

• 经验交流 •

# 肩肘常见筋伤与颈椎病相关性的观察

陈志生

(南安市医院,福建 南安 362300)

关键词 颈椎病; 肩关节; 肘关节

**Correlative observation between common tendon injury of shoulder-elbow and cervical spondylosis** CHEN Zhi-sheng.

The Hospital of Nan'an City, Nan'an 362300 Fujian, China

**Key words** Cervical spondylosis Shoulder joint Elbow joint

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma 2007, 20(5): 340-341 www.zggszz.com

肩肘常见筋伤包括肩关节周围炎、肱骨外上髁炎和内上髁炎,治疗多从局部的病变出发。笔者自 1998 年以来对 351 例肩周炎、158 例肱骨外上髁炎、内上髁炎患者与颈椎病的相关性进行观察研究,并在治疗中采取颈肩肘同治的方法,取得较好的疗效。

## 1 资料与方法

**1.1 诊断标准** 颈椎病和肩关节周围炎、肱骨外上髁、内上髁炎诊断标准均根据国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准<sup>[1]</sup>。

**1.2 病例选择** ①以同时存在肩关节周围炎与颈椎病或肱骨外上髁、内上髁炎与颈椎病症状体征者为观察对象;②观察对象双侧都有症状体征者,以严重一侧记录;③剔除由局部外伤、感染或其他原因引起的肩关节周围或肱骨外上髁炎、内上髁炎与颈椎部症状体征者。

**1.3 一般资料** 观察分为肩关节周围炎和肱骨外上髁、内上髁炎两组。肩周炎组 351 例,其中合并支配肩关节周围神经功能障碍者(肩关节周围感觉、反射和肌力异常)222 例,男 124 例,女 98 例;左侧 103 例,右侧 108 例,双侧 11 例;年龄 35~68 岁,平均 43.6 岁;病程 12 d~5 年。肱骨外上髁炎、内上髁炎组 158 例,同时存在肘部与颈椎病症状体征者 98 例,其中肱骨外上髁炎 77 例,肱骨内上髁炎 21 例;男 50 例,女 48 例;年龄 32~56 岁,平均 40.5 岁;左侧 38 例,右侧 58 例,双侧 2 例;病程 3 个月~5 年,平均 6 个月;体力劳动者 62 例,从事伏案工作者 36 例;有肘部外伤史者 12 例,有颈部外伤史者 5 例;75 例曾经多次治疗,36 例有颈椎病发作史,65 例否认有颈部不适的症状。

**1.4 观察项目** 肩周炎与颈椎病相关性从证型、症状、体征、影像资料等 4 方面进行观察。肱骨外、内上髁炎从 X 线片表现方面观察。

## 1.5 治疗方法

**1.5.1 肩周炎组** ①内服:根据临床情况予辨证用药:祛风散寒、活血通络、补益气血,如:补肾壮筋汤等;②外用:应用按、掐、揉和分筋以及旋肩运动等手法以解痉止痛、松解粘连、恢复功能;运用枕颌布兜牵引以解除神经压迫、消除炎症;并结合局部封闭(2%利多卡因 50 mg 加曲安奈德 40 mg)、外贴

膏药(如:复方南星止痛膏)以增加疗效;配合功能锻炼,得以巩固疗效、防止复发。

**1.5.2 肱骨外上髁、内上髁炎组** ①手法:所有患者均采用理筋手法,2~3 d 行 1 次,10 次为 1 个疗程。肘部理筋手法:用弹拨法、分筋法、屈伸法、顶推法以舒筋活络、松解粘连;颈部理筋手法:先在颈项部用点压、拿捏、弹拨、法、按摩等手法放松肌肉,然后用颈项旋扳法以舒筋活血、和络止痛、减轻压迫。②药物:根据辨证论治,分别予补益肝肾、活血通络、祛风除湿,如:活血汤、舒筋汤,或选配非甾体抗炎药,4 d 为 1 个疗程。③局部封闭:反复发作者,可用 2%利多卡因 50 mg 加曲安奈德 40 mg 作肘部痛点封闭和颈部横突旁及天宗穴封闭,每周 1 次,3 次为 1 个疗程。④枕颌带牵引:采用坐立式,头略前倾位牵引,牵引重量逐渐增加到 6~8 kg 每日 1 次,每次 30 min 以上,10 次为 1 个疗程。⑤练功方法:对于病情反复者,教患者练功,并进行心理调护,帮助患者树立信心,配合治疗,早日康复。颈部作颈项前屈后伸、左右侧屈、左右旋转、前伸后缩;肘部疼痛激烈时,应制动,三角巾悬吊前臂或固定,避免做加剧疼痛的牵拉动作,疼痛缓解后,逐渐进行肘部功能锻炼,以活血通络,减少复发。

