

现为求进一步中医治疗遂来门诊治疗。现症见：眠差，多梦易醒，伴头晕、两胁隐痛、全身乏力、口苦、纳差，二便调，舌红苔薄黄，脉弦细。中医诊断：不寐（心脾两虚、肝郁气滞证）。治法：补血养心、解郁安神。方用归脾加郁金汤化裁。处方：酸枣仁 30 g、郁金 14 g、当归 10 g、龙眼肉 9 g、茯苓 10 g、远志 10 g、黄芪 30 g、党参 18 g、炒白术 10 g、柴胡 7 g、甘草 6 g、木香 6 g、生姜 9 g、大枣 2 枚。7 剂，水煎服日 1 剂。2014 年 9 月 27 日二诊。服药后入睡困难、醒后不能再寐等症较前改善，头晕已不明显，仍有易醒，两胁疼痛，口苦等症，纳可，二便调，舌红苔薄黄，脉弦细。方药：继用上方加柴胡 14 g，7 剂，水煎服日 1 剂。2014 年 10 月 11 日三诊。已无不寐，稍感乏力，余无不适。舌质红苔薄白，脉细。方药：守方 7 剂，水煎服日 1 剂。后未就诊。

4.2 案例 2 贺某，女，19 岁，2014 年 3 月 15 日初诊。主诉：失眠 2 月余。2 个月前因高考学习压力大而出现入睡困难，常辗转反侧 2~3 h 不能入睡或彻夜不眠，时觉心慌，烦躁易怒，纳差，手脚冰凉。末次月经 2014 年 2 月 3 日，经量少，色淡，夹有少量血块，经期小腹疼痛。小便频，大便可。舌红苔白，脉细。中医诊断：不寐（肝郁心脾两虚证）。治法：疏肝解郁、养心安神。方用归脾加郁金汤化裁。处方：酸枣仁

30 g、郁金 14 g、当归 12 g、龙眼肉 9 g、茯苓 10 g、远志 10 g、黄芪 30 g、党参 18 g、炒白术 10 g、炙甘草 10 g、木香 14 g、生姜 9 g、大枣 2 枚、通草 10 g、丁香 10 g、制香附 14 g。7 剂，水煎服日 1 剂。2014 年 3 月 29 日二诊。服药后睡眠较前改善，月经 2014 年 3 月 16 日至，量、色可，仍觉心烦急躁，时有腹胀、呃逆、失气频等症，纳食可，二便调。舌红苔薄白，脉细。方药：继用上方加丁香 14 g、制香附 14 g，7 剂，水煎服日 1 剂。2014 年 4 月 8 日三诊。上述症状皆改善，未诉明显不适。舌质红苔白，脉细。方药：上方去丁香，7 剂，水煎服日 1 剂，不适复诊。

5 讨论

路波主任医师强调在治疗失眠时应辨证准确，用药精当、加减灵活，对于以心血虚为主者可适当加大黄芪、党参、白术、当归等补气血之药用量，肝郁重者应根据症状增加疏肝解郁之药，如柴胡、制香附、丁香等，不必拘泥于原方用量、组成，以达优化。

参考文献

[1]孙洪生,张维西,张永鹏,等.不寐调治当重阳明少阴[J].时珍国医国药,2014,25(7):1687-1689
[2]邢玉瑞.中医基础理论[M].西安:陕西科学技术出版社,2001.111
[3]沈新民.归脾汤合逍遥散加减治疗失眠 80 例[J].陕西中医杂志,2010,31(6):672-673

(收稿日期: 2016-11-25)

肘管综合征误诊神经根型颈椎病 9 例分析

刘灿¹ 潘贵春¹ 于志谋¹ 朱晓博² 杜顺杰¹ 宋康康¹

(1 北京市石景山区中医医院骨科 北京 100043; 2 中国中医科学院 北京 100700)

