

手法配合中药内服治疗枕大神经卡压综合征

秦大平<sup>1</sup>, 张晓刚<sup>2</sup>, 姜劲挺<sup>1</sup>

(1. 甘肃中医学院, 甘肃 兰州 730000; 2. 甘肃中医学院附属医院, 甘肃 兰州 730020)

**摘要** **目的:**观察正骨理筋手法配合中药内服治疗枕大神经卡压综合征的临床疗效。**方法:**将符合要求的 66 例患者随机分为 2 组, 每组 33 例。治疗组采用手法配合中药内服, 对照组采用局部封闭配合西药治疗。分别于治疗 1~2 个月后按照临床证候积分比较治疗前后的差异性, 进行临床疗效评价。**结果:**采用手法配合中药内服治疗枕大神经卡压综合征的疗效明显优于采用局部封闭配合西药治疗, 两组比较  $P < 0.05$ , 有显著性差异。**结论:**采用手法配合中药内服治疗枕大神经卡压综合征具有较好的远期疗效, 值得临床推广使用。

**关键词** 枕大神经卡压综合征 手法 中药内服

枕大神经卡压综合征 (Greater occipital nerve compressive syndrome) 最为突出的临床症状是枕大神经痛, 多呈自发性, 是由于外伤、受寒、劳损或炎性刺激等原因导致局部软组织渗出、粘连、痉挛、刺激、卡压或牵拉枕大神经, 引起枕部和颅顶后部麻木、胀痛以及头颈部活动受限等征侯群, 常伴发颈椎病而存在, 属于脊神经后支综合征的范畴, 是中老年人的常见病。自 2008—2011 年我们共收治枕大神经卡压综合征 66 例, 采用随机分组的方法分为 2 组, 分别采用

手法配合中药内服治疗和局部封闭配合西药治疗。对 2 组疗效进行总结观察, 现将观察结果总结报告如下。

1 临床资料

**1.1 病例资料** 本组 66 例, 本研究共纳入枕大神经卡压综合征的患者 66 例, 按区组随机化法将符合要求的患者分为 2 组, 治疗组 33 例, 脱漏 2 例, 完成 31 例; 对照组 33 例, 剔除 1 例, 脱漏 2 例 (中断治疗), 完成 30 例 (共完成 61 例)。两组患者性别、年龄、病程比较, 差异无统计学意义, 有可比性 (见表

表 1 两组病例一般资料比较

组 别	例数	性别 (例)		年龄 (岁)	病程 (月)
		男	女		
治疗组	33	18	15	44.2 ± 14.47	15.8 ± 6.26
对照组	33	16	17	45.6 ± 13.34	16.5 ± 7.15
检验统计量		$\chi^2 = 0.060$		$t = 0.420$	$t = 0.435$
P 值		0.900		0.675	0.664

**1.2 诊断标准**<sup>[1]</sup> ①长期慢性局部疼痛并可伴有麻木感; ②颈肌紧张强迫头位, 触诊局部有明确的压痛点, 乳突与枢椎棘突间连线的中点在枕大神经穿出处 (相当于风池穴处) 有压痛, 上位颈椎棘突或棘突旁有压痛并放射至头顶及前额部并可及皮下结节或条索样包块; ③局部肌肉紧张并可造成颈部运动障碍。

**1.3 纳入标准** ①符合枕大神经卡压综合征的诊断标准; ②病人知情且自愿加入本研究者。

**1.4 排除标准** ①虽有头痛不适, 但作为其他病的一个症状表现, 如高血压、脑外伤后综合征及脑内器质性病变的患者; ②合并有心血管、肝、肾、造血系统等严重原发性疾病、精神病患者或脏器衰竭不能耐受刺激者; ③有出血倾向者; ④皮肤破损。

