

针灸经络

针刀疗法联合臭氧治疗枕大神经卡压综合征临床观察

张 静¹ 贾杰海² 向东东¹ 王燮荣¹ 乔晋琳¹

(1 海军总医院康复医学科,北京,100048; 2 贵阳中医学院针灸推拿系,贵阳,550002)

摘要 目的:观察针刀疗法联合臭氧治疗枕大神经卡压综合征的临床疗效。方法:采用完全随机抽样法将研究病例分实验组38例,实验组采取针刀结合臭氧治疗;对照组34例,采用传统电针治疗。并运用“视觉模拟量表(VAS)”及“颈椎病颈椎功能评定表”进行干预前后的疗效观察,并进行比较。结果:针刀组:治愈12例,显效19例,有效6例,无效1例,总有效率为97.4%。对照组:治愈6例,显效12例,有效11例,无效5例,总有效率为85.3%。经治疗后2组视觉模拟量表(VAS)评分均较治疗前有所降低,但治疗组较对照组下降更明显($P < 0.05$)。治疗组总有效率(97.4%)明显高于对照组(85.3%)($P < 0.05$)。结论:针刀联合臭氧治疗枕大神经卡压综合征安全有效,症状缓解时间短,临床治愈率优于电针治疗,其治疗方法较简单且并发症少,治疗费用低,有推广价值。

关键词 枕大神经卡压综合征;针刀疗法;臭氧;电针;临床观察

Clinical Observation of Acupotomy Combined with Ozone Treatment for Occipital Nerve Compression Syndrome

Zhang Jing¹, Jia Jiehai², Xiang Dongdong¹, Wang Xierong¹, Qiao Jinlin¹

(1 Department of Rehabilitation, Navy General Hospital, Beijing 100048, China; 2 Department of Acupuncture and Massage, Guiyang College of Traditional Chinese Medicine, Guiyang 550002, China)

Abstract Objective: To observe the clinical effects of acupotomy combined with ozone treatment of occipital nerve entrapment syndrome. **Methods:** Seventy-two patients with occipital nerve compress syndrome were randomly divided into control group and treatment group with 38 cases in the treatment group and 34 cases in the control group. The treatment group was intervened by acupotomy combined with ozone, while the control group was intervened by electro-acupuncture. The Visual Analogue Scale(VAS) and function evaluation of cervical spondylosis was used for the observation before and after intervention, and the efficacies were compared. **Results:** Twelve cases in the treatment group were cured, 19 cases markedly effective, 6 cases effective and 1 case invalid and the total efficiency was 97.4%. Six cases in the control group cured, 12 cases markedly effective, 11 cases effective, 5 cases invalid and the total efficiency was 85.3%. After the treatment, VAS scores of the two groups were lower than before and the treatment group decreased more significantly. The differences showed statistically significant ($P < 0.05$). The total effective rate of treatment group(97.4%) was significantly higher than that of the control group(85.3%), and the difference was statistically significant ($P < 0.05$). **Conclusion:** The acupotomy combined with ozone treatment for occipital nerve compressive syndrome is safe and effective, pain-relief time is short, and the clinical curative rate is better than that of electro-acupuncture treatment. This method is simple and has less complications and low treatment cost, which is worthy of clinical application.

Key Words Occipital nerve entrapment syndrome; Acupotomy; Ozone; Electro-acupuncture; Clinical observation

中图分类号:R245 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1673-7202.2016.09.056

枕大神经卡压综合征是指因外伤、慢性劳损或无菌性炎症反应刺激等多种原因引起颈部软组织的水肿、粘连和挛缩,导致枕大神经在行径过程中受到刺激、牵拉及卡压,从而引起头枕部或顶部放射性疼痛为主要表现的一类临床常见病。海军总医院康复医学科于2014年3月至2015年3月通过采用针刀

联合臭氧治疗枕大神经卡压综合征,疗效显著,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 共治疗患者72例,均为北京海军总医院康复医学科门诊确诊为枕大神经卡压综合征的患者。治疗组38例中,男24例,女16例;年龄最

