

· 临床研究 ·

枕部针刀松解治疗颈源性头痛的临床研究

李石良¹, 韩峰², 王全贵³

(1.中日友好医院针灸科,北京 100029;2.北京和平里医院;3.北京军区总医院东院)

【摘要】 目的: 观察针刀治疗颈源性头痛的效果, 探讨皮神经卡压因素在颈源性头痛发病中的作用。**方法:** 自 2008 年 10 月至 2009 年 6 月, 采用针刀松解术治疗颈源性头痛患者 82 例, 治疗部位为枕部, 左右两侧共 8 点: 乳突后压痛点; 乳突与 C₂ 棘突连线中点; 枕骨粗隆与乳突连线内 1/3 交点; C₂ 棘突水平后正中点旁开 1.5~2 cm 处压痛点。男 23 例, 女 59 例; 年龄 17~73 岁, 平均 41.57 岁; 病程 0.5~50 年, 平均 10.4 年。患者均以头痛为第一主诉, 本文以头痛疼痛强度(PPI)评估分级为观察指标。**结果:** 术后 1 个月总有效率为 81.70%(67/82), 术后 3 个月内复发现象明显。但 17.07%(14/82)的患者在治疗后 6 个月未复发。**结论:** 一次针刀松解治疗使 17.07%的颈源性头痛患者获得临床痊愈, 说明皮神经卡压因素是颈源性头痛的重要病因; 针刀治疗后 3 个月内患者头痛复发现象明显, 提示应在此期间增加治疗次数并扩大治疗范围。

【关键词】 颈源性头痛; 神经卡压综合征; 针刀

DOI:10.3969/j.issn.1003-0034.2012.01.006

Clinical study on acupotomy of occipitalia on the treatment of cervicogenic headache LI Shi-liang*, HAN Feng, WANG Quan-gui. *Department of Acupuncture and Moxibustion, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China

ABSTRACT Objective: To observe the effects of acupotomy on cervicogenic headache and explore the function of cutaneous nerve entrapment in the mechanism of cervicogenic headache. **Methods:** From October 2008 to June 2009, 82 patients with cervicogenic headache were treated with acupotomy. There were 23 males and 59 females, ranging in age from 17 to 73 years (averaged 41.57 years). The course of disease ranged from 0.5 to 50 years, with an average of 10.4 years. The location of treatment was occipitalia, both of left and right side; altogether were 8 points, including tenderness point of postmastoid; the mid-point between mastoid and C₂ spinous process; the internal 1/3 attachment between occipital protuberance and mastoid process; the posterior midline of C₂ spinous process open to 1.5~2 cm. The chief complaint of all patients was headache. PPI assessment rating was observed. **Results:** The total effective rate at 1 month after treatment was 81.70% (67/82). Recurrence of headache within 3 months after treatment was obvious. However, 17.07% (14/82) patients did not reoccur at 6 months after treatment. **Conclusion:** 17.07% patients with cervicogenic headache recovered by acupotomy, so it shows cutaneous nerve entrapment plays an important role in the mechanism of cervicogenic headache. For the patients whose headache recurred at 3 months after treatment, increasing the treatment time and therapeutic range is suggested.

KEYWORDS Cervicogenic headache; Nerve compression syndromes; Acupotomy

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2012, 25(1):22-24 www.zggszz.com

颈源性头痛是目前临床研究的热点问题之一, 笔者前期已经报告了颈源性头痛的临床特征, 并指出其在头痛患者中所占的比例达 89.1%^[1]。2008 年 10 月至 2009 年 6 月, 我们观察了在枕颈部进行单次针刀松解治疗颈源性头痛的效果并据此提出颈源性头痛的皮神经卡压型分型^[2], 现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 82 例颈源性头痛患者全部病例均来自中日友好医院针灸科门诊, 均以头痛为第一主诉。其中男 23 例, 女 59 例; 年龄 17~73 岁, 平均 41.57 岁; 病程 0.5~50 年, 平均 10.4 年。头痛表现为

