

脊柱推拿手法治疗胸廓出口综合征临床研究

田强¹, 赵家友², 李振宝¹, 吴山¹

1. 广东省中医院, 广东 广州 510120; 2. 广州中医药大学研究生院, 广东 广州 510006

[摘要] 目的: 观察脊柱推拿手法结合局部软组织松解手法治疗胸廓出口综合征临床疗效。方法: 将纳入研究的患者随机分成2组, 治疗组采用颈椎脊柱推拿手法结合局部软组织松解手法治疗; 对照组只接受局部软组织松解手法治疗, 每周3次, 治疗2周后比较2组功能评分情况及临床疗效。结果: 治疗结束后, 2组功能评分分别与治疗前比较, 差异均有统计学意义 ($P < 0.01$); 2组间比较, 差异亦有统计学意义 ($P < 0.01$)。治疗3月后, 2组与治疗前功能评分比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$); 2组间比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.01$)。2组临床疗效比较, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 脊柱推拿结合局部软组织松解手法治疗胸廓出口综合征疗效良好, 推拿调整颈椎紊乱可能是提高远期疗效的可靠途径。

[关键词] 胸廓出口综合征; 推拿手法; 脊柱推拿; 软组织; 松解手法

[中图分类号] R442.8 **[文献标志码]** A **[文章编号]** 0256-7415 (2015) 07-0225-02

DOI: 10.13457/j.cnki.jncm.2015.07.100

胸廓出口综合征(TOS)是指臂丛神经、锁骨下动静脉在胸廓出口部位因各种原因受到卡压、激惹, 而出现上肢及颈肩部疼痛、麻木、无力或肢端缺血为特征的症候群。本研究对患者采用颈椎脊柱推拿结合局部手法松解的方法进行治疗, 结果报道如下。

1 临床资料

1.1 纳入标准 ①符合《胸廓出口综合征》^[1]及《骨科疾病诊断标准》^[2]中胸廓出口综合征的诊断标准。②患者自愿参加, 签署知情同意书。③依据病情分度^[3]属于轻中度患者。

1.2 排除标准 ①年龄 < 18岁, 或 > 65岁。②在研究过程中同时进行其他治疗, 包括药物、物理治疗、功能锻炼等。③颈及肩背部有皮肤感染。④重度骨质疏松。

1.3 一般资料 观察病例为2013年6月—2014年12月在本院推拿科就诊, 符合研究纳入标准, 愿意参加本次研究的患者, 共60例。男16例, 女44例; 年龄27~65岁, 平均(49.1±14.8)岁; 左侧38例, 右侧22例; 病程2周~3年。以就诊顺序拆开经密封的随机分配卡分为2组。治疗组29例, 男9例, 女20例; 20~34岁2例, 35~44岁7例, 45~54岁13例, 55~65岁7例; 病情分度轻度23例, 中度6例; 功能评分(12.56±2.59)分。对照组31例, 男7例, 女24例; 20~34岁4例, 35~44岁7例, 45~54岁14例, 55~65岁6例; 病情分度轻度24例, 中度7例; 功能评分(12.33±2.81)分。治疗前2组一般资料比较, 差异均无统计学意义($P > 0.05$), 具有可比性。

2 治疗方法

2.1 治疗组 ①颈椎脊柱推拿: 确定存在关节紊乱的节段, 运用颈椎定点旋转扳法调整。以颈椎中段病变(C₃~C₄)为例: 患者端坐于治疗椅上, 目光向前平视, 双臂自然放松下垂, 并拉住治疗椅下部。施术者站立于患者后面偏左, 右手拇指压住患者右侧颈椎第3、第4间隙旁, 其余四指环扣颈椎, 固定患处; 左手手臂环过患者下颌, 手指略撑开, 环抱患者枕后部, 并固定, 使患者左侧颞部贴近施术者胸前, 借助施术者自身脊柱的旋转带动患者颈椎向左向后旋转, 逐渐增大角度, 感觉有阻力感时, 给予一个快速稳重的力, 此时可听到“咯哒”的声响, 或手下有关节移动感, 手法结束。②局部软组织松解法: 于脊柱推拿结束后进行。针对斜方肌、颈后伸肌群、斜角肌进行弹拨、按揉手法。力量由轻至重, 疼痛以患者承受为度。治疗隔天进行, 每周3次, 共治疗2周。

2.2 对照组 患者只接受局部软组织松解法治疗。治疗隔天进行, 每周3次, 共治疗2周。

3 观察指标与统计学方法

3.1 观察指标 观察2组治疗前后及随访治疗后3月TOS功能评分变化情况。

3.2 统计学方法 采用SPSS 17.0软件进行数据分析。组内治疗前后功能评分比较采用配对 t 检验, 组间治疗前、治疗后评分比较采用独立样本 t 检验。2组疗效比较采用秩和检验。

4 疗效标准与治疗结果

4.1 疗效标准 参照相关行业标准^[4]拟定。优: 功能评分

[收稿日期] 2015-05-17

[基金项目] 广东省财政厅项目 (2013KT1531)

[作者简介] 田强 (1983-), 男, 医学博士, 主治医师, 研究方向: 手法治疗脊柱相关疾患。

15~21 分。良: 10~14 分。可: 4~9 分。差: ≤3 分。

4.2 治疗完成情况 2 组各有 1 例患者由于在治疗中接受其他治疗方法不纳入统计, 实际共有 58 例患者完成本研究。

4.3 2 组治疗前后功能评分比较 见表 1。治疗结束后及治疗后 3 月, 2 组功能评分分别与治疗前比较, 均有降低, 差异均有统计学意义($P < 0.01$); 2 组治疗结束后、治疗后 3 月功能评分分别比较, 差异均有统计学意义($P < 0.01$), 治疗组优于对照组。

