

浆微孔涂层表面比珍珠微粒和纤维丝 (fiber-mesh) 涂层具有高得多的摩擦系数, 有时使用后两者涂层打击力过大可能导致臼底骨折。

**3.2 髋臼骨量的关系** 有作者在体外实验中证实髋臼磨锉尺寸小于假体 2 mm 时打压植入, 15 个髋臼中 4 个发生了不同程度、不同部位的骨折, 而在 13 个骨质疏松的女性髋臼中同样操作, 11 个出现了骨折<sup>[4-5]</sup>。本组病例中包括强直性脊柱炎 4 例(4/11), 说明骨质疏松和髋臼骨折关系密切。对于骨质疏松患者, 作者通常相对假体直径减少 1 mm 磨锉, 适当控制打压力度。

**3.3 非假体因素** 本组 pTHR 术中髋臼骨折中 5 例是非假体因素导致的, 占所有髋臼骨折病例的 45.4%, 包括: 磨钻髋臼时发生 3 例, 其中 1 例为髋臼底磨穿, 1 例髋臼后上壁磨缺损, 1 例后壁磨缺损; 安放 Homman 拉钩时发生 2 例, 前后髋臼壁骨折各 1 例。这和对患者骨质疏松估计不足、术中髋臼周缘暴露不清、使用新的比较锋利的髋臼钻过度磨锉以及 Homman 拉钩放置不当和牵拉用力过大等因素有关。

**3.4 术中骨折处理** 如果术中发现骨折, 而骨折无移位或微骨折, 假体稳定, 应尽量进行双皮质多螺钉的固定, 8~12 周后扶双拐部分负重活动。如果术中发现移位骨折则必须取出假体, 牢固固定骨折块, 涉及后柱的, 需使用塑形钢板固定, 然

后假体同型号磨锉, 适度用力植入假体, 在假体穹顶多螺钉固定, 12 周后才可部分负重下地活动。不稳定术中骨折则必须进行牢固固定, 包括钢板固定。本组病例摄片显示获得骨长入近期结果优良, 但也存在一些局限: 多名医生参加手术, 技术的不确定性, 可能还有稳定的术中骨折未被发现, 也许实际的骨折率可能还要高一些, 这有待于手术技术的提高来解决。

#### 参考文献

- [1] Engh CA, Bobyn JD, Glassman AH. Porous-coated hip replacement. The factors governing bone ingrowth, stress shielding, and clinical results. *J Bone Joint Surg (Br)*, 1987, 69(1): 45-55.
- [2] Mears C, Velyvid H. Acute total hip arthroplasty for selected displaced acetabular fractures. *J Bone Joint Surg (Am)*, 2002, 84: 1-3.
- [3] 张春才, 苏家灿, 许硕贵, 等. 髋臼三柱概念和髋臼骨折浮动分类及其临床意义. *中国骨伤*, 2007, 20(7): 433-436.
- [4] 张春才, 牛云飞, 禹宝庆, 等. 复杂髋臼骨折合并股骨颈骨折及多发骨折的治疗与对策. *中国骨伤*, 2007, 20(7): 437-439.
- [5] Spanghel MJ, Berry DJ, Trousdale RT, et al. Uncemented acetabular components with bulk femoral head autograft for acetabular reconstruction in developmental dysplasia for the hip: results at five to twelve years. *J Bone Joint Surg (Am)*, 2001, 83(10): 1484-1489.

