中医外治法治疗旋后肌综合征 45 例临床观察

胡德新 金丽华

(浙江中医学院 杭州 310053)

摘要:目的:观察用中医外治熏洗外敷法治疗旋后肌综合征的临床疗效。方法 将观察病人随机分为 2 组:治疗组共 45 例为中药熏洗外敷组,对照组共 45 例为常规封闭疗法,比较两者疗效的差异。结果:对照组和治疗组的临床治愈率分别为 46.67%和 66.67%,总有效率分别为 88.89%和 97.78%, $P < 0.01$,表明治疗组疗效明显优于对照组。结论:中医外治熏洗外敷法治疗旋后肌综合征有显著疗效。

关键词:旋后肌综合征;中医外治法;熏洗;外敷;伸筋透骨汤;灵马止痛散

中图分类号:R 746.4

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2005)05-0035-02

旋后肌综合征(Supinator syndrome)是桡神经终末分支骨间背侧神经受累造成的,又称前臂背侧神经卡压综合征。患者一般无明显诱因而逐渐出现前臂伸肌无力和肌肉萎缩,严重者伸腕肌力减退,伸拇、伸指不能。影响患者的日常工作和生活。笔者自 2000~2004 年 4 年间共接诊此类病人 90 余例,采用自拟中药方熏洗加外敷治疗,效果满意。现介绍如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 90 例均为门诊病人,按照门诊日期和门诊号码,参照病人随机分配表,将 90 例病人随机分为 2 组。对照组:男 40 例,女 5 例;年龄 20~45 岁,平均(30.08±7.56)岁;病程 1d~1 周不等,平均(2.32±1.24)d。治疗组:男 42 例,女 3 例;年龄 21~47 岁,平均(31.25±8.29)岁;病程 1d~1 周不等,平均(2.96±1.8)d。2 组患者性别、年龄、病程比较无明显差异($P > 0.05$)。

1.2 临床表现及体征 患者常无明显外伤史,起病之初均感肘部及前臂酸胀疼痛不适,需要反复捶打患处才能暂时缓解,工作尚可进行,渐进性出现症状加重,手部无力及活动障碍。检查可见桡骨颈部以及旋后肌处有压痛,对抗前臂旋后及伸腕活动可诱发疼痛加重,旋后功能两侧对比未见明显差别,无前臂及手部麻木和感觉缺失。

2 诊断标准^[2]

有手部频繁活动劳损史,以右手多见;起病之初均感肘部及前臂酸胀疼痛不适,渐进性加重,伸指、伸拇、外展拇指肌力及尺侧伸腕肌力减弱或消失,腕部背屈向桡侧倾斜;无前臂及手部麻木和感觉缺失;部分患者桡骨颈部前内侧(相当于骨间背侧神经入旋后肌肌腱弓处即 Frohse 弓)可触及条索状物或硬结;患侧对抗前臂旋后及伸腕试验阳性;常规 X 线摄片及 ESR 等无明显异常,部分患者有肌电图异常。

3 治疗方法

对照组:(1)先在桡骨颈部前内侧触摸压痛点,用龙胆紫

作好标记,常规消毒,取 2%利多卡因 2mL、曲安奈德 15mg、VitB₁₂ 0.5mg 混匀,于压痛点处进针,回抽无血液后注入混合液。1 周 1 次,1 次 1 个疗程。(2)前臂制动。治疗组:(1)熏洗药:自拟伸筋透骨汤(伸筋草 30g、透骨草 30g、生山栀 15g、生大黄 10g、桃仁 10g、红花 6g、乳香 5g、没药 5g、羌活 10g、桂枝 10g、苏木 10g、醋延胡 15g、海桐皮 15g)水煎,待沸后加黄酒 50g,置患肢于容器上空先熏洗 15min。去火,根据药液的温度先用纱布沾药液搽患处,并重点按摩有条索状物或硬结处,再将患肢浸入药液中直至药液冷却。1 d 1~2 次,5 d 1 个疗程。(2)外敷药:用自拟灵马止痛散(灵猫香 1g、制马钱子 15g、乳香 10g、没药 10g、生山栀 15g、当归 10g、生大黄 10g、生南星 10g、羌活 10g、血竭 10g、醋延胡 15g、川连 10g、生黄芩 30g),上药为极细末,再加凡士林 150g 混匀,瓶装备用。用时取上药 15g 左右平摊于纱布上,再敷于患处,每日一换,5 次 1 个疗程。(3)前臂制动。