基金项目:名老中医临床经验、学术思想传承研究项目(编号:2013BA113B034)——王燮荣“针刀-整脊”特色技术治疗颈源性头痛的传承研究

作者简介:张静(1987.02—),男,2014级针灸推拿专业(针刀方向)硕士研究生,医师,研究方向:针刀治疗疾病机理研究, E-mail:449694311@qq.com

通信作者:乔晋琳(1963.09—),男,硕士,主任医师,硕士研究生导师,研究方向:针刀治疗疾病机理研究, E-mail:jlinlin195@163.com

大 65 岁,最小 32 岁;病程最长 12 年,最短 4 个月。对照组 34 例中,男 19 例,女 21 例;年龄最大 61 岁,最小 25 岁;病程最长 8 年,最短 3 个月。2 组患者性别、年龄及病程等一般情况差异均无统计学意义(均 $P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 根据《实用神经病学》^[1]中关于枕大神经卡压综合症的诊断标准:1)患者既往多有受凉或感染史;2)后枕部、上项线处持续性钝痛阵发性加剧,或阵发性剧烈疼痛;也可因打喷嚏、咳嗽或者颈部旋转等诱因而诱发加重;3)枕大神经分布区域皮肤痛觉过敏或有所减退;4)颈项部有压痛点(相当于风池穴处),压之剧烈疼痛,疼痛可沿神经分布区域放射。

1.3 纳入标准 1)经诊断符合枕大神经卡压综合症的患者;2)所选病例均有局部压痛点,其痛点大致位于第 2 颈椎棘突与乳突连线的中点处(相当于风池穴),压之疼痛剧烈,疼痛可沿枕大神经分布区域放射;3)能耐受针刀治疗,并配合本课题研究者;4)签署知情同意书。

1.4 排除标准 1)因颅内肿瘤、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)治疗前半月内曾接受过与本病有关的中、西药物或理疗治疗者;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。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗组 采用针刀联合臭氧治疗:操作方法:1)术前准备:患者选取俯卧低头位。2)定点:在枕大神经穿出皮下处(约乳突与第 2 颈椎棘突连线中点):斜方肌上项线起点;枕下肌起止点:枢椎棘突(头后大直肌起点);下项线(头后大直肌、头后小直肌等肌止点)。3)操作:用碘伏常规消毒 3 遍,铺无菌洞巾。用 1% 利多卡因行局部麻醉,每个治疗点注射 1~2 mL,用汉章牌 I 型 4 号针刀,刀口线与人体纵轴一致,针体向足侧倾斜约 45°,与枕骨面垂直,左手拇指贴在进针点上,右手持针从左手拇指的背侧进针,针刀到达骨面后,调转刀口线 90°,铲剥 3~5 刀,范围不超过 0.5 cm。术毕后拔出针刀,于刀口处注入浓度为 30 mg/L 的医用臭氧 3~5 mL,局部压迫止血 3 min 后,敷贴覆盖针眼。根据针刀医学对该疾病的认识,一侧枕大神经受到卡压,对侧软组织也会出现粘连或挛缩而引起对侧卡压,故需对两侧进行治疗^[2]。对侧治疗与患侧相同。每隔 7 d 治疗 1 次,如 1 次不愈,7 d 后再行治疗 1 次,一般不超

过 3 次。

1.5.2 对照组 采用电针治疗:1)具体选穴:选取风池、天柱、率谷、太阳、颈 2~5 夹脊穴及局部阿是穴。2)操作方法:患者取卧位,采用华佗牌一次性针灸针(0.35 mm×50 mm),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。针刺完毕后接通华佗牌 SDZ-II 型电子针疗仪,选用疏密波,频率为 2~3 Hz,强度以患者耐受为佳。1 次/d,电针 20 min/次。7 d 为 1 个疗程,治疗 3 个疗程后再进行疗效评定。