摘要:目的:探讨肘管综合征的误诊原因及诊疗方法。方法:对误诊为神经根型颈椎病的 9 例肘管综合征行手术治疗,观察术后患肢运动、感觉等症状恢复情况。结果:9 例分别获得随访 3 个月~2 年,疗效评定结果:痊愈 6 例,显效 2 例,无效 1 例。结论:肘管综合征与神经根型颈椎病的症状容易混淆,详细正确的临床查体结合病史及合理的影像学检查,是可以避免误诊的。

关键词:肘管综合征;误诊;神经根型颈椎病

中图分类号:R442.8

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2016.02.032

肘管综合征又称慢性尺神经损伤、迟发性尺神经炎、迟发性尺神经麻痹,是 Feindel 等 1958 年提出来的^[1-2],在临床上并非少见,由于与神经根型颈椎病的症状相似,极易误诊,相关报道也不多。本院 2010~2014 年收治 9 例 11 患肘长时间被诊断为神经根型颈椎病的病例。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组男 5 例,女 4 例,年龄 45~68 岁,双肘同时发病的 2 例,被误诊为神经根型颈椎病病程 0.5~3 年。初诊时均有颈肩部酸痛不适,均有不同程度的患侧前臂无力,前臂内侧及手指麻木、胀

痛、蚁走感,握力减弱,小鱼际肌萎缩,环指尺侧及小指皮肤感觉迟钝。均无上肢外伤史。

1.2 误诊误治 9 例均有颈椎 X 线片或者 MRI 片,报告均提示颈椎不同程度退行性改变及支持颈椎病诊断的阳性病变。均无肘关节影像学资料。均按照神经根型颈椎病治疗,如牵引、理疗、手法按摩、颈椎局部封闭等保守治疗,周期至少 8 周以上,除肩部疼痛症状不同程度减轻外,余症状均无明显改善。

1.3 确诊依据 上述症状不同程度存在,肘正位和轴位像显示,尺神经沟变浅 2 例,骨质增生 3 例,余均支持肘关节骨性关节炎病变;屈肘试验阳性 7 例,

Tinel's 征阳性 3 例,全部行肌电图检查,均显示肘部以下尺神经传导速度减慢,潜伏期延长。均排除糖尿病、酒精过量等导致的外周性神经损伤。

1.4 治疗方法 本组均采用尺神经前移松解术,取肘内侧切口,将尺神经尽量向远端游离达 10~14 cm,翻转游离一片屈肌肌膜,固定尺神经于膜鞘内,使之在隧道内无压迫,又有充分的空间,避免形成新的压迫,术中检查肘关节被动屈伸活动,术后石膏固定肘关节于 90° 位,2 周后伤口拆线,逐步行肘关节功能锻炼。

1.5 结果 本组获随访 3 个月~2 年,平均 1 年。8 患肘(包括 2 例双侧患肘)于术后 3 个月复查时症状完全消失,手指感觉、运动功能正常。2 患肘术后自觉手指麻木、憋胀症状明显减轻,手指肌力无变化,随访 13 个月手指感觉恢复正常,肌力大部分恢复。1 患肘经随访 2 年,手指感觉、运动同术前无明显变化。疗效根据手部感觉、运动、肌力情况评价:痊愈 6 例,显效 2 例,无效 1 例。

2 讨论

2.1 发病原因分析 肘管综合征的病因较多,总体来说最基本的病理改变是尺神经在肘管受到卡压、牵拉、摩擦,出现肘部以下尺神经支配区域的运动、感觉障碍。贾志荣等^[9]总结出肘管综合征的 5 类常见原因:(1)弓状韧带增厚;(2)尺侧腕屈肌二头之间的纤维性内膜变厚;(3)肘管内骨赘、异位骨化、游离体等引起管腔狭窄;(4)占位病变如扩张的静脉丛、神经外膜囊肿、屈肌肌内囊肿、血管瘤等;(5)尺神经与周围组织粘连。本组病人年龄均为 45 岁以上的中老年,均无明显外伤史,肘管区骨性结构不同程度的退变,经常地屈肘位工作姿势及肘内侧长期反复压迫为其主要原因,继发弓状韧带、尺肱韧带的肥厚,神经受到牵拉、摩擦,而产生神经卡压症状。

