

## 鉴别诊断

## 纤维织炎的诊断及鉴别诊断

第二五八医院 韩 庸

纤维织炎是骨骼肌及韧带的疾患。骨骼肌占人体重的五分之二，分布在人体的各个部位。其发病机会最多，发病部位也是最广泛的，此病不分男女，凡中年人可以说无一未患过本病。据笔者在某工程部队的统计，有98%的腰腿痛均属此病；然而临床对此病却重视不足，一些应提到此病的教科书，或无此病或仅就病因、症状简略一提。因此就难怪在病名上名目繁多，如“关节炎”、“良性关节痛”、“非关节炎性风湿病”、“风湿性肌炎”、“肌肉劳损”等。大部病例可能均属纤维织炎范畴。一些专科书籍则把某些部位的纤维织炎另列名目，如：“肌源性头痛”、“偏头痛”、“下颌关节功能紊乱”、“落枕”、“肩关节周围炎”、“网球肘”、“腕关节劳损”、“犁状肌损伤”等。由于对此病缺乏认识，所以因此病引起的误诊非常多见。故对此病的诊断及鉴别诊断加以讨论很有必要。

## 一、纤维织炎的发病机理

纤维织炎是在受凉、受潮湿、繁重劳动、呆板姿势、肌肉持久牵长、挫伤等病因影响下，致使肌肉供血不足，缺氧。并致乳酸等酸性产物堆积，ATP合成障碍、肌肉中游离磷酸不能被利用，肌球蛋白头部的 $PO_4^{3-}$ 与肌动蛋白上的 $NH_3^+$ 因静电吸引形成的横桥不能断离， $Ca^{++}$ 泵失效， $Ca^{++}$ 不能泵回肌织网内，肌原蛋白构形不能复原，收缩状态不能解除。而缺氧及肌肉收缩的压迫，均可使血液循环障碍进一步加重，而形成恶性循环，肌肉收缩状态难以松弛。这就是纤维织炎的实质。持久的血液循环障碍，又可以引起肌肉的增生肥厚及萎缩，筋膜及韧带的增生肥厚。

## 二、诊断依据

(一) 起病多急。可能有外伤或风寒、受潮、劳累、呆板姿势及肌肉持久牵长(如长期弯腰)史，但有时亦无明显原因。

(二) 局部酸困不适、发僵、发紧、轻重不一有上述感觉的疼痛，个别可伴有短暂的无放射性针刺样痛。局部发凉、少汗。

(三) 肌肉或关节静止活动时症状出现或加重，特别是较长时间的静止，如睡眠的后半夜或起床前；中等度以下的劳动或活动时症状减轻或消失，但在劳动或活动初的几分钟症状可暂时加重，或虽是轻度的活动，但时间过久，疼亦可加重。

(四) 可因天冷及潮湿，气压低而加重。亦可因天气的适合及活动的适当而使症状间断的消失。用柳酸制剂可缓解。

(五) 可因叩击，手按或倚靠物体，或姿势的改变而症状消失或缓解。

(六) 局部肌肉或韧带有条索状僵直挛缩(僵硬、痉挛)及增生肥厚(按摸：指下组织较对侧饱满)。

(七) 没有局部外观的畸形、红肿或关节强直。可能在患处触到有小结节或索状物。

(八) X线检查无骨质异常改变。(但有X线异常改变的疾病常常可同时合并此病，如增生性骨关节病则均合并此病)。

(九) 血液检查无异常。

肌肉劳损实质上是重症的纤维织炎，但在症状上又有所不同，鉴别如下：

	肌肉劳损	纤维织炎
轻中度劳动及活动	加重	好转
休息	减轻	加重
叩击	加重	减轻
症状持续时间	持续	间断
肌束硬度	大	小

## 三、人体各部位纤维织炎的诊断及鉴别

依前述标准，纤维织炎的诊断并不难，让我们从头至足逐一谈一下各部位纤维织炎的诊断及鉴别。

## (一) 头部的肌肉纤维织炎

## 1. 肌紧张性头痛：

1) 疼痛性质为紧压性，无放射性、时间性；多为额部及枕部。如为枕部，常因低头看书或低头工作时间较长而加重。偏头痛实际上是重症的肌紧张性头痛，其加重时尚伴有植物神经系统症状，如恶心呕吐，视物发黑，眼冒火星、出汗、心慌等。因肌肉处于僵直挛缩状态，故对神经及血管都有压迫作用，因此紧压性疼痛的同时，偶尔尚有针刺样疼及跳跃性痛出现。

