

「中医常见病针刀治疗图谱系列」

神经卡压常见病

针刀治疗图谱

主编 郭长青 马薇薇 高艳



郭长青

北京中医药大学针灸推拿学院博士生导师
中华中医药学会针刀医学分会主任委员



科学出版社

 中医常见病针刀治疗图谱系列

神经卡压

常见病针刀治疗图谱

主 编 郭长青 马薇薇 高 艳
副主编 姜大巍 杨会营 芦 娟 谢占国
编 者 (以姓氏笔画为序)
于佳妮 马 田 马 钊 马诗凝
王美琴 安 娜 杜宁宇 吴 彤
何智菲 张伟夫 陈 晨 赵瑞利
徐 菁 梁靖蓉

科 学 出 版 社

北 京

内 容 简 介

编者对临床上常见的神经卡压疾病进行归纳总结,提供一种实用的诊断治疗思路。全书按照各部位的解剖分区内神经卡压引起的各类疾病,分别叙述其临床表现、相关解剖及针刀具体操作内容。为方便读者清楚了解针刀手法,保证实施安全,作者还特别绘制了清晰的局部解剖图和针刀施术图。

本书浅显易懂,诊断思路清晰明了,治疗方法简便效验,图文并茂重点突出,实用性、指导性强,适宜针刀临床工作者、骨伤科、疼痛科、针灸科医师,特别是基层医师在临床实践中参考使用,也可作为医学院校学生及培训课程的教材或教学辅导用书。

图书在版编目(CIP)数据

神经卡压常见病针刀治疗图谱/郭长青,马薇薇,高艳主编. —北京:科学出版社,2017.8

(中医常见病针刀治疗图谱系列)

ISBN 978-7-03-053441-5

I. ①神… II. ①郭… ②马… ③高… III. ①神压迫综合征-针刀疗法-图谱 IV. ①R245.31-64

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 133847 号

责任编辑:高玉婷 / 责任校对:刘亚琦

责任印制:肖 兴 / 封面设计:蔡丽丽

版权所有,违者必究。未经本社许可,数字图书馆不得使用

科 学 出 版 社 出 版

北京东黄城根北街 16 号

邮政编码:100717

<http://www.sciencep.com>

保定市 中画美凯印刷有限公司 印刷

科学出版社发行 各地新华书店经销

*

2017 年 8 月第 一 版 开本:787×1092 1/32

2017 年 8 月第一次印刷 印张:4 3/8

字数:98 000

定价:29.00 元

(如有印装质量问题,我社负责调换)

前言

神经卡压类疾病多为局部组织病变压迫周围神经引起的以神经支配区疼痛、感觉异常、肌肉萎缩等多种症状的一种疾病。本书编写参考大量的相关文献并从临床实际出发,介绍针刀治疗神经卡压疾病可以直击病变部位,有综合治疗、标本兼治、创伤小、疗程短、见效快等特点。

针刀疗法是指以针刀为工具,结合中医针灸理论和现代外科手术操作方法,参照生物力学、西医的生理学、解剖学及人体电生理线路等学说,用于临床治疗各类疾病的一种医疗技术。针刀既可以像针灸用针一样刺入体内达到针灸的效果,又能在体内起到切割、剥离、松解等手术刀作用。针刀治疗具有简便、实用、有效等特点,同时其通过适宜的刺激作用于治疗点,调整人体气血以及自身的愈病潜能,从而达到治疗目的,是一种自然、绿色疗法。

针刀治疗以选取准确的治疗点为前提,各种治疗措施均是通过治疗点发挥作用。因此,掌握选取治疗点是应用针刀疗法的基础。能不能准确选取治疗点,直接关系到针刀治疗效果的好坏。针刀治疗图谱系列以直观、轻便、便于查阅的特点成为读者学习针刀治疗点的一个很好的工具。

学习好针刀医学诊治疾病,有一个循序渐进的过程。对于临床中常见的神经卡压类疾病的诊治,也有一个从简单到复杂的提高过程。如何帮助针刀医师较快地提高临床诊治水平,是笔者十分关心的一个课题。唐代药王孙思邈曾说:“欲指取其



