

显和常见<sup>[2]</sup>,其中狭窄的肱二头肌长头腱滑囊是液压扩张中液体最难扩张到的部位,也是治疗后肩关节功能恢复的重要因素<sup>[3]</sup>。同时,肩周炎常涉及肩部多个滑囊的渗出性炎症、粘连,其中临床常见的肩峰下滑囊、三角肌下滑囊等,并不与盂肱关节腔相通,因此液压对肩关节腔外的滑囊及粘连并不能起到扩张及松解作用。另外,肩周炎患者不仅有关节内的粘连,同时关节周围软组织亦存在广泛的无菌性炎症、渗出、粘连。小针刀治疗结合了中医针刺疗法和西外科手术技术,一方面可直接作用于关节囊外及液压扩张所不易达到的关节囊内的病灶部位,通过刀的剥离作用,切开病变组织,松解软组织粘连,从而恢复关节功能;另一方面,通过针刺以疏通经络,使气血运行通畅,达到“通则不痛”的目的。而且小针刀针体

细,松解时软组织的创伤小,术后不易造成软组织出血渗出而形成新的粘连,因此,其松解充分而疗效持久。采用液压扩张结合小针刀治疗肩周炎,可全面松解肩关节囊内、外的粘连,消除疼痛,恢复关节功能。

#### 参考文献

- 1 Constant CR, Murley AHG. A clinical method of functional assessment of the shoulder. Clin Orthop. 1987, 214: 160-164
- 2 陈健宇, 梁碧玲. 肩关节造影及液压扩张疗法治疗冻结肩的临床研究. 影像诊断与介入放射学, 2000, 9(4): 221-223
- 3 冯世庆, 郭世绶, 王沛, 等. 肩关节动态造影下液压扩张手法松解治疗冻结肩. 中华骨科杂志, 2003, 23: 423-426

(收稿日期: 2006-06-30 本文编辑: 李为农)

## • 病例报告 •

### 急性臂丛神经炎一例

#### Acute brachial neuritis a report of 1 case

张功林, 章鸣, 蔡国荣, 王顺炳

ZHANG Gong-lin, ZHANG Ming, CAI Guo-rong, WANG Shun-bing

关键词 臂丛神经炎; 病案 **Key words** Brachial plexus neuritis; Medical records

患者,男,36岁。因突发性肩部严重疼痛4h急诊入院,患者主诉无明显诱因右肩部突发性严重疼痛以致从熟睡中痛醒,自行口服数片止痛药难以奏效,无法入睡,终因疼痛难忍急诊来就诊。检查:痛苦面容,右上肢保持在内收内旋位,肩和臂部主动活动时可加重疼痛,被动活动不受影响。疼痛似有根性特点,但是临床症状与体征却不典型,颈椎纵向叩击、屈曲、伸展以及Spurling试验都未引起疼痛加重。咳嗽、打喷嚏以及颈部Vasava试验都未诱发疼痛。全身无发热,局部无红肿与压痛等急性炎症表现。运动障碍不明显,感觉与肢端血运正常。患肢生理反射稍有减弱,没有引出病理反射。颈、肩部X线、CT、MR检查以及血沉、抗“O”、类风湿因子等检查无明显异常。血常规除中性稍高外其余均在正常范围。住院后给予激素和一般支持治疗。肩部疼痛较严重,主诉为持续性胀痛,故应用一般止痛剂、局部封闭、针灸、理疗等方法治疗未能奏效,改用吗啡与杜冷丁交替应用后疼痛缓解。疼痛持续3d后逐渐消退,仅在疼痛区残留钝性疼痛或不快感。

随着疼痛消退,1周左右患者出现患侧上肢肌肉功能障碍和肌萎缩,主要为三角肌、岗上肌、岗下肌、前锯肌和肱二头肌。肌力障碍和肌萎缩发展很快,2周时发生受累的肌肉运动功能丧失,但感觉障碍却不明显。肌电图检查神经传导速度无明显变化,但受累肌肉有明显的失神经变。患者肌萎缩和肌力恢复很慢,病后1年左右肌萎缩和肌力才逐渐恢复正常。随访2年,肢体功能正常,病情未见复发。

#### 讨论

急性臂丛神经炎是一种少见病,最初由Parsonage和Turner报道为肩胛带综合征或麻痹性臂丛神经炎,后被称之为Parsonage-Turner综合征。其他诊断名词有:急性臂丛神经

炎、神经源性肌萎缩、术后原发性臂丛神经炎等。病因尚未明了,是一种自限性疾病。肌萎缩和肌力强度逐渐恢复,但恢复较慢,预后均较满意。尽管确切的致病因素尚未找到,但人们推测与病毒感染有一定的关系<sup>[1]</sup>,在病毒感染性疾病中发病高达25%,免疫性疾病中占15%,外科手术后发病也不少见,即使手术部位远离肩部仍有发病<sup>[2]</sup>。可单侧发病,也可双侧发病,双侧同时发病或另一侧以延缓形式发病占33%,任何年龄均可发病,但发病高峰期在30-70岁左右,男性发病明显多于女性(男:女为4:1)<sup>[1]</sup>。

在早期易被误诊为神经根型颈椎病或胸廓出口综合征,还应注意与肩袖损伤、急性颈椎间盘突出和周围神经卡压等相鉴别。急性臂丛神经炎没有明显的颈或肩部外伤史,突发性严重的肩部疼痛,相对轻的感觉减退,疼痛没有典型根性分布,没有病理体征,任何使椎管内压增加的临床试验均不能诱发或加重疼痛,疼痛可自然消失,很快发生受累肌肉运动功能障碍与肌肉萎缩,利用这些特点就可与其他疾患相鉴别,必要时行核磁共振或椎管造影等辅助检查。没有特异性治疗方法,不需要进行手术治疗。止痛药或麻醉止痛剂在发病早期是有效的治疗疼痛方法,随着疼痛缓解可应用非类固醇类药。物理治疗对防止肩关节挛缩很有帮助<sup>[1]</sup>。诊断明确后,医生应对患者详细解释病情,消除精神因素,这些知识有利于患者积极配合治疗,对其预后的恢复很重要。

#### 参考文献

- 1 McGillicuddy JE. Cervical radiculopathy, entrapment neuropathy, and thoracic outlet syndrome: How to differentiate? J Neurosurg (spine), 2004, 2: 179-187
- 2 Makum R, JM Arques W, England JD, et al. Postsurgical idiopathic brachial neuritis. Muscle Nerve. 1994, 17: 320-324

(收稿日期: 2005-11-25 本文编辑: 李为农)