

- [12] Taub E. Somatosensory differentiation research with monkeys: implications for rehabilitation medicine[M]//Ince LP. Behavioral Psychology in Rehabilitation Medicine: Clinical Applications. Baltimore:Williams & Wilkins,1980:371.
- [13] Taub E, Burgio L, Miller NE, et al. An operant approach to rehabilitation medicine overcoming learned nonuse by

shaping[J]. J Exp Anal Beh,1994,61():281—293.

- [14] Wolf SL, Lecraw DE, Barton LA, et al. Forced use of hemiplegic upper extremities to reverse the effect of learned nonuse among chronic stroke and head-injured patients[J]. Exp Neurol,1989,104():125—132.

·短篇论著·

星状神经节阻滞联合针刺、功能训练治疗颈源性头痛的临床疗效

赵枫林¹ 洪雁^{2,3} 史玫¹

颈源性头痛(cervicogenic headache, CEH)是指由颈椎和颈部软组织的器质性或功能性病损所引起的以慢性单侧或双侧反复头部头痛为主要临床表现的一组临床综合征。CEH是一种非遗传性、单侧性或双侧性头痛,头痛可分布于侧枕、枕、顶、颞和额部,间歇性或连续性发作^[1]。临床上多采用药物、牵引、按摩、物理治疗等,但采用星状神经节阻滞联合针刺、功能训练治疗颈源性头痛的报道很少,笔者近期将此方法用于颈源性头痛的患者35例,收到很好的疗效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取2010年8月—2012年8月在我科或康复门诊就诊并确诊为CEH患者70例。纳入标准:符合Sjaastad的诊断标准^[2],同时满足以下条件:病程不少于1个月;颈椎CT或MRI示C2—4椎间盘膨出、突出或变性;根据就诊顺序随机(投币法)分为治疗组和对照组两组,治疗组患者35例,男15例,女20例;年龄26—72岁,平均(40.8±1.6)岁;病程1个月—3.5年,平均(0.5±2.6)年。对照组患者35例,男14例,女21例;年龄25—73岁,平均(41.2±2.3)岁;病程1个月—3.8年,平均(0.6±1.8)年。排除标准:颈椎结核、恶性肿瘤、颈椎外伤或炎症性半脱位等相关疾病后确诊。两组间性别、年龄、病程等差异均无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 治疗方法

治疗组采用星状神经节阻滞结合针刺、功能训练治疗。对照组采用针刺结合功能训练治疗。

星状神经节阻滞(stellate ganglion block, SGB):35例患者均采用气管旁入路法行SGB,患者仰卧位,双肩下垫薄枕,常规消毒,术者用左手的示指和中指将颈总动脉或胸锁乳突肌推向外侧,在胸锁关节上方2.5cm,正中侧外1.5cm处,相当于

第6颈椎横突平面为穿刺点,用7号穿刺针垂直刺入,针头触及C6横突后,退针少许,回抽无回血、无脑脊液、无气体后缓慢注入阻滞液(阻滞液配方:2%利多卡因0.1g/5ml, VitB₁₂ 0.5mg/1ml,加生理盐水10ml)。注射后出现霍纳综合征,提示阻滞成功,注意事项:在施行星状神经节阻滞时要在有抢救设备的环境下施行,注射后休息30min,无不适后方可离院。有出血倾向者慎用,注意不要同时阻滞双侧星状神经节,以防发生心肺意外。有回血现象者勿推药,可以采用对侧注射或放弃当天的治疗,第二天重新注射。每3天注射1次,4次一个疗程。

针刺治疗:取穴:风池、列缺、太阳、合谷、百会、颈夹脊穴等,肝阳上亢者加太溪、太冲穴;血虚头痛加心俞、足三里;痰浊头痛加丰隆穴。患者取靠式坐位,皮肤常规消毒,用30号1.5寸针施以捻转补泻,得气后留针30min,期间留针1次。每天治疗1次,12d为1疗程。

