

椎动脉型颈椎病并发前斜角肌综合征

于德淮

(辽宁省体育运动技术学院卫生所, 辽宁 沈阳 110006)

颈椎病与前斜角肌综合征都是长期处于强制性体位工作者较常见的颈部多发病。颈椎病中有 40% 是椎动脉型颈椎病^[1], 两病诊断并不困难, 但在临床上两病并发时, 往往由于对前斜角肌综合征认识不足, 未予以重视而易被漏诊, 延误治疗。笔者在临床中共收治此病患者 161 例, 报告如下。

临床资料

1. 一般资料 本组病人 161 例, 其中男性 91 例, 女性 70 例; 年龄 26~67 岁。增生部位均经 CT 扫描诊断, 其中 C₄₋₅ 间病变者 86 例, C₆₋₇ 间病变者 56 例, C₃₋₄ 间病变者 19 例。增生主要在钩突关节者 76 例, 上关节突者 45 例, 椎体上下缘及侧后方者 40 例。病程最短 2 个月, 最长 12 年。

2. 主要症状与体征: 本组病例中全部都有头痛头昏, 颈背痛, 患肢痛向前臂放射, 有 152 例出现恶心、耳鸣、耳聋; 142 例颈肩痛、肢体麻木力弱; 121 例颈枕痛, 发凉感; 78 例颈项发僵, 患肢肌肉萎缩。主要体征: 颈部活动受限 114 例, 肢体感觉异常 126 例, 头后伸旋转试验阳性 150 例, 深吸气试验阳性 155 例, 椎孔压缩试验阳性 148 例, 臂丛牵拉试验阳性 158 例, 腱反射异常 58 例。

3. 诊断依据^[2] (1) 头痛、头昏、头部转动到某一方位时, 出现恶心、呕吐、耳鸣、耳聋, 头部改变该方位时, 症状即明显减轻或消失。患肢放射性疼痛、麻木、触电感, 冰冷发白, 高举患肢则症状明显减轻。病程长、症状严重者有患肢肌肉萎缩。(2) 椎间孔挤压试验阳性, 臂丛牵拉试验阳性, 深呼吸试验阳性。在颈前部可触摸到紧张、肥大而硬韧的前斜角肌肌腹, 局部有明显的压痛。(3) X 线检查 颈椎正位片可见钩椎关节侧方有骨质增生, 斜位可见椎间孔变小。并经 CT 扫描做出定位诊断。

治疗方法

1. 准备阶段: 在颈部两侧及后部, 以拇指为依托, 其余 4 指揉按、挤压, 用力要适度, 2~3 分钟。拿肩井穴并做提法 2~3 次, 揉按前斜角肌肌腹, 患侧稍重。

2. 治疗阶段: 以拇指点压风池、玉枕、大椎、天宗、肩井、列缺穴, 反复 3~5 次, 力度由轻到重, 以患者能够承受为度。颈部搬旋: 以左手托于颌下部, 右手托于后枕部向上提拉的同时缓慢向左旋转, 直至能够承受的最大程度停置 3~4 秒; 反之用右手托于颌下, 左手托于后枕部, 向右旋转 1 次。头向健侧倾斜, 以手放在头顶压向健侧以能够承受的最大限度, 另一手用食、中、无名指分拨、揉按紧张、肥大的前斜角肌肌腹, 反复 3~4 次。

3. 整理阶段: 以和缓的手法揉按颈部两侧及后枕部, 拿肩井, 十指点叩头部, 以掌轻叩背部。

注意事项: 由于该病头痛, 头昏较重, 手法治疗时, 一定不要使用急重手法及长时间的牵引, 搬旋时请勿用暴力。

治疗结果

疗效评定标准显效: 头痛、头昏消失, 颈部活动正常, 无疼痛, 前斜角肌压痛消失。半年以上不再复发。好转: 头痛、头昏明显减轻, 颈项部疼痛、颈部活动受限、患肢麻木和放射性疼痛等症状有所缓解, 前斜角肌压痛减轻, 紧张肥大的前斜角肌得到改善。半年以上不再复发或不再加重。无效: 头痛、头昏、颈项部疼痛、颈部活动受限、患肢麻木和放射性疼痛无减轻, 前斜角肌紧张、肥大、压痛等无明显改善。治疗次数, 最短者 3 次, 最长者 60 次, 平均 13.8 次。结果: 显效 124 例, 好转 33 例, 无效 4 例。

讨论

椎动脉型颈椎病并发前斜角肌综合征的诊断并不难, 只要在观片后, 结合症状, 细心做临床功能试验, 往往能够作出明确诊断。在患者就诊时, 如只重视观 CT、X 线片, 确定颈椎病变部位, 对颈部软组织检查不细, 常规检查不全, 特别是当患者临床症状不很典型, 体征又不很明显时即统归为颈椎病, 则易漏诊前斜角肌综合征。另外, 对长期从事伏案工作的患者, 多凭经验定为颈椎劳损发生病变, 而忽视颈周围软组织的劳损病变, 则治疗中必然有偏差而不能收到预期的疗

