

# 针刀治疗枕下三角区综合征 70 例

张静<sup>1</sup> 唐季鑫<sup>1</sup> 刘丽<sup>1</sup> 付艳霞<sup>1</sup> 李占胜<sup>1</sup> 罗轮<sup>1</sup> 秦智<sup>1</sup> 张攀<sup>1</sup> 刘登上<sup>1</sup> 巨辉<sup>1△</sup>

**[摘要]** 目的:观察针刀治疗枕下三角区综合征的临床疗效。方法:选取“枕下三角区综合征”的患者 70 例,分别记录针刀治疗前、治疗后 7 d 及治疗后 3 个月随访时的临床疗效及 VAS、颈椎活动度 (ROM) 评分及伴随症状总积分等,并进行统计学分析。结果:针刀治疗枕下三角区综合征的总有效率达 88.57%,且治疗后及术后 3 个月随访时 VAS 评分、ROM 评分及伴随症状总积分较治疗前相比,差异均有统计学意义( $P < 0.05$ )。结论:针刀治疗枕下三角区综合征具有操作简单、疗程短、起效快等优点,值得临床推广应用。

**[关键词]** 针刀疗法;枕下三角区综合征;临床疗效

**[中图分类号]** R681.5 **[文献标志码]** B **[文章编号]** 1005-0205(2020)08-0070-03

近年来由于学习、工作压力的不断增加,电脑使用日益频繁,头痛、眩晕、失眠、神经衰弱等疾病的患病率逐渐增大,除少部分患者有器质性改变外,大部分患者其病因可归属于颈椎因素导致,故临床上将此类疾患统称为“颈源性头痛、颈源性眩晕、颈源性神经衰弱”等。吴树生等认为<sup>[1]</sup>此类疾病其实质是枕下三角区的肌群(椎枕肌)痉挛、劳损及无菌性炎症、水肿等,从而导致的枕下三角区平衡失调,并将其命名为“枕下三角区综合征”。目前临床治疗上大多以针刺、手法或神经阻滞来缓解肌肉痉挛,调节颈椎动态平衡,从而改善颈源性眩晕及头项痛等症状,取得了良好的效果,但疗程时间长、起效缓慢且部分患者依从性差,无法长期坚持。笔者采用针刀松解枕下三角肌群,快速恢复局部“动态平衡”,具有起效快、疗程短且疗效显著等优点,现报告如下。

## 1 临床资料

### 1.1 一般资料

将 2018 年 6 月至 2019 年 6 月四川省科学城医院疼痛科的枕下三角区综合征患者共 70 例,其中男 36 例,女 34 例;年龄最小 26 岁,最大 64 岁,平均(40.17±1.69)岁;病程最短 2 个月,最长 10 年。

### 1.2 诊断标准

参考吴树生等<sup>[1]</sup>拟定的诊断标准:1)头痛或(和)眩晕;2)头部疼痛局限于一侧枕部、颞部、前额部和眼部,可有颈肩部反射痛;3)眩晕呈阵发性,与颈椎活动

有关,可伴耳鸣、眼胀、胸闷;4)颈椎活动受限,旋转及屈伸活动时疼痛或(和)眩晕症状加重;5)枕下三角区有明显压痛,局部可扪及肌肉紧张及痛性结节;6)颈椎 X 线片可显示上颈椎呈曲度改变或寰枢关节关系不正常;7)双上肢无感觉、运动反射异常。

### 1.3 排除标准

1)除其他病症如药物性头痛、外伤、颅内感染、颅内占位病变、脑血管疾病、颅外头面五官疾病以及全身疾病如急性感染、中毒等因素导致的头痛;2)排除心脑血管病变及眼源性、耳源性眩晕;3)颈椎骨折、脱位或急性颈椎间盘突出、结核肿瘤、感染等;4)妊娠或哺乳期妇女;5)伴有肝肾功能不全、造血系统和内分泌系统等严重原发性疾病;6)精神病患者;7)不符合纳入标准、易脱落、依从性差等影响疗效或安全性者。

