

· 继续教育园地 ·

急性臂丛神经炎

Acute brachial plexus neuritis

张功林, 章鸣

ZHANG Gong-lin, ZHANG Ming

关键词 臂丛神经炎; 综述, 学术性 **Key words** Brachial plexus neuritis; Review, academic

急性臂丛神经炎是一种少见病,但人们往往认识不足,在早期,易被误诊为神经根型颈椎病或胸廓出口综合征。为了提高对本病的认识,降低误诊和漏诊率,本文就急性臂丛神经炎的诊断、鉴别诊断与治疗进行综述。

1 诊断名词与病因

急性臂丛神经炎,病因尚未明了,但却有典型的临床特征。最初由 Parsonage等^[1]和 Tumer等^[2]报道为肩胛带综合征和麻痹性臂丛神经炎,后被称之为: Parsonage-Tumer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^[3,4]。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^[5],在病毒感染性疾患中发病高达 25%,免疫性疾患中占 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^[3]。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%^[5]。双侧发病又增加了诊断的难度,每侧症状、体征和严重程度以及临床表现又不相同,有时一侧仅为亚临床表现,需通过肌电图检查才能做出诊断。任何年龄均可发病,但发病高峰期在 30岁与 70岁左右,男性发病明显多于女性(男女为 4:1)^[5]。

2 临床特点

具有典型的临床特征^[1,2,5],表现为突发性肩胛带严重疼痛,患者常主诉从熟睡中痛醒,几乎所有患者均因疼痛难忍在病后 24 h内就诊。常需大剂量麻醉止痛剂才能使疼痛减轻。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、伸展以及侧屈并牵拉上肢检查都不会加重疼痛。咳嗽、打喷嚏以及颈部 Valsalva试验都不会诱发疼痛。疼痛可持续几小时甚至几周,然后逐渐消退,仅在疼痛区残留钝性疼痛或不快感。在急性期,肩和臂部活动可加重疼痛,上臂常保持在内收内旋位,被动活动却不受影响。

随着疼痛消退,或者在发病的同时,患者出现患侧上肢的一组或多组肩胛带肌肉功能严重障碍。有时,受累肌肉力量几乎接近全部丧失,最易受影响的是臂丛上干支配的肌肉。肌力障碍发展很快,75%的患者在发病后 2周内发生受累的肌肉运动功能丧失,肌肉发生运动功能丧失的先后顺序为:三角肌、岗上肌、岗下肌、前锯肌和肱二头肌。肱三头肌和由前骨间背神经支配的肌肉功能很少受累,肌力减弱或肌肉萎缩

可以发生在一块或一组肌肉,先有肌力减弱,然后很快发生受累的肌肉萎缩。肉眼所见发生肌肉明显萎缩多在发病后的 2~4周。正常的生理反射消失,也不能引出病理反射。神经根性或周围神经卡压不会引起如此严重的肌肉萎缩,发展的速度也不会如此之快。显著的肌肉萎缩和严重的肌力减退多提示臂丛神经近端损伤,但患者却没有明显外伤史^[5,6]。

发病后也有感觉障碍,但与运动功能丧失相比却逊色得多,患者对感觉丧失常觉察不出,或仅有轻度的局部感觉减退,多发生在腋神经分布区,电生理诊断也很少能显示出神经传导速度或振幅的变化,但受累肌肉由于轴突丧失所产生的失神经变却很明显^[5]。

3 鉴别诊断

由于病因尚未明了,发病早期做出诊断较为困难,特别是当存在双侧肢体同时或先后发病以及症状不典型时。相关的鉴别诊断包括:肩袖损伤、胸廓出口综合征、颈椎病、急性颈椎间盘突出和周围神经卡压等^[7-10]。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,疼痛没有典型根性特征,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,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。

诊断随时间逐渐明了,然而确切的病因很难找到。老年人发病相对高,在这个年龄段往往有颈椎增生性改变,造成与神经根型颈椎病鉴别诊断上的困难,应特别引起重视。根性受累的特点是肌力减退与感觉障碍多局限在一个神经根上,有根性痛的特点,常伴有颈部疼痛,颈部纵向叩击、屈曲、伸展以及侧屈并牵拉上肢检查会加重疼痛,咳嗽、打喷嚏以及任何使椎管内压增加的临床试验多可诱发疼痛,可与神经根型颈椎病进行鉴别诊断。周围神经卡压征无颈部疼痛与根性痛,常伴有神经卡压处 Tinel征。神经远端也有疼痛与压痛,以及肌电图改变等体征有利于与其进行鉴别诊断^[5,6]。

胸廓出口综合征有肩臂部疼痛,上臂上举或抬物时症状加重,上肢上举行连续快速握拳运动时,可诱发症状或出现肌力减退,对疼痛定位差,没有典型根性分布,手部灵活性差或有肌力减弱,没有明显肌肉萎缩,肌电图有失神经改变,肢端可有血管舒缩改变,例如手部血液循环受影响,有时发生苍白等血供不足的症状。X线片示有患侧颈肋与 C₇横突过长。基本的病理改变是臂丛神经下干在斜角肌三角区被颈肋或过

