

腕管综合征 96例分析

Treatment of 96 patients with carpal tunnel syndrome

周伟荣

ZHOU Weirong

关键词 腕管综合征; 外科手术 **Key words** Carpal tunnel syndrome Surgical procedures operative

自 1993年 1月 - 2000年 12月, 诊治腕管综合征 96例, 其中手术治疗 31例, 现将有关资料进行分析。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 96例, 男 25例, 女 71例; 年龄为 26~63岁, 平均 43岁。16例为双侧性, 病程最短为 1周, 最长为 10年。病因: 腕部外伤史 17例, 手部关节酸痛史 23例, 18例女性患者认为发病与妊娠或产后哺乳有关, 38例无明显诱因。32例曾诊断为神经内科疾病, 治疗长达 2年之久。

1.2 症状与体征 均有手麻或后半夜麻醒史, 甩手后手麻明显减轻或消失。桡侧 3指半痛觉明显减退 65例, 稍有减退 16例, 痛觉过敏 3例, 痛觉消失 2例。大鱼际肌萎缩 5例, 腕部 Tinel征阳性 71例, 止血带试验阳性 75例, 屈腕试验阳性 65例。31例作了 EMG检测, 其中腕至手的正中神经潜伏期延长 16例, 大鱼际有纤颤电位 4例。

2 治疗方法

2.1 保守治疗 本组均曾作腕管注射醋酸确炎舒松 - A 加 2% 利多卡因治疗, 每次各 1 ml 每周 1次, 连续 4~6次。注射方法: 在豌豆骨和舟骨结节中点、掌长肌腱尺侧的软组织凹陷处, 与正中神经平行, 与皮肤成 45°角倾斜进针, 将针头刺入腕管, 边注边退, 使确炎舒松 - A 均匀注入全长。

2.2 手术治疗 对 31例保守治疗后无效或 6个月内复发者行手术治疗。于掌部沿鱼际肌作切口, 或在距鱼际肌纹尺侧 5 mm处作平行于鱼际肌纹的切口, 切口近端以弧形向尺侧转向远端的掌浅弓。将近端皮肤提起, 纵行切开腕掌侧支持带约 2 mm。术中发现: 所有的病例滑膜明显增厚, 24例正中神经在腕管近端有压迹, 被压神经略细, 表面充血。所有病例均切除大部分屈肌腱滑膜, 其中 16例滑膜送病理作切片检查。24例行神经外膜松解, 并切除增厚的外膜后送病理检查, 于正中神经束间注射确炎舒松 - A。2例为腕管内腱鞘囊肿, 术中将其囊肿与大部分滑膜一并切除。

3 治疗结果

96例经 4~6次局封治疗后, 经 3~6个月随访, 65例手指麻木消失或明显好转, 不再有夜间麻醒, 桡侧 3指半痛觉正常。31例无效或 6个月内有复发均手术治疗, 术后手麻全部

消失, 21例术后手指感觉即恢复正常, 8例感觉有改善, 痛觉恢复接近正常, 2例食、中指感觉消失者, 术后第 1天即恢复痛觉感觉, 但仍较对侧为差。31例中有 22例于术后 3~6个月进行随访, 其中 11例随访长达 5年余, 结果: 22例手麻全部消失, 20例痛觉恢复同正常侧, 2例稍减退。6例因腕部瘢痕疼痛, 叩之手指发麻, 切口周围皮肤及皮下有硬节并有压痛, 遂于切口下作局封, 共治疗 3~4次后明显好转。5例大鱼际萎缩者, 2例自觉肌肉增大, 另外 3例自觉改善不明显。

16例滑膜病理切片检查均为慢性炎症改变, 纤维组织增生, 胶原化, 其中 9例为纤维瘢痕化。

4 讨论

4.1 保守治疗 腕管注射类固醇、石膏托固定腕关节于轻度背伸位、纠正内分泌或代谢异常、理疗及神经营养药物等, 可使腕管内水肿减轻、肌腱滑膜变薄、神经充血水肿减轻以缓解症状。本组结果显示, 应用激素、局麻药和神经营养药行腕管内注射起到了诊断及明显的治疗作用, 它主要消除非特异性炎症的水肿, 改善腕管内的血运, 减少神经的粘连和变性。顾玉东等^[1]收治腕管综合征 156例, 采用腕管内注射醋酸氢化可的松, 每周 1次, 4~6次为 1个疗程。经 1~10次 116例痊愈, 21例好转, 6例无效, 13例复发, 本组资料亦显示 2/3患者经保守治疗痊愈好转。

4.2 滑膜慢性炎性变是腕管综合征的主要原因 腕管综合征的典型病症是休息痛或夜间麻痛, 但甩手等活动后, 手指麻痛可减轻甚至消失。一般认为是由于休息后静脉淤血, 组织肿胀压迫神经, 造成神经缺血缺氧, 从而产生症状, 而慢性炎性变的组织, 组织本身已存在炎症与水肿, 休息静止时则更导致静脉淤血, 加重组织水肿。

腕关节是全身活动最多的关节, 此处屈肌腱的滑膜因过多地活动, 特别容易发生水肿, 继之发生增生和纤维化变, 增加了腕管内的压力, 休息后滑膜水肿有一定好转。随着反复水肿, 增生逐渐加重, 进一步发生组织纤维化, 从而出现慢性炎性变, 这些都可能对正中神经产生直接刺激和压迫, 达到一定程度时, 就导致腕管综合征的产生。当腕管内的压力继续增大时, 可能产生腕管内循环障碍。休息时由于动脉压力的不足, 造成静脉进一步淤血, 水肿加剧, 神经缺血缺氧加重, 以致手麻疼痛加重, 使患者于后半夜因手麻疼痛而醒, 经甩手等

