

针刀配合手法治疗颈椎病 800 例 及其治疗机理探讨

成树江

(中国山西省针刀医学会, 山西 太原 030012)

摘要:目的: 总结针刀和手法治疗颈椎病 800 例, 并对颈椎病的发病机理和治疗机理进行探讨。方法: 先根据不同类型颈椎病选择治疗点, 然后进行针刀松解。术后实施手法治疗和复位。结果: 对 800 例进行观察, 结果显示优 512 例, 占 64%。良 252 例, 占 31.5%。可 24 例, 占 3%。差 12 例, 占 1.5%。优良率 95.5%。效果差的 12 例均为脊髓型。结论: 针刀松解与手法互补, 可提高优良率。针刀主要解除椎管外症状; 其与手法对椎管内症状的解除都较困难。但对改善脊髓组织的血液循环有一定作用。

关键词: 颈椎病; 针刀松解术; 手法治疗

中图分类号: R681.5+5 文献标识码: A 文章编号: 1000-8136(2007)04-0080-02

采用针刀松解术后配合手法治疗颈椎病 800 例, 取得良好效果, 报道如下:

1 临床资料

本组 800 例, 男 460 例, 女 340 例, 年龄 25~87 岁, 平均 56 岁, 病程 2 个月~30 年, 平均 6 年 5 个月。按照颈椎病分型, 颈型 120 例, 神经根型 480 例, 椎动脉型 96 例, 交感神经型 40 例, 脊髓型 36 例, 混合型 28 例。

2 治疗方法

2.1 针刀松解术

(1) 备皮术前洗净头颈部并且枕颈部备皮。

(2) 定点: 采用坐位, 头部垫枕伏于床上。根据临床症状及影像学诊断选定 1~8 个进针点。定点方法: 根据病变部位选择进针点于棘旁 1cm~2cm 处。有头痛、偏头痛、头晕、耳鸣等头面部症状者, 可在枕部风池穴附近环枕筋膜处选择 2 点或 4 点; 有肩部症状者局部选取数点; 有颈源性心脏病者可在心俞、厥阴俞选取数点; 选取好进针点后用龙胆紫标记, 碘伏、酒精严格消毒。

(3) 针刀松解方法: 以 2%利多卡因在进针点局麻, 然后刀锋与颈椎纵轴平行经皮刺入, 刺入后探寻骨面。在枕骨粗隆处刀不离骨切开 2~3 刀, 然后横行剥离和纵行疏通。在环枕筋膜处疏剥完毕后掉转刀锋 90°铲剥数下, 出针刀后按压针孔。椎旁也是刺入后探寻横突, 然后针刀滑落到横突末端后结节, 针身向中心倾斜与横突骨平面成 45°纵行切剥 2~3 刀, 再横行疏剥 2~3 刀, 出针刀并按压针孔片刻。针刀松解后施术部位贴敷创可贴。

2.2 手法治疗

针刀施术完毕后即可用手法整复侧移的患椎及推拿颈肩部病变的软组织。一般采用以下成套手法:

(1) 先以一指禅法从风池向下沿颈夹脊推至大杼穴, 反复 5~7 遍。再用大鱼际揉法沿颈夹脊往返 5~7 遍, 两侧交替。

(2) 以拿捏法在枕颈、肩井处拿捏, 以放松颈部肌肉, 再以拇指点揉患椎处。

(3) 复位手法: 患者坐位, 医者一手按抵偏斜的棘突, 一手肘部托住患者下颌, 手掌绕过后扶住枕部, 然后将颈椎旋到有阻

力的位置, 医者肘和拇指同时用力做向右或向左上方扳动。常可闻及一声或数声关节滑动声, 提示复位成功。高龄及脊髓型患者禁用此手法。如病在第四颈椎以上, 斜扳时采用屈颈位; 颈四以下斜扳时屈后伸位; 病位在 C4、5 取颈椎后伸位 5°±; C5、6 取后伸位 10°±; C6、7 取后伸位 15°±。如病在左侧, 应先向左扳, 后向右扳。

(4) 点揉风池、天宗、玉枕、曲池、外关、手三里、合谷, 搓揉抖动上肢结束。

3 治疗结果

3.1 疗效评价

根据患者以下症状和体征的变化:

(1) 疼痛(颈、肩、背、臂、头面)。

(2) 眩晕、耳鸣、失眠、心悸。

(3) 肢体麻木或无力。

(4) 束胸、束腰、胸闷感。

(5) 腱反射亢进或病理反射出现、腓踝阵挛。

疗效评价标准为: 优——上述症状和体征全部消失, 无病理体征。良——有一项症状改善不明显, 病理反射减弱者。可——三项以上症状消失或明显改善, 但病理反射尚存在。差——病理反射或肢体麻痹无明显改善。

3.2 随访结果

随访 1~10 年, 结果显示: 优: 512 例, 占 64%。良: 252 例, 占 31.5%。中: 24 例, 占 3%。差: 12 例, 占 1.5%。优良率 95.5%。效果较差的病例均为脊髓型。

