

颈椎旁神经阻滞复合针刀松解治疗颈源性头痛的临床观察*

姚 军¹ 余丽娟¹ 王 颖¹ 李 隽² 徐新辉²

颈源性头痛是以颈椎退行性病变和颈椎软组织病变引起的一类头痛,近年逐渐受到人们的重视,临床上多以药物治疗为主,收效甚微。单纯神经阻滞治疗颈源性头痛已经应用多年,对发病时间短的患者可获得较好的治疗效果,而对发病时间长、伴随着严重颈部软组织病变的患者,效果较差。为此我们自 2006 年 1 月开始对发病时间长、伴随严重的颈椎软组织病变的患者进行神经阻滞复合针刀松解治疗。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选病例均为疼痛门诊患者,根据 Sjaastad 提出的诊断标准进行诊断^[1],所有患者均伴随不同程度的颈肩部僵硬、酸胀等不适,且病程多在半年以上。所选病例共 122 例随机分为两组,一组为观察组,即行颈椎旁神经阻滞复合针刀松解治疗;另一组为对照组,行单纯颈椎旁神经阻滞治疗。两组患者的性别、年龄、病程和 VAS 评分比较差异无显著性意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 A、B 两组患者一般资料

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁)	病程 (年)	VAS 评分 ($\bar{x}\pm s$)
		男	女			
治疗组	62	28	34	56.3±20.6	5.7±3.6	6.3±2.2
对照组	60	28	34	58.3±17.6	5.5±4.1	6.6±2.1

1.2 治疗方法

治疗组即颈椎旁神经阻滞复合针刀松解治疗。颈椎旁神经阻滞方法:患者取俯卧。位于治疗床上,胸部垫枕,低头前屈位,使颈椎呈水平状态,用紫药水标记颈椎正中线旁开 2—2.5cm 处和棘突及枕骨下缘的压痛处,充分消毒后先行复合液(含 0.5%利多卡因和 0.1%的曲安奈德)的神经阻滞,每点注射 1—2ml,之后行针刀松解。针刀松解方法:选择 C3 棘突水平以下椎旁为进针点,针刀在神经阻滞治疗进针处垂直或稍向外倾斜进针直达骨面,该骨面相当关节突关节或椎板的骨面,每点针刀切割 3—5 刀,刀下有松动感后出刀,如针刀进针时出现剧烈疼痛则退针后调整进针角度,每次针刀松解治疗不超过 10 个部位。每周 1 次,4 次为 1 疗程,最多不超过 2 个疗程。

对照组即为单纯颈椎旁神经阻滞治疗,阻滞方法和用药与观察组相同。

1.3 疗效评定

分别于治疗后 1 个月、3 个月、6 个月通过电话或复诊方式进行随访。采用 VAS 评分法对疼痛程度进行评分,并依据 VAS 加权计算方法对疗效进行评估。疼痛减轻的百分数=A-B/A×100,A=用药前 VAS 评分;B=用药后 VAS 评分。①临床治愈:VAS 加权值≥75%,患者头痛基本消失,恢复正常工作,睡眠获得改善,停止服用镇痛药物;②显效:VAS 加权值≥50%—75%,患者疼痛偶有间断发作,口服镇痛药物或休

息后可缓解,可正常工作;③有效:VAS 加权值≥25%—50%,疼痛仍有发作,但较前轻,需要口服药物缓解疼痛;④无效:VAS 加权值≤25%,头痛与治疗前无任何改善甚至加重。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 13.0 统计软件处理,VAS 值用均数±标准差表示,采用 t 检验,治疗效果用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有显著性意义。

2 结果

两组治疗效果比较见表 2。治疗后 1 个月、3 个月、6 个月随访治疗组优良率明显高于对照组($P<0.05$)。

表 2 治疗组和对照组治疗效果

组别	病例	临床治愈	显效	有效	无效	优良率 (%)
1 个月						
治疗组	62	32	23	4	3	88.7 ^①
对照组	60	25	23	7	5	80.0
3 个月						
治疗组	60	31	21	4	4	86.7 ^①
对照组	60	22	24	7	7	76.7
6 个月						
治疗组	60	29	23	4	5	83.3 ^①
对照组	60	19	25	9	7	73.3

