

综 述

肱骨外上髁炎中西医治疗方法

中国中医研究院骨伤科研究所 李俊杰

肱骨外上髁炎亦称前臂伸肌联合肌腱炎、桡腕关节滑膜炎、肱骨外上髁骨膜炎等。因较常见于网球运动员，故俗称“网球肘”。它是一种较常见的多发病，多发于肘部作旋转和屈伸肘关节的劳动者。即多与职业有关。如网球运动员、会计、家庭主妇、厨师、木工等。属于祖国医学“肘痹”范围。

关于肱骨外上髁炎的病因探讨，目前还没有一个统一的看法。以往人们根据肘部外侧的解剖结构，对病因的设想很多。如前臂伸总肌腱部分断裂或扭伤；环状韧带退行性变性；肱骨外上髁部创伤性滑膜炎及骨膜炎；肱骨外上髁部骨膜及伸肌总腱附着点处的无菌性炎症等。此外，Osgood氏认为关节外滑囊引起的肱骨外上髁炎是本病的致病原因；Trethowan等认为关节滑囊膜为肱骨及桡骨头的关节挤嵌引起炎症及疼痛。

近些年来，又有人提出该病的发生是一种肱骨外上髁部“血管神经囊的缩窄痛，”⁽³⁾⁽¹³⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁷⁾也有人认为是肱骨外上髁部各肌起始处劳损性病理学异常而引起分布于肱骨外上髁部神经感受器的刺激性反应；⁽¹⁹⁾亦有人认为本病是肱骨外上髁部的“筋膜病”；⁽⁴⁾⁽³⁸⁾还有人认为是颈肩等部位病变的“传导现象”。⁽²⁶⁾以及认为是肱骨外上髁部微小血管障碍导致骨内压增高所致等。而中医认为是由于气血虚弱，承袭风寒湿邪致成本病。究其病因，还有待于进一步研究。

本病好发于30~50岁的中年人，女略高于男。来就诊的患者多主诉患肢乏力，肘部及前臂有针刺样疼痛，疼痛可向前臂桡侧扩散。前臂不能持物、腕关节无力。用力握拳及手持重物及前臂做旋转动作、伸腕肘，均使疼痛加剧。少数病人可累及上臂及肩部。检查发现：(1)肱骨外上髁部有明显压痛点，肱桡关节及桡骨小头前缘处亦可查及压痛点。局部多数无肿胀。(2)Mill征阳性：即肘关节伸直、前臂旋前，腕关节掌屈，引起肱骨外上髁及桡骨小头处疼痛加剧。

(3)腕关节抗阻力背伸试验阳性：即医者一手握住患肢前臂下段，另一手按压手背，让病人抗阻力背伸腕关节，可引起肱骨外上髁部或环状韧带处疼痛加剧。(4)X线检查：肘关节结构正常。少数陈旧性患者，偶见韧带钙化、骨膜反应

或肱骨外上髁粗糙及骨刺形成。

本病的治疗方法很多，临床报导亦不少见。就目前国内外报导看，不外乎保守疗法和手术疗法两大类。但由于患者对选择手术治疗有一定的顾虑，所以绝大多数来就诊的患者往往乐于接受保守治疗。

一 保守疗法

(一) 单纯的痛点及穴位的药物封闭疗法：
(2)(8)(18)(19)(21)

应用醋酸强的松龙混悬液1毫升，与2%盐酸普鲁卡因2毫升混合。选取压痛点最明显的阿是穴注入。或再结合一些穴位（如曲池、手三里、内关穴等）注入少量药液。

如围绕痛点做多方向注射，效果更好。以临床报导看，总有效率100%，痊愈率可达75%以上。

据1973年Coonrad报告339例患者中，采用激素局部封闭的229例患者中，278例症状全部解除。

(二) 针灸疗法（包括电针的应用）：⁽⁸⁾
(11)(12)(14)(16)

取穴：主穴常取肱骨外上髁处压痛点。配穴常见有曲池、手三里、肘髎、尺泽、内关、合谷等。

方法：屈肘式，提捏进针。直刺或横卧透刺，或以痛点为中心做多方透刺（针后亦可加灸）。再配合部分配穴。亦有在此基础上，选用半导体综合医疗机、采用锯齿波、频率80~100次/分，每次20分钟。