4 讨论

4.1 对颈椎病发病过程和发病机理的认识

颈椎病是由于颈椎及其周围软组织损伤或退变引起脊柱内外平衡失调, 压迫或刺激颈部血管、交感神经、神经根和脊髓等而引起颈、肩、肢体、头胸疼痛、麻木等症状和体征。虽然临床上分为四大类型, 但临床表现并非那么泾渭分明, 而是一种类型表现较突出而已。颈椎外伤或颈椎、椎间盘、椎间韧带等组织由于积累性劳损和退行性改变, 可使其稳定性相应减退, 如受外伤,

甚至在不明显的外力作用下,便可致椎体在额状轴、矢状轴、纵轴上的前倾后仰,左右侧屈,左右旋转以及三个轴位上的不同联合改变。这种解剖位置的改变可以刺激颈上神经节以及分布在椎动脉、关节囊、项韧带等组织的交感神经末梢以及椎管内的脊髓返支形成病理性刺激,从而引起一系列的植物神经功能紊乱症状。当椎间发生移位或周围软组织痉挛,或者后关节增生等原因都可导致椎动脉受压,出现椎—基底动脉血流量减低。颈椎的椎间盘和两个关节突关节是颈椎运动功能单位重要的组成部分。椎间盘的形状使颈椎总曲度增加。随着椎间盘的退变,相应颈椎曲度变浅,两个关节突关节的压力随之增加,导致关节突关节增生。由于组织的退变,周围的韧带和肌肉的松弛,椎间关节极易发生移位。椎间盘改变引起的颈椎退行性变化,不但使椎间孔变形而且使椎管的大小和形态发生改变,并使孔内组织有更大受压迫的可能性。神经根袖受压产生水肿、炎性改变或椎间孔周围的神经根系膜受刺激后产生张力提高等等改变都会产生神经根刺激症状。一般认为,颈椎间盘后方突出,退行性变,椎体后缘增生,黄韧带肥厚、褶皱、钙化等使椎管内容积缩小,脊髓及动脉受压;或交感神经受刺激导致脊髓血管痉挛,血栓形成。脊髓血液循环障碍产生缺血、水肿,椎体滑脱,小关节移位均可使椎管相对狭窄,脊髓受压。颈曲的改变最早地反映了肌肉、神经根、脊髓、血管、交感神经等刺激后的代偿改变。颈椎组织和结构的变化纷繁复杂,互为因果,但颈部软组织的病变却贯穿颈椎发病的始终,是临床多种症状的特性病因。颈椎骨病变可看作是软组织病变的结果。椎间盘的退变较早,是导致继发性变化最多的部位,是周围结构发生病变和紊乱的基础。颈椎肌群和颈椎韧带的病变是各种损伤和退变的条件。颈椎的曲度、稳定、运动及平衡的维持都离不开它们,损伤时也是首当其冲。肌肉的起止点始终

处于应力最高的位置。姿势不良,外伤,长期劳损等都可使损伤。应用针刀松解术和手法最重要的作用就是解决颈部软组织的粘连、挛缩、瘢痕等病理变化。

4.2 针刀配合手法治疗颈椎病的机理探讨

治疗机理分析如下:

(1) 针刀可以松解软组织的粘连、挛缩和瘢痕。颈枕部各肌肉起止点由于牵拉、劳损等原因往往产生肌肉末端病。针刀松解,效若桴鼓。头枕部帽状腱膜、环枕筋膜的紧张与挛缩卡压枕大神经、枕小神经、耳大神经等产生头痛;项韧带钙化,前斜角肌痉挛,胸锁乳突肌挛缩等都可用针刀松解。

(2) 通过针刀松解横突间韧带、棘间韧带等使手法复位更加容易。由于颈部软组织的损伤或紧张导致钩椎关节、关节突关节的移位,针刀配合手法容易解决这一问题。

(3) 从物理学原理来看,针刀松解时的机械力,通过生物电与压电学原理将机械能转换成热能。一方面扩张局部小血管,使病变组织血液循环改善;另一方面刺激局部末梢神经使血液、淋巴循环加快,代谢产物尽快吸收和排出。

(4) 从生物化学原理来看,针刀松解的机械刺激促使分解局部的组织蛋白,增加末梢神经的介质,产生血管神经的活性物质,活跃局部组织的代谢功能,从而恢复生物化学方面的平衡。

(5) 手法可以刺激肌梭和软组织血管,使血管扩张,紧张的肌肉放松,缓解肌张力和释放肌内高压。

(6) 手法可以解决椎间关节的微小移位,恢复关节面间的正常对合。

综上所述,针刀松解和手法治疗各有所长。针刀术后立即应用手法复位或按摩,一方面使椎间关节移位的矫正更为容易;另一方面可以防止针刀术后组织再度粘连。

参考文献:

- [1]张长江, 颈性视力障碍与推拿, 北京.人民卫生出版社.1987: 30.
- [2]Grant, J. C. B. An Atlas of Anatomy, 5th ed. atimore, Williams & Wilkins, 1962.
- [3][美] R.凯雷特·颈和肩臂痛. 北京.人民卫生出版社.1994: 111.
- [4][5]房敏等·颈椎软组织病变在颈椎发病中的作用.中国骨伤. 2001.14 (2) :94.
- [6]朱汉章 针刀医学原理 北京.人民卫生出版社 2002.4.
- [7]2003 国际针刀医学论坛 北京. 中国国际中医药博览会 2003.9.