

· 专家共识 ·

肘管综合征中西医诊疗专家共识

中国中医药研究促进会中西医结合工作委员会

肘管综合征是常见的周围神经卡压类疾病,可严重影响患者的工作与生活^[1],其发病率仅次于腕管综合征^[2]。肘管综合征的发病机制复杂,临床表现轻重不一,诊断与治疗尚存在争议。为规范肘管综合征的中西医临床诊疗工作,为临床决策提供标准化指引,我们依托国家中医药管理局重大疑难疾病中西医临床协作试点项目“肘关节退变性骨关节炎伴尺神经卡压综合征”,汇集相关专家,基于现有的临床证据和专家们的临床经验,制订本共识。本共识适用于各级医疗机构的中医骨伤科医师、中西医结合骨伤科医师、西医骨科医师、全科医师、康复科医师,对肘管综合征尤其是肘关节骨关节炎尺神经受压所致的肘管综合征的诊疗。

1 肘管综合征的定义

肘管综合征是肘部尺神经由于各种因素受到卡压,继而引起手内在肌萎缩,出现小指及环指尺侧麻木、感觉异常等一系列临床表现,最终导致手部功能障碍的一种疾病^[3]。

2 肘管综合征的病理表现

肘管综合征患者的尺神经沟主要有 3 种病理表现:①变窄;②沟底升高、变浅;③沟内骨赘形成。前两者可致尺神经沟容积变小,尤其在屈肘时肘管顶部弓状韧带拉紧,尺神经沟容积进一步减小、尺神经外部压力明显升高^[4];且沟底变浅易导致尺神经滑脱,增加屈肘时尺神经的行程,屈肘时尺神经拉伸,神经内张力升高^[5-6]。尺神经沟内的骨赘则可直接压迫、磨损尺神经,是导致肘管综合征的重要因素^[7]。

3 肘管综合征的中医病因病机

在疾病不同阶段,肘管综合征所属的中医病名不同。该病早期属于中医“痹证”的范畴,后期属于中医“痿证”的范畴。早期的病机多为风、寒、湿、热外邪侵

袭及跌仆闪挫等导致营卫气血不通、经脉痹阻,气血运行不畅,不通则痛、不通则肿;后期病机则多为疾病日久经筋、肌肉失于濡养,致使手部痿弱无力,或因劳倦损伤导致气血亏虚筋肌皮肉失于濡养,气虚则麻、血虚则木,日久手部痿软无力^[8]。来自外界的暴力损伤和疲劳损伤是该病发生的重要诱因,脾胃气虚、运化失常导致的气血生化乏源是其发病基础,本虚标实或虚实夹杂导致的经络瘀血闭阻是其主要病机。

4 肘管综合征的诊断与鉴别诊断

4.1 诊断 肘管综合征的诊断需结合临床表现和电生理检查、超声检查及 MRI 等进行。临床表现:①小指及环指尺侧麻木不适,有针刺感或蚁走感;②精细活动受限,有时写字、使用筷子动作不灵活;③随病情进展,患肢尺侧腕屈肌及环、小指指深屈肌肌力减弱,患手内在肌萎缩,肌力下降,严重者可出现环、小指爪形手畸形;④尺神经叩击试验阳性、Froment 征阳性、Wartenberg 征阳性^[9]。电生理检查诊断标准可参照 1999 年美国电生理诊断医学协会、美国神经病学会和美国物理医学与康复学会提出的诊断标准^[10]。超声检查可根据神经受压部位的直径、横截面积和回声情况对尺神经损伤程度进行评估。MRI 可显示局部肌肉失神经支配的变化和神经受压部位周围解剖结构的变化。

4.2 鉴别诊断 肘管综合征可通过病史、临床表现、体格检查、辅助检查等与神经根型颈椎病、腕尺管综合征、胸廓出口综合征相鉴别。

5 肘管综合征的分度与中医辨证分型

5.1 肘管综合征的分度 肘管综合征分轻、中、重 3 度^[11]:①轻度,间歇性振动感异常,自觉无力,手灵活性差,神经传导速度 $>40 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$;②中度,间歇性刺痛,感觉减退,握力差,手指内收及外展受限,神经传导速度 $30 \sim 40 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$;③重度,持续性感觉异常,两点辨别觉异常,肌萎缩,手指不能内收、外展,爪形手存在,神经传导速度 $<30 \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$ 。

基金项目:国家中医药管理局重大疑难疾病中西医临床协作试点项目(国中医药办医政发[2018]3号)