从临床统计看，有效率可达92%，痊愈率62%。

〔附一〕：肱骨外上髁炎的头皮针治疗：⁽²⁸⁾

施术部位：顶颞前斜线（前顶穴至悬厘穴的连线）中1/3节段。单肘针对侧，双肘针两侧。

操作：用30号1.5吋毫针，先在施术部位向悬厘穴方向进针约1寸，再向顶颞后斜线（百会穴至曲鬓穴的连线）方向透刺1寸。手法用提插泻法，反复紧提慢按，直致患部疼痛消失或减轻为得气。留针1小时以上。在此同时令患者做腕、肘屈伸、旋转活动。针后尽可能做到相对静止。

34例病人观察，有效率94.1%，痊愈率

64.7%。

〔附二〕：肱骨外上髁炎的耳针治疗：⁽³³⁾

取耳舟部近耳轮下角平线处痛点，用泻法，留针30分钟。

(三) 手法治疗：^{(9) (19) (33) (34)}

关于手法治疗本病，由于师承不同，方法很多，但不外乎先沿肱骨外上髁向前臂用滚、按、揉、擦、拿捏等手法广泛舒筋活血，再用弹拨、点穴、摇转、屈伸、拔筋、扳等方法使关节充分活动，缓解疼痛，松解粘连。

(四) 药物封闭配合手法治疗：^{(19) (21) (29)}

具体方法同前。封闭可5~7天一次，手法可三天一次。此法有利于药液在组织间浸入，也可防止药物结晶沉积组织中，防止组织粘连。报导中的106例病例，其有效率为98%，痊愈率为71%。

(五) 针灸配合穴位封闭疗法：⁽⁸⁾

方法同前述。封闭可一周一次，针灸每日或隔日一次。

(六) 针灸配合手法治疗：

先行针灸，而后让患者略休息，施以手法。

(七) 痛点及穴位的空气疗法：⁽¹⁷⁾

痛点及穴位常规消毒，用-1毫升无菌注射器，隔上三、四层无菌纱布吸入空气，装上-6号针头，刺入痛点或附近穴位（一般按针灸学穴位针灸深度为标准），注入空气。每次约5~10毫升。每次选2~3个穴位。每日一次，三次为一疗程。但需注意，针头刺入时，要避开神经和血管，回抽无血时，方可注入空气。

(八) 药物内服、外用法：^{(17) (10) (21) (30) (33)}

关于药物疗法临床报导较多，仅选三例。

1. 内服养血祛风之方药加艾灸疗法：⁽³⁰⁾

当归、北芪、桂枝、白芍、炙草、灵仙、川断、熟地、地龙。病程长者加桑寄生、鸡血藤；气虚者加党参；脾虚者加白术、云苓；肾阴虚者加龟板；肾阳虚者加附子。每天一剂，复蒸洗患处，艾灸患处，每天一次。12例病人，随访二年均未复发。

2. 中药蒸洗疗法：^{(17) (21)}

常选用活血祛淤、温经通络止痛之药物。如下一例：生川乌、生草乌、生半夏、川椒、苏木、生南星、细辛、川桂枝。水煎后，蒸洗各15分钟。一日一次。

3. 发泡疗法：⁽¹⁰⁾

将斑蝥研为细末，取0.01~0.02g置于肱骨外上髁压痛最明显处，盖贴4~6平方厘米胶布。约7~9小时，局部有热辣感或微痛感，即将药布和药粉除去。见该处潮红而起泡。然后盖以无菌纱布即可。一周一次，三次为一疗程。但需注意防

止感染。报导中16例，其中痊愈13例，有效15例。

(九) 间动电治疗法：⁽⁵⁾

采用北京产C63-1型间动电治疗机，杯状电极。阴极置于患肢局部压痛点，另一极置于同侧手三里穴，或外关穴。直流电1~2mA，疏密波8~16mA，电量以最大耐受量为度（约14~18mA）。每次8分钟。治愈后巩固3~5次即可。报导的69例中，有效率92.75%，痊愈率30.43%。

