

# 急性腕管综合征的手术治疗

王晓腾<sup>1</sup>, 陈昌伟<sup>2</sup>

(1. 宁海第一医院骨科, 浙江 宁海 315600; 2. 宁波解放军 113医院骨科)

**【摘要】** 目的:探讨急性腕管综合征的手术治疗方法和效果。方法:对 14例急性腕管综合征患者的手术方法进行分析总结,手术主要是切开腕横韧带,清除积血和炎性渗出物及致压物,解除粘连,彻底松解正中神经和血管受压。结果:切口均 期愈合,手部肿胀于 1周内消退,神经症状逐渐恢复,完全恢复正常时间 2~45 d,平均 15 d。随访 6个月~1年,无一例复发,患手功能良好。结论:对急性腕管综合征患者,经短时间观察和保守治疗无效,早期手术可获得满意疗效。

**【关键词】** 急性腕管综合征; 外科手术

**Surgical treatment of acute carpal tunnel syndrom** WANG Xiao-teng<sup>\*</sup>, CHEN Chang-wei<sup>\*</sup> Department of Orthopaedics, the First Hospital of Ninghai, Ninghai 315600, Zhejiang, China

**ABSTRACT Objective:** To explore the method and the effect of surgical treatment for acute carpal tunnel syndrom. **Methods:** Fourteen patients with acute carpal tunnel syndrom were treated with surgical operation. During the operation, we cut the transverse carpal ligament, cleaned out the hemocele and inflammatory exudates in the tunnel, thoroughly released the nerve adhesion and the compression of median never. **Results:** All incisions were primary healing and the edema of the hand vanished within 1 week. The nerve symptom gradually recovered (recovery to normal time was 2 - 45 days with average of 15 days). Patients were followed up for 6 - 12 month after operation and the function of hand was excellent result. No relapsing symptom was found. **Conclusion:** Early decompression can obtain satisfactory effect for acute carpal tunnel syndrom after short-time observation and the conservative treatment failed.

**Key words** Acute carpal tunnel syndrom; Surgical procedures, operative

急性腕管综合征临床上并不少见。由于短时间内各种原因引起的腕管内压力升高、正中神经血管及屈指肌腱粘连受压产生正中神经功能障碍、血液回流受阻及屈腕屈指活动受限。我院自 1995 - 2004年收治急性腕管综合征 14例,疗效满意,报告如下。

## 1 临床资料

本组 14例,男 10例,女 4例;年龄 17~62岁,平均 38.5岁;右腕 11例,左腕 3例;病程 8h~7d,平均 4.5d。病因:Colles骨折移位屈曲尺偏位固定 3例,插秧致腕关节损伤 2例,搬重物致腕关节损伤 2例,腕管内结核 2例,急性化脓性滑膜炎 2例,腕管内腱鞘囊肿 2例,腕部重物压伤 1例。临床表现:急性起病,腕横纹以远手部肿胀明显,正中神经支配区持续性麻木疼痛并进行性加剧,屈腕屈指活动明显受限。查体:本组 14例均有腕部压痛,正中神经分布区感觉障碍,大鱼际肌萎缩不明显,Tinel's征阳性,屈腕试验阳性。辅助检查:本组行腕管 B超检查 11例,双侧腕管对照提示:患侧腕管内有声影改变 7例(液体、低密度组织声影或囊性变),白细胞总数、中性粒细胞数升高 8例。

## 2 治疗方法

本组 14例均行切开探查减压手术治疗。在臂丛麻醉成功后,患者取平卧位,患肢外展上气囊止血带,常规消毒铺巾,沿着大鱼际纹稍尺侧至腕横纹锐角越过腕横纹后向前臂尺侧作切口,显露腕横韧带,沿着腕横韧带尺侧缘,小心将其切断,并部分切除腕横韧带,避免损伤正中神经及分支,暴露正中神经。探查中发现 3例 Colles骨折远端移位,行手术切开复位 T形钢板内固定。插秧及搬重物致伤病例中见屈指肌腱有不同程度的损伤,局部粗糙并有少许出血点,炎性渗出物与血管神经粘连成胶冻状,范围可达 10cm。2例病理切片证实为腕管内结核病例,术中表现为炎性肉芽肿改变,粘连范围较广,但未见干酪样坏死,神经及血管未见侵犯。2例急性化脓性滑膜炎有稀薄脓液形成。腕部压伤患者见腕管内有血性液体,屈指肌腱、腱鞘及腕横韧带均有损伤和出血点。1例见 2cm × 1.5cm × 1cm大小腱鞘囊肿形成,另 1例见腱鞘囊肿破裂残留囊壁,局部残留半透明胶冻物。术中见正中神经均有不同程度的水肿改变。手术主要是切开腕横韧带,清除积血和炎性渗出物及致压物,解除粘连,彻底松解正中神经和血管受压,放置引流管,术后配合抗炎、脱水治疗,结核患者予以正规的抗痨治疗,嘱患者进行早期患肢活动功能锻炼。

通讯作者:王晓腾 Tel: 0574-65591581

### 3 结果

切口均一期愈合,术后手部疼痛立即消失,局部肿胀均于1周内消退,手部皮肤感觉和手指活动功能逐渐恢复,完全恢复正常时间:2~45 d,平均 15 d。随访6个月~1年无一例复发,患手功能良好。根据腕管综合征疗效评价标准<sup>[1]</sup>:痊愈,症状完全消失;近愈,减压术后伤口愈合,症状减轻。本组14例均痊愈。