通讯作者:赵建勇 E-mail:zhaojyvip@126.com

5.2 肘管综合征的中医辨证分型

5.2.1 气滞血瘀证 主症:手部麻木,活动笨拙,拘紧不适,肘关节处疼痛,痛无定处,得温痛减。次症:舌质淡红或有瘀斑,苔薄白,脉弦涩。

5.2.2 气血两虚证 主症:上肢无力,爪形手,手部肌萎缩,手部麻木不仁,屈伸活动受限。次症:面色㿔白,少气懒言,四肢乏力,舌淡苔白,脉细无力。

5.2.3 脾肾两虚证 主症:上肢无力,爪形手,手部肌萎缩,手部麻木不仁,屈伸活动受限。次症:食少便溏,腰膝酸软,少气懒言,四肢乏力,舌淡或胖大有齿痕,苔白滑,脉细。

6 肘管综合征的治疗

6.1 治疗原则 对病程 3 个月以内的轻度肘管综合征患者,可采用非手术治疗。对中、重度肘管综合征患者,在采用手术治疗时应联合应用中药、西药、针灸及推拿等非手术疗法。

6.2 治疗方法

6.2.1 西药口服 针对患者症状口服镇痛药、非甾体抗炎药及神经营养药物。适用于病程短的轻症患者,中重度患者亦可与手术治疗联合应用。

6.2.2 中药口服 气滞血瘀证予以身痛逐瘀汤(《医林改错》)口服,气血两虚证予以黄芪桂枝五物汤(《金匮要略》)口服;脾肾两虚证予以四君子汤(《太平惠民和剂局方》)合右归丸(《景岳全书》)加减口服。中药疗法是对其他非手术疗法的有益补充。

6.2.3 艾灸 取穴:合谷、阳池、阳谷、外关、阿是穴。气血两虚证加气海、足三里,脾肾两虚证加命门、肾俞。

6.2.4 穴位贴敷 应用活血消肿中药穴位贴敷。取穴:外关、合谷、后溪、小海、手三里、支正、阿是穴。穴位贴敷建议每日 1 次,为必要的中医治疗方法。

6.2.5 针刺 气滞血瘀证:主穴为小海、后溪,配穴为支正、养老、少泽、膈俞。气血两虚证:主穴为阳池、小海、后溪、手三里、足三里,配穴为支正、养老、少泽。脾肾两虚证:主穴为小海、后溪、关元、足三里、太溪,配穴为肝俞、肾俞、京门、脾俞、章门。针刺为优先推荐的非手术治疗方法。

6.2.6 耳针 采用耳针沿皮透穴刺法(患侧与健侧交替应用)。气滞血瘀证选耳穴腕、肘、肝,气血两虚证和脾肾两虚证均选耳穴腕、肘、脾、肾。

6.2.7 推拿 搓揉、牵抖、屈伸、弹拨前臂,应用一指

禅法点按相关穴位(可参照上述针刺取穴)及阿是穴。推拿为优先推荐的非手术治疗方法。

6.2.8 手术治疗 手术治疗的原则是松解尺神经,主要手术方法有尺神经松解前置术、尺神经单纯原位松解术、肱骨内上髁切除术及尺神经肌下前置术、尺神经肌内前置术、内窥镜手术及尺神经沟成形术等。对于肘关节骨关节炎尺神经受压所致的肘管综合征患者,优先推荐尺神经松解前置术。

7 肘管综合征的术后康复

建议对接受手术治疗的肘管综合征患者,在术后开展热疗、电疗及手法治疗等康复治疗。热疗仪照射肘关节后内侧,按照规定的照射距离、时间及频次使用。电疗仪常置于患侧肘关节后内侧的肱骨内上髁与尺骨鹰嘴之间及小指展肌外侧(小鱼际处),按照一定的输出功率、刺激时间及频次使用。手法治疗:①点穴法,点按前述针刺取穴;②指揉法,以拇指指腹轻柔患侧颈肩部的上斜方肌、斜角肌、肩胛提肌和上臂部的三角肌、肱二头肌、肱三头肌及前臂的旋前、旋后肌;③捏揉法,以食指和拇指指腹,由近及远捏揉患肢手掌及手指;④指刮法,中指和食指屈曲夹住患者手指,自桡侧至尺侧逐个由近及远刮擦。

