

2011年临床执业医师外科学辅导：腕管综合征 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/655/2021\\_2022\\_2011\\_E5\\_B9\\_B4\\_E4\\_B8\\_B4\\_c22\\_655636.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/655/2021_2022_2011_E5_B9_B4_E4_B8_B4_c22_655636.htm)

本文介绍了腕管综合征的病因、临床表现、实验检查、鉴别诊断以及治疗措施。概述腕管是由腕骨构成底和两侧，腕横韧带横跨于其上构成一个骨-纤维隧道。腕管内通过的有拇长屈肌腱、2-4指的浅、深屈肌腱以及正中神经及其伴行动脉。正中神经最表浅，位于腕横韧带与其他肌腱之间。拇长屈肌腱被桡侧滑囊包裹，其他肌腱为尺侧滑囊包裹。当腕关节掌屈时，正中神经受压，同时用力握拳，则受压更剧。正中神经出腕管后分支支配除拇内收肌以外的大鱼际诸肌、第1、2蚓状肌，及桡侧3 1/2手掌、指皮肤感觉。腕管综合征是正中神经在腕管内受压而表现出的一组症状和体征，是周围神经卡压综合症中最常见的一种。

病因和发病机制

- 一、外源性压迫最常见的是来源于掌侧的腕横韧带浅面对腕管产生的压力，此处只有皮肤和皮下组织。皮肤严重瘢痕和良性肿瘤也可压迫，但较少见。
- 二、管腔变小由于某些内分泌疾病如肢端肥大症、粘液性水肿或因外伤后瘢痕形成而增厚；腕部骨折、脱位（桡骨下端骨折、腕骨骨折、月骨周围腕脱位等）可使腕管后壁或侧壁突向管腔，使腕管狭窄。
- 三、管腔内容物增多、体积增大腕管内腱鞘囊肿、神经鞘膜瘤、脂肪瘤、外伤后血肿机化，以及滑囊炎、屈指肌肌腹过低、蚓状肌肌腹过高等，都将过多占据管腔内容积，而使腕管内各种结构互相挤压、摩擦，这时较为敏感的表现出功能障碍的即是正中神经。
- 四、部分病人虽然没有上述原因，但由于某些工作性质如木工、厨工等，长期使用

腕部过度用力，腕管内压力反复出现急剧变化：腕管内压力在过度屈腕时为中立位的100倍；过度伸腕时为中立位的300倍。这种压力改变是正中神经发生慢性损伤的原因。临床表现一、症状好发年龄为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，适当抖动手腕后缓解。二、体征正中神经支配区（拇、示、中指）皮肤感觉迟钝或过敏。大鱼际可有萎缩，拇指对掌无力。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。

实验室及其他检查一、屈腕试验（Phalen试验）：屈肘、前臂上举，双腕同时屈曲90°，1分钟内患侧即会诱发正中神经刺激症状，阳性率70%。二、电生理检查肌电图显示正中神经的感觉神经传导速度减慢，运动神经也有传导时间延长。

诊断和鉴别诊断 根据典型的临床表现，并结合病史，必要时刻参考实验室检查，一般诊断较明确。本病主要与各种原因所致的腕上正中神经慢性损害鉴别，其中常见的是颈椎病的神经根型。此时应注意腕管综合征得体征在腕以远，而颈椎病的神经根损害除手指外，尚有前臂屈肌运动障碍，屈腕试验及腕部Tinel征阴性。电生理检查两者有明显的区别。

治疗一、非手术治疗早期使腕制动于中立位，非肿瘤和化脓性炎症者，腕管内注射醋酸泼尼松龙，通常效果较好。应注意不能将药物注入正中神经内，否则可能因类固醇晶体积聚而产生化学性炎症，反而加重症状。二、手术治疗 1、对腕管内腱

鞘囊肿、病程长的慢性滑膜炎、良性肿瘤及异位的肌腹应手术切除。2、由于腕管壁增厚、腕管狭窄者可行腕横韧带切开减压术。3、手术中发现正中神经已经变硬或局限性膨大者，应作神经外膜切开，神经束间瘢痕切除神经松解术。小编推荐：[#0000ff>2011年外科学辅导：孟氏骨折](#) [#0000ff>2011年临床执业医师考试：母乳性黄疸汇总](#) [#0000ff>2011年临床执业医师综合笔记各科目试题汇总](#) 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](http://www.100test.com)