

针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合征

周勇忠, 张友忠, 杨贵尊, 袁志强, 史良
(上海中冶医院, 上海 200941)

【摘要】 目的: 探讨以针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合征的临床疗效。方法: 自 2010 年 4 月至 2011 年 8 月治疗 120 例颈肩综合症患者, 男 45 例, 女 75 例; 年龄 40~68 岁; 病程 3 d~10 年。均采用针刀闭合松解, 并配合整脊微调手法治疗, 予以活血化瘀中药口服, 治疗后第 3、7、10 天行整脊手法扶正治疗, 针眼愈合后行中药外熏, 并指导颈椎操功能锻炼。采用颈椎功能障碍指数(the neck disability index, NDI)评分标准对患者治疗前后颈椎功能进行评价。结果: 治疗 3 周后进行随访, 患者颈肩部疼痛减轻, 功能活动受限情况好转, 颈椎 NDI 评分由治疗前的(49.30±1.35)分降至治疗 3 周后的(10.15±1.18)分($t=2.116, P<0.05$)。结论: 针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合征可使颈肩疼痛症状迅速缓解, 颈部活动功能受限情况好转。针刀松解治疗前精确定位, 治疗中充分松解, 治疗后整脊微调是确保疗效的关键。

【关键词】 肌筋膜疼痛综合征; 颈; 肩; 针刺疗法; 针刀; 舒筋整复手法

DOI: 10.3969/j.issn.1003-0034.2013.08.021

Needle-knife closed solution combined with minor adjusting of spine for the treatment of neck-shoulder syndrome
ZHOU Yong-zhong, ZHANG You-zhong, YANG Gui-zun, YUAN Zhi-qiang, and SHI Liang. MCC Hospital Of Shanghai, Shanghai 200941, China

ABSTRACT Objective: To evaluate therapeutic effect of the needle-knife closed solution combined with minor adjusting of spine for treatment of neck-shoulder syndrome. **Methods:** From April 2010 to August 2011, 120 patients with neck-shoulder syndrome were treated with the needle-knife closed solution combined with minor adjusting of spine, and included 45 males and 75 females and aged from 40 to 68 years old. The disease course was from 3 days to 10 years. After the operation, all patients taken the medicine of activating blood circulation herbs. At the 3rd, 7th, 10th day after operation, spinal rotation massage was performed on these patients. After the healing of the needle points, traditional Chinese medicine herb fumigation was applied on the needle points, and the patients were directed to do the cervical spine exercise. Therapeutic effect of the patients was evaluated by the neck disability index (NDI). **Results:** All patients were followed up after 3 weeks' treatment. The pain of neck-shoulder was relieved, and the range of motion was improved, the NDI score lowered from 49.30±1.35 before treatment to 10.15±1.18 at 3 weeks after treatment ($t=2.116, P<0.05$). **Conclusion:** The needle-knife closed solution combined with minor adjusting of spine for the treatment of neck-shoulder syndrome can relieve the pain in the neck-shoulder and improved the motion of the neck. The key for the effect is accurate location before operation, sufficient adhesion solution during the operation and spinal minor adjusting after operation.

KEYWORDS Myofascial pain syndromes; Neck; Shoulder; Acupuncture therapy; Needle-knife; Muscle tendon relax reduction

Zhongguo Gu Shang/China J Orthop Trauma, 2013, 26(8):702-704 www.zggszz.com

颈肩综合征是颈部、肩部以及臂肘的肌筋发生痹痛、酸软、乏力感及功能障碍等临床表现的病症。主要原因是颈部紧张或颈肩紊乱^[1], 是常见的颈部疾患。自 2010 年 4 月至 2011 年 8 月, 笔者以针刀为主配合手法整复治疗该类患者 120 例, 报告如下。

