

部位的解剖观察测量,发现枕大神经在深层的走向穿行于肌间或穿过肌肉组织,其路径环境比较宽松,不易形成卡压。而在穿过斜方肌腱膜和深筋膜浅出于皮下时,可见有大量的腱纤维和筋膜束紧密地缠绕枕大神经和枕动静脉,并与枕骨紧密贴合。我们认为,该处即为枕大神经和其伴行血管遭受卡压的部位。由于长期卡压必然导致该区域神经体液供应障碍,平衡失调,慢性无菌性炎症,进而组织增殖硬化粘连,特别在疲劳、天气变化、湿冷等因素刺激作用下,都能加剧对血管神经的卡压和粘连程度,产生各种各样的临床症状和体征。

3.2 枕大神经卡压综合征针刀松解方法与治疗效果分析 枕大神经卡压综合征是各类型颈椎病中广泛存在的并发症,只是严重程度不同。此部位也正是按摩师使人放松舒适,缓解疲劳的不可不按压部位。用针刀按照解剖学研究精确投影定位松解分离枕大神经干卡压点,往往还不能完全解除卡压征。这可能是由于大量腱纤维和筋膜束缠绕了枕大神经的分支和其伴行血管,长期慢性炎症刺激,使该部位组织增殖硬化粘连。因此仅松解神经干卡压区,不

能达到完全减压效果。相反,一些病例不分离松解枕大神经干卡压点,仅分离松解枕大神经的分支浅出区,成片松解后,也同样获得理想减压效果,相比只是多了1~2个治疗点。当然,在枕大神经卡压综合征针刀治疗中,我们仍坚持根据病情程度、压痛点、压痛范围,选择点面结合的治疗方案,即既分离松解神经干,更要分离松解神经分支,特别在枕外隆突至乳突尖连线中1/3稍上方的分离松解,顺便分离松解了枕小神经分支浅出区,效果会更好。多点分离松解往往要比一点扩大松解范围效果好,损伤小更安全。这是皮神经卡压征松解减压疏导行之有效方法。17例患者有上肢、手背、手指麻痛症状,仅通过分离松解枕大神经和枕小神经使症状消失或明显减轻,这与神经节段支配区关系和相应神经根被卡压的理论解释不通。

参考文献

- 1 尹保国,韩震,郭家松,等.针刀治疗枕大神经卡压综合征的应用解剖研究.第一军医大学分校学报,1999,21(1):19-20.
- 2 路文,许凤琴,革容青,等.枕大神经痛诊治的解剖学基础.中国局解手术学杂志,2002,11(3):218-220.

(收稿日期:2004-03-02 本文编辑:王宏)

• 短篇报道 •

前臂扭伤致急性骨间后神经损伤 9 例

陈洪杰¹,宋振华²,郭建平¹,王金辉¹

(1.莱州市中医医院,山东 莱州 261400;2.莱州市郭家店医院)

我院 1996-2003 年共收治前臂扭伤所致急性骨间后神经损伤患者 9 例,现报告如下。

1 临床资料

本组 9 例,男 7 例,女 2 例;年龄 20~50 岁。均为右侧。伤因:3 例为下肢骨折术后患者,前臂旋后位撑起身体欲坐于便盆时损伤,6 例为操作机器时被机器绞伤手臂。9 例均于伤后出现肘及前臂上段疼痛、伸指及拇外展无力或不能、伸腕无力,桡骨小头及前臂上段压痛,前臂极度旋转时疼痛加重。2 例机器绞伤者出现前臂被动旋转功能受限,腕背疼痛。X 线片前臂骨关节均未见明显异常。

2 治疗及结果

2 例被动旋转功能受限者先予整复肘关节、桡尺部错缝手法闭合复位,感到弹响后疼痛明显减轻,被动旋转功能恢复。9 例均以石膏外固定伤臂于旋转中立位,采用抗炎止痛

的西药、活血化瘀行气止痛的中药、神经营养药物、理疗等治疗,数日后逐渐依次恢复伸腕,伸 4、5 指,伸 2、3 指,伸展拇指功能,2 例腕背痛症状在 1 个月内消失,3 个月内所有病例均完全康复。石膏固定时间一般 2~3 周。

3 讨论

前臂极度旋前或旋后时,旋后肌紧张,旋后肌腱弓下间隙变窄,对桡神经造成约束和压迫。前臂旋后位撑起身体及被机器绞伤手臂,均为前臂极度旋转下的损伤,导致前臂骨间后神经急性挫伤。另外,如旋后肌及腱弓受损,由于炎症肿胀会造成继发性旋后肌腱弓下间隙狭窄,对病变神经形成持续压迫。因神经为挫伤,一般周围神经损伤分类 Sunderland II 度以下,保守治疗效果理想。石膏外固定制动、西药抗炎、中药活血化瘀止痛、理疗可加快局部炎症控制和消退,神经营养药物可促进神经功能恢复。

(收稿日期:2004-04-05 本文编辑:王宏)