穴,非图莫可。”就是说要想准确地选取治疗点,必须有图谱才行。随着现代医学的发展,人们已经能够绘制出了精确的人体解剖图。本书正是将针刀治疗点的体表定位与解剖学图谱相结合,使读者不仅能准确地选取治疗点的体表位置,更可以掌握治疗点局部的解剖,对针刀治疗点结构有全面的了解,便于针刀的临床应用。我们希望本书的出版,能对针刀疗法的普及和应用起到促进作用。同时感谢首都医科大学人体解剖学教研室提供图片。

北京中医药大学

郭长青教授

2017年1月

目 录

一、胸廓出口综合征	(1)
二、枕大神经卡压综合征	(9)
三、肋间神经卡压综合征	(17)
四、胸长神经卡压综合征	(24)
五、髂腹下神经卡压综合征	(29)
六、髂腹股沟神经卡压综合征	(32)
七、肩胛上神经卡压综合征	(34)
八、肩胛背神经卡压综合征	(40)
九、四边孔综合征	(48)
十、肘管综合征	(57)
十一、桡管综合征	(68)
十二、骨间后神经卡压综合征	(76)
十三、桡神经浅支卡压综合征	(81)
十四、前臂内侧皮神经卡压综合征	(84)
十五、腕尺管综合征	(87)
十六、腕管综合征	(92)
十七、指神经卡压综合征	(102)
十八、股前外侧皮神经卡压综合征	(105)
十九、臀上皮神经卡压综合征	(111)
二十、股神经卡压综合征	(118)
二十一、腓总神经卡压综合征	(121)
二十二、跖管综合征	(128)
参考文献	(134)

一、胸廓出口综合征

胸廓出口综合征是锁骨下动、静脉和臂丛神经在胸廓上口受压迫而产生的一系列症状。如手臂冰凉、容易疲劳、上肢钝痛或刀割样痛,上举时疼痛减轻。根据发病原因的不同,可分为颈肋综合征、肋锁综合征、前斜角肌综合征、过度外展综合征、胸小肌综合征等。目前国内统称为胸廓出口综合征。

(一)相关解剖

1. 胸廓出口区

【局部解剖】 胸廓出口区包括臂丛神经和锁骨下动、静脉等结构。锁骨下动脉始于胸骨上中部,经斜角肌三角的前斜角肌后侧及动脉弓跨过第1肋。斜角肌三角(斜角肌间隙)由前斜角肌、中斜角肌和第1肋组成。臂丛神经位于斜角肌三角锁骨下动脉上,由 C_5 至 T_1 神经根前支组成,各神经根出椎间孔后向外下走行,于锁骨下动脉的后上方穿过斜角肌间隙。 C_5 、 C_6 神经根组成臂丛神经的上干, C_7 神经根单独组成中干, C_8 、 T_1 神经根组成臂丛神经的下干,下干直接跨越第1肋骨,各干分为前、后两股共同走行于肋锁间隙内,向外下通过此间隙后,进入胸小肌后面的胸小肌后间隙,再进入腋部。臂丛神经的上述行程中,在以下部位最易受压:①斜角肌间隙;②肋锁间隙;③胸小肌后间隙。胸廓出口综合征受累的常是 C_8 和 T_1 来源的神经。臂丛下干与动脉紧密相关。锁骨下静脉经前斜角肌前部,恰好位于胸锁乳突肌下侧,跨过第1肋。这些血管结构经锁骨下及锁骨下肌,最后经腋部胸小肌与喙突止点相邻部位到达上臂。

从斜角肌三角到腋区,神经血管结构被一层颈深筋膜包绕。斜角肌三角前由肩胛舌骨肌和筋膜所覆盖。筋膜向下继续分隔

包裹锁骨下肌。在锁骨下肌下部,筋膜再次会合形成肋锁韧带,韧带中部附着区位于第1肋和肋软骨连接处,恰位于锁骨下静脉的中部。筋膜较薄的扩张部位于肋锁韧带下,被称为胸锁筋膜,该筋膜覆盖胸小肌并再次会合形成腋部悬韧带。

胸廓出口综合征(TOS)引起神经血管受压有3个解剖空间:①斜角肌三角;②肋锁间隙;③胸小肌下间隙。这些解剖结构的肌纤维化和骨骼的解剖变异成为TOS的主要卡压因素(图1-1)。

