

# 铍针治疗颈肩部皮神经卡压综合征

雷仲民<sup>1</sup>, 黄明华<sup>1</sup>, 尹辛成<sup>1</sup>, 董福慧<sup>2</sup>, 刘凯<sup>1</sup>

(1. 北京中医医院骨科, 北京 100010; 2. 中国中医研究院骨伤科研究所)

**摘要** 目的: 探讨皮神经卡压综合征的发病机制和铍针的治疗机制。方法: 采用铍针治疗 78 例颈肩部皮神经卡压综合征的患者, 枕大皮神经卡压综合征 18 例, 枕小皮神经卡压综合征 5 例, 肩胛上皮神经卡压综合征 27 例, 颈横皮神经卡压综合征 4 例, 锁骨上皮神经卡压综合征 24 例。其中男 35 例, 女 43 例; 年龄 19~ 63 岁, 平均 39.8 岁。根据治疗前后患者颈肩部疼痛的改变判定疗效。结果: 临床痊愈 54 例; 显效 16 例; 有效 8 例。结论: 通过铍针对皮下组织、筋膜和肌肉的切割, 使筋膜表面张力降低, 松懈粘连, 消除瘢痕, 消除感觉神经末梢所受的刺激和压迫, 缓解疼痛。

**关键词** 皮神经卡压综合征; 针刺疗法

**Clinical study on Pizhen therapy of cutaneous nerve entrapment syndrome of neck and shoulder** LEI Zhong-min, HUANG Ming-hua, YIN Xin-cheng, DONG Fu-hui, LIU Kai. Beijing TCM Hospital (Beijing, 100010, China)

**Abstract Objective:** To analysis the pathogenesis of cutaneous nerve entrapment syndrome and mechanism of Pizhen therapy. **Methods:** Seventy eight patients suffered from cutaneous nerve entrapment syndrome were treated with Pizhen. The age ranged from nineteen to sixty three, the average was 39.8. Among them, there were thirty five male and forty three female. There were 18 patients suffered from occipitalis major nerve entrapment syndrome, five from occipitalis minor nerve entrapment syndrome, twenty seven from suprascapularis nerve entrapment syndrome, four from transversal colli nerve entrapment syndrome, twenty four from subscapularis nerve entrapment syndrome. The main symptom of cutaneous nerve entrapment syndrome was the pain of neck and shoulder. The effect was evaluated by change of symptom. **Results:** Among all patients, fifty four were fully recovered, sixteen were significant effective, eight were effective. **Conclusion:** Pizhen therapy can decrease the tensility of fascia, release the adhesion, eliminate the cicatrix, and relieve the pressure and stimulation of sensory nerve ending.

**Key words** Cutaneous nerve entrapment syndrome; Acupuncture

由于现代人们经常长期伏案工作致使颈肩部组织劳损, 故“颈肩部皮神经卡压综合征”的发病率明显增多。本病在临床上常误诊为颈椎病、肩周炎、颈肩背部筋膜炎等, 困扰着患者和医生。我科自 2002 年以来运用铍针治疗皮神经卡压性颈肩部疼痛 78 例, 疗效满意, 报告如下。

## 1 临床资料

**1.1 一般资料** 共治疗患者 78 例, 男 35 例, 女 43 例; 年龄 19~ 63 岁, 平均 39.8 岁。枕大皮神经卡压综合征 18 例, 枕小皮神经卡压综合征 5 例, 肩胛上皮神经卡压综合征 27 例, 颈横皮神经卡压综合征 4 例, 锁骨上皮神经卡压综合征 24 例。

**1.2 诊断标准** ①长期慢性局部疼痛并可伴有麻木感; ②触诊局部有明确的压痛点, 并可触及皮下结节或条索样包块; 常见的压痛点在颈椎棘突的两侧、肩胛骨内侧缘、肩胛骨内上角、冈上窝和冈下窝等处; ③局部肌肉紧张并可造成颈、肩部运动障碍。

**1.3 纳入标准** 凡因皮神经卡压造成的颈肩部疼痛符合上述诊断标准, 年龄在 18~ 65 岁之间的患者, 且签署知情书后均可依次入选。

**1.4 排除标准** ①局部软组织存在炎症反应者; ②有出血倾向者; ③患有严重心脑血管疾病或脏器衰竭不能耐受刺激者; ④糖尿病患者有肢体缺血或软组织感染倾向者; ⑤有其他神经系统疾病者; ⑥意识不清不能配合治疗者。

## 2 治疗方法

**2.1 铍针的规格**  $\phi$  0.5~0.75 mm, 全长 5~8 cm, 针头长 1 cm, 针体长 4~7 cm, 末端扁平带刃, 刀口为斜口, 刀口线为 0.5~0.75 mm。针柄是用钢丝缠绕的普通针柄, 长约 3~5 cm。治疗时要使刀口线和手柄的平面标记在同一平面上, 以辨别刀口线在体内的方向。

