

非手术疗法治疗胸廓出口综合征

徐炳汉 宇令 薛玉蝉

(无锡市第 101 中心医院, 江苏 无锡 214044)

胸廓出口综合征系臂丛神经及锁骨下血管在胸廓上口部受压而引起患肢血管神经功能障碍为特征的症候群。我科自 1987 年以来收治 148 例, 采用理疗、针灸、臂丛神经水针疗法和推拿等综合治疗, 收到满意效果, 现报告如下。

临床资料

1. 本征 148 例中男 88 例, 女 60 例; 年龄 12~73 岁; 左侧 65 例, 右侧 77 例, 双侧 6 例; 病程 1 周~8 个月; 疼痛型 76 例, 瘫痪型 8 例, 混合型 64 例。

2. 诊断依据: (1) 臂丛神经激惹或损伤征: 患肢出现疼痛、皮肤麻木或肌肉萎缩、肌力减退等症状。有的呈现上肢某一神经受卡压的瘫痪症状。(2) 血管神经营养功能障碍征: 患肢肤温低, 排汗功能障碍。桡动脉搏动受患肢过度外展后伸等体位变化而改变 (Adson 征阳性)。(3) 臂丛神经按压或叩击试验阳性: 按压或叩击患肢臂丛神经血管时触痛敏感, 且有向远端的放射痛 (Tinel 征阳性)。(4) X 线拍片可发现有颈肋或第七颈椎横突过长, 颈椎片排除颈椎病。胸透排除肺部肿瘤和纵膈肿瘤等。MRI 或 CT 检查排除颈椎间盘突出和颈段脊髓肿瘤等。

治疗方法

1. 物理疗法: 疼痛症状明显的病人, 选用超短波治疗, 电极板放置在臂丛神经部, 对置法, 无热量, 每次 15 分钟, 每日 1 次。还可加用音频或干扰电治疗, 电极板放置在缺盆、天宗两穴, 耐受量, 每次 20 分钟, 每日 1 次, 10 次为 1 疗程, 必要时隔 3~5 天进行下 1 个疗程。低能量氦氖激光照射患侧风池、扶突、天鼎、缺盆、合谷等穴, 每穴 6~8 分钟, 每日 1 次, 8~10 次为 1 疗程。

肌肉萎缩或瘫痪的病人, 根据病变所在部位, 选择相应穴位 (或运动点)^[1] 进行功能性电刺激治疗, 刺激量以使肌肉出现收缩运动为宜, 频率每分钟 50~60 次, 时间 30 分钟, 每日 1~2 次, 10 次为 1 疗程。

2. 臂丛神经鞘水针: 1% 利多卡因注射液 10ml+ 维生素 B₁ 注射液 100mg+ 维生素 B₁₂ 注射液 500μg+ 654-2 注射液 5mg+ 地塞米松注射液 5mg 臂丛神经鞘内注射。必要时隔 2~3 天重复 1 次, 可连用 3 次。

3. 针灸: 根据病症选用风池、肩井、天宗、肩三针、臂、手五里、曲池、手三里、外关透内关、合谷透后、列缺、阳池等, 进行针刺治疗。每次选 3~5 个穴位。疼痛症状重时多留针或加灸。且可用氦氖激光作穴位照射。当肌肉萎缩或瘫痪时选择萎缩肌肉部位的穴位作电针治疗, 每日 1 次, 每次 30 分钟, 10 次为 1 疗程, 隔 3~5 天进行下 1 个疗程。

4. 推拿: (1) 点穴镇痛手法: 重点对手三里、风池、扶突、天鼎、缺盆、肩井、天宗穴进行点穴, 每穴 1~2 分钟, 重复 2~3 次。(2) 弹拨松筋手法: 对下颈椎横突部、患侧斜角肌部、腋窝部 (极泉穴) 的血管神经束进行弹拨松解, 使患肢出现向远端的放射麻痛感, 对触摸到的挛缩组织进行手法弹拨松解。(3) 活节牵伸手法: ① 头颈部的活节牵伸手法: 术者一手掌托住患者下颌, 令患者枕部靠在术者身上进行牵伸, 另一手点按患侧颈椎横突部和缺盆穴, 然后提捏双侧风池穴作牵伸手法, 并作颈部的伸屈、旋转、侧向活节动作; ② 颈肩部的活节牵伸手法: 术者一手托住患者下颌, 令患者枕部靠在术者身上进行牵伸, 使面部侧向健侧, 另一手将患肢作外展后伸、上举外展等活节动作, 并提拿肩井穴等, 使胸廓出口部组织得到松解。(4) 向心按摩手法: 将患肢上举, 自手指向上臂及肩颈部作向心按摩, 重复 3~5 次, 最后用震颤手法进一步疏通气血, 改善肢体血液循环, 使浮肿消退, 肢温升高。

治疗结果

1. 治疗标准: 治愈: 患肢疼痛麻木症状消失, 臂丛血管神经功能恢复正常, 肌萎缩改善, 肌力 4 级以上, 臂丛神经血管牵张试验转阴; 好转: 疼痛麻木症状改善, 肌萎缩好转, 臂丛神经血管牵张试验有改善; 无效: 症状体征未见改善。

