

神经松解术治疗针灸源性 踝管综合征 9 例

江龙河¹, 韩方磊², 丛海波¹

(1. 山东省文登整骨医院, 山东 文登 264400; 2. 安徽中医学院, 安徽 合肥 230038)

关键词 踝管综合征 神经松解术 针灸方法

踝管综合征是指胫后神经或其分支, 经过内踝后面的屈肌支持带下方的骨纤维管时受压而引起的症候群, 多是由于踝管内压力过大或组织过多, 造成踝关节背伸或跖屈时胫后神经及其分支受压所致。其病因较多, 我院 2006—2009 年收治 9 例针灸源性踝管综合征, 现将其临床表现及治疗结果报告如下。

1 临床资料

本组 9 例, 男 6 例, 女 3 例。年龄 24~65 岁。7 例为单侧发病(左足 4 例, 右足 3 例), 双侧 2 例。病程 3~24 个月, 平均 7 个月。所有患者均因足底麻木、疼痛或足踝部胀痛、麻木就诊, 尤以负重或运动后加重, 休息后略缓解, 入院前均因脏腑疾病或足踝局部疾病均采用过针灸治疗, 取穴包括太溪穴。查体: 患足无明显畸形; 5 例(6 足)患足跖侧痛、温觉及触觉减退; 4 例(5 足)足踝部胀痛、足底麻木。所有患者内踝尖至跟腱后缘中点之太溪穴深部均可触及包块, 质韧、边界尚清, 局部 Tinel 征阳性, 按压太溪穴可诱发症状。7 例(8 足)术前行肌电图检查, 神经传导速度测定显示患足运动潜伏期延长或消失, 感觉诱发电位延长或消失; 肌电图显示患足跖短展肌出现自发纤颤电位、正锐波等失神经改变。

2 方法

2.1 手术方法 采用硬膜外麻醉或股神经加坐骨神经麻醉, 患肢驱血并于大腿中上部上气性止血带(压力 58~62 kPa), 常规消毒铺巾, 在内踝后侧沿胫后神经走行方向取手术切口长约 6 cm 左右, 切开皮肤、皮下组织及屈肌支持带上缘, 显露胫神经及胫后血管, 探查见屈肌支持带上缘 7 mm 左右太溪穴处胫后神经呈圆形或椭圆形膨大、色灰暗、质韧, 其外膜与周围组织粘连严重, 背伸外翻踝关节可见胫后神经太溪穴处肿块可卡压于屈肌支持带内。在手术显微镜下放大

6 倍下行神经外及神经内束间松解, 向两端松解至正常神经组织为度。松开止血带彻底止血, 冲洗手术切口, 神经松解处给予局部应用醋酸曲安奈德注射液 1 支(1 mL: 40 mg), 再用可吸收医用膜覆盖松解处胫后神经。不缝合屈肌支持带、深筋膜及浅筋膜, 直接缝合皮肤, 手术切口内放引流片, 厚敷料加压包扎切口, 短腿石膏托固定踝关节于轻度内翻下垂位。

2.2 术后处理 术后第 1 天给予拔除引流条。药物给予抗生素预防感染治疗 3 d, 并给予甲钴胺 0.5 mg 口服, 每天 3 次; 地巴唑片 10 mg 口服, 每天 3 次, 维生素 B₆ 片 10 mg 口服, 每天 3 次, 疗程 1 个月。后停药 1 周后, 酌情继续给予营养神经药物治疗。疼痛明显者给予非甾体类消炎药治疗。术后 0~2 周加强未加制动的关节的主、被动活动, 术后 14 d 拆线, 拆线后改用石膏托将患肢踝关节固定于中立位, 继续加强未加制动的关节的主、被动活动。术后 4 周去除石膏外固定, 行患肢踝关节主、被动功能锻炼, 逐渐下地活动, 避免患肢过度负重。

3 结果

9 例术后经 3~12 个月门诊随访, 采用 Pfeiffer 提出的以疼痛为评价指标的疗效评定标准, 评价术后疗效。优: 疼痛消失, 功能不受限, 无需服用止痛药; 良: 满意, 患足有轻度疼痛, 需服用止痛药, 功能不受限; 可: 满意, 患足残留大部分疼痛, 需服用止痛药; 差: 术后无改善或症状加重^[1]。本组术后 3 个月内复查, 8 例(9 足)仍有不适, 其中 3 例足底内侧疼痛, 夜间加重, 需服用止痛药, 功能不受限。术后 1 年复查, 4 例(5 足)无疼痛, 无明显感觉障碍, 评价为优; 4 例(4 足)在运动后或夜间出现疼痛, 评价为良; 1 例(2 足)足底内侧残存疼痛, 评价为差但较术前明显好转。术后 1 年优良率为 81.82%。

4 讨 论

4.1 踝管综合症的病因 凡使踝管管腔缩小、踝管内组织过多的原因均可导致踝管综合征。最常见的发病原因是踝部外伤,骨折引起韧带破裂、肿胀及继发的纤维化。踝管内产生腱鞘囊肿、滑膜炎、脂肪瘤、腱鞘炎、瘢痕组织、距骨内侧结节的外生骨疣^[2-3]、胫后神经鞘瘤^[4]、滑膜肉瘤、增厚变紧的屈肌支持带、趾长屈肌低位肌腹^[5]等都是常见原因,亦有报道本病与内分泌有关。但医源性踝管综合征临床少有报道。

