

神经卡压综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/303/2021_2022__E7_A5_9E_E7_BB_8F_E5_8D_A1_E5_c22_303937.htm 名称神经卡压综合征
所属科室骨科
临床表现
1.疼痛和感觉异常 可按神经支配皮节发生感觉缺失或异常。 2.夜间加重又称休息痛。 3.疼痛可向近侧远侧同时放射，需与双重卡压鉴别。 4.肌肉萎缩、无力、运动不协调。 5.交感神经受累征 表现为温度、颜色、发汗及营养障碍。 6.卡压点的局限性压痛、放射。卡压点远近侧均有压痛称Vallex现象。 7.Tinel征 为卡压点的轻叩痛并有发麻感。神经根病EMG可显示纤维震颤和去神经电势，一般无传导速度减慢。四周神经受累可有传导速度减慢和远端潜伏期减慢。X线平片仅能发现骨增生和陈旧损伤征象。各部位神经卡压综合征（一）腕管综合征 本病又称迟发性正中神经麻痹，是正中神经在腕管内受压引起。腕管位于掌根部，底部和两侧由腕骨构成，腺横韧带横跨其上，形成一骨-纤维通道。手和腕长期过度使用引起慢性损伤，腕横韧带及内容肌腱均可发生慢性损伤性炎症，使管腔狭窄是最常见的原因。其次是腕部急性损伤，桡骨远端骨折，月骨脱位可引起正中神经急性或继发受压。某些全身疾病可通过腕管内容物增大，引起自发性正中神经损害。好发年龄为30～60岁，女性为男性的5倍，一般为单侧发病，也可双侧。起病缓慢，正中神经支配区疼痛，麻木，发胀，常入睡数小时后痛醒，活动后缓解。正中神经支配区皮肤感觉迟钝，过敏。大鱼际可有萎缩，拇指笨拙无力。叩击腕部可出现Tinel征，腕关节极度屈曲60秒，手的感觉异常可加重（Phalen试验），腕管内压增高

。血压计充气超过收缩压30～60秒可诱发患手疼痛。过度伸腕与屈腕试验同样引起感觉异常和疼痛加重。腕管掌侧卡压点压痛放射痛。正中神经传导速度减慢。非手术治疗使腕制动于中立位，腕管内注射皮质激素。反复发作，非手术治疗难以缓解者需行手术减压。有利用内窥镜手术的报道。（二）

腕部尺管综合征 本病又称Guyon管综合征、豆-钩裂孔综合征、Ramsay-Hunt综合征。腕部尺管截面为三角形，前壁为浅腕横韧带，后壁为深腕横韧带，内侧壁为腕豆骨及豆钩韧带。内容尺神经和尺动、静脉通过。尺神经在其内受压引起尺管综合征。在腱鞘囊肿引起者最多，占28.7%，慢性损伤占23.5%，挫伤占10.3%。其他原因有骨折、先天性畸形及全身疼痛。浅支受累引起尺神经支配区感觉障碍。深支卡压可致手的内在肌萎缩，无力，手深部胀痛和灼痛，夜间痛显著，拇指内收，其他四指收展无力，环、小指可表现为爪形畸形，夹纸试验，Froment试验阳性。电生理检查可发现瘫痪肌肉纤维颤抖EMG，神经传导速度减慢。非手术治疗无效者可手术切开Guyon管，使尺神经充分减压、游离。（三）旋前圆肌综合征 正中神经于前臂近端，被旋前圆肌两头之间的腱弓卡压所致。前臂旋前时，正中神经被旋前圆肌尺侧头抬起，故本病多见于前臂反复强烈旋前的2种。起病时肘前疼痛，可向桡侧三指放射，可有屈指无力，手臂使用过度会加重疼痛，正中神经支配区可有麻木、烧灼感及客观感觉障碍。旋前圆肌上缘可有压痛，Tinel征。对掌无力。局部皮质激素注射多能缓解症状，无效时可手术切断卡压腱弓或纤维带。（四）骨间前侧神经卡压综合征 本病又称Kiloh-Nevin综合征，是正中神经的骨间前神经支被指浅屈肌上缘的腱弓或纤维带

卡压所致。表现为肘前疼痛，拇示二指远侧指间关节屈曲力减弱，如拇长屈肌完全瘫痪可表现为“征”，屈肘时可发现旋前方肌力弱，手感觉正常，无手的内在肌瘫痪。（五）**桡管综合征** 本病又称桡弓综合征、旋后肌综合征、骨间背侧神经卡压痛。是桡神经深支在桡管内被旋后肌浅层腱弓或桡侧腕短伸肌起腱弓卡所致。起病缓慢，可逐渐发生伸掌指关节，伸拇，外展拇指无力，伸腕偏向桡侧，原因是尺侧伸腕肌受累，桡侧腕伸肌完整。无感觉异常，无疼痛。本病中指试验阳性，检查时令肘、腕、指间关节伸直，抗阻力伸直掌指关节诱发桡侧腕短伸肌起点内侧缘疼痛为阳性。网球肘疼痛出现于内上髁上下。手术需探查骨间背侧神经常见的卡压点，包括桡骨头前方，桡侧腕短伸肌弓和旋后肌的Frohse弓。

