

小针刀配合手法治疗颈性偏头痛 67 例临床疗效观察 *

刘仁毅
(江西省人民医院 南昌 330006)

关键词:颈性偏头痛;小针刀;定点旋转复位法;手法;临床观察
中图分类号:R 747.2 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2005)04- 0027-02

偏头痛为临床常见病,近年来随着颈椎病发病率的提高,颈性偏头痛患者有上升趋势。自 1999 年以来,我院采用小针刀配合手法治疗颈性偏头痛取得良好疗效。现总结报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本研究共收治 67 例患者,以随机数字表法分为 2 组。治疗组(小针刀配合手法治疗)35 例,其中男 16 例,女 19 例;年龄 35~59 岁,平均(45.3± 1.5)岁;病程 20d~11 年,平均(3.75± 2.10)年。对照组(药物治疗)32 例,其中男 14 例,女 18 例;年龄 33~58 岁,平均(44.7± 1.8)岁;病程 16d~12 年,平均(4.01± 1.25)年。2 组病例在性别、年龄、病程等方面经统计学处理无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

1.2.1 临床症状和体征 (1)发病突然,多有落枕,长期伏案学习工作等诱因;(2)单侧或双侧疼痛,呈胀痛、跳痛、隐痛或牵扯样痛,多为持续性疼痛,阵发性加重,且缓解无规律,可伴有颈肩不适及失眠、眩晕、乏力等;(3)颈棘突触诊可发现棘突偏歪错缝,颈部棘突偏歪处压痛,尤所属小关节处更明显,且指下多有钝厚、坚韧感,甚至可扪及小关节肥大。

1.2.2 影像学检查 颈椎骨质均有不同程度的增生性改变,单个或多个间隙变窄,椎间孔缩小,棘突偏斜,颈椎生理曲度消失、变直等。

1.2.3 排除癫痫、青光眼、血管畸形、颅内占位等引起的偏头痛。

2 治疗方法

2.1 治疗组

2.1.1 小针刀治疗 患者坐位,面向椅背,双手平放在椅的靠背上,低头使前额放在双手上充分暴露病变部位,触按寻找压痛条索或结节等阳性反应点。依据 X 线、CT 和 MRI 提示及结合临床体征,在阳性点用龙胆紫作标记,一般每次取 4~6 点,常规消毒,铺无菌洞巾,术者戴一次性帽、口罩及无菌手套,选 4 号或 3 号小针刀。按针刀疗法的四部进针法,刀口线与神经、血管、肌纤维平行,针刀垂直于皮肤进针,用针刀松解棘间韧带和相应的肌肉、韧带筋膜。先纵行切开或剥离,再横行剥离。出针后压迫针孔片刻,使其不出血为止,再用创可贴敷针眼。每周治疗 1 次。对于颈、肩、背、臂等处的软组织损伤同时进行针刀治疗。针刀治疗 1 次未愈,隔 7d 再予治疗,1 次为 1 疗程,设定疗程为 3 次。

2.1.2 手法治疗 患者取坐位,术者立于患者身后,先做预备手法,即用揉、捏、滚、弹拨等手法在颈后、肩部、背部做松

解,使局部肌肉、韧带、筋膜痉挛解除,放松后再做定点旋转复位手法,以 C₂ 棘突偏向左侧为例,术者用右手拇指扶按棘突之左旁,控制患者将头颈前屈(前屈角度以偏歪棘突节段不同而异),再俯身用胸部压住患者头部,使其保持于此角度。术者左手屈肘,用肘弯勾托患者下颌部,用前臂及手抱住患者头面部,即将患者头部用胸部、肘弯、前臂及手抱挟,以便协调控制头部,使之在保持一定前屈角度下作上提旋转活动,当左转至最大限度时,术者再用一巧劲,使患者头部继续向左上方超限转动,同时用右手拇指向对侧推拨 C₂ 棘突,即可感到颈椎被推动和发出的响声,再将头颈部复回中立位,查看棘突偏斜是否纠正,若无纠正可重复此手法。旋转过程中不强求出现响声,应以症状改善,棘突偏斜纠正为原则。手法是在针刺或针刀后进行,一般 1 周 1 次,1 次为 1 疗程,设定为 3 个疗程。

