

- 16.
- [4] 林庆.小儿脑性瘫痪的定义、诊断及分型[C].全国小儿脑性瘫痪专题研讨会.昆明.2004.
- [5] 王慕逊.儿科学[M].第5版.北京:人民卫生出版社,2001.411—413.
- [6] 中华人民共和国卫生部医政司.中国康复医学诊疗规范(上册)[M].北京:华夏出版社,1998.59—61.
- [7] 于兑生.康复医学评价手册[M].北京:华夏出版社,1993.138.
- [8] Russell PJ, Rosenbaum PL, Avery LM, et al. Gross motor function measure (GMFM-66 & GMFM-88) use's manual[M]. London:Cambridge University Press,2002.126—130.
- [9] 孙世远.脑性瘫痪的早期诊断与早期治疗[M].哈尔滨:黑龙江科学技术出版社,1991.60—66.
- [10] Fosano VA, Broggia Barolat, Roman G, et al. Surgical treatment of spasticity in cerebral palsy children[J]. Brain, 1978, 4:289.
- [11] 刘茂兰,万海玲.推拿治疗小儿脑瘫临床体会[J].江西中医学院学报,2000,12(3):44.

·传统医学与康复·

正骨手法治疗颈源性头痛的临床观察

覃兴乐¹

1 资料与方法

1.1 一般资料

2000年6月—2006年2月在我科门诊就诊97例颈源性头痛患者,均按“颈源性头痛国际研究会诊断标准”^[1]诊断为颈源性头痛,并随机分为治疗组 and 对照组,其中治疗组49例,对照组48例。治疗组中男性21例,女性28例;年龄17—65岁;病程1d—16年。对照组中男性19例,女性29例;年龄19—62岁;病程2d—20年。两组年龄、性别、病程方面比较差异无显著性意义,具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组采用正骨手法^[2],隔日治疗1次,6次为1个疗程,具体方法为:

第一步采用触诊手法以确定病灶(病损的软组织及病理性质棘突偏歪)。以单拇指触诊法及拇指食指触诊法相互配合,在患者枕颈部从上而下依次触诊,即触摸椎枕肌、斜方肌、胸锁乳突肌、头夹肌等肌的附着点,颈椎的棘突、关节突、横突及其后结节,肩胛骨内上角(即肩胛提肌附着点),肩胛冈上缘及锁骨外1/3(斜方肌附着点),可触及软组织损伤的特有特点,即条索状、钝厚感、有压痛。颈椎解剖功能紊乱时触诊特点为在第1颈椎患侧横突部触及饱满有明显压痛(而对侧则相对空虚且无压痛或轻微压痛),在C1—3小关节中可触及1—2个饱满凸起且压痛明显的后关节囊,且相应棘突偏歪或后凸,多位于第2颈椎关节突,压之疼痛明显,且向同侧颞部放散,此为小关节功能紊乱的体征,也就是病理性棘突偏歪的内在表现。

第二步采用分筋、理筋、镇定的手法治疗病损的软组织,以解除局部病灶的肌痉挛,松解局部有粘连的病灶,促进局部血液循环,消除无菌性炎症。

第三步对于存在上颈段颈椎病理性棘突偏歪(小关节功能紊乱),采用颈椎定点旋转顿推法矫正病理性棘突偏歪(小关节功能紊乱)。多数患者均有1—2个小关节功能紊乱,故应当予以重视。该法操作方法为患者仰卧位头垫枕,医者一手打开扶住健侧耳后乳突及上颈部以保持头部位于中轴线上,另一手打开以食指侧第一(或二)节锁定患侧患椎的椎板(关节突或横突均可),中指、无名指、小指把扶颈部,拇指及掌部扶住患侧耳前及乳突部,在保持头部位于中轴线上时双手将患者头部向健侧旋转10°—15°,即可将医者食指桡侧

第一或第二节的力点锁定在患椎上,此时双手同时瞬间顿旋约5°,锁定患椎之食指往对侧顺势同时顿推,即可感到手下有移动感及闻及“咯咯”声响,再次触诊凸起的饱满感及压痛消失或改善即可,注意顿旋顿推必须同步进行方能矫正。所有患者必须拍摄开口位、颈椎正侧位片,以排除手法禁忌证及协助诊断。颈源性头痛常见X光片异常改变征象为上位颈椎(C1—3)移位,齿状突轴心偏移,生理性前凸消失,变直,甚至反张,颈椎骨质增生等征象^[3]。

