

## 针刀松解术治疗颈椎病 240 例临床疗效分析

苏兴平<sup>1△</sup> 王海东<sup>2</sup> 安维新<sup>1</sup> 王冬<sup>1</sup> 李勇<sup>1</sup>

**〔摘要〕** 目的:观察辨位定点针刀松解术治疗颈椎病的临床疗效。方法:将 240 例颈椎病患者根据临床症状分型为“上位”“中位”“下位”颈椎病,并进行“颈 7 点”“颈 6 点”“颈 6+X 点”定点,行针刀松解术。每周 1 次,3 次为 1 个疗程。结果:治愈 143 例,占 59.6%;好转 86 例,占 35.8%;未愈 11 例,占 4.6%;总有效率 95.4%。结论:通过辨位定点针刀松解颈部软组织病变,解除或降低软组织异常高应力,能显著改善颈椎病患者的临床症状,值得临床推广应用。

**〔关键词〕** 辨位定点;针刀松解术;颈椎病

**〔中图分类号〕** R681.5 **〔文献标志码〕** B **〔文章编号〕** 1005-0205(2019)03-0053-03

颈椎病是常见、多发病,近年来随着工作方式和生活习惯的改变,使之发病率逐年上升且低龄化趋势愈加明显。应用针刀松解术治疗颈椎病,能以微创的方式取得松解粘连、解除压迫、改善组织循环,进而缓解症状,临床疗效肯定。

笔者在针刀疗法的基础上,应用辨位定点针刀松解术的治疗方法<sup>[1]</sup>,根据患者不同的临床表现将颈椎病分型为“上位”“中位”“下位”,并进行相应的定点,即“颈 7 点”“颈 6 点”“颈 6+X 点”,在定点部位松解粘连组织,最大限度减少副损伤,同时使患者获得最佳的临床疗效,临床实用性更强。本科于 2015 年 6 月至 2018 年 6 月,采用辨位定点针刀松解术治疗颈椎病 240 例,疗效显著,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

本组 240 例,均为门诊及住院患者。其中男 124 例,女 116 例;年龄最小 18 岁,最大 82 岁,平均 45 岁;病程最短 15 d,最长 36 年,平均 8.5 个月。

### 1.2 诊断标准

参照 2007 年中华中医药学会骨伤分会第四届第二次会议《颈椎病诊疗标准》。

## 2 方法

### 2.1 辨位定点

**2.1.1 上位颈椎病** 若患者出现眩晕、头痛、耳鸣、视力模糊、失眠、后枕部疼痛、酸困等症状,此时异常应力常继发于椎枕肌损伤及 C<sub>1</sub>~C<sub>4</sub> 骨连接损伤,致椎动脉、

颈 1~3 神经牵拉或受压,治疗时将其分型为“上位”颈椎病,针刀松解术时应按“颈 7 点”操作,具体定点位置为:头后大直肌与头上斜肌止点在枕外隆凸旁开 2 cm,在向下(2.5±0.5)cm 的范围内左右各定 1 点,头后大直肌与头下斜肌起点至 C<sub>2</sub> 棘突外侧骨缘,左右各定 1 点,C<sub>3</sub>~C<sub>4</sub> 棘突间定 1 点、左右旁开(2.0±0.5)cm 范围内即关节突关节各定 1 点,共 7 点(见图 1)。

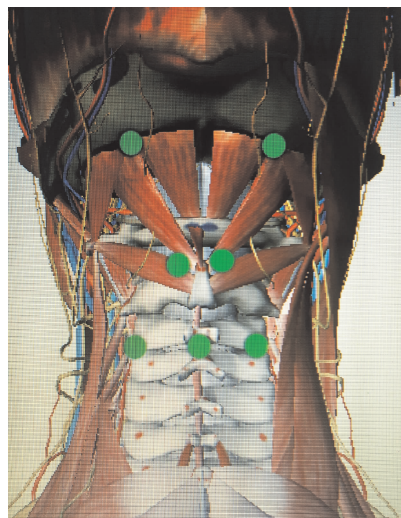


图 1 上位颈椎病定点位置

**2.1.2 中位颈椎病** 若患者出现颈部酸困、疼痛,僵硬不适症状,异常应力常继发于项韧带、斜方肌、头夹肌、半棘肌、多裂肌损伤及 C<sub>4</sub>~C<sub>7</sub> 关节突关节囊损伤,治疗时将其分型为“中位”颈椎病,针刀松解术时应按“颈 6 点”操作,具体定点位置为:在颈椎 X 线片病变(间隙变窄、颈椎不稳或骨赘形成、钩椎关节骨质增生、韧带钙化等)显示相对应椎体或查体阳性压痛椎体的棘突间定 1 点,旁开(2.0±0.5)cm 的范围内即关节突关节左右各定 1 点,在其上位或下位棘突间定 1 点,左右旁开(2.0±0.5)cm 范围内即关节突关节各定 1