4 疗效评定标准

疗效评定标准参照《中医病症诊断疗效标准》中的“旋后肌综合征疗效评定”。治愈:局部无疼痛、肿胀、无压痛,伸指、伸拇、外展拇指肌力及尺侧伸腕肌力恢复正常,1 月后随访无复发;显效:局部无明显疼痛、压痛,伸指、伸拇、外展拇指肌力及尺侧伸腕肌力恢复基本正常。好转:局部略有疼痛,轻度压痛,伸指、伸拇、外展拇指肌力及尺侧伸腕肌力略有受限;无效:经治疗后症状无好转,甚至加重。

5 治疗结果 见表 1。

组别	例				例	
	治愈	显效	有效	无效	治愈率(%)	有效率(%)
对照组	21	12	7	5	46.67	88.89
治疗组	30	13	1	1	66.67	97.78

上表结果显示:对照组和治疗组的临床治愈率分别为 46.67%和 66.67%,总有效率分别为 88.89%和 97.78%,2 组数据经 χ^2 检验得 $P < 0.01$,表明治疗组疗效明显优于对照组。

其局限性,同时也不适用长节段固定。

参考文献

- [1]苗华,周建生.骨科手术解剖入路[M].合肥:安徽人民出版社,2003.284
- [2]王亦璠.骨与关节损伤[M].第3版.北京:人民卫生出版社,2003.804

- [3]王承武,荣国威.骨折[M].北京:人民卫生出版社,2004.741
- [4]方煌,陈安民,罗永湘,等.胸腰椎椎弓根螺钉误置的原因分析与对策[J].中华创伤骨科杂志,2004,11(6):1235~1238
- [5]胥少汀,葛宝丰,徐印坎.实用骨科学[M].第2版.北京:人民军医出版社,2003.618

(收稿日期:2005-04-28)

针刀松解颈椎小关节为主治疗神经根型颈椎病 90 例

刘星 王柏杨

(江西省中医院针康部针刀中心 南昌 330006)

关键词:小针刀;颈椎病;神经根型;松解疗法;颈托固定

中图分类号: R 681.5*5

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2005)05-0036-02

神经根型颈椎病约占颈椎病的 60%, 中老年人多见, 临床以颈肩部的疼痛、麻木及颈部僵硬为主要症状。我科 3 年来采用以针刀松解颈椎小关节为主的治疗方法治疗该病, 取得了良好的疗效。现报告如下:

1 临床资料

本组 90 例, 均为临床诊断明确的神经根型颈椎病患者, 男性 38 例, 女性 52 例; 年龄最大 65 岁, 年龄最小 28 岁; 病史最长 16 年, 最短 7 个月; 痰湿阻络型 50 例, 肝肾不足型 25 例, 气血亏虚型 15 例。诊断标准: 中医诊断标准采用国家中医药管理局颁布的《中医病证诊断疗效标准》^[1]。

2 治疗方法

2.1 针刀疗法 依据临床体检、神经定位及颈椎 X 片确定针刀治疗点, 根据朱氏法^[2], 闭合性松解颈椎小关节, 同时松解颈部的痛点、条索及结节最后采用相应手法整复颈椎, 每周 1 次。

2.2 辅助方法 术后均采用颈托固定。视病情需要, 在辨证论治的基础上, 部分病人配合口服中药, 以加速病情的恢复。

3 疗效观察

治愈: 原有病症消失, 肌力正常, 颈、肢体功能恢复正常。好转: 原有症状减轻, 颈、肩、臂症状减轻, 功能改善。未愈: 症状无改善。结果痊愈 80 例, 占 88.8%; 好转 6 例, 占 6.7%; 无