2 方 法

**2.1 治疗方案** 治疗组采用手法配合中药内服; 对照组 采用局部封闭配合西药治疗。

**2.2 手法治疗** ①揉拿颈项: 以右侧枕大神经为例, 患者反骑于靠背椅上, 双手搭于椅背上, 医者站在患者左侧, 左手托着患者下颌, 使颈部肌肉放松, 右手于患者上颈部行捏拿放松手法, 同时轻微摇动颈部使手法逐渐深入而达到渗透。然后以右手拇者指点按, 弹拨枕大神经压痛点处 (乳突与枢椎棘突间连线的中点, 相当于风池穴处) 3 min, 接着沿枕大神经分布线, 术者半握拳轻轻扣击放松颈枕颅部 3~5 遍, 再将患者头部向前压低, 医者用两手拇指沿颈椎棘突两侧向下滑按, 到大椎穴处再向斜上方提推至肩井, 反复数

次,再实施扳法。②俯卧位旋扳手法:患者平卧于治疗床上将头完全伸出床边外自然放松,医者站于患者前面呈半蹲位,一助手半蹲位站在患者床边双手固定其双肩部,医者一手卡于寰枕部扣于患者枕后部,一手虎口扣于患者颌下方,与助手反向牵引患者头部并顺势前屈,以双上肢及患者头部作逆时针旋转,待感觉到有骨性阻挡时,突然加力抖动,可闻及清脆的弹响声,患者可感觉疼痛、麻木、沉重感顿时减轻,即告手法成功,再到右侧顺时针方向实施扳法,然后沿膀胱经与胆经分布走行拍击颈肩枕部 2~3 遍以放松,术毕。以上治疗 2 d 1 次,3 次为 1 个疗程,疗程间隔 3 d。

**2.3 中药内服** 治以祛风散寒、舒筋解筋、益气养血、活血化瘀、通络止痛为原则。把中医辨证分三型用药。风寒痹阻型:病因风寒湿侵袭所致。证见头部冷痛,遇寒加重;或头部如裹,胸闷纳呆,舌苔白腻,脉象浮紧。方拟川芎茶调散加减,药用川芎、白芷各 10 g,羌活 12 g,独活 10 g,防风 10 g,薄荷 9 g(后下),细辛 3 g,甘草 6 g。肝阳上亢型:病因肝阴不足,肝阳上亢所致。证见面红目赤,口苦,溲赤便秘,舌苔黄,脉象弦数。方拟天麻钩藤饮加减,药用天麻、钩藤、黄芩、山栀各 12 g,川芎 10 g,羚羊角片 3 g(先煎),夜交藤 15 g。气滞血瘀型:多由于跌仆损伤,瘀血内阻作痛所致,临床表现为痛如针刺,痛处不移,得寒湿不解,舌质紫暗,脉细涩。方拟血府逐瘀汤加减,药用当归 15 g,川芎、赤芍、桃仁、红花各 10 g,牛膝 9 g,细辛 3 g,半夏 12 g,陈皮 12 g。以上方药及剂量根据临床症状进行随证加减,每天 1 剂,水煎,分早晚 2 次饭后服,1 周为 1 个疗程。

**2.4 局部封闭** 用药:利多卡因 2 mL、维生素 B<sub>1</sub> 50 mg、维生素 B<sub>12</sub> 500 μg、醋酸泼尼松龙 0.5~1 mL。以上药物为一次剂量,如果同时封闭两侧,每侧各用一半。方法:常规局部消毒,患者取坐位,在乳突下缘至枕外隆突连线中点凹陷处,用拇指深压,找出压痛点,此点即为封闭进针点。用 2~5 mL 注射器进行封闭,进针方向与痛点呈 45°,深度为针长的 2/3,回抽无血即可注射。1 次封闭未愈者,可每隔 3~4 天封闭 1 次。封闭次数根据病情来定,一般 1~3 次。

**2.5 西药治疗** 给卡马西平,每次 100 mg,开始每天 2 次,以后每天 3 次,同时维生素 B<sub>1</sub>、维生素 B<sub>12</sub> 各 2 片,谷维素 10 mg,每天 3 次,10 d 为 1 疗程,疗程间休息 3~5 d。

