

- 14 Kumar MN, Baklanov A, Chopin D. Correlation between sagittal plane changes and adjacent segment degeneration following lumbar spine fusion. *Eur Spine J* 2001; 10: 314-319.
- 15 Chen WJ, Ni CC, Chen LH, et al. Survivorship analysis of DKS instrumentation in the treatment of spondylolisthesis. *Clin Orthop* 1997; 113-120.
- 16 Hsu K, Zucherman J, White A. The long term effect of lumbar spine fusion: deterioration of adjacent motion segments. In Yonenobu K, Ono K, Takemitsu Y, eds. *Lumbar fusion and stabilization*. Tokyo: Springer; 1993. 54-64.
- 17 Rehm MD, Hall BB. Adjacent segment degeneration after lumbar fusion with instrumentation: a retrospective study. *J Spinal Disord* 1996; 9: 392-400.
- 18 Wilke LL, Radecki SE, Biel HM, et al. Comparative study of the incidence and severity of degenerative change in the transition zones after

instrumented versus noninstrumented fusions of the lumbar spine. *J Spinal Disord* 1999; 12: 27-33.

- 19 Umehara S, Zindrick MR, Patwardhan AG, et al. The biomechanical effect of postoperative hypokyphosis in instrumented lumbar fusion on instrumented and adjacent spinal segments. *Spine* 2000; 25: 1617-1624.
- 20 Guigui P, Lambert P, Lassak B, et al. Long-term outcome at adjacent levels of lumbar arthrodesis. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1997; 83: 685-696.
- 21 Whitecloud TS, Davis JM, Olive PM. Operative treatment of the degenerated segment adjacent to a lumbar fusion. *Spine* 1994; 19: 531-536.
- 22 Schlegel JD, Smith JA, Schleusener RL. Lumbar motion segment pathology adjacent to thoracolumbar, lumbar and lumbosacral fusions. *Spine* 1996; 21: 970-981.

(收稿日期: 2005-12-13 本文编辑: 王宏)

· 短篇报道 ·

钹针配合手法治疗颈肌筋膜疼痛综合征

许锐¹, 于栋², 张军²

(1. 普宁市华侨医院, 广东 普宁 515300; 2. 中国中医科学院骨伤科医院)

2004年6月至2005年6月, 应用钹针松解隔日配合手法治疗颈肌筋膜疼痛综合征50例, 疗效满意, 现报道如下。

1 临床资料

本组50例中男23例, 女27例; 年龄31~59岁, 平均44岁。均为急性起病, 病程最短0.5d, 最长3个月, 平均18d。诊断依据: 常有慢性劳损或着凉病史, 项背及肩部疼痛常可因此而加重。颈项部及肩背部可触及激痛点, 一般为枕颈交界的斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌等附着处或颈椎横突旁肌附着处, 肩胛骨内缘的肩胛提肌、菱形肌、岗上肌、岗下肌等处, 痛性皮下结节或条索样肿块, 压痛明显, 甚则可激惹远处部位的传导性疼痛。颈肌痉挛, 颈部活动往往受限。皮肤感觉及腱反射正常。X线及化验检查正常。所有患者无颈神经根支配区感觉异常及阳性体征。

2 治疗方法

首先在患者颈肩部寻找触诊局部有明确的压痛点, 并可触及皮下结节或条索样包块作为进针点。如枕外隆起处及胸锁乳突肌后缘中点、肩胛岗中点上方, 肩胛上切迹处。胸锁乳突肌的后缘、肩胛骨内上角等伴有硬结和条索状物处。常规皮肤消毒后, 医者左手拇指按压在进针点的旁边, 右手持钹柄用点刺法进针, 直接垂直刺入压痛点, 进针深度以通过深筋膜为度。在进针后寻找沉紧涩滞的针感, 并在针感层进行松解疏通, 即松解卡压之处的软组织, 待针下此感觉消失时出针。患者多感觉局部酸重胀且向枕部或背部放散, 将针提至皮下, 按压局部疼痛减轻或消失出针。灭菌敷料按压局部, 并包扎。

于钹针治疗后48h对远离进针治疗点所在的肌束上、下

方起点或止点处施以轻柔缓和的捻揉、梳理的善后手法。此后每日进行1次, 以不感觉病变局部僵硬为度。

3 结果

疗效判定是以颈肩部的疼痛作为主要依据, 按临床痊愈、显效、有效、无效四级评定。结果: 临床痊愈36例; 显效10例, 治疗后症状基本消失, 仅有轻度局部酸胀感; 有效4例, 治疗后症状减轻, 局部仍有酸痛及轻压痛。

4 讨论

本组病例均存在颈部肌筋触发点, 以疼痛为主, 软组织高张力状态是其须集中解决的病因。钹针治疗可解除皮神经在走行过程中卡压所致的软组织高压状态, 术中通过钹针对皮下组织、筋膜和肌肉的切割, 使筋膜腔内压力减低, 筋膜表面张力降低, 达到松解粘连、减压减张的双重目的^[1, 2]。其次运用中医特色的理筋手法, 于48h后使用, 可缓解钹针术后刺激所致的肌肉血管紧张痉挛, 促进局部血液循环, 加快炎症代谢产物的吸收, 从而在根本上消除引起神经炎性损害和疼痛的病理基础达到事半功倍的目的。需要注意的是, 术后的善后手法必须轻柔, 施用部位应以颈部肌筋膜触发点所在肌肉为主, 且要尽量远离针孔。

参考文献

- 1 苏佳灿, 张春才. 肌筋膜疼痛综合征的诊治与康复. *中国临床康复*, 2002; 6(12): 1726-1727.
- 2 雷仲民, 黄明华, 尹辛成, 等. 钹针治疗颈肩部皮神经卡压综合征. *中国骨伤* 2004; 17(11): 674-675.

(收稿日期: 2005-12-30 本文编辑: 李为农)