2.2 药物治疗组 口服西比林 5~10mg,每日 1 次,7d 为 1 疗程,共 3 个疗程。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准 参照国家中医药管理局中医病证诊断疗效标准^[1]拟订:痊愈:偏头痛完全消失,伴随症状、体征消除,随访半年以上无复发;显效:偏头痛程度明显缓解,发作次数减少 4/5,伴随症状及体征基本消失;有效:偏头痛程度减轻,发作次数减少 2/5,伴随症状及体征有所缓解;无效:治疗前后症状及体征无改善。

3.2 疗效评定结果 治疗组总有效率为 94.43%,对照组总有效率为 75.00%,2 组总有效率经统计学处理,具有显著意义($\chi^2=4.892, P<0.05$)。见表 1。

表 1 2 组临床疗效						例
组别	n	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	35	15	12	6	2	94.43
对照组	32	4	10	10	8	75.00

4 讨论

颈性偏头痛是由于各种原因引起的颈椎损伤,从而引起颈部软组织、神经根、颈交感神经等受损或刺激症状,自 Trevor-Jones 等^[2]首先提出以来,有关其临床和解剖研究表明颈性偏头痛的产生与颈神经、颅神经受牵拉、刺激有关^[3]。从解剖学上:(1) C₂ 神经主要为感觉神经,它的后支较粗大为枕大神经,分布于项枕皮肤,一旦受损伤则发生头顶部、枕部痛;(2)上颈段 C₁₋₄ 的脊神经前支组成颈丛发出耳大神经、枕小神经、耳后神经、下颌、面支等,分布于头、颈、上肢等处皮肤、肌肉、关节, C₁₋₄ 的神经根汇聚到相应的后角细胞,与三

* 江西省卫生厅资助课题(编号 99036)

叉神经脊髓束的降支发生突触联系,若 C₁ 神经根受到激惹,则产生额区、眶上区疼痛;(3)枕大神经经出寰枢椎椎弓之间向后,穿行肌肉之间,行程长而粗大,受损机会较多,而且椎动脉分支枕动脉支配枕大神经,若椎动脉受压缺血,枕大神经失营养,则诱发枕大神经痛。

基于以上解剖特点再加上长期伏案、劳累等因素作用,使颈部肌肉、椎间韧带长期处于收缩状态,当松弛时使得颈部肌肉应力分布不平衡,从而使椎体失稳,出现颈椎小关节紊乱,刺激和压迫颈神经、颅神经及其分支,从而产生相应临床症状。此外临床观察还发现,大部分偏头痛患者均有前驱症状,主要表现为眩晕、耳鸣、听力障碍、视物模糊等,这些症状的出现与椎基底动脉痉挛引起脑干、大脑枕、颞叶缺血有关,颈性偏头痛患者发作时椎基底动脉痉挛已被血管造影证实。朱忠刚^[4]对 275 例颈性偏头痛患者 TCD 检查发现除有血流速度加快外,还有血流速度减慢、血流速度不对称与不稳定等表现,这与骨刺、疼痛、软组织无菌性炎症刺激或压迫椎基底动脉和 / 或血管植物神经功能失调导致血管调节和舒缩功能改变有关。综上所述,颈性偏头痛的发作过程中,既有神经因素,又有血管因素,而且临床以上颈段神经根功能紊乱的表现更突出。

小针刀作为一种微创疗法已被广泛推广,其作用机理主要是松解椎管外肌肉、筋膜、肥厚关节囊、项韧带及黄韧带等,松解粘连的血管、神经、疤痕等组织,恢复颈椎的动力平衡,阻止、减少颈椎间盘的退变,恢复破坏的静力平衡,使局部病变组织得到减张利于循环的建立,消除了肌痉挛、肌紧张,改善代谢,促进无菌性炎症的消退,最终可恢复正常组织功能,缓解临床症状。

手法作为一种无创性治疗,已越来越被医学界所重视,通过手法能直接或间接调整椎体关节的紊乱,解除肌肉、筋膜痉挛,恢复小关节位置,改善颈椎各关节与椎动脉、颈交感神经丛的压迫和刺激,缓解血管和周围软组织的痉挛,从而