基金项目:嘉峪关市科技局科研课题资助计划(16-50)

<sup>1</sup> 甘肃嘉峪关市中医医院骨伤科(甘肃 嘉峪关,735100)

<sup>2</sup> 甘肃省中医院风湿骨病科

△通信作者 E-mail:suxingping2007@163.com

点,共6点(图2)。

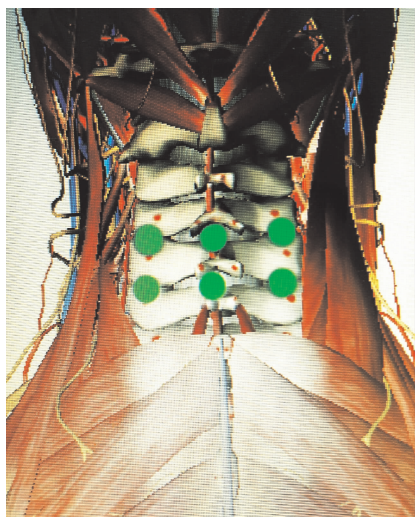


图2 中位颈椎病定点位置

**2.1.3 下位颈椎病** 若患者出现中位颈椎病症状并伴有肩、背、臂、手指的疼痛麻木、僵硬无力、活动受限等,异常应力常继发于中位颈椎病软组织以及肩、背、臂等部位软组织损伤,同时存在臂丛神经出口及走行部位的卡压和牵拉,治疗时将其分型为“下位”颈椎病,针刀松解术时应按“颈6+X点”操作,具体定点位置为“颈6点”加相应部位软组织高应力点或阳性压痛点<sup>[2]</sup>(见图3)。

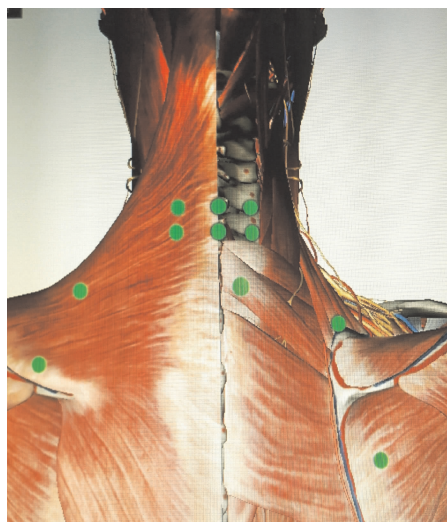


图3 下位颈椎病定点位置

## 2.2 针刀治疗

患者俯卧于针刀治疗床上,胸下垫软枕。下颌尽可能贴近胸骨柄以利于颈椎前屈,充分暴露颈后部。嘴鼻对于圆形床孔便于呼吸,双手掌重叠置于前额。如为上颈椎病变,术前应剃尽枕骨粗隆水平以下头发。常规术区消毒,铺无菌巾,带无菌手套。严格按针刀操作四步规程和针刀松解法施术。

## 2.3 术后处理

术后3 d内术区忌沾水,注意保暖,平卧休养时合理用枕,充分放松颈部,保持良好的睡眠体位。起床自由活动时佩戴颈托。第4~7天患部热疗,并进行颈肩

部功能锻炼,第二、三次施术后同前。治疗期间注意心理调护,帮助患者树立信心,配合治疗。疗程结束后,进行详细的健康宣教,嘱患者纠正不良生活习惯,保持良好的卧姿,坚持做颈部医疗体操及自我颈部按摩等。

## 2.4 评定标准

参照2007年中华中医药学会骨伤分会第四届第二次会议《颈椎病诊疗标准》疗效评定:治愈,原有各型症状消失,肌力正常,颈肢体功能恢复正常,能参加正常劳动和工作;好转,原有各型症状减轻,颈肩背疼痛减轻、肢体功能改善;未愈,症状无改善。