效。因为锁骨下动脉和臂丛神经受颈椎增生生物和痉挛的前斜角肌的双重压迫,只治其一,症状也就无法彻底根治。故此,患者经过一段治疗后,症状减轻不明显,或症状反复甚至加重时,应考虑到并发前斜角肌综合征的可能性,否则延误治疗,会造成患肢持物无力,肌肉萎缩,进而出现患肢功能丧失的严重后果。所以,在接待颈椎及颈周围软组织长期劳损和急、慢性牵拉伤的患者时,应细致全面的检查,以明确诊断、正确及时

予以治疗。

参考文献

- [1] 谭福泉,徐建平,杨雯洁. 颈椎病的 X 线诊断特点. 中国中医骨伤科杂志, 1988, 1: 9
- [2] 上海中医学院主编. 中医推拿学. 北京: 人民卫生出版社, 1985. 82~88

(收稿: 1999-04-01; 修回: 1999-06-10)

反向切拨手法治疗手指屈肌狭窄性腱鞘炎

赵文

(遵义医学院附属第二医院, 贵州 遵义 550002)

1990 年以来,作者以反向切拨手法为主治疗手指屈肌狭窄性腱鞘炎 103 例,取得良好疗效,现总结如下。

临床资料

本组 103 例中男 30 例,女 73 例;年龄 18~71 岁;病程 1 周~18 月;患指分布:拇指 89 例(其中 7 例为双侧同时发病,计 96 指),中指 10 例,环指 4 例,共计 110 指。以上病例均根据其临床症状、体征及 X 线表现明确诊断。

治疗方法

1. 揉压旋摆法:(以右拇指为例)患者取坐位,医者立或坐于患者对面。患肘屈曲,前臂外旋位,腕及掌指关节自然放松。术者以右手掌指轻握患掌小鱼际部,左掌指置于患指背侧。以左拇指指腹在患指屈肌腱处作由近至远的螺旋式揉动按摩约 3~5 分钟,以患者感局部发热为度。继以左拇指指尖切按局部痛点,左掌及其余四指握住患掌大鱼际部。右手指握住患指远端,呈反方向用力牵拉片刻后,作拇指掌指关节的内、外向旋转及患指掌指关节的尺、桡侧摆动。力量由轻渐重,以患者感局部疼痛剧烈为度,施术约 1~3 分钟。

2. 反向切拨法:接上法,术者左拇指指尖置于患处肌腱局部,左掌及其四指握住患掌桡侧。右拇指指尖紧靠左拇指指尖一侧置于该患处肌腱上,右掌及其四指握住患掌其余四指及尺侧。施术时,两拇指指尖同时快速用力下切,力达肌腱深部,然后左拇指指尖向桡侧,右拇指指尖向尺侧弹拨肌腱。该手法在运用中要求连贯进行,一气呵成,并沿肌腱走行方向由近至远上下移动施术 5~10 遍。力量由轻渐重,再由重到轻,术毕。上述手法治疗隔日一次,5 次为一疗程,一般治疗 1~

3 个疗程。

治疗结果

疗效评定:治愈:局部肿胀、疼痛及压痛点消失,运动功能正常,生活及工作中患部无任何不适。显效:局部肿胀、疼痛及压痛明显减轻,或症状基本消失,但在生活及工作中活动患指时仍有轻度疼痛。无效:治疗前后症状或体征无明显改善。

治疗结果:本组病例经随访半年以上无复发者,治愈 72 指,显效 35 指,无效 3 指。总有效率为 97.3%。

讨论

掌指关节近端处是狭窄性腱鞘炎的多发部位,掌骨头处腱鞘内有屈指浅肌及屈指深肌、屈拇长肌腱通过,该处腱鞘位于骨凹及韧带构成的骨韧带隧道内。因此,在正常时,肌腱只能在致密的鞘管内滑动,由于外伤及局部慢性劳损等原因,造成肌腱在腱鞘内的过量摩擦,腱鞘出现充血、水肿等急性损伤性炎性改变,继之发生慢性炎症改变,腱鞘壁组织增生,肥厚,造成鞘管狭窄,肌腱受到挤压出现结节状或葫芦状局限性增粗、粘连^[1],活动时则出现关节功能受限。

手法按摩不仅具有疏通经络,行气活血,化痰止痛之功,又具有软坚散结,开通闭塞,滑利关节之效。由于手法技巧与外力的作用,使局部组织粘连得到松解、剥脱;局部血循环及淋巴循环的加快,使变性组织产生一系列生物物理和生物化学改变,使病变组织恢复正常,从而起到治疗作用。熟练的手法操作,良好的医患配合,是治疗的必备条件之一。

参考文献

- [1] 王桂业,梁立,孟官维,等. 狭窄性腱鞘炎两种不同疗法比较. 中国骨伤, 1996, 9 (2): 14

(收稿: 1997-05-21)