

· 临床研究 ·

三种方法治疗肩胛上神经卡压综合征

吴道贵, 黄挺武, 高晖

(福州市第一医院骨外科, 福建 福州 350009)

【摘要】 目的:探讨不同方法治疗肩胛上神经卡压综合征的疗效。方法:肩胛上神经卡压综合征患者 41例,男 32例,女 9例;年龄 32~74岁,平均 48岁;右侧 29例,左侧 12例;病程 2个月~2.5年,平均 9个月。30例采用局部封闭治疗,13例采用小针刀松解(其中包括局部封闭无效者 7例),8例采用手术松解(其中包括小针刀松解无效 3例)。局部封闭应用 1%利多卡因 5 ml加曲安奈德 40 mg,每周 1次,连续 2~4次;小针刀采用切断肩胛上或下横韧带,肩胛岗上孔、岗下孔松解;手术在局麻直视下行肩胛上或下横韧带切断、松解肩胛上神经。结果:41例获随访,时间 3个月~1年,依据疗效标准评定治疗效果。局部封闭组 30例中,治愈 2例,有效 16例,无效 12例;小针刀组 13例中,治愈 5例,有效 5例,无效 3例;手术松解组 8例中,治愈 6例,有效 2例。结论:病程短、症状轻的患者应首选患者易接受的局部封闭治疗;症状严重且保守治疗无效者,采取小针刀松解或手术直视下神经松解,尤其是伴有肌萎缩者手术直视下松解更有必要。

【关键词】 肩胛上神经; 神经卡压综合征; 针刺疗法

Three methods for treatment of the suprascapular nerve entrapment syndrome WU Dao-gui, HUANG Ting-wu, GAO Hui Department of Orthopaedics, the First Hospital of Fuzhou, Fuzhou 350009, Fujian, China

ABSTRACT Objective: To explore the therapeutic effect of different methods for treating suprascapular nerve entrapment syndrome **Methods:** Forty-one patients included 32 male and 9 female with the average age of 48 years ranging from 32 to 74 years; 29 right, 12 left; The course of disease from 2 months to 2.5 years, mean 9 months Thirty patients were treated with local blocking; 13 with small knife solution (included 7 failures with local blocking); 8 with operative solution (included 3 failures with small knife). Patients of local blocking were injected with 1% Lidocaine and Triamcinolone Acetonide 40 mg once a week, 2 to 4 times continuously. Patients of small knife were amputated in the superior or inferior transvers ligament of scapula, suprascapular and infraspinous fossa were released In operation of local anesthesia with direct vision, superior or inferior transverse ligament of scapula was amputated and suprascapular nerve was released **Results:** All patients were followed up for from 3 months to 1 year According to the therapeutic effective standard, in local blocking group, the result were cured in 2 cases, effective in 16, failure in 12; in small knife group, cured in 5, effective in 5, failure in 3; in operation group, cured in 6, effective in 2, no failure **Conclusion:** Patients of short disease course and slight symptoms can select acceptable local blockade It is necessary for patients with severe symptoms and medicine failure to use small knife releasing or operation releasing in direct vision, especially for those with myoatrophy

Key words Suprascapular nerve; Nerve entrapment syndrome; Acupuncture therapy

肩胛上神经卡压综合征是指肩胛上神经在肩胛上切迹(suprascapular notch)或岗孟切迹(spinoglenoid notch)处被卡压所引起的一组症状和体征。本病临床上并不少见^[1],但常被误诊为其他肩周疾病而治疗效果不好。我院 1995年 1月 - 2004年 12月收治肩胛上神经卡压综合征 41例,根据不同的病情采取三种治疗方法,收到满意的治疗效果。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 41例,男 32例,女 9例;右侧 29例,左侧 12例;年龄 32~74岁,平均 48岁;病程 2个月~2.5年,平均 9个月。有肩部外伤史者 12例,长期从事肩关节大幅度活动者 29例。依据症状、体征严重程度,分局部封闭、小针刀松解及手术松解 3组。

1.2 临床症状及体征 41例均有肩胛骨上方持续性钝痛。10例伴有肩关节后下方疼痛,肩关节周围

酸胀,有时向同侧上肢或颈部放射;36例自觉持物抬肩无力及肩部易疲劳。所有患者肩胛岗上缘中点压痛,伴有肩胛岗下关节盂后内侧压痛 12例。肩外展及外旋肌力减弱 21例;岗上肌萎缩 2例,岗下肌萎缩 1例,两肌均萎缩 4例。诱发试验阳性 29例(诱发试验:患侧手放在对侧肩部,尽力抬肘并将肘部拉向健侧,出现肩后部疼痛或症状加重者为阳性)。肩关节及肩胛骨 X线正位片示:4例肩胛上缘出现钙化影,3例有已愈合的肩胛骨骨折。