8 专家建议

①遵循文献客观证据、医生自身经验和患者自我需求三者结合的原则,按照病情程度分型,选择合理的治疗方法。②按照“辨证论治及三因制宜”的基本原则进行临床遣方用药。③目前用于治疗肘管综合征的术式各有优缺点^[12-25],各种术式的疗效和安全性尚有不稳定性^[26-34],对于疗效的评价需要建立一个统一标准^[35]。④应重视手部内在肌萎缩问题,针灸和推拿有助于手部内在肌功能的恢复。

9 共识编制说明

9.1 共识编制流程 本共识的编制经历了成立工作组、形成临床问题、检索文献、达成共识、发布共识等流程。本共识编制的流程符合共识编制流程的标准^[36-38]。

9.1.1 成立工作组 本共识编制过程中分别成立了共识专家组和共识工作组,共识专家组共包括中医骨科专家 11 位、西医骨科专家 3 位、针灸学专家 1 位、方法学专家 1 位。共识专家组的主要工作为确定共识主题、讨论推荐意见方向、研究推荐意见实施方案等。共识工作组的主要工作为检索文献、撰写推荐意见初稿、修改共识文稿等。

9.1.2 形成临床问题 通过头脑风暴法由专家提出临床问题并经过讨论后确定^[39]。最终共 9 个临床问题纳入本共识的临床问题清单。共识工作组根据 PICO 原则解读临床问题并开展文献检索工作。

9.1.3 检索文献 计算机检索中国知网、中文科技期刊数据库、中国生物医学文献数据库、万方数据库、中国中医药数据库、国家药品监督管理局网站及 PubMed、Cochrane Library、EMBASE 等数据库中肘管综合征的相关文献。检索时限为 2001 年 1 月至 2020 年 12 月,中文检索词为“肘关节”“骨关节炎”“尺神经卡压综合征”“肘关节退变伴尺神经损伤”“肘管综合征”“尺神经炎”。英文检索词为“elbow joint”“osteoarthritis”“ulnar nerve entrapment syndrome”“ulnar neuritis”“elbow joint degeneration with ulnar nerve injury”“cubital tunnel syndrome”。共检索到 120 余篇文献,经筛选后纳入 47 篇。共识工作组在总结文献证据后提出推荐意见,并撰写支持推荐意见的证据来源,供共识会议讨论使用。

9.1.4 达成共识 共识专家组于 2019 年 9 月 20 日在河北省沧州市召开第 1 次会议。通过德尔菲法^[40]在肘管综合征的病理表现、中医病因病机、诊断与鉴别诊断、治疗等方面初步达成专家共识。后经过多次共识会议对共识内容及专家推荐意见正式达成共识。

9.1.5 发布共识 《肘管综合征中西医诊疗专家共识》文稿经专家审稿、进一步修改、定稿后发布于《中医正骨》杂志。

9.2 共识推广应用后效评价 共识发布后将通过开展基层教育、学术活动等方式进行推广。共识推广应用一定时间后,将进行后效评估与调查,了解共识在实际应用中遇到的问题,征集相应的修改意见,并及时更新。

9.3 利益关系与冲突的声明 本共识的编制接受国家中医药管理局重大疑难疾病中西医临床协作试点项目资助,未接受任何来自于医药企业的资助。所有参与本共识编制的成员均签署了《利益冲突声明书》,声明其与共识资助方及共识项目组均不存在利益冲突。

9.4 共识的局限性与不足 由于纳入的文献研究类型不同,无法选择统一的评价工具对文献质量进行评价,文献质量良莠不齐。本共识中作为证据采用的 Meta 分析主要基于已发表的中、英文文献,未对非公