(上接第 26 页)会导致血液与脑组织之间形成渗透压及 pH 梯度,促使血液中的水分向脑组织渗透,加重脑水肿和脑细胞酸中毒,所产生的临床表现称透析失衡综合征。笔者认为:尿毒症脑病人应用常规血液透析,因为通过血液透析,电解质紊乱及酸中毒得以纠正,尿毒症毒素被清除,患者内环境随之改善,对神经、精神造成的损害也得以解除。应用血液透析技术治疗尿毒症脑病,需要注意以下几个方面的问题:(1)尽早透析。尿毒症脑病一经诊断,紧急透析,以免贻误病情。(2)实行短频透析。首次透析时间 2 h 左右,以后每次递增 0.5 h,透析间隔不超过 24 h,即每日透析 1 次,待症状改善以后,隔日 1 次或每周透析 2~3 次,以安全渡过透析诱导期。(3)首次透析注意点。使用小面积、低通量透析器,透析液流量在 500 mL/min 以下,血流量一般在 150~200 mL/min 左右,可在建立体外循环的同时,输入生理盐水 200 mL,以免因血液动力学改变而出现低血压。(4)透析诱导期,尽量减缓尿素及血液 pH 值改变的速率。每次透析超滤量应控制在干体重的 5% 以下,血尿素氮下降水平应不超过原有水平的 30%~40%,否则,容易出现失衡症状甚至加重病情。透析中途或结束前 0.5h,可适量输入高渗性药物,如 50% 葡萄糖或 20% 白

解除临床症状。本研究中采用的定点旋转复位法是拔伸牵引和定点旋转的复合,拔伸牵引的目的是使其椎间隙增宽、椎间孔扩大,并且在牵引过程中有意将双手反方向用力,使其形成一定的弧度,恢复颈椎正常生理弯曲度,最后达到治病的目的;而定点旋转手法目的是纠正移位的椎体,提高颈椎的稳定性。姜宏等^[9]研究表明旋转手法能调整颈椎间盘的粘弹性与应力分布,但是椎间盘是粘弹性组织,过高的异常应力环境反而会导致椎间盘退变,因此在行手法过程中力度一定要适度,且必须先行理筋手法。

通过针刀术后配合手法治疗,其一使针刀施术后残留的粘连和疤痕达到完全彻底的松解;其二使因疤痕挛缩所造成的关键部位的椎体旋转移位,关节错缝等病症在针刀松解的基础上再用手法补充复位,从而彻底的解除颈、颅神经及椎动脉的牵拉、刺激,大大提高临床疗效,减少复发。从本研究的结果中也可看出治疗组总有效率为 94.43%,而药物治疗组总有效率为 75.00%,且易复发,不良反应较多等缺点。因此笔者认为小针刀配合手法治疗颈性偏头痛具有“简便、快捷、价廉、效验”等特点,有利于临床推广应用。

参考文献

[1]国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994.186
[2]Trevor-Jones R. Osteoarthritis of the paravertebral joints of the second and third cervical vertebrae as a cause of occipital headache [J]. South African Medical Journal, 1964,38: 392
[3]李平平,肖芝秀. 颈性偏头痛 85 例临床分析[J]. 中风与神经疾病杂志, 2000, 17(1): 53
[4]朱忠刚. 颈性偏头痛 275 例临床及经颅多普勒检查分析[J]. 贵州医药, 2002, 26(5): 442~443
[5]姜宏,施杞,王以进. 旋转手法对颈椎间盘粘弹性影响的实验研究[J]. 中国中医骨伤科杂志, 1999, 7(1): 4~6

(收稿日期: 2005-04-19)

蛋白,以减缓因尿素等溶质的清除而导致血浆渗透压降低,防治失衡症状。(5)注意观察血生化及电解质变化,据此调整透析液离子浓度,如钠离子浓度或钾离子浓度,达到个体化透析的目的。(6)密切观察患者病情变化,及时评估透析效果,并根据病情调整透方式,如血压不稳定或常规透析效果欠佳者可改血液滤过或血液透析滤过。

参考文献

[1]Nicholls AJ. Nervous System [A]. In: Daug irdas JT, lng lrs, eds. nBook of Dialysis [M]. Boslon: Little Brown and Company, 1994. 673~683
[2]王海燕. 肾脏病学[M]. 第 2 版, 北京: 人民卫生出版社, 1998.1 417~1 425
[3]谢红浪,季大玺. 尿毒症脑病[J]. 肾脏与透析移植杂志, 1995, 4(3): 171~174
[4]李鸿哲,崔允峰,许维亮,等. 尿毒症脑病颅脑 CT 与 MRI 检查价值的探[J]. 中国医学影像技术, 2001, 17(4): 321~322
[5]沈清瑞. 血液净化与肾移植 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000.127~128

(收稿日期: 2005-03-22)