2) 以拇指在对称肌肉，沿肌纤维垂直方向按摸滑动，可触及到患侧肌肉有增生肥厚或条索状硬度较大的感觉，有时似乎患处颅骨有突出畸形的感觉。其增生肥厚感，即在按摸比较时，患处较对侧(或健康人)较为饱满，且硬度较大，偏头痛的患者，尤为明显。

3) 不发烧、无神经系统、五官科及其他系统的症状及体征以及辅助科室阳性发现。

4) 发病部位最多见于耳前、中、后肌、颞肌、枕肌，其次为头夹肌、颈夹肌、斜方肌，再其次为颞

肌,后者很少见。

## 2. 面部肌肉的纤维织炎:

1) 下颌关节功能紊乱:此病较为多见。实际上是咬肌、颞肌、翼状肌的肌肉纤维织炎。对比按摸时可发现患侧的肌肉有僵直牵缩(硬度较对侧大)及增生肥厚(指下较对侧饱满)。

2) 表情肌的肌肉纤维织炎:这是较少遇到的。笔者曾遇到两例,患者均是在潮湿阴冷的房间睡眠引起的。感到面部酸困疼痛,不敢笑,笑则引起疼痛,但却要经常做咀嚼活动,以使疼痛缓解。查其一侧笑肌及对侧上唇方肌等表情肌肉有僵硬及增生肥厚感,其自觉痛处亦与检查一致。

## (二) 颈部肌纤维织炎

最常见的即所谓落枕,多为颈部胸锁乳突肌、斜方肌、肩胛提肌等颈部肌肉的纤维织炎。常和患者睡眠时头部姿势不当或长时间向一侧扭头有关;斜方肌的肌肉纤维织炎,患者常感到颈部和肩部有酸困及头沉感,尤以低头工作时间较长时明显。检查时,很容易触到患处肌肉较对侧有僵硬条索状改变。

再次为胸骨甲状肌、胸骨舌骨肌的纤维织炎。患者常感到颈部有异物感。常因此而恐惧,认为自己患了食道癌。但吞嚥时却并无下嚥不顺利感,有时反感吞嚥时舒适些。钡餐检查亦无异常发现。中医常诊为梅核气。检查时以小指的指尖,在胸骨上凹之对称的肌肉上做与肌纤维方向垂直的按摸比较,则可发现患侧肌肉有条索状改变且有增生肥厚感(即指下较对侧对称部位饱满)。

笔者曾遇到两例患者,每讲话多了,即感到舌头下坠不适。其中一例为教师,她已因此不能再为学生上课,而非常苦恼,多方奔走均医治无效。经检查,其颏舌骨肌、下颌舌骨肌、舌骨舌肌及二腹肌、甲状舌骨肌、胸骨舌骨肌均有僵直牵缩,因此讲话多了,致使上述肌肉很快陷入疲劳收缩,而使舌头下坠。经对上述肌肉注氧治疗,仅三次即痊愈了。

颈深部肌肉纤维织炎,可引起颈椎弯曲度的改变,而出现对椎动脉、臂丛神经、交感神经的压迫,产生颈椎病症状。有时压迫膈神经,而使其酸性环境增加,产生去极化而兴奋传导,出现膈肌痉挛,使患者打嗝不断。在适当活动颈部或叩击颈后,多可缓解,当对颈深部肌肉治疗,即可使颈深部肌肉松弛,膈肌痉挛及颈椎病症状便可消失。

## (三) 胸背部肌肉纤维织炎

胸部肌肉纤维织炎极为多见,且易发生误诊。有的诊为肋间神经痛、肋骨炎、肋软骨炎。有时以致诊为胸膜炎、心脏病、肝脏、肺及支气管疾患。但辅助科室检查却并无阳性发现。治疗又常不收效,长时间拖延不愈,使患者苦闷,医生也感到棘手。