对照组采用口服布洛芬片,每次0.2g,3次/日,6d为1个疗程。有胃十二指肠病史及有胃部不适者加服胃友双层片,1次2片,3次/日,且布洛芬片在饭后半小时服用。

1.3 疗效标准

全部病例1个疗程后评定疗效,采用NRS(数字评价量表)^[4]评级,0级:无痛;1—3级:轻度疼痛,为有疼痛但可忍受,生活正常,睡眠无干扰;4—6级:中度痛,为疼痛明显,不能忍受,要求服用镇痛药物,睡眠受干扰;7—10级:重度疼痛,为疼痛剧烈,不能忍受,需用镇痛药物,睡眠严重受干扰,可伴有自主神经紊乱或被动体位。0级为临床治愈,1—3级为有效;4—10级为无效。

1.4 统计学分析

采用SPSS10.0软件对数据进行 χ^2 检验和Ridit分析。

2 结果与讨论

结果见表1。治疗组临床治愈41例(84%),有效7例(14%),无效1例(2%),总有效率98%。对照组临床治愈

表1 两组患者治疗前后的疗效比较

组别	例数	疼痛级别							
		0级		1—3级		4—6级		7—10级	
		例	%	例	%	例	%	例	%
治疗组									
治疗前	49	0	0	30	61	17	35	2	4
治疗后	49	41	84	7	14	1	2	0	0
对照组									
治疗前	48	0	0	31	65	14	29	3	6
治疗后	48	22	46	14	29	10	21	2	4

1 右江民族医学院民族医学门诊部,广西百色,533000

作者简介:覃兴乐,男,主治医师

收稿日期:2006-09-07

22 例(46%), 有效 14 例(29%), 无效 10 例(21%), 总有效率 75%, 两组临床治愈率及总有效率比较差异均有显著性意义($P < 0.01$)。

颈源性头痛是指由颈椎或颈部软组织的器质性或功能性病变所引起的以慢性、单侧头部疼痛为主要表现的综合征, 疼痛性质是一种牵涉痛^[5]。1995 年 Bogduk 指出颈椎退行性变和肌肉痉挛是颈源性头痛的直接原因。认为颈源性头痛也可称为颈神经后支源性头痛, 近来亦有学者将颈源性头痛称为高位神经根性颈椎病^[6]。尽管其机制目前并未完全明了, 但临床上从颈部却能找出其激发点, 对激发点进行科学有效治疗却能使头痛消除, 这已是不争的事实。而且这些激发点所在处均为高位颈神经所支配^[7], 如王威等在 C2 椎旁阻滞治疗颈源性头痛就取得显著的疗效^[8]。临床解剖提示: 三叉神经脊髓核既接受来自 C1、C2、C3 的传入神经纤维, 同时又接受三叉神经脊髓束的神经纤维, 国外有些学者将此结构称为“三叉-颈神经核”, 它是“颈-头”神经反射的结构基础。C1、C2、C3 神经的感受区包括: 上三个颈椎的椎体, 间盘及其前后的肌肉和韧带, 胸锁乳突肌和斜方肌, 后颅窝的硬脑膜及椎动脉^[9]。另外, 寰枕关节、寰枢关节、C2—3 小关节亦由高位颈神经(C1—3)支配^[9]。颈神经后支自椎间孔发出后, 穿过由颈部肌群附着于颈椎关节突, 关节囊的交叉纤维, 上下关节突关节和内侧椎板组成的骨纤维管, 然后发出关节突关节支、肌支、皮支和交通支, 穿行于颈后肌群及其腱性纤维组织间^[10]。据以上解剖特点, 笔者认为只要附于 C1—3 和头枕部的颈部肌群损伤及环枕关节、环枢关节、C2—3 小关节的解剖功能紊乱均可能引发颈源性头痛, 即高位颈神经的支配区。高位颈椎小关节功能紊乱与局部的肌损伤往往是同时并存且互为因果, 因为小关节功能紊乱可使颈神经后支受到卡压刺激, 使其所支配的肌群出现痉挛而至其损伤, 而痉挛损伤的肌肉会对其所附着的椎体造成过度的牵拉, 从而易诱发其小关节的解剖紊乱。正骨手法强调“筋骨并重”的疗原则, 它是

