

枕下肌群综合征 (附48例分析)

西安铁路分局医院 周德胜 陈经纬 沈怀卿

头晕沉,困倦,视野昏暗和枕项部僵痛是临床常见症候群,病因复杂。笔者在临床实践中发现枕下肌群劳损是引起此综合征的主因,并配合用头皮针治疗取得满意疗效。现将1986年10月至1987年7月间诊治的48例报导如下,供同道参考。

临床资料

一、一般资料:本组48例,男性27例,女性21例。年龄19—74岁,其中30岁以下12例。职业:会计4例,干部3例,教师2例,工程师及医师各1例,工人30例,家属7例。头部外伤后17例,喜硬卧高枕6例。病史2天—40年。

二、临床表现:头晕沉47例,困倦43例,视野昏暗39例,枕项部僵痛38例,失眠18例,头痛18例,耳鸣17例,卧后症状不轻14例。此外有复视,恶心,晕倒多症,少数人头活动时晕加重。检查:枕骨下项线激痛点:双侧21例,右侧25例,左侧1例。双侧者多数右重于左。

三、治疗方法:全部病例首次均做30次单拇指激痛点按摩,再用方氏头皮针针刺头部伏像冠矢点前1.5公分处,深达骨膜,一侧有激痛点刺一侧,双侧者刺两侧。每日或间日一次。为巩固疗效及自我保健,早晚在激痛点做热敷。

四、治疗效果:痊愈(症状体征消失)24例。显效(症状体征明显减轻或大部分消失)18例。有效(症状体征减轻)5例。无效(症状体征依旧或减轻不明显)1例。本组总有效率97.91%。

讨论

本综合征一般均在内科就诊,因伴随症状不同也在别科诊治。我们对36名正常人进行调查发现16名有轻微头晕及枕项部激痛点,说明相当一部份人因症状轻未就医。过去对此症候群众说纷纭,60年代以后,以宣蛰人为代表的一些学者提出软组织无菌性炎症学说后,许多学者对此进行大量研究发现颈椎增生不是引起颈性眩晕的主要原因,也不是引起椎动脉血流异常的唯一原因。本组病例中30岁以下12例占25%,在客观上支持非骨性观点。具有特殊意义的是绝大部分颈性眩晕症经中西医结合非手术

治疗后不但症状体征消失,脑血流图也会改善,这使椎动脉受压说难以解释(2、3、4),只能被认为是一种可逆性病变—痉挛。因此目前颈性眩晕症已被大多数学者公认是颈肩部软组织劳损所致。但是颈肩部众多的软组织是否均是引起颈性眩晕症的主因,还是某部位为主其他为辅,或是加杂因素。我们在临床工作中发现单纯性眩晕症候群(不同时具有颈肩臂背痛麻者),其也只具有枕下肌群在枕骨下项线附丽处激痛点。该肌群包括头后大、小直肌及头上、下斜肌。受C1及C2后支支配。其功能为运动寰枕关节和寰枢关节,使头后仰及摇头。这组肌肉为短肌,从生物力学看运动同一质量物体力臂短较长者费力,因此枕下肌群较头夹肌费力而易劳损。本综合征常见于颅脑损伤及紧张伏案工作者以及喜卧高枕者。本征另一特点是卧后症状不轻或加重。引起此征机理:枕下肌群附着点劳损引起无菌性炎症产生致痛物质作用于伤害感受器,通过传入结维达中,小脑,还作用于交感神经的椎动脉丛引起动脉痉挛,使基底动脉系血流减少,从而影响其供区脑内有关中枢的功能使临床出现眩晕耳鸣,眼睑沉重,视野昏暗,全身困乏,复视等症。椎动脉痉挛程度取决于枕下肌群劳损程度和机体的反应性。为了证明确系这些短肌劳损引起上述五位一体的综合征,本组48例均有激痛点并用单拇指按摩30次,45例立即有症状体征减轻,少数因按摩的疼痛出现一过性头晕加重及头枕部发热之热血上冲感。此法仅作用于下项线,完全排除颈椎和其它软组织因素。同时我们根据生物体的部份包含着整体各部位生物学特性的信息及人体统一的内环境中,对应部分间有生理学病理学以及其它生物学特性的相关性的全息生物学理论,用方氏头皮针针刺头部伏像的枕项部,患者在按摩后综合征减轻的基础上进一步好转,除了明目,止晕醒脑外,枕项部僵痛减轻。这一疗法能取得五大症状体征同步化的改善,证明此综合征是由一种病因引起的一个整体。但是因局部病变的渐进性(慢性劳损)使视野昏暗的症状不被注意,这是从经治后所有病例均有明目感得到证实。

(参考文献从略)