

# 拇指揉拨加导引治疗肩胛背神经卡压症

邵志刚,张世贤,段朝阳

(河南省温县中医院,河南 温县 454850)

**关键词** 肩胛背神经卡压症 推拿 揉拨法 导引

肩胛背神经卡压症是常见的颈肩部疼痛,是因肩胛背神经或  $C_5$  神经根在其行径中因解剖因素受压所致。该病易与颈椎病和颈肩部软组织劳损合并或混淆,随着对该病鉴别诊断方法的改进,确诊和接受手术治疗者逐渐增多<sup>[1-2]</sup>,而中医治疗本病的报道较少。笔者自 2003 年 3 月至 2010 年 3 月用拇指揉拨加导引的方法治疗肩胛背神经卡压症 46 例,疗效满意,现总结报告如下。

## 1 临床资料

本组 46 例均为我院康复科门诊患者,其中男 21 例,女 25 例。年龄最小 21 岁,最大 56 岁,中位数 36 岁。病程最短 7 d,最长 3 年。左侧 20 例,右侧 22 例,双侧 4 例。临床表现均有颈肩背部痛楚不适,胸锁乳突肌后缘对应  $C_5$  横突处有明显压痛点,但椎间孔挤压征阴性。39 例不能明确指出疼痛的部位,31 例出现肩部无力,特别是肩外展肌力下降,17 例  $T_3$  椎旁按压可诱发颈肩臂部麻木,主要为前臂及手桡侧半发麻,15 例上臂后伸、上举时颈部有牵拉感,11 例遇冷、阴雨天及劳累后痛楚加重且影响睡眠,9 例前臂感觉减退。均符合《周围神经卡压性疾病》中的诊断标准<sup>[2]</sup>,均排除了单纯的神经根型颈椎病,肩关节周围炎,斜方肌、提肩胛肌和菱形肌的劳损及颈部的肿瘤、结核、感染等。

## 2 方法

**2.1 拇指揉拨法** 以疼痛侧的  $C_5$  横突端的最痛点为中心,用双手拇指指腹沿耳垂与缺盆穴间的连线施行揉拨手法,揉拨上下移动的范围在  $C_5 \sim C_7$  横突之间,拇指揉拨方向与手法移动方向垂直。每侧行手法 15 min,时间段按轻慢-重慢-轻快手法各 5 min 分配。每天 1 次,15 次为 1 个疗程,共治疗 1~2 个疗程。疗程间间隔 3 d。

**2.2 导引法** 动作名称:左中右看天地。具体步骤:患者正坐位,屏神静气,缓慢匀长呼吸,依次完成以下

动作。第 1 步,头从中立位缓慢左转至极限(用时一个呼吸),头颈缓慢上仰至极限,两眼向上看(即看天,用时一个呼吸),头颈缓慢下俯至极限,两眼向下看(即看地,用时一个呼吸),头颈缓慢上仰至中间放松并向右转至中立位(用时一个呼吸。下述第 2 和第 3 步用时如前,即每个动作用时一个呼吸)。第 2 步,头颈从中立位缓慢上仰至极限,两眼向上看,头颈缓慢下俯至极限,两眼向下看,头颈缓慢上仰至中立位放松。第 3 步,头颈缓慢右转至极限,头颈缓慢上仰至极限,两眼向上看,头颈缓慢下俯至极限,两眼向下看,头颈缓慢上仰至中间放松并向左转至中立位,再缓慢上仰至极限,两眼向上看,头颈缓慢下俯至极限,两眼向下看,头颈缓慢上仰至中立位放松。如此完成了一个运动周期。应从 2 个周期起,逐渐增加运动量,亦可配合倒退走和飞燕式锻炼。应循序渐进和持之以恒,至少坚持 2 个月。

## 3 结果

**3.1 疗效评定标准** 参考罗雪平的疗效标准<sup>[3]</sup>拟定。治愈:颈背及上肢疼痛麻木等不适症状消失,肌力恢复,感觉如常,能参加正常劳动和工作。好转:颈肩臂疼痛麻木等症状明显减轻,肢体功能改善。无效:颈肩臂疼痛麻木等症状较治疗前无减轻,或疼痛麻木复发后经其他方法治疗者。

**3.2 疗效评定结果** 本组 46 例,经采用上法治疗 1~2 个疗程,平均 1.23 个疗程,均于治疗结束 3 个月后按上述标准评定疗效,结果治愈 37 例,占 80.43%;好转 7 例,占 15.22%;无效 2 例,占 4.35%。总有效率 95.65%。

## 4 病案举例

张某,男,41 岁,工人,2010 年 3 月 5 日以左侧肩背部酸痛不适 1 个月余为主诉就诊。患者 1 个月多前始觉左侧肩背部酸痛,15 d 前在外院按颈椎病行颈椎牵引和神经根阻滞治疗 10 d 无效,痛楚渐增,影响