2 结果

2.1 功能及临床疗效评定

2.1.1 功能评定 运用 VAS 疼痛评分及颈椎病治疗成绩评分表^[3]对 2 组治疗前后疗效分别进行评估、计算并记录相应分值。

2.1.2 临床疗效评定标准 根据国家中医药管理局 2012 年发布的《中医病证诊断疗效标准》制定^[4]。具体如下:痊愈:头痛症状完全消失,恶心、头晕等伴随症状消失,功能基本恢复正常,随访期间未发作。显效:头痛症状基本消失,头晕等伴随症状基本消失。随访期间偶尔复发。有效:头痛症状减轻,发作次数减少,随访期间间断发作;无效:治疗前后症状无变化,随访期间症状严重。

2.2 统计学方法 使用 SPSS 16.0 软件进行统计学处理。视觉模拟量表(VAS)及颈椎病治疗成绩评分数据采用均数±标准差($\bar{x} \pm s$)表示,计数资料运用 χ^2 检验,计量资料运用 t 检验, $P < 0.05$ 表示差异有统计学意义。

2.3 疗效结果

2.3.1 治疗前后 2 组视觉模拟量表(VAS)评分比较如下 2 组患者治疗后 VAS 评分均有下降($P < 0.05$),但治疗组较对照组 VAS 评分下降更明显($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 治疗前后 2 组视觉模拟量表(VAS)评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	38	7.03 ± 1.02	1.12 ± 0.91 * [△]
对照组	34	7.11 ± 1.04	2.63 ± 1.12 *

注: * 同组治疗前后对比, $P < 0.05$; [△] 2 组治疗后对比, $P < 0.05$ 。

2.3.2 治疗前后 2 组颈椎病治疗成绩评分比较见表 2。

2.3.3 2 组临床疗效对比 治疗组总有效率明显高于对照组($P < 0.05$)。见表 3。

表 2 2 组患者治疗前后颈椎病疗效评分($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	38	15.23 ± 1.80	24.60 ± 2.99* [△]
对照组	34	14.55 ± 1.91	22.17 ± 2.34* [△]

注: * 同组治疗前后对比, $P < 0.01$; [△] 2 组治疗后对比, $P < 0.01$ 。

表 3 2 组患者临床疗效对比[$n(\%)$]

组别	例数	痊愈	显效	有效	无效	总有效率(%)
治疗组	38	12	19	6	1	97.4*
对照组	34	6	12	11	5	85.3

注: * 与对照组对比, $P < 0.05$ 。

3 讨论

中医学认为,枕大神经卡压综合征属于“头痛、偏头痛”范畴^[6]。《灵枢·经脉》曰:“胆足少阳之脉,起于目锐眦,上抵头角,下耳后,循颈;膀胱足太阳之脉,起于目内眦,上额,交巅,其支者:从巅至耳上角。其直者:从巅入络脑,还出别下项”。故本病归经应属于太阳、少阳两经,治疗以调理太阳、少阳两经经气为主。“风池,属足少阳胆经。手少阴、阳维之会,主中风偏枯,少阳头痛,乃风邪蓄积之所,故名风池;天柱,属足太阳膀胱经,主治头风项强;太阳穴属于“经外奇穴”,主治头痛、偏头痛;加上颈部夹脊穴、阿是穴,可通经、活络止痛,有利于两经气流畅,改善局部循环。现代医学认为,枕大神经为颈2脊神经后支的内侧支,绕过寰枢关节突,并从头下斜肌、头半脊肌深面穿过,在头半脊肌的枕骨止点处,穿出头半脊肌与斜方肌腱膜浅出皮下,支配枕部皮肤;其分支可上至上项线与颅顶之间的皮肤。其在穿出斜方肌腱膜及深筋膜时,神经周围有大量的腱纤维缠绕,并有血管伴行,且紧贴枕骨,不容易分离,这就是枕大神经容易被卡压的部位^[7]。长期伏案工作、气候变化、劳损外伤等多种因素,可导致寰枕关节发生轻微移位或颈部肌肉及周围软组织劳损,局部缺血,从而出现颈部无菌性炎症反应进而引发局部粘连、瘢痕、挛缩等,导致刺激、卡压枕大神经和并行的血管从而出现临床症状。