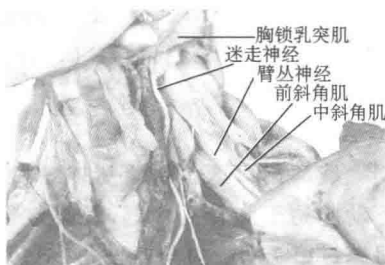


图 1-1 胸廓出口区

2. 前、中、后斜角肌

【体表定位】 要求被检查者转动头部或抬头约 30° ,使胸锁乳突肌的锁骨头显露,在紧邻锁骨头处可以摸到一条小肌肉,即为前斜角肌,其后还有一条大小相似的肌肉为中斜角肌;后斜角肌居于中斜角肌的后方(图1-2)。

【局部解剖】 前斜角肌位于胸锁乳突肌的深面和颈外侧三角内,起自第3至6颈椎横突的前结节,肌纤维斜向外下方,止于第1肋骨内缘斜角肌结节;中斜角肌位于前斜角肌的后方,起自第2至7横突的后结节,肌纤维斜向外下方,止于第1肋骨上面,在斜角肌结节与锁骨下沟之间;后斜角肌居于中斜角肌的后方,起自第6至7横突的后结节,肌纤维向外下方,止于第2肋的外侧面中部的粗隆。当颈椎被固定时,上述3个肌肉两侧同

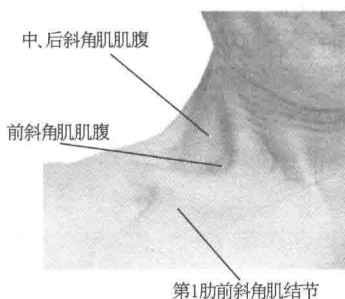


图 1-2 前、中、后斜角肌

时收缩时,可上提第 1、2 肋,使胸廓变大,协助吸气,故属于深吸气肌;当肋骨被固定时,可使颈向前倾;单侧收缩时,使颈向同侧屈并转向对侧(图 1-3)。

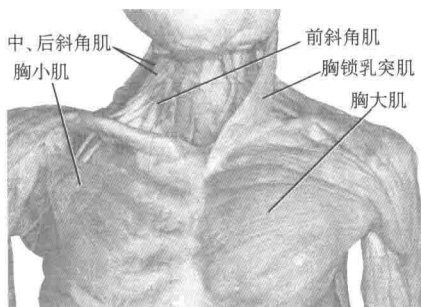


图 1-3 前、中、后斜角肌

3. 胸小肌

【体表定位】 被检查者坐位或仰卧位,检查者用一手托其前臂以支持检查侧的上肢,嘱被检查者将肘关节屈曲 90° ,并放在检查者的前臂上,检查者支持上肢的手带动被检查者的肩部

向上向内,以放松胸大肌。然后,使用数个手指在胸大肌深面触摸,就能找到一块明显的条索状的肌肉,即为胸小肌(图 1-4)。

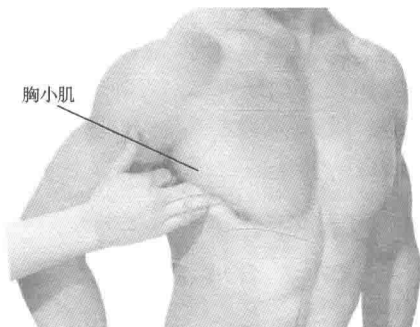


图 1-4 胸小肌

【局部解剖】 胸小肌呈三角形,位于胸大肌深面,起自第3~5肋,止于肩胛骨喙突。胸小肌可协助前锯肌将肩胛骨拉向胸壁,并向后者靠拢,还可上提肋骨,以助吸气运动(图 1-5)。

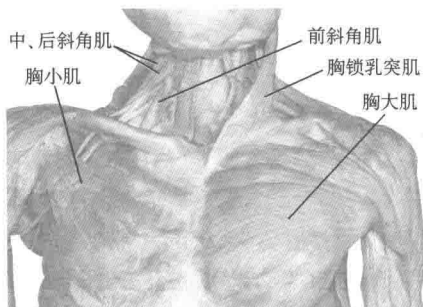


图 1-5 胸小肌

(二)病因病理

1. 骨性异常 颈肋、第7颈椎横突过长、第1肋骨的上移使肋锁间隙狭窄。

2. 软组织异常 前中斜角肌肥厚;斜角肌先天性束带,多在前斜角肌与第1肋骨之间形成束带,压迫血管神经;斜角肌挛缩,斜角肌间隙变小;胸小肌的止点异常以及其他部位先天性的异常纤维束带压迫等。