## 3 结果

治愈143例,占59.6%;好转86例,占35.8%;未愈11例,占4.6%;总有效率95.4%。

## 4 讨论

颈椎病起病缓慢,以中老年居多,尤以长期从事电脑、伏案工作者居多。发病率随年龄增长而递增,以40~60岁为高发年龄。目前,随着手机的普及和电脑化功能的增加,“低头一族”以前所未有的速度在扩大,尤以学生及年轻人为甚,因此颈椎病的发病率在逐年增加,且年轻化趋势愈加明显。

针刀医学认为,动态平衡失调和力平衡失调才是颈椎病发病的根本原因<sup>[3]</sup>。长期不良的生活、工作习惯和姿势,导致颈部某些肌肉、肌腱、韧带、关节囊等软组织的应力异常增高。颈部软组织在异常高应力的持续作用下,软组织内部的血管被挤压而缺血,导致肌纤维的部分断裂、出血,最后机化形成粘连、瘢痕、挛缩,韧带及关节囊发生硬化、钙化、骨化<sup>[4]</sup>。同时,这种应力变化及软组织上述病理改变,必然会引起颈椎曲度改变,椎小关节失稳及骨赘增生,椎间孔狭窄,颈椎稳态下降。而颈椎骨性失稳进一步加剧软组织损伤,从而使颈椎病病情逐渐加重<sup>[5]</sup>。传统保守治疗中的针灸、牵引、推拿手法、热疗、封闭及药物治疗等,由于没有从根本上解决引起颈椎病的关键问题——异常高应力问题,所以取得的疗效不佳<sup>[6]</sup>。针刀治疗颈椎病,关键是松解了各部组织的异常高应力<sup>[7]</sup>,最大程度地缓解椎体周围肌肉的劳损、痉挛、粘连,使局部组织供血、供血增加<sup>[8]</sup>,促进组织炎性反应消退,恢复肌肉和韧带的牵引力,从而纠正了椎体的力学平衡,减少椎间盘对神经血管的刺激,对颈椎病治疗起到了一个实质性、高效性的作用<sup>[9]</sup>。

颈椎病临床表现多样化,常见分型有颈型、神经根型、椎动脉型、脊髓型、交感神经型和混合型颈椎病。针刀治疗颈椎病时,笔者根据患者不同的临床表现将颈椎病分型为“上位”“中位”“下位”,并进行相应的定点,即“颈7点”“颈6点”“颈6+X点”进行微创松解治疗。需要指出的是,定点的位置只是人体静态体位下的相对位置,针刀松解时的刺入深度和切剥方向与损伤组织的层次、走形和结构密切相关。在“上位”颈

椎病中,椎枕肌损伤致枕下三角结构改变,对椎动脉和  $C_1 \sim C_3$  颈脊神经产生了牵拉力,从而导致相应的临床症状。针刀治疗点的选择,重点在于椎枕肌起止点上。枕部的两侧定点处,正是两侧头后大直肌与头上斜肌在枕后上下项线之间的止点,枢椎棘突两侧定点,此处棘突分叉,是头后大直肌与头下斜肌起点。在此四点松解,可使椎枕肌高应力下降,双侧应力趋于平衡。寰椎横突为头上斜肌的起点和头下斜肌的止点,此处不再定点松解,原因为此处操作易损伤椎动脉,且上述定点可足够降低两肌高应力。 $C_{3 \sim 4}$  棘突间定 1 点、左右关节突关节各定 1 点,是为了松解棘间韧带和关节突关节囊,更进一步改善局部力学环境,降低小关节囊张力,微扩神经根出口,解除神经根刺激,改善临床症状<sup>[10]</sup>。在“中位”“下位”颈椎病中,颈部六点的定位和治疗机理与“上位”颈椎病相同,同时要考虑相应软组织损伤,如项韧带、斜方肌、头夹肌、半棘肌和多裂肌等,针刀治疗时虽定点不变,但同时要在相应解剖层次对损伤软组织一并进行松解,降低局部高应力<sup>[11]</sup>。本组 240 例,治愈 143 例,好转 86 例,总有效率 95.4%,疗效显著。