阵发者 63 例, 持续存在者 19 例。按头痛强度评估(PPI)分级^[3]: II 级 1 例, III 级 16 例, IV 级 34 例, V 级 31 例。40 例伴有头晕, 27 例伴有耳鸣, 54 例伴有颈肩部不适, 28 例伴有上肢麻木; 26 例头痛发作时无明显诱因, 56 例主诉有诱因存在; 50 例患者有长期低头工作或使用计算机等不良颈椎姿势的生活习惯; 按压特定点位可出现放射痛者 57 例, 无放射痛出现者 25 例; 44 例有颈椎 X 线片影像学改变。

1.2 诊断标准 本文所采用的颈源性头痛诊断标准是 Sjaastad 于 1990 年提出的诊断标准基础上增加枕神经卡压的证据^[1]: ① 间歇性或持续性头痛(初起多呈单侧)同时伴有同侧颈枕部或(及)肩部疼痛酸困、僵硬等症状; ② 颈部肌肉紧张, 压痛明显, C₂ 横

通讯作者: 李石良 E-mail: zrlshiliang@163.com

突压痛阳性,并向同侧头部放射;③枕神经阻滞后续疼痛减轻;④ X 线片可见上位颈椎(C₁-C₂)移位,齿状突轴心偏移,生理性前凸消失、变直,甚至反张,颈椎骨质增生等征象;⑤排除颅脑器质性疾病、五官科疾病、颈部肿瘤、结核等引起的头痛。

判断枕部及上颈部颈神经后支卡压的依据^[2]:

①枕大神经卡压:枕骨粗隆与乳突连线的内 1/3 处及 C₂ 与乳突尖连线的中点处压痛并同时出现向头部的放散痛;②枕小神经卡压:乳突后缘压痛或同时出现向同侧头部的放散痛;③耳大神经卡压:乳突尖下缘及胸锁乳突肌后缘中点压痛或出现向同侧耳廓的放散痛。

1.3 纳入标准 符合上述诊断标准且符合以下条件:①无传染病及严重内脏病;②自愿签署知情同意书,接受各项检测并在规定时间内治疗、接受随访;③患者可耐受针刀治疗。

1.4 排除标准 ①不符合颈源性头痛诊断标准;②孕妇及哺乳期妇女;③颈枕部皮肤感染破溃;④不能按规定完成治疗及随访。

1.5 治疗方法 患者取俯卧位,颈部过屈,额部垫枕;以记号笔在以下左右两侧处标记:①乳突后压痛点;②乳突与 C₂ 棘突连线中点;③枕骨粗隆与乳突连线的内 1/3 交点;④ C₂ 棘突水平后正中点旁开 1.5~2 cm 处压痛点。常规皮肤消毒,以 0.25%利多卡因溶液每点 1~1.5 ml 局麻。

操作:刀口与患者身体纵轴平行,针体垂直皮肤表面缓慢探索进针,针尖到达骨面后纵切 3~5 刀,横行剥离 2~3 下,出针,压迫止血,外敷创可贴包扎。每例患者治疗 1 次。

1.6 观察项目与方法 填写头痛病历、电话随访。于治疗前及治疗后 1、3、6 个月末根据改良疼痛强度(PPI)^[3]对疗效进行分级:0 级:无疼痛;I 级,有疼痛但可被轻易忽视;II 级,有疼痛,无法忽视,不干扰正常生活;III 级,有疼痛,无法忽视,干扰注意力,或需服用药物缓解;IV 级,有疼痛,无法忽视,所有日常活动都受影响,但能完成基本生理需求:如进食和排便等;V 级,存在剧烈疼痛,无法忽视,需休息或卧床休息。疗效判定标准^[4]:痊愈,头痛消失;好转,头痛减轻,发作时间缩短或周期延长;无效,头痛等症状无变化。

1.7 统计学处理 所有数据采用 SPSS 17.0 软件包进行分析,术后不同时期与治疗前的疼痛分级比较采用 Wilcoxon 秩和检验;术后不同时期的有效病例检验采用 χ^2 检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

