神经生长因子蛋白表达的影响进行了系统的研究。

免疫组织化学的研究结果表明：中药丹参和复方神肌再生冲剂治疗大鼠坐骨神经损伤，对坐骨神经 NGF 蛋白表达有明显的促进作用。

丹参和复方神肌再生冲剂组，坐骨神经 NGF 的表达在治疗 2 周后开始升高；2 周至 4 周，坐骨神经 NGF 蛋白表达迅速上升；然后，上升的速度减慢，于治疗后 8 周达到最高峰。治疗后 4、8 周，NGF 的表达与对照组比较有明显的增加。

参 考 文 献

1 邵水金，单宝枝，余安胜，等. 电针、中药对大鼠坐骨神经损伤后 SFI 及肌肉影响观察. 中国针灸，1998，4：249-251.

2 陈德松，蔡佩琴，袁伟，等. 五种药物对小鼠周围神经再生影响的实验研究. 手外科杂志，1989，5：159-161.

3 方有生，陈德松，顾玉东. 党参黄芪丹参等复方中草药合剂对周围神经再生影响的实验研究. 中华手外科杂志，1998，14：181-183.

4 Galloway EB, Jensen RL, Dailey AT, et al. Role of topical steroids in reducing dysfunction after nerve injury. Laryngoscope, 2000, 110：1907-1910.

5 Ho PR, Coan GM, Cheng ET, et al. Repair with collagen tubules linked with brain-derived neurotrophic factor and ciliary neurotrophic factor in a rat sciatic nerve injury model. Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 1998, 124：761-766.

6 李泓，李光浩. 补阳还五汤治疗中风的研究进展. 中成药，1997，19：42-44.

（收稿日期：2002-11-06）

（本文编辑：郑忆柳）

·临床经验·

肘管综合征 45 例手术治疗的疗效分析

李小峰 王宇飞

肘管综合征是尺神经在肘部尺神经沟内受卡压而产生的一系列症状。如尺神经支配区感觉障碍、手部无力、骨间肌及拇收肌萎缩、爪形手畸形、手指内收及外展受限等症状。1995 年 ~ 2002 年 1 月，我院共收治 45 例，均行尺神经松解、筋膜下前置术，疗效较满意。

一、资料与方法

1. 一般资料：本组共 45 例，男 38 例，女 7 例；年龄 8 ~ 66 岁，平均 46 岁。左侧 14 例，右侧 31 例，均为单侧发病。致病原因：肘部软组织损伤 10 例，肘部骨折 8 例，肘管内尺神经半脱位 3 例，创伤性肘关节炎 8 例，肘外翻畸形 14 例，尺神经沟内肿物 2 例。病程为 2 ~ 63 个月，平均 24 个月。

2. 临床症状：45 例均主诉环、小麻指木，24 例诉手部无力，精细动作不灵活。局部检查：45 例环指尺侧半及小指刺痛觉减退或消失。36 例手内在肌萎缩（+ ~ + +），23 例 4 ~ 5 指轻度爪形手畸形。15 例 2 ~ 5 指内收外展受限。3 例触摸肘部出现触电似的放射痛。肘部尺神经 Tinel 试验均阳性。26 例肌电图检查结果：尺神经肘部上下 5 cm 运动神经传导速度均减慢（10 ~ 26 m/s），复合运动动作电位（CMAP）的波幅下降，潜伏期延长。

按 Machinnin 和 Dellon 推荐的分期标准，本组中轻度 12 例，中度 25 例，重度 8 例。

3. 手术方法：臂丛或局部麻醉下手术，作肘内侧弧形切口长 10 ~ 12 cm，逐层切开进入尺神经沟。术中发现尺侧腕屈肌形成的弓状韧带卡压神经 26 例、尺神经沟内骨质增生 11 例、肘管内腱鞘囊肿压迫 3 例、骨折后骨性突起瘢痕索条卡压神经 5 例。

45 例的尺神经质地均变硬，外膜增厚；13 例的神经受压处变细。尺神经作外膜松解术后前置于深筋膜下浅层，并缝合固定于浅筋膜，防止尺神经滑脱，止血后逐层缝合切口。术后石膏托固定肘关节于功能位 2 周。

4. 结果：术后第 1 天，26 例环小指麻木减轻。术后随访 2 至 63 个月。按中华医学会手外科学会上肢部分功能评定试用标准评定[1]：优 19 例，良 13 例，差 3 例，优良率 91.4%。

二、讨论

本组术后恢复差的 3 例，其原因是属于重度尺神经卡压或因误诊、漏诊所致。本组 1 例，因右手小指麻木伴握力差，曾被误诊为颈椎病，经保守治疗无效。2 个月后症状加重，来我院就诊，经检查诊断为肘外翻畸形，肘管综合征（重度）。术中见尺神经紧贴于骨壁，神经呈索条状，作神经内、外松解后行前置术。术后 18 个月随访，手部感觉虽已恢复，握力有所增强，但肌肉萎缩无明显改善。另 2 例也为重度肘管综合征，术中所见同上，故疗效差。

我们采用的是尺神经松解术、筋膜下前置术。皮下前置位置较浅，神经容易再度被卡压；而肌内前置术如分离肌肉时粗糙易出血，常导致神经床有广泛的瘢痕，造成新的卡压。我们选择筋膜下前置法。

参 考 文 献

1 潘达德，顾玉东，侍德，等. 中华医学会手外科学会上肢部分功能试用标准. 中华手外科杂志，2000，16：130-135.

（收稿日期：2002-11-11）

（本文编辑：蔡佩琴）

作者单位：041000 山西省临汾市人民医院骨科

万方数据