## 2 结果

### 2.1 观察结果

**2.1.1 肩周炎与颈椎病临床观察结果** ①证型:神经根型 121 例(54.50%),椎动脉型 40 例(18.02%),交感神经型 12 例(5.41%),脊髓型 3 例(1.35%),混合型 46 例(20.72%)。②症状:头或肩胛区疼痛 123 例(55.41%),手指麻木感 208 例(93.69%),眩晕头痛或并视力障碍 123 例(55.41%),四肢运动感觉障碍 3 例(1.35%),交感神经症状 20 例(9.01%),既往颈痛史 198 例(89.19%),现有颈痛 19 例(8.56%)。③体征:患侧棘突旁压痛 178 例(80.18%),臂丛神经张力试验阳性 125 例(56.31%),肱二头肌腱反射改变 73 例(32.88%),肱三头肌腱反射改变 62 例(27.93%),颈神经对应区皮肤痛觉改变 210 例(94.59%),肩及上肢相应肌肉萎缩 56 例(25.23%),肌力改变 68 例(30.63%),天宗穴压痛 206 例(92.79%),肱骨结节间沟部压痛 211 例(95.05%)。④影像资料(退化改变):a X 线颈椎片呈退化改变(钩椎关

节和椎体缘增生、颈椎曲度改变、椎间隙变窄、轻度滑椎、椎间孔变小) 211例 (95.05%): C<sub>3,4</sub>间隙 9个, C<sub>4,5</sub>间隙 98个, C<sub>5,6</sub>间隙 141个, C<sub>6,7</sub>间隙 68个, C<sub>7</sub>T<sub>1</sub>间隙 14个, 患椎移位 (不稳) 87个 (有些病例有多个间隙同时呈退化改变)。b X线肩关节片呈退化改变 (肱骨头骨质疏松、肱骨大结节或结节间沟处钙化影) 86例 (38.74%)。c CT颈椎片呈退化改变 (椎体缘增生、椎间盘突出、椎间孔变小、椎管狭窄等) 69例 (100%): 仅 69例患者做 CT颈椎片检查, 其中 C<sub>4,5</sub>间隙 30个, C<sub>5,6</sub>间隙 44个, C<sub>6,7</sub>间隙 21个 (有些病例有多个间隙同时呈退化改变)。

**2.1.2 肱骨外、内上髁炎影像学观察结果** ① X线片显示肱骨外上髁处增白或钙化 18例 (18.37%), 肱骨内上髁处增白或钙化 3例 (3.06%), 颈椎椎体增生 78例 (79.59%), 颈椎生理曲度改变 66例 (67.35%), 颈椎椎体不稳 32例 (32.63%), 椎间隙狭窄 70例 (71.43%), 颈后韧带钙化 38例 (37.78%)。② 98例中有 16例做颈椎 CT检查, 见椎体后缘增生或椎间盘向后膨隆, C<sub>4,5</sub>间隙 6个, C<sub>5,6</sub>间隙 12个, C<sub>6,7</sub>间隙 16个, 患侧神经管狭窄 12个。③ 5例颈椎 MRI检查, 见椎间盘向后膨隆压迫硬膜囊, 无明显脊髓压迫, C<sub>4,5</sub>间隙 2个, C<sub>5,6</sub>间隙 4个, C<sub>6,7</sub>间隙 5个。

## 2.2 疗效结果

**2.2.1 肩周炎组** 根据国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准<sup>[1]</sup>: 治愈, 肩部疼痛消失, 肩关节功能及兼症完全或基本恢复; 好转, 肩部疼痛减轻, 肩关节功能及兼症改善; 无效, 症状无改善。结果: 治愈 145例, 占 65.31%; 好转 59例, 占 26.58%; 无效 18例, 占 8.11%。

**2.2 肱骨外上髁、内上髁炎组** 根据国家中医药管理局发布的中医病证诊断疗效标准<sup>[1]</sup>: 治愈, 疼痛压痛消失, 持物无疼痛, 肘部活动自如; 好转, 疼痛减轻肘部功能改善; 无效, 症状无改善。结果: 经 1~3个疗程治疗, 治愈 71例, 好转 22例, 无效 5例, 有效率 94.90%。

