

临床报导

综合治疗肩胛肋骨综合征32例报告

安徽中医学院附院骨伤科 曹日隆 丁 铎 李保泉 刘安平 王 峰

肩胛肋骨综合征临床上并非少见,其治疗方法颇多,但并不十分理想,常持续数年不愈或反复发作^{1,2}。自1984年6月~1987年6月,我们采用中药内服加穴位疗法,辅以固定和功能锻炼,共治疗32例,取得满意疗效。现报告如下:

一般资料

本组32例,其中男性23例,女性9例;年龄30岁~40岁3例,41岁~50岁11例,51岁以上18例;病程最短的3个月,最长的达8年。职业:干部16例,工人10例,农民4例,其他职业2例。

诊断依据

肩胛肋骨综合征患者,临床症状主要表现为脊椎肩胛骨间疼痛,并向患侧的头枕、前胸壁、肩臂、腕、手等处扩散,还常伴有胸闷不适,患侧上肢不自主牵伸甩动。

诊断本综合征的关键是在肩胛骨的内上角和内侧缘附近可找到明显的触发痛点,即可压迫此点,不但局部疼痛加重,而且放射痛亦加重。一般无神经受压症状或体征。如在排除胸部器质性病变后,在触发痛点用普鲁卡因封闭,疼痛可获得暂时缓解即可确诊。

X线检查阴性。实验室检查,如血沉,抗“O”等,均为正常。

治疗方法

(一)内服药:以自拟灵仙羌活汤随症加减,一日一剂,水煎服。灵仙羌活汤的组成:威灵仙20~30克 羌活15~20克 防风10克 赤芍10~20克 当归20~30克 姜黄15克 葛根10克 枳实15克 桔梗10克 陈皮10克 桂枝10克 甘草6克

随症加减:若见时痛时止,朝轻暮重,伴有气短乏力,言微脉细,兼气虚者加党参、黄芪、升麻、柴胡;头晕心悸,舌淡脉细无力,兼血虚者加鸡血藤、鹿角胶、川芎、熟地,以白芍易赤芍;如痛如锥刺,日轻夜重,加红花、五灵脂;痛随天气变化加剧,得暖痛减者,加制川乌、细辛;若痛则呕眩,抽掣样痛重者,加制半夏、蜈蚣、全蝎等。

(二)点按膏肓腧穴:于患侧膏肓腧穴,用拇指用力点按2~5分钟,待有酸胀感或放射痛为

度。每日一次。

(三)固定:若疼痛剧烈者,用肩横“8”字绷带固定或三角巾屈肘悬吊患肢7~10天。

“8”字绷带固定与锁骨骨折固定法相同。

(四)练功:疼痛减轻后,可作头颈的俯仰、旋转,肩关节的外展、内外旋、前屈、后伸及耸肩等动作。一日2~3次,每次半小时,每个动作作10~15次。

疗 效

(一)疗效标准:

优:症状、体征完全消失,恢复工作,随访无复发。

良:症状、体征基本消失,恢复工作,但偶有轻度复发,经练功及休息症状可消失。

可:症状、体征明显改善,能坚持工作,但须继续治疗。

无:症状、体征无改善或加重。

(二)效果:

以上内服中药、点穴,10天为一疗程。本组病例经过1~2个疗程的治疗,其中疗效优:20例,占62.5%;良:7例,占21.9%;可:3例,占9.4%;无效:2例,占6.2%。优良率84.4%。

典型病例

例1,张××,女,60岁,退休工人。1986年2月14日初诊。近20天,左肩背疼痛,日轻夜重,入夜后局部痛如锥刺,难以入睡,疼痛牵掣头枕部,左肩臂常不自主牵伸甩动。经中西药治疗疗效不显著,症状日渐加重。查:左侧肩胛骨内侧缘有触发痛点,苔白,脉细。治拟祛风通络,理气行血。方药以自拟灵仙羌活汤加减:威灵仙30克 羌活15克 防风10克 赤芍10克 当归20克 葛根10克 枳实15克 陈皮10克 五灵脂10克 桂枝10克 红花10克 10剂,一日一剂煎服。并用肩横“8”字绷带固定。

二诊:2月24日

夜间疼痛明显减轻,能入睡。原方去五灵脂,加姜黄15克,再进10剂。除去固定。点按膏肓腧穴,一日一次。并教其颈肩练功法。

三诊:3月6日

肩背疼痛消除，但仍有轻度酸楚不适，嘱其加强练功。3年后随访，左肩背疼痛未见复发。

例2：鲁××，男50岁，某杂志编辑。1985年3月6日初诊。右肩背疼痛反复发作一年。此次发病前，曾连续伏案工作一周，甚少休息，出现右肩背痛伴胸痛不适，5天前来就诊。主诉右肩背部刺痛，并向右前胸壁走窜，右肩背部拘紧板滞，时感胸闷不适，气短乏力。查：右肩、颈项活动正常，右侧肩胛骨内侧缘，膏肓腧穴处有明显触发痛。X线胸片、心电图检查，提示胸部无器质性病变。无神经受压症状和体征。舌苔薄白，脉细无力。拟诊为“肩胛肋骨综合征”，投以祛风通络、益气升阳之方药：