3. 骨折 锁骨骨折后,大量骨痂或骨折畸形愈合使肋锁间隙变窄,导致本病的发生。

4. 肌肉痉挛 前斜角肌:痉挛、肥厚和纤维变时,牵拉第一肋骨使其抬高,引起肋锁间隙变窄;胸小肌:紧张和挛缩,当上肢过度外展时,胸小肌紧张,臂丛神经和锁骨下动、静脉在喙突胸小肌下拉紧,产生症状。

在上述病因中,以斜角肌病变最为常见,颈肋次之,肋锁间隙及胸小肌间隙狭窄少见。

(三)临床表现与诊断

1. 病史 多发生于青年和中年,女性较多,单侧发病较双侧为多。

2. 疼痛 为患侧肩部及上肢疼痛、无力,发病早期疼痛为间歇性,可向前臂及手部尺侧放射,肩外展及内旋时疼痛加剧。

3. 感觉异常 严重者可出现前臂及手部尺侧的感觉异常,甚至出现肌肉瘫痪,肌肉瘫痪及萎缩以小鱼际及骨间肌为甚,表现为爪形手畸形(尺神经损伤),有时也存在大鱼际肌及前臂肌肉肌力减退。

4. 血管受压 动脉受压:患肢上举时感发冷,颜色苍白,桡动脉搏动减弱;静脉受压:出现患肢远端水肿,发绀,血管严重受压时可形成锁骨下动脉血栓,肢体远端血运障碍。

(四)针刀操作

1. 体位 俯卧位,病人头探出床头,胸下垫薄枕,让病人尽量屈颈低头,将下颈部抵于枕上,尽量敞开项部术野,保证病人的呼吸道畅通。

2. 体表标志

(1)前斜角肌:被检查者坐位,头用力向一侧倾斜,检查者用手推挡其同侧下颌,使面部转向对侧,该侧胸锁乳突肌即隆起,其起止点及前后缘均十分明显,在胸锁乳突肌后缘深面即为前斜角肌(图 1-6)。

(2)喙突:被检查者坐位或仰卧位,喙突位于三角肌前缘,在锁骨中外 1/3 交界处下方约 2.5cm 处,如在锁骨下窝内稍加用力即可触及。当肩关节后伸时,更易触及,有时胖人不易触清,但瘦人却更加显著。活动肩关节时,可触及喙突在指下滚动(图 1-7)。



图 1-6 前斜角肌

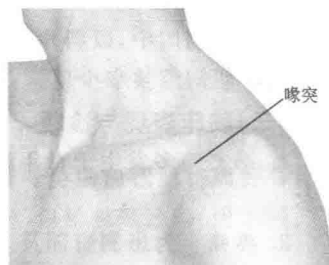


图 1-7 喙突

(3)颞骨乳突:枕外隆凸与乳突在同一条上项线弧线上,枕外隆凸位于正中,而乳突位于弧形上项线两端的下方(图 1-8)。

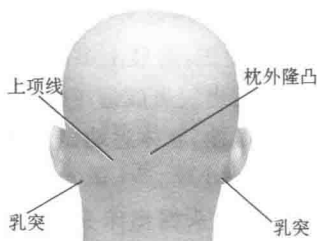


图 1-8 颞骨乳突

3. 定点

(1)斜角肌间隙点:定于前、中斜角肌及第一肋形成的斜角肌间隙,消除斜角肌对臂丛神经和锁骨下动静脉的卡压。

(2)前斜角肌锁骨止点:用手指在锁骨上窝深部触及锁骨下动脉搏动点,搏动点外侧 0.5cm 定点。松解前斜角肌止点。

(3)胸小肌起点:定于喙突顶端骨缘内 1/3。松解胸小肌起点。

4. 操作

(1)斜角肌间隙点:间隙位于胸锁乳突肌后缘,术者押手触到胸锁乳突肌的锁骨头,在缓慢向颈后部移行,触及前、中斜角肌间隙。在锁骨上 3~3.5cm 处进针,刀口线与中斜角肌纤维走行一致,刀体与皮肤呈 90°,针刀通过皮肤、皮下组织,沿前、中斜角肌间隙垂直进刀,进针约 2cm 时,有落空感时,即进入斜角肌间隙,缓慢进刀,刀下有韧性感或上肢有窜麻感,纵行疏通、横行剥离 2~3 刀,范围不超过 0.5cm(图 1-9)。

