·临床研究·

阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛的疗效分析

何明伟[1] 刘 景[2] 倪家骧[1,3] 刘长信[2]

摘要

目的:探讨高位颈椎旁阻滞联合手法复位对颈源性头痛的治疗效果。

方法:40例颈源性头痛患者随机分为两组(A,n=20例;B,n=20例),A组接受颈2椎旁阻滞治疗,B组接受手法复位联合颈2椎旁阻滞治疗。比较治疗前后及不同治疗方法治疗后不同时间段,患者的轻、中度头痛天数、剧烈头痛的发作次数及服药剂量。

结果:A组接受治疗后1—2个月、3—4个月,患者的每月轻、中度头痛天数、剧烈头痛发作次数及口服非甾体类抗炎药物(NSAID)的剂量分别为:2.5±1.1d、1.0±0.30次、200±50mg/d和7.6±3.5d、1.6±0.4次、860±80mg/d均较治疗前2个月明显减少,差异有极显著意义($P<0.01$);B组治疗后1—2个月、3—4个月的数据分别为:2.3±1.0d、1.2±0.45次、300±75mg/d和3.7±2.3d、1.0±0.33次、350±100mg/d,较治疗前2个月明显减少,差异有极显著意义($P<0.01$);B组治疗后3—4个月,患者每月头痛天数、剧烈头痛发作次数及口服NSAID的剂量均较A组:7.6±3.5d、1.6±0.4次和860±80mg/d明显减少,差异有显著意义($P<0.05$)。

结论:高位颈椎旁阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛疗效优于单纯高位颈椎旁阻滞,但其远期疗效尚待探讨。

关键词 颈源性头痛;颈2椎旁阻滞;阻滞联合手法复位

中图分类号:R441.1,R493 **文献标识码:**A **文章编号:**1001-1242(2012)-07-0621-04

A clinical study for the treatment of cervicogenic headache via upper cervical paravertebral block combined with manipulative reduction/HE Mingwei, LIU Jing, NI Jiaxiang, et al.//Chinese Journal of Rehabilitation Medicine, 2012, 27(7): 621—624

Abstract

Objective: To study the effect of upper cervical paravertebral block combined with manipulative reduction for the treatment of cervicogenic headache.

Method: Forty patients suffered from cervicogenic headache, aged between 25 and 48 years were randomly divided into A and B groups (20 patients in each group). Group A received C2 paravertebral block treatment, group B received manual reduction combined with C2 paravertebral block. The pain score, severity of pain episode and the amount of medication before and after treatment were compared.

Result: For group A, posttreatment 1—2 months and 3—4 months, the monthly days of mild and moderate headache, the number of severe headache episode, and the amount of oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) were 2.5±1.1d, 1.0±0.30times, 200±50mg/d and 7.6±3.5d, 1.6±0.4times, 860±80mg/d respectively; compared with 2 months pretreatment all reduced significantly($P<0.01$). For group B, posttreatment 1—2 months and 3—4 months, the monthly days of mild and moderate headache, the number of severe headache episode, and the amount of oral NSAID were 2.3±1.0d, 1.2±0.45times, 300±75mg/d and 3.7±2.3d, 1.0±0.33times, 350±100mg/d respectively; compared with 2 months pretreatment all also reduced significantly($P<0.01$). In group A posttreatment 3—4 months, the monthly days of mild and moderate headache, the number of severe headache episode, and the amount of oral NSAID were 7.6±3.5d, 1.6±0.4times and 860±80mg/d respectively. There were signifi-

DOI:10.3969/j.issn.1001-1242.2012.07.008

1 首都医科大学宣武医院疼痛科,100053;2 东直门医院按摩疼痛科;3 通讯作者

作者简介:何明伟,男,博士,主治医师; 收稿日期:2011-10-09

cant difference between group B and group A posttreatment 3—4 months($P<0.05$).

Conclusion: For effects of the treatment of cervicogenic headache, upper cervical paravertebral block combined with manipulative reduction was better than the upper cervical paravertebral block alone, but its long-term effect needed to be further explore.

