

肱骨外上髁炎合并 C_{5,6} 神经根卡压综合征的治疗

Treatment of external humeral epicondylitis associated with C_{5,6} nerve root compress syndrome

贾松

JIA Song

关键词 肱骨外上髁炎; 卡压综合征 **Key words** External humeral epicondylitis; Entrapment syndrome

肱骨外上髁炎又称网球肘,是临床常见病,经对症治疗,大多可治愈,但易复发。多次复发,久治不愈者称顽固性网球肘。临床发现顽固性网球肘常合并同侧颈、肩及肘部广泛性酸痛疼痛,胸锁乳突肌中点附近压痛明显及肩部无力,笔者将其称为顽固性网球肘合并颈 5、6 神经根卡压综合征。此病症状复杂,治疗困难,采用椎管外水针刀松解术配合手法治疗,取得了满意的疗效,现将临床资料完整的 56 例总结报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 56 例中男 31 例,女 25 例;年龄 35~59 岁,平均 46 岁。病程最长 7 年,最短 2 年。均曾诊断为网球肘而经多次肱骨外上髁处局部封闭治疗。局部封闭治疗最多 16 次。最少 6 次。

1.2 症状及体征 肱骨外上髁部皮肤细腻而薄白,肱骨外上髁明显隆起,肘外侧疼痛常可放射到前臂,与活动及前臂旋转有关,压痛点多在肱骨外上髁、外上髁嵴、肱桡关节背侧、桡骨小头周围,同侧颈外侧酸痛疼痛,胸锁乳突肌后缘中点附近有明显压痛,肩关节外展肌力下降,前臂及食指可有麻木感或感觉异常。Mill 征阳性(即肘关节伸直,前臂旋前被动屈腕时,激发肘外侧疼痛)。

1.3 影像学检查 X 线片见 24 例肱骨外上髁有针尖样骨质增生,31 例颈椎退行性改变,颈椎生理曲度改变,钩突及小关节增生。

1.4 诊断标准 发病缓慢,与经常用臂力有关;肘关节外侧疼痛,写字手部用力时加重,肱骨外上髁肌群附着处有压痛,肘关节活动正常;同侧颈外侧酸痛疼痛,胸锁乳突肌后缘中点附近有明显压痛;肩外展肌力减弱,肩及上臂外侧感觉改变;Mill 征阳性。符合以上标准即可确诊。本组病历均符合以上标准。

2 治疗方法

2.1 水针刀松解术 首先配置曲安奈德 1 mL 加 2% 利多卡因 2 mL 混合液,取 1 号扁圆刀水针刀,以胸锁乳突肌后缘中点压痛点明显处为进针刀点,常规皮肤消毒,严格无菌操作,

垂直进水针刀,针刀抵达颈椎横突结节,此处多有筋结存在,回抽无血,沿横突结节处纵行划割及横向剥离推铲。此后缓慢注入药物,根据病情可分别作颈 3、4、5 横突结节处水针刀松解。另配置同样浓度混合液,常规皮肤消毒后,同法刺入肱骨外上髁压痛明显处,沿肌腱走行方向,纵行划割,深达骨面,再向侧面作剥离推铲,使肌腱附着点得到松解延长,注入药物。术后包扎,24 h 内避免活动及针刀口见水,每 7 d 治疗 1 次,3 次为 1 个疗程。

2.2 手法治疗 患者取坐位,术者立于患者背后,先行颈、肩及肘关节周围肌群松解术,然后以患侧胸锁乳突肌中点为中心,沿胸锁乳突肌前缘,用拇指指腹在颈椎横突压痛点明显处行提拿、弹拨、刮推,幅度逐渐增大,往返数次,此时常可听到肌腱松解声;同法,以肱骨外上髁部压痛明显处为中心,作伸肌总腱及桡管处的治疗,以充分松解肘外侧肌腱的粘连,之后轻手法按摩放松,手法结束。

