

因此强调常规冲洗椎间隙及裸露的神经根和硬脊膜上覆盖皮下游离脂肪,并常规放置引流片。另外,可在神经根周围用地塞米松 5mg,有很好的抗炎消肿或减轻术后神经根水肿和粘连的作用。神经根及马尾粘连再手术效果差,本组再手术 4 例,3 例疗效不佳。对于疤痕粘连所引起的症状多不主张再次手术,但对于严重影响生活能力的患者,只要术者判断准

确,手术方式适当,操作认真细致,也可以取得较为满意的疗效,本组有 1 例再手术,效果良好。

参考文献

[1] 吴振东,王海义,王欢,等. 腰椎间盘突出症再手术原因探讨. 中华骨科杂志, 1994, 14(1): 32.

(编辑: 连智华)

大骨节病引起的肘管综合征 10 例

王铁翔 李永红

(解放军第 206 医院,吉林 通化 134001)

自 1990 年以来,我院收治由大骨节病引起的肘管综合征患者 10 例,主要采取尺神经前移术治疗,取得了良好疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 8 例,女 2 例,年龄 43~65 岁,平均 58.2 岁。病程 1~5 年,平均 3.2 年。病人均生长于大骨节病流行区内,并有全身性骨关节退行性改变多年。其中体力劳动者 7 例,全部病例为单侧发病,右侧 7 例。

1.2 主要症状及体征 ①尺神经支配区疼痛、感觉障碍 10 例。②手指笨拙,手内在肌肉无力、萎缩,夹纸试验阳性 9 例。③肘部 Tinel 征阳性和/或屈肘试验阳性 8 例。④电生理检查:共做 8 例,均呈尺神经部分失神经改变,传导速度减慢。ESP 丧失 4 例。⑤X 线检查均有肘关节退行性改变,7 例存在肘关节内游离体。参照 Mackinnin 和 Dellon 分期标准^[1](轻度:感觉障碍,无力,失协调性,无手内在肌萎缩,屈肘试验和/或 Tinel 征阳性;中度:有上述症状,同时有内在肌萎缩;重度:出现爪形指)。轻度 2 例,中度 7 例,重度 1 例。

1.3 治疗方法和结果 本病病人均采取尺神经皮下前移关节游离体摘除(距尺神经沟较远者另做切口)。2 例同时做肱骨内上髁切除术。术后经 1~5 年随访,全部病人麻木疼痛症状明显缓解。重度患者及一例中度患者手内在肌萎缩及畸形无改善,余者手内在肌力及肌萎缩均有不同程度改善。本组优良率 80%。

2 讨论

2.1 大骨节病引起的肘管综合征发病机理 肘管综合征临床上并不少见,诸多原因以肘部骨折外伤占绝大多数,而大骨节病引起者文献报道不多,但在大骨节病流行区此类病例较多见。大骨节病中老年患病率较高,并随年龄增长骨关节退行性改变日渐严重,有的出现关节游离体,游离体在关节内卡

压、磨损,势必造成进一步关节破坏。肱骨内上髁尺神经沟周围的骨质增生引起肘管狭窄,压迫尺神经,产生一系列症状。本组以右侧及体力劳动患者居多,占 70%,这可能与大量活动肘关节促进关节退行性变有关。

2.2 误诊原因 大骨节病本身就有手指笨拙、疼痛,无力等症状,因此由大骨节病引起的肘管综合征患者常被基层医生误诊为大骨节病,及至病人出现疼痛加剧、肌肉萎缩或关节交锁方来就诊。

2.3 治疗方法选择 本组病人均采用尺神经皮下前置术(2 例因退行改变严重,在手术同时行肱骨内上髁切除术)。此术式操作简单,损伤小,效果优于单纯肘管切开。病人因骨质增生引起肘管狭窄,如单纯肘管切开,尺神经仍嵌夹于肘管内,只能起到尺神经部分减压作用,待日后形成瘢痕再重新封闭肘管,显然难于达到预期效果。

2.4 手术注意事项 ①将尺神经游离前移于皮下后,同时应将切开之肘管筋膜缝合,以防止尺神经滑回。②对退行性改变严重者,应同时切除肱骨内上髁,以防前移后继续存在卡压。③新形成之神经通路应避免与骨表面直接接触,需衬垫脂肪筋膜组织。④游离尺神经时避免损伤较靠上发支的尺侧屈腕肌肌支,勿使神经在皮下锐性成角,防止移位后 Stuthers 弓压迫。

术前手内在肌已严重萎缩者、无 ESP 者及术中发现神经内纤维变性者,手术效果明显较差,与 Adelear 和 Foster 报告^[2]相符。因此对此类患者应早期发现并及时手术治疗。

参考文献

[1] 朱家恺,卢传新,王书成,等编译. 周围神经外科学. 北京:三环出版社,1991,20:169.
[2] 张高孟. 肘管综合征. 国外医学·创伤与科基本问题分册,1986,3:143.

(编辑: 连智华)