

其远侧穿 2~3 枚半螺纹针固定并锁在支撑杆上。若为 Schatzker VI 型干骺端骨折位置欠佳,需手法复位,达到功能复位标准。同时检查下肢力线,纠正旋转移位,经透视检查调整后锁定支撑杆于半环上。安装抛物环在半环和支撑杆上,构成三角形框架。自由选择穿入其余平面半针,形成胫骨平台及骨干多平面固定(松质骨部位多用钢针,皮质骨多用半螺纹针),用松质骨螺钉替换关节面细钢针。开放伤先行清创,骨筋膜室综合征患者先行减压,若合并神经血管损伤予以探查修补。术后第 1 天利用 CPM 机进行下肢功能锻炼。

3 结果

本组全部获随访,时间 10 个月~3 年,平均 16 个月。术后均恢复良好,固定稳定,骨折全部愈合。按纽约特种外科医院 HSS 膝关节评分标准^[1]综合评定:优 10 例,良 4 例,可 2 例,差 1 例。无皮肤坏死及钢针松动,无膝关节感染。3 例出现针道刺激症状,经清洁及口服抗生素治愈。典型病例见图 1。

4 讨论

高能量胫骨平台骨折常合并严重软组织损伤,因此,制定治疗方案时,准确分析骨折类型及软组织损伤程度同样重要。文献报道^[2],该类骨折治疗倾向微创的方法。我们应用混合式支架联合有限内固定选择 Schatzker V、VI 型骨折中塌陷程度 5~8 mm 以下^[3],髁间隆突骨折移位不大及无后柱粉碎骨折的

患者^[4],重点恢复膝关节轴向对线及关节面大致对位。手术操作充分利用了微创观念:利用手法大致整复,平台骨折用巾钳经皮穿到骨上进行间接复位,当复位不足时用钢针操纵骨块辅助复位;内固定物容积小;通过 2 个平面 X 线透视检查骨折对位情况。松质骨螺钉、细钢针可以维持关节骨块复位并加压,混合式支架构成三角形稳定框架,多平面固定对骨折两端施加最大把持力,不需石膏托制动,麻醉效果消失即行功能锻炼。

参考文献

[1] 王三忠,钱为平,俞新荣,等.内外侧小切口治疗复杂性胫骨平台骨折.中国骨伤,2007,20:338-339.
 [2] Levy BA, Herrera DA, Macdonald P, et al. The medial approach for arthroscopic-assisted fixation of lateral tibial plateau fractures: patient selection and mid- to long-term results. J Orthop Trauma, 2008, 22(3):201-205.
 [3] 卡纳尔 ST 著.卢世壁,王继芳,王岩,等译.坎贝尔骨科手术学.第 10 版.济南:山东科学技术出版社,2005. 2671-2682.
 [4] Subasi M, Kapukaya A, Arslan H, et al. Outcome of open comminuted tibial plateau fractures treated using an external fixator. J Orthop Sci, 2007, 12(4):347-353.

(收稿日期:2008-09-27 本文编辑:连智华)

针刀治疗枕神经痛 30 例疗效观察

李石良¹, 孙瑞华², 张永旺¹

(1. 中日友好医院针灸科, 北京 100029; 2. 中日友好医院科教部)

关键词 头痛; 颈椎; 中医疗法

Clinical observations on 30 patients with occipital neuralgia treated with needle-knife LI Shi-liang*, SUN Rui-hua, ZHANG Yong-wang. *Department of Acupuncture and Moxibustion, China-Japan Friendship Hospital, Beijing 100029, China
Key words Headache; Cervical vertebrae; TCM therapy

Zhongguo Gushang/China J Orthop & Trauma, 2009, 22(3):220-221 www.zggszz.com

枕神经痛多表现为单侧头痛,所以临床上很容易被误诊为血管神经性头痛(偏头痛)。关于本病的病因,文献报道不多。非药物治疗(含针灸、按摩、针刀等)对本病有效,但有效率、痊愈率报道不一,且既往文献报道多侧重于观察近期疗效,对远期疗效的报道不多。2007 年至 2008 年对 30 例枕神经痛患者针刀治疗后的近期与远期疗效进行观察,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 病例选择