Author's address Department of Pain Medicine, Xuanwu Hospital, Capital Medical University, Beijing, 100053

Key word cervicogenic headache; C2 paravertebral block; nerve block combined with manipulative reduction

颈源性头痛是颈部疾病最终导致颈神经病变引起慢性、单侧或双侧头痛为主要临床特征的疾病，如：颈椎间盘疾病、颈椎小关节退变及颈部肌肉血管病变等引起的头痛[1]。目前，颈源性头痛的治疗集中在颈椎，包括颈椎旁阻滞、颈椎硬膜外腔连续阻滞，国内也有手法按摩治疗，但是阻滞联合复位的治疗方法还未见报道。我科与东直门医院按摩疼痛科进行了联合研究，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2011年1—5月，在宣武医院疼痛科及东直门医院按摩疼痛科就诊并符合试验条件的颈源性头痛患者40例，男14例，女26例；年龄25—48岁，平均42岁。纳入标准：符合颈源性头痛国际研究组制定的诊断标准[1]，同时满足以下条件：病程不少于3个月；颈椎磁共振(MRI)示颈2—4椎间盘膨出、突出或变性。其中颈2/3椎间盘膨出21例，突出5例，变性7例；颈3/4椎间盘膨出7例，突出9例，变性18例。排除标准：颈椎病理性骨折、肿瘤、神经系统及其他器质性疾病。病史：头痛3个月—3年，治疗前2个月，重度以上疼痛发作1—4次/月，疼痛天数5—17d/月。按随机数字分成两组，A组20例，B组20例，两组患者一般资料，见表1。两组患者在性别、年龄、病程、病变位置等情况差异无显著性意义($P>0.05$)，符合入组的均衡性实验原则。

表1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄(岁)	病程(年)	C2/3(例)			C3/4(例)		
		男	女			膨出	突出	变姓	膨出	突出	变姓
A组	20	6	14	43 ± 5.3	2.6 ± 0.8	11	2	3	3	5	9
B组	20	8	12	41 ± 5.7	2.3 ± 0.7	10	3	4	4	4	9

1.2 治疗及随访

A组接受颈2椎旁阻滞治疗，患者取坐位，双肩自然下垂，常规消毒铺巾，C型臂引导下，穿刺针至颈2横突，注射1—2ml造影剂确定针的位置，缓慢推入0.3%利多卡因5—10ml，曲安奈德5mg。B组接受阻滞联合手法复位：阻滞同A组；颈椎手法复位:采用仰头摇正法调整寰枢及寰枕关节,患者仰卧,术者一手托其下颌,另一手托枕部,将其头作上仰,在适当牵引的同时侧转,缓慢摇动2—3下,嘱患者放松颈部后,将头转至较大幅度时稍加有限度的“闪动力”,多可听到关节复位时的弹响。A组接受阻滞治疗每周1次，4次为1个疗程；B组接受阻滞联合手法复位每周1次，4次为1疗程。B组患者，先到东直门医院按摩疼痛科接受手法复位，再到宣武医院疼痛科做阻滞治疗。治疗后1—4个月每周末分别对患者进行电话随访，记录伴有轻、中度头痛的天数、重度头痛发作次数及每天需口服非甾体类抗炎镇痛药(NSAID)的剂量。

1.3 评定方法

两组患者分别在治疗前2个月、治疗前、治疗后第1周、第1—4个月采用视觉模拟评分法(visual analogue scale, VAS)，0级：无头痛；1级：轻度头痛，VAS 1—3分，发作时疼痛轻微，不影响日常生活和工作；2级：中度头痛，VAS 4—7分，发作时头痛较重，影响日常生活和工作；3级：重度头痛，VAS 8—10分，发作时头痛严重，严重影响日常生活，不能工作。

1.4 统计学分析

采用SPSS16.0统计软件进行分析，计量资料数据用均数±标准差表示,计数资料采用卡方检验，采

用单因素方差分析进行比较,$P<0.05$表示差异有显著意义,$P<0.01$表示差异有极显著意义。

2 结果

本研究40例患者无1例失访。A组高位颈神经阻滞治疗及B组阻滞联合手法复位两种治疗方法治疗后1—4个月,患者每个月轻、中度头痛天数,重度头痛发作的次数以及每天口服NSAID的剂量均较治疗前2个月明显减少,差异有显著性($P<0.01$);治疗后1—2个月A、B两组之间相比差异无显著性意义;3—4个月B组治疗效果明显优于A组(表2)。B组阻滞联合手法复位治疗后3—4个月的疗效优于A组单纯阻滞治疗组($P<0.05$)。

表2 治疗前后两组患者轻、中度头痛天数、重度头痛发作次数及口服镇痛药剂量的比较 ($\bar{x}\pm s$)

