

旋前圆肌和前骨间神经松解术

本页面由机器翻译，尚未经临床医生审核。**英文版本**为权威版本。

恢复概览。综合自74项已发表的研究——您的实际恢复速度可能会有所不同。

轻度工作 办公工作、驾驶、日常任务	大多数日常活动 体力劳动、运动、健身	最终结果平台期 疼痛和力量
1-2 weeks	2-3 months	6-12 months
仅使用软敷料；数天内即可进行案头工作，一至两周内可进行轻度使用。鼓励早期肘部和前臂活动。在清醒状态下局部麻醉进行的单纯肱二头肌腱膜（lacertus fibrosus）松解术后，非体力劳动者通常在1-2天内即可返回案头工作。	随着前臂切口愈合，约2-3个月后可进行抓握和体力劳动。已报告的系列研究显示，松解术后早期测量的握力有所改善。	神经恢复决定了真正的终点：酸痛和前臂疲劳通常早期缓解，但在约一半的已报告病例中，恢复需要3个月以上，且术前存在的麻木或无力可能需要6-12个月才能改善。重度前骨间神经（AIN）麻痹的恢复更为缓慢。

为何建议进行此手术

Mater Private Hospital Rockhampton 的上肢外科医生 Kieran Hirpara 医生会从适合您病情的微创方案入手。该手术是一种前臂神经松解术。它可以减轻从肘部延伸至手部的主要神经之一所受的压迫。当其他治疗未能给您带来足够缓解时，我们通常会建议进行此手术。

大多数人会先尝试非手术治疗。这包括让手臂休息、避免诱发病状的活动，以及服用抗炎药物。如果经过这些治疗症状仍然持续，才会考虑手术。对于旋前圆肌综合征，如果症状持续超过 6 个月，可以选择手术。对于骨间前神经综合征，如果至少 12 个月仍没有任何肌力恢复的迹象，可以选择手术。如果您的日常活动需要反复用力扭转前臂，且检查证实神经受到压迫，我们也可能会更早建议手术。

此手术的目的是缓解您的疼痛，并恢复手部的力量和功能。约64至71%的人疼痛完全缓解。约20%的人缓解不完全，约8%的人需要再次手术。我们会与您一起讨论这些数据，以便您与我们共同决定手术是否适合您。

术前

您的外科医生会为您提供明确的术前准备说明。您需要在手术前七小时停止进食和饮水。我们要求七小时而非六小时，以便在手术室日程提前时可以将您的手术提前。您可能需要在手术前停用某些药物，您的外科医生会告诉您需要停用哪些药物以及何时停用。请安排他人在术后送您回家。请携带一份您目前所服用药物的清单。手术当天请穿着宽松、舒适的衣物。为规划手术，可能需要进行一些影像学检查，例如X光、MRI扫描或超声检查。如果您有其他基础疾病，可能需要进行血液检查或接受麻醉医生的评估，但大多数人不需要。

手术当天

您将抵达医院的手术入院病区。工作人员会为您办理入院手续并进行术前准备。随后，您将与麻醉医生见面，麻醉医生负责给您用药，让您在手术中保持睡眠和舒适。本手术在全身麻醉下进行。有时，为缓解术后疼痛，会额外进行区域神经阻滞；麻醉医生将在手术当天就此与您沟通。

之后，您将被带入手术室进行手术。手术结束后，您将在复苏室苏醒。在麻醉消退期间，护士会在那里监护您。待生命体征平稳后，根据手术类型及您的恢复情况，您将被转入病房或直接回家。

手术内容

这是一种前臂神经松解术。外科医生会在您前臂前侧、靠近肘部的位置做一个切口，以到达神经。切口会尽可能小。通过此切口，外科医生找到紧绷组织压迫神经的部位，并将这些组织松解，使神经沿其整个走行得到松解。如果有纤维束带或异常血管压迫神经，也会一并切除。

切口用缝线关闭，并用敷料覆盖。您回家时敷料保持完好。

手术本身是在狭小空间内进行的专注、精细的操作。在神经穿过前臂肌肉的部位进行松解，需要比某些其他神经松解术更深入的解剖分离，因此外科医生会花时间保护神经及其周围的结构。

术后

您将在复苏室苏醒，在麻醉消退期间护士会照看您。您的手臂可能会在一段时间内感到沉重或麻木。这是预料之中的，会随着药效消退而缓解。我们会为您提供止痛治疗以保持舒适，您的手和前臂会包扎柔软的敷料。苏醒后不久您就可以四处走动，最初的24小时内应有人陪伴您。您的医疗团队会告知您是当天回家还是在医院留观一晚。我们会保留敷料约10天；除非我们告知您，否则请勿在此之前拆除。我们会在复诊时为您更换或拆除敷料。

恢复

最初几天，您的手和前臂可能会感到疼痛和肿胀。切口周围可能会酸痛，手指可能会感到僵硬。休息、将手垫在枕头上抬高以及服用止痛药，都有助于缓解这些不适。不适感通常会一天天减轻。

您回家时手臂会包扎柔软的敷料。我们会将其保留约10天，然后在复诊时更换或拆除。敷料拆除后，就开始手部治疗。您的手部治疗师——Extend Rehabilitation 的 Ruby Doolan——将指导您进行锻炼，并根据需要为您制作夹板。这些锻炼可以在神经恢复期间保持手指活动，防止僵硬。

在家中，最初一两周内您就可以完成大多数轻度日常事务，在舒适允许的范围内使用您的手。在您的治疗师允许之前，请避免提重物、用力抓握或任何会使前臂劳损的动作。睡觉时采取您感觉舒适的姿势即可；有些人喜欢把手臂放在身旁的枕头上休息。