表 1 2 组功能评分情况比较($\bar{x} \pm s$) 分

| 组别 | n | 治疗前 | 治疗结束后 | 治疗后 3 月 |
|-----|----|--------------|----------------------------|----------------------------|
| 治疗组 | 28 | 12.56 ± 2.59 | 18.22 ± 1.96 ^{①②} | 17.85 ± 2.18 ^{①②} |
| 对照组 | 30 | 12.33 ± 2.81 | 16.57 ± 2.26 ^① | 14.33 ± 2.27 ^① |

与治疗前比较, ① $P < 0.01$; 与对照组同期比较, ② $P < 0.01$

4.4 2 组临床疗效比较 见表 2。总有效率治疗组 96.43%, 对照组 80.00%, 2 组临床疗效比较, 差异有统计学意义($P < 0.05$), 治疗组临床疗效优于对照组。

表 2 2 组临床疗效比较 例(%)

| 组别 | n | 优 | 良 | 可 | 差 | 总有效 |
|-----|----|-----------|----------|----------|----------|------------------------|
| 治疗组 | 28 | 19(67.86) | 7(25.00) | 1(3.57) | 1(3.57) | 27(96.43) ^① |
| 对照组 | 30 | 9(30.00) | 9(30.00) | 6(20.00) | 6(20.00) | 24(80.00) |

与对照组比较, ① $P < 0.05$

5 讨论

5.1 胸廓出口综合征病理因素 TOS 为众多因素综合而成, 许多问题存在争论。但对于造成卡压刺激的两类解剖因素是公认的, 即骨性因素与软组织因素。骨性因素包括第 1 肋变异、横突过长、颈肋、第 1 肋骨折后改变等。软组织因素包括前斜角肌、中斜角肌、异常束带、小斜角肌、胸小肌等。在狭小的空间内存在着诸多的卡压风险, 因此去除哪些因素、如何去除, 存在很大的争议。很多外科专家认为, 应切除一切存在的骨性异常及整个前斜角肌, 这样的方法确实可以确保彻底扩大胸廓出口的空间, 但这些结构本起着支持保护血管神经束的作用, 因此术后存在并发症的风险。陈德松教授认为, 前、中、小斜角肌是产生 TOS 的主要原因, 骨性因素并不造成直接压迫, 多数情况不必清除, 保守治疗对于轻、中度的 TOS 仍然是首选方法^[4]。

5.2 胸廓出口综合征与颈椎退变的密切关系 临床中 TOS 与颈椎病经常合并发生, 已经引起一些研究者的关注^[5-9]。目前考虑与以下因素相关。首先斜角肌为颈 5、6 神经根支配, 而这两个神经根最容易受到颈椎退变的刺激, 而引发斜角肌的痉挛。其次, 前中斜角肌的肌肉起点位于颈椎横突, 颈椎紊乱造

成的力学不稳也是斜角肌劳损的直接因素。最后, 由于颈椎退变造成神经根在椎间孔的压迫, 与在斜角肌形成的神经压迫共同造成了神经的双重卡压, 使得神经的功能下降^[7-8]。

5.3 手法治疗的思路 目前, 临床上的手法也多是直接针对痉挛的前、中斜角肌治疗, 其手法大致可分为 3 类: 循依前、中斜角肌的解剖走行进行松解, 特别是针对肌肉起止点的治疗; 在锁骨上窝(缺盆)周围局部取穴, 施以点按、一指禅等手法, 以镇静止痛, 疏通局部气血; 通过牵引、拔伸颈项部, 适当牵拉斜角肌, 以起到松解粘连、解痉的作用。局部的直接治疗固然迅速、有效, 然而仍存在部分效果不良及症状反复的问题。笔者认为, 颈椎脊柱推拿手法对于 TOS 的治疗意义重大, 可以通过调整颈椎关节的紊乱改善椎管内外环境、减低神经根张力、改善颈椎力学平衡而解除上位神经卡压, 再配合局部软组织松解, 解除神经的双重卡压而保证手法治疗的远期疗效。同时, 对于一些肢体远端的神经卡压疾病, 应注意检查胸廓出口是否有卡压, 这些症状往往是 TOS 的前驱表现。明确症状发生的所有卡压部位, 并根据具体部位的病理情况, 运用弹拨松解、关节调整等手法, 以及其他合适方法施治, 才是提高疗效、减少复发率的保证。

[参考文献]

- [1] 陈德松. 胸廓出口综合征[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 2007.
- [2] 李锋. 骨科疾病诊断标准[M]. 北京: 科学技术文献出版社, 2009.
- [3] 顾玉东. 胸廓出口综合征的分型、分度及功能评定标准[J]. 中华手外科杂志, 2011, 27(3): 129-130.
- [4] 陈德松, 曹光富. 周围神经卡压性疾病[M]. 上海: 上海医科大学出版社, 1999.
- [5] 周华江, 张琦, 刘波, 等. 胸廓出口综合征合并颈椎病的治疗疗效分析[J]. 中国矫形外科杂志, 2006, 23(14): 1833-1834.
- [6] 林梓凌, 林应强, 黄学员. 中上段颈椎推拿治疗早期胸廓出口综合征的临床观察与探讨[J]. 中国骨伤, 2006, 19(9): 556-557.
- [7] Wood VE, Biondi J. Double crush nerve compression in thoracic outlet syndrome[J]. J Bone Joint Surg Am, 1990, 72(1): 85-87.
- [8] 杨惠光, 高兴平, 王天, 等. 颈 3、4 神经根卡压与前、中斜角肌的解剖关系及其临床研究[J]. 中华骨科杂志, 2002, 22(4): 246-248.

(责任编辑: 刘淑婷)