### 4 讨论

腕管综合征的治疗有局部固定、超声波、注射疗法、口服抗炎镇痛药以及手术治疗<sup>[2]</sup>。早期或症状轻的患者适宜激素局部注射。65%以上的腕管综合征是由于滑膜非特异性水肿引起,局部注射反应佳。中晚期(慢性期)的患者适宜腕管切开减压松解术。我院收住14例患者,发病时间8h~7d,起病急,手部症状明显,麻木疼痛进行性加剧,属于急性期,经短期观察,局部注射无效。此期中神经病变是可逆的,及时手术减压能使症状恢复正常。当出现患手感觉和活动功能进一步减退,正中神经纤维化,部分脱髓鞘变和轴突退行性变,此期属于不可逆损害<sup>[3]</sup>。因此在急性期,正中神经压迫症状进行性加剧,经保守治疗无效,应及时行腕管切开探查减压术。本组均在早期及时获得正确治疗,把握了手术时机,取得了较理想的治疗效果。

腕管综合征的手术治疗目的,主要是切开腕横韧带,再通过探查针对所见病变,采取相应的措施,以增加腕管容积或减少腕管的内容物体积,从而达到减少腕管内压力,解除正中神经受压。本组有3例Colles骨折移位出现正中神经压迫症状。有报道测量Colles骨折时腕管内的压力,结果表明腕关节中立位时压力最低,腕关节内压力随着腕关节的屈度增加

而增加<sup>[4]</sup>。因骨折移位屈腕固定增加了腕管内压力。通过手术复位T形钢板内固定,增加腕管容积,防止再移位,达到治疗目的。插秧、搬重物及腕部压伤的患者,术中见腕管内有血性液体呈胶冻状,屈指肌腱、腱鞘及腕横韧带均有损伤,手术彻底清除渗出物,松解粘连,减少了腕管内压力。2例病理切片证实为腕管内结核,术中见屈指肌腱及周围组织均有肉芽肿改变,粘连较广泛,手术彻底清除病变组织,切开神经束膜,松解粘连。保留神经肌腱的完整性,解除了正中神经的受压。2例化脓性滑膜炎,腕管内有稀薄的脓液形成,通过减压引流,收到良好的治疗效果。2例腱鞘囊肿形成,手术及时切除囊肿,解除致压物,减少了腕管内容物体积,起到了治疗作用。

腕管综合征手术时应注意:腕横韧带要完全切开,最好作部分切除以及神经束膜松解;腕横韧带切除应靠近尺侧,以免正中神经掌侧皮支损伤;切除增厚的腱周组织,松解粘连;术中彻底止血,放置引流管,防止血肿形成;术中取出的病变组织均应作病理切片检查,根据病理切片情况,加强抗菌以及抗癆治疗;术后结合理疗,早期功能锻炼,以减少瘢痕组织对正中神经的粘连和压迫。

### 参考文献

- 1 孙传兴. 临床诊断依据治愈好转标准. 第2版. 北京:人民军医出版社, 2002: 392
- 2 Anthony J. Management of carpal tunnel syndrome. Am Fam Physician, 2003, 68: 265-272
- 3 朱盛修. 周围神经损伤显微修复术. 北京:科学出版社, 1991: 262
- 4 叶根茂, 吴世樵. Colles骨折并急性腕管综合征3例报告. 骨与关节损伤杂志, 1988, 3(3): 190

(收稿日期:2006-03-09 本文编辑:王宏)

## 世界中医药学会联合会骨伤科专业委员会第二次年会通知

为继续推动世界各国中医骨伤科的发展,加强学术交流,不断提高骨伤科学术水平,团结世界中医骨伤科同道,世界中医药学会联合会骨伤科专业委员会将于2006年11月10~12日在中国福建省厦门市举行第二次年会(10日全天报到)。会议主题为:中医骨伤科在世界各地的最新发展;中医骨伤科临床、科研、教学等方面的回顾与进展;中医骨伤科的标准化研究等。

1. 文稿要求:需提交800字以内中、英文摘要,摘要按结构式要求书写,包括文题、目的、方法、结果、结论。《中国中医骨伤科杂志》2006年11月将以增刊形式出版“世界中医药学会联合会骨伤科专业委员会第二次年会”专刊,有意者请同时提交3000~4000字全文,经审核合格将录用刊登。稿件一律采用A4纸5号字体电脑打印,并提供软盘或光盘。

2. 投稿截止日期:2006年9月30日。

3. “征文稿件”寄:武汉市珞瑜路856号《中国中医骨伤科杂志》编辑部 李胜利收。来稿请注明“会议征文”字样。邮编:430074;电话:027-87409653,传真:027-87409641, E-mail: admin@wtcm.org 或 lishengli@wtcm.org,详情可登陆www.wtcm.org.cn查询。

4. 注册费(会务费):50美元(380人民币)。

5. 联系人:厦门市中医院 眭承志,电话:0592-8916689;或与学会秘书部联系:上海市普安路185号 上海曙光医院 石光桐 邮编:200021 电话:021-62532271, 27130281 E-mail: gtshi@sina.com 或 gtshi1024@sohu.com 或 北京中国中医科学院骨伤科研究所 张军 邮编:100700 电话:010-84042347

会议具体地点另行通知。

世界中医药学会联合会骨伤科专业委员会