

· 传统医学与康复 ·

小针刀综合治疗对慢性颈源性头痛患者疼痛及生存质量的影响

刘 敏¹ 黄兆民¹

摘要 目的: 观察小针刀综合治疗对慢性颈源性头痛患者疼痛及生存质量的影响。方法: 将 236 例慢性颈源性头痛患者随机分为两组, I 组为对照组(118 例)采用推拿、颈牵、中频电及功能训练。II 组为针刀组(118 例), 采用小针刀, 辅以适当手法, 封闭及功能训练, 两组治疗前后均采用 VAS 法评定疼痛程度, 并采用 SF-36 量表评定生存质量。结果: 针刀组患者治疗后疼痛程度评分及生存质量评分明显改善, 与对照组比较差异均有非常显著性意义($P < 0.05$)。两组患者随访 6—60 个月, 平均随访 24.75 ± 8.43 个月, 针刀组疗效稳定, 与对照组比较, 差异有非常显著性意义($P < 0.05$)。结论: 小针刀综合治疗可明显改善慢性颈源性头痛的疼痛程度及生存质量, 且远期疗效稳定。

关键词 小针刀; 慢性颈源性头痛; 疼痛; 生存质量

中图分类号: R493, R274 文献标识码: A 文章编号: 1001-1242(2006)-08-0720-03

The effect of small needle scaple comprehensive therapy on pain and quality of life in chronic cervical headache patients/LIU Min, HUANG Zhaomin//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2006, 21(8): 720—722

Abstract Objective: To observe the effect of small needle scaple comprehensive therapy on pain and quality of life in chronic cervical headache patients. **Method:** Two hundred and thirty six patients with chronic cervical headache were randomly divided into two groups: the control group (group I, 118 cases) was treated with manipulation, cervical traction, modulated medium frequency current and functional training; the experimental group (group II, 118 cases) was treated with small needle scaple, proper manipulation, block and functional training. Pain was measured by visual analog scale (VAS) and the short-form 36 health survey scale (SF-36) was used to assess quality of life before and after treatment. **Result:** The pain and the score of life quality were all significantly improved in the experimental group ($P < 0.05$). Averaged Follow-up for 24.75 ± 8.43 months, the effect was stable in experimental group compared with control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** Small needle scaple comprehensive therapy has better effects in improving the pain and life quality in chronic cervical headache patients, and long term effect is stable.

Author's address Dept. of Rehabilitation Medicine, The Second Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, 410011

Key words small needle scaple; chronic cervical headache; pain; quality of life

慢性颈源性头痛是指由颈椎和/或颈部软组织病损所引起的以慢性、单侧头痛为主要临床表现的一组综合征。疼痛性质是一种牵涉痛, 多由枕部起源, 可放射到额颞及眶部^[1-2]。往往影响患者的生存质量^[3]。本研究通过对慢性颈源性头痛患者采用小针刀松解治疗并辅以手法、封闭及颈肌功能训练, 以观察小针刀综合治疗对慢性颈源性头痛患者疼痛和生存质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

随机选择 2000 年 8 月—2005 年 3 月就诊于本院门诊和住院的慢性颈源性头痛患者 236 例, 男 107 例, 女 129 例; 年龄 23—65 岁, 平均 42.35 ± 6.32 岁; 病程最长 3.5 年, 最短 1.1 个月, 平均病程 $10.51 \pm$

2.3 个月; 其中颈椎骨质增生伴有颈椎退变 83 例, C2 横突综合征 58 例, 环枕筋膜挛缩和/或椎枕肌劳损 32 例, 斜方肌和/或头夹肌劳损 43 例, 胸锁乳突肌劳损 20 例, 大多有劳损史及接受过多种治疗方法疗效欠佳者。所有患者均行颈椎 X 线片, 排除骨折、结核、肿瘤。并排除颅内器质性疾病及五官科疾病所致头痛。将 236 例患者随机分为 2 组, I 组为对照组(118 例), 采用推拿、颈牵、中频电及功能训练治疗, II 组为针刀组(118 例), 采用小针刀, 配合适当手法, 封闭及功能训练治疗。两组在性别、年龄、病种、病情、病程等方面经统计学分析差异无显著性意义($P > 0.05$), 具有可比性。