①与对照组比较 $P<0.05$

3 讨论

颈源性头痛是一类由颈枕部组织的器质性或功能性病损所致以同侧头痛为主的一综合征,最早由 Sjaastad 于 1983 年提出。该类头痛在慢性头痛患者中占有相当比例。目前认为引起颈源性头痛的主要机制是颈神经受刺激以及三叉神经与颈神经在三叉神经-脊髓核内会聚^[2],刘宗良等研究^[3]指出 C2 颈神经后内侧深支支配头下斜肌和头半棘肌,C3—C8 颈神经后支分布于项部肌肉、颈椎关节突关节及枕项部皮肤,当颈神经尤其是高位颈神经受到刺激,会出现枕部、顶部、颞部的疼痛,并通过三叉神经-脊髓核内会聚而引发复杂的头痛症状。颈椎软组织病变和颈椎的退行性病变直接刺激颈神经,是引起颈源性头痛的最主要的原因。颈椎软组织病变多开始于早期,由于颈枕部损伤,长期姿势不当、伏案工作等原因引起颈部诸肌劳损,肌腱、筋膜、韧带、关节囊等扭伤和钙化,从而引起颈神经后支的卡压及颈椎间盘退变和小关节的变性、增生等,进一步刺激颈神经、椎基底动脉、椎动脉

* 基金项目:2005 年河北省科学技术研究与发展指导计划课题(052761707)

1 河北大学附属医院麻醉科,保定市裕华东路 212 号,071000

2 河北省徐水县人民医院

作者简介:姚军,男,副主任医师

收稿日期:2008-12-09

等而引起头痛、眩晕等症状。神经阻滞治疗是目前治疗颈源性头痛的最有效的方法之一^[4-6]。针刀医学是以生物力学理论为基础,以软组织外科新理论为指导^[7],通过对颈部实施深部的、多层次松解术,能迅速调节神经的生理应激反应,解除神经卡压,改善颈部软组织血运,消除无菌性炎性刺激,缓解动脉痉挛,增加脑部血流量,患者在治疗结束后头痛、头晕症状多能立即缓解,且远期疗效较单纯神经阻滞治疗明显提高。但是,针刀治疗要求医生熟悉解剖结构。在本研究中,针刀进针点限制在 C3 棘突水平以下,目的是避免伤及 C1、C2 水平椎动脉和神经节而出现严重的并发症,而在 C3 棘突水平以下进针,针刀刀锋只触及关节突关节、椎板或者横突^[8],该处无大的血管和神经,在神经阻滞时已经确定了进针的距离和方向,且针体要求向外倾斜,目的是避免针刀向内刺入椎管,而向外倾斜,刀锋紧贴骨面进针,同时询问患者的感觉,不会伤及血管和神经。本研究提示神经阻滞复合针刀松解治疗颈源性头痛疗效确切,且远期疗效尤为明显。

参考文献

- [1] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V, et al. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. the cervicogenic headache international study group[J]. Headache, 1998,38(6):442—445.
- [2] 赵佐庆,李惠民.三叉神经和颈神经初级传入纤维在延髓内重叠投射的观察[J].第四军医大学学报,1995,16(4):272—273.
- [3] 刘宗良,黄素群,刘爽,等.颈神经后支的应用解剖研究[J].中国康复医学杂志,2007,22(2):112—115.
- [4] 郑宝森,史可梅,冯雪辛,等.神经阻滞治疗颈源性头痛的研究[J].中国疼痛医学杂志,2001,7(4):241—242.
- [5] 姚军,郭小俊,李前进,等.颈 2、颈 1 脊神经节阻滞治疗颈源性头痛的临床观察[J].中国疼痛学杂志,2008,14(1):51—52.
- [6] 张海泉,张挺杰,乔瑞冬.微创介入治疗方法用于颈源性头痛患者镇痛的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2008,11(7):633—635.
- [7] 朱汉章主编.针刀医学[M].北京:中国中医药出版社,2004.137—138.
- [8] 王文德主编.针刀治疗颈椎病[M].北京:人民卫生出版社,2008.214—215.