功能训练:指导患者在治疗期间自我功能训练,步骤包括颈左右旋转、环绕颈项、缩头松肩、伸颈拔肩、回头望月、双手上举、挺胸松肩、与项争力等,每个动作重复5—10遍,并逐步加量,每天1—2次,每次10—20min。

以上治疗两组均进行2个疗程。

1.3 评定方法

两组患者均于治疗前及治疗2个疗程后采用疼痛视觉模拟评分(visual analogue scale, VAS)^[3],VAS分值范围0—10分,0分表示无痛,10分表示无法忍受的剧痛。

疗效评定方法^[4]:治愈:头痛评分值降为0,并发症状及体征消失;好转:头痛评分值及每周发作次数较治疗前减轻程度≥30%,并发症状及体征较治疗前减轻;无效:头痛值较治疗前减轻程度<30%,并发症状及体征无改变。

1.4 统计学分析

计量资料以均数±标准差表示,采用 t 检验,计数资料采

用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 表示差异具有显著性意义。

2 结果与讨论

2组患者治疗前后VAS评分见表1,治疗后2组患者疗效比较见表2。

表1 2组患者VAS治疗前、后疼痛评分 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	例数	治疗前	治疗后
治疗组	35	6.7±2.6	1.4±3.3 ^{①②}
对照组	35	6.3±1.3	2.7±1.2 ^①

与本组治疗前比较^① $P<0.05$;与对照组治疗后比较^② $P<0.05$

表2 2组患者疗效比较

组别	例数	治愈		好转		无效		总有效率(%)
		例	%	例	%	例	%	
治疗组	35	24	68.6 ^①	8	22.8	3	8.6	91.4 ^①
对照组	35	12	34.3	15	42.9	8	22.8	77.1

与对照组比较^① $P<0.05$

CEH属于祖国医学“头痛”、“筋痹”血痹的范畴,可能的原因是各种急慢性劳损,感受风寒湿等原因使颈椎受到直接或间接的损伤;或周围软组织及颈椎骨关节发生退变使得颈椎的正常位置发生改变和位移,破坏了颈椎的内外平衡,使得颈椎的肌肉发生痉挛或炎症引起牵拉、压迫刺激头部的感觉敏感结构,造成反射性头痛^[5]。CEH早期多为枕部、耳后部、耳下部不适感,以后转为闷胀或酸痛感。CEH进展期,疼痛部位可扩展到前额、颞部、顶部、颈部等。CEH加重期头痛时刻可伴有耳鸣、耳胀、颈部僵硬、情绪低落、烦躁等^[6]。根据神经根受累的部位不同,CEH分为神经源性疼痛和肌源性疼痛,神经根的感觉根纤维受到刺激引起神经源性疼痛,而其腹侧运动神经根受到刺激则引起肌源性疼痛。第2颈神经的内侧支与来自第3颈神经的纤维共同组成枕大神经、枕小神经和耳大神经,这些神经是传导CEH的主要神经^[7]。

SGB治疗各类型颈椎病及CEH近年来多有报道^[8-11],熊键等^[12]认为,SGB对交感-肾上腺系统、心血管系统、免疫系统、造血系统、激素均有不同程度的影响^[13]。周志中等^[14]用循证医学探讨SGB对脑血流影响的meta分析认为,SGB通过交感神经活性的改变,可明显改善颅内血流速度,具有较好的应用前景。

何明伟等^[15]认为,阻滞可以短期内消除炎症,但不能从根本上去除产生炎症的基本因素,所以还有复发的可能。应该针对不同病因进行治疗,基于以上考虑,我们采用综合治疗CEH的手段。针刺治疗CEH是常用的治疗手法之一,头为“诸阳之会”、“清阳之府”,凡六淫之邪外袭或内伤诸疾皆可导致头痛^[16]。风寒、风湿、风热等均是引发CEH的外感因素;肝阳上亢、肝肾亏虚、气血虚弱、血瘀阻络是造成CEH的内伤因素。风为百病之长,风池穴为足太阳胆经与阳维脉交会穴,现代研究表明:针刺风池对椎-基底动脉供血不足血流速度有一定的改善作用,故风池具有散风解表的作用,既治

