有舟月韧带损伤的可能性，并在手术复位月骨的同时用克氏针固定舟、月骨。

本组术后仍有 3 例残留 DISI，虽然 DISI 的残留并未影响近期的临床疗效[10]，但其远期疗效尚需进一步观察。

舟骨骨折后，腕骨间的相互活动度会相对较大，不少患者术前腕关节的活动范围受限并不十分严重（尤其是慢性病例）。这也许就是本组患者术前、后关节活动的差异无明显差别的原因。但此手术恢复了腕关节各骨的解剖关系和动态平衡，缓解了腕关节的疼痛，增强了腕关节的握力，保证了患腕在生活和工作中的活动和长期、稳定的疗效。

参 考 文 献

1 Linscheid RL, Dobyns JH, Beabout JW, et al. Traumatic instability of the wrist: diagnosis, classification, and pathomechanics. J Bone Joint Surg (Am), 1972, 54: 1612-1632.

2 Linscheid RL, Dobyns JH, Beckenbaugh RD, et al. Instability patterns of the wrist. J Hand Surg (Am), 1983, 8: 682-686.

3 Kato S, Minami M, Nishio Y. Scaphoid fracture and carpal instability. Joint Surgery (Jap), 2000, 19: 54-59.

4 Yajima H, Nakamura R. The treatment of scapholunate advanced collapse — indication of surgical treatment. Joint Surgery Jap, 2000, 19: 79-83.

5 Nakamura R, Hori M, Horii E, et al. Reduction of the scaphoid fracture with DISI alignment. J Hand Surg (Am), 1987, 12: 1000-1005.

6 Watson HK, Weinzweig J. The wrist. 1st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. 19-43.

7 William PC, Ronald LL, James HD. The wrist: diagnosis and operative treatment. 1st ed. USA: Missouri, Mosby-year Book Inc. 1998. 75-105.

8 Black DM, Watson HK, Vender MI. Scapholunate gap with scaphoid nonunion. Clin Orthop, 1987, 224: 205-209.

9 Matsushita K, Nagao Y, Beppu M, et al. A clinical and experimental study of dorsiflexed intercalated segmental instability in a scaphoid fracture. Nippon Seikeigeka Gakkai Zasshi, 1995, 69: 1-10.

10 Wada T, Aoki M, Usui M, et al. DISI deformity and post-operative symptoms of scaphoid non-union. Hand Surg, 1999, 4: 117-124.

（收稿日期：2002-11-02）（本文编辑：劳杰）

急性腕管综合征五例报告

·病例报道·

雷文涛　杨宝根　沈进稳

腕部外伤后正中神经急性受压并不少见，但临床上常容易被疏忽，以至失去最佳手术时机，造成不良后果。本院曾收治 5 例，疗效不佳。

例 1　女，40 岁。车祸致左腕部肿痛 2 h，急诊摄 X 线片示桡骨下端粉碎性骨折。手法整复、石膏固定 12 h 后，腕部疼痛加剧，手部正中神经感觉支配区严重麻木及痛觉减退。诊断为腕部正中神经受压，立即手术探查。术中见腕管内有血肿压迫正中神经，予以清除，前臂段无血肿，骨折无移位。用克氏针固定骨折后石膏固定腕部于功能位。术后随访 10 个月，腕部疼痛完全缓解但手部麻木仍然存在，故再次探查腕部正中神经，发现神经已纤维变性作松解术。术后 6 个月麻木无改善，手部功能未完全恢复。

例 2　男，31 岁。右腕部屈曲位受伤后腕部局部疼痛。急诊摄 X 线片示腕骨背侧薄片撕脱性骨折，予以腕背侧石膏托固定。5 h 后腕部疼痛加剧，手部正中神经感觉支配区有烧灼感，遂松解石膏托，抬高患肢，服用止痛药。1 周后疼痛减轻，但感觉异常持续存在，即作腕管切开减压术。术后 6 个月感觉无明显改善。

例 3　女，51 岁。右 Colles 骨折后 1 h 就诊，局部麻醉下手法复位石膏固定。固定后 6 h 腕部疼痛加剧、手部正中神经支配区感觉减退，即松解石膏托，抬高患肢。处理后 72 h 上述症状无缓解，行腕管切开减压术。术后随访 4 个月，手部感觉未恢复，大鱼际肌肌力减弱，同时手指僵硬。再次行屈肌腱松解术以改善手指运动功能，术中发现腕部正中神经和肌腱大量纤维变性，术后功能恢复不佳。

例 4　男，20 岁。高处坠落致左腕肿痛 1 h。急诊摄 X 线片示左腕钩骨和大多角骨骨折，无移位。行掌侧石膏托固定后 2 h 腕部剧痛，1 ～ 3 指感觉麻木，即行腕管切开减压术，并去除压迫正中神经的血肿。待麻醉苏醒后，患者主诉疼痛缓解，手指感觉部分恢复。术后 12 h 疼痛消失，手指感觉全部恢复。

例 5　男，17 岁。车祸致右腕大多角骨骨折，无移位。首诊时右腕稍肿胀，行掌侧石膏托固定。次日晨右腕剧痛和 1 ～ 3 指感觉异常，松解石膏托、抬高患肢无效。伤后 36 h 行腕管切开减压，术中见血肿压迫正中神经，清除血肿。术后随访 4 个月，手部感觉有所改善，仍在继续观察中。

讨论　本组 5 例在腕部外伤后数小时内出现腕部剧痛和正中神经支配区的感觉异常或感觉减退，提示腕部正中神经受压。手术探查证实正中神经受压部位均在腕管内。神经修复的黄金时间是伤后 6 个月内，本组例 1、例 3 在术后 12 h、72 h 探查，发现腕管内长段正中神经受压严重、神经变性，故未作神经移植，影响了疗效。正中神经变性如此严重的原因，是局部血肿压迫神经、神经急性受压、缺血而致。本组例 4 于伤后 2 h 切开腕管，因正中神经受压时间短故术后功能完全恢复。我们建议，当腕部外伤后出现正中神经受压症状时应立即作腕管切开减压术，以免神经受压时间长而造成不可逆的变性。

（收稿日期：2002-10-31）

作者单位：310002 杭州市第四人民医院骨科

（本文编辑：张丽银）

万方数据