(收稿日期: 2008-08-26 本文编辑: 王玉蔓)

## · 骨伤论坛 ·

# 颈源性肩关节周围炎 222 例

陈志生

(南安市医院, 福建 南安 362300)

**关键词** 肩关节周围炎; 颈椎病; 诊断, 鉴别

**Clinical observations on 222 patients with cervical peri-arthritis of shoulder** CHEN Zhi-sheng. Department of Orthopaedics, Nan'an Hospital of Fujian, Nan'an 362300, Fujian, China

**Key words** Peri-arthritis of shoulder; Cervical spondylosis; Diagnosis, differential

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(2): 83-84 www.zggszz.com

临床中发现, 很多以肩部疼痛、功能障碍为主诉就诊的肩关节周围炎患者, 同时存在因支配肩关节周围神经功能障碍而引起的部分症状和体征。这些患者有一突出特征是以肩关节周围疼痛及其功能障碍就诊, 极力否认有颈部不适的症状, 即使经辅助检查证实并予解释后, 患者仍不能理解, 所以常常漏诊。1998 年以来, 从就诊的肩关节周围炎患者中选出符合标准的患者 222 例, 通过对其临床症状、体征和辅助检查

等资料进行观察记录、对比归纳和探索, 结果报告如下。

### 1 资料与方法

**1.1 诊断及纳入排除标准** 按国家中医药管理局发布的《中医病证诊断疗效标准》<sup>[1]</sup>, 从就诊的肩关节周围炎患者中选出同时存在因支配肩关节周围的神经功能障碍而引起的部分症状和体征的患者, 排除肩和(或)颈部兼有其他疾病的患者。

**1.2 临床资料** 本组肩关节周围炎病例共 222 例, 其中男 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。

### 1.3 观察指标

**1.3.1 症状** 头或肩胛区疼痛, 手指麻木感, 眩晕头痛或并

通讯作者: 陈志生 Tel: 0595-86383363 E-mail: chenzsfj\_168@126.com

通讯地址: 福建省南安市溪美办事处新华路 330 号 362300

视力障碍,四肢运动感觉障碍,交感神经症状,既往颈痛史(颈椎病、颈椎间盘突出症、外伤下颈段椎体骨折史、强直性脊柱炎、风湿热等)等。

**1.3.2 体征** 患侧棘突旁压痛,臂丛神经张力试验阳性,肱二头肌腱反射改变,肱三头肌腱反射改变,颈神经对应区皮肤痛觉改变,肩及上肢相应肌肉萎缩,肌力改变,天宗穴压痛,肱骨结节间沟部压痛。

**1.3.3 辅助检查** 颈椎 X 线片;肩关节 X 线片和(或)颈椎 CT 片检查。

**2 结果**

根据《中医病症诊断疗效标准》有关标准分类,222 例中并颈椎病神经根型症状和体征者 121 例,椎动脉型 40 例,交感神经型 12 例,脊髓型 3 例,混合型 46 例。

**2.1 兼症症状** 头或肩胛区疼痛 123 例(55.40%),手指麻木感 208 例(93.69%),眩晕头痛或并视力障碍 123 例(55.40%),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(颈椎病、颈椎间盘突出症、外伤下颈段椎体骨折史、强直性脊柱炎、风湿热等)198 例(91.89%)。

**2.2 兼症体征** 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(95.04%)。

**2.3 辅助检查** 颈椎 X 线片显示有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、椎间孔变小等退行性改变者 211 例(95.04%),其中 C<sub>3,4</sub> 间隙 9 例,C<sub>4,5</sub> 间隙 98 例,C<sub>5,6</sub> 间隙 141 例,C<sub>6,7</sub> 间隙 68 例,C<sub>7-T<sub>1</sub></sub> 间隙 14 例;患椎移位(不稳)者 87 例;其中有多间隙同时呈退化改变;下颈段椎体陈旧性骨折 8 例。肩关节 X 线片示肱骨头骨质疏松,肱骨大结节或结节间沟处钙化影等退行性改变 86 例(38.74%)中,69 例颈椎 X 线颈椎片呈阳性退行性改变者做颈椎 CT 检查,显示椎体缘增生、椎间盘突出症、椎间孔变小、椎管狭窄等退行性改变 69 例(100%),其中 C<sub>4,5</sub> 间隙 30 例,C<sub>5,6</sub> 间隙 44 例,C<sub>6,7</sub> 间隙 21 例。