观察指标	治疗前2个月		治疗后			
	A组	B组	A组		B组	
			1—2个月①	3—4个月①	1—2个月①	3—4个月①②
轻、中度头痛天数(d/月)	12 ± 3.1	13 ± 2.3	2.5 ± 1.1	7.6 ± 3.5	2.3 ± 1.0	3.7 ± 2.3
重度头痛发作次数(次/月)	3.0 ± 1.25	3.3 ± 0.57	1.0 ± 0.30	1.6 ± 0.4	1.2 ± 0.45	1.0 ± 0.33
口服镇痛药的剂量(mg/d)	1200 ± 300	1300 ± 300	200 ± 50	860 ± 80	300 ± 75	350 ± 100

①与治疗前相比各指标差异有显著性$P<0.01$,②与A组,3—4个月各指标比较差异有显著性,$P<0.05$

3 讨论

本研究是一个前瞻性小样本随机分组研究,通过对不同治疗方法的疗效分析,旨在探讨高位颈神经阻滞联合手法复位对颈源性头痛的疗效。颈源性头痛主要由颈椎和/或颈部软组织的器质性或功能性病损所引起,以慢性、反复头部疼痛为主要临床表现,疼痛性质是牵涉痛。颈椎间盘退行性变、膨出、突出,椎间盘物质的释放可直接引起非菌性炎症、水肿,引起颈椎间盘源性神经根炎,诱发疼痛。除了直接产生根性疼痛外,末梢释放炎性介质使分布区域内软组织发生炎症也可产生疼痛, 这是部分患者发生顽固性颈源性头痛的机制。Saal[2]首先证实突出的腰椎间盘组织中含有高活性水平的磷脂酶A2(PLA2), 此酶是炎症部位产生前列腺素和白细胞介素的限速酶, 磷脂酶A2可加速前列腺素等炎症介质的产生, 诱发无菌性炎症反应。高位颈椎旁阻滞消除无菌性炎症是目前治疗颈源性头痛的主要手段[3—6]。Zhou等[7]对31例顽固性颈源性头痛的患者进行颈1—3神经阻滞,结果28例患者在阻滞后疼痛减轻了超过50%,治疗效果明显。本项研究中A组的患者在治疗后患者轻、中度头痛天数、重度头痛发作次数及每天口服NSAID剂量都较治疗前有明显降低($P<0.01$),有效率100%,考虑本研究入组患者病情相对较轻(病程3个月至3年),治疗在C型臂引导下进行,注射部位精确,能够直接消除神经根导致的炎症。患者疼痛症状的改善及每天口服NSAID的剂量下降,不仅提高了患者的生存质量,更能减少药物对胃肠道的刺激,对患者有更大的保护作用。A组患者在治疗后的3、4个月,患者的疼痛程度与疼痛天数都有所恢复,考虑局部阻滞可以短期内消除炎症,但是不能从根本上去除导致炎症的基本因素,所以还有复发的可能性。怎样才能使疗效更长久,除了有效地去除发病的根本因素,针对不同发病原因的多种方法的综合使用也是慢性疾病的一种治疗趋势。

在颈源性头痛的发病因素中,颈椎骨关节的病变也发挥着很大的作用。颈源性头痛与颈椎曲度相关,头痛程度与弓深、曲率、夹角呈明显负相关。有人认为颈源性头痛程度越重,颈椎曲度越小,曲度异常可能是头痛严重程度的一个潜在因素;颈椎关节突关节错位会形成局部炎性环境,刺激神经诱发疼痛。Derincek[8]刺激患者颈2/3椎间盘,在枕部都诱发出疼痛,他认为关节突关节病变或关节突关节支配神经的病变都有可能是颈源性头痛的病因。有人指出治疗上应重视改善颈椎曲度,纠正颈椎关节突关节的紊乱。李世刚等[9]对90例患者进行了观察得到的结论是:推拿治疗颈源性头痛疗效确切、持久,可作为治疗颈源性头痛的有效方法加以应用。周祖刚等[10]观察颈椎定位旋转扳法对颈源性头痛的治疗作用,86例患者在治疗后4周时进行临床疗效评定,总有效率达96.5%。我们的研究发现,高位神经阻滞联合手法复位治疗的患者在4个月时的有效率是100%,而且与单纯颈神经阻滞相比,在治疗后的第3、4个月患者每天口服NSAID的剂量,疼痛的

