

钹针减压术联合龙氏仰头摇正法 治疗枕大神经痛 32 例临床观察

陈永帅¹, 王平², 赵利剑¹, 郎建伟¹, 杨雨松¹, 苏瑾², 李嘉钰²

(1. 天津中医药大学, 天津, 300193;

2. 天津中医药大学第一附属医院, 天津, 300193)

[摘要] 目的: 观察钹针减压术联合龙氏仰头摇正法治疗枕大神经痛的临床疗效。方法: 将 61 例枕大神经痛患者随机分为治疗组 32 例与对照组 29 例, 治疗组采用钹针减压术联合龙氏仰头摇正法治疗, 对照组采用颈部湿敷理疗联合针刺治疗, 均治疗 2 周后通过 VAS 评分、压痛仪测量压痛值、红外热成像测量患侧与健侧温差值评估疗效。结果: 2 组 VAS 评分、压痛值、患侧与健侧温差值治疗前后组内比较及治疗后组间比较, 差异均有统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 钹针减压术联合龙氏仰头摇正法治疗枕大神经痛的临床疗效满意, 患者依从性好, 优于颈部湿敷理疗联合针灸治疗。

[关键词] 枕大神经痛; 钹针减压术; 仰头摇正法

[中图分类号] R246.6 **[文献标识码]** A **DOI:** 10.16808/j.cnki.issn1003-7705.2018.04.002

Clinical effect of sword-like needle decompression combined with Long's head-raising and bonesetting method in treatment of great occipital neuralgia: an analysis of 32 cases

CHEN Yong-shuai¹, WANG Ping², ZHAO Li-jian¹, LANG Jian-wei¹, YANG Yu-song¹, SU Jin², LI Jia-yu²

(1. Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China;

2. The First Affiliated Hospital of Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin 300193, China)

Abstract: Objective: To investigate the clinical effect of sword-like needle decompression combined with Long's head-raising and bonesetting method in the treatment of great occipital neuralgia. Methods: A total of 61 patients with great occipital neuralgia were randomly divided into treatment group with 32 patients and control group with 29 patients. The patients in the treatment group were given sword-like needle decompression combined with Long's head-raising and bonesetting method, and those in the control group were given neck moisten compress therapy

艾灸治疗高脂血症确实行之有效, 而且子午流注按时循经取穴法结合温和灸要优于常规温和灸。本组选用子午流注按时循经取穴法结合温和灸, 是因此法取穴及灸治时间固定, 无需考虑年月日时干支等因素, 且每次操作约 40min 左右, 感官舒适, 应用简便, 因此在今后的临床推广中, 医务人员可以结合患者辨证分型对早期单纯血脂偏高的患者予以择时艾灸指导, 以提高艾灸治疗该病的疗效, 从而延缓心脑血管疾病的发生发展, 提高老年人的生活质量。

参考文献

- [1] 王文. 贯彻国家慢性病防治工作规划, 促进心脑血管病防治行动[J]. 医学研究杂志, 2013, 42(5): 3-5.
- [2] 诸骏仁. 中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10): 939.

- [3] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则[S]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 84-89.
- [4] 刘桂荣, 袁汝明. 对高脂血症几个问题的探讨[J]. 山东中医药大学学报, 2001, 25(5): 330-332.
- [5] 罗海英. 健脾化痰祛脂饮治疗原发性高脂血症 36 例观察[J]. 山西中医, 2013, 29(2): 20-21.
- [6] 杨长森. 针灸治疗学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1985: 202-204.
- [7] 刘迈兰, 胡薇, 谢慎, 等. 针灸治疗高脂血症的选穴用经特点与规律分析[J]. 中国针灸, 2015, 35(5): 512-516.
- [8] 靖芳. 不同灸治时间对原发性高脂血症疗效的影响[D]. 南京: 南京中医药大学, 2010.
- [9] 王云. 不同时间间隔温和灸治疗原发性高脂血症的临床研究[D]. 南京: 南京中医药大学, 2010.

(收稿日期: 2017-06-21)

基金项目: 天津市卫生计生委中医中西医结合课题(编号: 13080)

第一作者: 陈永帅, 男, 2016 级硕士研究生, 研究方向: 中医骨伤

通讯作者: 王平, 男, 博士研究生导师, 研究方向: 中医骨伤, E-mail: sujin01@126.com

combined with acupuncture. The course of treatment was 2 weeks for both groups, and the clinical outcome was evaluated based on Visual Analogue Scale (VAS) score, tenderness measured by a pain assessment device, and difference in temperature between the ipsilateral side and the contralateral side measured by infrared thermal imaging. Results: Both groups had significant changes in VAS score, tenderness, and difference in temperature between the ipsilateral side and the contralateral side after treatment, and there were significant differences in these indices between the two groups after treatment ($P > 0.05$). Conclusion: Sword-like needledecompression combined with Long's head-raising and bonesetting method has a satisfactory clinical effect and good patient compliance in the treatment of great occipital neuralgia and has a better clinical effect than neck moisten compress therapy combined with acupuncture.