1 资料与方法

1.1 诊断标准 根据《中药新药治疗颈椎病的临床研究指导原则》(2002 年)并结合颈肩综合征临床特点制定以下标准: ①主诉颈部、肩部以及臂肘的肌筋

发生痹痛、酸软、乏力感及功能障碍等临床表现。

②X 线片: 颈椎曲度变直或反弓、棘突偏歪, 颈椎体有不稳或骨赘形成, 侧位片有双突征或双边征。

1.2 纳入标准 ①年龄 40~68 岁; ②符合上述诊断标准; ③受试者自愿参加本临床试验, 并签署知情同意书者。

1.3 排除标准 ①明显伴神经根及脊髓压迫症状符合手术者; ②颈背部皮肤感染破溃者; ③严重骨质疏松症患者; ④明显脑血管硬化、颈动脉超声发现斑块患者; ⑤合并严重的肝、肾、造血系统、结核病、恶性肿瘤、严重外伤、心肌梗死、脑溢血后遗症等严重

原发性疾病及精神病患者;⑥参加其他临床试验者。

1.4 临床资料 病例来源于上海中冶医院中医科住院患者,均符合纳入标准,共 120 例,其中男 45 例,女 75 例;年龄 40~68 岁;病程 3 d~10 年。24 例患者颈枕部头痛及头痛;80 例患者肩背部疼痛(包括斜方肌、肩胛提肌、大小菱形肌有明显压痛);40 例患者伴有上肢麻木;40 例患者按压特定点可出现放射痛;50 例患者主诉有诱因存在;64 例患者有长期低头工作或不良颈椎姿势的生活习惯。25 例患者颈椎 X 线片明显强直及反弓;70 例患者颈椎棘突偏歪及后韧带钙化。

1.5 治疗方法

1.5.1 治疗前准备 入院查血常规、出凝血时间检查、ECG、颈椎 X 线片、伴有眩晕者加查经颅多普勒超声(TCD)、椎动脉超声等。

1.5.2 针刀松解及整脊微调治疗 ①针刀松解法:取俯卧位,前胸部加垫枕,下颌内收位。仔细触诊双侧枕骨大凹、颈椎棘突、后关节突、后结节、椎旁两侧,颈肩部诸肌起止点及肌筋膜有硬结的压痛点处即可定点并用记号笔标识。常规消毒肩背部皮肤 3 遍,铺无菌单。各定点局部浸润麻醉。刀口线与身体纵轴平行,分别于各定点处垂直刺入皮肤皮下,至定点处挛缩点,沿肌肉走行方向纵行切开挛缩带,横行摆动,松解满意后出针。各针眼消毒后无菌敷料覆盖。②整脊微调法:仍俯卧位,行俯卧位旋推法调整下颈段,改仰卧位行上颈段及寰枢椎复位,进一步松解挛缩。取坐位,患者双手交叉抱于枕后,术者行上胸椎调脊,术毕。每次治疗定位为 5~10 个点,按先肩背部,再颈枕部的顺序分区域分阶段逐步松解治疗,每次松解间隔 7 d,女性患者治疗避开月经期。一般治疗 1~4 次。

1.5.3 术后处理 颈枕部压迫止血,给予活血化瘀中药口服,注意观察针眼情况及四肢感觉肌力情况,术后第 3、7、10 天主要用推、拉手法及旋转复位手法^[2]。寰枢椎复位手法和肩胛提肌、斜方肌及菱形肌松膜法分别纠正上颈段和下颈段紊乱,胸椎复位手法纠正颈胸结合部错乱^[2]。针眼愈合后中药外熏,处方为院内协定方:当归、赤芍、桃仁、红花活血化瘀;制川乌、制草乌、制南星、木瓜、透骨草等通经止痛。同时指导患者颈椎“米”字操功能锻炼。