1.1.1 诊断标准 枕神经痛缺乏统一的诊断标准,本文参照《临床疼痛治疗学》^[1]选择病例。疼痛始于后头部,位于枕大或枕小神经分布区的皮肤表面,向上可放射到同侧颞部、额部甚至眼眶及耳前区,向下可至颈部。疼痛性质为尖锐的刺痛。局部皮肤极为敏感,触及毛发即可诱发疼痛。每次发作持续时间

从数分钟到数小时,发作间期仍有局部钝痛存在,无扳机点。

1.1.2 纳入标准 ①符合上述诊断标准;②排除合并有其他系统疾病;③受试者自愿并签署知情同意书;④对研究意义有正确认识,对研究人员的观察和评价有良好依从性;⑤病程在 2 个月以上。

1.1.3 排除标准 ①不符合上述诊断标准和纳入标准的患者;②未按规定治疗,无法确定疗效或资料不全等影响疗效判定者;③正在接受其他相关治疗,可能影响本研究效应指标观测者;④合并有心脑血管、肝、肾和造血系统等严重危及生命的原发性疾病及精神疾病者;⑤年龄大于 75 岁及小于 18 岁者;⑥孕妇及哺乳期妇女。

1.2 临床资料 本组病例均来自中日友好医院针灸科门诊。女 26 例,男 4 例;年龄 18~72 岁,平均 46.3 岁;病程 2 个月~20 年,平均 6.28 年;单侧发病 9 例,双侧发病 21 例。伴有失眠

表 1 自觉症状(头痛)与枕部压痛 VAS 评分治疗前后比较

Tab.1 Comparison of VAS scores of headache and occipital tenderness before and after treatment

时间	病例数	自觉症状(头痛)VAS 评分			枕部压痛 VAS 评分		
		均数±标准差	统计量(s 值)	P 值	均数±标准差	统计量(s 值)	P 值
治疗前	30	7.17±1.62	—	—	7.73±1.44	—	—
第 1 次治疗后	30	3.33±1.40	-232.5	<0.000 1	4.90±2.28	-11.2	<0.000 1
第 2 次治疗后	28	1.04±1.35	-203.0	<0.000 1	2.61±1.71	-19.1	<0.000 1
第 3 次治疗后	13	0.31±0.63	-45.5	<0.000 2	1.23±0.83	-45.5	<0.000 2
术后 3 个月	30	0.17±0.53	-232.5	<0.000 1	0.73±0.91	-232.5	<0.000 1
			-0.5*	1.000 0*		-4.5*	0.531 3*

注: *为术后 3 个月与第 3 次治疗后比较结果

Note: * is the comparison results between 3rd postoperative month and the third treatment

者 19 例,伴有恶心(或呕吐)者 10 例,伴有颈项部不适或疼痛者 30 例。头痛因头颈部动作、喷嚏、咳嗽诱发者 0 例。颈椎 X 线片有阳性表现(包括寰枢椎不稳、颈椎侧弯、棘突侧方移位、椎间隙狭窄、曲度改变、椎体双边影、骨质增生、椎体仰或俯旋移位、椎体滑脱、椎间孔狭窄、过伸或过屈障碍等)30 例。

1.3 治疗方法 患者俯卧位,枕部备皮。术者以拇指在患者乳突与 C₁ 后正中点连线中点及乳突胸锁乳突肌附着点后上缘寻找压痛点,以甲紫标记,75%乙醇与碘酒局部消毒各 3 遍,消毒范围为标记点周围 10 cm 半径圆形区域。术者戴无菌手套,铺洞巾,以 2%利多卡因 5 ml,注射用甲泼尼龙琥珀酸钠注射液 40 mg 及 0.9%生理盐水 5 cm 混合局部麻醉。麻醉时,先将针头快速刺入皮肤,探索进针至骨面,回抽无回血,每点注射 1~2 ml。左手持无菌纱布,右手持 I 型 3 号针刀,刀口线与脊柱后正中线平行刺入皮肤,探索进针至骨面,再提起针刀至皮下,纵向切割 3~4 刀。按压止血,创可贴外敷。术后手法:术者以拇指横向侧推枕部软组织 3~5 次。每 10 d 治疗 1 次,总治疗次数≤3 次。