1 中南大学湘雅二医院康复科, 长沙, 410011

作者简介: 刘敏, 女, 硕士, 副教授

收稿日期: 2005-12-20

1.2 诊断标准^[4]

颈枕部或肩部症状和体征:a、以下情况可使头痛症状加重:①颈部活动和/或头部维持于非常规体位时;②按压头痛侧的上颈部或枕肩部时。b、颈部活动受限。c、同侧的颈肩或上肢呈非根性疼痛,或偶有上臂的根性痛症状。

符合 a 即可确诊,而仅有 b 或 c,则不足以确诊,同时出现 b 和 c 点,则可明确诊断。若 a、b、c 三点同时出现,则确诊无疑。

1.3 治疗方法

1.3.1 针刀组:①针刀松解:患者俯卧位或反坐于椅上,双手叠放于椅背,两种体位均呈颈前屈位,充分暴露后颈部并使颈部放松。根据临床症状、体征及 X 片或 MRI 检查结果,每次选择 1—5 个压痛点(1%龙胆紫药液标记),常规消毒,局部注射 1%利多卡因 2—4ml 浸润麻醉后,用小针刀(刀刀 0.8cm)在原压痛点进针,直达病灶,对粘连疤痕挛缩的软组织进行纵行疏通剥离,横行摆动,切开剥离,疤痕刮除,通透剥离,使粘连、结疤及挛缩的软组织松解^[5]。10 天治疗 1 次,共治疗 1—2 次。术后常规预防性使用抗生素 3 天。②手法整复:患者取仰卧位,施以推拿、按压和弹拨等手法,使颈部放松,然后一手扶其下颌,另一手托其枕部,使患者头前倾 15°状态牵引 1min 左右,同时将颈部向左右旋转 2—3 次。③疼痛明显部位辅以醋酸强的松龙 0.5ml 封闭。④功能训练,指导患者回家后作颈肌功能训练(金狮摇头、回头望月、前伸探海),逐渐增加训练次数。

1.3.2 对照组:①先推拿按摩:患者端坐位,采用揉、滚、按、推、弹、指压点穴使颈肌放松,每次 25—30min。②接着颈牵:采用日本产 TM-300 型电脑颈椎治疗机间歇牵引,取坐位,牵引角度为颈前屈 15°—20°,牵引力首次从 6kg 开始,逐渐增加到 7—16kg,以患者的耐受量为限,持续牵引时间为 10s,间歇时间为 5s,其间歇期内仍保留 2kg 的牵引力,反复交替进行,牵引总时间 20min。③中频电:随后采用调制中频电(兼有低频电和中频电两种电流各自特点与作用),临床采用 9 号处方,电极板并置法置于患病位(穴位上),电流强度以具有明显麻、颤、震动为宜,每日 1 次,每次 20min。上述理疗每日 1 次,连续治疗 20 天。④功能训练:同针刀组。

1.4 观察指标及评定方法

1.4.1 疼痛程度评价:采用视觉模拟评分(visual analog scale, VAS)^[6],其中重度疼痛:7—10 分,中度疼痛:4—6 分,轻度疼痛:1—3 分,无痛:0 分。

1.4.2 生存质量 (quality of life, QOL) 的评定:用

WHO 生存质量 (the short-form 36 health survey scale, SF-36)^[7]评估生存质量。该表有 36 条目,分为 8 个维度即身体功能 (physical function, PF), 身体问题角色限制 (role-physical, RP) (包括自我照顾、精力等), 躯体疼痛 (body pain, BP), 健康感受 (general health, GH), 活力 (vitality, VT), 社会功能 (social function, SF), 情感问题限制角色 (role-emotional, RE) (包括情感自我控制能力等), 心理健康 (mental health, MH)。各条目的原始记分采用万崇华^[8]介绍的方法转化为 8 个领域得分,总粗分为 145 分(表 1),而各维度的记分方法采用百分制,其中 0 分代表最差的健康状态,100 分意味着最好的健康状态。