(十) 中药离子导入法：⁽³³⁾

此法是用直流电或感应电配合离子液机械地将分子驱入皮肤。先将选择的药液浓煎取汁贮存备用。选用各种规格之电疗机。先将二极管套上布套，置于选定部位，然后将药液滴在布套上（约10~30毫升）开启电疗机10~20分钟即可。

(十一) 局部电烧疗法：⁽¹¹⁾

于患肘肱骨外上髁压痛最明显处，局部碘酒、酒精消毒。局麻后，用一尖刀在压痛点中心戮一能插入电烧头的小口，刀尖达骨质部。随后将消毒后的电烧头插入戮口（电烧头与软组织接触处涂一层脂胶，以免烫伤健康组织）。在深达骨质部电烧一下，随即拔出电烧头。外敷酒精纱布一块。7~10日后，伤口处结痂自行脱落而治愈。据报导的21例，经3~4年观察，无一例复发。

(十三) 理疗⁽²¹⁾

包括局部红外线照射和超短波透热疗法等。每周二次，五次为一疗程。同时可配合封闭、针灸、按摩等方法。

(十三) 腕背伸夹板或石膏托固定法：⁽³¹⁾

对肱骨外上髁处局部肿胀，外上髁及伸腕肌压痛明显者，应用夹板或石膏托使腕部固定于背伸位。

(十四) X线放射疗法：

此法意在使局部小血管栓塞而达到治病的目的。但目前已很少应用。

二 手术疗法^{(19) (20) (21) (22) (23)}

(24)

关于本病的手术适应症，Boyd（1973年）在37例手术病例分析中认为：凡保守治疗无效，或保守治疗虽痊愈，后又反复发作，或虽然症状解除，但仍有肘部功能不全者，应行手术治疗。⁽¹⁹⁾

Boyd在1973年报告的817例患者，其中进行手术治疗的37例，效果全部满意。

本病的手术疗法临床报导很多，归纳起来主要有以下四种：

(一) 前臂伸肌总腱起点切断术或剥离术：^{(19) (20) (12)}

患者仰卧，半屈肘。局麻或臂丛麻醉后，在肘关节外侧，以压痛点为中心、沿关节之曲度作

一弧形切口，长约3厘米。分解剥离周围组织，然后围绕肱骨外上髁在前臂伸肌总腱起点处进行松解、剥离，或部分切断伸肌总腱。然后仅缝合皮肤即可。术后不需做任何固定。

(二) 环状韧带部分切除术(改良的Bosworth手术)，(19)(20)(23)

局麻或臂丛麻醉后，采用肘关节后外侧切口(约6厘米)。在肱骨外上髁部切断总伸肌腱的纤维，从关节囊外侧付韧带和环状韧带上解剖分离，并向远侧牵开。在肘关节远近两侧0.5厘米处各作一横切口，前至环状韧带附着于尺骨处开始，向外后延伸，绕至后侧环状韧带附着于尺骨处止(这是一条宽约1厘米，包括关节囊、肘关节滑膜皱襞和环状韧带的近侧一半)。用骨刀将外上髁切去0.5厘米。锉平后，将伸肌腱膜片重新缝合于肱骨外上髁部的软组织上。术后，腕颈带悬吊患肢。两周后拆线行功能锻炼。

(三) 桡侧伸腕短肌腱延长术：(6)(22)

局麻或臂丛麻醉后，切口从外上髁上方1.2厘米处向下延伸约5厘米之小弧形状。切开并牵开伸肌腱膜上的深筋膜，暴露伸腕长肌。自外上髁到桡骨小头松解及推开伸腕长肌，暴露出伸腕短肌起点。然后切断和松解伸腕短肌起点包括75%的短肌起始部分。将该肌向下翻开，切除所有的纤维肉芽组织，结扎或切除伸进筋膜内的异常血管和神经束，然后缝合伸腕长肌和伸肌筋膜前缘的交界处，缝合切口。腕颈带悬吊患肢。二周后拆线行功能锻炼。

(四) 桡神经关节枝切断术(13)(20)