开出版的文献进行手工检索。

参考文献

- [1] KIM K W, LEE H J, RHEE S H, et al. Minimal epicondylar tunnel surgery improves neurologic deficits in moderate to severe cubital tunnel syndrome[J]. Clin Orthop Relat Res, 2012, 470(5):1405-1413.
- [2] ANDREWS K, ROWLAND A, PRANJAL A, et al. Cubital tunnel syndrome: anatomy, clinical presentation, and management[J]. J Orthop, 2018, 15(3):832-836.
- [3] KHALID S I, CARLTON A, KELLY R, et al. Novel minimally invasive technique in the treatment of cubital tunnel syndrome[J]. J Spine Surg, 2019, 5(1):88-96.
- [4] LEE S K, HWANG S Y, KIM S G, et al. Analysis of the anatomical factors associated with cubital tunnel syndrome[J]. Orthop Traumatol Surg Res, 2020, 106(4):743-749.
- [5] 侯巍,冯世庆,郑永发,等. 肘管综合征的解剖和病因学探讨[J]. 中国矫形外科杂志, 2007, 29(7):534-537.
- [6] 齐江明,宫可同,李东升,等. 肘管综合征患者伸肘与屈肘状态下尺神经运动神经传导速度对比研究[J]. 中华手外科杂志, 2019, 35(5):377-379.
- [7] 黄熠东,常文凯. 肘管综合征的病因诊断及治疗进展[J]. 实用骨科杂志, 2018, 24(4):342-345.
- [8] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[M]. 南京: 南京大学出版社, 1994:38.
- [9] 王澍寰. 手外科学[M]. 2 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000:410.
- [10] 汤晓芙. 肘管综合征的电生理诊断标准[J]. 临床神经电生理学杂志, 2002, 11(4):249.
- [11] 顾玉东. 腕管综合征与肘管综合征的临床分型现状与建议[J]. 中华骨科杂志, 2011, 31(7):818-819.
- [12] CHEN H W, OU S, LIU G D, et al. Clinical efficacy of simple decompression versus anterior transposition of the ulnar nerve for the treatment of cubital tunnel syndrome: a meta-analysis[J]. Clin Neurol Neurosurg, 2014, 126:150-155.
- [13] 肖万安,王斌,田峰,等. 单纯神经松解术与神经松解前置术治疗肘管综合征疗效的 Meta 分析[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2013, 7(5):2082-2086.
- [14] CALIANDRO P, LA TORRE G, PADUA R, et al. Treatment for ulnar neuropathy at the elbow[J]. Cochrane Database Syst Rev, 2016, 11(11):CD006839.
- [15] SAID J, VAN NEST D, FOLTZ C, et al. Ulnar nerve in situ decompression versus transposition for idiopathic cubital tunnel syndrome: an updated meta-analysis[J]. J Hand

- Microsurg, 2019, 11(1): 18–27.
- [16] SAHIN O, HABERAL B, SAHIN M S, et al. Is simple decompression enough for the treatment of idiopathic cubital tunnel syndrome: a prospective comparative study analyzing the outcomes of simple decompression versus partial medial epicondylectomy[J]. Jt Dis Relat Surg, 2020, 31(3): 523–531.
- [17] 柴浩, 张磊, 孙荣鑫. 尺神经肌下前置术与皮下前置术治疗肘管综合征的 Meta 分析[J]. 中国骨伤, 2016, 29(4): 355–360.
- [18] LIU C H, CHEN C X, XU J, et al. Anterior subcutaneous versus submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis[J/OL]. PLoS One, 2015, 10(6) [2021–04–01]. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0130843>.
- [19] CHARLES Y P, COULET B, ROUZAUD J C, et al. Comparative clinical outcomes of submuscular and subcutaneous transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome[J]. J Hand Surg Am, 2009, 34(5): 866–874.
- [20] DÜTZMANN S, MARTIN K D, SOBOTTKA S, et al. Open vs retractor–endoscopic in situ decompression of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome: a retrospective cohort study[J]. Neurosurgery, 2013, 72(4): 605–616.
- [21] BUCHANAN P J, CHIENG L O, HUBBARD Z S, et al. Endoscopic versus open in situ cubital tunnel release: a systematic review of the literature and meta-analysis of 655 patients[J]. Plast Reconstr Surg, 2018, 141(3): 679–684.
- [22] ALDEKHAYEL S, GOVSHIEVICH A, LEE J, et al. Endoscopic versus open cubital tunnel release: a systematic review and meta-analysis[J]. Hand (N Y), 2016, 11(1): 36–44.
- [23] REN Y M, ZHOU X H, QIAO H Y, et al. Open versus endoscopic in situ decompression in cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis[J]. Int J Surg, 2016, 35: 104–110.
- [24] BYVALTSEV V A, STEPANOV I A, KERIMBAYEV T T. A systematic review and meta-analysis comparing open versus endoscopic in situ decompression for the treatment of cubital tunnel syndrome [J]. Acta Neurol Belg, 2020, 120(1): 1–8.
- [25] SOCHACKI K R, BERNSTEIN D T, HARRIS J D, et al. Endoscopic decompression of the ulnar nerve in the cubital tunnel yields similar outcomes but a lower complication rate than open decompression: a systematic review and meta-analysis[J]. J ISAKOS, 2017, 2: 8–13.
- [26] O'GRADY E E, VANAT Q, POWER D M, et al. A systematic review of medial epicondylectomy as a surgical treatment for cubital tunnel syndrome[J]. J Hand Surg Eur Vol, 2017, 42(9): 941–945.
- [27] MOWLAVI A, ANDREWS K, LILLE S, et al. The management of cubital tunnel syndrome: a meta-analysis of clinical studies[J]. Plast Reconstr Surg, 2000, 106(2): 327–334.
- [28] LIU C H, WU S Q, KE X B, et al. Subcutaneous versus submuscular anterior transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies[J/OL]. Medicine (Baltimore), 2015, 94(29) [2021–04–01]. https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2015/07040/Subcutaneous_Versus_Submuscular_Anterior.32.aspx.
- [29] ZLOWODZKI M, CHAN S, BHANDARI M. Anterior transposition compared with simple decompression for treatment of cubital tunnel syndrome. A meta-analysis of randomized, controlled trials [J]. J Bone Joint Surg Am, 2007, 89(12): 2591–2598.
- [30] SMERAGLIA F, DEL BUONO A, MAFFULLI N. Endoscopic cubital tunnel release: a systematic review[J]. Br Med Bull, 2015, 116: 155–163.
- [31] TOIRAC A, GIUGALE J M, FOWLER J R. Open versus endoscopic cubital tunnel in situ decompression: a systematic review of outcomes and complications [J]. Hand (N Y), 2017, 12(3): 229–235.
- [32] SHI Q, MACDERMID J C, SANTAGUIDA P L, et al. Predictors of surgical outcomes following anterior transposition of ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a systematic review[J]. J Hand Surg Am, 2011, 36(12): 1996–2001.
- [33] MACADAM S A, GANDHI R, BEZUHLY M, et al. Simple decompression versus anterior subcutaneous and submuscular transposition of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome: a meta-analysis [J]. J Hand Surg Am, 2008, 33(8): 1314.
- [34] YAHYA A, MALARKEYA R, ESCHBAUGH R L. Trends in the surgical treatment for cubital tunnel syndrome: a survey of members of the american society for surgery of the hand[J]. Hand (N Y), 2018, 13(5): 516–521.
- [35] GALLO L, GALLOM, MURPHY J, et al. Reporting outcomes and outcome measures in cubital tunnel syndrome: a system-

