

# 正中神经返支及隐神经卡压征

崔言举 盖一峰

(山东省中医药学校附属医院, 山东 济南 265200)

随着临床局部解剖学几年来的飞速发展,深入研究,特别是与临床医学的有机结合,由于周围神经卡压而引起的各种疾病愈来愈被重视,其研究报道也屡见不鲜,但正中神经返支及隐神经卡压征尚罕见报道,现将我们至 1995 年至今六年来收集的 19 例病人报告如下,希望与各位同道共同磋商并探讨。

## 1 临床资料

正中神经返支卡压征:共计 12 例,其中男 9 例、女性 3 例,年龄 24~46 岁,平均 35 岁,均为单侧发病,其中右侧 9 例、左侧 2 例。有外伤史者 4 例、慢性劳损史者 5 例,无明显原因者 3 例。

隐神经卡压征:共计 7 例,其中男性 5 例、女性 2 例,年龄 21~42 岁,平均 31.5 岁。其中右侧 5 例、左侧 2 例。有膝部外伤史或膝部手术史者 3 例、穿过膝弹力袜者 1 例、无明显原因者 3 例。

## 2 诊断依据

正中神经卡压征:(1)有外伤史或大鱼际肌部慢性受压史。(2)患侧鱼际肌萎缩、拇指功能障碍、特别是拇指对掌功能受限。(3)患侧大鱼际肌根部,约离舟骨结节 3cm 处有压痛并向拇指远端放射。(4)正中神经腕以上分布区无其它神经方面体征。

隐神经卡压征:(1)有膝关节周围外伤史或局部慢性受压史。(2)患侧小腿内侧及足内侧缘烧灼样疼痛并伴感觉异常,劳累或膝关节活动过度症状加重。(3)膝关节内上方内收肌管下端有压痛或在膝关节内上方触及条索状物,压迫局部可向小腿内侧放射。(4)局部 Tenels 征阳性。(5)膝关节以上股神经走行区无其它神经方面阳性体征。(6)肌电图检查可见隐神经传导速度减慢、波幅下降。

## 3 治疗方法

全部病人都采用小针刀、注射阻滞疗法进行治疗,并配合中药熏洗。

3.1 针刀及阻滞疗法 正中神经卡压征:定点选在大鱼际肌近端,离舟骨结节远侧约 3cm 处,按压时局部一般有压痛点。常规消毒铺洞巾后局麻,使用任志远教授发明的箭形刀,刀口线与大鱼际肌肌束平行刺入后,缓慢沿肌束方向纵行分离松解,并挑拨 2~3 次后出针。注意操作时应缓慢轻柔,刀锋活动距离不宜太大。操作完毕,压迫止血片刻,创口无出血即注入 2%利多卡因 2ml, VitB1 100mg, VitB12 0.1mg, 去炎舒松-A10mg。隐神经卡压征:定点选在膝关节线内上方 6~10cm 处,寻找压痛点或异常条索状物。常规消毒铺洞巾后局麻,使用任志远教授发明的剑形刀,刀刃向上,刀口线与隐神经走行方向平行刺入后,缓慢纵行分离松解,并向上挑拨 2~3 次,将

内收肌管下端的纤维膜剥开后出针。操作完毕,压迫止血片刻,创口无出血即注入 2%利多卡因 10ml, VitB1 100mg, VitB12 0.1mg, 去炎舒松-A20mg。

3.2 中药熏洗疗法 中药以舒筋活血,通络止痛为治则。当归 20g、赤芍 15g、麻黄 20g、附子 10g、细辛 10g、透骨草 20g、伸筋草 20g、桃仁 15g、红花 15g、乳香 10g、没药 10g、马钱子 20g、芒硝 20g、甘草 15g。以上药物水煎 20 分钟后趁热熏洗,也可研粗末布包蒸透后外敷。

## 4 疗效评定标准及结果

4.1 评定标准 痊愈:各种症状体征消失,功能基本完全恢复,随访半年以上无复发。好转:症状体征好转,功能恢复 60%以上。无效:症状体征无好转,功能恢复不足 50%。

