

颈椎病的辨位诊断和针刀操作技巧

张 瑾

(广州新时代医院中医微创疼痛科, 广州 510620)

摘 要: 目的: 通过颈椎病的辨位诊断, 探讨针刀操作技巧; 方法: 1.判断定位, 2.精确定位, 3.按病变部位的定位和针刀入路层次操作; 结论: 针刀治疗颈椎病的效果明显, 要明确诊断思路, 要掌握操作技巧。

关键词: 颈椎病; 变位诊断; 针刀; 操作技巧

中图分类号: R681.5+5 文献标识码: A 文章编号: 1000- 8136(2007)04- 0087- 02

颈椎病是临床常见病、多发病、疑难病,关于颈椎病的诊断和分型,各种文献上都有更权威的报告,在此我们不做过多的阐述。但目前有关各种颈椎病的诊断和分型,都很难指导我们的针刀临床治疗,因为这些诊断都不容易反映具体的损伤部位和层次,所以病位的诊断,对于我们针刀临床意义更大。笔者今天结合多年的临床体会,从针刀临床的角度,来探讨颈椎病的辨位诊断和针刀操作技巧。

1 颈椎病病位诊断思路

1.1 根据症状,判断病位

根据病人主诉的症状去推断颈椎病的病变部位。

(1) 头面、五官的症状:如眩晕、头痛、耳鸣、视力模糊、失眠等,其病变部位:

主要在——上下项线之间。

其次在——上位颈椎的后关节、C2棘突旁、C1-5横突。

(2) 上肢的症状:如肩、臂、手指的疼痛麻木,其病变部位:

主要在——C4-T1后关节、横突。

其次在——冈上窝、冈下窝、肩胛内上角、肩关节孟外侧和孟下、肱骨内外上髁、腕横韧带等

1.2 仔细触诊,精确定位

在针刀临床中,仅用脑子去看病是远远不够的,更重要的是用手去诊病。仔细的寻找压痛点、条索、硬结,触摸其范围、方向和层次,精确定位,是针刀治疗的关键之所在,也是我们针刀大夫的基本功。所以,我们检查诊断的时间往往比针刀手术的时间要长,就说明这个基本功的重要性。

2 颈椎常见病变部位的定位和针刀入路层次

临床上我们把颈侧至颈后部分为:枕部和顶部

2.1 枕部(颅底上下项线之间)见图1



图 1

我们把上下项线之间由后正中中线至乳突分为三等份(见图1),临床上我们发现中内1/3交界处和中外1/3交界处,是最常见的损伤点,常可扪及硬结、条索。从解剖上看,前者有枕大神经穿出(相当于枕外隆突旁开2.5cm左右),后者有枕小神经穿行(相当于枕外隆突旁开5cm左右),乳突部有耳大神经穿行。这三条神经卡压常可引起额、颞、枕部的疼痛。此外,上下项线之间还是椎枕肌的附着处,又临近寰枕关节,此处组织的损伤,最易卡压、刺激椎动脉,导致椎动脉供血不足而至眩晕。故这三个部位是我们治疗头痛、眩晕的首选治疗点。刀口线与人体纵轴平行,垂直于颅骨面方向刺入,纵行切割,注意不横切。然后将针刀稍稍抬起,沿颅底骨面向寰枕关节方向稍进不超过1cm进行松解。

2.2 顶部(颈侧至颈后正中线的区域)

由后正中中线向外分为六条纵线,见图2。



图 2

(1) 项韧带线:即后正中中线,松解项韧带,层次不一定到骨面,可横切。

(2) 项韧带旁线:即后正中中线旁开1.5cm~2.0cm,此处多为斜方肌筋膜损伤。刀口线与人体纵轴平行垂直于皮肤刺入,不一定到骨面,纵横切割。

(3) 关节突线:后正中中线旁开3cm~4cm,颈部肌肉最薄弱处,刀口线与人体纵轴平行,与骨面呈45°角斜刺,先松解肌筋膜,再达关节突骨面,松解关节囊、并可沿关节突的骨面向内外铲拔。

(4) 关节突外侧缘线:后正中中线旁开4cm~6cm,当颈侧肌筋膜筋挛时,此处压痛、条索明显。斜向内侧进针,松解关节突外侧缘的肌筋膜、关节囊。见图3。



图 3

(5) 横突后结节线: 在环状软骨水平, 胸锁乳突肌后缘可扪及 C6 横突后结节, 从乳突至 C6 横突做一连线, 在此连线上, 从乳突尖一一往下扪, 可摸到各颈椎的横突后结节。侧位直刺进针。见图 4。