**2.2 操作方法** ①定位: 首先在患者颈肩部寻找压痛点作为进针点。如枕大皮神经卡压综合症的压痛点多在枕骨粗隆与乳突连线的内 1/3 处即枕大神经穿出皮下处, 项上线处, C<sub>2</sub> 棘突与乳突连线中点。在其上的项上线处有浅压痛。枕小皮神经卡压综合症压痛点多在项上线处, 乳突后缘处。耳大皮神经卡压综合症压痛点多在枕外隆起处及胸锁乳突肌后缘中点。肩胛上皮神经卡压综合症压痛点多在肩胛冈中点上方, 肩胛上切迹处。颈横皮神经卡压综合症压痛点多在胸锁乳突肌的后缘。锁骨上皮神经卡压综合症压痛点多在肩胛骨内上角, 多伴有硬结和条索状物。选定进针点后用龙胆紫标记。②消毒: 局部以 2% 碘酒、75% 酒精常规消毒。③进针: 医者左手拇指按压在进针点的旁边, 右手持针柄用腕力将铍针直接垂直刺入压痛点, 使针尖通过皮肤、皮下组织到达深筋膜, 在进针过程中可有 2~3 层的突破感, 寻找沉紧涩滞的针感, 并在针感层进行松解疏通, 即松解卡压之处的软组织, 待针下无沉紧涩滞感时出针。不捻转, 不留针, 疾刺速拔。④包扎: 出针后用无菌棉球按压针孔止血, 无菌敷料覆盖针孔并包扎。

**2.3 注意事项** 进针前可根据患者的情况在进针点处行皮下浸润麻醉。进针深度约为 1~2 cm, 不可深刺, 以免刺入胸腔造成气胸, 进针深度要视病人的胖瘦及病变部位, 因人因病而异, 灵活应用。一般治疗 1~3 次, 每周治疗 1 次。

## 3 结果

**3.1 治疗标准**(参考国家中医药管理局诊断治疗标准制定如下治疗评估标准) 按 VAS 疼痛指数标记法, 在无任何暗示和启发下, 患者面对标尺将游标置于最能代表当时疼痛程度的位置, 医师则按标尺另一侧有刻度的一面记录疼痛的程度。标尺将疼痛由轻到重分为 0~10。我们对颈肩部的疼痛按不同程度分为正常、轻度、中度、重度四级, 并分别给予 0、1、2、3 不同分值。每级划分如下: 正常, 无疼痛, 0 分;

轻度, 1~4, 1 分; 中度, 4~7, 2 分; 重度, 7~10, 3 分。

**3.2 疗效评定标准** 疗效判定是以颈肩部的疼痛作为主要依据, 按临床痊愈、显效、有效、无效四级评定。以治疗结束后 2 周对比治疗前后的疼痛变化, 临床痊愈: 疼痛消失或积分  $\leq 1$  分; 显效: 积分下降  $\geq 2/3$  且  $> 1$  分, 疼痛基本消失; 有效: 积分下降  $\geq 1/3$  且  $< 2/3$ , 疼痛减轻一度; 无效: 临床症状, 积分下降未达 1/3。

**3.3 治疗结果** 临床痊愈 54 例; 显效 16 例, 治疗后症状基本消失, 仅有轻度局部酸胀感; 有效 8 例, 治疗后症状减轻, 局部仍有酸痛及轻压痛; 对 78 例患者的 VAS 疼痛指数, 通过统计学分析对比治疗前后的变化, 治疗前患者的平均指数  $6.5156 \pm 1.306776$ , 治疗后平均指数为  $2.1792 \pm 1.053565$ , 经 *t* 检验分析,  $P < 0.01$ , 差别有统计意义。

## 4 讨论

在临床上造成颈肩痛的病因很多, 往往容易忽视皮神经的卡压问题, 造成误诊, 影响治疗效果。临床上本病经常易与神经根型颈椎病、肩周炎相混淆。其症状都有颈肩部疼痛的共同点, 但后者神经根型颈椎病的病理在于神经根部受压所致, 在临床检查可见 Eaton 试验和 Spurling 试验阳性, X 线检查可见颈椎骨质增生, 椎间隙和椎间孔狭窄, 颈椎牵引治疗可以缓解。肩周炎是指因各种原因所致的肩关节周围组织如肌肉、筋膜、韧带和关节囊等粘连, 症见肩关节疼痛, 活动受限, 临床治疗以松解粘连为主, 要求患者经常做肩关节的功能锻炼。而皮神经卡压综合症是指皮神经在走行过程中, 由于某些原因受到慢性卡压而引起的神经功能障碍, 并表现出一系列神经分布区的不同程度的感觉障碍、植物神经功能障碍、营养障碍甚至运动功能障碍<sup>[1]</sup>。铍针是根据皮神经卡压造成的软组织高张力状态的特点设计研制, 通过局部减压减张, 取得理想的临床疗效。术中通过铍针对皮下组织、筋膜和肌肉的切割, 使筋膜腔内压力减低, 筋膜表面张力降低, 松解粘连, 消除瘢痕, 从而消除感觉神经末梢所受的刺激和压迫, 缓解疼痛。因此说铍针治疗不仅是松解粘连, 而且是减压减张。另外由于术中对神经周围组织的损伤较小, 因此术后神经周围形成的瘢痕少, 不易再次形成卡压, 从而可以使临床症状得到明显的改善。

### 参考文献

1 董福慧. 皮神经卡压综合症. 北京: 科学技术出版社, 2002. 1.

(收稿日期: 2004-05-20 本文编辑: 李为农)