维普资讯 http://www.cqvip.com

骨间背侧神经损伤的诊断及显微外科治疗

Diagnosis and microsurgical treatment of damaged posterior interosseous nerves

李永江，黄现峰 （解放军89医院全军创伤骨科研究所，山东 潍坊 261021）

[关键词] 骨间背侧神经；损伤；诊断；治疗
[中图分类号] R605 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)02-0105-01

骨间背侧神经的损伤比较常见，约占周围神经损伤的9%，由于外伤时常合并伸肌的断裂，引起功能障碍，故神经损伤常被忽视[1]。诊断及治疗有一定特点，现将1998年至2003年我科共收治的骨间背侧神经损伤42例分析报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组男29例，女13例；年龄14～43岁；入院时间为伤后1 h至3周32例，3周至15周6例。15周以上4例。致伤原因：车祸16例，玻璃切割伤6例，刀砍伤14例，刺伤2例，原发性断裂3例，医源性损伤1例。损伤部位：上段13例，中下段29例。8例初诊时未诊断出骨间背侧神经损伤，而以单纯皮肤裂伤或伸肌断裂行清创缝合，二期手术探查均证实有骨间背侧神经不同程度断裂。

1.2 临床表现

由于损伤部位不同，出现不同的临床表现：①上段损伤：表现为伸指障碍，拇指不能桡侧外展，食指不能单独背伸，伸腕力量减弱，腕关节出现桡偏；②中下段损伤：因支配浅层诸肌的肌支均已发出，故此段损伤时伸指表现正常，拇指不能桡侧外展，食指不能单独伸直或食指背伸力量明显减弱。

1.3 手术方法

32例新鲜损伤急诊及亚急诊患者均行急诊肌肉、肌腱探查的同时行骨间背侧神经探查，沿骨间背侧神经的体表投影行"S"型切口，或"S"型扩大原伤口。根据术前检查，上段损伤切开Frohse弓及旋后肌纤维，中、下段损伤在其下进行探查，发现不同平面的损伤，用10/0无创线行束间端端吻合。受伤时间超过1个月的6例，采用头静脉桥接1例，游离腓肠神经移植4例，肌肉桥接1例。7例超过25周的陈旧损伤病例及恢复差行桡侧伸腕短肌代伸拇长肌，掌长肌代拇长展肌。

2 结果

根据中华医学会手外科学会评分标准：>M3（优）：32例，M3（良）：5例，M2（中）：3例，M1（差）：4例。

[收稿日期]2004-09-10 [修回日期] 2004-12-10

3 讨论

3.1 提高早期诊断率的体会

加强对前臂背侧解剖关系的认识是提高早期诊断率的关键。从前臂背侧的解剖特点看，拇长伸肌、食指固有伸肌均起于尺骨中下段，故前臂中、上1/3段的肌肉断裂伤不会伤及食指固有伸肌和拇长伸肌，尤其是食指固有伸肌；中上段的损伤如出现垂拇、食指不能单独伸直，不能用肌肉损伤解释，提示必然有某一平面骨间背侧神经损伤。对前臂背侧的锐性伤，特别是刺伤应保持高度的警惕，认真仔细行手部运动功能检查，若伴有手的运动功能障碍，不论创口大小，均应在臂丛麻醉下清创，充分显露手术野，以明确有无骨间背侧神经损伤。

骨间背侧神经损伤漏诊多因不熟悉解剖及思想上不重视所致，分析原因主要与以下因素有关：①由于此类病人大多合并有伸肌群不同程度的断裂伤，当伤后患手出现运动功能障碍时，只考虑伸肌的断裂所致，而忽略了深部神经的损伤；②术前检查不仔细，创口小而深时，未作深部探查及手功能检查，而简单缝合创口了事；③对骨间背侧神经纯属运动神经认识不足，认为手部感觉无障碍，而不考虑运动神经的损伤。对陈旧性骨间背侧神经损伤，肌电图检查有助于确定损伤部位。

3.2 治疗体会

一旦诊断骨间背侧神经损伤，应尽早手术探查。寻找骨间背侧神经。首先，要根据体表投影选择切口，根据术前检查大致判断损伤部位，避免盲目探查。骨间背侧神经为纯运动神经，一般由2～3束组成，故采用束膜缝合法效果较好。我们一般采用10/0尼龙无损伤针线，每束缝合2～3针，原则上必须保证缝合时无张力。急诊和亚急诊时可达到上述要求，而陈旧性损伤时因需切除神经瘤，故常有2 cm以上的缺损，必须行神经移植或桥接。本组有29例在伤后1个月内手术，采取了神经断端直接吻合的方法；受伤时间超过1个月的6例，采用头静脉桥接2例，游离腓肠神经移植2例，肌肉桥接2例。随访0.5～2年，所有早期神经直接吻合者肌力均达3～4级以上，而做神经桥接者仅一例达3级。由此可见，提高骨间背侧神经损伤的早期诊断率是提高疗效的关键。

[参考文献]

[1] 尹维田，王首夫，张 君，等．骨间背侧神经损伤及显微外科治疗[J]．中华显微外科杂志，1992，15(1)：17.

（编辑：姜 恒）