### 4.2 结果:

正中神经卡压征:例数 12 例,痊愈 11 例,好转 1 例,无效 0 例。有效率 91.6%。治疗次数 1~4 次,平均 2.5 次。隐神经卡压征:例数 7 例,痊愈 6 例,好转 1 例,无效 0 例。有效率 85.7%。治疗次数 1~5 次,平均 3 次。

## 5 讨论

5.1 正中神经返支,是正中神经在穿过腕横韧带后,发出的细小肌支,主要支配拇短展肌、拇短屈肌、拇指对掌肌和第一、二蚓状肌。其发出点相当于大鱼际肌的近侧半,离舟骨结节远侧约 3cm,并与其尺侧桡动脉的掌浅弓伴行<sup>[1]</sup>。手扶车驾驶员、机械修理工等,在操作时大鱼际肌部往往受到挤压,使局部充血、水肿、炎性物质渗出,代谢产物贮集,时间久者,可继发纤维结缔组织增生,造成该神经的永久性卡压,出现大鱼际肌萎缩、瘫痪、塌陷或平坦,失去原有的鱼际肌腹状膨隆外观。由于该神经支配拇指对掌肌,而该肌所司的拇指对掌功能又占整个手功能的 50%,因此,该神经的卡压损伤对日后的日常生活影响很大,所有握持工作皆不能完成。施行小针刀松解可迅速解除神经在局部的卡压。同时,通过神经阻滞注射疗法,可使激素的强大抗炎、抗渗出作用在局部发挥最大效益。维生素类药物又可对神经组织起到有效的营养保护作用,从而使其功能迅速得以恢复。最后通过中药活血化瘀、温经通络的作用,达到改善微循环,恢复局部良性代谢的作用而善后。

5.2 隐神经为股神经在股三角内发出的皮神经。隐神经在大腿部与股动脉伴行,并一同进入内收肌管,在膝关节的内上方约 10cm 处,与并行的股动脉在膝最上支由内收肌管的纤维腱膜顶部穿出,在缝匠肌与股薄肌肌腱之间穿出深筋膜,穿出点离股骨内上踝 4~6cm。继而,沿大隐静脉下行至小腿内侧,在胫骨内侧缘下降至小腿下 1/3 处分两支。一支继续沿胫骨内侧缘下降至内踝,另一支经内踝前面,下降至足内侧

缘,有时直达足趾。隐神经主要分布于膝、小腿内侧及足的内侧缘皮肤。

隐神经在经过缝匠肌与股薄肌之间的深筋膜处,特别是在皮下浅出点时,由于肌间隙较狭窄,内收肌群活动又较频繁,尤其是在局部受伤的条件下,更易造成局部水肿、渗出、增生、瘢痕卡压而致病。其临床表现为膝及小腿内侧面及足的内侧缘感觉减退或消失,同时往往伴有较剧烈的疼痛,多呈烧灼样神经痛,可牵及大腿前方股神经分布区。常见于膝关节外伤、炎症、大隐静脉剥脱术后<sup>[2]</sup>。局部检查一般在膝关节内上方可触及压痛点或条索状物,且压迫局部可向膝部及小腿

内侧放射,也可无阳性体征。

以上是我们对正中神经、隐神经卡压的初步认识,由于病例数较少,参考文献不多,在诊断依据、治疗方法、疗效评价方面难免有管中窥豹之感,敬请各位同道批评指正,共同研究。

#### 参考文献

- [1] 聂绪发,严振国. 临床应用表面解剖学. 上海:上海科技出版社, 1997: 119.
- [2] 王秀华,刘元禄,马德民. 膝部隐神经卡压症一例报告. 中医正骨, 1999, 11(5): 318.

(收稿:1999-08-05 编辑:李为农)

## 带蒂髂腹股沟轴型皮瓣治疗手部严重损伤

张懋 李振毅 童彦芳

(石嘴山市第一人民医院,宁夏 石嘴山 753200)

我院自 1990 年 2 月~1998 年 2 月,共收治手外伤住院病人 292 例,其中 59 例为严重损伤后皮肤软组织缺损,深部肌腱、骨关节外露的创面,应用带蒂髂腹股沟轴型皮瓣修复,全部病例获得成功,现报告如下:

### 1 临床资料

59 例病例中,男性 38 例,女性 21 例,年龄 16~47 岁,住院时间最长 42 天,最短 21 天,左手 15 例,右手 44 例,伤情:单指伤 13 例,多指与手掌手背伤 46 例,不规则伤 42 例,脱套伤 17 例;左手创面的置于右下腹部供区,右手创面的置于左下腹部供区。术后 14~21 天断蒂,全部病例的创面在术中一期完全闭合。

### 2 治疗方法

2.1 创面 作常规刷洗,无菌盐水,3%双氧水,1:1000 新洁尔灭冲洗,消毒铺巾,再用新洁尔灭浸敷 3~5 分钟,创面边缘修剪 1~2mm,彻底清除污染严重的失活组织和异物,仔细止血后,用生理盐水冲洗,再用湿纱布敷盖创面,直至皮瓣游离好,准备与之缝合。

2.2 游离皮瓣,根据创面大小与形状,以腹股沟韧带下 2cm 股动脉搏动处与髂前上棘的连线为轴心线,设计足够大的皮瓣,长度与宽度均为创面长度加 2cm,蒂长应松弛无张力为宜<sup>[1,2]</sup>。皮瓣和供区创面要仔细止血,卷成的皮管内应能容纳小指尖。供区创面游离后直接缝合,创面过大不能直接缝合者,可用游离植皮覆盖创面。将带蒂皮瓣缝合于创面上,皮下可不予缝合或稍固定几针即可,皮瓣与创面皮肤缝合针距适宜,不宜过密,以免影响血运。污染严重的和创面较大的置橡皮条引流。

2.3 术后肢体固定 术后将术肢稳妥地与躯体作石膏环形固定,要保证皮瓣既不拉紧,也不折叠。

2.4 术后观察及用药 根据引流物的多少,2~3 天拨除引流条,观察皮瓣的颜色,肿胀程度,蒂部的松紧度。选用有效的抗生素,扩血管药物和活血化瘀药物静脉输液,必要时输

血。术后 2~3 周作皮瓣训练,作断蒂试验,皮瓣蒂根部用橡皮筋或肠钳阻断血供 1 小时,皮瓣不改变颜色者方可断蒂。

### 3 治疗结果

59 例病例皮瓣 3 周后全部成活,有 1 例因皮瓣蒂部过长过松,血运较差,断蒂后创面感染,经抗感染治疗,局部换药,2 周后创面愈合。

### 4 讨论

采用带蒂髂腹股沟轴型皮瓣修复创面,可保存患者手指的长度并最大限度地保存伤手外观的完整性,尽早恢复手的功能,临床上具有一定的实用价值<sup>[3]</sup>。该皮瓣血供丰富,有腹壁浅动脉或旋髂浅动脉供给,皮瓣成活率高,抗感染力强<sup>[4]</sup>,故手术成功率也高。由于皮瓣有足够长的蒂,全部缝合的切口包括蒂根部及腹部切口均不受压迫,观察方便,能及时发现,及时处理,从而能保证皮瓣成活,伤口良好愈合。

采用该皮瓣移植覆盖外伤创面,须做好充分的术前准备,彻底清创,认真仔细地游离皮瓣,手术操作细致止血彻底,术后固定患肢,避免皮瓣撕脱,这些均是手术成功的关键。此外,该皮瓣还有部位隐蔽,不影响美观的优点<sup>[5]</sup>,病人容易接受,临床上很有实用性,可推广应用。

#### 参考文献

- [1] 罗锦辉. 应用轴型皮瓣修复手足部创伤性缺损. 中华外科杂志, 1983, 21: 609.
- [2] 鲍国正. 下腹部和腹股区皮瓣血管解剖. 中华骨科杂志, 1983, 3: 237.
- [3] 孙占胜,张十一,邓世良,等. 吻合静脉的皮瓣回植加腹部轴型皮瓣修复手部脱套伤. 中华手外科杂志, 1998, 14: 88.
- [4] 徐向阳,张海生,王亚梓,等. 带蒂腹直肌瓣加腹部任意皮瓣修复手部感染性深部组织缺失二例报道. 中华手外科杂志, 1998, 14: 78.
- [5] Freedlander E. The present role the groin flap in hand trauma in the light of a long-term review. The journal of Hand Surgery, 1986, 11 (B) 2: 187.

(收稿:1999-04-01 编辑:李为农)