1.5 统计学分析

实验数据以均数±标准差表示,采用 *t* 检验。

表 1 MOS SF-36 各领域及计分(粗分)方法

领域	条目数	积分范围	计分方法
躯体功能(PF)	10	10—30	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j
躯体角色(RP)	4	4—8	4a+4b+4c+4d
躯体疼痛(BP)	2	2—12	7+8
一般健康状况(GH)	5	5—25	1+11a+11b+11c+11d
生命力(VT)	4	4—24	9a+9e+9g+9i
社会功能(SF)	2	2—10	6+10
情感角色(RE)	3	3—6	5a+5b+5c
心理健康(MH)	5	5—30	9b+9c+9d+9e+9f+9g

条目 2 为自我报告的健康变化,不参与量表得分的计算

2 结果

治疗前后相比,两组患者的疼痛程度和生存质量均有不同程度改善。两组治疗后比较,针刀组 VAS 与 QOL 评分明显优于对照组 ($P<0.05$)。随访 6—60 个月,平均随访 24.75±8.43 个月,发现针刀组(117 例)疗效(VAS 与 QOL 评分)稳定,而对照组(116 例)有反弹现象,两组 VAS 及 QOL 评分比较 ($P<0.05$)。两组患者中共有 3 例未随访到,因失去电话联系。结果提示,两组患者在治疗后,疼痛程度和生存质量均有改善,而以针刀组改善更为显著且针刀组远期疗效稳定(表 2)。无一例出现治疗副作用。

表 2 两组治疗前后疼痛程度及生存质量的变化 ($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	测评时间	VAS(分)	QOL(分)
针刀组	118	疗前	7.43±2.42 ^①	61.13±9.78 ^①
	118	疗后	1.57±0.41 ^②	89.45±10.03 ^②
	117	随访 24.75±8.43 个月	1.54±0.49 ^②	89.68±10.00 ^②
对照组	118	疗前	7.50±2.54	60.94±9.02
	118	疗后	4.21±1.16	73.24±9.76
	116	随访 24.75±8.43 个月	5.24±1.23	70.01±8.97

①两组疗前比较 $P>0.05$; ②两组同时间比较 $P<0.05$

3 讨论

3.1 发病机制

慢性颈源性头痛的发病机制尚未完全明确, 现代医学研究主要集中于 3 点^[1]: 疼痛敏感组织机械刺激学说; 炎性物质释放水肿学说; 解剖学上痛觉传入的汇聚理论。

针刀医学认为慢性颈源性头痛的根源是颈部软组织损伤后的动态平衡失调^[9]。当各种原因(如风寒湿热、慢性劳损)引起由 C1—C3 所支配的颈部软组织包括肌肉、筋膜、韧带等产生无菌性炎症, 渗出, 粘连, 挛缩, 结疤导致局部血液循环障碍, 组织缺氧, 导致无氧代谢, 产生大量酸性化学产物刺激血管扩张损害肌肉组织, 导致疼痛和活动功能受限, 而疼痛和活动受限又使血循环障碍加重, 软组织变性和粘连挛缩加剧, 致使颈部软组织动态平衡失调, 颈椎稳定性下降, 若得不到及时有效治疗, 颈椎继续在软组织力平衡失调状态下勉强继续维持各种活动, 势必导致颈椎应力失衡, 小关节错位, 椎体间错位、错缝, 而在高应力点处成骨代谢作用增强, 钙磷在高应力点沉积生成骨赘, 这些因素均可直接或间接压迫(刺激)第 1、2、3 颈脊神经及其分支, 累及椎动脉的交感神经丛或其他交感神经而引起头痛等症状。解剖学结构分析发现^[9]: C1、C2、C3 神经一方面与分布到头部的颈部神经枕大神经、枕小神经和耳大神经相关联, 另一方面与支配头面部的神经节或神经核发生联系或汇聚(如三叉神经脊束核)。故颈源性头痛多表现为后枕顶颞部疼痛, 也可在额部和眼眶部出现疼痛。