天数都有所下降，有显著性差异(P<0.05)。说明阻滞与手法联合能明显提高治疗颈源性头痛的疗效，提高患者的生存质量。我们在手法复位时主要让患者仰卧位，这样复位时颈部的肌肉可以得到充分的放松，充分利用人体肌肉韧带自身的保护机制来进行自我调节，提高了治疗的安全性。王国强[11]发现手法复位治疗颈源性头痛的疗效确切，而且患者取仰卧位时手法复位效果优于传统坐位，提高了临床治疗效果。

阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛是中西医结合的一种典范。神经阻滞是将药物直接到达病灶局部，以消除炎症刺激，阻断疼痛的恶性循环，制止原发和继发性疼痛[13]。推拿手法治疗可升高局部组织的温度,改善局部血液循环，增加肌肉神经的营养供给,缓解肌肉痉挛,促进无菌性炎症及水肿的吸收，达到治疗目的[10—14]。我们认为单纯消除颈神经和局部软组织炎症等刺激，而不纠正紊乱的小关节，头痛症状难以缓解或疗效不长久。我们通过神经阻滞解除颈源性头痛患者颈椎的软组织炎性改变,利用手法纠正小关节的紊乱,恢复颈椎的力学平衡，即采用阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛，中西医有机结合。阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛是安全有效的，值得进一步研究和推广。

本研究中消炎镇痛药物主要是糖皮质激素，主要副作用是抑制下丘脑–垂体轴，免疫抑制以及胃肠道损伤，本组病例神经阻滞所用曲安奈德的总剂量为15—20mg，都在文献报道的允许范围内[15]。我们采用局部给药的方法有效地避免了副作用的发生。

该研究随访时间较短，患者样本量较小，所以阻滞联合手法复位的长期疗效还需要多中心、大样本随机分析研究确实。

参考文献

[1] Sjaastad O, Fredriksen V, Pfaffenrath V,et al.Cervicogenic headache: diagnostic criteria.The Cervicogenic Headache International Study Group[J].Headache, 1998,38(6):442.

[2] Saal JS, Franson RC, Dobrow R, et al.High levels of inflammatory phospholipase A2 activity in lumbar disc herniations[J]. Spine, 1990,15(7):674.

[3] 覃裕. 星状神经节阻滞与颈椎旁注射治疗颈源性头痛头晕的临床观察[J]. 癫痫与神经电生理学杂志，2010，19(3)：187.

[4] 孙西霞，马彩云.星状神经节阻滞联合颈 1 、2 脊神经节阻滞治疗颈源性头痛的临床观察[J].疑难病杂志，2010 ，9(5)：372.

[5] 李仁淑,全光石, 张广建,等. 臭氧神经阻滞治疗颈源性头痛的临床观察[J]. 临床麻醉学杂志，2010，26(8)：726.

[6] 姚军, 余丽娟 ,王颖，等. 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[J]. 中国康复医学杂志，2009，24(11)：1043.

[7] Zhou L, Hud-Shakoor Z, Hennessey C.Upper cervical facet joint and spinal rami blocks for the treatment of cervicogenic headache[J].Headache,2010,50(4):657.

[8] Derincek A, Mehbod A, Schellhas K, Discography: can pain in a morphologically normal disc be due to an adjacent abnormal disc[J]? Arch Orthop Trauma Surg, 2007,127(8):699.

[9] 李世刚，汤远兴，段峻峰.推拿治疗颈源性头痛的对比研究[J]. 中华中医药学刊, 2011，29(5):1168.

[10] 周祖刚，于雪萍，李鸿.定位旋转扳法为主治疗颈源性头痛[J]. 中国康复，2011，26(3)；220.

[11] 王国强. 仰卧位和坐位推拿手法治疗颈源性头痛临床效果比较[J].中国实用医药,2010，19(5):227.

[12] 常东亮.仰卧整脊加穴位按摩治疗颈源性头痛125例[J]. 现代中西医结合杂志，2010，19(15)：1877.

[13] 汪芳俊, 吴梦晗, 陈梅兰. 仰卧位拔伸整复手法治疗颈源性头痛50例临床观察[J]. 中国中医药科技，2009，16(6)：484.

[14] 申小年,倪家骧.颈源性头痛的研究进展[J].中国康复医学杂志, 2010,25(1):92—94.

[15] Price C, Arden N, CoglanL, et al. Cost-effectiveness and safety of epidural steroids in the management of sciatica[J]. Health Technol Assess,2005,9(1):1.