Key words: great occipital neuralgia; sword-like needledecompression; head-raising and bonesetting method

枕大神经痛是临床常见疾病,由于人们工作中对于终端电子通讯设备过度依赖,长期的低头姿势在造成颈椎病的同时也引起了枕大神经的疼痛症状。临床中患者多以长期反复的后枕部疼痛就诊,部分患者有因其急性发作而口服止痛药物的经历。枕大神经痛患者常伴后颈部肌肉的僵硬疼痛不适,甚至伴有同侧顶颞部偏头痛,严重影响患者的日常工作和生活。笔者运用铍针减压术联合龙氏仰头摇正法治疗枕大神经痛32例,取得了较好的临床疗效,现报告如下。

1 临床资料

1.1 一般资料 61例均为2016年6月至2017年2月天津中医药大学第一附属医院骨伤科门诊患者,随机分为治疗组和对照组。治疗组32例中,男9例,女23例;平均年龄(37.25 ± 10.40)岁;平均病程(32.34 ± 27.95)d。对照组29例中,男12例,女17例;平均年龄(36.93 ± 10.15)岁;平均病程(30.07 ± 31.90)d。2组一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 参照《针刀医学临床诊疗与操作规范》^[1]及《实用神经病学》^[2]的有关标准拟定。(1)症状:以枕大神经痛为突出的症状,多呈自发性疼痛,常因头部运动而诱发,其疼痛为针刺样、刀割样、烧灼样,头部疼痛或咳嗽用力均可诱发疼痛。疼痛发作常伴有局部肌肉痉挛,偶见枕大神经支配区有感觉障碍,患者既往多有受凉或感染史。(2)体征:检查头颈呈强迫性体位,头略向后侧方偏斜,在枕外隆凸与乳突连线的内1/3处(即枕大神经穿出皮下处)及第2颈椎棘突与乳突连线中点有深压痛。在其上的上项线处有浅压痛。

1.3 纳入标准 (1)符合诊断标准;(2)年龄15~65岁;(3)能接受本次观察所用治疗方式,签署知情

同意书。

1.4 排除标准 (1)因肿瘤、先天畸形、颈椎结核、转移瘤等原因引起的枕大神经痛的患者;(2)治疗前1周内曾接受过与本病有关治疗者;(3)妊娠或哺乳期妇女;(4)合并心脏、肝肾、凝血功能障碍等严重原发疾病者;(5)依从性差,无法坚持完成治疗疗程或资料不全者。

2 治疗方法

2.1 治疗组 采用铍针减压术联合龙氏仰头摇正法治疗。(1)龙氏仰头摇正法:第1步为放松手法,患者坐位,术者立于患者身后,先用拿法、揉法、拨法、滚法等手法使颈部肌肉放松,力量适中,连贯柔和,逐渐由轻到重,然后再点揉风池、完骨、天柱、率谷以及阿是穴,力量以患者能耐受为度。第2步为正骨手法,采用仰头摇正法纠正寰枕关节、寰枢关节的旋转式错位,术者一手托其枕部,一手托其下颌,托下颌手与前臂保持直线,将前臂搭在患者肩部,为支点,两手配合,使患者头部后仰前屈2~3次使患者放松,最终固定于后仰位,向一侧旋,缓慢转动2~3下,待头转到颈椎最大生理活动角度,手下有锁定感时,托下颌手在前臂与患者肩部接触部支点带动下稍加有限度的“闪动力”,这时大多数患者会出现明显的“咔哒”声响,如无声响,亦不必强求。第3步为结束手法,调理整体经络、气血,包括拿捏、拍打。(2)铍针减压术:通过枕大神经解剖研究可知其卡压位置为神经浅出皮下位置,铍针减压术的治疗关键在于精确定位神经的浅出点,左、右枕大神经皮下浅出点位于经双侧骨性外耳门中点水平线与后正中中线交点旁17~20mm处^[3]。患者取俯伏坐位,依据上述枕大神经浅出点位置寻找压痛点,部分患者后颈部可触及条索结节,于压痛点处局部常规消毒,取乐灸牌0.4mm×50mm一次性

无菌铍针,采用指切进针法,左手拇指指尖压在痛处,针身与体表垂直进针 0.5cm,刀口线与后正中线平行,进针时可感觉手下突破浅筋膜的落空感,稍回退针身,调整针身角度,针尾向下摆动,针身与体表呈 $20^{\circ} \sim 30^{\circ}$,向枕大隆突方向进针对局部筋膜组织进行松解,松解过程中实时询问患者是否有放射感,若出现放射感当调整进针方向,出针后以无菌纱布压迫 5min。每周治疗 2 次,2 周为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。