恢复遵循一定的规律，而不是固定的时间表。首先，疼痛和肿胀消退。然后，活动度和握力恢复。手部的力量和感觉会在数月内持续改善，当疼痛和力量不再变化时，就达到了最终效果。每个人的愈合速度不同，因此您的时间表可能有所不同；您的外科医生和治疗师会在整个过程中为您提供指导。

可能出现的问题

大多数患者恢复良好，但偶尔也可能出现问题。您的外科医生和医疗团队会密切监测您，以便尽早发现任何异常。

由于这种松解需要在前臂肌肉深处进行，手术比某些其他神经松解术更为复杂。外科医生会格外小心地保护神经及其周围的组织。

被松解的神经靠近为手部提供感觉和运动功能的其他神经。极少数情况下，其中一条神经可能在手术中受到刺激。在神经阻滞消退后（约需24小时），您可能会注意到手部或前臂某些部位出现新的麻木、针刺感或无力。最初24小时内出现一些麻木和无力，是神经阻滞本身引起的，属于预料之中。如果持续时间超过这一时间，请致电诊所。

伤口也可能出现问题。如果您出现发热、从切口向外扩散的发红，或切口渗出液体或脓液，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍持续加重，也需要在当天致电诊所。

有时在术后几天内，伤口附近会形成一个坚实、有压痛的肿块。这是皮下的积血（血肿）。如果肿块增大、疼痛越来越明显，或其上方的皮肤看起来紧绷发亮，请致电诊所。

如果松解是通过微创小切口而非开放切口完成的，松解效果偶尔无法维持，可能需要再次手术。外科医生在规划您的治疗时会与您讨论这一点。

神经手术后的恢复通常较慢，神经可能在数月内持续改善。恢复程度部分取决于手术前神经受压的时间长短。如果压迫已存在很长时间，手部的某些变化可能无法完全逆转。您的外科医生会与您讨论您的具体情况下可以期待怎样的结果。

本页上的并发症表格列出了典型发生率，如果您想了解具体数据，可参考该表。

何时联系我们

大多数问题会在最初几天出现。有些需要尽快致电我们，有些则需要紧急救治。

如果您的腿肿胀或疼痛，或出现呼吸急促或胸痛，请前往急诊科。这些可能是血凝块的征兆。如果您的手指、手或拇指变得苍白、冰冷、发白、发青或发黑，也请前往急诊科，因为这提示血液循环出现问题。

如果您出现发热、从切口向外扩散的发红，或切口渗出液体或脓液，请在当天致电诊所。如果尽管服用了止痛药，疼痛仍持续加重，也需要在当天致电诊所。

如果在神经阻滞消退后，您的手臂、手或手指仍没有感觉，或无法活动，请致电诊所。神经阻滞约需24小时才会消退，在此期间出现麻木和无力属于预料之中。如果持续时间超过这一时间，请致电我们。

如果在非工作时间或周末无法联系到诊所，请前往离您最近的急诊科。

旋前圆肌和前骨间神经松解术

已发表文献中的并发症发生率

汇总自74项已发表的研究。这些是人群水平的发生率，而非您的个人风险——您的主刀医生将讨论适用于您的具体情况。

并发症	报告的发生率	备注
症状未完全缓解	20%	这是最重要的风险，且很大程度上取决于神经受困的时间长短。在精心选择的队列中，完全缓解率报告为64-71%，良好结果率约为80%（Mujadzic：61例中64%完全缓解；Hsiao：21例中71%完全缓解；Sos：55例中80%良好）——因此大约每5例中有1例存在某些残留症状。在病程较长的疾病中，情况更糟：在接近4年的随访中，一项205例患者的系列研究发现仅11%完全恢复，47%改善，30%无变化（Svernlöv）。已报告的失败通常归因于减压不充分、遗漏第二个卡压部位或诊断错误。
术后症状加重	12%	在同一个病程较长、混合多种前臂近端卡压的队列中，12%的患者在随访时认为手臂情况变差；该研究针对长期存在的神经卡压，随访约四年。术前症状持续时间是预后不良最强的预测因子。
需翻修的复发	8%	一个单纯旋前圆肌综合征队列记录到12例患者中有1例（8%）在12个月时复发，经翻修减压后缓解。第一年后可能出现晚期复发，这一点已被承认，但大多数系列研究的随访期较短，未能充分捕捉这一情况。
神经恢复缓慢	49%	这不是手术错误，而是该病症的特征：在一项55例病例系列中，49%的患者在松解后需要3个月以上才能恢复。肱二头肌腱膜（lacertus fibrosus）松解术后数周内出现的短暂残留麻木或酸痛很常见，并在最大的肱二头肌腱膜松解系列研究（n=93）中于6个月时消退。重度前骨间神经（AIN）麻痹恢复最慢且最难预测。
轻微伤口问题和瘢痕压痛	20%	在已报告的系列研究中，轻微且自限性：14例内镜减压患者中有3例出现轻微并发症，无需治疗即自行缓解（Lee），且无论采用何种入路，活动相关的前臂不适或掌侧瘢痕压痛持续数周都很常见。

并发症	报告的发生率	备注
神经或血管损伤	—	罕见（个案报告级别）；正中神经及其分支正是被松解的结构，直接位于手术视野内。当存在永存正中动脉时，它穿过肱二头肌腱膜下的通道，是肱二头肌腱膜松解术特有的血管风险。

我已阅读上述信息，并有机会向Hirpara医生询问了关于该手术、预期恢复过程以及上述并发症的问题。

患者 — 姓名（正楷）

签名

日期