效 4 例, 占 4.5%; 总有效率为 95.5%。治疗次数, 最多 5 次, 最少 1 次, 平均治疗时间为 21d。

4 典型病例

章某, 男性, 37 岁, 公务员。于 2002 年 12 月 15 日就诊。颈痛伴右上肢桡侧麻痛 3 年, 颈后伸时加重, 并伴有同侧背部不适感。3 年来, 经多种方法治疗无效, 求治于针刀。查体: C₅、C₆ 右侧小关节压痛(+++), 压顶试验(+), 右臂从神经牵拉试验(+). X 片示: C₄₋₆ 椎体后缘增生, 相应椎间隙变窄, C₅、C₆ 右侧椎间孔变小。诊断: 神经根型颈椎病(痰湿阻络型)。针刀治疗 2 次后, 症状、体征消失, 临床痊愈, 随访至今未复发。

5 讨论

5.1 关于病因的讨论 主要是由于劳损、外伤、风寒等因素作用下, 导致颈项肩臂部的经脉闭阻、气滞血瘀、肝肾不足而造成的椎间盘退变, 骨质增生, 颈椎关节、韧带的松动、错位, 刺激或压迫了颈神经根等组织而产生的综合症候群。临床归纳起来主要有(1) 盘源性: 即由于椎间盘的退变造成的; (2) 骨性: 即骨质增生、骨刺、颈椎小关节移位等原因; 此类患者经过适当的治疗, 临床症状可以大部分消失或完全消失, 但 X 片或 CT 片仍显示骨质增生, 椎间盘的退变情况依然同前。根据临床观察, 笔者赞同宣蛰人氏对该病的认识, 即椎管外软组织无菌性炎症病变的化学性刺激是头颈肩背手痛的重

6 讨论

桡神经出桡神经沟后即进入肘前外侧沟, 发出肌支支配肱桡肌和桡侧腕长伸肌, 至肘关节平面又分成深浅 2 支, 浅支主要为感觉纤维, 深支绕过桡骨颈部前内侧进入旋后肌深浅两层之间, 穿过旋后肌后即分为伸指、伸拇、外展拇指、尺侧伸腕肌等肌支。该神经在进入旋后肌管时有一弧形的纤维组织, 称为 Frohse 弓, 该弓起于肱骨外上髁向下 1cm 处, 在折返向上附着于外上髁的内侧部分。Spinner 进行解剖研究发现 70% 的弓为膜状, 30% 的弓为腱状, 该弓在前臂完全旋前时可对神经产生压迫。一般认为本病主要由以下几方面原因产生: (1) Frohse 弓近侧神经同周围组织的粘连; (2) Frohse 弓的压迫; (3) 桡返动脉及其分支与骨间背侧神经的交叉压迫; (4) 桡侧腕短伸肌内侧腱样缘压迫等。本病属中医的“痹证”范畴, 其病因病机主要为跌仆闪挫、筋脉受损、寒湿外袭、流注经络等导致经脉不通, 气血运行不畅所致。在治疗上主要以祛风除湿、活血化瘀止痛为主。

熏蒸疗法是利用药物煎煮沸后产生的蒸汽, 熏蒸肌肤的一种外治方法。其为历代医家所重视。早在二千多年前的

中医典籍《黄帝内经》中即有“病在骨, 淬针药熨。其有邪, 渍形以为汗”的记载。它的治疗机理是通过热、药的双重作用而取效, 热能疏松腠理, 开发毛孔, 活血通络, 松弛痉挛之筋脉; 药能对症治疗, 疗病除疾; 两者配合使用, 则事半功倍。现代科学研究证明: 通过热、药的协同作用, 可以加速血液、淋巴液的循环, 促进新陈代谢, 加速代谢产物的清除, 同时由于热能的作用, 促进皮肤、粘膜的充血, 扩张毛孔, 药物通过扩张的毛孔渗透肌肤而产生作用。本法所用之伸筋透骨汤主要由祛风除湿、活血化瘀止痛、清热凉血等药物组成, 通过热能的作用可使药力直达病所, 而效果显著。

本法所用的外敷法, 弥补了熏蒸法作用时间较短的不足, 同时膏药凝固后亦可起到一定的外固定作用, 从而加强疗效。

参考文献

- [1] 岑泽波. 中医伤科学 [M]. 第 5 版. 上海: 上海科学技术出版社, 1995.123
- [2] 胥少汀, 葛宝丰, 徐印坎. 实用骨科学 [M]. 第 2 版. 北京: 人民军医出版社, 2002.909

(收稿日期: 2005-03-01)