2. 治疗结果: 本组 148 例经 1~3 个疗程的综合治疗, 112 例治愈, 33 例好转, 3 例无效而建议作手术探查。

讨论

1. 关于分型问题: 胸廓出口综合征的分型已有文献报告^[2], 按受压组织分为神经型、血管型、混合型, 按病因分为颈肋型、肋锁型、斜角肌型和超外展型。我

们认为按症状和体征分为疼痛型、瘫痪型、混合型,按病因分为骨性、神经性、肌性更适合于临床诊治的需要。

2. 胸廓出口综合征的病理机制是臂丛神经血管受嵌压。神经嵌压痛的特点是自发痛、休息痛、夜间尤甚。神经于叩击试验(Tinel 征)常阳性。通常根据 Tinel 征阳性所在处,可大致估计出神经嵌压的位置^[3]。神经受嵌压缺血水肿,引起患肢血管神经功能障碍。我们应用超短波、音频、干扰电或氦氖激光在该部位进行治疗,促进水肿消退、疤痕软化,改善了神经血管功能,疼痛症状逐渐消除,收到了良好的疗效。但有 3 例在进行超短波或氦氖激光照射时有疼痛加重的现象。可能是因为神经受嵌压严重,理疗时局部组织温度升高,受压神经周围组织发生盗血现象,更加重了受压神经的缺血缺氧。

臂丛神经鞘水针疗法适用于疼痛型病例。穿刺部位要准确,穿刺点不宜过低,防止损伤胸膜引起气胸。穿刺深度最好能出现向肢体远端的触电样放射痛为宜。注药前要回抽无血,防止将药液直接注入血管内。注药后患肢发热发麻,逐渐进入臂丛麻醉状态。注药前

要向病人讲明,以免病人精神紧张。该疗法不仅有药物的治疗作用,还可利用药液的扩张作用加速粘连的松懈,疤痕的软化,炎症的消退,血循环的改善。如同时再作推拿治疗,能收到更大的疗效。

3. 推拿治疗采用点穴镇痛、弹拨松筋、活节牵伸、向心按摩等手法,既能松懈粘连,又能使挛缩组织恢复正常弹性。尤其是对颈部穴位的按摩,刺激了颈交感链,对臂丛血管神经束的弹拨按摩,使血管扩张,血循改善。我们对 20 例疼痛型的病例作推拿前后患肢甲襞微循环观察,治疗前血管襻模糊不清,管襻数少,扭曲畸形,血流缓慢,红细胞聚集,微栓形成。治疗后其微循环管襻形态、血液流态、襻周状态的积分值、总积分值明显降低。

参考文献

- [1] 成景曜,郭志英,王树斌. 临床理疗学. 西安: 陕西科学技术出版社, 1981. 59
- [2] 陈履平,李承球,孙贤敏,等. 胸廓出口综合征的临床与解剖学研究. 中华骨科杂志, 1991, 11 (1): 1
- [3] 孟家眉. 神经内科临床新进展. 北京: 北京出版社, 1994. 497 (收稿: 1997-03-31)

消瘀定痛合剂的制备及临床应用

董秀华

(郑州市骨科医院, 河南 郑州 450052)

消瘀定痛合剂是我院主任医师吴念先集 30 多年临床经验而拟定的经验方,对骨筋膜炎综合征的早期治疗效果显著,对挤压综合征和脂肪栓塞综合征有良好的预防作用。本文就该药的临床应用及制备作以报导。

临床资料

我院对 1989 ~ 1996 年在门诊急诊科及正骨科 9540 例骨伤病患者进行统计,其中男 6445 例,女 3095 例;10 岁以下者 2030 例,10 ~ 50 岁 7010 例,60 岁以上者 500 例;损伤部位:手腕部骨折脱位 1200 例,前臂骨折 945 例,肘关节周围骨折脱位 1064 例,肱骨干骨折 605 例,肩关节周围骨折脱位 700 例,髋关节周围骨折脱位 510 例,股骨干骨折 1255 例,膝关节周围骨折脱位 665 例,踝关节骨折脱位 956 例,足部骨折脱位 920 例,多发性骨折 425 例,合并骨筋膜炎综合征 129 例,脂肪栓塞综合征 12 例,挤压综合征 13 例,正中神经、桡神经损伤 65 例,坐骨神经、腓总神经损伤 42 例,

动脉、肱动脉不完全损伤 34 例。

治疗方法

1. 治疗方法:对骨折、关节脱位患者,首先施以手法复位。在对位对线良好,复位准确的情况下,服用消瘀定痛合剂。成人每次服 50ml,日服 2 次,病重者日服 3 次,儿童酌减,孕妇禁服。合并其它综合征伴有红肿者及各种神经损伤者可直接服药,用法同上。

2. 药物组成及制备方法:(1)组成:当归 12g,赤芍 20g,川断 12g,川牛膝 15g,丹参 30g,山楂 20g,桃仁 10g,红花 9g,柴胡 12g,丹皮 10g,钩藤 15g,地丁 15g,大黄 12g,地龙 12g,元胡 10g,香附 12g,炮山甲 12g,伸筋草 30g,甘草 6g。(2)制备方法:将以上十几味药材,除大黄外,入水快洗,置提取器内,加水浸泡半小时(加水量为药材的 10 倍),通入蒸汽加热提取。沸后 60 分钟,过滤,药渣再加水二次提取,同时加入大黄(加水量为药渣的 8 倍),沸后 40 分钟,过滤除渣。合并两次滤液,放置过夜,抽取上清液,浓缩