局麻或臂丛麻醉后，以压痛点为中心于肘外侧，随关节之曲度作一弧形切口，长约2厘米。切开深筋膜。在相当于压痛点的部位，可见一枝约0.5毫米粗的小血管自伸总肌腱穿出。此血管伴有神经束，合称“血管神经束”。神经束细小，不易为肉眼所见。先将血管末端切断，结扎远端。提起近端，分离周围组织，直致肌筋膜裂孔。顺肌筋膜方向，扩大裂孔。将血管神经束的近端在筋膜下切断，以细线结扎，用蚊式钳将其塞入肌筋膜深面。缝合裂孔，分层缝合筋膜皮肤。术后尽早活动腕、指关节。

前不久，临床上又有报导应用自制的针灸刀，于患肢肱骨外上髁压痛最敏感处刺入皮下(刀口约0.5毫米)。盲目地将血管神经束切断，同时局部切痕以作松解。(认为该病是一种肱骨外上髁部“血管神经束的缩窄痛”)。(3)(11) 术后不必缝合刀口，三角巾悬挂患肢于胸前一周即可。(3)

另外，还有报导应用眼科的“虹膜刀”(宽约1.5毫米)于肱骨外上髁行刀。达骨质后，刀尖向前紧贴骨质再轻轻向上，扇状将肌肉附着点与筋膜划开(认为该病是一种肱骨外上髁部的

“筋膜病”)。并说明该方法可使伸肌起点与桡侧伸腕短肌变性、挛缩的筋膜得到松解。(38)

几点说明

关于应用非手术疗法治疗“网球肘”，本篇综述了十四种之多。根据临床报导和我所对该病的治疗看，局部应用药物封闭配合手法治疗是一种较理想而简单实用的方法，且容易被患者接受。使用该方法治疗，约有75%以上的就诊患者均可痊愈。但应用时应注意：(1)注射部位应以压痛点为主，不应在固定的解剖位置。(2)药液不应注射在固定的一点或固定深度，应多方向、多层次注入。(3)封闭后再配合手法治疗，可防止封闭后药物结晶而沉积于组织中，形成组织粘连而影响疗效。

参考资料：

- (1) 中华骨科杂志 5(3): 166, 1985
- (2) 骨伤科通讯 (2): 25, 1985
- (3) 中医骨伤科杂志 2(2): 12, 1986
- (4) 乡村医学杂志 (1): 76, 1983
- (5) 山西医药杂志 14(2): 107, 1985
- (6) 解放军医学杂志 9(1): 43, 1984
- (7) 安徽中医学院学报 (1): 25, 1985
- (8) 吉林中医药 (1): 1987
- (9) 上海中医药杂志 (9): 1985
- (10) 新中医 (11): 1983
- (11) 中医杂志 (5): 1982
- (12) 四川中医 3(6): 1985
- (13) 中华外科杂志 13(13): 997, 1965
- (14) 国外医学
- (15) 中华医学会 1980
- (16) 江苏中医药 (2) 53-54, 1985
- (17) 湖北中医杂志 (5) 22, 1981
- (18) “骨科学”教材
- (19) 肘关节外科 人卫出版社
- (20) 骨科手术学
- (21) 中西医结合软组织疼痛学术会议论文汇编, 1984年
- (22) Stewart, M. J., Campbell's, Operative Orthopedics, 3rd ed. Vol. 2, PP, 1629~1631, Kimpton, London, 1956
- (23) Bosworth, P. M., The role of the orbicular Ligament in tennis elbow, J. Bone & Joint Surg. 37-A, 527, 1955
- (24) Kaplan, E. B., Treatment of tennis elbow by denervation, J. Bone & Joint surg. 41-A, 147, 1959
- (25) 天津医药杂志骨科附刊 9(4): 228, 1965
- (26) 中国针灸 (1) 6, 1987
- (27) 全国首次关节内和近关节骨科专题经验交流会资料汇编, 1979年5月
- (28) 新中医 (9): 34, 1987
- (29) 1985年成都运动医学学术会议论文之一
- (30) 广州中医学院附属广东省中医院学术会议论文