针灸对神经损伤恢复的有利作用临床报道较多。穴位解剖得知相当一部分穴位深部都有神经干通过,不正确的针灸进针手法、行针手法及不恰当的针灸疗程都有可能导致穴位深层的神经损伤。太溪穴位于足内侧,内踝后方,内踝尖与跟腱之间的凹陷处,其深层有胫后动、静脉;布有小腿内侧皮神经,当胫神经之经过处。深层解剖可知太溪穴位于踝管上方约 6 mm 处。若针刺太溪穴再配以不必要的行针手法及长疗程、多疗程的针灸就有可能导致胫后神经局部反复损伤、反复出血、机化等以致局部形成神经瘤。而胫后神经在踝管内的滑动范围平均为 8.2 mm^[6],故随着踝关节的背伸和外翻活动太溪穴处神经瘤可卡压于踝管,从而进一步加重了神经的损伤。我们认为针灸源性踝管综合征的诊断应符合以下标准:①局部有针灸治疗史;②足踝内侧及足底疼痛不适和(或)皮肤感觉异常;③局部 Tinel 征阳性,或足踝部胫后神经走行方向针刺穴位处可触及硬结,按压该穴位处可诱发病状;④排除原有踝管综合征已明确诊断而采用针灸治疗者。所以说针刺手法、行针手法及针灸疗程对神经干、神经损伤到底有什么影响有待于基础和临床的进一步研究。

4.2 踝管综合症的治疗 踝管综合症的治疗包括非手术治疗和手术治疗。除急性踝管综合征外,其他都应先行非手术治疗。对早期或症状轻的患者可让其避免足踝部剧烈活动,穿宽松鞋袜,理疗,纠正足的不良姿势,症状可减轻或消失。对于腱鞘炎及胫后神经水肿等引起的跖管综合征,局部注射皮质类固醇药物是最有效的非手术治疗方法,皮质类固醇药物能减轻腱鞘炎和神经的水肿和粘连,使症状明显缓解。对足部畸形引起的跖管综合征,可使用支具。对关节炎症

疾病,如类风湿关节炎或强直性脊柱炎引起的跖管综合征,可使用非甾体类消炎镇痛药物和局部注射皮质类固醇。另外,穿长统弹力袜可减轻下肢肿胀和静脉曲张血。肥胖患者应减肥。但对于下列情况则应行手术治疗:①占位性病变引起的踝管管综合征;②反复发作的跖管综合征,经非手术治疗无效者;③踝管附近骨折致踝管内有骨痂或瘢痕形成者;④踝管容量减少者^[7]。对于诊断明确的踝管综合征非手术治疗 3 个月无明显好转者,无论局部 Tinel 征是否是阳性,我们均建议手术探查、治疗,具体方法包括足踝段胫后神经减压、神经外松解及神经束间松解,向上下松解至正常组织为止。我们对本组 9 例针灸源性踝管综合征之所以取得了较好的疗效,不仅得益于术前的明确诊断、手术方法的正确选择、术中局部应用曲安奈德注射液和可吸收医用膜,而且也得益于术后给予营养神经药物治疗、踝关节的石膏固定及恰当的功能锻炼。通过这种方法治疗其他原因所致的踝管综合征,也取得了较好的疗效。该方法不仅适用于针灸源性踝管综合征,也适合其他原因所致踝管综合征的手术治疗,值得临床推广。

5 参考文献

- [1] Pfeiffer WH, Cracchiolo A. Clinical results after tarsal tunnel decompression [J]. Bone Joint Surg (Am), 1994, 76 (8):1222.
- [2] Thomas JL, Blitch EL 4th, Chaney D M, et al. Diagnosis and treatment of forefoot disorders. Section 3. Morton's intermetatarsal neuroma [J]. Foot Ankle Surg, 2009, 48 (2): 251 - 256.
- [3] Weiss SW, Goldblum JR. Rhabdomyosarcoma [M]. Weiss SW, Goldblum JR. Enzinger and Weiss's Soft Tissue Tumors. 4th ed. St. Louis: CV Mosby, 2001: 785 - 835.
- [4] 孔祥, 麻延林. 胫后神经鞘瘤致跖管综合征 1 例 [J]. 军医进修学院学报, 2006, 27 (4): 244.
- [5] 周凤金, 胡万华, 周建兴. 趾长屈肌低位肌腹致踝管综合征 1 例 [J]. 中国骨伤, 2004, 17 (7): 395.
- [6] 陈清汉, 陈德松, 方有生, 等. 踝管内胫后神经松解有关的应用解剖 [J]. 中国临床解剖学杂志, 2001, 19 (3): 211.
- [7] 郭义柱, 张伯勋, 纪中宇. 跖管综合征的诊断及治疗 [J]. 解放军医学杂志, 2003, 28 (9): 830.