针刀医学理论体系中,将人体中除了唯一硬组织即骨组织之外的所有组织均定性为软组织,因为它们具有相同的力学特性,其损伤的病理变化过程也有相同规律。针刀治疗颈椎病的优势在于通过对颈部软组织病变的定点松解,解除或降低软组织异常高应力,从而恢复颈部软组织的动态平衡及颈椎骨关节的力平衡而达到治疗目的<sup>[12]</sup>。对于椎管内骨性占位所致的脊髓型颈椎病,其致病的骨性组织已不再具有软组织力学特性,故针刀治疗临床效果不满意。本组 240 例,临床效果评定中有 11 例患者未愈,占比 4.6%,其临床诊断均为脊髓型颈椎病,针刀治疗归类为“中位”颈椎病 3 例,“下位”颈椎病 8 例。脊髓受压的主要原因是椎管中央后突之髓核、椎体后缘骨赘、增生肥厚的黄韧带以及钙化的后纵韧带等。由于下颈段有脊髓颈膨大,此段椎管相对较小,且活动度大,退行性病变也发生较早较重,脊髓受压也易发生在下颈段。脊髓型颈椎病早期颈痛不甚明显,主要以四肢乏力、持物不稳、肩臂酸困不适为主。针刀治疗期间症状虽有短暂改善,但很快恢复原状并有进行性加重趋势。5 例症状较重者经开放性手术治疗后痊愈,另 6 例症状较轻者暂拒绝手术尚在观察中。

辨位定点针刀松解术,进一步阐明了颈椎病临床症状与颈椎部位的关系,并规范了针刀施术的部位定点。该法能有效缓解患者各种不适症状,治疗颈椎病疗效可靠,复发率低,安全性较高,得到了广大患者的认可,便于临床推广应用<sup>[13]</sup>。同时结合影像、超声等技术,也可为针刀治疗颈椎病提供一个更精准更安全的方法<sup>[14]</sup>。

除先天畸形和外伤外,颈椎病的发病均由软组织的慢性损伤(如姿势不良)等诱发,引起颈椎各部位组织病理改变而引起,且是长期、缓慢作用的结果。为巩固疗效和防止复发,应该加强针刀术后病人的管理和健康宣教,纠正患者的不良姿势和习惯。坚持做颈部医疗体操,通过颈背部的肌肉锻炼,改善血循环,消除无菌性炎症,不仅能增强颈背部肌力,保持颈椎稳定性,还可恢复和增进颈椎的运动功能,充分调整了颈椎的动静力平衡,有助于疗效的巩固,亦是中医“整体观念”的体现<sup>[15]</sup>。

## 参考文献

- [1] 王海东,阚丽丽,刘安国.辨位定点针刀松解术治疗颈椎病的临床研究[J].中华中医药杂志,2015,30(7):2629-2631.
- [2] 王海东.常见风湿骨病针刀规范治疗[M].北京:人民卫生出版社,2014:12-69.
- [3] 朱汉章,权伍成,张秀芬,等.针刀治疗颈椎病的临床评价研究[J].中国针灸,2006,25(5):316-318.
- [4] 庞继光.针刀医学基础与临床[M].深圳:海天出版社,2006:333.
- [5] 陈培芳,夏鹏德,杜培学,等.定点旋转位小针刀诊疗颈椎病神经根激惹症状的临床研究[J].中国中医急症,2018,27(1):37-39.
- [6] 徐小柳,李殿宁,周建斌,等.针刀定点松解枕下肌群治疗椎动脉型颈椎病 30 例临床观察[J].江苏中医药,2016,48(5):64-66.
- [7] 张婷卓,杜小正,王金海,等.颈七刀治疗交感型颈椎病 48 例[J].中医研究,2017,30(11):93-97.
- [8] 张永强.微创针刀治疗椎动脉型颈椎病 60 例总结及分析[J].中国伤残医学,2017,25(2):1-2.
- [9] 郭长青,刘福水,钟鼎文,等.针刀干预对颈椎病兔颈椎 X 线影像学的影响[J].世界中医药,2013,8(12):1483-1486.
- [10] 郭新春.小针刀辅助颈椎间孔与穴位注射治疗颈椎病 120 例体会[J].医学信息,2014,27(2):381-382.
- [11] 张欣,李殿宁,李开平,等.针刀干预颈型颈椎病兔实验研究[J].辽宁中医药大学学报,2015,17(6):93-97.
- [12] 郑波.小针刀配合手法治疗颈椎病疗效观察[J].中国中医骨伤科杂志,2013,21(6):37-38.
- [13] 胡达白地.库尔班.维吾尔族医药和针刀疗法结合治疗颈椎病的疗效观察[J].中国民族医药杂志,2017,23(7):23-25.
- [14] 方婷,刘福水,周凡媛,等.针刀治疗颈椎病的研究概况[J].中医药通报,2017,16(3):70-72.
- [15] 张丽瑾,朱中书,孙钦然,等.针刀治疗颈椎病的临床应用概况[J].长春中医药大学学报,2015,31(5):1087-1091.

(收稿日期:2018-11-08)