单次针刀治疗 1、3、6 个月后疼痛分级及疗效见

表 1-2。

单次针刀治疗 1 个月后,多数患者病情得到了显著改善($S=1\ 072.5, P < 0.000\ 1$)。头痛痊愈 16 例(19.51%),好转 51 例(62.20%),无效 15 例(18.29%),痊愈及好转者 67 例。

单次针刀治疗 3 个月后,代表头痛程度严重的 IV 级和 V 级的病例数分别由 13 例增加为 18 例和由 2 例增加为 6 例,说明部分病例出现了复发,但多数病例头痛发作情况仍明显好于治疗前($S=689.0, P < 0.000\ 1$)。临床疗效的评估显示:治疗后 3 个月痊愈者减为 14 例(17.07%),好转者减少至 40 例(48.78%),头痛复发如治疗前者增加到 28 例(34.15%),痊愈及好转者减少至 54 例。

单次针刀治疗 6 个月后,III 级者增加为 19 例,而代表头痛程度严重的 IV 级和 V 级的病例数分别由 18 例减少为 17 例和由 6 例增加至 10 例,说明针刀治疗 6 个月后复发情况进一步加重。但就总体而言,多数病例头痛发作情况仍明显好于治疗前($S=540.5, P < 0.000\ 1$)。临床疗效评估显示:治疗后 6 个月痊愈者维持为 14 例(17.07%),好转者减少至 34 例(41.46%),头痛复发如治疗前者增加到 34 例(41.46%),痊愈及显著者减少至 48 例。

表 1 82 例患者单次针刀治疗前后 PPI 分级情况(例)

Tab.1 PPI classification of 82 cases treated with single acupotomy before and after treatment (case)

时间	0 级	I 级	II 级	III 级	IV 级	V 级
治疗前	0	0	1	16	34	31
治疗后 1 个月	16	11	22	18	13	2
治疗后 3 个月	14	11	15	18	18	6
治疗后 6 个月	14	9	13	19	17	10

表 2 82 例患者单次针刀治疗后的临床疗效(%)

Tab.2 Clinical effects of 82 cases treated with single acupotomy before and after treatment (%)

时间	痊愈率	好转率	无效率	总有效率
治疗后 1 个月	19.51	62.20	18.29	81.70
治疗后 3 个月	17.07	48.78	34.15	65.85
治疗后 6 个月	17.07	41.46	41.46	58.54

上述结果显示单次针刀治疗后头痛症状会有一定的复发现象。为此,笔者对各个时间点的有效病例数和无效病例数进行了统计(表 3)。

单次治疗后 3 个月的总有效率较治疗后 1 个月的总有效率明显下降($P < 0.05$),意味着治疗后 3 个月内部分病例疗效不稳定。单次治疗后 3 个月总有效率与治疗后 6 个月总有效率大致相当($P > 0.05$),表明针刀治疗颈源性头痛的远期疗效虽较近期疗效有所下降,但 3 个月后趋于稳定。

表 3 82 例患者单次针刀治疗后的有效及无效病例数(例)

Tab.3 Effective and non-effective cases of 82 cases treated with single acupotomy after treatment (case)

时间	有效病例数	无效病例数
治疗后 1 个月	67	15
治疗后 3 个月	54	28
治疗后 6 个月	48	34

3 讨论

3.1 皮神经卡压与颈源性头痛及针刀松解治疗的关系 颈源性头痛发病可能与多种因素有关^[5],解剖会聚理论、机械刺激学说、炎性水肿学说、肌肉痉挛学说等代表了研究者的不同观点。在不同的个体,发病因素则可能各有侧重,深入研究不同因素与颈源性头痛发病的关系对于提高临床治疗的针对性至关重要。