3 结 果

**3.1 疗效判定标准<sup>[2]</sup>** 疼痛的程度采用国际上临床通用的直观模拟标尺法(VAS):受试者在一支 10 cm 长,一端标“不痛”,另一端标“最痛”的尺子上,指出受试者的疼痛程度。记分方法为 0~2 cm 计 1 分;2~4 cm 者计 2 分;4~6 cm 者计 3 分;6~8 cm 者计 4 分;8~10 cm 者计 5 分。疼痛持续时间记分法:数分钟到 2 h(含 2 h)计 1 分;2~6 h(含 6 h)计 2 分;6~24 h(含 24 h)计 3 分。临床痊愈:治疗后证候积分较治疗前减少,疗效指数≥95%;显效:治疗后证候积分较治疗前减少,70%≤疗效指数<95%;有效:治疗后证候积分较治疗前减少,30%≤疗效指数<70%;无效:治疗后证候积分较治疗前减少不明显甚至增加,疗效指数<30%。疗效指数算法:疗效百分数=[(治疗前头痛指数-治疗后头痛指数)/治疗前头痛指数]×100%。

**3.2 统计学处理** 结果采用 SPSS13.0 统计软件包进行分析。证候积分比较采用 *t* 检验,临床疗效比较采用秩和检验(Wilcoxon 法),检验水准 α=0.05。

**3.3 治疗前后临床证候积分及相关指标比较** 如表 2 所示,治疗前 2 组患者的 VAS 评分比较,差异无统计学意义。两组患者治疗后的评分差异性明显,治疗组在治疗前后的 VAS 评分差值高于对照组,差异有统计学意义。

**3.4 治疗后临床疗效比较** 如表 3 所示,两组患者均于治疗 1 个月后,按疗效判断标准进行评定,治疗组总有效率 93.55%,对照组总有效率 83.33%,经统计学处理,治疗组疗效优于对照组(*Z* = -2.648, *P* = 0.008)。

表 2 两组患者 VAS 评分比较

组 别	治疗前	治疗后	治疗前后的差值
治疗组	7.47 ± 2.54	4.46 ± 1.64	3.01 ± 0.64
对照组	7.56 ± 2.88	5.25 ± 2.81	2.31 ± 0.58
<i>t</i> 值	2.121	-10.589	49.410
<i>P</i> 值	0.061	0.000	0.000

表 3 两组治疗后 1 个月临床疗效比较 例

组别	治愈	显效	有效	无效	合计
治疗组	23	4	2	2	31
对照组	17	5	3	5	30
合计	40	9	5	7	61

4 讨 论

**4.1 病因病理** 现代医学认为枕大神经卡压综合征

是由于寰-枕-枢三关节发生轻微移位或头半棘肌、斜方肌肌腱以及颈部筋膜及项韧带的无菌性炎症,引起增生、变性,使神经的肌筋膜出口及与神经走行有关的肌肉、筋膜张力增高而失去正常的解剖生理关系,使神经受到卡压及其他异常的刺激,发生水肿痉挛等各种病理改变时,挤压从中穿过的枕大神经而产生的一系列综合症状<sup>[3-5]</sup>。本病的发病原因主要有以下几个方面:首先<sup>[6]</sup>是软组织的病变,如由于长期的伏案工作,导致颈后部深筋膜的无菌性炎症,引起深筋膜炎性渗出、粘连,从而刺激和压迫该神经。其次,枕大神经绕行寰枢关节,所以当寰枢关节损伤、半脱位或脱位时,局部的炎性反应可以刺激或直接牵拉神经而引起症状。第三,颈部肌肉的病变,如斜方肌肌筋膜炎,神经受到炎性物质的刺激,加之神经长期受到牵拉和较硬的腱膜孔的挤压所致。另外,有时在该神经即将穿出深筋膜时有一个淋巴结在其周围<sup>[7]</sup>,该淋巴结肿大时,也可以导致枕大神经的卡压而引起临床症状。并以病程长、痛苦大、症状多而复杂为其临床特点。最典型的症状是后头部和上颈部发作性的剧痛,呈刀割样放射性疼痛,部分患者可放射到耳部、头顶、前额、上下颌和眼眶部,一些患者呈跳痛或胀痛等。可为自发性或头颈部转动、咳嗽、打喷嚏、情绪改变时诱发或加重。发作间歇期多数患者枕部仍有钝痛,发作时颈部肌肉痉挛而处于强迫体位,后枕顶部皮肤感觉减退或感觉过敏,可在“风池穴”,即枕外隆凸旁开 3 cm 左右,向下 2 cm 左右有明显的深部压痛,有时伴有向同侧枕顶部放射<sup>[8]</sup>。另外,颈部软组织张力增高,特别是迷走神经受到刺激,可产生复杂的内脏反射,引起复杂的内脏症状。颈部的交感神经也可遭到直接或间接刺激,引起自主神经紊乱的症状。