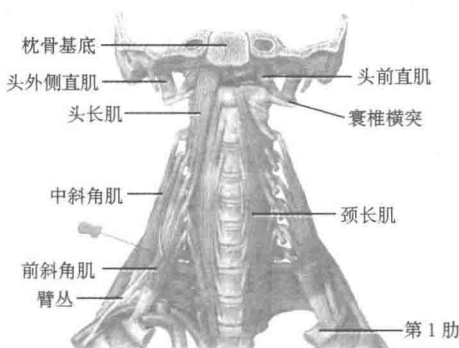


图 1-9 斜角肌间隙点

(2)前斜角肌锁骨止点:锁骨下动脉搏动点外侧 0.5cm,锁骨上 0.5cm 处进针刀,刀口线与中斜角肌纤维走形一致,刀体与皮肤呈 90° ,针刀通过皮肤、皮下组织,然后向后、下、内方向推进,达第 1 肋骨骨面,沿着第 1 肋骨的纵轴向前探寻,当有韧性感时,即到前斜角肌止点,调转刀口线 90° ,切割 2~3 刀,范围不超过 0.5cm,以松解前斜角肌止点(图 1-10)。

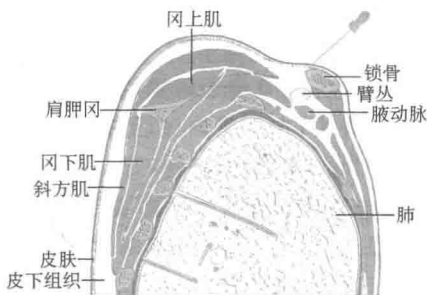


图 1-10 前斜角肌锁骨止点

(3)胸小肌起点:先触到肩胛骨喙突顶端骨缘,刀口线与胸小肌肌纤维走形一致,刀体与皮肤呈 90° ,针刀通过皮肤、皮下组织,直达喙突顶端骨面。然后针刀向内探寻,当有落空感时,即到喙突内缘,退针刀在喙突内 $1/3$ 骨面上,调转刀口线 90° ,在骨面上切割 2~3 刀,范围不超过 0.5cm,以松解胸小肌起点(图 1-11)。

(五)手法操作

1. 患者俯卧位,一助手牵拉双侧肩部,术者正对患者头颈,右肘关节屈曲并托住患者下颌,左手前臂尺侧压在患者枕骨,向健侧牵拉颈部 1~2 次。最后,提拿两侧肩部,并搓患者肩至前臂反复 2~3 次。

2. 肩关节主动外展至最大位置 2~3 次,进一步拉开胸小肌的粘连和瘢痕。

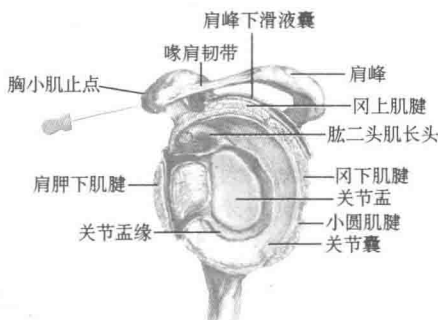


图 1-11 胸小肌起点

(六) 注意事项

1. 在做前中斜角肌间隙针刀松解时,应先确定前中斜角肌间隙位置,不能盲目进刀,松解过程中,仔细体会刀下的感觉,进针刀速度不可过快。

2. 在做前斜角肌锁骨止点的针刀松解时,确定锁骨下动脉的搏动很重要,不能盲目进刀,松解过程中,仔细体会刀下的感觉,到达第 1 肋骨骨面后,方可调转刀口线进行松解,松解的范围不超过 0.5cm。

3. 治疗后各治疗点用棉球或无菌纱布按压,创可贴覆盖针眼,要求 24h 内施术部位勿沾水,以免发生感染。

二、枕大神经卡压综合征

枕大神经卡压综合征即第 2 颈神经后支(内侧支)卡压综合征。本病十分常见。既往有相当多的顽固性头痛病人,被诊断为脑血管性头痛、神经官能性头痛、脑外伤后遗症头痛等。其中大部分病人都是枕大神经卡压综合征。针刀闭合型手术治疗枕大神经卡压所致的头痛,方法简单、无痛苦、疗效确切。