## 2 方法

### 2.1 具体治疗

1)体位:患者俯卧位,头部戴无菌帽,令其下颌与床头边缘平齐,胸部垫枕,使头部尽量下垂,充分暴露寰枢椎。

2)定点:定点于枕下项线、寰椎后结节、寰椎横突尖、枢椎棘突等压痛部位定点。

3)针刀松解:常规备皮及皮肤消毒以后,于定点处行针刀松解术。(1)枢椎棘突处:刀口线与身体纵轴平行,达到棘突时沿棘突两侧向前松解头下斜肌止点、头后大直肌止点,每点常规松解 2~3 刀,刀下有松动感时出刀。(2)寰椎后结节:刀口线与身体纵轴平行,缓慢进针到达寰椎后结节骨面时,调转刀口线 90°,沿骨面上缘松解头后小直肌起点,常规松解 2~3 刀,刀下

<sup>1</sup> 四川省科学城医院疼痛科(四川 绵阳,621000)

<sup>△</sup>通信作者 E-mail:449694311@qq.com

有松动感时出刀。(3)寰椎横突尖:刀口线与身体纵轴平行,缓慢进针到达寰椎横突尖骨面时,调转刀口线 90°,沿骨面上缘松解头上斜肌起点,常规松解 2~3 刀,刀下有松动感时调整针刀方向,沿横突下缘松解头下斜肌止点,常规松解 2~3 刀,刀下有松动感时出刀,此处进针不宜过伸,避免损伤动脉、神经等。(4)枕下项线:在枕骨大孔边缘的骨面上的硬结压痛处行针刀时刀口线与人体纵轴平行,针刀体与皮面垂直刺入皮下,向尾部倾斜针刀体,几与皮面平行刺入枕骨骨面,即达到枕骨骨面。然后调转刀口线 90°,进行横排切开剥离 3~5 刀再做横向剥离,以松解头后小直肌止点、头后大直肌止点及头上斜肌止点,刀下有松动感时出针刀。术后切口以无菌敷料覆盖固定,压迫止血。每周做 1 次,1 次为 1 个疗程,4 个疗程后统计结果。

2.2 观察指标

2.2.1 疼痛视觉模拟评分(VAS) 0 cm 表明无痛,即没有任何痛觉;1~3 cm 为轻度疼痛,对工作及生活没有影响;4~6 cm 为中度疼痛,已经影响到工作,但对生活没有影响;7~10 cm 为重度疼痛,对工作及生活均有影响。

2.2.2 眩晕视觉模拟评分(VAS)及眩晕程度分级<sup>[2]</sup> 0 代表没有头晕,1~3 cm 区为轻度眩晕,4~6 cm 区为中度眩晕,7~8 cm 为重度眩晕,9~10 cm 为极重度眩晕,10 cm 代表最严重头晕。

2.2.3 颈椎活动度(ROM)<sup>[3]</sup> 评分 1 分:未对日常生活产生影响,能够自如活动。2 分:有些影响,活动受到限制。3 分:很大影响,活动困难。4 分:基本不能

活动。

2.2.4 伴随症状总积分 枕下三角综合征以疼痛(头痛、后枕部疼痛)和眩晕为主要临床表现,但大多数患者伴有失眠、神经衰弱、颈项部僵硬、耳鸣、恶心、呕吐或视物模糊、上肢麻木等伴随症状,对上述 7 项伴随症状进行统计学分析,每项症状按无、轻、中、重度分别记 0,1,2,3 分,伴随症状总积分即伴随各项症状积分的累计值。

2.3 疗效标准

分为优、良、可、差四级。优:头痛或眩晕等症状消失,颈椎活动正常,恢复正常生活工作,3 个月内无复发。良:头痛或(和)眩晕等症状基本消失,颈椎活动功能基本正常,偶有复发,症状较轻,不影响生活工作。可:头痛或(和)眩晕等症状减轻,颈椎活动功能有改善,但经常反复,症状轻到中度。差:症状体征无改善或加重。

2.4 统计学方法

采用 SPSS16.0 统计学软件处理数据。计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验;计数资料以率(%)表示,采用  $\chi^2$  检验。 $P < 0.05$  差异有统计学意义。

3 结果

治疗结束后 3 个月随访并进行临床疗效统计分析,本研究总病例数为 70 例,无脱落病例,无并发症发生。其中优 19 例,良 26 例,可 17 例,差 8 例,总有效率 88.57%。

治疗前后和 3 个月随访时 VAS,ROM 及伴随症状总积分比较见表 1。

表 1 治疗前后 VAS,ROM 及伴随症状总积分比较( $\bar{x} \pm s$ )