2 治疗方法

2.1 局部封闭 本组 30例,采用肩胛上切迹封闭,6例同时岗孟切迹封闭。方法是在肩胛骨上缘压痛最明显处进针,针头抵岗上窝肩胛骨板,再逐渐上移至肩胛骨上缘肩胛切迹处,抽吸无回血后缓慢注入曲安奈德 40 mg与 1%利多卡因 4ml的混合液;每周封闭 1次,4例连续封闭 4次,17例连续 3次,9例连续 2次。7例无效者改小针刀松解治疗。

2.2 小针刀松解 本组 13例(包括局部封闭无效 7例),患者取坐位,确定进刀点,并做好标记,先摸清重要的骨性标志。常规消毒、铺巾,局部麻醉,针刀进入皮肤后调整好针刀角度,慢慢将针刀移至肩胛上切迹内上缘,紧贴切迹内侧横行切割肩胛上横韧带数次,术后包扎,局部压迫 3 min。本组 13例均行肩胛上横韧带切断松解,4例同时行肩胛下横韧带切断松解。3例无效者改手术松解治疗。

2.3 手术松解 本组 8例(包括小针刀治疗无效 3例),局麻下,半俯卧位,在肩胛岗上缘作平行于肩胛岗切口,切开皮肤、筋膜,切断斜方肌在肩胛岗上的起点,显露岗上肌并向上方牵开,顺其位于深层的肩胛上神经找到肩胛切迹,探查肩胛上神经。术中发现 5例肩胛上切迹处有瘢痕束带压迫肩胛上神经;2例肩胛上横韧带肥厚,岗上孔容积变小,神经受压;1例肩胛上横韧带钙化,神经明显受压。3例行肩胛上横韧带切除、彻底松解神经。松解肩胛岗上切迹处全段神经后,再沿肩胛上神经向下外探查岗孟切迹处肩胛上神经,8例中 2例合并有岗孟切迹段神经卡压,同时行肩胛下横韧带切断松解。术毕放置橡皮引流片引流,缝合筋膜皮肤。

3 治疗结果

自拟治愈标准:治愈,症状消失,3个月无复发,肌无力明显好转;有效,疼痛消失或明显减轻,但3个月内有复发,肌无力无明显好转;无效,症状无明显改善。局部封闭组,治愈 2例,有效 16例,无效 12例;

小针刀组,治愈 5例,有效 5例,无效 3例;手术松解组,治愈 6例,有效 2例。

4 讨论

临床上肩胛上神经卡压最常见的部位是肩胛上切迹^[1-3],手术或小针刀松解应重点松解该段神经。岗孟切迹是肩胛上神经卡压的另一个部位,过度下沉肩部,外旋、前伸肩关节及上肢越体交叉都可使该段神经张力增加,转折角变小,加重与骨面发生摩擦形成卡压^[4]。

局部封闭方法简单、方便、经济,患者易接受,对于早期症状轻者有较好的效果。对诊断不肯定、病程较短、症状轻者应首先采用该法治疗。小针刀松解治疗肩胛上神经卡压治愈率及有效率都较高,适用于局部封闭治疗无效或症状较重者。小针刀松解为锐性切割松解,有损伤肩胛上血管及造成气胸等危险^[5],所以要求术者必须十分熟悉肩胛上神经血管及周围组织的解剖,严格掌握适应证及针刀手法。最好要有直视下肩胛上神经松解手术的经验,操作时特别要注意入刀点的选择、定位和针刀的手感。如肩胛上横韧带骨化、肩胛切迹窄且深,针刀松解效果不满意时应积极改行手术治疗。手术直视下肩胛上神经松解效果最佳,神经松解彻底安全、不易复发。对于诊断明确、症状重、伴肌萎缩,其他方法效果不佳者,应积极手术直视下横韧带切断及神经松解。手术可能发生的并发症是损伤肩胛上血管,在切断横韧带松解肩胛上神经前,要仔细显露肩胛上动脉并加以保护,防止盲目钝性分离。必要时扩大肩胛上神经骨性通道及松解岗孟下切迹段肩胛上神经。肩胛上神经卡压的预后与其他周围神经一样,主要取决于神经的病理改变程度、病程长短以及减压是否彻底。所以对该症的治疗力求早期诊断,根据病情选择合适的治疗方法,保守治疗 3个月无效者应积极采取手术治疗。

参考文献

- 1 林浩东,陈德松,顾玉东.肩胛上神经卡压综合征.实用骨科杂志,2003,9(6):510-512
- 2 陈兴民,李忠哲,王力刚,等.肩胛上神经卡压综合征的诊治.实用手外科杂志,2001,15(4):202-204
- 3 Avery BW, Piloni FM, Barclay JK. Anterior coracoscaphular ligament and suprascapular nerve entrapment. Clin Anat, 2002, 15(6):383-386
- 4 王震震,杨其云,王小林.肩胛下孔内肩胛上神经卡压的解剖学研究.中国矫形外科杂志,1996,3(1):75
- 5 程国林,李中孝,程雪梅,等.肩胛上神经阻滞治疗肩周炎 54例体会.中华麻醉学杂志,1993,13(增刊):45

(收稿日期:2005-06-13 本文编辑:王宏)