睡眠。查体不能明确指出疼痛的部位,左侧 C<sub>5</sub> 横突压痛敏锐,椎间孔挤压征阴性。左臂外展肌力下降,左菱形肌和肩胛骨内上角压痛,皮肤感觉正常。颈椎 CR 示颈椎曲度变直。西医诊断为左侧肩胛背神经卡压症。中医诊断为颈肩部筋伤-气滞血瘀。治以行气活血、理筋止痛,用前述拇指揉拨法治疗 1 个疗程,其间配合导引,疗程结束时诸痛消失,已能正常上班和生活。查体征肌力恢复正常,仅余左侧 C<sub>5</sub> 横突轻微压痛,嘱坚持颈部导引锻炼,10 d 后左侧 C<sub>5</sub> 横突压痛已不明显,3 个月后随访无异常。

此例临床表现极易与颈椎病相混淆,尤其易与 C<sub>4-5</sub> 椎间盘突出所致神经根型颈椎病合并出现。但此例患者颈椎间孔挤压征阴性,症状虽重却不能明确指出疼痛的部位,C<sub>5</sub> 神经支配区皮肤感觉正常,应诊断为左侧肩胛背神经卡压症,属中医气滞血瘀筋伤证候,用拇指揉拨法加导引法理筋活络,获得良效。

## 5 体会

肩胛背神经卡压的产生可能是:颈神经根受压,特别是 C<sub>5</sub> 神经根受压而累及作为其分支的肩胛背神经,而肩胛背神经在穿过中斜角肌的腱性起始纤维的

行径中因解剖因素易受卡压,因而肩胛背神经卡压可存在于胸廓出口综合征中,属于上干型胸廓出口综合征,很容易被诊断为其他疾病。此病往往单独存在,病情顽固者,有手术治疗的要求。拇指揉拨法用于肩胛背神经卡压症,可通过松紧交替有度的按摩手法,恰当地调理筋络,达到松解粘连,改善局部血液循环的效果,有效地促进了肩胛背神经行径中相关软组织构成的局部环境状态的改善,促使病变组织修复。配合持之以恒的颈部导引,防止颈部软组织再次因静力性或姿势性劳损而再次诱发本病,从而取得了良好的远期疗效。本疗法简便易行,不增加新的手术损伤和毒副作用,值得推广。

## 6 参考文献

- [1] 卫江华,朱引,赵志勇,等. 肩胛背神经卡压的鉴别性诊治[J]. 实用医技杂志,2008,15(12):1588.
- [2] 陈德松,曹光富. 周围神经卡压性疾病[M]. 上海:复旦大学出版社,1999:41-46.
- [3] 罗雪平. 局部封闭配合颈椎牵引治疗肩胛背神经卡压 19 例[J]. 河北中医,2006,28(10):851.

(2010-07-18 收稿 2010-10-26 修回)

(上接第 56 页)视下观察到关节内各个部位在动态和静态下的表现和变化,对关节疾病的诊断和治疗准确率大大提高<sup>[4]</sup>,并且手术切口小,较传统手术创伤小,恢复快,最大限度保护正常组织,能直视下准确切除病变组织。本组采用局麻手术,又更优于硬膜外麻醉,具有手术时间短,术后病人即可床边行走及患肢功能锻炼,减少患者住院时间及费用。本组病人均采用部分切除或成型术,一般先用手术钳从半月板游离缘一点一点咬除,再用刨刀修整,用等离子刀成型止血。作者体会以下几点:①半月板切除,尽量从后角撕裂处开始切除,防止先切前角造成后角困难或过多的残留,影响疗效;②尽量保留半月板,一般镜下在 5~6 mm 为宜,具体根据不同病人情况而定,若不顾一切将白区内损伤的半月板给予切除,会导致半月板功能丧失,膝关节发生病变;③保留半月板正常的自然的弧形,蓝钳咬除后,尽量用刨刀和等离子刀将半月板修整光滑和自然弧度,对保持膝关节稳定性起到很大的作用;④临结束时尽量用探针探查,以防遗漏,如隐藏的后角水平裂;⑤关节液大量冲洗,尽量抽吸出关节内碎屑及残留滑膜组织等;⑥术后功能锻炼是必不可少的重要部分,本组病人均在手术后就进行患肢

的股四头肌功能锻炼及膝关节的屈伸锻炼,并且可下床进行活动,循序渐进,逐渐加强患肢功能锻炼,术后 1 个月避免剧烈活动,术后 1 个月根据各病人情况进行不同锻炼方式。

总之,局麻关节镜下治疗半月板损伤是很好的有效可行的方法,手术操作精细,麻醉简单,安全,并发症少,手术时间大大缩短,病人创伤小,恢复快,经济负担减少,可有效的解决关节疼痛,早期恢复关节活动,提高生活质量,特别对运动员在短期内可继续进行正常体育运动,是一种很好的治疗方法。

## 5 参考文献

- [1] 王立德,张羽飞,韩涛. 关节镜下膝关节半月板手术[J]. 骨与关节损伤杂志,1996,11(3):149-150.
- [2] Ikeuchi H. Arthroscopic treatment of the discoidlateral meniscus technique and long term result[J]. Clin Orthop, 1982,167:19-28.
- [3] 刘玉杰,王志刚,李众力,等. 局麻下关节镜下盘状半月板射频汽化成型术[J]. 中国运动医学杂志,2003,22(6):586-587.
- [4] 王亦璁. 膝关节外科的基础和临床[M]. 北京:人民卫生出版社,1999:576.

(2010-11-27 收稿 2011-07-31 修回)