时间	疼痛 VAS 评分	眩晕 VAS 评分	ROM 评分	伴随症状总积分
治疗前	5.60±1.18	6.12±1.33	2.94±0.96	7.65±1.08
治疗后	3.57±1.14 <sup>1)</sup>	3.31±1.01 <sup>1)</sup>	2.03±1.02 <sup>1)</sup>	4.34±1.32 <sup>1)</sup>
3 个月随访	1.38±1.32 <sup>1)</sup>	1.77±1.22 <sup>1)</sup>	1.23±0.87 <sup>1)</sup>	2.01±1.33 <sup>1)</sup>

注:1)与治疗前比较,差异有统计学意义( $P < 0.05$ )。

4 讨论

枕下三角区综合征是一组表现为头痛、眩晕为主症,伴随失眠、神经衰弱、颈项部僵硬、耳鸣、恶心、呕吐或视物模糊、上肢麻木等伴随症状的一系列疾病的总称。其病变部位位于枕下三角区域内,多发于颈椎病,故既往将本类症状称之为“颈源性头痛、颈源性眩晕、颈源性失眠”等<sup>[4-5]</sup>,但此类症状多同时发生,终究其因的话,此类症状其本质主要是枕下三角区的肌群(椎枕肌)痉挛、劳损及无菌性炎症、水肿等,从而导致的枕下三角区平衡失调,从而引起临床症状群,故吴树生教授将其命名为“枕下三角区综合征”<sup>[1]</sup>。

椎枕肌包括头后大直肌、头后小直肌、头上斜肌和头下斜肌,其肌肉起始位置相对较为固定。头后大直肌起于枕骨下项线外下方的扇形骨面上,肌纤维走向

内下方,止于枢椎棘突;头后小直肌位于头后大直肌的腹内侧,起于枕骨下项线内下方的扇形骨面上,肌纤维向下方走行,止于寰椎后结节;头下斜肌起于寰椎横突,向内下方走行,止于枢椎棘突,紧邻头后大直肌止点的外侧。其中两侧的头上斜肌、头下斜肌及头后大直肌分别围成枕下三角区域,头半棘肌覆盖于枕下三角之上,其间隙由脂肪组织充填。三角的基底部是由寰枕后膜和寰椎的后弓构成的。椎动脉经过椎动脉沟,横行走于三角的底部,部分可见枕大神经从头下斜肌穿过。从枕下肌区通过的血管、神经还有枕动脉、枕下神经、枕大神经及耳大神经等。由于其解剖部位较深,既往解剖教学易被忽略,但四块肌肉的作用主要为协助稳定寰枕及寰枢关节,在防止头部过度前屈以及在头部旋转运动中具有重要作用。在长期低头或伏案

工作的人群中,尤其是办公室一族及低头族,由于椎枕肌长时间处于紧张状态,容易造成积累性损伤,即通常所说的慢性劳损。因椎枕肌长期受累,可能导致慢性无菌性炎症,进而引起肌肉痉挛、硬化和粘连,产生所谓的“动态平衡失调”<sup>[6-7]</sup>,不可避免地导致无菌性炎症、水肿,区域内张力增高,而炎症、水肿刺激和压迫相应的血管、神经,出现血管、神经症状。现代研究也表明:骨骼肌慢性损伤均可产生激痛点<sup>[8]</sup>,潜在的肌筋膜激痛点在致病因素的作用下被活化可导致该激痛点区域内疼痛,进而引发肌筋膜疼痛。同理当过度用颈(劳累、使用不当等)后使颈项部肌肉紧张或紧绷,容易导致肌肉痉挛和组织水肿,引起局部循环和代谢障碍。由于枕下肌群与椎动脉、神经的关系密切,枕下肌群激痛点诱发的肌筋膜疼痛症可产生肌肉效应,出现引传痛,并限制卡压神经、血管,表现出头痛、头晕等症状。

既往在治疗本类症候群时多采用推拿、针灸及神经阻滞等治疗,通过手法或药物来缓解肌肉痉挛,改善枕下三角区内组织间的病理生理状况,理顺相互间的关系,使之恢复新的平衡,且取得了一定的疗效。临床报道报道针刺或手法松解枕下肌群能去除肌筋膜疼痛,缓解肌肉痉挛,调节颈椎动态平衡,改善颈源性眩晕及头项痛等症状<sup>[9-11]</sup>,但疗程时间长、起效缓慢且部分患者依从性差,无法长期坚持。故笔者在此理论基础上采用针刀松解枕下三角肌群,快速恢复局部“动态平衡”,亦取得了满意的疗效。采用针刀松解具有快速缓解局部高应力、松解粘连、解除对神经和血管的刺激及压迫,改善微循环的作用<sup>[12]</sup>,并能加速病理组织代谢及吸收<sup>[13]</sup>,缓解患者临床症状,故能使人体动态平衡得以恢复<sup>[14]</sup>。另外,针刀也可通过调控体内 DGR 内 p38MAPK 及 CREB 信号通路,抑制各种致痛的疼痛因子、生长因子的合成与分泌,从而提高痛阈起到镇痛的作用<sup>[15]</sup>。