· 经验交流 ·

医源性股外侧皮神经损伤的预防和治疗

Prevention and treatment of iatrogenic injury of lateral femoral cutaneous nerve

柴志文, 冯桂敏, 王俊江, 宋恒义

CHAI Zhi-wen, FENG Gui-min, WANG Jun-jiang, SONG Heng-yi

关键词 手术中并发症; 医源性疾病 Key words Intraoperative complications Iatrogenic disease

医源性股外侧皮神经损伤是在髂骨植骨手术中最易出现的并发症, 2003年 1月 - 2005年 6月施髂骨植骨手术 62例。16例发生大腿前外侧麻木、感觉减退等, 发生率 25.8%, 为避免并发症的发生, 本文回顾性总结了这 16例医源性股外侧皮神经损伤的发生原因及治疗。

1 临床资料

本组 16例, 男 12例, 女 4例; 年龄 20~50岁, 平均 38岁。为各种原因引起骨不连或粉碎性骨折有骨缺损, 经髂骨植骨手术所致。

2 治疗方法

当诊断明确时, 应根据不同病因进行治疗, 如为局部瘢痕增生、肌筋膜鞘管狭窄者, 先行保守治疗, 如推拿按摩、针灸及口服营养神经药、直流电疗法。如果经保守治疗, 症状持续存在或保持不完全恢复状态超过 3~4个月, 可进行手术探查, 去除致压因素, 如切开肌筋膜鞘管、切除神经周围的瘢痕。如神经受压变形、或触之有硬感者、或疼痛症状剧烈者, 应行神经松解术。

3 结果

16例髂骨植骨手术患者均出现了大腿前外侧不同程度麻木、感觉减退。治疗前感觉功能障碍, 用 6级区分, 治疗前 1级 1例, 2级 3例, 3~4级 12例, 经治疗及 0.5~1年的随访, 14例完全恢复, 感觉功能达到 5级, 2例仍残留感觉障碍, 到 3级。

邢台矿业集团总医院骨科, 河北 邢台 054000

4 讨论

股外侧皮神经损伤后感觉异常区域的临床表现: 患者大腿前外侧麻木, 感觉减退, 有的甚至出现疼痛, 行走及活动时加重, 休息可缓解, 部分病例髂前上棘内下方 Tinel征阳性。

对于医源性神经损伤的最好治疗就是预防。应根据患者症状、体征, 按照不同病因进行治疗, 熊国欣等^[1]的研究成果及梅锦荣等^[2]的治疗方法均值得借鉴。本组病例经过治疗大部分完全恢复, 只有 2例轻度感觉障碍。松解术后有继发性瘢痕形成再次卡压的风险, 术后可使用弥可保, 术后 1周用神经肌肉刺激仪做电刺激治疗。另外接受治疗的早晚直接影响疗效, 治疗较晚的患者即使进行了手术治疗仍有功能恢复不良。本组 2例残留感觉障碍, 可能与此有关。

总之, 通过对本组病例的讨论, 我们应该重视临床医生的基础理论和基本操作技能培训, 严格遵守外科操作常规, 操作要有步骤地循序进行, 层次分明, 术前熟悉手术部位的神经解剖特点, 是预防医源性股外侧皮神经损伤的关键。

参考文献

- 熊国欣, 路西明. 低功率磁作用半导体激光照射对神经功能恢复的影响. 激光杂志, 2004 25(1): 80-81
- 梅锦荣, 周国顺, 管国华. 四肢神经卡压征的微创手术治疗. 中华手外科杂志, 2004 20(2): 70-72

(收稿日期: 2005-11-16 本文编辑: 连智华)

活动后, 因动脉压升高, 静脉回流得到改善, 手麻痛减轻直至消失。

4.3 鱼际和小鱼际部疼痛 Eversmann^[3]称其为手墩柱部疼痛 (pillapain), 康复治疗时间较长, 一般 12~16周。手墩柱部疼痛是腕管松解减压手术最常见的并发症, 其原因可能有:

①软组织水肿, 神经阈值降低; ②断裂韧带及肌肉回缩, 手掌皮肤无切口者也可出现此症; ③腕关节横弓改变, 屈肌支持带切断之后, 腕骨横弓曲率减少; ④神经瘤, 各层组织内均有感觉神经终器存在^[3]。横切口或鱼际切口弯向桡侧时易损伤正中神经掌皮支, 其主要症状是埋在瘢痕中的神经瘤引起疼痛, 而非三角处的感觉缺损。本组 6例因腕部瘢痕疼痛, 叩之手指发麻, 切口周围皮肤及皮下有硬节并有压痛, 可能就是正中神经掌皮支损伤, 为避免掌皮支损伤而引起切口疼痛, 作者

认为切口宜在距鱼际肌纹尺侧 5 mm 处作平行于鱼际肌纹的切口, 切口近端以弧形向尺侧转向腕横纹, 但不进入前臂为佳。

参考文献

- 顾玉东, 郑亿柳, 张高孟, 等. 腕管综合征 156例分析. 上海医学, 1988 11(2): 87-89.
- Eversmann WW Jr. Entrapment and compression neuropathies. In Green DP. Operative hand surgery. 2nd Edition New York: Churchill Livingstone, 1998 1423-1478
- Ludwig KS, Merla JL, Cox JA, et al. Pillapain as postoperative complication of carpal tunnel release: a review of the literature. J Hand Ther, 1997 10(4): 277-282

(收稿日期: 2006-03-08 本文编辑: 李为农)