,局部肿物压迫、纤维组织或骨组织卡压相对较少。本组肘外翻或肘伸直受限者共 34 例 43 例,占侧数的 87.8%,引起肘外翻及伸直受限的主要原因为创伤,创伤后肘管综合征本组共 32 例,占例数的 80%,创伤距治疗时间平均为 8.55 年,病程平均为 2.54 年,其中 10 例肱骨外髁骨折及 3 例桡骨小头切除术后均发生了肘外翻。引起肘伸直受限的因素除创伤外,类风湿性关节炎也是导致肘伸直受限的一个因素,本组 6 例均出现双侧伸肘受限。

尺神经前移改变了尺神经的走行路线,缩短了

走行距离,因此是治疗肘管综合征的有效措施。本组术后随访积分提高了 39.2%,但传统的前移有伤及尺神经血供及神经分支的危险。有人报告尺神经的血供有两种类型,其一为伴行型,知名动脉及其分支平行于尺神经走行于神经周围组织中,主要见于尺侧上副动脉;其二为直入型,见于尺动脉,尺神经血供来源呈节段性分布于神经干的不同侧面,非定点地注入神经外膜,血管的走行长度与间距不定,肘部注入居多,且从外侧注入者占 58.8%<sup>[3]</sup>。支配尺侧腕屈肌、指深屈肌尺侧半的尺神经肌支多在肘部分出,甚至在肘上已分支,以单干或多干的形式平行于尺神经走行于尺神经周围组织中<sup>[4]</sup>。综上所述,尺神经前移时游离尺神经必然有损伤尺神经血供及尺神经分支的危险性,而采用带筋膜的尺神经前移可以最大限度地保护尺神经的供应血管及神经分支,取得更好的疗效。

#### 参考文献

- [1] 傅炳峨,陆裕朴,石凯军,等. 创伤性尺神经炎. 中华手外科杂志, 1994, 10: 39-41.
- [2] Phillip EW(过邦辅,蔡体栋等编译). 周围神经损伤. 坎贝尔骨科手术大全. 下册. 上海:上海远东出版社, 1991. 1440-1441.
- [3] 王伟,李吉. 有血供的尺神经移植的解剖学研究. 中华手外科杂志, 1996, 12: 20-22.
- [4] 丁自海,裴国献. 手外科解剖与临床. 山东:山东科学技术出版社, 1993. 210. (收稿:1998-07-15 编辑:李为农)

## 短篇报道

### 针刀配合拔罐治疗顽固性网球肘

何新伟 张 雷

(沂源县中医院,山东 沂源 256100)

笔者运用小针刀配合拔罐治疗顽固性网球肘 69 例,取得了较为满意的疗效,现总结报告如下。

**临床资料** 本组 69 例中男 30 例,女 39 例;年龄 23~45 岁;病程 1 月~4 年;右侧 48 例,左侧 20 例,双侧 1 例;全部病例经其它治疗无效或又复发者。

**治疗方法** 病人取坐位,将患侧肘关节屈曲 90°,平放于治疗桌上。以肱骨外上髁压痛最敏感部位作为进针点,并作好标记,常规皮肤消毒,以进针点为中心铺洞巾。术者带手套以左手拇指、食指绷紧进针点皮肤,右手持小针刀,刀刃与伸肌腱平行,迅速进针,到达骨膜后,顺肌腱方向行纵行疏通剥离 3~5

下,再横行剥离 2~3 下,患者有酸胀感时出针,棉球压迫消毒。选择大小适宜的火罐,以闪火法扣在进针处,拔出积血约 1~2ml,5 分钟起罐,棉球消毒,创可贴覆盖针眼。治疗后嘱患者注意休息,但要使肘部功能活动。1 次不愈者,于 2 周后再做治疗。

**治疗结果** 本组 69 例中,1 次痊愈者 52 例,2 次痊愈者 17 例。随访 1~2 年未见复发病例。

**讨论** 网球肘又称肱骨外上髁炎,为临床顽症之一,发病率高、病程长、易复发,好发于前臂劳动强度较大的中年人,属祖国医学“肘部伤筋”范畴。多为劳伤气血,筋脉失和所致。小针刀集刀

与针的双重作用,通过刀的剥离,可以分离局部的粘连组织,松解肌肉,解除神经血管的卡压,使局部血液循环得以改善,降低致痛物质浓度,消除局部无菌性炎症,使疼痛迅速缓解。针刺可使经络气血畅通,“通则不痛”,使痛症速愈。拔罐通过“宛陈则除之”以达到祛瘀生新,散寒通络,使筋脉通畅,气血调和,痛症自消,从而达到止痛和临床治愈目的。注意操作时必须熟悉局部解剖,剥离不宜过深过重,防止加重损伤,术后即可加强患肢功能锻炼,以免发生局部组织粘连再发病。

(编辑:连智华)