2.2 对照组 采用颈部湿敷理疗联合针刺治疗。

(1)湿敷治疗:以天津中医药大学第一附属医院骨伤科活血化瘀湿敷包湿敷 20min。(2)针刺治疗:选取风池、天柱、率谷、太阳、颈 2~5 夹脊穴及局部阿是穴。患者取俯卧位,采用华佗牌一次性针灸针(0.35mm $\times$ 25mm),局部消毒,风池穴向对侧鼻尖方向斜刺 0.5 寸,得气后施以捻转泻法;平刺太阳、率谷穴,得气后施以捻转泻法;颈部夹脊穴沿椎体方向斜刺 0.4~0.7 寸,施以平补平泻手法,使针感向头部方向放射。留针 20min,每 10min 提插捻转行针 1 次,后出针结束治疗。隔天 1 次,7 次为 1 个疗程,治疗 2 个疗程。

3 疗效观察

3.1 观察指标 (1)疼痛视觉模拟量尺 VAS 评分:在没有其他暗示、启发下,患者将疼痛视觉模拟量尺的游标推到最能代表当时疼痛程度的位置,医者则记录标尺另一侧的刻度。刻度表示疼痛程度由轻到重分为 0~10 分。2 组患者分别记录治疗前和治疗结束 1 周后测定 VAS 疼痛分值。VAS 疼痛评分与患者自觉疼痛呈正相关,为患者主观评价方式。(2)压痛仪测量压痛值:压痛仪可以客观、直观地评估患者疼痛缓解程度^[4]。采用 A830L 型压痛仪(天津明通世纪科技有限公司)测量。患者俯卧位,手持锁定按钮。测试人员检查患者枕部压痛点,用记号笔标记。测试人员一手持压力传感器,使探头由轻到重缓缓按压压痛点,嘱患者当按压到疼痛难忍时,按下锁定按钮,屏幕显示压力值,用压力值乘以压力系数(4.76kg/V)即测量的压痛值。分别于治疗前和治疗结束 1 周后测量患处的压痛值^[5]。(3)红外热成像检查:红外热成像检查对于治疗前后枕大神经区域局部绝对温度均值变化,及患侧枕大神经区域与对侧同区域温度差值变化提供数据,为患者症状改善提供客观证据。采用 DH-

2010 型短焦距非制冷远红外热像仪进行检测。2 组患者分别于治疗前和治疗结束 1 周后拍摄红外热像图。

3.2 统计学方法 应用 SPSS 17.0 统计软件对数据进行统计学分析,统计数据用($\bar{x} \pm s$)表示,符合正态分布计量资料进行 t 检验,不符合正态分布数据计量资料进行非参数检验,计数资料进行 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3.3 治疗结果 2 组治疗前后 VAS 评分、压痛值、红外热成像患侧枕大神经区域与对侧同区域温差值治疗前后组内比较及治疗后组间比较,差异均有统计学意义。(见表 1)

表 1 2 组治疗前后 VAS 评分、压痛值及红外热成像温差值比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	VAS 评分(分)		压痛值		红外热成像温差值($^{\circ}\text{C}$)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
治疗组	32	5.69 $\pm$ 1.09	1.69 $\pm$ 0.86 ^{ab}	3.23 $\pm$ 0.44	5.06 $\pm$ 0.51 ^{ab}	0.77 $\pm$ 0.60	0.30 $\pm$ 0.17 ^{ab}
对照组	29	5.79 $\pm$ 1.18	2.45 $\pm$ 0.96 ^a	3.23 $\pm$ 0.44	4.58 $\pm$ 0.77 ^a	0.74 $\pm$ 0.65	0.43 $\pm$ 0.21 ^a

注:与本组治疗前比较,^a $P < 0.01$;与对照组比较,^b $P < 0.05$ 。

4 讨论

本病多见于长期伏案工作学习人群,长期低头使附着于枕外隆突的肌肉附着点筋膜软组织长期慢性劳损,形成无菌性炎症区,炎症因子刺激软组织发生水肿、粘连、瘢痕形成、挛缩等一系列病理改变,导致枕大神经在行经过程中受到刺激、牵拉及卡压,从而引起以头枕部或向同侧顶颞部放射性疼痛为主要表现的一类临床常见病^[6]。结合红外热成像检查结果可明确局部炎症情况,无菌性炎症时致炎因子的作用使局部血管扩张、血流增多,温度升高,热像图就表现出炎症区的高温图^[7-8],表现为较健侧的高温差改变。当损伤或病程日久时组织粘连、纤维化,局部血管、微血管损伤或收缩,导致血流灌注减少致使局部温度降低^[9],表现为较健侧的低温差改变。

枕大神经解剖特点:枕大神经肌肉内段走行于半棘肌和斜方肌腱膜间,肌间隙内结构宽松,神经活动度大,为活动区;皮下段神经分支与浅筋膜紧密附着,活动度小,为固定区。在颈部活动时,活动区和固定区交界处的神经处于“扭转”状态,浅出点腱膜组织对神经的固定作用,加重了对神经的“卡压”,这种双重作用构成了枕大神经卡压的解剖学基础。在局部受到损伤、瘢痕、粘连及(下转第 50 页)