（六）**肘部尺管综合征** 这是尺神经在肘部尺管组成的骨纤维通道内受卡压所致，内侧为内上髁，外侧为鹰嘴，管底为尺神经沟，内上髁与鹰嘴之间由腱膜覆盖。常见的病因为过度肘活动，肘外伤后遗症，先天畸形。此外肘关节疼痛，如骨关节病、结核、类风湿关节炎都可以引起尺神经压迫。起病缓慢，前臂尺侧，手尺侧，第四、五指麻木刺痛。环小指屈曲无力，尺神经支配区感觉障碍，可有内在肌萎缩，爪形手（环小指）畸形，夹纸试验、Froment试验阳性。尺神经沟可摸到增粗神经，压痛，Tinel征阳性。电生理检查有助于诊断。非手术治疗无效时可采用尺神经前移和肱骨内上髁切除术。

（七）**肩胛上神经卡压综合征** 这是肩胛上神经在肩胛骨外上角的肩胛切迹内被卡压引起。该切迹外侧为喙突基底，进口外横架其上的横韧带形成一骨-纤维管。肩胛长期过度活动的职业易导致本病。表现为持续钝性肩痛，向颈及肩胛间区

放射，肩部活动增加肘疼痛加重。肩外展外旋力弱。患肩冈上肌和冈下肌可有萎缩，但局部多无压痛。（八）梨状肌综合征 坐骨神经越过坐骨切迹一般在梨状肌前下，于该肌下缘和上肌之间的梨状肌下孔中穿出，该处卡压引起梨状肌综合征。病因主要是梨状肌的急性或慢性损伤，主诉臀部疼和感觉异常，并向股后侧放射，检查可发现梨状肌部位深压痛，抗阻力患髋外展外旋可诱发疼痛，并感到活动无力，被动屈髋、内收、内旋肘疼痛加重。（九）股外侧皮神经卡压综合征 股外侧皮神经通过髂前上棘处，在髂前上棘与腹股沟韧带外端的两层之间形成的骨-纤维管内受到卡压引起本病。表现为股外侧皮神经支配区灼痛、麻木、过敏，触、痛、温度觉可有减弱，髂前上棘前内侧可有压痛、放射痛，髋过伸可使疼痛加重，无运动障碍。（十）腓神经卡压综合征 腓总神经在腓骨颈的骨-筋膜管内被卡压引起本病，损伤和体外压迫为常见病因，表现为足与小腿外侧痛、麻木。运动障碍为踝背伸，伸趾无力，外翻力弱或消失，小腿外侧及足外侧可有感觉障碍。腓骨颈处可有压痛和Tinel征。腓浅神经皮支在小腿远端深筋膜出口处受压是本征另一卡压点，损伤和鞋袜过紧可导致本病，只表现为神经支配区的疼痛和感觉异常。（十一）跗管综合征 胫后神经在内踝后下被屈肌支持带及跟骨形成的骨-纤维管内受压引起本病。足过度使用引起的慢性损伤是常见病因。主诉足底或足跟有间歇性刺痛、灼痛或麻木，长久站立或步行可加剧疼痛，常有夜间痛，使病人痛醒。内踝后下可有压痛和Tinel征。跖趾关节屈曲力弱，止血带充气试验可诱发足痛。（十二）趾底总神经卡压综合征 本病又称Morton病、Morton跖痛征，可能为趾底神经在相邻两个跖

骨头、跖间深韧带与跖腱膜之间受到卡压所致。病因常为长久站立，步行累积形成的慢性损伤。主诉跖骨头下方有阵发性灼痛，多累及第三、四趾，行走和站立可加重疼痛，休息和脱鞋后减轻。横向挤压跖骨头可引起患病间隙痛。非手术治疗使病人穿宽松平底软鞋，支持塑制已平坦的横弓。传统手术切除致痛神经瘤，近年报道切断趾间深韧带获得优良疗效。治疗 非手术治疗采用局部制动，注射皮质类固醇和服用NSAID减轻卡压病变的炎性反应，缓解症状。但本病为缓慢进行性疾病，很少自愈。一般需手术切开骨-纤维通道，使神经得以减压松解。应注重避免手术粗暴，进一步损伤神经。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com