1.6 观察项目与方法 治疗 3 周后采用颈椎功能障碍指数(the neck disability index, NDI)评分标准^[3]对疗效进行评价。包括:颈痛及相关的症状(疼痛的强度、头痛、集中注意力和睡眠)和日常生活活动能力(个人护理、提起重物、阅读、工作、驾驶和娱乐),由患者根据自己的情况填写。每项最低得分为 0 分,最高得分为 5 分,分数越高表示功能障碍程度越重;按以下公式计算受试对象颈椎功能受损的程度:颈椎功能受损指数(%)=[(每个项目得分的总和/受试对象完成的项目数×5)]×100%。0~20%表示轻度功能障碍;20%~40%表示中度功能障碍;40%~60%表示重度功能障碍;60%~80%表示极重度功能障碍 80%~100%。

1.7 统计学处理 采用 SPSS 16.0 统计软件进行分析,NDI 评分用 $\bar{x} \pm s$ 表示,治疗前后采用配对 *t* 检验,以 *P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

治疗 3 周后,患者颈肩部疼痛减轻,功能活动受限情况好转,颈椎功能障碍指数评分均有不同程度的降低,NDI 评分由治疗前的(49.30±1.35)分降低至治疗 3 周后的(10.15±1.18)分(*t*=2.116,*P*<0.05)。典型病例见图 1。



图 1 患者,女,60 岁,颈项部及右侧肩背部疼痛不适 2 年余,加重 10 余天伴头痛头晕 1a,1b. 治疗前颈椎张口位、颈椎侧位 X 线片 1c,1d. 针刀治疗 3 周后,颈椎张口位 X 线片显示 C₇-T₂ 右旋纠正,颈椎侧位 X 线片显示寰枕间隙增宽,生理前曲部分恢复

Fig.1 A 60-year-old female patient with aching in the neck and right side shoulder-back for 2 years, getting worse with headache and dizziness over 10 days 1a,1b. Mouth open and lateral X-ray films of cervical spine before treatment 1c,1d. Mouth open X-ray film showed the right-turn from C₇ to T₂ became normal, lateral X-ray film showed the gap between the atlanto-occipital joint widened, forward-bending recovered partially

4 讨论

4.1 颈肩部疼痛的特点 颈椎是人体脊椎最富于移动性但最不稳定的部分,包括 7 块椎骨,5 个椎间盘,37 个独立的关节,还包括一个复杂的韧带-肌肉系统。疼痛可能由其中的任何一部分引起,国际疼痛研究协会找到了约 60 种颈部疼痛源,但是这些症状的根源是不清楚的^[4]。教科书阐述,疼痛源自于颈部周围的深层结构(如韧带、肌肉、关节、椎间盘或骨骼),除了源自于神经根,疼痛一般发生在颈部和肩部^[5]。疼痛经常发生于枕骨部、颈背肌肉、上臂部,疼痛由颈部移动引起。对于没有颈肩部痛的人群来说,触痛点在颈肩部痛的人群中更普遍^[6]。触痛点的数量随着疼痛严重程度而增加^[7-8]。

4.2 针刀松解配合整脊微调治疗颈肩综合症的机制 慢性劳损发生时,颈伸肌群常常存在受损、变性,如肌纤维断裂、结缔组织增生、粘连、黏液样变、肌纤维萎缩等病理改变,使得颈伸肌群不能发挥正常的力学功能。慢性颈部疼痛患者与健康对照组相比:前屈、后伸及旋转肌群的肌力均显著降低,尤以后伸肌群肌力减弱明显^[9]。颈椎在屈伸旋转活动中,颈伸肌群的损伤常导致颈椎力学平衡失调。颈部的大部分肌肉的起止点都和颈椎的横突、棘突相关,颈部肌肉力学功能失常时,易致颈椎生理弧度发生异常或颈椎小关节紊乱,进一步加重肌肉韧带的持续损伤继而使颈肩部症候群表现严重,进入“伤筋必动骨,动骨必伤筋”的恶性循环中。

笔者临床查体发现绝大多数触痛点位于颈肩部肌肉韧带起始点附近或肌筋膜处,表现为条索样变性或硬结,而条索样变性和硬结正是针刀所要松解的部位和层次。针刀松解涉及的肌群几乎全部位于颈肩部生物力学的张力侧,也就是颈肩部伸肌群所处的解剖部位和层次。