·短篇论著·

超激光并中药熏蒸对胫骨骨折延迟愈合的影响

庞思思¹ 陈喜志² 吴珍珍² 罗 华¹

骨折延迟愈合是骨折重要的并发症之一,给患者带来极大的痛苦,其治疗尚无十分有效的方法。我科对 2005 年 3 月—2008 年 3 月收住的 60 例胫骨延迟愈合的患者,用超激光并中药熏蒸治疗,疗效显著,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

所选 60 例胫骨骨折延迟愈合的病例均符合《中医骨伤科学》中关于骨折延迟愈合的诊断标准^[1]。诊断标准:①时间:骨折后超过骨折平均愈合时间 1 倍以上未愈合;②症状及体征:伤肢不能正常活动,甚至有局部疼痛、压痛、纵向叩击痛、异常活动现象;③X 线检查:未形成骨性连接,骨折端可见骨质脱钙、骨痂稀少、骨折间隙仍旧清晰。男 41 例,女 19 例,年龄 18—50 岁,平均(38.4±10.3)岁。胫骨上段骨折 13 例,中段 18 例,下段 29 例,病程 6.1—7.2 平均(6.6±0.5)个月。

排除病例标准:①开放性伤口感染引起的胫骨骨折延迟愈合;②由骨病(良性或恶性肿瘤、结核、骨髓炎、内分泌代谢等因素)所致的病理性骨折或伴严重骨质疏松者;③年龄在 18 岁以下或 50 岁以上,妊娠或哺乳期妇女;④合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重疾病,影响骨折愈合者;⑤有精神病或不配合治疗者;⑥病情危重,难以对临床疗效作出准确评价者。

将 60 例胫骨骨折延迟愈合的患者随机分为治疗组和对

照组。治疗组:男 21 例,女 9 例;年龄 19—49 岁,平均年龄(38.6±10.5)岁;病程 6.1—7.2 个月,平均(6.4±0.6)个月。对照组:男 20 例,女 10 例;年龄 18—50 岁,平均年龄(37.9±10.7)岁;病程 6.2—7.1 个月,平均(6.3±0.7)个月。两组患者性别、年龄、病程比较差异均无显著性($P>0.05$)。

1.2 治疗方法

两组患者每日均予鹿瓜多肽注射液(松梅乐)6ml 加入 5% 的葡萄糖 250ml 静滴,共 60 天;治疗组除上述治疗外,加用日本产超激光(直线偏振光近红外线)疼痛治疗仪(SUPER LIZER HA-550)的 C 型透镜照射骨折处,透镜与骨折处相距 1—2cm,剂量范围为 80%—100%,照射时间为照射:间隔=2s:2s,时间为 20min,之后用 LT99AIII 型全电脑多功能药化汽疗仪行中药熏蒸患部 30min,熏蒸温度在 40—55℃,根据患者的感觉和实际情况进行调节。熏蒸中药活血舒筋汤的组成:生川乌 15g、生草乌 15g、木瓜 15g、乳香 10g、没药 10g、红花 15g、细辛 10g、丹参 15g、透骨草 30g、川椒 30g、伸筋草 15g、络石藤 20g、过江龙 20g、甘草 6g,加 3000ml 水煮,煮沸 20min 后(水浓缩成 2000ml)即可开始熏蒸治疗。上述两种治疗均为 10 天 1 个疗程,疗程间隔 5 天,治疗 4 个疗程。治疗前后仔细

1 深圳市横岗人民医院康复科,518115

2 深圳市横岗人民医院外科

作者简介:庞思思,女,副主任技师

收稿日期:2008-03-12