实际上,胸部疼痛,最多见的就是肌肉纤维织炎。其症状多为局部皱胀酸困及钝痛,有时也可有极为短暂的针刺样痛。多在轻的活动时症状减轻。严重时也可以疼痛较剧,以致患者不敢深呼吸及咳嗽,疼

均不向他处放射,无发烧及明显呼吸系统及肝脏疾患症状及阳性体征,辅助科室检查无异常。最多见的是胸大肌及肋间肌的纤维织炎:在对称按摸比较时,可查到胸大肌有条索状僵直牵缩及增生肥厚;肋间肌在比较对称的肋间隙时,发病部位肋间隙较对称部位饱满较硬。体征应与患者自觉疼痛部位一致。此外当患肌处于牵张状态时,如令患者双手指交叉,抱于枕后,胸部向健侧弯曲背伸,并稍做停留,则常使疼痛出现加重。

背部肌肉纤维织炎,最多见的部位为斜方肌,依次为背最长肌、髂肋肌、冈下肌、菱形肌、背阔肌、棘肌、大圆肌、小圆肌等。对称按摸检查很易发现条索状僵直牵缩肌束。

## (四) 腰部肌肉纤维织炎

腰部肌肉纤维织炎诊断同前所述。多不致引起误诊。但也不尽然,如:后腹壁的肌肉纤维织炎,即经常呈现腹痛之感。腰大肌的纤维织炎,腹痛有时尚较剧,并向盆腔及股部放射。常被误诊为妇科或泌尿系统疾患。其鉴别:

1. 活动时常可缓解。

2. 叩击时可缓解。

3. 无妇科及泌尿系统症状体征及辅助科检查异常。

## (五) 腹部肌肉纤维织炎

腹部肌肉纤维织炎最为常见,且最易被误诊。如腹直肌的肌肉纤维织炎,上方的常误诊为胃炎;脐周及脐下的常误诊为肠功能紊乱等;右上腹腹外斜肌纤维织炎常误诊为胆囊炎,慢性肝炎或肝炎后综合征等;右下腹外斜肌纤维织炎常误诊为阑尾炎。女性下腹部肌纤维织炎常误诊为慢性盆腔炎,以致宫外孕等。故对此的诊断及鉴别诊断是非常必要的。

1. 与慢性胃炎、胃溃疡及十二指肠溃疡的鉴别:

脐以上的腹直肌纤维织炎非常多见,肌肉纤维织炎多在休息时加重,故腹部肌肉纤维织炎疼痛常出现饭后及夜间平卧睡眠时的过半夜及近天明时。因为人们经常是在进食前后及夜间停止工作及活动,白天常是在用饭时静止时间最长,故多出现在夜间及饭后。因此患者及医生均误认为疼痛和进食有关。而误诊为慢性胃炎及溃疡病。其鉴别在于:

1) 无嗝气、反酸、恶心呕吐等消化系统症状。

2) 痛为持续性,无阵发性加重,常有皱胀不适及异物感。腹部屈曲或以手轻按时可缓解。向患侧卧、下肢屈曲睡眠夜间多不会产生疼痛。

3) 常在激烈活动或活动初或长时间活动时疼痛加重。在中等度以下活动时疼痛缓解或消失。

4) 静止时疼痛加重。故凡是久坐及长时间平卧均可出现疼痛。如学生在上课的后半个学时,工作人员长时间坐办公室办公或长时间的会议或固定姿势的劳动均会出现疼痛。

5) 当患者上腹直肌持续于收缩或牵张状态疼痛可出现或加重。如患者仰卧位,检查者拉住其双手,

使其处半坐位，或检查者一手拖其腰部，一手推压其胸部，使其躯干背伸后仰。呈角弓状，其腹直肌处牵张状态，并固定一定时间，均可使疼痛出现或加重。

6) 无胃液分析、钡餐、胃镜检查异常。

2. 与胆囊炎鉴别:

胆囊区的肌肉纤维织炎有时疼痛也比较明显。且因检查莫非氏征时，因吸气及按压使肌肉缺血加重，而使疼痛更加明显，出现莫非氏征假阳性。因此常被误诊为胆囊炎。其鉴别在于:

1) 胆囊区的肌肉纤维织炎疼痛和进食脂肪餐无关。其疼痛为持续性无阵发性加重及放射性。

2) 疼痛特点为平卧及静坐时加重，活动时好转。

3) 当避开条索状僵直挛缩肌束，而在其旁向此肌肉下斜行插入按压胆囊时，则无压痛，亦不出现莫非氏征阳性。

4) 无血象改变及十二指肠引流液、胆囊造影、B型超声异常。

3. 与阑尾炎鉴别:

右下腹外斜肌的纤维织炎，因肌肉处于僵直挛缩状态，故在检查时局部肌肉有抵抗，以致类似板状腹，且因检查腰大肌征时，使处于僵直挛缩的腹外斜肌被牵长，加重肌肉缺血，而使疼痛加重，出现腰大肌征假阳性。因肌束呈条索状僵直挛缩，当不沿此肌束压迫时，即无压痛，故压痛点则很局限，而被误诊为阑尾炎。其鉴别点:

1) 疼痛为持续性，无脐周及上腹痛过程及阵发性加重。不伴有恶心呕吐等胃肠症状。

2) 沿僵直挛缩肌束压迫均有压痛。

3) 无阑尾炎的其他体征，如：无反跳痛、Rovsing征、阑尾穴无压痛等。

4) 无体温增高及血象改变。

4. 与肠功能紊乱鉴别:

1) 疼痛位置固定。

2) 无便秘、腹泻、肠鸣、排气多等胃肠道症状，无胃肠道病史。

3) 脐旁或腹部其他部位可触到条索状僵直挛缩之较硬的肌束，当使其处于收缩或牵张状态时痛可出现或加重。

4) 疼痛多出现在静坐及平卧时，活动常可缓解。

5. 与慢性盆腔炎鉴别:

1) 无月经周期的改变、白带不多。

2) 一侧或双侧腹外斜肌可触到条索状僵直挛缩肌束。

3) 疼痛和静坐平卧或呆板劳动姿势的时间较长有关。

4) 无妇科检查的异常。

6. 与肝炎及肝炎后综合征鉴别:

1) 无食欲不振、乏力、消化不良等消化道症状。

2) 肝不大、肝区无叩痛，肝功能正常。

3) 肝区肋间隙或右上腹外斜肌可触到条索状僵直挛缩肌束，并与患者自觉痛点一致。腹部肌肉纤维织炎需要鉴别的疾病尚不止于此，此处不再一一赘述。但不论腹部肌肉纤维织炎的部位有何不同，均具有如下特点:

1) 多出现在久坐长久平卧或呆板姿势劳动时，当患者侧卧下肢屈曲腹肌松弛及轻度活动时疼可缓解或消失。

2) 腹部可触到条索状僵直挛缩肌束，并与患者疼痛位置相符。

3) 不伴有消化或其他系统症状及体征。

4) 无辅助科室阳性检查发现。

(六) 四肢及关节纤维织炎的诊断与鉴别

四肢及关节纤维织炎发病率较高。无论其部位如何，依前述纤维织炎诊断要点，诊断不难。易发生误诊的是下肢多发性肌肉纤维织炎与坐骨神经痛的鉴别:

	坐骨神经痛	下肢多发性肌肉纤维织炎
疼痛部位	沿坐骨神经径路	不沿坐骨神经径路
放射性	沿坐骨神经放射	无放射性
坐骨神经压痛点	有	无
直腿抬高、拾物、击顶试验	阳性	阴性
踝反射	减弱	正常
X线检查	腰椎可有椎间盘脱出或骨质改变等异常	无

(上接37页)

型改变的确是桡骨小头相对尺骨和肱骨而言的移位，只不过程度微小，X光片上不能显示而已。但是，若以复位过程中有桡骨小头移动，发育完善的大龄儿童及成年人也可患此症为佐证，可以完全支持这种理论。另据《错骨缝的诊断与治疗》一书中错骨缝有嵌

夹和错移两型之分，嵌夹型中又有前夹和后夹之别，错移型中不有桡尺错移和肱桡错移之异来着，是否能够认为，6周岁以下的婴幼儿桡骨小头错骨缝属嵌夹型亦即桡骨小头半脱位，而6周岁以上的大龄儿童及成年人桡骨小头错骨缝属错移型范畴，请专家和同道们指正。