中医认为本病属“骨错缝,筋出槽”“偏头痛”“痹症”“痛症”等范畴,是由于骨关节发生错动从而影响周围的神经或软组织的位置关系而产生的症状或是局部外伤及风寒湿之邪侵袭致局部筋脉拘挛,脉络不畅,筋骨失其濡养,壅塞不通而成痹证,不通则痛。

**4.2 治疗体会** 通过中医正骨理筋手法调整骨关节、周围组织及皮神经发出点和行程中关节与软组织的病理状态,使“骨正筋柔”,解除神经行程中的病理刺激,然后主要采用弹拨及旋扳手法作用于局部形成的条索状结节,即最痛点,纠正“骨错缝,筋出槽”,到达手法微调寰-枕-枢三关节的动、静力学平衡关系,

改善局部微循环,促进炎症的吸收。再加以中医辨证施治以中药内服,整体调整以促进新陈代谢,改善局部或全身组织的营养状态,调节全身神经、肌肉、关节功能,促进体内对病理产物和致痛物质的吸收,从而起到活血通络、消炎止痛、消肿的作用,使痉挛和粘连的枕大神经及周围组织进一步得到缓解和消除,达到活血通络、祛瘀止痛和巩固、提高临床疗效的目的。利用中药内服配合手法治疗枕大神经卡压综合征不仅能起到活血祛瘀、疏通经络,通络止痛的目的,而且还可以达到调衡皮神经与相邻组织的紊乱关系,从而解除相邻组织的痉挛及对其周围神经的卡压。另外,从生物力学角度研究分析,通过手法将瞬间载荷作用于皮神经受卡压的部位可引起骨关节、周围组织及神经血管束在三维空间内达到一定的旋转和位移,起到调衡皮神经与相邻组织的位置关系并且改善局部的应力集中状态,是治疗此类皮神经卡压综合征的有效方法。在施以手法治疗时应注意以下几点:①手法轻重应以患者能耐受为宜。避免手法过重,以免损伤血管和神经;②尤其是年老、体弱及伴有血压增高、严重心脏病的患者应禁用手法,血压过高时应先行降压治疗至基本正常再施术;③手法治疗以后注意保暖,因此处为膀胱经与胆经所分布的范围,易受外邪侵袭而发病。

## 5 参考文献

- [1] 雷仲民,张翔. 铍针治疗枕大神经卡压综合征的临床研究[J]. 北京中医,2006,25(9):559-560.
- [2] 赵彩燕. 定点旋转手法治疗颈源性枕大神经痛的临床研究[C]//中医硕士论文集粹. 广州:广州中医药大学出版社,2010:17-20.
- [3] 柳小林,赵平,范宇,等. 颈 2 定点旋转复位法治疗枕大神经痛临床研究[J]. 现代中西医结合杂志,2010,19(16):1957-1958.
- [4] 姜劲挺,马喜凤. 颈椎旋扳法治疗枕大神经卡压综合征[J]. 中医正骨,2004,16(5):40.
- [5] 易保国,韩震,郭家松,等. 针刀治疗枕大神经卡压综合征的解剖学研究[J]. 广州医高专学报,1999,22(1):19-20.
- [6] 董福慧,郭振芳,张春美,等. 皮神经卡压综合征[M]. 北京:北京科学技术出版社,2002:100-101.
- [7] 赵定麟. 现代颈椎病学[M]. 北京:人民军医出版社,2001:19.
- [8] 李茂延,王利飞,孙强,等. 枕大神经卡压症的临床研究[J]. 中外医疗,2008,30:35-36.