1.4 观察指标与方法

1.4.1 自觉症状(头痛)VAS 评分 将头痛程度用一线段表示,该线段分为 10 段,0 为无痛,1~3 为轻度疼痛,4~6 为中度疼痛,7~9 为重度疼痛,10 为极度疼痛,由患者在线上标出代表其头痛强度的点,测量 0 到标出点的距离即为疼痛强度评分值。术前与最后一次治疗后 7 d、术后 3 个月各记录 1 次。

1.4.2 枕部压痛 VAS 评分 术者以拇指在患者乳突与 C₁ 后正中点连线中点及乳突胸锁乳突肌附着点后上缘寻找压痛点,由患者判断压痛强度,按上述评分方法在 VAS 评分线上进行标记,测量评分值。术前与最后一次治疗后 7 d、术后 3 个月各记录 1 次。

1.4.3 临床疗效评定^[2] 治愈:头痛消失,各项实验室检查正常。好转:头痛减轻,发作时间缩短或周期延长,实验室检查有改善。未愈:头痛症状及血压等无变化。

1.5 统计学分析 采用 SAS 9.10 统计软件,正态性定量资料采用配对 *t* 检验,非正态定量资料采用配对 Wilcoxon 符号秩和检验进行统计处理。

2 结果

2.1 自觉症状(头痛)与枕部压痛变化 见表 1。

从表 1 可以看出,针刀治疗第 1、2 及 3 次后患者头痛症

状、枕部软组织压痛与治疗前相比均明显好转,差异有统计学意义($P<0.000 1$ 或 $<0.000 2$),而术后 3 个月与第 3 次治疗后相比无明显差别($P>0.05$),说明术后 3 个月疗效稳定。

2.2 临床疗效 近期疗效(末次治疗后 7 d):治愈 27 例,好转 3 例。远期疗效(术后 3 个月):治愈 27 例,好转 3 例。

2.3 近期治愈所需治疗次数 30 例中,1 次治愈 2 例,2 次治愈 15 例,3 次治愈 10 例,其他 3 例好转。

2.4 远期疗效稳定率 术后 3 个月随访,全部患者无复发或加重。

3 讨论

研究发现^[3],枕大神经在深层行于肌间或穿过肌肉组织,环境比较宽松,不致形成卡压。当穿出斜方肌腿膜和深筋膜时,可见有大量的腱纤维和筋膜束从不同方向缠绕神经和血管,紧贴枕骨膜,不易分离,此处就是枕大神经易被固定卡压的部位。本组 30 例全部都具有颈项部不适或疼痛及颈椎 X 线检查阳性,说明颈椎病及颈项部软组织状态的确与枕神经痛的发病有密切关系。

从本组病例来看,枕神经痛患者均可在枕部找到不同数量的压痛点,压痛点多位于枕大神经点(乳突与 C₁ 后正中点连线中点)或枕小神经点(乳突胸锁乳突肌附着点后上缘),但也有的压痛点位于枕大神经点与枕小神经点周围或散在于下项线,说明枕神经点的压迫并不是枕神经痛的惟一病因,枕部软组织的高张力状态同样可以间接地造成枕神经的压迫进而引发疼痛。

从本文结果看,针刀治疗枕神经痛的疗效是肯定的,3 个月随访结果表明,远期疗效稳定率较好。针刀治疗最关键的步骤在于找准压痛点,治疗时由皮下至枕骨逐层切开各层软组织,直接解除枕神经卡压状态,降低枕部软组织张力,同时于术后以侧推手法扩大松解范围。

参考文献

- [1] 李仲廉. 临床疼痛治疗学. 第 3 版. 天津:天津科学技术出版社, 2003. 410.
- [2] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准. 南京:南京大学出版社, 1994. 36-37.
- [3] 韩震,尹保国,刘畅,等. 枕大神经卡压综合征的应用解剖学和针刀治疗研究. 中国骨伤, 2005, 18(1): 10-12.

(收稿日期:2008-09-02 本文编辑:连智华)