针刀医学认为,后枕部软组织损伤所导致力学平衡失调是引起枕大神经卡压综合征的根本原因^[8]。通过运用针刀疗法对卡压部位进行整体松解,解除卡压,从而有效缓解颈项部肌肉的紧张、痉挛,促进局部软组织自身代偿修复,最终恢复后枕部生物力学的“动态平衡”,缓解头枕顶疼痛。由于在解除神经卡压的同时也解除了对伴随血管的压迫,改善局部血液循环及代谢,促进炎症致痛物质的吸收。医用臭氧是一种强氧化剂,具有强氧化作用。

近年来在国内外,臭氧均被广泛应用于治疗疼痛性疾病^[9],临床疗效显著。其作用机制主要有以下几个方面^[10]:1)抗炎作用:臭氧能加速抗氧化酶的表达、能够抑制各种炎症反应因子,如缓激肽、前列腺素、TNF- α 及 α -干扰素等物质的释放,因而能够与局部炎症反应中和,减轻了炎症反应^[11]。2)氧化作用:臭氧具有氧化和氧饱和作用极强的特点^[12],易溶于血液和组织液,提供充足的氧化及氧饱和作用,促进局部组织氧气的释放,纠正局部组织缺氧状况,促进水肿及炎症反应物质的吸收和消退等作用。3)镇痛作用:神经末梢通过释放致痛物质而产生疼痛,局部注射臭氧可直接作用于神经末梢,抑制脑啡肽等物质的释放,从而达到镇痛作用^[13];另外,局部注射臭氧可加速抗氧化酶的表达,清除多余的氧自由基,拮抗外周及脊髓的致痛作用。因此,治疗枕大神经卡压综合征时局部注入臭氧,可以促进卡压部位炎症反应吸收、改善微循环、降低致痛物质释放,与针刀联合应用,具有良好的协同及增效作用。

本文针刀联合臭氧组和电针组均能达到有效缓解疼痛的目的,但是在疼痛缓解时间、治愈率、好转率及远期疗效比较针刀组明显优于电针组,值得临床应用。

参考文献

[1] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海:上海科学技术出版社,1994:1022.

[2] 吴绪平,张天民. 针刀医学临床诊疗与操作规范[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:179-180.

[3] 王晓红,何成奇,丁明甫,等. 颈椎病治疗成绩评分表[J]. 华西医学,2005,20(2):232-233.

[4] 王朝辉,齐伟,韩东岳,等. 指针治疗枕大神经痛 98 例[J]. 中国针灸,2014,34(11):1065-1066.

[5] Silverman SB. Cervicogenic headache: Interventional, anesthetic, and ablative treatment[J]. Curr Pain Headache Rep,2002,6(4):380-314.

[6] 刘婷,胡荣亮,林乐泓,等. 针刀治疗枕大神经卡压性头痛的疗效观察[J]. 中国实用医药,2012,7(3):101-102.

[7] 寇洋. 针刺治疗枕神经卡压性头痛的机理研究[J]. 医学信息,2014,5(5):116.

[8] 焦祖斌,贺孝胜. 针刀周围神经病学[M]. 北京:中国中医药出版社,2012:160-162.

[9] 何晓峰. 臭氧治疗的临床应用[M]. 北京:科学出版社,2009:21-23.

[10] 陈敏,左振芹,钟亚彬,等. 针刀疗法联合医用臭氧治疗屈指肌腱狭窄性腱鞘炎疗效观察[J]. 针灸临床杂志,2012,28(12):32-34.

[11] 向东东,李多默. 针刀联合臭氧治疗桡骨茎突狭窄性腱鞘炎疗效观察[J]. 人民军医,2014,57(10):78-79.

[12] Swapan KM, Rajesh P, Pallab D. Role of intra-articular ozone in osteoarthritis of knee for functional and symptomatic improvement[J]. IJPMR,2011,22:65-69.

[13] 连爱谦,吴小宝,谢计虹,等. 臭氧联合针刀治疗腰脊神经后支综合征的临床疗效[J]. 福建医药杂志,2014,36(4):143-145.