威灵仙30克 羌活15克 防风10克 黄芪30克 当归20克 党参30克 葛根10克 枳实15克 桔梗10克 陈皮10克 升麻10克 甘草6克 10剂，一日一剂煎服。并点按膏肓腧穴，一日一次。

二诊：3月15日

胸闷、气短不适稍改善，右肩背疼痛及拘紧板滞感减轻。仍宗原法，上方去升麻加姜黄15克，再服10剂。继续点按膏肓腧穴，并嘱行颈肩功能锻炼。

三诊：3月24日

右肩背疼痛不适感觉均消失，舌苔薄白，脉细。宗《张氏医通·卷五》中“观书对奕而致肩背痛者，补中益气汤加羌防”之意，嘱服补中益气丸半个月，以巩固疗效。并告知注意工作姿势，避免过度劳累，坚持颈肩功能锻炼。随访三年余未见复发。

讨 论

肩胛肋骨综合征，又称肩胛骨椎间疼痛、低头综合征。多见于长期伏案工作，或是上臂经常外展工作的中老年人，多数患者无明显外伤史。现代医学认为，此综合征实为肌肉骨骼性疼痛³，是由于姿势性、习惯性或职业性等肩下垂姿势，使局部肌肉（斜方肌、大小菱形肌、髂肋肌，以及肩胛提肌）长期反复牵拉、摩擦所造成的纤维肌劳损或急性损伤^{1、2}。国外Lewit提出肋骨横突关节功能紊乱可引起本综合征；Cyriax推测为主要的刺激传感器椎间盘损害，并在相应部位引起肌肉的并发反应；Maigne等认为症状原因在下颈椎区；Bergsmann研究认为胸部慢性器质性病变可出现肩胛肋骨综合征症状，并提出痛点几乎都出现在病变侧，推测原因可能为胸部病变刺激或压迫相关神经而出现一系列肩臂部症状和体征⁴。祖国医学对此综合征早有认识，称之为太阳筋病、背痛、背脊伤筋、肩背痛、膏肓损伤、伤膏肓。祖国医学认为，肩背部为太阳经循

行的部位，系肺之分野；膏肓穴属足太阳膀胱经的经穴。中老年人气血渐衰肺卫欠充，易受风寒湿邪侵袭；或因姿势不正，劳役过度，有劳损在先，又复感风寒湿邪，外邪蕴入太阳经脉，经气困阻而发病。

本病主要症状为脊椎与肩胛骨之间疼痛，并向同侧头枕部或手臂部放射，背部有明显的触发痛点。一般没有神经受压症状或体征，颈项、肩关节活动受限不明显，X线检查和化验室检查无异常发现，藉此可与颈椎病，肩周炎、胸廓出口综合征、臂丛神经炎等鉴别。触发痛点是诊断本综合征的最重要体征。寻找触发痛点时，病员必须双臂在胸前交叉或高举，使肩胛骨向外滑动，痛点则比较容易找到。我们在临床上发现，大多数触发痛点所在就是祖国医学中的膏肓腧穴所在；而且现代医学寻找触发痛点和祖国医学取膏肓腧穴，都要求病员采取上述体位，《千金方》中明确指出“不尔，胛骨复穴，不可得也”^{4、5}。

本组32例病例，其中无效2例。1例经综合治疗一疗程，症状、体征无改善，进一步检查确诊为肺结核；另1例在治疗过程中，症状、体征反见加重，后来确诊为“肺上沟癌”（已另文总结、分析）。因此，我们同意Bergsmann的观点，在诊治肩胛肋骨综合征时，必须多方检查，排除胸部慢性器质性病变。

对于肩胛肋骨综合征，目前多以服用消炎镇痛药物、局部理疗和痛点普鲁卡因激素封闭等治疗，但往往疗程长，易复发。本组病例，采用内服具有祛风通络、理气行血功效的中药，加上点按膏肓腧穴，颈、肩部练功，必要时配合短时期的固定，大都取得了满意疗效。究其原因：灵仙羌活汤由《沈氏尊生书》中灵仙除痛饮化裁而来。方中威灵仙辛散善走，性温通利，通行十二经脉，通治全身痹痛；羌活长于祛散头项脊背风寒湿邪；防风既能祛太阳经风寒，又能祛风湿而止痛，三药同用，共收祛太阳经风寒、胜湿解痉之功。加上佐以姜黄、桂枝，善走肢臂而通利血脉，葛根润筋解痉，当归、陈皮、赤芍、枳实活血理气，桔梗宣肺快膈、载药上行，甘草甘缓和中、调和诸药。全方具有祛风散寒、温阳化湿、辛润通络、行气活血功效。膏肓腧穴主治背脊痛风劳一切诸病⁶，点按后能改善局部微循环，具有补虚泻实、疏通太阳经脉气血的作用。练功有活血化淤、通络止痛之功。疼痛剧烈时，辅以短时间固定，可以缓解肌筋紧张，有解除肌痉挛和镇痛效果。因此，治疗肩胛肋骨综合征，诸法同用常常收效甚速；加上坚持长期练功，促进气血运行、协调脏腑功能而且可避免复发。