3.2 治疗机制

小针刀一方面具有手术刀的作用, 可以解除颈部软组织处的粘连、瘢痕和挛缩, 去除力学不平衡因素, 减轻炎症区内压, 阻断其对血管神经的恶性刺激; 改善微循环, 缓解或纠正缺血、缺氧状态, 有利于炎症消退和吸收, 改善组织新陈代谢, 加快组织修复, 从而恢复局部组织的动态平衡失调, 从根本上治疗病症。小针刀另一方面, 也具有针刺的作用, 可起粗针作用, 针感较强, 易疏通经络, 行气活血, 达到“通则不痛”的机制。此外, 小针刀治疗过程中, 机体受到刺激, 可使中枢神经系统啡类物质含量升高, 就可达到即时镇痛作用^[10]。

配合适当手法, 在粘连挛缩结疤的软组织被切开松解放松情况下, 易于使错位小关节复位, 易于将变窄的椎间隙和椎间孔扩大, 有利于颈椎生物力学平衡的恢复。

辅以药物注射, 有利于减轻炎症渗出, 促进炎症水肿消退与吸收, 促进新陈代谢, 防止再度粘连, 也可短暂镇痛。适当进行颈肌功能锻炼能增强肌肉的力量, 增强颈椎的稳定性, 为肌肉、韧带、筋膜、关节囊等损伤修复创造条件, 并可防止复发。本研究结果显示针刀组患者疼痛程度及生存质量得分改善情况均明显优于对照组, 差异有显著性意义($P < 0.05$)。平均随访 24.75 ± 8.43 个月, 结果显示针刀组疗效稳定, 对照组有反弹现象, 两组比较差异有显著性意义($P < 0.05$), 同时无 1 例患者出现治疗副作用, 这就说明了小针刀综合疗法治疗慢性颈源性头痛是针对其发病机制, 在针刀解除了慢性软组织动态平衡失调这个根本问题基础上, 配合适当手法及功能训练使颈椎力平衡状态得以恢复, 使该病从病因和病症上得到了全面的治疗, 因此疗效显著, 不易复发。

当然, 在临床工作中, 要想取得好的疗效, 诊断准确是根本, 针刀松解、手法整复是关键, 正确的功能训练很重要, 尤其是颈椎, 其解剖结构精细复杂, 血管神经丰富。这就要求医生必须准确掌握病变部位的微细解剖结构, 了解病变组织的生物力学和病理学改变, 以及发病机制和临床表现, 准确、娴熟地运用操作技术, 只有这样, 才能避开危险, 提高疗效。

参考文献

- [1] 常蜀英. 重视颈源性头痛的诊断和治疗 [J]. 空军总医院学报, 2005, 21(2): 96—99.
- [2] 王威, 王保国, 刘延青, 等. 不同神经阻滞方法治疗颈源性头痛的疗效观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(8): 585—588.
- [3] Van Suijlekom HA, Lame I, Stomp van den Berg SG, et al. Quality of life of patients with cervicogenic headache: a comparison with control subjects and patients with migraine or tension type headache [J]. Headache, 2003, 43(10): 1034—1041.
- [4] 冯金升, 华迎丽, 赵华丽, 等. 颈源性头痛的鉴别诊断 [J]. 颈腰痛杂志, 2003, 24(1): 50—51.
- [5] 朱汉章, 柳百智. 针刀临床诊断与治疗 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 1999: 8—12.
- [6] Revell SI, Robinson JO, Rosen M, et al. The reliability of a linear analogue for evaluation pain [J]. Anaesthesia, 1976, 31: 1191—1198.
- [7] Mc Horney CA, Ware J, Raczek AE. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs [J]. Med Care, 1993, 31(3): 247—263.
- [8] 万崇华, 方积乾, 史明丽, 等. MOS SF-36 量表用于药物成瘾者生命质量测定的对比研究 [J]. 中国行为医学科学, 1998, 7(4): 260—261, 259.
- [9] 赵定麟主编. 现代颈椎病学 [M]. 北京: 人民军医出版社, 2001: 20—22.
- [10] 韩济生. 针刺镇痛原理 [M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1999: 102—103.