分布到头颈部的皮神经(枕大神经、枕小神经和耳大神经、高位颈神经等)走行于头颈部的血管(颈动脉、椎动脉)以及头颈部的肌腱、筋膜、韧带、软骨等组织,构成了颅外对痛觉敏感的组织结构。皮神经位置表浅,其主要行程位于筋膜层内,当筋膜组织因各种原因出现张力增高时容易使皮神经受到卡压刺激,从而引起头痛。

针刀治疗的主要目的是通过对筋膜的切割松解减低枕部和颈部筋膜组织的高张力状态,减轻或解除其对皮神经所造成的压迫刺激,从而缓解由此造成的头痛。因此,如果针刀松解治疗可以有效地缓解或解除头痛,那么就说明其头痛的主要原因与皮神经卡压密切相关。

3.2 颈源性头痛皮神经卡压型的提出——本研究所提示的问题及应对策略 本研究的设计思路是在限定治疗部位与次数的前提下观察针刀治疗颈源性头痛的效果及探讨皮神经卡压因素在颈源性头痛发病中的作用。结果表明:在枕部及上颈部进行针刀松解治疗对颈源性头痛的缓解有确切作用,其中 17.07% 的患者在治疗后 6 个月未复发,说明皮神经卡压因素确实是部分颈源性头痛患者的主要病因,这一结果提示对于颈源性头痛这种多因素致病的疾病必须进行临床分型以提高治疗的针对性,本研究提示“皮神经卡压型”是颈源性头痛的一种类型(其

数量大约占全部颈源性头痛患者的 17.07%),其首选治疗方法应为针刀松解。另外,单次治疗总有效率(81.70%)较高也说明皮神经卡压因素是多数颈源性头痛患者发病的因素之一。

本研究还观察到,在单次治疗后的 3 个月内,颈源性头痛患者病情有明显复发现象,说明单次、限定部位针刀治疗不能消除引起头痛的全部病理因素,这些因素中可能包括无菌性炎症、椎间盘源性因素、椎间关节病变等,当然也可能包括存在于更广泛范围的皮神经卡压因素。提示应该进行更加深入的研究以确定颈源性头痛的临床分型并探讨相应的治疗方法。在后期的研究中,笔者已经发现扩大针刀治疗范围(扩展至颈部中下段甚至肩胛上角)有助于提高头痛的缓解率,说明颈源性头痛的皮神经卡压因素并不仅限于枕部和上颈部。

参考文献

- [1] 李石良,韩峰,张辰宇. 330 例颈源性头痛临床特征回顾性分析[J]. 中国骨伤, 2010, 23(3): 208-211.
Li SL, Han F, Zhang CY. Study on diagnostic criteria of cervicogenic headache: a report of retrospective analysis on 330 cases [J]. Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2010, 23 (3): 208-211. Chinese with abstract in English.
- [2] 董福慧,郭振芳,张春美,等. 皮神经卡压综合征[M]. 北京:北京科学技术出版社, 2002: 100-107.
Dong FH, Guo ZF, Zhang CM, et al. Cutaneous nerve entrapment syndromes [M]. Beijing: Press Science and Technique, 2002: 100-107. Chinese.
- [3] 张作记. 行为医学量表手册[M]. 北京:中华医学电子音像出版社, 2005: 487.
Zhang ZJ. Behavioral Medicine Rating Scales Manuals [M]. Beijing: Press Electronic Image of Zhonghua Medicine, 2005: 487. Chinese.
- [4] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准[S]. 南京:南京大学出版社, 1994: 36-37.
State Administration of Traditional Chinese Medicine. Curative and Diagnostic Criteria for Chinese Medical Science [S]. Nanjing: Press Nanjing University, 1994: 36-37. Chinese.
- [5] 姜磊,于生元. 颈源性头痛[J]. 中国疼痛医学杂志, 2006, 12(3): 175-178.
Jiang L, Yu SY. Cervicogenic headache [J]. Zhongguo Teng Tong Yi Yue Za Zhi, 2006, 12(3): 175-178. Chinese.

(收稿日期: 2011-03-27 本文编辑: 王宏)