针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合征是通过松解剥离变性的软组织瘢痕,刺入疼痛的病灶即紧张挛缩的部分,使紧张的筋膜层得到初步松解,配合整脊微调手法,使挛缩变性的组织得到进一步松解,能部分恢复脊柱的正常生理弧度,纠正小关节紊乱,使颈肩综合征的症候群得到缓解和治疗。

4.3 针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合症的的优势及注意事项 针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合症的的优势在于:①治疗更具针对性、靶点更精确。笔者在确定松解点时,通过严格的查体、客观的读片、听取患者的主观感受,准确定点于病变部位;②治疗创伤轻微。针刀经皮进入直达病所后才开始发挥刀的切开、分离、铲剥、割断等作用,治疗后遗

留的针眼,2 d 即可愈合;③在针刀松解治疗完毕,即刻应用推、拉力手法及旋转力复位等手法进一步使挛缩的软组织瘢痕彻底松解,脊柱小关节紊乱易于纠正;④治疗结合了中医整脊微调手法,是秉承中医学的“筋骨并重”治疗理念的具体体现,可使疼痛缓解迅速,在上述治疗后,病变软组织在正常生理平衡位置上易于修复成正常组织,疗效巩固持久;⑤本治疗在局麻下操作即可,易于推广,体现了中医简便价廉的优势。

针刀闭合松解配合整脊微调治疗颈肩综合症的注意事项:①明确诊断,严格筛选适应证;②针刀治疗手术都是深入软组织深部进行切割、剥离,必须严格无菌操作;③严格查体结合仔细阅片,准确定点,明确松解层次和部位;④需要配合整脊微调手法技巧;⑤针刀、手法后再配合活血化瘀中药治疗,内外结合,促进微循环,防止瘢痕粘连再次形成,巩固疗效;⑥指导患者进行功能锻炼。

参考文献

- [1] Palmer KT, Smedley J. Work relatedness of chronic neck pain with physical findings—a systematic review[J]. Scand J Work Environ Health, 2007, 33(3): 165-191.
- [2] 王令习, 王晶. 人体信息线路—针刀内科学[M]. 澳门: 澳门出版社, 2009: 118-153.
Wang LX, Wang J. The Routine of Human Body Message—the Internal Medicine of Needle-Knife[M]. Macao: Macao Publishing House, 2009: 118-153. Chinese.
- [3] Vernon H. The Neck Disability Index: state-of-the-art[J]. J Manipulative Physiol Ther, 2008, 31(7): 491-502.
- [4] Merskey H, Bogduk N. Classification of Chronic Pain: Description of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms[M]. 2nd edition. Seattle (WA): International Association for the Study of Pain, 1996: 137-150.
- [5] Binder AI. Cervical Pain Syndromes. In: Isenberg D, Maddison PJ, Woo P, Glass D, Breeveld FC, editors. Oxford Text Book of Rheumatology[M]. Oxford (United Kingdom): Oxford University Press, 2004: 1185-1195.
- [6] Levoska S. Manual palpation and pain threshold in female office employees with and without neck-shoulder symptoms[J]. Clin J Pain, 1993, 9(4): 236-241.
- [7] Dyrehag LE, Widerström-Noga EG, Carlsson SG, et al. Relations between self-rated musculoskeletal symptoms and signs and psychological distress in chronic neck and shoulder pain[J]. Scand J Rehabil Med, 1998, 30(4): 235-242.
- [8] Kaergaard A, Andersen JH, Rasmussen K, et al. Identification of neck-shoulder disorders in a 1 year follow-up study. Validation of a questionnaire-based method[J]. Pain, 2000, 86(3): 305-310.
- [9] Ylinen J, Salo P, Nykänen M, et al. Decreased isometric neck strength in women with chronic neck pain and the repeatability of neck strength measurements[J]. Arch Phys Med Rehabil, 2004, 85(8): 1303-1308.

(收稿日期: 2012-09-24 本文编辑: 王宏)