以现代解剖学为基础, 以恢复受损处(包括软组织 and 骨关节)的正常解剖位置为治疗目的, 因此它不同于传统中医推拿按摩疗法。正骨手法强调准确的解剖定位, 再施以科学、安全、有效的手法, 故取得满意的疗效, 手法中分筋、理筋、镇定三个手法具有连贯作用, 通过松解粘连, 理顺移位的软组织, 解痉镇痛, 促进血液循环, 消除无菌性炎症, 从而达到消除或减轻对高位颈神经的刺激而取效, 对于小关节的功能紊乱则采用仰卧位(垫枕)颈椎定点旋转顿推法矫正, 从而解除颈神经后支在骨纤维管处所受到的卡压刺激, 该法角度小, 患者颈部放松好, 易矫正, 安全有效, 患者易接受。手法后嘱患者不宜做甩头动作, 调整好枕头及避免长时间低头工作或看书。布洛芬为非甾体类中常用的代表性镇痛药之一, 但在临床对照中其疗效明显不如正骨手法。综上, 正骨手法疗效确切, 患者易接受, 方法简单、安全易学, 值得推广。

参考文献

- [1] 倪家骧, 段红光, 裴爱珍. 颈源性疼痛诊疗学[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 172.
- [2] 周祖伟主编. 民族民间医疗技法[M]. 南宁: 广西科学技术出版社, 2003: 79—85.
- [3] 杨峻厚, 邓玫, 李锴, 等. 注射为主的序贯疗法治疗颈源性头痛[J]. 中国康复医学杂志, 2004, 19(3): 227—227.
- [4] 谭冠先主编. 疼痛诊疗学 [M]. 第 1 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000. 4—5.
- [5] Biondi DM. Cervicogenic headache: mechanisms, evaluation, and treatment strategies[J]. J Am Osteopath Assoc, 2000, 100(9 suppl): 7—14.
- [6] 倪家骧. 颈源性头痛及其治疗 [J]. 中国疼痛医学杂志, 2000, 6(2): 116—119.
- [7] 闵合明, 王绍祥, 张谭澄. 头痛、头晕的颈源性病因[J]. 中国脊柱脊髓杂志, 1994, 4(2): 91—92.
- [8] 王威, 王保国, 刘延青, 等. 不同神经阻滞方法治疗颈源性头痛的疗效观察 [J]. 中国康复医学杂志, 2005, 20(8): 585—588.
- [9] 张宋峰, 姚猛, 滕立臣. 颈源性头痛的研究进展[J]. 中国临床康复, 2003, 7(6): 970—971.
- [10] 王金武, 陈德松, 方有生, 等. 颈神经后支综合征——解剖与临床研究[J]. 中国疼痛医学杂志, 2001, 7(1): 4—7.

·传统医学与康复·

膝关节骨性关节炎针灸治疗选穴特点及分析

张 蓉¹ 李 峰² 李 珩² 王常海² 宋月晗²

膝关节骨性关节炎(osteoarthritis, OA)是中老年人的常见病及多发病。随着全社会人口的老龄化, OA 的发病率也在逐渐升高。我国已进入老龄化社会, 因此对 OA 的研究显得更加迫切和重要^[1]。OA 的病理特征是关节软骨纤维化, 退行性变与新骨生成, 导致骨端硬化和周围骨赘, 最终出现骨膜关节囊瘢痕, 邻近肌肉萎缩, 以致关节不稳、半脱位、屈曲性挛缩^[2]。从中医期刊发表的针灸防治本病临床报道可以看出, 针灸作为 OA 的康复治疗手段之一, 在治疗中起着积极的作用, 有很好的疗效。本文对 2001—2006 年在期刊发表的针灸治疗的临床报道进行统计, 分析其选取腧穴特点, 旨在总结针灸治疗本病的理论及临床实践经验。

1 资料与方法

1.1 资料来源

以“膝”、“骨性关节炎”、“针灸治疗”、“随机对照实验”等为关键词, 对 2001—2006 年中国期刊全文数据库进行检索, 筛选出针灸治疗 OA 的临床报道。入选研究中的病例报道需符合诊断标准、纳入标准、排除标准; 研究方法为随机对照研究; 有疗效评定标准。

1.2 研究方法

1 第二炮兵总医院, 北京, 100088

2 北京中医药大学

作者简介: 张蓉, 女, 主治医师

收稿日期: 2007-02-01