3 结果

3.1 疗效标准 依据河南省卫生厅《临床常见疾病诊断依据与疗效判断标准》分为:治愈,症状消失,功能恢复;好转,症状减轻,功能改善;未愈,症状无改善。

3.2 结果 本组 56 例,治疗 2 次症状消失者 8 例,治疗 3 次症状消失者 36 例,治疗 4~6 次症状消失者 12 例。所有病例均获得随访,随访时间 6 个月~2 年,平均 1 年。按上述标准评定,临床治愈 52 例,好转 4 例。

4 讨论

4.1 顽固性网球肘合 C_{5,6} 神经根卡压属双卡综合征 Upton 等 1973 年提出双卡综合征,即神经的近侧受损后,影响了重要物质向远侧运送,造成远侧易受卡压或创伤,同理,远侧段损伤后,影响了营养物质的逆向运送,导致胞体形态和功能出现卡压性病变,即“反向的双卡综合征”^[1-3]。当 C_{5,6} 神经性根受压时,支配肱骨外上髁的桡神经分支更容易受累及,从而产生肘外侧痛;顽固性网球肘也可反向影响桡神经对营养物质的逆向运送,从而出现 C_{5,6} 神经根卡压性疾病。因此,顽固性网球肘常合并 C_{5,6} 神经根卡压征。当顽固性网球肘患者伴颈、肩部疼痛,颈外侧有明显压痛,肩部外展肌无力时,应考虑与 C_{5,6} 神经根及骨间后神经卡压有关,属双卡综合征。

4.2 治疗方法选择 顽固性网球肘合关 C_{5,6}神经根据卡压患者,单纯从肱骨外上髁部治疗,是远远不够的,必须以解决双向卡压为出发点。本组病历采用水针刀松解术配合手法治疗,具有明显的效果,其作用表现为:①曲安奈德是一种长效肾上腺皮质激素,有强而持久的抗炎作用,可抑制炎症浸润和渗出,调节体液免疫和细胞免疫,阻止结缔组织异常增生和肉芽组织形成,促进组织修复和再生^[4]。②利多卡因及手法的运用,可缓解疼痛,解除肌肉紧张和痉挛。③水针刀可将针刀松解术与药物注射一次完成,既可松解组织粘连、恢复肌力平衡,又可解除炎性增生物对神经的卡压。④颈部药物注入后,肩部肌力即刻增加,以此可区别此症不是颈椎病所直接造成的,是诊断 C_{5,6}神经根卡压的一个重要依据。因此笔者认为:

顽固性网球肘如合并有颈肩部酸痛,肩外展肌力下降,颈外侧有明显压痛,则提示 C_{5,6}神经根有卡压,称顽固性网球肘合并颈 C_{5,6}神经根卡压综合征。椎管外水针刀松解配合手法治疗,是一种针对性强、疗效高、安全可靠的治疗方法。

参考文献

- 1 邵福元. 颈肩腰腿痛应用解剖学. 郑州: 河南科学技术出版社, 2000. 260-636.
- 2 陈德松, 曹光富. 周围神经卡压性疾病. 上海: 上海医科大学出版社, 1999. 46.
- 3 叶应陵. 腰腿病的诊断和治疗. 北京: 人民军医出版社, 1999. 76.
- 4 陈新谦, 金有豫. 新编药理学. 第 14 版. 北京: 人民卫生出版社, 1998. 426.