长的 C₇ 横突形成的纤维带压迫所致。多是慢性压迫逐渐发病,疼痛也逐渐发生,没有突发性严重肩部疼痛的特点^[5,7]。

4 治疗与预后

急性臂丛神经炎是一种自限性疾病,不需要进行手术治疗。肌力强度逐渐恢复,但恢复较慢,且有恢复不全的报道^[5]。在病后 1 年恢复 30%,2 年 67%,3 年 90%^[6]。没有特异性治疗方法,激素治疗即使大剂量应用也无效,激素直接肩关节腔内注射也不能改变病情发展,止痛药或麻醉止痛剂在发病早期是有效的疼痛治疗方法。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^[4,5]。

诊断明确后,医生应对患者详细解释病情,消除精神因素。该病预后均较满意,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^[5]。

参考文献

- 1 Parsonage MJ, Tumer JWA. The shoulder girdle syndrome. *Lancet*, 1948, 1: 973-978.
- 2 Tumer JWA, Parsonage MJ. Neuralgic amyotrophy (paralytic brachial neuritis) with special reference to prognosis. *Lancet*, 1957, 2: 209-212.
- 3 Malamut R, Marques W, England JD, et al. Postsurgical idiopathic brachial neuritis. *Muscle Nerve*, 1994, 17: 320-324.

- 4 Fibuch EE, Mertz J, Geller B. Postoperative onset of idiopathic brachial neuritis. *Anesthesiology*, 1996, 84: 455-458.
- 5 McGillicuddy JE. Cervical radiculopathy, entrapment neuropathy, and thoracic outlet syndrome: How to differentiate? *J Neurosurg (Spine 1)*, 2004, 2: 179-187.
- 6 Tsairis P, Dyck PJ, Mulder DW. Natural history of brachial plexus neuropathy. Report on 99 patients. *Arch Neurol*, 1972, 27: 109-117.
- 7 Leforeslier N, Moulouguet A, Maissonobe T, et al. True neurogenic thoracic outlet syndrome: electrophysiological diagnosis in six cases. *Muscle Nerve*, 1998, 21: 1129-1134.
- 8 Geck MJ, Eismont FJ. Surgical options for the treatment of cervical spondylotic myelopathy. *Orthop Clin North Am*, 2002, 33: 329-334.
- 9 Anderson DG, Albert TJ. Bone grafting, implants, and plating options for anterior cervical fusions. *Orthop Clin North Am*, 2002, 33: 317-321.
- 10 Edwards CC, Kapitskaya Y, Cha C, et al. Accurate identification of adverse outcomes after cervical spine surgery. *J Bone Joint Surg (Am)*, 2004, 86A: 251-260.

(收稿日期: 2006 - 03 - 06 本文编辑: 李为农)

· 手法介绍 ·

后伸外展牵引法治疗肩关节前脱位

Treatment of forward dislocation of shoulder joint with post-extension and abduction traction

朱国太

ZHU Guo-tai

关键词 肩脱位; 骨科手法 **Key words** Dislocation of shoulder; Orthopedic manipulation

肩关节脱位临床较为常见,前脱位较多,有多种闭合复位方法。自 1996 年 8 月以来,采用后伸外展牵引复位法治疗肩关节前脱位 20 例,取得良好的效果,现报告如下。

1 临床资料

本组 20 例,男 18 例,女 2 例;年龄 22 ~ 66 岁,平均 36 岁。脱位类型:锁骨下脱位 2 例,孟下脱位 8 例,喙突下脱位 10 例。就诊时间为伤后 2 ~ 18 h。

2 复位方法

臂丛麻醉,患者取俯卧位,术者立于患侧,靠近患者一侧的足跟置于患者腋下,将患肢逐渐后伸 30°外展 60°,牵引 3 ~ 5 min,并内收内旋即可达到关节复位。复位后用肩肘固定带固定 3 周,行肩关节功能锻炼。

3 结果

本组 20 例,复位均 1 次成功,无并发肱骨外科颈骨折。随访 0.5 ~ 3 年,按疗效评定标准^[1]:优,肩关节无肿痛,功能恢复正常,可正常劳动,不出现复发;良,肩关节有轻微疼痛,功能恢复正常,能正常劳动,不出现复发;差,肩关节仍肿痛,

活动受限,不能持重,有复发现象。本组优 18 例,良 2 例。

4 讨论

肩关节脱位是临床常见的关节脱位,而前脱位最多。复位的方法很多。笔者研究发现,传统的复位方法在复位的过程中肱骨头会有压力作用于关节孟前方,同时关节孟前方也有一反作用力作用于肱骨头,随着牵引力的增大,反作用力也增大,在老年人常可导致肱骨外科颈骨折,在儿童会发生肱骨解剖颈骨折滑脱,也可导致肱骨头软骨损伤。

本法采用逆受伤机制,后伸外展牵引,作用力沿肱骨干传导,复位过程中无撬拨动作,无来自关节孟前方的反作用力,因而不会造成继发性损伤;再者,沿脱位方向牵引减少肱骨头对三角肌和肱二头肌的刺激,使其处于相对松弛状态,便于复位;同时从力学上讲也是省力的,在理论上与其他的复位方法比较有较大区别。

参考文献

- 1 陈伟,王月秋,张华. 对抗牵引整复肩关节脱位的体会. *中国骨伤*, 2004, 17(6): 379.

(收稿日期: 2006 - 03 - 14 本文编辑: 连智华)