参 考 文 献

(下转第22页)

双圈三角巾悬吊固定法治治疗锁骨骨折200例临床体会

张家口市中医研究所附属医院骨伤科 李润德 李建忠

锁骨骨折是骨伤科的一种多发病，诊断多不困难，整复容易。但在长期治疗过程中骨折移位较多，难以维持复位。有多种固定方法，效果均不理想。因此，我们在临床摸索出用双圈加三角巾悬吊固定治疗，收到较好效果。现介绍如下：

一、固定材料

1. 三角巾一块。
2. 马鞍型纸压垫一个，四角剪成圆形。
3. 固定圈两个，用毛巾絮上均匀的棉花卷成大小不等的圈备用。

扎带三条，以麻连带为宜。用于背后两条各长40厘米，用于胸前一条70厘米。

二、操作方法

1. 锁骨骨折双圈固定。

2. 双圈固定后，再用三角巾悬吊患侧前臂。

将三角巾的上角放在患侧固定圈上，患肢屈肘90°，再将三角巾下角绕过前臂拉至健侧肩部后，上下角结扎，中角向内折回别针固定。这样使患侧前臂悬吊胸前，保持屈肘90°位。

三、典型病例

李××，男性，42岁，农民。主诉：左肩摔伤5天。当时左锁骨部剧痛。经当地医院X线拍片显示，左锁骨外1/3粉碎性骨折，立即用8字绷带固定。一天后X线拍片复查，骨折对位不佳，3天来我院就诊。查体：内科系统无特殊记述。骨科所见，左肩下垂位，锁骨中部红肿，凸畸形。明显压疼，有骨擦音。脉弦，舌红，苔薄，血常规未见异常。X线拍片显示，左锁骨外1/3粉碎型骨折，断端重迭移位并有红豆粒大碎骨片一块。

诊断左锁骨外1/3粉碎型骨折。锁骨整复后，用马鞍型纸压垫放在锁骨两断端上紧压，再用三条胶布将纸垫固定于皮肤。再将固定圈套纸垫

上，圈上的两条短带扎于背后双圈，再将胸前的长布带扎住双圈。然后用三角巾上角放在患侧固定圈上，患肢屈肘90°，将下角围绕前臂通过健侧至颈后，两角扎住，中角折回，别针扎住固定。

一周复查，局部肿胀、疼痛，锁骨仍固定。

二周复查，局部肿胀大减，疼痛减轻，紧背扎带。

三周复查，局部无肿胀，无疼痛。X线拍片复查，左锁骨骨折对位、对线良好，有骨痂形成，骨折线模糊。解除外固定，加强患肩功能锻炼，治疗三周，临床治愈。

四、体会

1. 双圈固定能否成功，关键是圈的质量和能否正确使用。圈不能有伸缩性，我们采用毛巾内卷均匀的棉花做圈是比较理想的材料。圈的大小要与患肩相适应，软硬度要适当，太硬易造成压迫性溃疡。过软难以起到控制作用。我们将原用的锁骨葫芦垫改用马鞍形纸压垫，紧扣整复后的锁骨，背后第二条扎带要在双圈最低位扎紧，使双圈的力点压在肩胛下角，这样才能达到固定目的。

2. 锁骨骨折固定方法甚多，如丁字板固定法，双8字绷带固定法、单8字绷带固定法、双圈固定等等。这些固定方法均不完善，优缺点并存，其中双圈固定优于其它方法。但在长期治疗过程中，由于上肢的重力，骨折远端向下移位。我们在临床上摸索出在双圈固定后用三角巾悬吊患侧前臂，起到下压骨折近端，控制胸锁乳突肌对骨折近端的向上拉力和旋转力。上托骨折远端减轻肢体加给远端的重力作用和胸大肌、三角肌的牵拉，控制骨折远端下移旋转和重迭移位。我们治疗200例均可达解剖学对位，效果满意。

3. 我们通过临床实践体会到。这种方法简便易行，疗效可靠，不影响功能，患者感到舒适。长时间固定无痛苦，较双圈固定法优越。

(上接第20页)

参考文献

1. 孟继懋主编：中国医学百科全书 骨科学，第1版，232页，上海科学技术出版社，1984年。
2. 郝泽民编著：神经痛，第1版，301页，上海科学技术出版社，1981年。
3. [美] R·凯雷特编 党耕町等译：颈和肩臂

痛，第1版，163~164页，人民卫生出版社，1988年。

4. 肖建德译：肩胛骨脊椎间疼痛，德国医学4(3)：159，1987年。

5. 唐·孙思邈：备急千金要方，第1版，540~541页，人民卫生出版社，1955年。

6. 明·张介宾：类经图翼，第1版，232~233页，人民卫生出版社，1964年。