**3 讨论**

**3.1 颈源性肩关节周围炎的诊断和鉴别诊断**

**3.1.1 诊断依据** ①好发于 35 岁以上中年人,男性发病略高于女性;②患者均以肩部病痛为主诉就诊,否认颈部病征,但多有既往颈痛史和(或)有颈椎病部分症状;③兼有肩关节疼痛、活动障碍和支配肩关节周围的神经功能障碍两者的体征,特征体征为天宗穴压痛;④X 线片和(或)CT 等检查:主要呈颈椎病的阳性表现,而肩关节常呈阴性表现。

**3.1.2 鉴别诊断** ①与肩关节周围炎鉴别:单纯有肩关节周围炎表现而无兼支配肩关节周围的神经功能障碍表现的不属

本病;②与颈椎病鉴别:有明显颈椎病表现又有肩关节周围炎表现不属本病。

**3.2 颈源性肩关节周围炎的定义** 颈椎病是因颈椎间盘变性、颈椎骨质增生所引起的综合征;肩关节周围炎是由于肩周围软组织病变而引起肩关节疼痛和活动的障碍<sup>[2]</sup>。从以上统计表明:颈源性肩关节周围炎的临床表现两者兼有,既有肩关节周围疼痛及其功能障碍,又有颈椎病的部分表现,是一个相对独立的病症。为使病名反映其病因和表现并使患者容易理解,故拟命名为“颈源性肩关节周围炎”。其定义应是:因颈椎间盘变性、颈椎骨质增生和肩周围软组织病变而引起的以肩关节疼痛、活动障碍和支配肩关节周围的神经功能障碍为特征的综合征。

**3.3 颈源性肩关节周围炎的特点** 这类患者多以肩部疼痛、功能障碍为主诉就诊,极力否认有颈部不适的症状,即使已经辅助检查证实,并予以解释后,患者还是不能理解。这种病位与表现分离的现象在颈、腰神经受压时是普遍存在的<sup>[3-4]</sup>,究其原因神经支配区的反射性疼痛,这也往往是导致病情漏诊的原因,应引起足够的重视。

**3.4 支配肩关节周围的神经功能障碍是颈源性肩关节周围炎的一个主要病因** 由于支配肩关节活动的肌肉的神经支配来自 C<sub>5</sub>-C<sub>8</sub> 节段<sup>[5]</sup>,而这些神经节段恰恰是颈椎病的好发部位。根据以上统计所示:X 线颈椎片呈退化改变 211 例(95.04%),而且其改变规律与颈椎病相似。由于相应节段增生引起神经受压,导致肩关节活动功能障碍,从而引起肩关节周围炎。另外从以上兼症症状和体征统计显示:这类患者与颈椎病相类似,而且 198 例(91.89%)患者既往有颈痛史;从发病的先后来看,颈源性肩关节周围炎是颈椎病的继发病,也可以说颈源性肩关节周围炎是颈椎病的阶段性表现。换言之,说明支配肩关节周围的神经功能障碍是颈源性肩关节周围炎的一个主要病因。

综上所述,颈源性肩关节周围炎是普遍存在的,且有其独特的规律,究其原因:因颈椎间盘变性、颈椎骨质增生和肩周围软组织病变而引起的以肩关节疼痛、活动障碍和支配肩关节周围的神经功能障碍为特征的综合征。

**参考文献**

[1] 国家中医药管理局. 中医病症诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社,1994. 186-187.  
[2] 孟继懋,叶衍庆,冯传汉,等. 中国医学百科全书. 上海:上海科学技术出版社,1984. 214-230.  
[3] 陈志生. 天宗穴压痛反映颈神经受压迫. 中国中医骨伤科杂志, 1995,3(1):25-26.  
[4] 陈志生. 下腰神经根痛形诸秩边穴. 中国骨伤,1996,9(5):39-40.  
[5] 郭世绂. 临床解剖学. 天津:天津科学出版社,1988. 412.

(收稿日期:2008-08-24 本文编辑:桑志成)