本研究发现采用针刀治疗枕下三角综合征可取得一定的疗效,且具有如下优势:1)操作时间更短,采用针刀治疗,每次治疗时间仅 5~20 min。2)刺激、松解力度更大:传统针灸在刺激及松解力度上相对于针刀要小很多,采用针刀松解,可快速缓解局部高应力、改善局部肌肉痉挛,恢复局部血液循环,从而达到治疗的目的。3)由于椎枕肌部位较深,在针刀进行松解时,通过逐层松解,也对椎枕肌浅层的斜方肌、头夹肌、棘肌、多裂肌等肌群及筋膜均有一定的松解作用,从而整体改善高位颈椎的“动态平衡”。本研究结果也显示,采用针刀治疗有效率为 88.57%,症状评分较术前均有明显改善,疗效确切。但针刀治疗有利也有弊,由于高位颈椎解剖结构复杂、周围毗邻重要神经、血管等解剖

结构及少数解剖变异者,稍有操作不当,即可导致局部神经、血管损伤,甚至脊髓、硬膜囊的损伤,对于初学者而言,建议熟练掌握解剖结构,术前完善各项辅助检查且做好充分的评估后再行针刀治疗,尽可能减少并发症的发生。随着影像学技术的不断发展,采用 CT 三维重建或超声引导下针刀治疗,使传统针刀盲视操作向可视化、精准化、实时动态化发展,将为针刀治疗增加科学依据,提高准确性及临床疗效,且降低并发症,可能是未来针刀学科发展和研究的方向之一。

## 参考文献

- [1] 吴树生,范炳华.枕下三角区综合征及其手法治疗探讨[J].浙江中医学院学报,2000,24(5):53-54.
- [2] 姬成茂,袁小华,高有安,等.龙氏正骨手法加星状神经节阻滞治疗颈源性眩晕 38 例[J].中国中医骨伤科杂志,2017,25(12):31-35.
- [3] 尹群党,马勇,荆红存,等.刃针配合正骨手法治疗颈源性头痛的临床研究[J].中医药学报,2014,29(2):134-136.
- [4] 李义凯.枕下痛[J].颈腰痛杂志,2010,31(4):243-248.
- [5] 张洪涛,袁涛.枕下三角区综合征研究进展[J].中医研究,2015(8):75-78.
- [6] 周世招,李太良,宋成宪,等.手法松解椎枕肌治疗枕神经痛疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2018,27(16):1754-1756.
- [7] 董有康,徐磊,李桂平,等.从“筋”论刺治疗颈源性头痛思路探析[J].针灸临床杂志,2019,35(1):75-77.
- [8] 罗笛.肌筋膜疼痛综合征的治疗研究进展[J].贵州医药,2019,43(7):1033-1036.
- [9] 胡翔,陆则锋,郝锋,等.中医手法治疗颈性眩晕的临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(3):36-38.
- [10] 管恩福,刘彦璐,李绍旦,等.定位摇头推拿手法治疗颈性眩晕 316 例临床研究[J].中国中医骨伤科杂志,2014,22(5):8-11.
- [11] 唐旭,任路影,李亦梅,等.针刺治疗颈源性头痛疗效[J].中国疼痛医学杂志,2017,23(11):830-836.
- [12] 申毅锋,周俏吟,李石良,等.基于解剖结构的针刀治疗颈源性头痛的研究进展[J].中国医药导报,2018,15(15):150-153.
- [13] 陆萍,地力木拉提·艾来提,杨敏,等.针刀不同靶点选择治疗颈源性头痛的临床效果[J].中国医药导报,2018,15(27):143-146.
- [14] 李红,刘方铭,孙小清.针刀松解“项七针”及肌肉附着点治疗颈源性头痛临床研究[J].中医学报,201,31(5):667-669.
- [15] 乔晋琳,丁宇,张秀芬,等.针刀—整脊技术治疗颈源性头痛前瞻性多中心临床研究[J].世界中医药,2017,12(6):1439-1442.

(收稿日期:2019-12-08)