- atic review[J]. J Hand Surg Am, 2020, 45(8):707-728.
- [36] KUNG J, MILLER R R, MACKOWIAK P A. Failure of clinical practice guidelines to meet institute of medicine standards: two more decades of little, if any, progress[J]. Arch Intern Med, 2012, 172(21):1628-1633.
- [37] BROUWERS M C, KERKVLIEK, SPITHOFF K. The AGREE reporting checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines[J]. BMJ, 2016, 352:i1152.
- [38] SINCLAIR D, ISBA R, KREDO T, et al. World Health Organization guideline development: an evaluation [J/OL]. PLoS One, 2013, 8(5):e63715[2021-04-01]. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0063715>.
- [39] XING D, WANG Q, YANG Z, et al. Evidence-based guidelines for intra-articular injection in knee osteoarthritis: formulating and evaluating research questions[J]. Int J Rheum Dis, 2018, 21(8):1533-1542.
- [40] MCMILLAN S S, KING M, TULLY M P. How to use the nominal group and Delphi techniques[J]. Int J Clin Pharm, 2016, 38(3):655-662.

共识编制参与单位及人员

共识起草单位:由河北省沧州中西医结合医院负责起草,河北医科大学第三医院、中国中医科学院望京医院、河北省中医院、河南省洛阳正骨医院(河南省骨科医院)、唐山市中医医院、海城市正骨医院、南京市中医院、复旦大学附属华山医院、天津中医药大学第一附属医院、北京中医医院、北京中医药大学第三附属医院、北京大学人民医院、福建中医药大学附属泉州市正骨医院、河北中医学院等单位参与起草。

共识起草主要负责人:赵建勇

共识专家组成员(以姓名汉语拼音排序):陈长贤、陈卫衡、贾春生、劳杰、李彬、刘又文、阮志忠、邵新中、苏纪权、宿晓雷、王荣田、王艳君、邢丹、许志宇、张春红、赵建勇

共识工作组成员(以姓名汉语拼音排序):邵新中、宿晓雷、王艳君、邢丹、张学磊、赵建勇

学术秘书(以姓名汉语拼音排序):宿晓雷、张学磊

(收稿日期:2021-04-14 本文编辑:杨雅)