## 3 讨论

**3.1 支配神经的功能障碍** 由于支配肩关节活动的肌肉和肱骨外上髁、内上髁的神经支配来自 C<sub>5</sub>-T<sub>1</sub>节段, 而这些神经节段恰恰是颈椎病的好发部位。在肩周炎的病例中: X线颈椎片呈退化改变, 而且其改变规律与颈椎病相似, 症状和体征与颈椎病相类似, 而且多数患者有既往颈痛史; 从发病的先

后来看, 颈性肩周炎是颈椎病的继发病, 也可以说颈性肩周炎是颈椎病的阶段性表现。在肱骨外上髁、内上髁炎的病例中, 大部分 X线颈椎片和 CT、MRI 呈与颈椎病相似的规律性退化改变。由于这些部位增生, 神经受压功能障碍, 因而导致肩肘关节活动功能障碍, 从而引起肩周炎和肱骨外上髁、内上髁炎。说明支配神经的功能障碍是肩周炎和肱骨外上髁、内上髁炎的一个主要病因<sup>[2]</sup>。

**3.2 颈部症状轻微** 这类患者多以肩肘部疼痛、功能障碍为主诉就诊, 否认有颈部不适的症状, 即使已经辅助检查证实, 患者还是不能理解。这种病灶与表现分离的现象在颈神经受压时普遍存在, 究其原因是神经支配区的反射性疼痛, 颈神经根处的症状虽然轻微, 但大多有过较本次严重的颈痛症状史; 或颈神经根处的症状轻微, 但反映颈神经麻痹的体征仍然存在<sup>[3]</sup>。在急性炎症期, 由于急性创伤反应, 神经根充血、水肿、变粗和极度敏感, 任何轻微刺激即可产生激烈疼痛出现, 以病灶疼痛为主; 在慢性麻痹期由于神经根粘连、变性和萎缩, 其支配运动感觉迟钝或丧失就出现以神经麻痹为主的体征, 慢性麻痹期在原来的基础上并发症主证部位的疾病, 如颈椎病由于颈神经麻痹功能减退导致肩关节活动障碍从而导致“颈性肩周炎”, 进而掩盖颈椎病的症状。

**3.3 注重体征和既往史以防止漏诊** 由于出现主证与病灶分离现象, 因此, 对主诉应该有正确的理解, 应该在全面综合分析病情后得出能反映病情的症状, 不能单凭导致其就医的主证确定主诉。上述观察可见虽然颈神经根处的症状轻微, 但反映颈神经麻痹的体征仍然存在, 或大多有过较本次严重的颈痛症状史, 因此, 在诊断疾病时更要注重体征的检查观察和既往史以免误诊或漏诊。天宗穴的疼痛改变是由其相应的神经和经络支配, 与相应疾病的转归相平行, 因此可以作为诊断疾病, 判断疗效和作为阿是穴治疗相应疾病的方法<sup>[3]</sup>。

## 参考文献

- 1 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京: 南京大学出版社, 1994 186-189
- 2 张善东, 梁建新, 赵尔弘, 等. 顽固性网球肘从颈论治及临床分析. 中国中医骨伤科杂志, 2004, 12(2): 24.
- 3 陈志生. 下腰神经根痛形诸秩边穴. 中国骨伤, 1996 9(5): 39

(收稿日期: 2006-10-10 本文编辑: 王宏)

## 本刊关于一稿两投和一稿两用等现象的处理声明

文稿的一稿两投、一稿两用、抄袭、假署名、弄虚作假等现象属于科技领域的不正之风, 我刊历来对此加以谴责和制止。为防止类似现象的发生, 我刊一直严把投稿时的审核关, 要求每篇文章必须经作者单位主管学术的机构审核, 附单位推荐信 (并注明资料属实、无一稿两投等事项)。希望引起广大作者的重视。为维护我刊的声誉和广大读者的利益, 凡核实属于一稿两投和一稿两用等现象者, 我刊将择期在杂志上提出批评, 刊出其作者姓名和单位, 并对该文的第一作者所撰写的一切文稿 2年内拒绝在本刊发表, 同时通知相关杂志。欢迎广大读者监督。

《中国骨伤》杂志社