外风又治内风^[17]。百会穴位于巅顶,通诸阳,太阳、合谷散风通络,列缺穴为是手太阴肺经络穴,四总穴歌曰:“头颈寻列缺”。该穴治疗头颈部疾病已为历代医家所证实。夹脊穴为经外奇穴,颈夹脊穴位于督脉和足太阳膀胱经之间,与脏腑经络存在着广泛的关系,位于颈背部夹督脉伴太阳而行,每穴下都有相应椎骨下方发出的脊神经后支及伴行的经脉丛分布。据“经脉所过主治所及”的原则,针刺夹脊穴能达到通督祛风行气活血,舒筋活络的功效,同时针刺风池、颈夹脊穴、百会、太阳穴具有调补髓海的作用。

综上所述,本研究采用星状神经节阻滞结合针刺、功能训练综合治疗颈源性头痛,治疗组疗效明显优于对照组,SGB能快速调节头部的血液循环,消除局部炎症,针刺、功能训练能达到通督祛风行气活血,舒筋活络的功效,三者结合能起到很好的协同作用,以达到共同治疗CEH的目的。

参考文献

- [1] 申小年,倪家骧.颈源性头痛的研究进展[J].中国康复医学杂志,2010,25(1):92—95.
- [2] Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic headache: diagnostic criteria. The Cervicogenic Headache International Study Group[J]. Headache, 1998, 38(6): 442—445.
- [3] 南登崑,郭正成,主编.康复医学临床指南[M].北京:科学技术出版社,1999.50.
- [4] 周祖刚,于雪萍,李鸿,等.定位旋转法为主治疗颈源性头痛[J].中国康复,2011,26(6):220—221.
- [5] 伍德军.手法为主综合治疗颈椎性头痛82例[J].四川中医,2008,26(3):116—117.
- [6] 季楠,罗芳,王集生,等.颅脑后颈源性头痛的诊断及治疗探讨[J].北京医学,2011,21(1):57—59.
- [7] 廖发志,谢卫东.颈源性头痛的临床特点和治疗进展[J].中国疼痛医学杂志,2012,18(9):557—558.
- [8] 韩雄波,胡小英,吕群山等.星状神经节阻滞联合牵引下手法治疗椎动脉型颈椎病的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2012,34(7):554—555.
- [9] 王利群.星状神经节阻滞联合康复治疗交感型颈椎病的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(9):676—677.
- [10] 曾西,王留根,王德军.星状神经节阻滞治疗交感型颈椎病伴高血压的疗效观察[J].中华物理医学与康复杂志,2010,32(12):940—941.
- [11] 洪雁,赵枫林,刘芳.星状神经节阻滞治疗青少年枕项线综合征[J].中国康复,2008,23(2):110—110.
- [12] 熊键,谢青,杨万同.星状神经节阻滞的研究进展[J].中国康复,2001,25(1):63—64.
- [13] 罗芳.重视神经阻滞疗法在头痛治疗中的应用[J].中国康复理论与实践,2008,14(12):1154—1155.
- [14] 周志中,谭杰文,刘河军.星状神经节阻滞对脑血流影响的meta分析[J].中国康复医学杂志,2012,27(7):648—650.
- [15] 何明伟,刘景,倪家骧等.阻滞联合手法复位治疗颈源性头痛的疗效分析[J].中国康复医学杂志,2012,27(7):621—624.
- [16] 孙国杰.针灸学[M].上海:科学技术出版社,2003:238—239.
- [17] 黄琼.针刺治疗椎-基底动脉供血不足性眩晕50例[J].四川中医,2007,25(3):112—113.