(收稿日期: 2004-03-09 本文编辑: 连智华)

• 短篇报道 •

经皮空心拉力螺丝钉治疗老年股骨颈骨折

房巍, 肖善文, 王林伟

(郓城县友谊医院骨科, 山东 郓城 274700)

我院自 1998 年 7 月-2003 年 5 月应用经皮空心拉力螺丝钉治疗老年股骨颈骨折 38 例, 疗效满意, 现报告如下。

1 临床资料

本组 38 例中男 18 例, 女 20 例; 年龄 60~86 岁, 平均为 71.5 岁。全组病例均为新鲜骨折。骨折部位: 左侧 24 例, 右侧 14 例。按照 Garden 分型: I 型 4 例, II 型 11 例, III 型 20 例, IV 型 3 例。按骨折部位分型: 头下型 6 例, 经颈型 19 例, 基底型 13 例。致伤原因: 摔跌伤 29 例, 碰撞伤 7 例, 无明显外伤史骨折 2 例。本组有 29 例患有不同程度的冠心病、肺气肿、高血压、糖尿病、脑血管后遗症等疾病。

2 治疗方法

病人入院后, 即给予持续皮牵引或骨牵引, 一般 6~14 d。完善术前各项检查, 发现合并疾病, 请相关科室处理。根据病人全身情况在连续硬膜外或局部浸润麻醉强化下进行。病人平卧于骨科牵引床上, 患髋垫高, 使患肢轻度外展内旋, 并给予下肢牵引使骨折复位。在 C 形臂 X 线机透视下, 确定骨折复位满意后, 在患侧大粗隆下 3 cm 处股骨外侧皮质中点, 保持 10°~15°前倾角, 用电钻插入第一根导针, 导针通过骨折线, 到股骨头软骨面下 0.5 cm 为止, 再距第一根导针的前下方和后下方 1 cm 处平行打入第二根和第三根导针, 使 3 根导针呈三角形分布。X 线机透视确定导针位置良好后, 在导针处切开皮肤及筋膜, 用空心钻头套住导针钻破骨皮质, 用手柄插入空心拉力螺丝钉, 最后拔除导针。再次正侧位透视检查空心拉力螺丝钉位置, 骨折端复位满意后, 手术完毕。

术后不需要采用任何牵引和制动措施, 早期开始关节功能锻炼, 6~8 周开始不持重逐渐扶拐下地, 3 个月摄片 1 次,

视骨折愈合情况半年后可完全负重行走。

3 治疗效果

本组经 6 个月~4 年随访, 平均 2 年 2 个月, 其中 1 年后拍片骨折线清晰、骨折未愈合 1 例, 股骨头变形、塌陷 2 例, 上述 3 例均为头下型、Garden IV 型病例, 其它病例骨折愈合良好。接 Harris 评分标准[刘云鹏, 刘沂, 等. 骨与关节操作和疾病的诊断分类及功能评定标准. 北京: 清华大学出版社, 2002. 216.], 即疼痛、功能、畸形和关节活动分别占 44、47、4 和 5 分, 总计为 100 分。逐次检验评分, 90 分以上为优, 80~89 分为良, 70~79 分为可, 70 分以下为差。本组优 28 例, 良 7 例, 差 3 例, 功能优良率 92%。

4 讨论

经皮空心拉力螺丝钉治疗老年股骨颈骨折, 有以下优点:

①手术创伤小, 操作简单, 闭合复位后经皮穿钉不损伤骨膜及髓内血运, 保护骨折的局部血运, 有利于骨折愈合, 3 枚空心拉力螺丝钉呈三角形立体固定, 稳定性好, 能有效防止股骨头的旋转和下沉。②复位方便, 固定可靠, 要求 3 枚空心拉力螺丝钉平行进入一骨质, 且呈三角形分布, 其空心钉长度要达到软骨面下 0.5 cm, 且螺纹要全部通过骨折线后开始起加压作用, 有利于骨折愈合。3 枚空心钉的分布与骨折处应力、拉压力及股骨颈、骨小梁排列相一致, 布局符合生物力学原理, 使骨折断端不易发生旋转和移位, 内固定的坚强稳定程度提高。③病人术后可早期活动, 完全符合动静结合的原则, 同时避免了长期卧床所致的各种并发症。④空心拉力螺丝钉的中心结构对股骨头具有减压作用, 对减少股骨头坏死也具有一定的作用。

(收稿日期: 2004-01-18 本文编辑: 连智华)