2.2 误诊原因分析

2.2.1 主观原因 问诊、查体不详尽,遇见主诉上肢麻痛等症状的就理所当然诊断为颈椎病,鉴别诊断不细致,尤其无外伤史的病人容易误诊。

2.2.2 客观原因 目前临床上神经根型颈椎病的发病率增高,颈椎影像学及查体的阳性结果普遍,均支持颈椎病的诊断,尤其是 MRI 检查的普及,极大地提高了诊断颈椎病的临床证据。当然颈椎病的诊断也是同时成立的,只是应该多加鉴别,本征独立的病理改变应该被发现,尤其在以颈椎病治疗一定时间后症状不缓解,更应该引起高度重视。

检查选择不当,一般都以颈椎 X 线片等完成诊

断,而忽视肘关节影像学、上肢肌电图等检查,如本组病例,长期依靠颈椎影像学进行诊断、治疗。

2.3 体会 本病的诊断,需从病史、症状及体征与神经根型颈椎病加以鉴别。有外伤史的肘管综合征从询问病史能引起重视,由于大多数无外伤史的中老年病人由退变引起,往往会忽视;其临床主要特点为患侧肌无力,沉重感,易疲劳等模糊症状,进一步出现环、小指感觉迟钝及刺痛、手及前臂尺侧胀痛,抬高患肢及屈肘的动作都会使症状加重,肘部 Tinel's 征阳性,并有明显的尺神经沟尺神经压痛等。X 线检查可见尺神经沟变浅或变形、密度增高及钙化等改变。神经电生理检测为诊断肘管综合征的可靠手段,可早期确诊及准确定位尺神经病变部位,也建议作为本病症的常规检查^[4-5],王战业等^[6]研究发现超声检查诊断肘管综合征准确率达到 95.4%,也是可以借鉴的方法。

肘管综合征的治疗倾向于短时间 (<1 个月)保守治疗无效后及早手术,术式选择性较大,根据不同病情,尺神经局部减压及肘管切开减压加尺神经前置术或者尺神经沟扩大成形术疗效都是明确的^[7-9]。本组病例经过我们详细诊查及手术治疗后,效果理想,跟踪回访没有出现局部神经粘连及肘管再狭窄的症状。综上所述,肘管综合征是常见病,病情比较简单,症状没有特异性,与神经根型颈椎病容易混淆,临床查体就显得尤为重要,结合病史及合理的影像学检查,是完全可以也应该避免误诊的。

参考文献

[1]Fitzgerald RH,Kaufer H,Malkani A.骨科学[M].北京:人民卫生出版社,2006.1930-1936
[2]Grewal R,Varitimidis SE,Vardakas DG,et al.Ulnar nerve elongation and excursion in the cubital tunnel after decompression and anterior transposition[J].J Hand Surg(Br),2000,25(5):457-460
[3]贾志荣,石昕,孙相如.肘管综合征的临床病因学探讨及神经电生理检查[J].中华神经科杂志,2003,36(2):110-111
[4]李海因,付明,岳园.48 例肘管综合征临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2010,13(21):16-18
[5]Le Corroller T,Bauones S,Acid S,et al.Anatomical study of the dorsal cutaneous branch of the ulnar nerve using ultrasound [J].Eur Radiol, 2013,23(8):2246-2251
[6]王战业,曹洪弘,夏炳兰.超声对腕管综合征和肘管综合征的诊断价值[J].临床超声医学杂志,2014,16(11):736-738
[7]朱家恺,罗永湘,陈统一,等.现代周围神经外科学[M].上海:上海科技出版社,2007.929-931
[8]胡瑞斌,魏鹏,陈宏,等.内窥镜下肘管减压术治疗肘管综合征体会田[J].中国医药科学,2011,1(8):79-80
[9]张建华,崔青,刘西斌,等.尺神经沟扩大成形尺神经松解术治疗肘管综合征[J].中国骨与关节损伤杂志,2010,25(9):831-832

(收稿日期: 2016-01-16)