图 4

(6) 横突前结节线: 在胸锁乳突肌前缘, 侧位或仰位直刺进针。注意: 横突前、后结节均应逐一摸清定准, 进皮后先松解肌筋膜, 再摸索摆动进针达横突骨面后小幅度的铲切, 刀口线始终与人体纵轴平行。见图 5。



图 5

3 颈椎的针刀操作技巧

颈椎解剖部位比较复杂, 有重要神经血管通过, 在外行看来, 似乎颈椎的针刀操作难度更大。然而, 笔者在多年的针刀临床和与同行的广泛交流中, 摸索出一套“分层次针刀松解法”, 使颈椎的针刀操作变得即安全又有效, 痛苦更小。

这种方法的要领是: 针刀快速进入皮下, 然后分层次突破, 先突破浅筋膜, 再突破深筋膜, 最后到骨面, 而不是一刀直刺骨面。每到达一个层次后稍停, 不要忙于铲切, 而是仔细感受刀下的硬度, 一旦碰到硬结, 就快速突破。不大幅摆动, 不在骨面上

刺激。并且, 根据患者的感觉调整进针的方向和层次。这种手法的优点是: 能松解到各个层次的病灶, 又很少损伤和出血, 更能最低限度的减轻病人痛苦。

4 手法演示录象(略)

5 典型病历

丛树岭, 女, 67 岁。退休干部。住广州经济技术开发区普晖村。

主诉: 眩晕 30 年, 加重伴颈项强痛, 右髋部疼痛, 行走不便 3 年。

现在症: 头昏目眩, 行走不稳, 颈项强痛, 不能转动, 转动则晕眩更甚。右髋部疼痛, 行走不便。伴恶心欲呕, 失眠健忘, 精神疲惫。

体查: 精神不振, 表情呆滞, 行走摇摆, 颈部强硬, 活动受限, 颈肌高度紧张, 广泛性压痛, 并可扪及条索、硬结。右下肢屈髋和外展功能轻度受限, 4 字征 (+)。腰骶部和右髋、臀部广泛性压痛, 直腿抬高 (-)。

影像学检查:

颈椎正侧位片: C4-7 椎体后缘骨质增生。C3、4 棘突右偏,

颈椎双斜位片: 右侧 C3/4 椎间孔明显变窄, 左侧 C4/5、C5/6 椎间孔变窄。

颈椎 MRI 平扫: C5/6、C6/7 间盘水平黄韧带轻度增厚。

腰椎正侧位片示: 腰椎退行性变。

骨盆平片未见异常。

TCD 示: 脑动脉弹性减退频谱表现, 左侧大脑中动脉、双侧前动脉和后动脉、基底动脉和左椎动脉血流速度减低。

诊断:

(1) 颈椎病 (椎动脉型)。

(2) 腰骶及右髋、臀部广泛性、陈旧性损伤。

治疗: 根据上述理论和操作方法, 不用麻醉, 对患者颈椎进行针刀松解, 并同时松解髋髂、腰骶部。前后经过 6 次治疗, 患者眩晕及髋部疼痛基本缓解, 行走自如, 反应灵活, 精神好转, 睡眠正常。患者及家属非常满意。

以上仅仅是笔者用这种诊断思路和操作方法指导临床, 所治愈的许多顽固性颈椎病之一, 而且绝大部分患者都不用任何药物 (包括麻醉药)。诚然, 上述内容只是本人多年临床实践中的一点体会, 希望能藉此抛砖引玉的机会, 得各位同道的指点。

(上接第 85 页)

动态平衡失调, 因此颈性头痛的病理解剖特点是局部的无菌性炎症、颈枕部软组织损伤而致的动态平衡失调。

3.3 针刀闭合性松解

颈性头痛是一种功能性疼痛的综合征, 刘发病因素复杂, 常规的扩血管、对症等治疗收效甚微, 且复发率高。从笔者近十年收治情况来看, 患者病史长, 以上扣老年屈多, 结合既往诊疗史, 大多疗效差。共同的临床表现是头、颈枕部酸痛, 头晕等, 枕部、上颈椎棘突及横突区压痛, 影像学检查阳性率低。我们认为颈性

头痛上段颈椎与枕部用肌肉、筋膜因积累性劳损, 或受寒湿侵袭, 产生软组织痉挛、粘连臃痕, 改变了颈、枕生物力学构成, 进而影响椎动脉第三段行程或血管张力; 影响了脑供血, 或者卡压枕神经、耳神经等。应用朱氏针刀行闭合性松解剥离手术, 能针对上述发病的关键环节, 解除相关关节紊乱, 利于上颈段力学平衡的自身调控, 达到治愈疾病目的。从 512 例临床疗效来看, 痊愈率达 64.3%, 总有效率达 91.4%。针刀治疗颈性头痛操作简便, 见效快, 疗效好, 优于其他疗法, 值得进一步探索。