(一)相关解剖

1. 枕大神经

【体表定位】 枕大神经穿深筋膜点位于枕外隆凸至乳突尖连线的中、上 $1/3$ 交点处(图 2-1)。

【局部解剖】 枕大神经是第二颈神经后内侧支,绕寰枢关节后向上行,在枕外隆凸旁、上项线处穿过半棘肌和斜方肌止点及其筋膜至颈枕处皮肤。支配头顶直至冠状缝、枕部和项部的皮肤。枕大神经在离开椎间孔外口之后,它们的绝大部分经路是在柔软的结缔组织中,并主要在肌肉之间。在穿过斜方肌筋膜以上时,与枕动脉及其分支伴行,分布于上项线以上至颅顶的皮肤。有时发一支至耳郭后面上部皮肤。当枕大神经绕过头下斜肌时,此支与第 1 及第 3 颈神经后支的内侧支有吻合(图 2-2)。

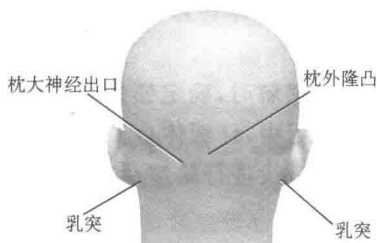


图 2-1 枕大神经

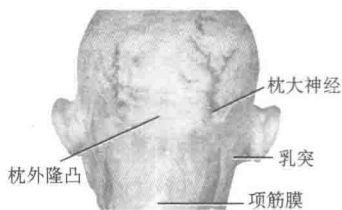


图 2-2 枕大神经

2. 项部肌和筋膜

【局部解剖】 项部有深、浅筋膜,浅筋膜内有颈神经后支和血管走行。项部深筋膜分层包裹项部诸肌。项肌由浅入深分三层:浅层为斜方肌、中层为头夹肌、深层为横突棘肌。横突棘肌包括头半棘肌(浅面)、颈半棘肌(中间)、多裂肌和回旋肌(深面)。在枕大凹的上部,正置斜方肌与胸锁乳突肌(该两肌胚胎

时为同源肌)联合腱处,该腱弓比较紧张,易卡压枕大神经。

(二)病因病理

多为慢性劳损所致,也常是头、颈部外伤的后遗症状之一。如长时间看电视、玩电脑、编织毛活、不正确的写字和工作姿势等,可造成项部肌筋膜损伤,导致项部软组织的慢性损伤,各组织间形成粘连、纤维化、瘢痕等改变。头、颈部外伤,有些是严重的外伤,常遗留有久治不愈的头痛。此类头痛,大部分是在头、颈部损伤后造成项部软组织病变而导致枕大神经受压的结果。因为,枕大神经出椎间管后,首先行走于头下斜肌下、后、外侧,然后返向上、内方向斜行,可受头下斜肌病变卡压;此后,枕大神经行走在头夹肌和椎枕肌之间;再后,行于斜方肌与胸锁乳突肌联合腱弓之下;最后,枕大神经穿出斜方肌筋膜至皮下(即枕大神经出口)。这些部位软组织的粘连、纤维组织的增生、瘢痕挛缩等改变,都将挤压枕大神经,产生一系列症状和体征。另外,耳后淋巴腺肿大,亦可压迫枕大神经产生疼痛。

(三)临床表现与诊断

1. 病史 任何年龄均可发病,以中年以上的病人居多。部分病人有外伤史,常有久治不愈头痛史。

2. 疼痛 多为持续性头痛。疼痛在头后、枕颞部;有时可波及额部外侧面(相当于“太阳穴”处)。有的疼痛较重,止痛药物一般无效。

3. 压痛 枕大凹、 C_1 横突尖、 C_2 棘突病侧骨面、枕大神经出筋膜处常有压痛。

4. 感觉障碍 病人形容如布带或绳索紧箍头皮,有一种经常性的紧缩感。个别人有头皮麻木感等异样感觉。

(四)针刀操作

1. 体位 俯卧位,病人头探出床头,胸下垫薄枕,让病人尽量屈颈低头,将下颈部抵于枕上,尽量敞开项部术野,保证病人